



# Oud word je niet alleen.

**Een enquête over eenzaamheid en sociaal  
isolement bij ouderen in België**





# Oud word je niet alleen.

Een enquête over eenzaamheid en sociaal  
isolement bij ouderen in België

## COLOFON

### **Oud word je niet alleen. Een enquête over eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in België**

Cette publication est également disponible en français sous le titre:  
Propositions pour une politique de soutien des indépendants en difficulté

Een uitgave van de Koning Boudewijnstichting,  
Brederodestraat 21 te 1000 Brussel

#### AUTEURS

IPSOS: Sylvia Vandenbroucke, Jean-Michel Lebrun  
LUCAS, KU Leuven: Bram Vermeulen, Prof. Dr. Anja Declercq  
Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège:  
Patrick Maggi, Sam Delye, Prof. Dr. Christiane Gosset

#### VERTALING

Antoine Pennewaert

#### COÖRDINATIE VOOR DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING

Françoise Pissart, Directeur  
Anne Van Meerbeeck, Projectverantwoordelijke  
Ann Vasseur, Directieassistente

#### GRAFISCH CONCEPT

PuPiL

#### VORMGEVING

Tilt Factory

#### PRINT ON DEMAND

Manufast-ABP vzw, een bedrijf voor aangepaste arbeid

Deze uitgave kan gratis worden gedownload van onze website  
[www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

Een afdruk van deze elektronische uitgave kan (gratis) besteld worden :  
on line via [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be), per e-mail naar [publi@kbs-frb.be](mailto:publi@kbs-frb.be) of telefonisch  
bij het contactcentrum van de Koning Boudewijnstichting,  
tel +32-70-233 728, fax +32-70-233 727

#### Wettelijk depot:

D/2893/2012/06

#### ISBN-13:

978-90-5130-773-3

#### EAN:

9789051307733

#### BESTELNUMMER:

3050

maart 2012

Met de steun van de Nationale Loterij

## SAMENVATTING

In de context van de veroudering van de bevolking en de pensioengolf ('papy-boom'), ziet de Koning Boudewijnstichting **eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen** als **belangrijke uitdagingen**. Om deze fenomenen in kaart te brengen en onder de aandacht te brengen van het grote publiek en van beleidsverantwoordelijken, publiceert de Stichting dit onderzoeksverslag, gebaseerd op een **enquête bij meer dan 1.500 65-plussers in België**. Naast zelfstandig thuiswonende ouderen werden ook ouderen in woonzorgcentra geïnterviewd. Het marktonderzoeksbureau Ipsos zorgde voor de uitvoering van de enquête samen met twee academische partners, LUCAS-KU Leuven en het departement Sciences de la Santé Publique van de Université de Liège.

Met de enquête wilden we drie soorten informatie op het spoor komen. Ten eerste wilden we kunnen inschatten hoeveel ouderen in België zich eenzaam voelen en hoeveel er sociaal geïsoleerd zijn. Een representatieve en voldoende grote steekproef was nodig om de uitspraken uit het onderzoek te kunnen veralgemenen naar alle ouderen in België. Een tweede doel was na te kunnen gaan welke factoren samenhangen met eenzaamheid en sociaal isolement. Is het risico op eenzaamheid even groot bij alle ouderen? Of zijn bepaalde groepen ouderen meer sociaal weerbaar en anderen vaker sociaal geïsoleerd? Zowel de invloed van socio-demografische kenmerken als van aspecten van gezondheid werden daarbij bekeken. Ten slotte vroegen we de onderzoekspartners de bevindingen in een ruimere context te plaatsen. Ze maakten de vergelijking met bestaande onderzoeksresultaten binnen België, onder meer om te achterhalen of ouderen vandaag meer of minder eenzaam zijn dan vroeger.

Dit document start met uitleg over de begrippen 'sociale eenzaamheid', 'emotionele eenzaamheid' en 'sociaal isolement' en over hun oorzaken en gevolgen. In een tweede hoofdstuk vindt de lezer methodologische informatie over de steekproef, de vragenlijst, de interviewmethode, ... De enquêteresultaten worden beschreven in hoofdstuk drie en worden geduid en in perspectief geplaatst in hoofdstuk 4. In een laatste deel wordt stilgestaan bij welke interventies kunnen werken. Ook de ideeën over de aanpak van deze problematiek die door de ouderen zelf werden geformuleerd, komen hier aan bod.

In de studie wordt het **sociaal kapitaal** van ouderen vanuit verschillende invalshoeken **gemeten en geanalyseerd**. Hoeveel contacten hebben ze, face-to-face, telefonisch, via de post of via e-mail? En met wie? Enkel met de naaste familie, of ook met vrienden

en buren? En zijn ze tevreden met die contacten of willen ze er graag meer? Kunnen ouderen rekenen op sociale steun en op een luisterend oor, of zijn ze zelf veeleer een vertrouwenspersoon voor anderen? Nemen ze actief deel aan het verenigingsleven? Naast de informatie over de sociale contacten en de sociale netwerken van ouderen, bieden de enquêteresultaten ook informatie over de mate waarin ouderen zich sociaal of emotioneel eenzaam voelen? De eenzaamheid bij ouderen werd op een directe (voelt u zich eenzaam?) en op een indirecte manier bevraagd (via een beproefde batterij van vragen, namelijk de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld).

**Alleen zijn is niet noodzakelijk hetzelfde als zich alleen voelen.** Dat blijkt duidelijk als we een beroep doen op een typologie van sociale contacten van ouderen, gebaseerd op twee dimensies: enerzijds de gevoelens van eenzaamheid, anderzijds de omvang van het sociaal netwerk.

*Typologie van sociale contacten bij ouderen (vanaf 65 jaar)*

Kwaliteit sociaal netwerk	Omvang sociaal netwerk	
	Groot	Klein
Voelt zich niet eenzaam	SOCIAAL WEERBAREN 45%	CONTACTARMEN 9%
Voelt zich wel eenzaam	EENZAMEN 23%	SOCIAAL GEÏSOLEERDEN 23%

Bijna de helft van de ouderen (45%) kan worden omschreven als 'sociaal weerbaar'. Zij kunnen terugvallen op een omvangrijk sociaal netwerk en voelen zich niet eenzaam. Ongeveer een op tien ouderen is 'contactarm': zij hebben dan wel een klein sociaal netwerk om zich heen, maar ook zij voelen zich niet eenzaam. De overige ouderen (46%) voelen zich eenzaam. Ongeveer de helft van hen bevindt zich in een situatie van sociaal isolement, aangezien ze een klein sociaal netwerk combineren met eenzaamheidsgevoelens. De andere helft beschouwen we als 'eenzaam': ze voelen zich eenzaam, ondanks het feit dat ze over een groot sociaal netwerk beschikken. Uit deze typologie leren we bijvoorbeeld dat initiatieven die als uitgangspunt enkel het sociaal netwerk van ouderen nemen, niet noodzakelijk de meest eenzamen bereiken.

Als we de bevindingen over eenzaamheid en sociaal isolement in verband brengen met socio-demografische kenmerken en met aspecten van de gezondheidstoestand van ouderen, kunnen we nog meer lessen trekken. Enkele voorbeelden:

- De tendens om isolement met ouderdom te associëren is gedeeltelijk gegrond. De enquête bevestigt dat 85-plussers meer dan jongere ouderen sociaal geïsoleerd zijn. Ook andere studies bevestigen dat eenzaamheid pas vanaf 75 of 80 jaar sterk toeneemt. Dat zou echter enkel gelden voor emotionele eenzaamheid, niet voor sociale eenzaamheid. En het zou niet om leeftijd op zich gaan, maar over het feit dat een hogere leeftijd gepaard gaat met een grotere kans op risicofactoren die bepalend zijn voor eenzaamheid, zoals een slechte gezondheid of het overlijden

van de partner. Wetenschappers pleiten dan ook voor een positieve beeldvorming over ouderen en ouderdom en een **juiste beeldvorming over de risicofactoren**. Eerdere enquêtes hebben bovendien aangetoond dat eenzaamheid bij de jongeren tussen 15 en 24 jaar evenveel voorkomt als bij de oudsten onder ons.

- We tellen niet alleen meer eenzame en sociaal geïsoleerde ouderen bij de oudste ouderen, maar ook bij vrouwen, bij weduwen en weduwnaars, bij ouderen met gezondheidsproblemen en bij ouderen die eindjes moeilijk aan elkaar kunnen knopen. **Niet iedere oudere is dus gelijk als het over deze fenomenen gaat.**
- Opvallend is dus dat **sociale weerbaarheid mee** wordt **bepaald door het economische kapitaal van ouderen**. Het percentage sociaal weerbare ouderen bedraagt slechts 26% bij de ouderen met een gezinsinkomen onder 1.000 euro; het stijgt met het inkomen tot 55% bij de ouderen met een gezinsinkomen hoger dan 2.000 euro. Het aandeel sociaal geïsoleerden loopt in de groep met het laagste inkomensniveau zelfs op tot 40%, tegenover 15% bij de hoogste inkomens.
- Het aantal sociaal weerbaren is groter bij de thuiswonende ouderen dan bij de ouderen in woonzorgcentra die minder kinderen en een minder omvangrijk netwerk hebben. Met subjectieve eenzaamheid worden ze even vaak geconfronteerd (als we ouderen met vergelijkbare zorgafhankelijkheid vergelijken). **Sociaal isolement is er meer bij de bewoners van woonzorgcentra die** ook vaker **meer contact willen, vooral met hun kleinkinderen**. Eenzaamheidsgevoelens verklaren mee dat deze ouderen depressief worden en preventie ervan zou daarom een doel moeten zijn van zorgprogramma's. Het onderzoeken waard is de rol die inspraak en participatie hierbij kunnen spelen. Zorgwekkend in dat verband is de vaststelling dat de zorgplanning vandaag in gebreke blijft. Nog maar een op drie thuiswonende ouderen heeft al met iemand gesproken over hoe hij of zij in de toekomst wenst te wonen. En de overplaatsing of verhuis naar het woonzorgcentrum was voor 4 op 10 ouderen die er nu verblijven ongepland.

Tot slot nog enkele feiten en cijfers die de maatschappelijke uitdaging blootleggen. Recent onderzoek toont aan dat een ontoereikend sociaal kapitaal een minstens even belangrijke risicofactor voor overlijden is dan meer bekende risicofactoren, zoals roken, obesitas of luchtvervuiling. Het goede nieuws is dan dat er geen bewijs is dat de eenzaamheidsgevoelens bij ouderen de voorbije decennia zijn toegenomen. Bovendien doen ook in deze leeftijdsgroep nieuwe contactmogelijkheden hun intrede: nu al gebruikt 21% van de ondervraagde ouderen het internet. Het aantal 65-plussers blijft echter stijgen. **Als het percentage eenzame ouderen op hetzelfde niveau blijft in België, betekent dat concreet dat er tegen 2020 meer dan een miljoen eenzame ouderen zullen zijn.** Het voorkomen van en de strijd tegen eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen verdienen daarom de volle aandacht van iedereen: van beleidsverantwoordelijken en professionelen uit de sectoren in kwestie, maar ook van de burgers die allemaal kind, familielid, kennis of buur zijn van ouderen ... en zelf een toekomstige oudere.



## VOORWOORD

De voorbije jaren heeft de Koning Boudewijnstichting al vele acties ondernomen als antwoord op de problematiek van eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen. Zo ondersteunde ze met de projectoproep 'Zet een netwerk op voor hoogbejaarden' (2004) verschillende goede praktijken die de eenzaamheid bij 85-plussers aanpakten. Enkele van die initiatieven werden nadien voorgesteld in de publicatie 'Met zijn allen, niet alleen'. Een andere reeks publicaties werd gemaakt over woonvormen die het isolement van ouderen doorbreken, zoals groepswonen en intergenerationeel wonen. De Stichting investeerde de voorbije vijf jaren meer dan 2 miljoen euro in de ondersteuning van intergenerationele projecten en het stimuleren van intergenerationele relaties. Meer recent organiseerde ze een rondetafelgesprek over de specifieke problemen waarmee ouderen in een landelijke omgeving worden geconfronteerd en ook daar bleek dat het isolement problematisch blijft.

De problematiek werd al door verscheidene onderzoekers beschreven en al door talrijke initiatieven aangepakt. Toch blijven eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen een belangrijke uitdaging voor onze 'vergrijzende' samenleving. Ouderdom wordt bovendien vaak geassocieerd met deze problemen. Om deze kwesties meer zichtbaar te maken en de juiste alarmsignalen te kunnen geven, heeft de Stichting aan het marktonderzoeksbureau Ipsos en aan twee academische partners – LUCAS-KU Leuven en het departement Sciences de la Santé Publique van de Université de Liège – gevraagd een representatieve enquête uit te voeren. Ongeveer 1.500 65-plussers over heel België werden bevraagd over hun sociale contacten, eenzaamheid en sociaal isolement. Uniek is dat naast zelfstandig thuiswonende ouderen (ongeveer 1.200) ook een voldoende groot aantal ouderen in woonzorgcentra werden geïnterviewd (ongeveer 300).

De verzamelde gegevens geven ons een beeld van de subjectieve eenzaamheidsgevoelens bij ouderen, maar ook van meer objectieve kenmerken van sociaal isolement. De in dit onderzoeksverslag beschreven enquêteresultaten brengen ook in kaart welke factoren de problematiek in gang zetten, verergeren of verzachten. Ze tonen dat niet iedereen gelijk is als het over eenzaamheid en sociaal isolement gaat. Zo tellen we relatief meer eenzame en sociaal geïsoleerde ouderen bij de oudste ouderen (85-plussers), bij vrouwen, bij weduwen en weduwnaars, bij ouderen met gezondheidsproblemen en bij ouderen die de eindjes moeilijk aan elkaar kunnen knopen. Verschillende determinanten spelen een rol, maar we leren uit het onderzoek dat het met name de combinatie van enkele risico-elementen is die leidt tot

deze vormen van uitsluiting: leeftijd (die samengaat met het risico om afhankelijk te zijn), bestaansonzekerheid (armoede), ziekte of handicap en het gebrek aan diversiteit in het sociaal netwerk (bv. enkel dichte familie).

Dit rapport biedt een geschakeerd beeld. Sociale en emotionele eenzaamheid komen erin aan bod als afzonderlijke, aparte ervaringen. Bovendien verschijnen eenzaamheid en sociaal isolement er als twee duidelijk te onderscheiden fenomenen die wegens hun verschillen een andere aanpak vereisen. Om één voorbeeld te geven: er wonen meer sociaal geïsoleerde ouderen in de grote steden, terwijl de eenzame ouderen talrijker zijn in de meer landelijke gemeenten.

Dit rapport duldt ook een optimistische lezing van de resultaten en doorbreekt enkele clichés. Een meerderheid van de 65-plussers verkeert naar eigen zeggen in redelijke tot goede gezondheid en heeft minstens wekelijks contacten met kinderen en kleinkinderen. Wist u bijvoorbeeld dat eenzaamheid even vaak jongeren tussen 15 en 24 jaar treft dan ouderen, dat één op vijf ouderen het internet gebruikt om te communiceren en dat ouderen vaker zelf een luisterend oor aanbieden dan dat zijzelf kunnen terugvallen op een vertrouwenspersoon? Interventies om eenzaamheid en sociaal isolement te bestrijden, moeten daarom ook rekening houden met het sociaal vermogen van de zilveren generaties. Enkele van de zeer diverse actie-ideeën die door de ondervraagde ouderen zelf werden geformuleerd, kregen trouwens ook een plaats in deze publicatie.

Opvallend is dat de enquêteresultaten suggereren dat vele maatschappelijke actoren een verschil kunnen maken. Kinderen en kleinkinderen, om maar één groep te noemen: vele eenzame ouderen zouden hen maar al te graag wat meer op bezoek zien komen. Maar evengoed de ouderen zelf: vele van hun geïnterviewde leeftijdsgenoten wijzen op het belang om te investeren in een sociaal netwerk en om tijdig in gesprek met familie en hulpverleners de oude dag te plannen. Wij hopen dat initiatiefnemers in deze studie herkenbare aanknopingspunten, nieuwe inzichten en vernieuwd enthousiasme vinden om eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen te bestrijden. Verder mikken wij met deze publicatie ook op beleidsverantwoordelijken op alle niveaus en willen hen ertoe aanzetten na te denken hoe deze fenomenen op macroniveau, via sociaal beleid, kunnen worden teruggedrongen. Want één conclusie is alvast duidelijk: eenzaamheid is een levensbedreigend, maar geen louter individueel probleem.

Koning Boudewijnstichting, maart 2012

# INHOUDSTAFEL

<b>HOOFDSTUK 1 THEORETISCHE ACHTERGROND</b> . . . . .	<b>13</b>
1. Eenzaamheid en isolement . . . . .	13
2. Emotionele en sociale eenzaamheid . . . . .	14
3. Typologie van sociale contacten . . . . .	15
4. Oorzaken van eenzaamheid . . . . .	16
5. Negatieve gevolgen van eenzaamheid . . . . .	17
<b>HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSOPZET</b> . . . . .	<b>19</b>
1. Doelstelling onderzoek . . . . .	19
2. Afbakening van de onderzoekspopulatie . . . . .	19
3. Steekproef . . . . .	22
4. Opbouw vragenlijst . . . . .	25
5. Face-to-face interview . . . . .	27
6. Veldwerk . . . . .	28
<b>HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSRISULTATEN</b> . . . . .	<b>31</b>
1. Steekproefprofiel . . . . .	31
2. Sociaal kapitaal . . . . .	35
3. Eenzaamheid . . . . .	79
4. Typologie van sociale contacten . . . . .	104
5. Thuisituatie versus woonzorgcentra . . . . .	117
<b>HOOFDSTUK 4 EENZAAMHEID IN PERSPECTIEF</b> . . . . .	<b>127</b>
1. Stereotypering van eenzaamheid bij ouderen . . . . .	127
2. Evolutie in sociale contacten . . . . .	129
3. Evolutie van eenzaamheid in België . . . . .	130
4. Verschil tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië . . . . .	135
5. Eenzaamheid in woonzorgcentra . . . . .	141
6. Positionering België binnen Europa . . . . .	142
<b>HOOFDSTUK 5 BESTRIJDEN VAN EENZAAMHEID</b> . . . . .	<b>145</b>
1. Welke interventies werken? . . . . .	145
2. Eigen ideeën van ouderen . . . . .	147
3. Tot slot . . . . .	150
<b>REFERENTIES</b> . . . . .	<b>153</b>



# HOOFDSTUK 1

## THEORETISCHE ACHTERGROND

Dit eerste hoofdstuk bevat een theoretische achtergrond om het onderzoek beter te kunnen begrijpen. Eerst definiëren we de begrippen eenzaamheid en sociaal isolement. Daarna bespreken we het onderscheid tussen emotionele en sociale eenzaamheid. In een derde punt kijken we naar een typologie rond eenzaamheid. Ten vierde onderscheiden we verschillende oorzaken van eenzaamheid. Ten slotte gaan we na wat de negatieve gevolgen zijn van eenzaamheid.

### 1. Eenzaamheid en isolement

De begrippen eenzaamheid en isolement overlappen elkaar in het dagelijks taalgebruik, maar omwille van de verschillende achterliggende betekenis is het belangrijk om bovenstaande termen niet zomaar door elkaar te gebruiken. **Sociaal isolement** is op basis van de omvang van en de contactfrequenties met het sociaal netwerk objectief te bepalen (de Jong Gierveld, 1999). Het gaat over het aantal contacten dat je hebt met andere mensen. Sociale isolatie staat tegenover sociale participatie. Dit vormt een continuüm waartussen je heel weinig of heel veel sociale contacten kan hebben.

**Eenzaamheid** is niet hetzelfde als sociaal isolement. Eenzaamheid is "*het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde relaties.*" (de Jong Gierveld, 1984). We bespreken de verschillende elementen uit deze definitie.

Ten eerste is eenzaamheid altijd een *subjectieve ervaring*. Eenzaamheid is een gevoel, en dit gevoel wordt mee bepaald door het persoonlijke karakter. Verschillende personen ervaren in gelijkaardige situaties niet dezelfde gevoelens van eenzaamheid. Je kunt dus niet objectief, van buitenaf zien wie eenzaam is en wie niet (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2007).

Ten tweede is eenzaamheid *onplezierig*. Eenzaamheid is onvrijwillig en brengt negatieve gevoelens met zich mee. Er bestaat ook een positieve benadering van eenzaamheid, maar dan gaat het om het vrijwillig, tijdelijk verbreken van sociale contacten (Andersson, 1998). Als je soms liever alleen wil zijn, dan denken we eerder aan privacy en bezinning. Het concept van privacy hangt niet samen met de negatieve gevoelens die je hebt als je eenzaam bent. Je kunt bijvoorbeeld tijdelijk geen contacten hebben omdat je wilt mediteren, maar dat is dan een vrijwillige, positieve keuze (de Jong Gierveld et al., 2006).

Ten derde gaat eenzaamheid zowel over de *kwantiteit* als over de *kwaliteit* van de sociale relaties. Niet alleen de omvang van het sociaal netwerk speelt een rol, maar ook de tevredenheid met die relaties. Sommige onderzoeken besluiten dat de kwaliteit van de sociale relaties belangrijker is dan de kwantiteit om eenzaamheid te begrijpen (Vanderleyden & Heylen, 2007; Heinrich & Gullone, 2006; Hughes et al., 2004). Het gaat er dan niet zozeer om hoe vaak je iemand ziet of hoeveel sociale contacten je hebt, maar wel over de gevoelsbeleving die gepaard gaat met die contacten. Eén iemand aan wie je alles kan vertellen, kan in dit opzicht bijvoorbeeld belangrijker zijn dan tientallen kennissen met wie je je niet zo verbonden voelt. Toch spelen ook de omvang van en de variatie binnen het sociaal netwerk een rol om eenzaamheid te begrijpen (Luanaigh & Lawlor, 2008; de Jong Gierveld & van Tilburg, 2007b). Als je alleen bent, voel je je niet noodzakelijk eenzaam, maar het risico neemt wel toe. Een breed netwerk waarin er zowel relaties zijn met familieleden, als met de partner, de kinderen, de vrienden en de burens, maakt het makkelijker om betekenisvolle sociale relaties te behouden.

Ten slotte is eenzaamheid het verschil tussen de kwantiteit en kwaliteit van de bestaande sociale relaties en de gewenste sociale relaties. Eenzaamheid is dus de uitkomst van de discrepantie tussen de sociale contacten die men heeft en de contacten die men zou willen hebben (Perlman & Peplau, 1981). De verwachtingen die men heeft ten opzichte van sociale contacten bepalen de discrepantie tussen de feitelijke en gewenste contacten (Dykstra & Fokkema, 2007). Verwachten of wensen grootouders bijvoorbeeld hun kleinkinderen elke dag, elke week of elke maand te zien? Iedereen gebruikt een 'relatiestandaard' of een meetlat om de feitelijke contacten te evalueren. Hoe hoger de lat ligt, hoe moeilijker het is om aan die standaard te voldoen.

## 2. Emotionele en sociale eenzaamheid

Sommige onderzoekers stellen dat eenzaamheid een éénduidige ervaring is. Het gevoel is hetzelfde en de oorzaken die daarachter liggen maken niet zoveel uit (McWhirter, 1990; Cramer & Barry, 1999). Volgens Weiss (1973) is eenzaamheid geen unidimensionele ervaring omdat de oorzaak en de oorsprong van de gevoelens van eenzaamheid kunnen verschillen. Sociale en emotionele eenzaamheid zijn twee afzonderlijke, aparte ervaringen en verschillende vormen van eenzaamheid. **Sociale eenzaamheid** gaat samen met een beperkt sociaal netwerk en het gemis van relaties met een brede groep van mensen. Je kunt bijvoorbeeld pas verhuisd zijn, waardoor je de oude sociale contacten mist (Van Baarsen et al., 2001). **Emotionele eenzaamheid** ontstaat bij het gemis van een betekenisvolle, intieme of hechte relatie. Zelfs met een breed netwerk van sociale contacten kan je emotioneel eenzaam zijn, omdat je bijvoorbeeld een hartsvriend(in) of een partner mist.

Het voordeel van een multidimensionele benadering ten opzichte van een unidimensionele benadering ligt vooral in het bepalen van specifieke risicofactoren. Als de oorzaak van eenzaamheid verschilt, moet ook de aanpak verschillen (Heylen, 2011; Fokkema & van Tilburg, 2006). "*Een hechte emotionele band kan een sociaal netwerk niet vervangen en een sociaal netwerk kan niet de functie van een hechte affectieve relatie invullen*" (Heylen, 2011). Het onderscheid tussen emotionele en sociale eenzaamheid is daarom belangrijk voor interventies, omdat beide vormen van eenzaamheid niet noodzakelijk samen voorkomen. "*Sommige eenzamen zijn alleen sociaal eenzaam en anderen zijn alleen emotioneel eenzaam.*" (van Tilburg, 2007). Er zijn zo 4 combinaties mogelijk, dewelke we in volgorde van ernst weergeven:

1. niet eenzamen
2. sociaal eenzamen
3. emotioneel eenzamen
4. emotioneel en sociaal eenzamen

Emotionele eenzaamheid weegt vaak zwaarder door dan sociale eenzaamheid. Wanneer zowel sociale als emotionele eenzaamheid voorkomen, zijn de negatieve effecten het grootst (van Tilburg, 2007). Meestal gebruikt men eenzaamheid als overkoepelende term, maar het is ook zinvol om het onderscheid tussen emotionele en sociale eenzaamheid te gebruiken.

### 3. Typologie van sociale contacten

De kruising tussen de objectieve kenmerken van het sociaal netwerk met de subjectieve gevoelens van eenzaamheid levert een typologie op die de beleving van de sociale contacten verduidelijkt. Tabel 1 toont vier categorieën op basis van de kruising van de omvang van het sociaal netwerk met de kwaliteit van het netwerk.

Tabel 1: Typologie van eenzaamheid

Kwaliteit netwerk	Omvang netwerk	
	groot netwerk	klein netwerk
voelt zich niet eenzaam	1. sociaal weerbaren	3. contactarmen
voelt zich wel eenzaam	2. eenzamen	4. sociaal geïsoleerden

Bron: Van Hortulanus et al., 2003

1. Sociaal weerbaren: mensen met veel contacten die zich niet eenzaam voelen.
2. Eenzamen: mensen die zich ondanks hun vele contacten erg eenzaam voelen.
3. Contactarmen: mensen met weinig contacten die daarmee wel tevreden zijn.
4. Sociaal geïsoleerden: mensen met weinig contacten die zich daar erg eenzaam onder voelen.

Sociaal weerbaren hebben voldoende sociale contacten en voelen zich niet eenzaam. Daartegenover staan sociaal geïsoleerden waarbij er "zowel sprake is van een (objectief vast te stellen) klein netwerk van sociale relaties als sterke (subjectieve) gevoelens van eenzaamheid. Sociaal isolement betekent kortom dat mensen weinig of geen betekenisvolle relaties hebben en zich daar eenzaam onder voelen" (Van Hortulanus et al., 2003). Het is niet noodzakelijk voor alle ouderen problematisch als ze weinig sociale contacten hebben. Sommige ouderen hebben geen behoefte aan een groot netwerk of aan frequente contacten en zijn tevreden met de contacten die ze wel nog hebben. Ze zijn contactarm, maar voelen zich niet eenzaam. Daartegenover staan dan weer ouderen die wel nog voldoende contacten hebben, maar zich toch eenzaam voelen.

#### 4. Oorzaken van eenzaamheid

Eenzaamheid kan je verklaren en begrijpen vanuit drie brede factoren (de Jong Gierveld et al., 2006; Pinquart & Sorensen 2001; Wenger et al., 1996). Ten eerste kan je kijken naar de kwantiteit en kwaliteit van de sociale contacten. Hoeveel contacten heeft men, en hoe tevreden is men met die contacten? Ten tweede kan je vertrekken vanuit de 'meetlat' of relatiestandaard die individuen gebruiken. Hoeveel en welke contacten wenst iemand? Een derde determinerende factor bestaat uit de individuele predisponerende eigenschappen. Een negatief zelfbeeld, beperkte sociale vaardigheden en een beperkt zelfvertrouwen maken het moeilijk om sociale contacten te leggen (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2007; Routasalo & Pitkala, 2003).

Het is ook mogelijk om de oorzaken van eenzaamheid te ordenen door ze in te delen in 3 niveaus. Ten eerste zijn er intra-individuele oorzaken. Dit zijn oorzaken die worden toegeschreven aan het individu. Zo neemt eenzaamheid sterk toe vanaf 75-jarige leeftijd (Dykstra et al., 2005). Een meta-analyse van Pinquart & Sorensen (2003) toont aan dat vrouwen vaker eenzaam zijn dan mannen. *"This is more pronounced in studies in which loneliness is measured with single-item indicators than for studies using higher quality loneliness measuring instruments. This difference might be related to men's greater reluctance to report loneliness in response to direct questions"*. Na controle voor socio-demografische kenmerken en socio-economische factoren neemt het verklarend effect van geslacht op eenzaamheid wel af (Pinquart & Sorensen, 2003). Andere onderzoekers bevestigen dat geslacht maar een beperkte verklarende kracht heeft, omdat andere factoren zoals leeftijd, burgerlijke staat en samenstelling van het huishouden belangrijker zijn om eenzaamheid te begrijpen (Victor et al., 2005b). De causaliteitsrelatie tussen depressie en onvoldoende sociale contacten is niet zo duidelijk. *"Loneliness has strong associations with depression and may in fact be an independent risk factor for depression"* (Luanaigh & Lawlor, 2008). Ouderen met een lager opleidingsniveau en een laag inkomen zijn vaker eenzaam. Ouderen die recent verhuisd zijn, hebben ook een groter risico om eenzaam te worden (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Ten tweede zijn er inter-individuele oorzaken. Dit zijn oorzaken die liggen in het contact met andere mensen. Zo speelt de burgerlijke status een belangrijke rol in het verklaren van eenzaamheid. Ouderen met een partner zijn beter beschermd tegen eenzaamheid dan ouderen zonder partner (de Jong Gierveld, et al. 2006). Alleenwonende ouderen hebben vaker een kleiner en smaller netwerk van sociale contacten, en zijn het vaakst eenzaam (Luanaigh & Lawlor, 2008; Steed et al., 2007; Pinquart & Sorensen, 2003). Verweduwde ouderen lopen een groter risico op eenzaamheid en op ernstigere vormen van eenzaamheid (Luanaigh & Lawlor, 2008; de Jong Gierveld et al., 2006; Victor et al., 2005). Ouderen die gescheiden zijn op middelbare leeftijd, kunnen eenzaam blijven op latere leeftijd. Ouderen die nooit getrouwd zijn, zijn vaker sociaal geïsoleerd dan gescheiden ouderen (Hawthorne, 2008). In contact komen met eenzame ouderen binnen uw sociaal netwerk kan de kans om zelf eenzaam te worden, vergroten (Cacioppo et al., 2009).

Ten derde verklaren maatschappelijke factoren verklaren waarom de prevalentie van eenzaamheid varieert tussen verschillende samenlevingen. Eenzaamheid is een persoonlijke ervaring, maar deze ervaring vloeit voort uit de relaties met anderen. Daarom is eenzaamheid altijd een sociale constructie (Shute & Howitt, 1990). Zo voelen ouderen in Noord-Europese landen zich minder eenzaam dan ouderen in Zuid-Europese landen (Fokkema et al., 2012; Sundström et al., 2009). Deze noord-zuid

gradiënt duidt aan dat de cultuur en de maatschappelijke normen en verwachtingen rondom sociale contacten en eenzaamheid mee een rol spelen (Rokach, 2008; 2007). In noorderlijke landen hebben ouderen lagere verwachtingen over de contacten met familie en vrienden. In zuidelijke landen liggen de 'relationship standards' hoger (Jylhä & Jokela, 1990).

De welvaart in de samenleving speelt ook een rol. Zo voelen ouderen zich vaker eenzaam in landen met een lager opleidings- en inkomensniveau. Het sociaal beleid en het pensioenstelsel in meer welvarende landen kunnen ouderen mee beschermen tegen eenzaamheid (Hawkley et al., 2008). Ook binnen landen zijn er verschillen. Als je in een regio woont die het economisch minder goed doet, dan vergroot het risico op eenzaamheid (Scharf & Smith, 2004).

## 5. Negatieve gevolgen van eenzaamheid

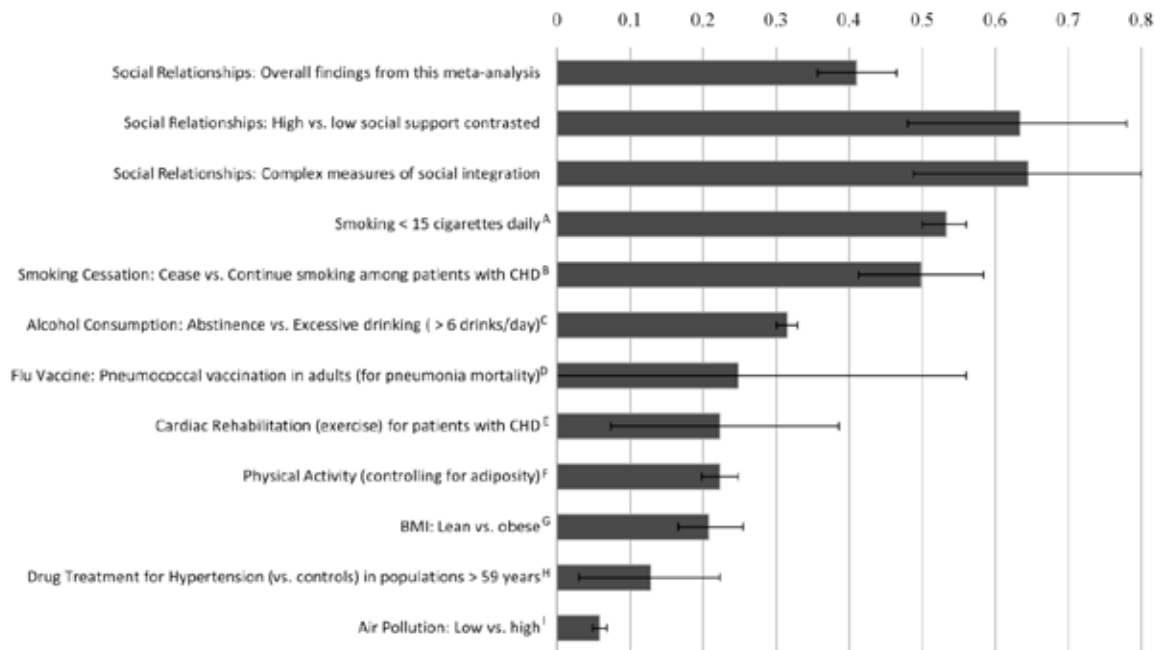
De causaliteitsrelatie tussen eenzaamheid en gezondheidsproblemen is niet altijd duidelijk. De meeste onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op cross-sectioneel onderzoek (de Jong Gierveld, 1998; Routsalo & Pitkala, 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008). Gevoelens van eenzaamheid komen tot uitdrukking in zowel lichamelijke als psychische gezondheidsklachten. Zo gaat eenzaamheid samen met depressie, cognitieve achteruitgang, hogere bloeddruk en hartziekten (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Door hun gezondheidsklachten doen eenzame ouderen vaker een beroep op de gezondheidszorg en zorgen ze voor een grotere belasting op het zorgsysteem (Hawkley & Cacioppo, 2003; Ellaway et al., 1999). Mogelijks is er ook een indirect verband, omdat eenzame ouderen minder preventief aan gezondheidszorg doen. Eenzame ouderen bewegen minder, vergeten vaker hun medicatie te nemen, eten minder gezond en gaan niet op geregelde tijdstippen naar de dokter. (Cacioppo, Hawkley, & Bernston, 2002; Aartsen, 2001; Mahon, Yarcheski, & Yarcheski, 2001; Pérodeau & du-Fort, 2000). "A connection between social support networks and adherence to desired health practices has been reported" (Potts et al., 1992). Zonder beperkingen in het dagelijks leven is het makkelijker om sociale contacten te onderhouden (Pinquart & Sörensen, 2003).

Hoe belangrijk is de sociale leefwereld juist voor de gezondheid van ouderen? Het is duidelijk dat er een negatieve samenhang is tussen gevoelens van eenzaamheid en de gezondheidssituatie van ouderen (Halleröd, 2009; Wilson et al., 2007). Sommige onderzoekers zetten het gezondheidsrisico van sociaal isolement en gevoelens van eenzaamheid op dezelfde hoogte als het roken van sigaretten (House, 2001). Onderzoekers zijn er al lang van overtuigd dat sterke sociale netwerken de fysieke en psychische gezondheid van ouderen beschermen (Kawachi & Berkman, 2001).

Een recente meta-analytische studie die de resultaten van meer dan 100 studies bundelt, maakt duidelijk dat sociaal kapitaal effectief van levensbelang is. Figuur 1 toont de impact van verschillende factoren zoals roken, alcoholgebruik of obesitas op de kans tot overlijden. Het is geen eenvoudige figuur, maar de auteurs beschrijven de achterliggende methodologie en berekening uitvoerig in hun artikel (Holt-Lunstad et al., 2010). De waarde ligt vooral in de vergelijking en verhouding van verschillende risicofactoren, en daarom is deze figuur opgenomen.

*Figuur 1: Vergelijking van odds ratio (InOR) van een verminderde mortaliteit tussen verschillende voorwaarden die samenhangen met overlijden*



*Bron: Holt-Lunstad et al., 2010*

Holt-Lunstad en collega's tonen aan dat een ontoereikend sociaal kapitaal zeker een even belangrijke risicofactor is voor overlijden als meer bekende risicofactoren. *"Individuals with adequate social relationships have a 50% greater likelihood of survival compared to those with poor or insufficient social relationships. The magnitude of this effect is comparable with quitting smoking and it exceeds many well-known risk factors for mortality"* (Holt-Lunstad et al., 2010).

Preventie van en interventies tegen eenzaamheid zijn daarom van groot belang. Niet enkel biomedische factoren bepalen de gezondheidstoestand, maar ook sociale factoren. De impact van het sociale is voor wetenschappers minder rechtlijnig te verklaren, en komt mede daarom minder onder de aandacht. *"Hoe de relatie tussen eenzaamheid en gezondheid precies in elkaar steekt, is onbekend. Eenzaamheid en ziekte lijken elkaar te versterken. Mensen die eenzaam zijn, worden slechte 'zelfmanagers'. Zij zorgen slechter voor zichzelf en worden ook sneller ziek. Door hun ziekte gaat het aangaan en onderhouden van sociale relaties steeds moeilijker. Dit resulteert in een neerwaartse spiraal."* (van Tilburg, 2007). Zo worden bijvoorbeeld ouderen met hartproblemen sneller terug in ziekenhuis opgenomen als ze niet kunnen terugvallen op hun sociaal netwerk thuis (Rodríguez-Artalejo, et al. 2006).

## HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSOPZET

In dit hoofdstuk beschrijven we de opzet van het onderzoek. Wat is de doelstelling van dit onderzoek? Over welke populatie van ouderen wil dit onderzoek cijfermateriaal verzamelen? Om deze vragen te beantwoorden, verduidelijken we hoe de steekproef is getrokken, hoe de vragenlijst is opgebouwd, en hoe het veldwerk is verlopen.

### **1. Doelstelling onderzoek**

Dit onderzoek naar eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen heeft drie doelstellingen. Ten eerste willen we uitspraken kunnen doen voor alle ouderen in België. Hoeveel ouderen voelen zich eenzaam in België? Hoeveel ouderen zijn sociaal geïsoleerd? Daarvoor is er een representatieve steekproef nodig om de resultaten van dit onderzoek te kunnen veralgemenen.

Ten tweede gaat dit onderzoek na welke factoren samenhangen met eenzaamheid en sociaal isolement. Is het risico op eenzaamheid even groot bij alle ouderen? Of zijn sommige ouderen vaker sociaal geïsoleerd? We brengen de resultaten in verband met socio-demografische kenmerken en met informatie over hun gezondheidstoestand.

Ten slotte plaatsen we de resultaten van dit onderzoek in perspectief. We maken de vergelijking met bestaande onderzoeksresultaten binnen België. Tonen deze onderzoeksresultaten dat de ouderen meer of minder eenzaam zijn dan vroeger?

### **2. Afbakening van de onderzoekspopulatie**

Dit onderzoek doet uitspraken over 65-plussers in België. Ouderen zijn niet alleen een hele grote, maar ook een heel heterogene groep (Biggs & Daatland, 2004). Naarmate de populatie veroudert, wordt ze ook meer divers. Ten eerste is er niet alleen een grote leeftijdsverspreiding binnen de groep ouderen, maar zijn er onderling grote verschillen op vlak van inkomen, fysieke gezondheid, en burgerlijke status. De heterogeniteit in de groep van 65-plussers is een afspiegeling van de (materiële en sociale) ongelijkheden die zich doorheen de levensloop hebben opgestapeld (Verté & Dury, 2011).

De heterogeniteit in de ouderenpopulatie vormde dan ook een belangrijk uitgangspunt in het uitdenken van een gepast onderzoeksdesign. Met het oog op de haalbaarheid van het onderzoek diende een keuze te worden gemaakt: welke subgroepen ouderen

maken voorwerp uit van de enquête en welke niet?

België telt 1.819.726 mensen vanaf 65 jaar (ADSEI, 2008). Dit komt overeen met 17% van de Belgische bevolking. Binnen deze groep kunnen we een onderscheid maken tussen zelfstandig wonende ouderen en niet-zelfstandig wonende ouderen. We onderscheiden volgende subgroepen:

#### **Zelfstandig wonende ouderen:**

- met verblijfplaats in België
- met verblijfplaats in België maar groot deel van het jaar verblijvend in het buitenland (34.096 <sup>1</sup>)
- tijdelijk gehospitaliseerd voor korte of langere duur (7% van de 65-plussers <sup>2</sup>)

#### **Niet-zelfstandig wonende ouderen:**

- verblijvend in een woonzorgcentrum, RVT of andere ouderenorganisaties (131.235)
- verblijvend bij familieleden <sup>3</sup>

Om een nationaal representatieve steekproef samen te stellen van 65-plussers nemen we zowel zelfstandig wonende ouderen als niet-zelfstandig wonende ouderen op in de steekproef. Ouderen die een groot deel van het jaar in het buitenland verblijven (34.096) en ouderen die tijdelijk gehospitaliseerd zijn (7% van de 65-plussers) worden niet mee opgenomen in de steekproef.

We nemen dus ook de groep van niet-thuiswonende ouderen mee op in dit onderzoek. Ouderen die verblijven in woonzorgcentra met een beperkte zelfredzaamheid en een minder goede gezondheidstoestand. Dit onderzoek is juist geïnteresseerd in de samenhang tussen de gezondheid van de ouderen en de mate van eenzaamheid en sociaal isolement. Daarnaast is er minder geweten over de problematiek van eenzaamheid in woonzorgcentra. De meeste onderzoeken rond eenzaamheid focussen op de thuissituatie, of op het moment dat ouderen de overstap naar de residentiële zorg maken (Grenade & Boldy, 2008).

De enquête richt zich tot 65-plussers in België, evenredig verdeeld over de verschillende gewesten van het land. België telt anno 2008 **1.819.726 mensen vanaf 65 jaar**. Dit komt overeen met 17% van de Belgische bevolking (14,5% in Brussel, 17,9% in Vlaanderen en 16,4% in Wallonië). De groep zelfstandig wonende 65-plussers ramen we op circa 1.688.491 ouderen. Op 10 oktober 2009 telde België 69.337 rustoordbedden (ROB) en 61.898 rust- en verzorgingstehuisbedden (RVT). Strikt genomen zijn rust- en verzorgingstehuisbedden niet enkel bedoeld voor ouderen. In de praktijk worden die bedden wel veelal door 65-plussers ingenomen <sup>4</sup> We gaan daarom uit van een populatie van **131.235 personen**.

.....  
1 Informatie van Rijksdienst voor pensioenen. Aantal gepensioneerden die pensioen ontvangen in het buitenland.

2 Soins de longue durée en Belgique. Eco-santé OCDE 2010.

3 In ons onderzoek zullen deze mensen worden bevraagd via de steekproef van zelfstandig wonende ouderen in die zin dat we adressen zullen hebben van ouderen 65+. Hun domicilie zal in dat geval hetzelfde zijn als het familielid waarbij ze zijn ingetrokken.

4 FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen, Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (11/02/2010), Advies m.b.t. het opstellen van eeneigen programmatie voor de rust- en verzorgingstehuisbedden voorbehouden voor specifieke pathologieën en de opname van de zuivere RVT-bedden in de programmatie van de rustoordbedden.

Tabel 2: Aantal 65-plussers in België ten opzichte van totale bevolking opgesplitst naar regio en geslacht

	België			Brussel		
	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen
Alle leeftijdsgroepen	10.666.866	5.224.309	5.442.557	1.048.491	505.963	542.528
65 - 69	461.720	219.042	242.678	36.244	16.426	19.818
70 - 74	450.437	204.647	245.790	34.149	14.572	19.577
75 - 79	406.356	169.513	236.843	32.398	12.573	19.825
80 - 84	292.033	107.782	184.251	26.319	8.925	17.394
85 - 89	150.443	47.078	103.365	15.850	4.683	11.167
90 - 94	44.768	10.570	34.198	5.262	1.124	4.138
95 en meer	13.969	2.302	11.667	1.823	292	1.531
Totaal 65+	1.819.726	760.934	1.058.792	150.045	58.595	93.450
%65+	17,06%	14,56%	19,45%	14,50%	11,58%	17,22%

	Vlaanderen			Wallonië		
	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen
Alle leeftijdsgroepen	6.161.600	3.039.956	3.121.644	3.456.775	1.678.390	1.778.385
65 - 69	285.695	137.786	147.909	139.781	64.830	74.951
70 - 74	280.632	130.235	150.397	135.656	59.840	75.816
75 - 79	244.929	105.220	139.709	129.029	51.720	77.309
80 - 84	170.154	65.396	104.758	95.560	33.461	62.099
85 - 89	85.170	28.202	56.968	49.423	14.193	35.230
90 - 94	25.625	6.466	19.159	13.881	2.980	10.901
95 en meer	7.989	1.430	6.559	4.157	580	3.577
Totaal 65+	1.100.194	474.735	625.459	567.487	227.604	339.883
%65+	17,86%	15,62%	20,04%	16,42%	13,56%	19,11%

Bron: Bevolkingsgegevens ADSEI, 2008

### 3. Steekproef

In deze paragraaf verduidelijken we hoe de steekproef tot stand gekomen is. Eerst bespreken we het kader van de steekproef. Hoe komen we aan de contactadressen? Daarna beschrijven we hoe de steekproef getrokken is. Ten slotte bespreken we de gerealiseerde steekproefgrootte.

#### 3.1 Steekproefkader

Om een steekproef van thuiswonende 65-plussers samen te stellen hebben we een bruto steekproef getrokken uit het bestand WDM Belgium, marktleider voor consumentenadressen. Deze databank wordt dagelijks ge-updated en is opgebouwd uit 30 verschillende bronnen. Na controle van de gegevens van deze databank door deze naast het bevolkingsregister te leggen, kwamen we tot de vaststelling dat 93% van het reële aantal zelfstandig wonende 60-plussers vervat zitten in deze databank. Deze databank is dan wel geen exhaustieve weerspiegeling van de populatie, maar benadert ze wel zeer sterk. Om de niet-zelfstandig-wonende ouderen te bereiken, gebruiken we de contactgegevens van de woonzorgcentra van het RIZIV <sup>5</sup>.

#### 3.2 Steekproeftrekking

##### a. Thuiswonende ouderen

We streefden naar een nationaal representatieve steekproef van ouderen boven 65 jaar, verdeeld over de verschillende gewesten van het land.

Om de 1.210 interviews te realiseren trokken we een brutosteekproef van 21.800 adressen uit de databank CONSU-data aan de hand van een **gestratificeerde, geclusterde steekproef**. De steekproeftrekking gebeurde als volgt:

##### 1 Voorafgaande stratificatie naar provincie en urbanisatiegraad

Om een strikt representatieve steekproef voor België samen te stellen op regionaal niveau, werd het land opgedeeld in verschillende strata:

- 11 strata op basis van de provincie (waarbij Brussel beschouwd wordt als één provincie) en
- 4 strata op basis van de urbanisatiegraad (de grote centra, de middelgrote steden, de stedelijke gemeenten en de rurale gemeenten)

Hetgeen ons 35 cellen <sup>6</sup> opleverde die makkelijk identificeerbaar zijn in termen van bevolkingsaantallen.

##### 2 Toevalstrekking van de steekproefgemeenten

In elkeen van de hierboven gedefinieerde cellen werd vervolgens een aantal gemeenten aselekt getrokken à rato van minimum of een veelvoud van 5 interviews en dit in functie van het aantal inwoners in de gemeente. Grotere gemeenten kregen aldus een groter aantal interviews toegewezen. In Brussel gebeurde de stratificatie per gemeenten door rekening te houden met de bevolking van de 19

<sup>5</sup> Contactgegevens afkomstig, van september 2011 <http://www.riziv.be/care/nl/residential-care/index.htm>. Hier zitten enkel de 'rust- en verzorgingstehuizen' in. Dagcentra en centra voor kortverblijf zijn niet dus niet in het steekproefkader opgenomen.

<sup>6</sup> Enkel de habitat 'groot centrum' is van toepassing voor Brussel maar bestaat niet in de provincies Namen, Luxemburg, Waals-Brabant, Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen.

gemeenten in de regio Brussel.

Interviewers benaderden de hen toegewezen adressen via de uitgestippelde contactprocedure tot zolang zij een finale *outcome* bekwamen voor ieder van de adressen.

### 3 Aselecte steekproeftrekking van adressen binnen een cluster

De eigenlijke adressen werden aselect getrokken via een systematische steekproeftrekking in de CONSU-databank van DM Wegener. Op deze manier garanderen we een spreiding van de respondenten binnen eenzelfde gemeente.

### 4 Quota-steekproeftrekking van de individuen

Voor elke geselecteerde gemeente werd voor de interviewer quota opgelegd inzake geslacht (mannen versus vrouwen) en leeftijd (minstens 2 categorieën: 60-75; 75+). Weigeringen kunnen immers een vertekening in de steekproef veroorzaken. Het is perfect denkbaar dat bijvoorbeeld mannen boven 75 jaar bijvoorbeeld systematisch weigeren om deel te nemen aan het onderzoek, met als gevolg dat deze groep niet of te weinig in de steekproef zou vertegenwoordigd zijn.

### 5 Selectie van de steekproefelementen in een huishouden met meerdere 65-plussers

In huishoudens met meerdere 65-plussers begaf de interviewer zich naar het geselecteerde adres en selecteerde de respondent aan de hand van de laatste-verjaardag-methode: de persoon van 65 jaar en ouder die gedomicileerd is op het adres en het laatst verjaarde van alle personen ouder dan 65 jaar gedomicileerd op het adres. Indien deze persoon voldoende Nederlands/Frans verstond, werd er een interview afgenomen.

#### b. Ouderen in woonzorgcentra

Het proces van (het pogen) contact te nemen met de respondenten in woonzorgcentra gebeurde niet willekeurig. De enquêteurs werkten via een strikte procedure die erop gericht was:

- ervoor te zorgen dat enquêteurs op een vaste, gestandaardiseerde wijze werken;
- ervoor te zorgen dat het veldwerk verloopt volgens een strikt tijdsschema.

In de praktijk werd gevraagd naar lijsten van bewoners als basis voor de selectie van de respondenten. Aan het personeel werd gevraagd om de personen die niet in staat zijn om deel te nemen aan het onderzoek te identificeren; deze werden bij willekeurige selectie uitgesloten en vervangen. Bij het bepalen of de geselecteerde respondent al dan niet kon worden geïnterviewd werden 2 criteria in acht genomen:

- 1) kunnen spreken (geen afasie) en
- 2) vragen kunnen begrijpen

Bij voorbaat werden dus geen volledige afdelingen overgeslaan, tenzij de voorziening een afdeling had waar enkel personen met meer gevorderde dementie verbleven.

Aan de hand van de bewonerslijst kan men dan ter plaatse een steekproef trekken. Bvb. als er 80 bezette kamers zijn dan dienen de personen in kamer 5 – 10 – 15 – 20... bevraagd te worden.

### 3.3 Steekproefgrootte

In totaal werden **1.210 interviews** afgewerkt bij zelfstandig wonende ouderen in België. In Brussel zijn 404 interviews afgenomen, in Vlaanderen 406 en in Wallonië 400. Om statistisch betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de groep ouderen in woonzorgcentra voerden we **297** interviews uit. In Brussel waren dat er 107, in Vlaanderen 91 en in Wallonië 99.

Onze totale steekproef bestaat dan ook uit **1.507 interviews**. Bij 95% betrouwbaarheid waarborgen deze steekproefgroottes volgende maximale statistische fout (op basis van een t-test):

Tabel 3: Maximale statistische fout in functie van de geobserveerde frequentie en de steekproefgrootte

N:	Doelgroep	geobserveerde frequentie (%)													
		1 of 99	2 of 98	3 of 97	4 of 96	5 of 95	10 of 90	15 of 85	20 of 80	25 of 75	30 of 70	35 of 65	40 of 60	45 of 55	50
297	Woonzorgcentra	1.1	1.6	1.9	2.2	2.5	3.4	4.0	4.5	4.9	5.2	5.4	5.5	5.6	5.7
1.210	Thuiswonend	0.6	0.8	1.0	1.1	1.2	1.7	2.0	2.3	2.5	2.6	2.7	2.8	2.8	2.8
1.507	totale steekproef	0.5	0.7	0.9	1.0	1.1	1.6	1.8	2.1	2.2	2.4	2.5	2.5	2.6	2.6

Wanneer we bijvoorbeeld voor België (N=1.507) zouden vaststellen dat 50% van de 65-plussers sociaal geïsoleerd is, dan zal er bij 95% betrouwbaarheid een maximale statistische fout van 2,6%. De geobserveerde 50% ligt dan met 95% betrouwbaarheid tussen 47,4% en 52,6%.

### 3.4 Weging

De finale steekproef werd rechtgetrokken voor wat betreft regio en woonsituatie door gebruik te maken van wegingstechnieken. Om statistisch betrouwbare uitspraken te kunnen doen op regionaal vlak werden per regio circa 500 interviews afgerond. Om representatieve uitspraken te kunnen doen werd deze verdeling rechtgetrokken naar de nationale verdeling (Vlaanderen 60%, Brussel 8% en Wallonië 32%). Ook voor wat betreft de woonsituatie, d.i. thuiswonend of verblijvend in een woonzorgcentrum, starten we het onderzoek met een niet-representatieve verdeling met het oog op een voldoende grote steekproef van ouderen die verblijven in woonzorgcentra die achteraf werd rechtgetrokken naar de verdeling in de populatie (93% thuiswonende ouderen en 7% ouderen in woonzorgcentra).

Tabel 4: Socio-demografisch profiel van de steekproef (Basis: totale steekproef)

TOTAAL	N=1507		
	Ongewogen	Gewogen	
Doelgroep	Thuiswonend	80%	93%
	Woonzorgcentra	20%	7%
Leeftijd	65-74 jarigen	49%	50%
	75-84 jarigen	39%	38%
	85+	13%	12%
Geslacht	Man	41%	42%
	Vrouw	59%	58%
Regio	Vlaanderen	33%	60%
	Brussel	34%	8%
	Wallonië	33%	32%
Burgerlijke staat	Ongehuwd	9%	7%
	Gehuwd/samenl.contract	38%	44%
	Wettelijk gescheiden	9%	8%
	Weduwe/wed uwnaar	45%	41%
Nationaliteit	Belgen	89%	94%
	Nieuwe Belgen	4%	3%
	Niet-Belgen	6%	4%

#### 4. Opbouw vragenlijst

De vragenlijst is opgebouwd rond 3 grote delen. In het eerste deel komen de *socio-demografische kenmerken* aan bod. Geslacht, leeftijd, gezinssituatie, burgerlijke staat, opleidingsniveau en de inkomenssituatie komen aan bod. In het laatste deel peilt de vragenlijst naar de *gezondheidssituatie* van de oudere. In welke mate zijn de ouderen zorgafhankelijk in het dagelijks leven? Het middelste deel van de vragenlijst gaat over de sociale leefwereld van de ouderen en is het meest uitgebreid.

Er bestaan geen universele meetinstrumenten om sociaal kapitaal of sociaal isolement te meten (Grenade & Boldy, 2008). We bespreken daarom niet enkel de frequentie van de contacten, maar ook de mate waarin men tevreden is over die contacten. Deze contactfrequentie en cognitieve beleving van die contacten zijn maar enkele componenten van sociaal kapitaal (Heylen & Mortelmans, 2007). Het lidmaatschap en participatie in het verenigingsleven komen ook aan bod.

Eenzaamheid is moeilijker om te meten dan sociale isolatie. Om dit subjectieve gevoel te vatten, gebruiken onderzoekers twee verschillende soorten vragen. In dit onderzoek gebruiken we beiden, en vragen we zowel rechtstreeks als onrechtstreeks naar de eenzaamheidsgevoelens. We gebruiken de enkelvoudige, directe vraag *“Voelt u zich dikwijls, soms of nooit eenzaam?”*. Rechtstreekse vragen vermelden expliciet het woord ‘eenzaam’ in de vraagstelling of in antwoordmogelijkheden. Onrechtstreekse vragen doen dat niet, omdat het woord ‘eenzaam’ kan leiden tot onderrapportering. Het stigma rondom eenzaamheid zorgt er voor dat respondenten vaker sociaal wenselijke antwoorden geven bij een directe vraagstelling (de Jong Gierveld et al., 2006; Victor, et al., 2004; Borys & Perlman, 1985).

Naast de directe vraag, gebruiken we daarom ook een schaal met indirecte vragen om eenzaamheid te meten. In deze vragen komt het woord ‘eenzaam’ dus niet voor. Er bestaan meerdere schalen die zowel theoretisch als praktisch geschikt zijn in surveyonderzoek. Voor een omvangrijk overzicht en evaluatie van de bestaande schalen rond eenzaamheid, zie Sansoni en collega’s (2010). Zo hebben de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld (de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985), de schaal van UCLA (Russel et al., 1980; 1978) en de Medical Outcomes Study Social Support Survey allemaal hun voor- en nadelen.

In dit onderzoek is gekozen voor de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld. Deze schaal heeft goede psychometrische eigenschappen (Heylen, 2011; de Jong Gierveld & van Tilburg, 2007; 1999). Daarnaast wordt de schaal van de Jong Gierveld frequent gebruikt binnen Europa (Dykstra, 2009) en in internationaal onderzoek (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010). Ten slotte biedt dit instrument de mogelijkheid om de subdimensies van emotionele en sociale eenzaamheid te onderscheiden.

De eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld bestaat uit 11 items die in tabel 5 zijn weergegeven. Er is ook een kortere, valide schaal ontwikkeld met 6 items in plaats van met 11 items (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2006). In dit onderzoek gebruiken we de versie met 11 items, die worden voorafgegaan door deze vraag: *‘Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?’*. De respondenten krijgen de antwoordmogelijkheden ‘ja’, ‘min of meer’, ‘nee’. Naast deze 3-puntenschaal is het ook mogelijk om met een 5-puntenschaal te werken (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999).

Tabel 5: Elf items van de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld

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

*Bron: de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999*

De schaal kan zowel uni- als bidimensioneel worden gebruikt. De subschaal rond emotionele eenzaamheid komt voort uit de 6 negatief verwoorde items, namelijk items 2, 3, 5, 6, 9 en 10. De subschaal rond sociale eenzaamheid zijn de 5 positief verwoorde items, namelijk items 1, 4, 7, 8 en 11. Bij de scoring wordt het antwoord 'min of meer' als een teken van eenzaamheid beschouwd. Voor de negatief geformuleerde uitspraken (de emotionele eenzaamheid) worden de antwoorden 'min of meer' of 'ja' opgeteld tot één eenzaamheidspunt. Voor de positief geformuleerde uitspraken (de sociale eenzaamheid) worden de antwoorden 'min of meer' of 'nee' opgeteld tot één eenzaamheidspunt. De totale eenzaamheidsscore wordt dan berekend door optelling van de emotionele eenzaamheidsscore en de sociale eenzaamheidsscore. Deze sommatie levert een schaalscore op die van 0 t/m 11 loopt. Een score van 0 t/m 2 geeft aan dat er geen sprake is van eenzaamheid. Een score van drie tot en met acht is indicatief voor matige eenzaamheid. Een score van negen of tien duidt op ernstige eenzaamheid. Een score van 11 duidt op zeer ernstige eenzaamheid.

## 5. Face-to-face interview

De vragenlijst wordt afgenomen via face-to-face interviews. De interviewers van IPSOS zijn getraind in deze methode, waardoor ze een band met de geïnterviewde oudere kunnen opbouwen. Voor de ouderen in woonzorgcentra is een schriftelijke bevraging vaak niet mogelijk. Ook bij thuiswonende ouderen met een slechtere gezondheidssituatie is het zelf invullen van een vragenlijst niet altijd vanzelfsprekend.

Bij face-to-face of telefonische interviews geven respondenten minder vaak aan dat ze zich eenzaam voelen in vergelijking met schriftelijke bevragingen (de Jong Gierveld et al., 2006; van Tilburg, 2005). In het algemeen geldt dat naarmate de bevraging anoniemer is, sociaal onwenselijke antwoorden vaker voorkomen (de Leeuw, 1992; Sudman & Bradburn, 1974). Gevoelens van eenzaamheid zorgen voor schaamte en zijn stigmatiserend (Briels & Ploegmakers, 2010). Het is dan ook niet altijd evident om toe te geven dat je eenzaam bent. Via diepte-interviews zouden gevoelens van eenzaamheid wel vaker naar boven komen dan in kwantitatief onderzoek (Victor et al., 2003).

## 6. Veldwerk

In deze laatste paragraaf beschrijven we het verloop van het veldwerk. Ten eerste verduidelijken we hoe de contactname is verlopen. Daarna verduidelijken we de periode van het veldwerk. Ten slotte bespreken we de kwaliteit van de interviews.

### 6.1 Contactname

De interviewer bezorgde de **thuiswonende ouderen** vooraf een introductiebrief waarin het opzet van het onderzoek werd uiteengezet. In de brief stonden contactgegevens die de respondent bij vragen kon raadplegen. In de praktijk merken we dat telefonische rekrutering een positieve impact heeft op de participatiegraad. Dit geldt nog meer voor langdurige interviews. Aangezien afspraken zijn gemaakt met de respondent, resulteert dit in een lager aantal weigeringen bij het eerste bezoek. Echter, tussen het moment waarop zij hun akkoord geven om deel te nemen aan de enquête en de werkelijke afspraak voor het interview, kan wat tijd zitten. De respondent kan van gedacht veranderen of toch niet beschikbaar zijn op de dag van het interview. Omwille van privacyredenen worden telefonische weigeringen gerespecteerd. Bij de geselecteerde personen werden maximaal drie contactpogingen ondernomen. Wanneer de geselecteerde persoon uitdrukkelijk weigerde mee te werken, werden contactpogingen stopgezet. Weigeringen door anderen in naam van de respondent werden niet aanvaard. Voor respondenten van wie we niet over een telefoonnummer beschikten, werd indien niemand thuis werd aangetroffen een contactkaart achtergelaten. Daarin stond de naam en het telefoonnummer van de interviewer. Indien geen reactie kwam op de contactkaart ging de interviewer nog minstens eenmaal persoonlijk langs.

Om ouderen te bevragen die **in woonzorgcentra** verblijven, werkten we samen met de directies van de woonzorgcentra. In eerste instantie werd een introductiebrief verzonden om het onderzoek te kaderen. De organisaties werden gecontacteerd om te informeren naar hun bereidheid om mee te werken en naar de manier waarop de organisatie werkt. Binnen elke organisatie werd een contactpersoon aangeduid die de enquêteur kon benaderen voor de selectie van de respondenten. Elke enquêteur kreeg een aantal organisaties toegewezen waarmee hij/zij op voorhand contact opnam om concrete afspraken te maken over het verloop en de afname van de enquêtes. In totaal namen 34 woonzorgcentra in België deel aan de enquête, namelijk 11 in Brussel, 11 in Wallonië en 12 in Vlaanderen. Niet alle woonzorgcentra waren bereid om mee te werken, wat voor non-respons vertekening kan zorgen.

### 6.2 Veldwerkperiode

De eerste introductiebrieven naar de woonzorgcentra werden de eerste week van november 2011 verstuurd. Het eigenlijk veldwerk ging van start vanaf 14 november 2011. De 1.507 face-to-face interviews zijn afgenomen tussen 14 november 2011 en 4 januari 2012. Eenzaamheid is geen onveranderlijk gevoel. Gevoelens van eenzaamheid kunnen veranderen doorheen de tijd. Sommige onderzoekers benadrukken het temporele karakter en het eenzaamheidsproces (de Jong Gierveld, 1982; Linneman, 1996). Het afnemen van een vragenlijst is maar één momentopname. Zo is het mogelijk dat respondenten zich 's avonds, in de winter of tijdens specifieke vakantieperiodes wat vaker eenzaam voelen (Grenade & Boldy, 2008). Dit onderzoek vond plaats tijdens de eindejaarsperiode, en dat kan de resultaten dus mogelijk beïnvloeden.

### 6.3 Evaluatie kwaliteit interviews

De respons van het onderzoek van de thuiswonende ouderen bedraagt 43%. Dit is het aantal bereikte interviews gedeeld door het aantal geselecteerde adressen. In Brussel lag de respons het laagst (39%), in Vlaanderen het hoogst (57%), in Wallonië ligt de responsgraad op 53%. De respons bij mannen lag op 41% bij vrouwen op 55%. Bij de oudste ouderen stellen we de hoogste respons vast (56% versus 47% bij 65-74 jarigen en 46% bij 75-84 jarigen).

Tabel 6: Analyse van de non-respons (Basis: totale steekproef)

Aantal %	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië	Man	Vrouw	65-74	75-84	85+
Afgewerkte interviews	1210 43%	497 57%	511 39%	499 53%	627 41%	880 55%	606 47%	575 46%	326 56%
Weigering	891 31%	182 21%	476 36%	233 25%	483 32%	408 25%	380 29%	377 30%	134 23%
Afwezig	578 21%	161 18%	239 18%	178 19%	321 21%	257 16%	252 20%	245 20%	81 14%
Verhuisd	57 2%	15 2%	23 2%	19 2%	31 2%	26 2%	28 2%	20 2%	9 2%
Ziek	43 2%	18 2%	24 2%	1	20 1%	23 2%	18 1%	16 1%	9 2%
Overleden	21 1%	7 1%	7 1%	7 1%	12 1%	9 1%	4	7	10 2%
Buiten quota	29 1%	-	29 2%	-	20 1%	9 1%	8 1%	10 1%	11 2%
<b>Aantal contacten</b>	<b>2.829</b>	<b>880</b>	<b>1309</b>	<b>937</b>	<b>1.514</b>	<b>1.612</b>	<b>1.296</b>	<b>1.250</b>	<b>580</b>

Op het einde van het interview, beoordeelden de interviewers via een korte vragenlijst het verloop van het interview. Driekwart van de respondenten was helemaal niet wantrouwig vóór de aanvang van het interview. Een kwart van de ouderen was dat wel: één op vijf was een beetje wantrouwig en 5% was zeer wantrouwig. Vrouwen, 85-plussers, verweduwden, ouderen met beperkte financiële middelen, appartementsbewoners en Brusselaars waren significant meer wantrouwig alvorens de interviewer het interview aanvatte. Na afloop van het interview bleven er van het kwart wantrouwige respondenten slechts 8% meer over. Het ging dan vooral om 85-plussers, verweduwden en ouderen met beperkte financiële middelen.

9 op 10 respondenten was (heel) gemotiveerd om deel te nemen aan het onderzoek. 9% had een matige motivatie, 1% was niet gemotiveerd. Een mindere mate van motivatie merkten interviewers voornamelijk op bij 85-plussers, verweduwden en ouderen met beperkte financiële middelen en gezondheidsproblemen.

De interviewers schatten de capaciteiten van de respondenten om de vragen te kunnen begrijpen en betekenisvolle antwoorden te geven hoog in: 84% van de respondenten zou genoeg capaciteiten hebben gehad, voor 15% zou dat tussenin zijn geweest en 1% zou onvoldoende capaciteiten hebben gehad. 85-plussers, verweduwen, ouderen met beperkte financiële middelen en gezondheidsproblemen zouden volgens de interviewers de vragen significant minder goed begrepen hebben.

83% van de respondenten was geconcentreerd terwijl de interviewer de vragenlijst afnam. 15% was matig geconcentreerd en 1% getuigde van onvoldoende concentratie. De concentratie was significant zwakker bij vrouwen, 85-plussers, verweduwen, ouderen met beperkte financiële middelen en gezondheidsproblemen.

Bij 98% van de interviews werd de vragenlijst volledig en duidelijk ingevuld.

## HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKS- RESULTATEN

In dit derde hoofdstuk komen de resultaten van de enquête aan bod. Eerst bespreken we het profiel van de steekproef. Hier komen achtergrondkenmerken en de gezondheidssituatie van de ouderen aan bod. Deze factoren worden doorheen de verdere resultaten in verband <sup>7</sup> gebracht met eenzaamheid en sociaal isolement. Ten tweede analyseren we het sociaal kapitaal van de ouderen. Ten derde bekijken we de eenzaamheidsgevoelens van de ouderen. Hiervoor maken we zowel gebruik van de directe als de indirecte bevraging. In een vierde deel maken we een typologie van het sociaal isolement van ouderen. In deze delen doen we uitspraken over de volledige steekproef, met name over de 65-plussers in België. In het laatste deel vergelijken we expliciet de situatie van thuiswonende ouderen met die van ouderen in woonzorgcentra. Zijn ouderen in woonzorgcentra vaker eenzaam of niet?

### 1. Steekproefprofiel

De respondenten in de steekproef zijn op regionaal vlak op dezelfde manier verdeeld als in de populatie: 60% woont in Vlaanderen, 31% in Wallonië en 8% in Brussel.

Voor de onderzoeksvariabele habitat baseerden we ons op de definitie van het Centrum voor Informatie over de Media (CIM). Het betreft een morfologische analyse die voornamelijk gebaseerd is op enerzijds de bevolkingsdichtheid en anderzijds het uitrustingsniveau dat men in een gemeente aantreft. Dit uitrustingsniveau wordt bepaald door de aanwezigheid van medische en sociale voorzieningen, sport- en recreatiemogelijkheden, horeca, transport, loketdiensten, openbare diensten, cultuur, onderwijs en detailhandel. Aan elk van deze 8 functies werd een score toegekend waardoor men een uitrustingsniveau kan berekenen. Deze methode laat toe om voor iedere respondent de habitat te definiëren. 34% van de respondenten is woonachtig in één van de vijf grote centra in ons land (Brussel, Antwerpen, Gent, Luik of Charleroi). Een op vijf van de respondenten woont in stedelijk gebied <sup>8</sup>, 15% in kleine lokaliteiten en tot slot 30% in landelijke gemeenten. Wanneer we de steekproefverdeling voor wat betreft habitat naast de

<sup>7</sup> Om na te gaan of er een significant verschil bestaat tussen twee nominale of ordinale variabelen, gebruiken we de Chi-kwadraattoets. Bij deze test wordt een vergelijking gemaakt tussen de waargenomen waarden en de waarden die men zou bekomen op basis van toeval. Als de p-waarde kleiner is dan 0,05 spreken we van een significant verband of verschil. De waarschijnlijkheid dat het verschil op toeval berust, is kleiner dan 5%. Wanneer in deze publicatie sprake is van verschillen dan gaat het steeds om significante verschillen.

<sup>8</sup> Het gaat om 43 steden in België en meer bepaald 16 regionale steden en 27 kleine steden.

populatieverdeling leggen, stellen we een lichte oververtegenwoordiging vast van enerzijds de vijf grote centra (34% vs. 29% in populatie) en anderzijds van de landelijke gemeenten (30% vs. 26% in populatie). De kleine lokaliteiten zijn in onze steekproef licht ondervertegenwoordigd (15% vs. 23%). De ouderenpopulatie wordt gekenmerkt door een ongelijke verdeling tussen man en vrouw: 58% zijn vrouwen, 42% mannen. De geslachtsverdeling is in lijn met de nationale cijfers.

Iedere respondent moest zijn huidige leeftijd meegeven op het moment van de enquêtering. Achteraf deelden we de respondenten in drie leeftijdsklassen in: 65 tot 74 jaar, 75 tot 84 jaar en 85 jaar en ouder. De helft van de respondenten behoort tot de categorie jongste ouderen (65 tot 74 jaar), de 75- tot 84-jarigen zijn met 38% en 11% is 85 jaar of ouder.

Tabel 7: Socio-demografisch profiel van de steekproef (Basis: totale steekproef)

		n	%
<b>Totaal</b>		1507	100%
<b>Regio</b>	Vlaanderen	912	60%
	Brussel	125	8%
	Wallonië	470	31%
<b>Habitat</b>	Grote centra	507	34%
	Stedelijk	322	21%
	Secundair (kleine lokaliteiten)	221	15%
	Andere gemeenten (landelijk)	457	30%
<b>Geslacht</b>	Man	630	42%
	Vrouw	877	58%
<b>Leeftijd</b>	65-74 jarigen	755	50%
	75-84 jarigen	578	38%
	85-plussers	173	11%
<b>Burgerlijke staat</b>	Ongehuwd	107	7%
	Gehuwd/ samenlevingscontract	664	44%
	Wettelijk gescheiden	113	7%
	Weduwe/ weduwnaar	622	41%
<b>Subjectief inkomen</b>	Moeilijk	646	43%
	Makkelijk	861	57%
<b>Inkomen van het huishouden</b>	<1.000 euro	170	14%
	1.000 - 1.200 euro	315	26%
	1.200 - 1.500 euro	262	22%
	1.500 - 2.000 euro	224	19%
	> 2.000 euro	226	19%
<b>Nationaliteit</b>	Belgen	1399	94%
	Nieuwe Belgen	42	3%
	Niet- Belgen	53	4%

Om de burgerlijke staat van de respondent te weten te komen, vroegen we de respondenten om één van de vijf antwoordmogelijkheden te kiezen. De respondent kon antwoorden dat hij/zij gehuwd is of

samenwoont (samenlevingscontract), nooit gehuwd is geweest, weduw(e)(naar) is of gescheiden is. De grootste groep ouderen zijn al dan niet getrouwde koppels (44%) gevolgd door weduwnaars (41%). De groep ongehuwde ouderen en wettelijk gescheiden ouderen is even groot (resp. 7%).

Om te weten te komen wat het nettomaandelijks gezinsinkomen is, stelden we de respondenten de vraag in welke categorie zich het nettomaandinkomen <sup>9</sup> van het huishouden bevindt. De respondent kon kiezen uit acht antwoordmogelijkheden.

14% van de 65-plussers moet zien rond te komen met een nettomaandinkomen van minder dan 1.000 euro en 26% heeft een gezinsinkomen tussen 1.000 euro en 1.200 euro. Het aantal ouderen met een gezinsinkomen tussen 1.200 euro en 1.500 euro is 22% en 19% dient rond te komen met een inkomen tussen 1.500 euro en 2.000 euro. Haast 1 op 5 ouderen geniet van een gezinsinkomen van de hoogste klasse (2.000 euro en meer). Meer dan 1 op 5 respondenten antwoordde niet of weigerde te antwoorden op deze vraag. Bijkomend vroegen we de respondenten dan ook zelf te evalueren in welke mate het voor het gezin al dan niet moeilijk is om rond te komen. Circa 4 op 10 ouderen kunnen de eindjes maar moeilijk aan elkaar knopen, 6 op 10 heeft daar minder moeilijkheden mee.

94% van de respondenten zijn Belgen, geboren en getogen in België; 3% zijn nieuwe Belgen, zij hebben de Belgische nationaliteit maar bij geboorte hadden zij een andere nationaliteit en 4% zijn niet-Belgen, zij wonen in België maar zij hebben de Belgische nationaliteit niet.

De helft van de 65-plussers verkeert in goede gezondheid, dat is althans de perceptie van de ouderen zelf. 4 op 10 beschrijft zijn/haar gezondheidstoestand als redelijk, 1 op 10 meent in slechte gezondheid te verkeren. Meer dan de helft (54%) heeft een langdurige ziekte, aandoening, handicap of gezondheidsprobleem. Een overzicht van de gezondheidsproblemen en aandoeningen van ouderen is weergegeven in tabel 8.

*Tabel 8: Gezondheidsproblemen van ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: respondenten met gezondheidsproblemen)*

<b>Gezondheidsprobleem</b>	<b>%</b>
Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel	47%
Ziekten van hart en vaatstelsel	45%
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	23%
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	18%
Ziekten van ademhalingsstelsel	10%
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	8%
Moeilijk definieerbare symptomen, tekens en pathologieën	8%
Ziekten van spijsverteringsstelsel	8%
Ziekten van urogenitaal stelsel	6%
Letsels	4%
Ziekten van huid en subcutis	1%

<sup>9</sup> Met nettoinkomen bedoelen we het inkomen zoals het ontvangen wordt nadat de belastingen en de sociale bijdragen er reeds van afgehouden zijn. Alle andere inkomsten, ook uit onroerende goederen, werden ook meegerekend.

12% van de ouderen is in zijn/haar verplaatsingen beperkt tot de eigen woning, in het geval van thuiswonende ouderen, of tot de eigen kamer in het geval van ouderen in woonzorgcentra. 29% van de ouderen is het afgelopen jaar gevallen.

Tabel 9: Gezondheidsprofiel van de steekproef (Basis: totale steekproef)

		n	%
<b>Totaal</b>		1507	100%
<b><u>Subjectieve gezondheidssituatie</u></b>	Slecht	168	11%
	Redelijk	607	40%
	Goed	732	49%
<b><u>Objectieve gezondheidssituatie</u></b>	Gezondheidsproblemen	810	54%
	Geen gezondheidsproblemen	697	46%
<b><u>Mobiliteit</u></b>	Beperkt	185	12%
	Niet beperkt	1322	88%
<b><u>Valfrequentie</u></b>	Gevallen	437	29%
	Niet gevallen	1070	71%
<b><u>Depressieve gevoelens</u></b>	Geen depressieve gevoelens	861	57%
	Vermoeden van depressieve gevoelens	440	29%
	Depressieve gevoelens	206	14%
<b><u>Ernstige geheugenproblemen</u></b>	Ja	467	31%
	Nee	1040	69%
<b><u>Opnemen zorg voor anderen</u></b>	Ja	648	43%
	Nee	859	57%
<b><u>Zorgafhankelijkheid</u></b>	Zorgafhankelijk	203	13%
	Zorgonafhankelijk	1304	87%
<b><u>Professionele hulp aan huis</u></b>	Ja	470	34%
	Nee	923	66%

In de vragenlijst peilen vier ja/nee-vragen naar de aan- of afwezigheid van depressieve gevoelens bij ouderen. Een derde van de ouderen is bang dat hem of haar iets naars zal overkomen. 15% heeft het gevoel dat zijn leven leeg is. 13% heeft geen goed humeur. 12% is innerlijk niet tevreden met zijn of haar leven. Van respondenten die op één van deze vragen van de Geriatrische Depressie Schaal positief antwoordden, wordt aangenomen dat er een vermoeden is van depressieve gevoelens (Mitchell & Coyne, 2007). Antwoordden zij meer dan één keer positief, dan spreken we van depressieve gevoelens. Bij 1 op 3 ouderen is er zo sprake van een vermoeden van depressieve gevoelens. 14% ouderen heeft depressieve gevoelens.

1 op 3 ouderen wordt geconfronteerd met ernstige geheugenproblemen; dit wil zeggen dat zij moeite ervaren om dingen te onthouden of zich dingen te herinneren in die mate dat zij hierdoor beperkt zijn in hun activiteiten.

Meer dan 4 op 10 ouderen verleent op regelmatige basis vrijwillige, niet-betaalde hulp aan anderen. Zij verlenen voornamelijk hulp aan vrienden (53%), aan de kinderen (41%) en aan de partner (17%).

13% van de ouderen is zorgafhankelijk, zij hebben hulp nodig bij dagdagelijkse activiteiten zoals zich wassen (12), zich aan- en uitkleden (8%), zich binnenshuis verplaatsen (4%), naar het toilet gaan (3%) en/of eten (2%). 45% van de ouderen in woonzorgcentra zijn zorgafhankelijk; dit ligt 34%punten hoger dan bij thuiswonende ouderen. Vrouwen zijn vaker dan mannen zorgafhankelijk (16% vs. 10%). 36% van de 85-plussers zijn zorgafhankelijk, dit is slechts bij 9% van de 65-74 jarigen het geval. Eén op vijf verweduwdens zijn zorgafhankelijk. De zorgafhankelijkheid bij ouderen ligt in Vlaanderen significant hoger dan in Wallonië (15% vs. 10%). Ouderen met depressieve gevoelens zijn vaker zorgafhankelijk (17% vs. 11%).

*Figuur 2: Hulp vereist bij dagdagelijkse activiteiten en instrumentele activiteiten (Basis: totale steekproef)*



Een derde van de ouderen krijgt professionele hulp aan huis. In de meeste gevallen gaat het om poetshulp (70%), hulp van een verpleegkundige of zorgkundige (32%) en hulp van Gezinszorg (vb. Familiehulp, Solidariteit voor het Gezin) (27%). 1 op 10 ouderen die professionele hulp aan huis krijgen, doet een beroep op de hulp van een kinesitherapeut.

Ouderen in Vlaanderen doen vaker een beroep op, of nog, vinden makkelijker de weg naar, professionele hulp aan huis in vergelijking met ouderen in Wallonië (37% vs. 27%). Vrouwen doen in vergelijking met mannen vaker een beroep op professionele hulp aan huis (37% vs. 29%). Maar liefst 65% van de 85-plussers beroept op externe professionele hulp (22% van de 65-74 jarigen; 42% bij 75-84 jarigen). De vraag naar professionele hulp aan huis ligt significant hoger bij verweduwde ouderen in vergelijking met gescheiden ouderen (43% vs. 23%).

## 2. Sociaal kapitaal

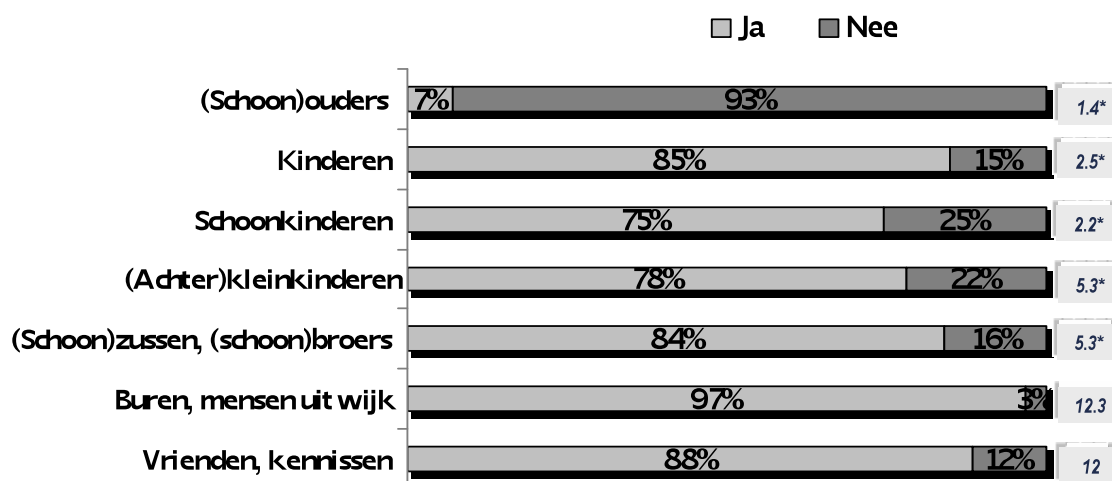
In dit onderdeel komen verschillende elementen van het sociaal kapitaal van ouderen aan bod. Eerst kijken we naar de omvang van het sociaal netwerk. Hoeveel kinderen, kleinkinderen of vrienden hebben de ouderen? Ten tweede bespreken we de contactfrequentie. Hoe vaak hebben ouderen contact met de verschillende relaties binnen hun sociaal netwerk? Ten derde gaan we na hoe tevreden ouderen zijn met de contacten die ze hebben. In dit onderdeel van contactbeleving geven de ouderen aan met wie ze graag meer of minder contact zouden willen hebben. Ten vierde bekijken we de kwaliteit van de

sociale steun, zoals deze ook in de Gezondheidsenquête is bevestigd. Ten vijfde kijken we welke ouderen een vertrouwenspersoon hebben, of zelf vertrouwenspersoon zijn voor iemand anders. Ten slotte kijken we in welke mate ouderen deelnemen aan het verenigingsleven.

## 2.1 Omvang sociaal netwerk

In het onderzoek werd gepeild naar de aan- of afwezigheid van verschillende referentiecategorieën in het sociaal netwerk van de oudere: (schoon)ouders, kinderen, schoonkinderen en (achter)kleinkinderen, (schoon)zussen of (schoon)broers, buren, vrienden of kennissen. Naast de aan- of afwezigheid van een bepaalde referentiecategorie werd de respondent ook gevraagd naar de omvang van deze categorie in zijn/haar sociaal netwerk. In de hiernavolgende figuren is het gemiddelde aantal personen weergegeven voor de ouderen voor wie de referentiecategorie in het sociaal netwerk bestaat. Voor de familierelaties (\* in figuur) en voor de niet-verwanten is tevens het gemiddelde weergegeven op basis van zij die zowel niet-verwanten als geen niet-verwanten in hun netwerk hebben.

*Figuur 3: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie (Basis: totale steekproef)*

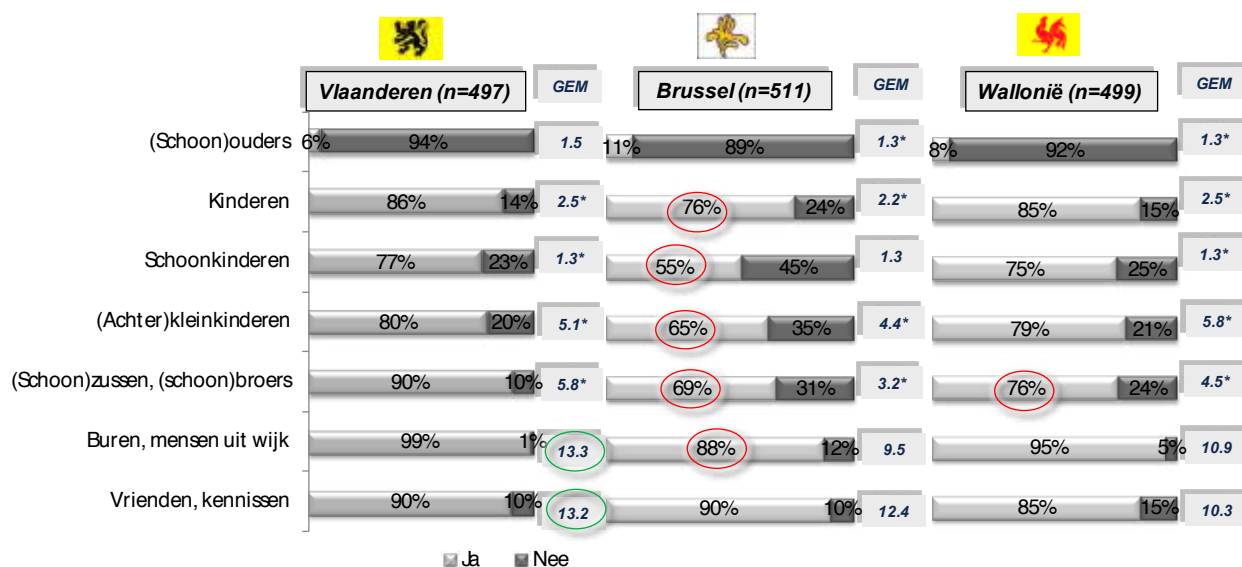


Uit figuur 3 blijkt dat amper zeven procent van de 65-plussers nog ouders of schoonouders in leven heeft. 85% van de ouderen heeft kinderen, driekwart schoonkinderen. Driekwart van de ouderen heeft (achter)kleinkinderen, 8 op 10 (schoon)zussen en (schoon)broers. Meer dan 10% van de ouderen geeft aan geen vrienden of kennissen te hebben, 3% zou geen buren of mensen uit de wijk kennen.

### 2.1.1 Samenhang met socio-demografische kenmerken

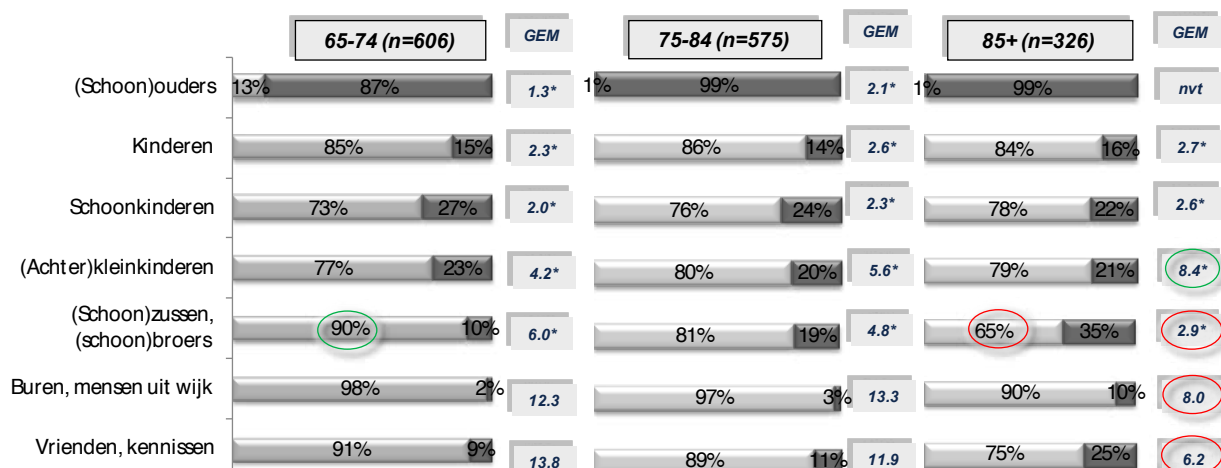
Ouderen in Brussel beschikken over het minst omvangrijke sociaal netwerk. In Wallonië kunnen ouderen minder vaak terugvallen op de brede familie. Het aandeel niet-verwanten in het sociaal netwerk is het omvangrijkst in Vlaanderen. Waar Vlamingen gemiddeld 13 vrienden hebben en 13 buren kennen, ligt dat in Brussel en Wallonië lager (respectievelijk 12 en 9; 10 en 11).

Figuur 4: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar regio (Basis: totale steekproef)



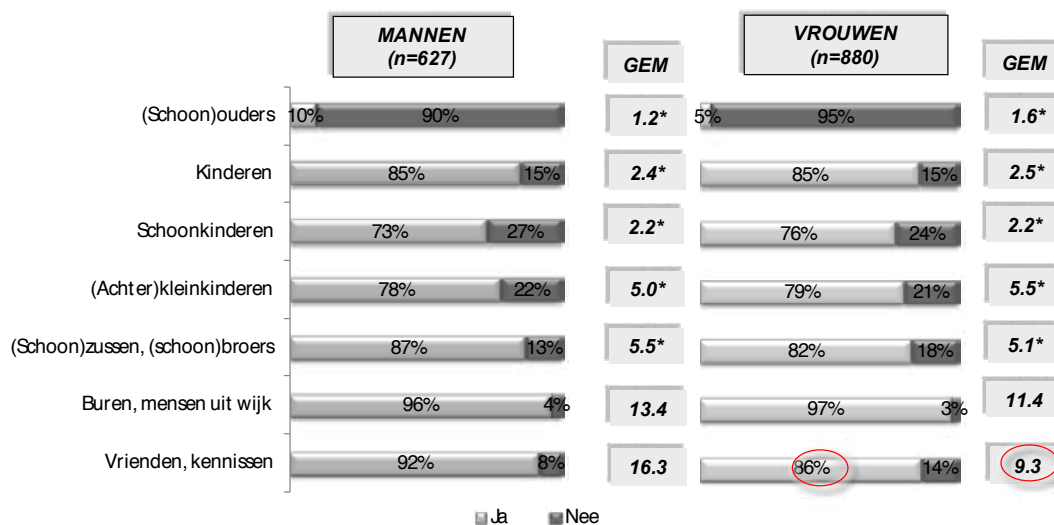
Negen op tien van de 65-74 jarigen kan nog terugvallen op zussen en broers, voor 75-84 jarigen is dat al maar voor 81% zo, voor 85+ is dat in 6 op 10 gevallen. De vrienden- en kennissenkring dunt sterk uit vanaf 85 jaar.

*Figuur 5: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar leeftijd (Basis: totale steekproef)*



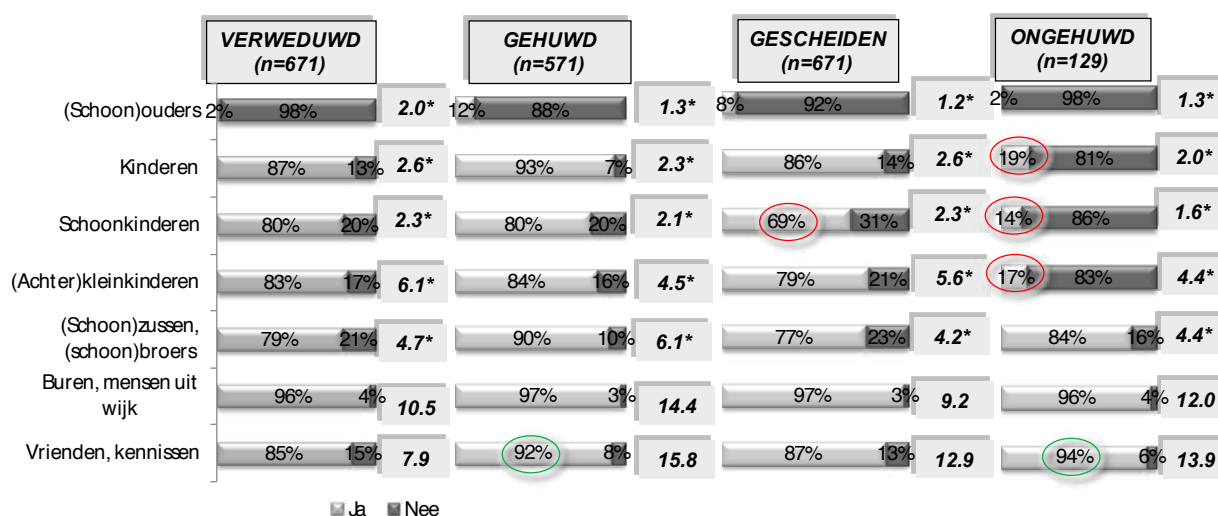
Vrouwen geven aan vaker niet over vrienden of kennissen te beschikken dan mannen. Zij kunnen ook op een minder omvangrijke vriendenkring terugvallen (9 versus 16).

*Figuur 6: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar geslacht (Basis: totale steekproef)*



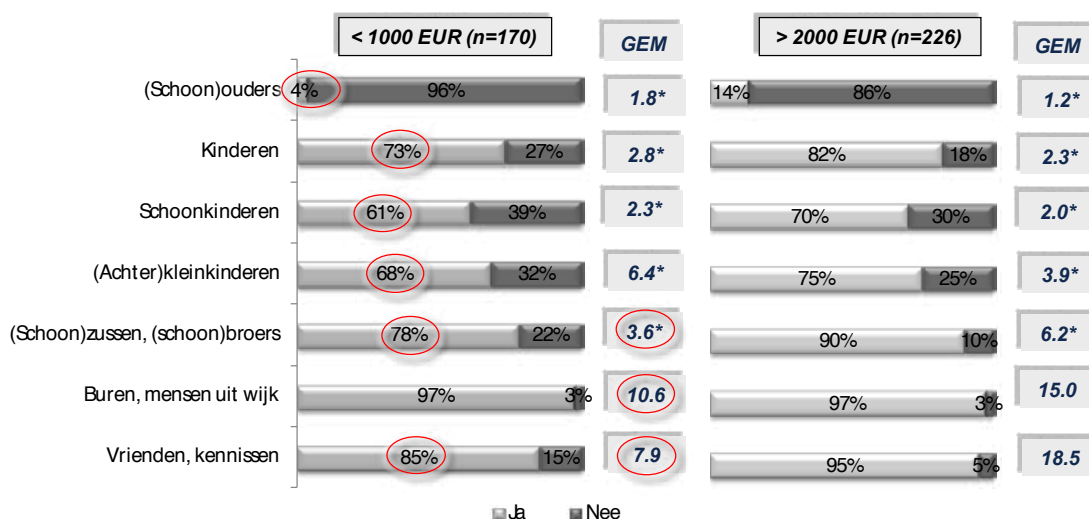
Verweduwde ouderen beschikken over het minst omvangrijke netwerk aan niet-verwanten gevolgd door de gescheiden mensen. Ongehuwden mogen dan een minder omvangrijke familiale kring hebben, in vergelijking met andere alleenstaanden (verweduwden en gescheidenen) kunnen zij vaker terugvallen op de vriendenkring.

*Figuur 7: Aan-of afwezigheid van referentiecategoriën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar burgerlijke staat (Basis: totale steekproef)*



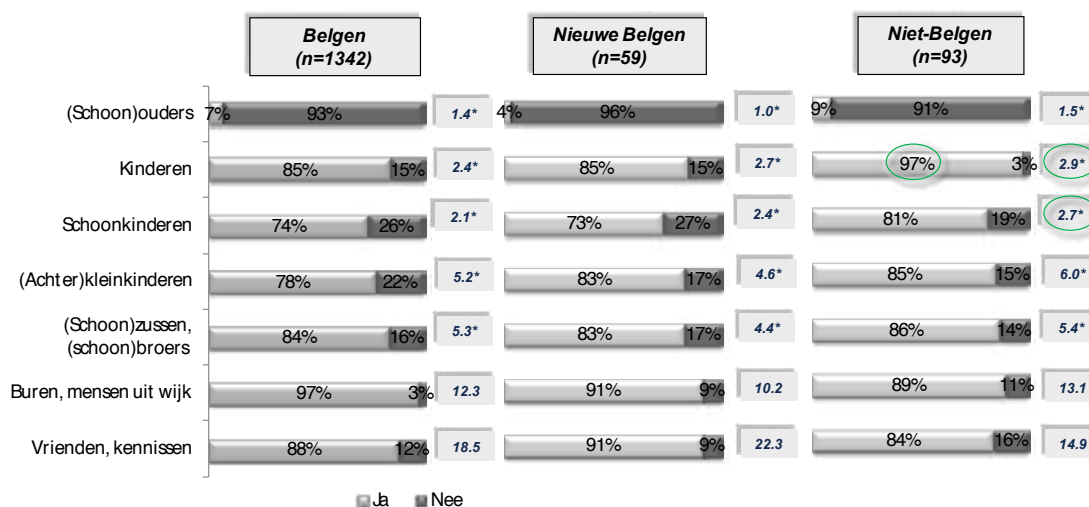
Hoe kleiner het inkomen, hoe kleiner het sociaal netwerk. Ouderen met een inkomen van minder dan 1.000 euro hebben significant vaker geen (schoon)ouders, (schoon)kinderen, kleinkinderen, zussen en/of broers en vrienden. Als zij deze relaties wel hebben, dan zijn ze een stuk minder omvangrijk dan bij ouderen die beschikken over een maandelijks inkomen van meer dan 2.000 euro. De laatstgenoemde ouderen hebben dubbel zoveel vrienden en (schoon)zussen en/of (schoon)broers. Zij kennen ook significant meer burens of mensen uit de wijk dan ouderen met kleinere inkomens.

*Figuur 8: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar inkomen (Basis: totale steekproef)*



De omvang van het sociaal netwerk verschilt niet tussen Belgen, nieuwe Belgen en niet-Belgen. Niet-Belgen hebben wel significant vaker en meer kinderen; zij hebben ook meer schoonkinderen in vergelijking met (nieuwe) Belgen.

*Figuur 9: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar nationaliteit (Basis: totale steekproef)*

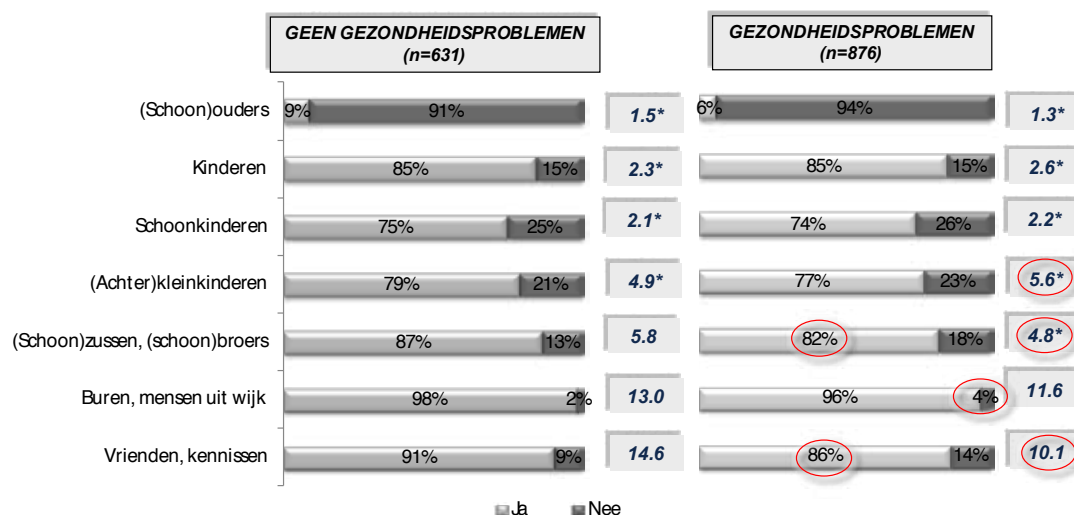


### 2.1.2 Samenhang met gezondheidssituatie

#### a. Analyse naar subjectieve en objectieve gezondheidstoestand

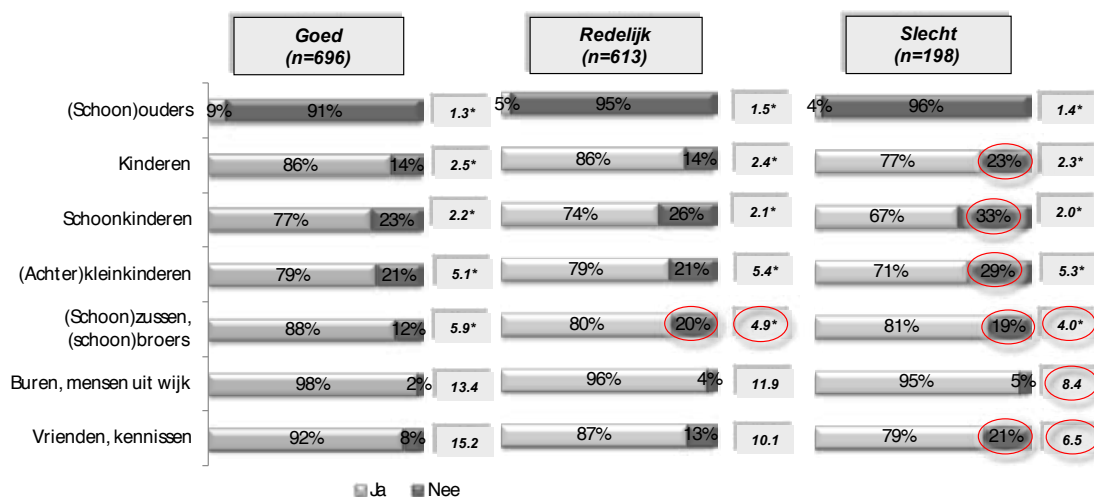
Ouderen met gezondheidsproblemen hebben minder vaak een brede familiekring: zij hebben niet alleen vaker geen (schoon)zussen/broers, maar als zij die toch hebben, dan hebben zij minder (schoon)zussen/broers. Zij kennen minder vaak buren en hebben significant vaker geen vrienden én hebben ook minder vrienden als zij er wel hebben dan ouderen zonder gezondheidsproblemen.

*Figuur 10: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar objectieve gezondheidstoestand (Basis: totale steekproef)*



Ouderen in slechte gezondheid kijken in alle opzichten aan tegen een beperkter sociaal netwerk. Een op vijf ouderen met een slechte gezondheid heeft geen vrienden. Dit geldt slechts voor één op tien ouderen in goede gezondheid. Het aantal vrienden neemt ook af naarmate de gezondheid van de oudere afneemt.

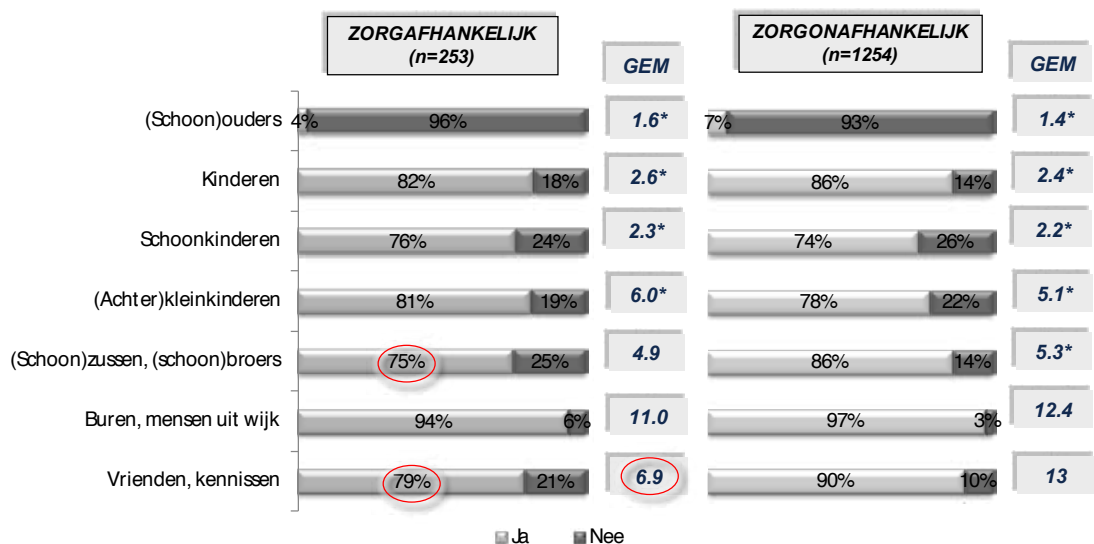
*Figuur 11: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar subjectieve gezondheidstoestand (Basis: totale steekproef)*



*b. Analyse naar zorgafhankelijkheid*

Het sociaal netwerk van zorgafhankelijke ouderen bestaat significant minder uit (schoon)zussen en (schoon)broers: een kwart onder hen heeft er geen, dit is een stuk meer dan de 14% ouderen die zorgonafhankelijk zijn en geen (schoon)zussen noch (schoon)broers hebben. Zorgafhankelijke ouderen hebben ook significant vaker geen vrienden en kennissen. Indien zij er wel hebben, dan hebben zij een minder omvangrijk netwerk aan vrienden en kennissen. Een op vijf zorgafhankelijke ouderen hebben geen vrienden; zij hebben de helft minder vrienden dan ouderen die zorgonafhankelijk zijn.

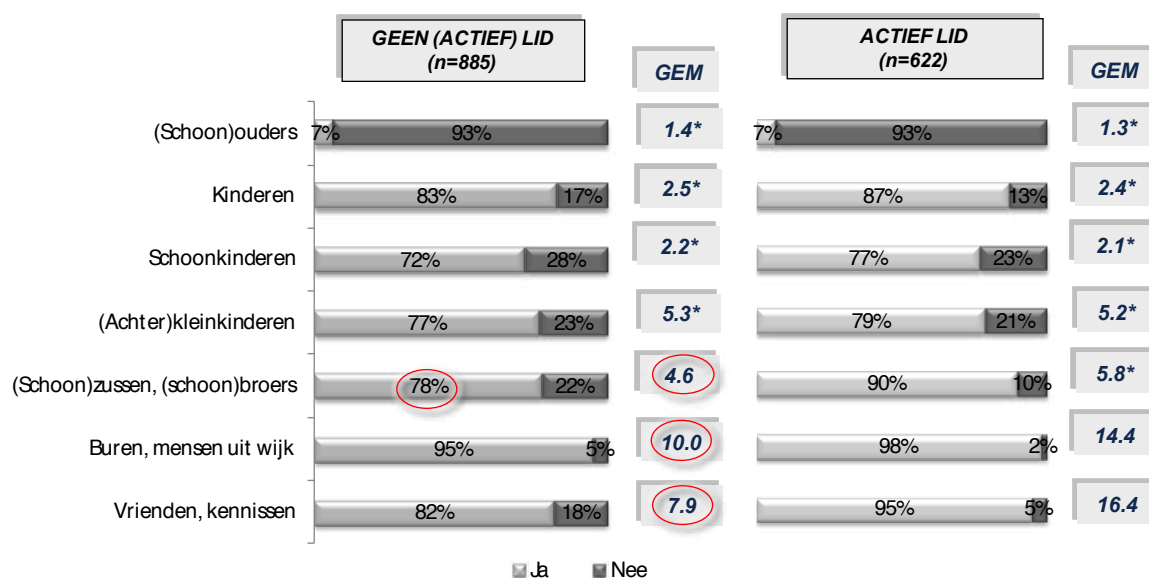
*Figuur 12: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar zorgafhankelijkheid (Basis: totale steekproef)*



### 2.1.3 Samenhang met maatschappelijke participatie

De omvang van de verticale familiekring is niet verschillend voor actieve leden en niet (actieve) leden. Er is wel een verschil wat betreft de omvang van de collaterale familiekring en de niet-familiale kring. Het sociaal netwerk van ouderen die niet (actief) deelnemen aan het verenigingsleven bestaat significant minder uit (schoon)zussen/broers en vrienden of kennissen. Zij hebben ook minder zussen/broers, kennen minder buren/mensen uit de wijk en hebben minder vrienden, kennissen. Ouderen die actief deelnemen aan het verenigingsleven hebben dubbel zoveel vrienden dan zij die dit niet doen (16 vrienden, kennissen versus 8).

Figuur 13: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, naar participatie verenigingsleven (Basis: totale steekproef)



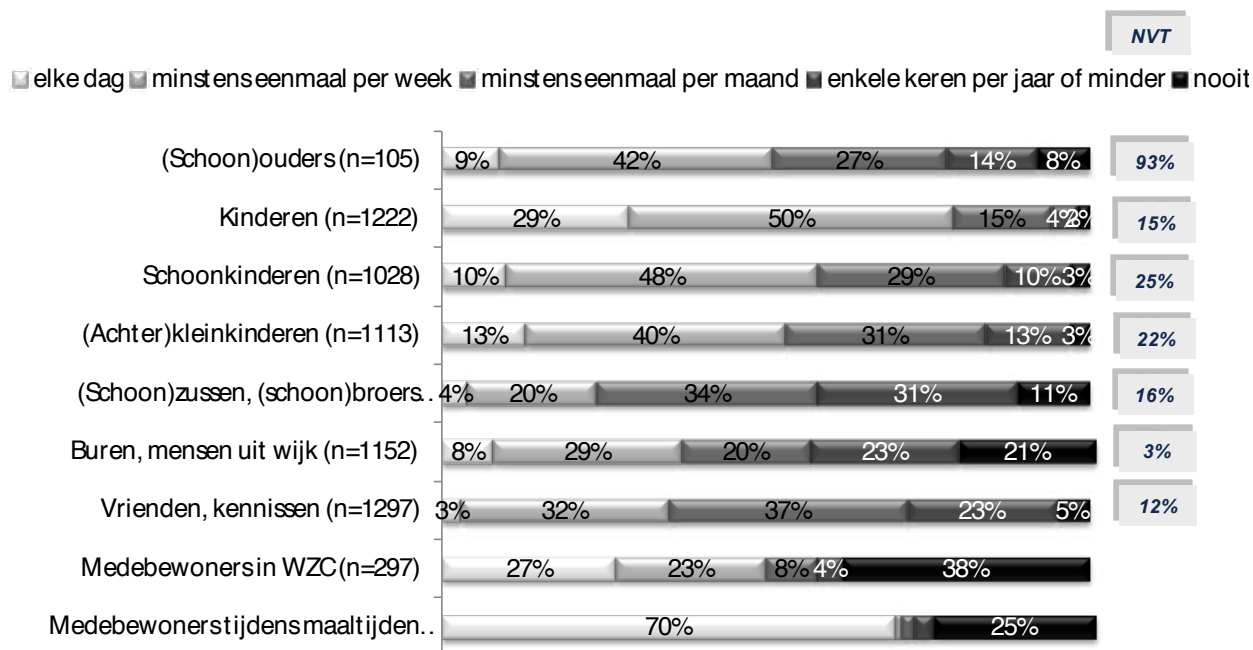
## 2.2 Contactfrequenties

Over een omvangrijk sociaal netwerk beschikken is één zaak, maar de reële frequentie van de sociale contacten met dat netwerk is een andere zaak. In deze enquête werd afzonderlijk gepeild naar de face-to-face contacten, de telefonische contacten, de contacten via e-mail en de contacten via de post die de ouderen hebben met hun sociaal netwerk.

### 2.2.1 Face-to-face contacten

Ouderen hebben het nauwst contact met hun kinderen: 8 op 10 heeft minstens wekelijks contact met hen: 1 op 3 heeft dagelijks contact, de helft wekelijks. 2% heeft het contact met de kinderen verbroken. De helft van de (achter)kleinkinderen heeft minstens wekelijks contact met de oudere. 3% heeft nooit contact met de (achter) kleinkinderen. De collaterale familierelaties kenmerken zich door minder frequente contacten.

Figuur 14: Contactfrequenties van ouderen (65 jaar en ouder) m.b.t. de face-to-face contacten die zij hebben met hun sociaal netwerk (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)



Zes percent van de ouderen ziet de kinderen slechts enkele keren per jaar of minder (waaronder 3% nooit), 16% ziet de (achter)kleinkinderen zo weinig en 44% van de ouderen ziet zijn/haar (schoon)zussen en (schoon)broers slechts enkele keren per jaar of minder (waaronder 11% nooit).

28% van de ouderen ziet zijn/haar vrienden en/of kennissen, indien zij die hebben, slechts enkele keren per jaar of minder (waaronder 5% nooit). 44% van de ouderen onderhoudt geen regelmatig contact met burens of mensen uit hun wijk. Eén op vijf ziet hen nooit (3% gaf zelf aan geen burens of mensen uit de wijk te kennen).

Uit tabel 10 blijkt dat ouderen met zeldzaam of geen direct contact (=niet wekelijks face-to-face contact) dit slechts gedeeltelijk compenseren door contact op afstand zoals telefonisch contact of contact via internet. Tweederde van de ouderen die doorheen de week niemand ziet, heeft wel wekelijks met de familiale kring of met niet-verwanten telefonisch contact. Een derde van de ouderen die doorheen de week niemand ziet, hoort dus ook niemand. 84% van de ouderen met regelmatig direct contact hebben ook regelmatig telefonisch contact. De enquête toont dus aan dat contact op afstand vaker voorkomt wanneer er ook al direct contact bestaat.

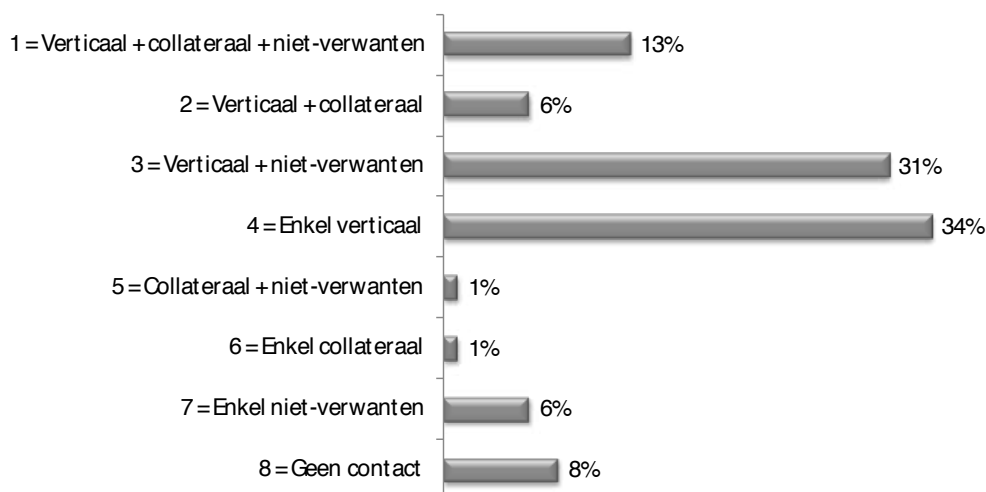
Tabel 10: Samenhang tussen face-to-face contacten en telefonische contacten en contacten via internet (Basis: respondenten die familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)

Face-to-face contact n Kolom% Rij%	n (gewogen)	Telefonisch contact		Contact via internet	
		Niet-wekelijks	Wekelijks	Niet-wekelijks	Wekelijks
<b>Niet-wekelijks</b>	<b>87</b>	<b>29</b>	<b>58</b>	<b>7</b>	<b>16</b>
	8%	16%	6%	6%	11%
	100%	34%	66%	8%	18%
<b>Wekelijks</b>	<b>1009</b>	<b>156</b>	<b>853</b>	<b>107</b>	<b>130</b>
	92%	84%	94%	94%	89%
	100%	16%	84%	11%	13%

De opgenomen referentiecategorieën worden verder ingedeeld in drie overkoepelende soorten relaties. Contacten met kinderen, schoonkinderen en (achter)kleinkinderen zijn *verticale familierelaties*. Contacten met (schoon)zussen of (schoon)broers zijn *collaterale relaties*. Contacten met burens en vrienden of kennissen ten slotte zijn *niet-familierelaties*. Deze opdeling maakt het mogelijk om te kijken in welke mate ouderen terugvallen op hun directe familie, de brede familie en/of op personen buiten de familie (Vanderleyden & Audenaert, 2004).

Hebben 65-plussers nu veel of weinig sociale contacten? Door de drie contactkringen (de verticale, de collaterale en de niet-verwanten) met elkaar te combineren, ontstaan acht verschillende relatietypen. Bijvoorbeeld, ouderen die wekelijks enkel contact hebben met hun verticale kring, maar niet wekelijks met de collaterale kring en met niet-verwanten zitten in type 4. Figuur 15 geeft de verdeling van deze relatiepatronen weer.

Figuur 15: Face-to-face relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder); Combinatie van drie contactkringen (verticaal, collateraal, niet-verwanten) (Basis: 937 respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)

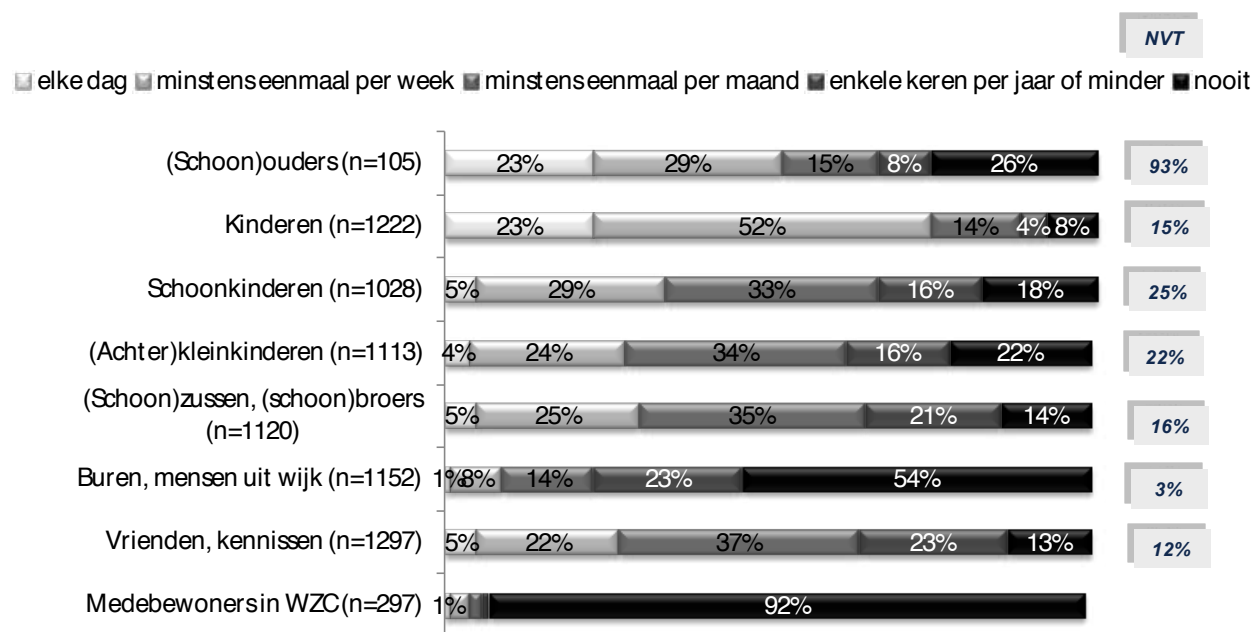


Het belang van de verticale kring is duidelijk: 1 op 3 ouderen ziet enkel de directe familie doorheen de week. 13% van de ouderen heeft wekelijks zowel face-to-face contact met de verticale en collaterale kring en niet-verwanten. Een heterogeen netwerk beschermt tegen eenzaamheid (de Jong Gierveld et al., 2006). Anderzijds heeft 8% geen enkel wekelijks persoonlijk contact met geen enkele persoon.

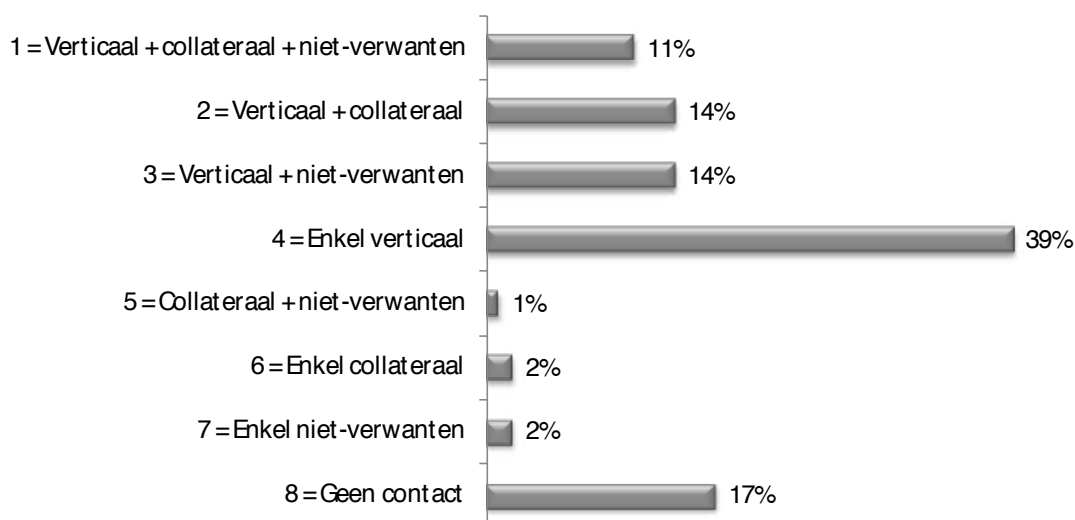
### 2.2.2 Telefonische contacten

Driekwart van de ouderen met kinderen heeft minstens wekelijks telefonisch contact met de kinderen. Meer dan de helft van de ouderen van wie de (schoon)ouders nog leven, heeft minstens wekelijks contact met hen.

*Figuur 16: Contactfrequenties van ouderen (65 jaar en ouder) m.b.t. de telefonische contacten die zij hebben met hun sociaal netwerk (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



*Figuur 17: Telefonische relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder); Combinatie van drie contactkringen (verticaal, collateraal, niet-verwanten) (Basis: 937 respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*

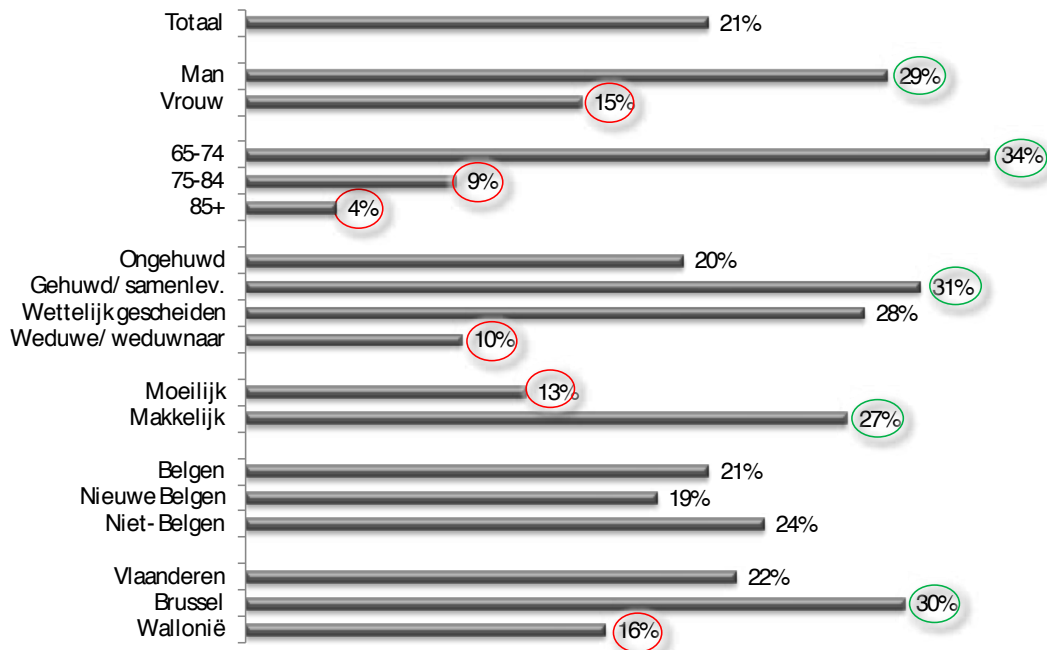


Het belang van de verticale kring is opnieuw duidelijk wanneer we kijken naar de telefonische relatiepatronen: 39% van de ouderen heeft enkel met deze mensen telefonisch contact doorheen de week. 11% van de ouderen heeft wekelijks zowel telefonisch contact met de verticale en collaterale kring en niet-verwanten. Anderzijds hoort 17% van de ouderen niemand via de telefoon.

### 2.2.3 Contacten via internet

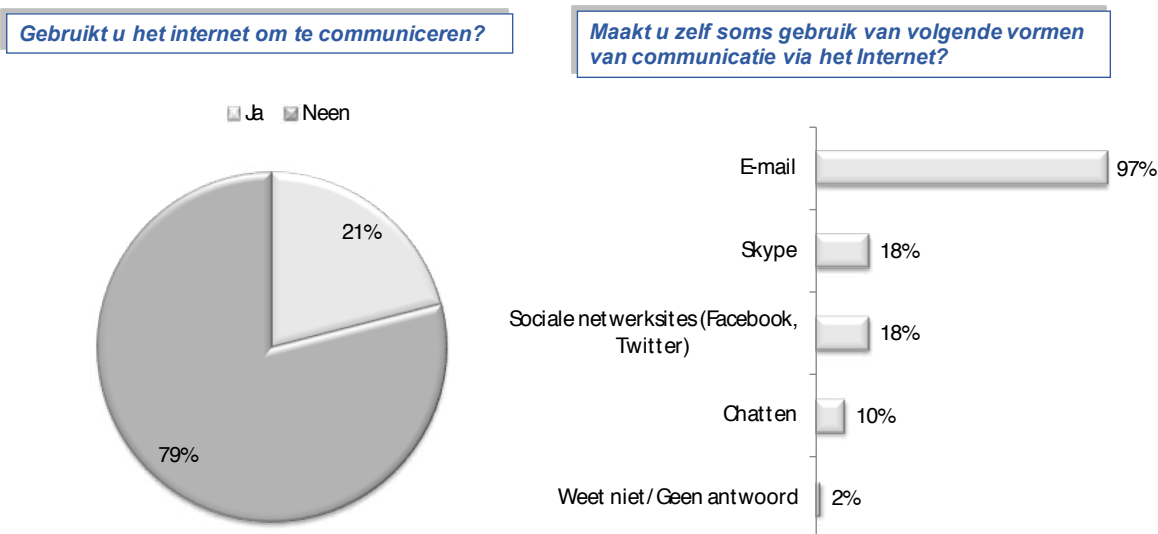
Een vijfde van de ouderen gebruikt het internet om te communiceren. De ouderen die significant meer het internet gebruiken, zijn mannen, jongere ouderen, koppels, ouderen met een inkomen waarmee men makkelijk kan rondkomen en Brusselaars. In Wallonië gebruiken ouderen minder vaak het internet.

*Figuur 18: Profiel internetgebruikers bij ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: respondenten die internet gebruiken om te communiceren)*



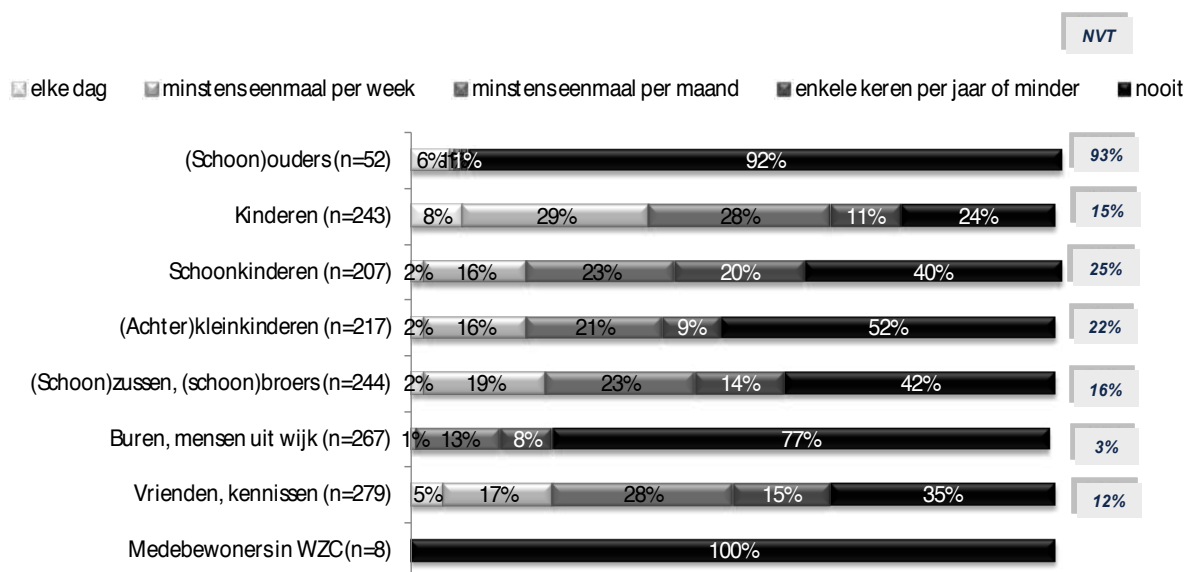
Bijna alle oudere internetgebruikers e-mailen, circa een vijfde skypeet, circa 1 op 5 is actief op sociale netwerksites en 1 op 10 chat.

*Figuur 19: Internetgebruik bij ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: links – totale steekproef; rechts – respondenten die internet gebruiken om te communiceren)*



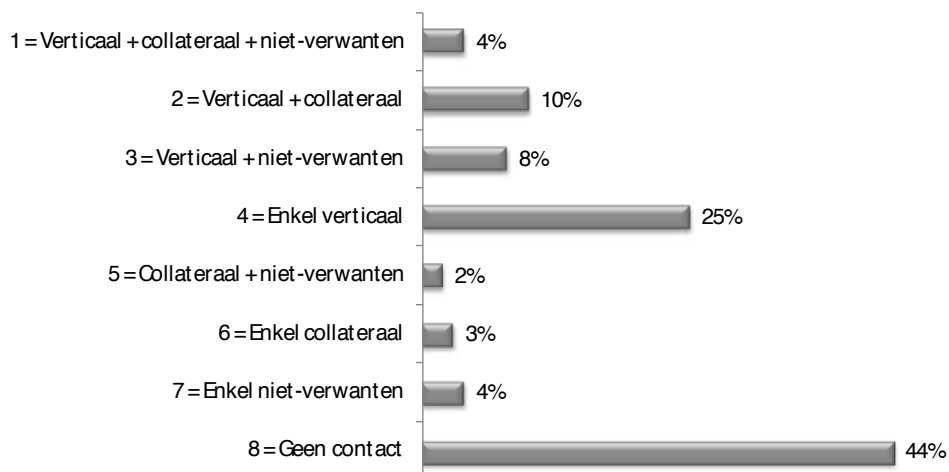
Ouderen die het internet gebruiken, communiceren het meest frequent met hun kinderen. Meer dan 1 op 3 heeft minstens wekelijks contact met hen via het internet. Een kwart heeft minstens wekelijks contact met vrienden, kennissen via het internet.

*Figuur 20: Contactfrequenties van ouderen (65 jaar en ouder) m.b.t. de contacten via het internet die zij hebben met hun sociaal netwerk (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen én die internet gebruiken om te communiceren)*



Van de ouderen die communiceren via het internet heeft 44% geen wekelijks online contact. Het belang van de verticale kring is ook hier duidelijk: een kwart van de ouderen die internet gebruiken, heeft enkel met deze mensen online contact doorheen de week. 4% van de ouderen heeft wekelijks zowel online contact met de verticale en collaterale kring en niet-verwanten.

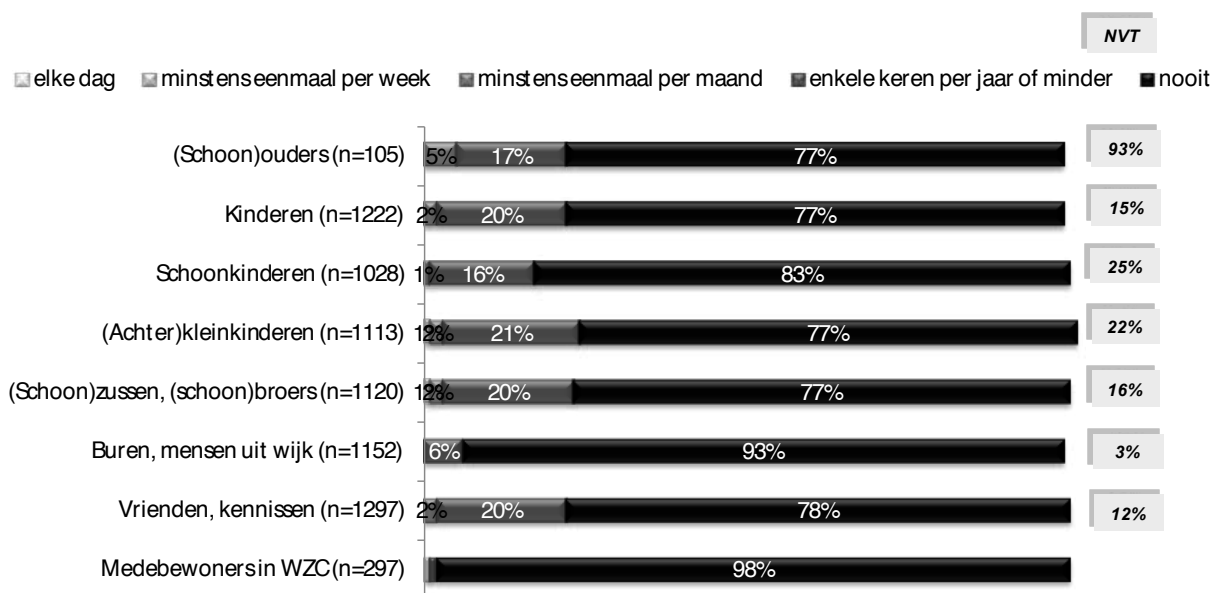
*Figuur 21: Internet relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder); Combinatie van drie contactkringen (verticaal, collateraal, niet-verwanten) (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen en het internet gebruiken)*



### 2.2.4 Contacten via de post

Frequent contact houden met iemand via de post is niet meer van deze tijd, ook niet bij ouderen. Indien er toch contact is via de post dan beperkt zich dat meestal tot enkele keren per jaar of minder.

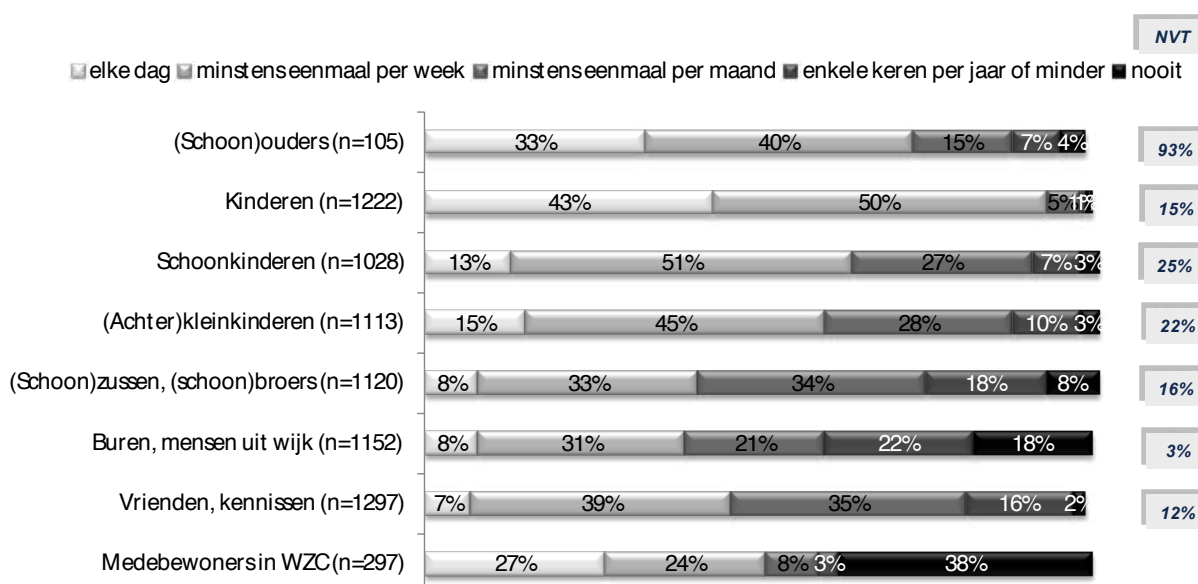
*Figuur 22: Contactfrequenties van ouderen (65 jaar en ouder) m.b.t. de contacten via de post die zij hebben met hun sociaal netwerk (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



### 2.2.5 Samengevoegde contacten

In deze paragraaf bundelen we de face-to-face contacten, de telefonische contacten, de contacten via internet en de contacten via de post. Wanneer we in deze paragraaf spreken over 'contact', gaat het dus over één van deze vormen. Ouderen treden het meest in contact met hun directe familie: 9 op 10 heeft minstens wekelijks contact met de kinderen, meer dan 6 op 10 met de schoonkinderen, 6 op 10 met de (achter)kleinkinderen. 4 op 10 heeft wekelijks contact met de brede familie. Dit is minder frequent dan de contacten die men erop nahoudt met vrienden (46%).

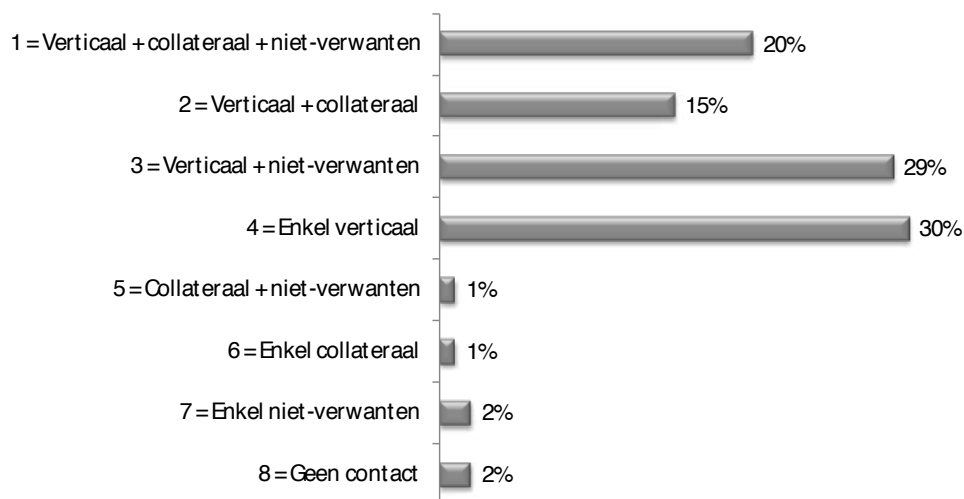
*Figuur 23: Samengevoegde contactfrequenties van ouderen (65 jaar en ouder) met hun sociaal netwerk (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



Het belang van de verticale kring is duidelijk: 3 op 10 ouderen heeft enkel met deze mensen contact doorheen de week. 1 op 5 ouderen heeft wekelijks zowel contact met de verticale en collaterale kring en niet-verwanten. 2% van de Belgische ouderen is contactarm; zij hebben op geen enkele manier met iemand wekelijks contact.

Ouderen hebben niet op regelmatige basis contact met hun vrienden, kennissen. 18% van de ouderen die vrienden hebben, heeft slechts enkele keren per jaar of minder contact met die vrienden. 12% van de ouderen verklaart geen enkele vriend te hebben. De afwezigheid van vrienden in het sociaal netwerk van de oudere is gevoelig sterker bij de oudste ouderen. Maar liefst een kwart van de 85-plussers heeft geen enkele vriend of kennis (meer). Dit is het geval voor 'slechts' 1 op 10 van de jongste ouderen (65-74 jarigen).

*Figuur 24: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*

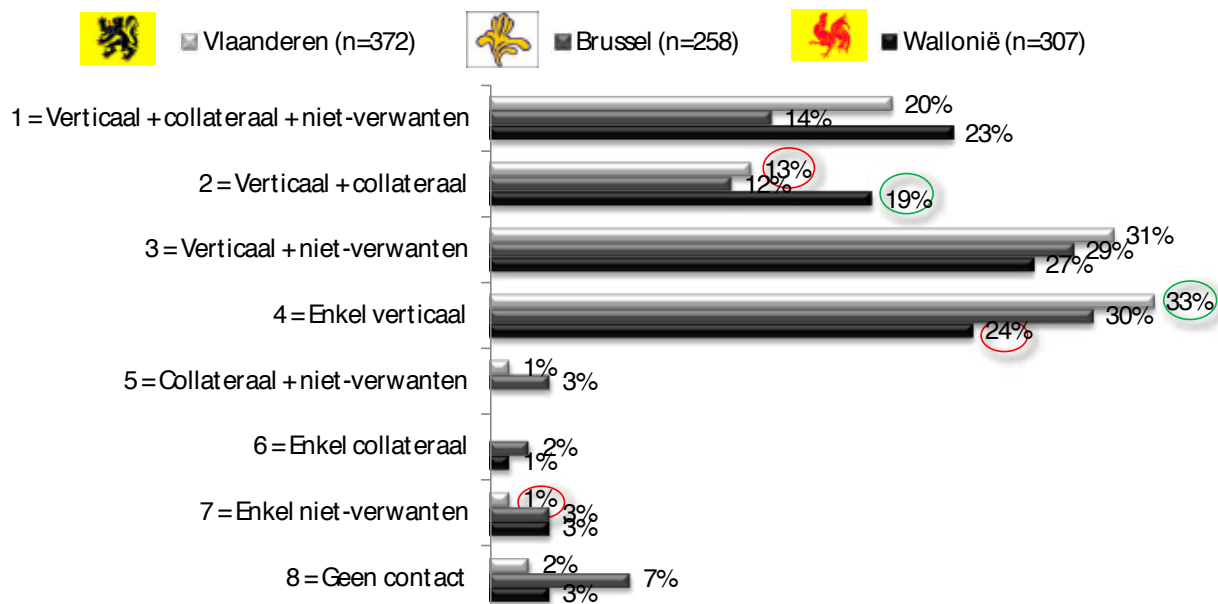


Figuur 24 toont de relatiepatronen van ouderen op basis van de samengevoegde contacten. 2% van de ouderen heeft op geen enkele manier met iemand contact gedurende de week. Als we enkel rekening houden met de face-to-face contacten, dan had 8% van de ouderen met niemand contacte gedurende de week. Contacten via telefoon en via internet, kunnen er zo voor zorgen dat ouderen gedurende de week toch contact hebben met anderen.

#### *a. Analyse naar regio's*

Walen hebben vaker zowel contact met de verticale en collaterale kring en niet-verwanten (23%); Brusselaars minder (14%). Walen hebben vaker enkel contact met de verticale en collaterale kring, maar minder enkel met de verticale kring. In Brussel bevinden zich meer contactarme mensen (7%), in Vlaanderen minder (2%).

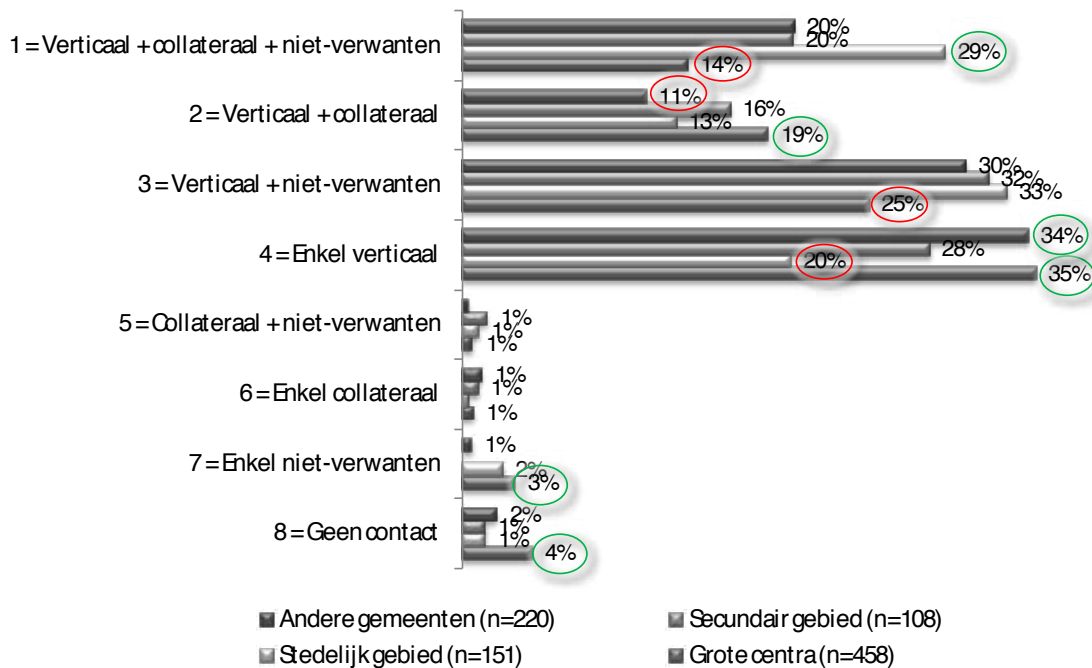
Figuur 25: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) naar burgerlijke staat (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)



#### b. Analyse naar habitat

Ouderen in de grote steden staan vaker in contact met enkel de verticale kring en zijn vaker contactarm. In stedelijk gebied houden ouderen er de breedste relatiepatronen op na: zij staan significant vaker in contact zowel met de directe als brede familie alsook met niet-verwanten; zij staan minder enkel in contact met de directe familie. In ruraal gebied is dat anders; daar staan ouderen vaker enkel in contact met de directe familie.

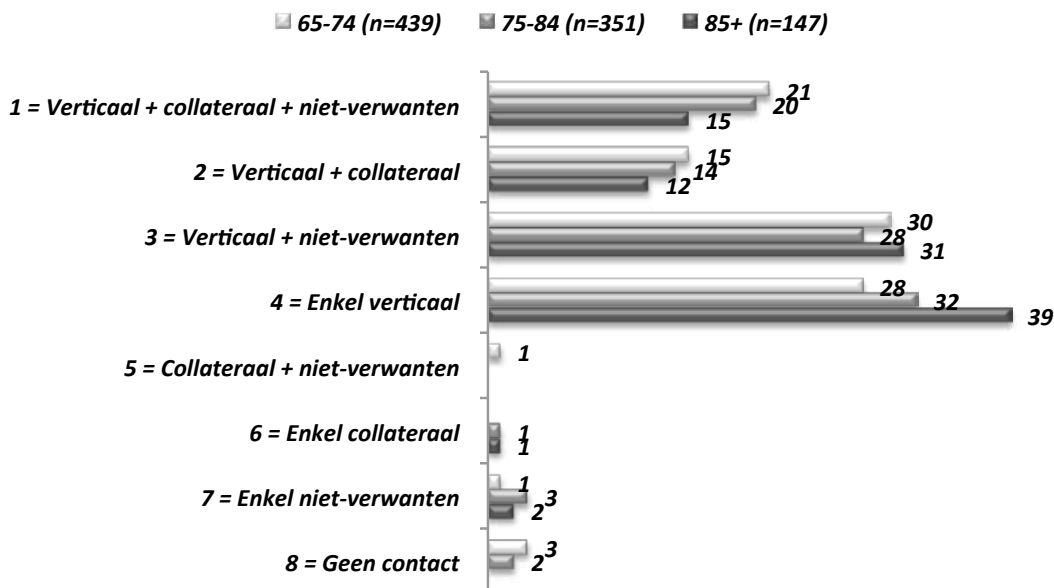
*Figuur 26: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) naar habitat (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



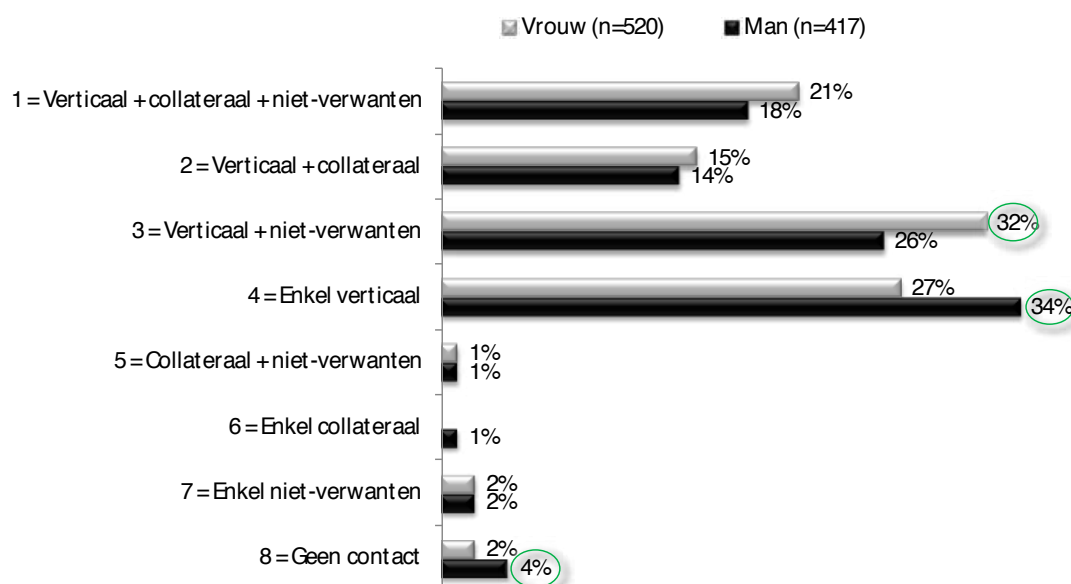
*c. Analyse naar leeftijd en geslacht*

De oudste ouderen plooiën zich meer dan jongere ouderen terug op hun directe familie: 85-plussers hebben vaker enkel wekelijks contact met de verticale kring.

*Figuur 27: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) naar leeftijd (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



Figuur 28: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) naar geslacht (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)

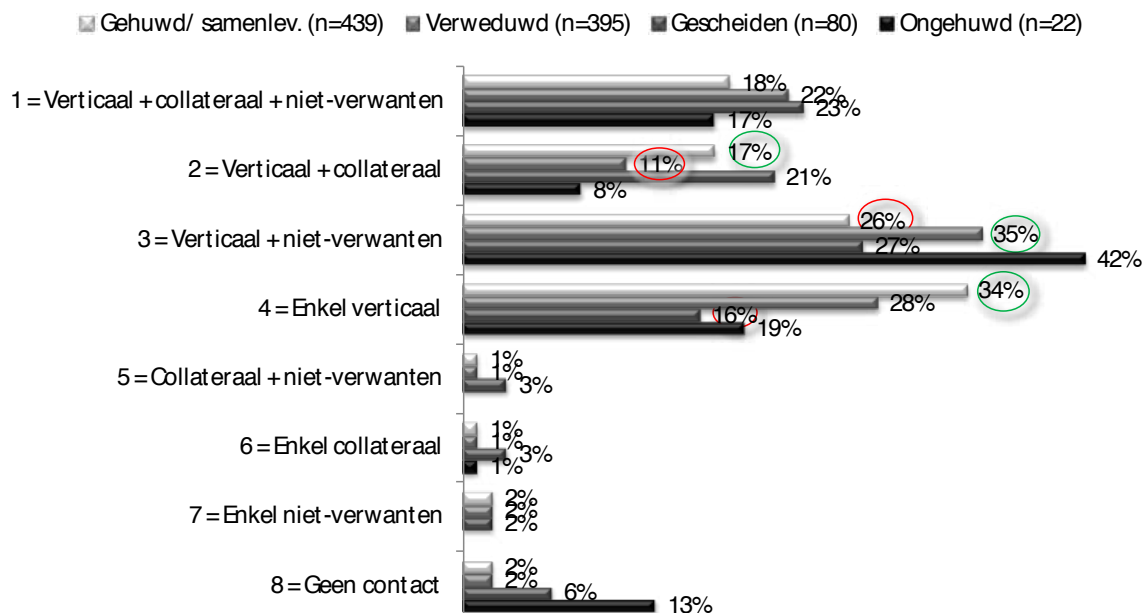


Mannen hebben vaker enkel contact met de verticale kring; zij zijn ook significant vaker contactarm dan vrouwen. Vrouwen hebben meer contact met enkel de verticale kring én niet-verwanten.

#### d. Analyse naar burgerlijke staat

Gehuwden hebben vaker enkel contact met de verticale kring, gescheiden mensen minder. Gehuwden hebben vaker contact met de verticale en collaterale kring in vergelijking met de verweduwen. Gehuwden hebben minder enkel contact met de verticale kring en niet-verwanten.

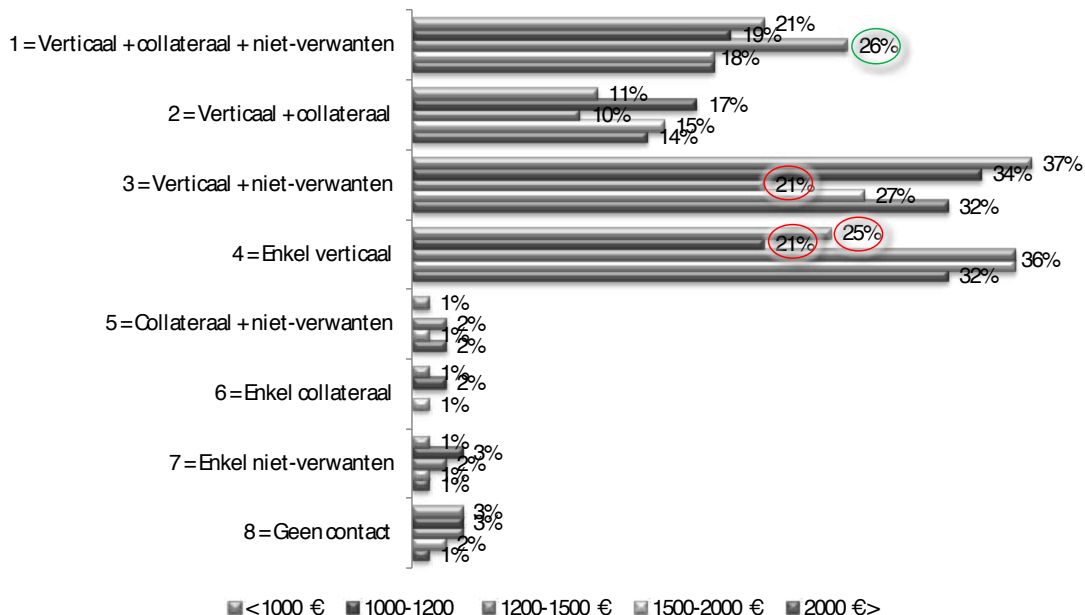
*Figuur 29: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) naar burgerlijke staat (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



*e. Analyse naar inkomen*

Ouderen met een kleiner inkomen hebben minder vaak enkel contact met de verticale kring; de ouderen met een inkomen tussen de 1.200 en 1.500 euro staan in contact met het breedste sociale netwerk: zij zien, horen en/of *internetten* het vaakst met zowel de directe als de brede familiekring, alsook met niet-verwanten.

*Figuur 30: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) naar inkomen (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*

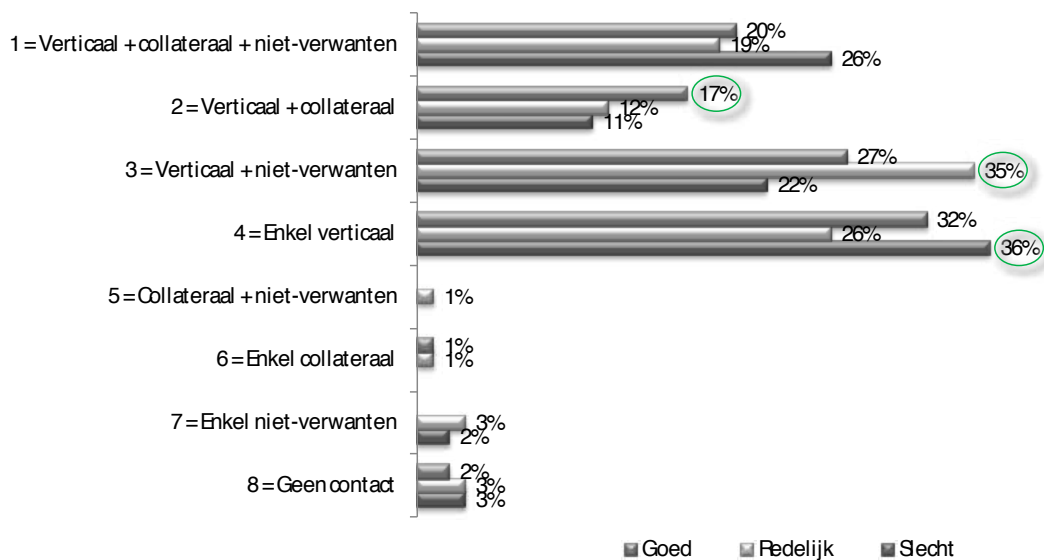


*f. Samenhang met gezondheidssituatie*

*Analyse naar subjectieve gezondheidstoestand*

Ouderen met een slechte gezondheid hebben vaker enkel contact met de verticale kring dan ouderen in redelijke tot goede gezondheid. Ouderen in goede gezondheid staan vaker met zowel de dichte als de brede familiekring in contact in vergelijking met ouderen met zwakkere gezondheid.

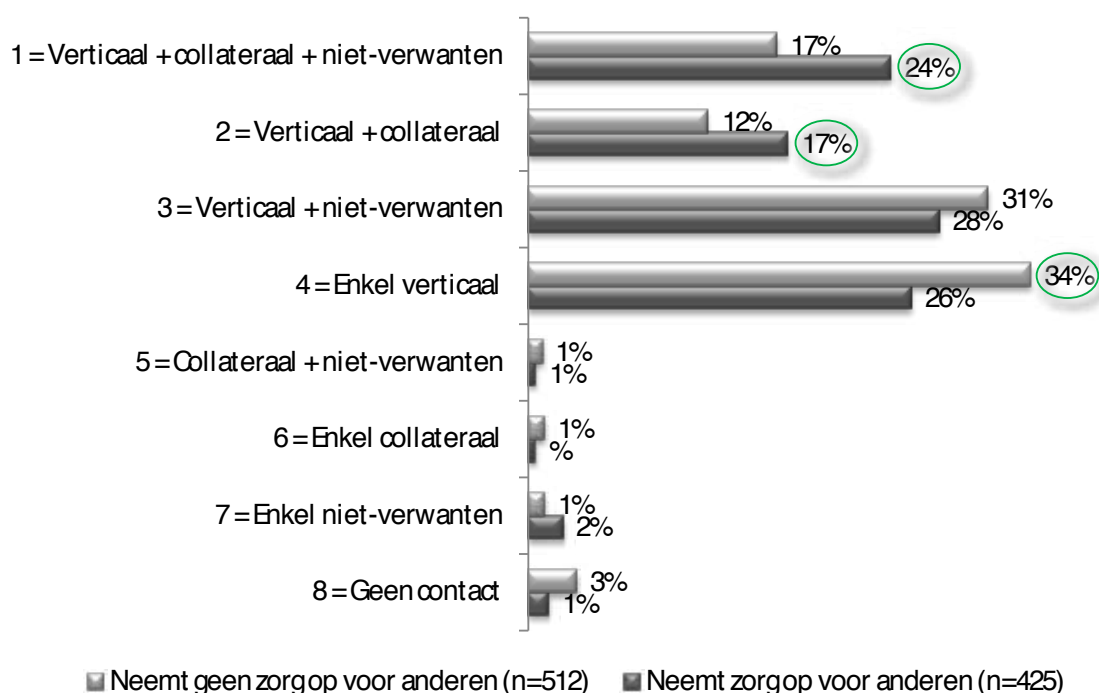
*Figuur 31: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) naar subjectieve gezondheidstoestand (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



### Analyse naar opnemen zorg voor anderen

Ouderen die vrijwillig zorg opnemen voor anderen, houden er de breedste relatiepatronen op na; 1 op 4 onder hen heeft zowel contact met de verticale als collaterale kring én niet-verwanten (vs. 17% die geen zorg opnemen voor anderen). Ouderen die geen zorg opnemen voor anderen, staan significant vaker enkel in contact met de dichte familie.

*Figuur 32: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) naar opnemen zorg voor anderen (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



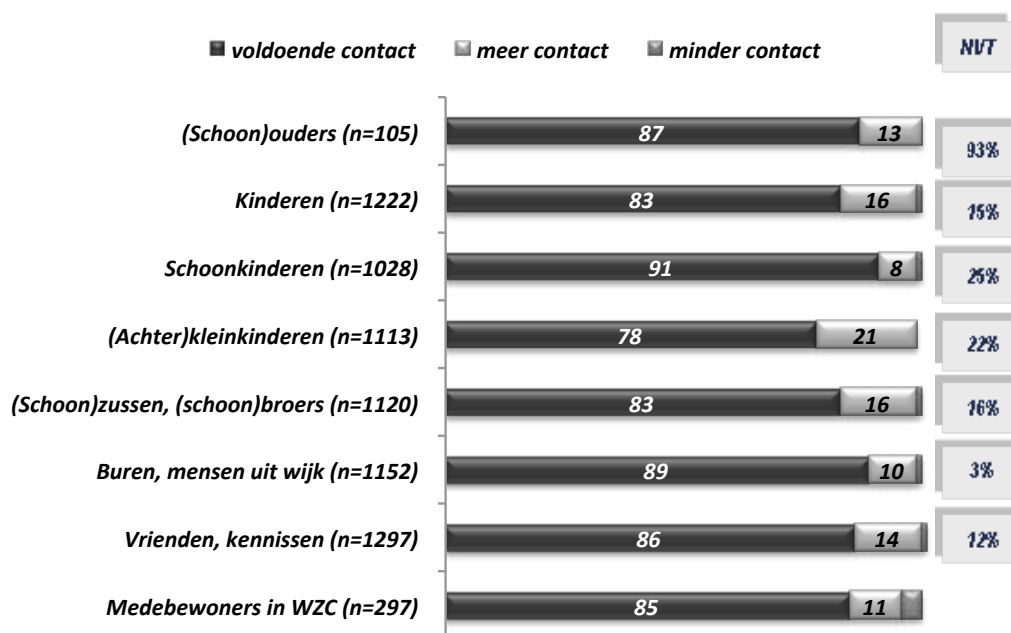
### 2.3 Cognitieve beleving van sociale contacten

In de vragenlijst geven ouderen niet alleen aan hoe vaak ze contact hebben met de verschillende referentiecategorieën, maar ook hoe tevreden ze zijn met die contacten. Er wordt ook gepeild naar een subjectieve evaluatie van de kwaliteit van die contacten. De onderstaande figuren geven de antwoorden weer op de vraag: "Vindt u dat u voldoende contact heeft met uw ... (vb kinderen) of zou u met hen meer of minder contact willen hebben?"

In het algemeen is 8 à 9 op 10 ouderen tevreden met de contacten. Ouderen willen met niemand echt minder contact, slechts 2% van de ouderen in woonzorgcentra wenst minder contact met de medebewoners, 11% wenst meer contact. Ouderen wensen vooral meer contact met hun (achter)

kleinkinderen (21%), met (schoon)zussen/broers (16%), met de kinderen (16%), met vrienden/kennissen (14%) en met buren (10%).

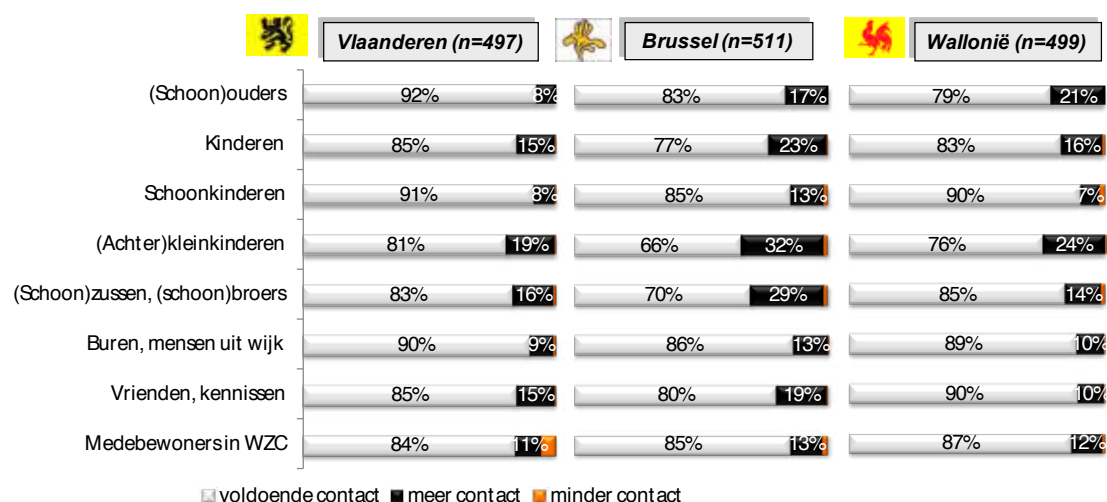
*Figuur 33: Cognitieve contactbeleving van ouderen (65 jaar en ouder) (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



a. Analyse naar regio

In Brussel is de wens naar meer contact het grootst voor wat betreft de verticale en collaterale familierelaties.

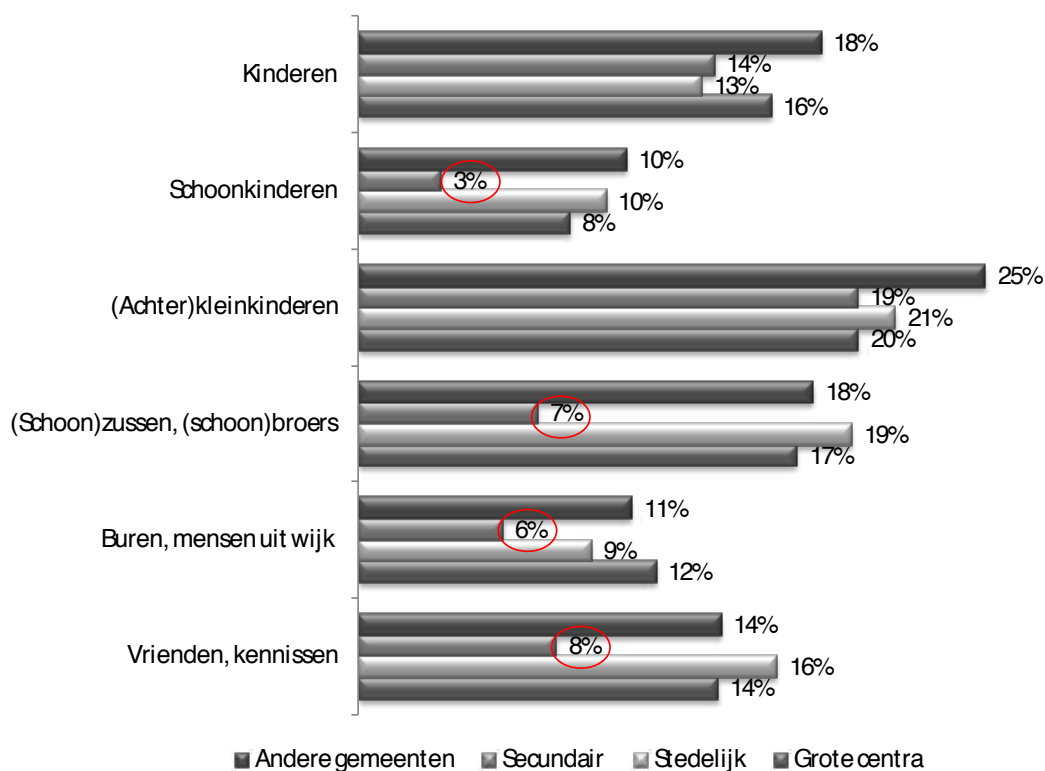
*Figuur 34: Cognitieve contactbeleving bij ouderen naar regio (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



### b. Analyse naar habitat

Ouderen die in secundair gebied wonen, zijn significant meer tevreden over de contacten die zij hebben met de schoonkinderen, de (schoon)zussen en (schoon)broers, alsook met de buren en vrienden, dan ouderen elders in België.

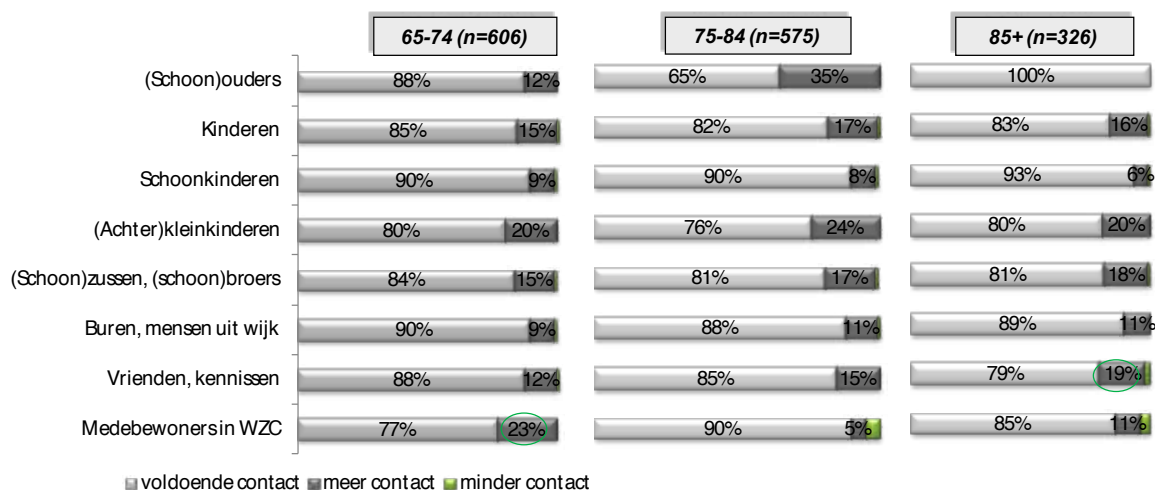
*Figuur 35: Wens naar meer contact bij ouderen naar habitat (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



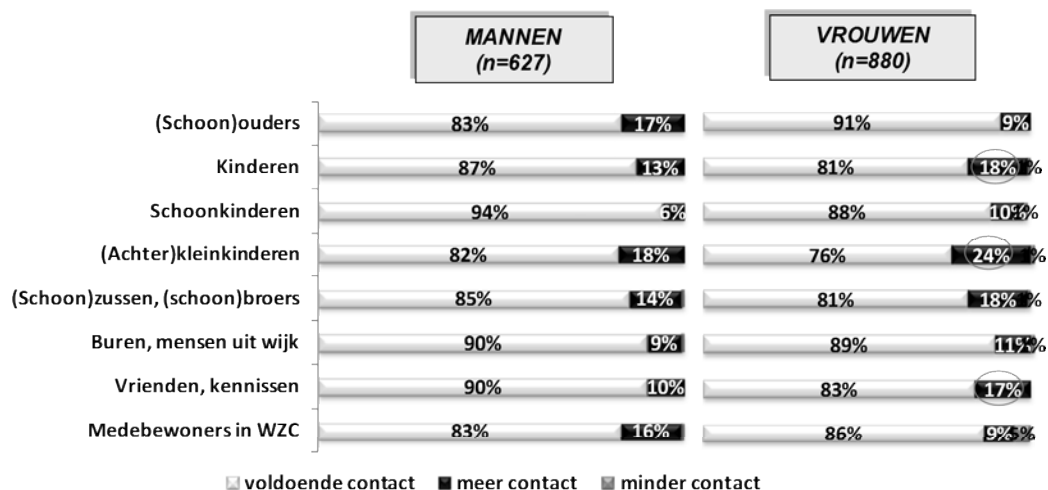
### c. Analyse naar leeftijd en geslacht

85-plussers wensen significant meer contact met vrienden en kennissen. De jongere ouderen wensen meer contact met medebewoners in de woonzorgcentra.

*Figuur 36: Cognitieve contactbeleving bij ouderen naar leeftijd (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



*Figuur 37: Cognitieve contactbeleving bij ouderen naar geslacht (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



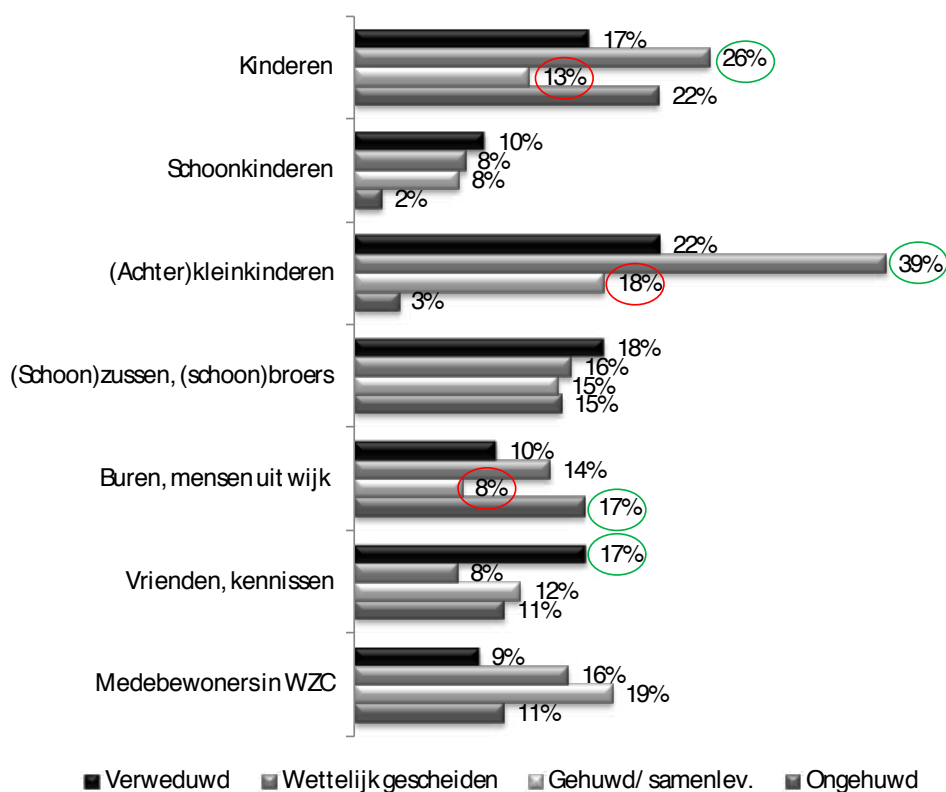
Vrouwen zouden meer contact wensen met de (achter)kleinkinderen en met vrienden en kennissen in vergelijking met mannen.

*d. Analyse naar burgerlijke staat*

Voor ouderen die gescheiden zijn, is de hang naar meer contact met de kinderen het grootst; 1 op 4 onder hen is vragende partij van frequenter contact; dit geldt slechts voor 13% van de gehuwde of samenwonende ouderen. We stellen bij gescheiden ouderen dezelfde wens naar meer contact vast voor de kleinkinderen; alleen is de wens nog sterker: 4 op 10 wenst meer contact met hen daar waar dit

slechts voor 18% van de oudere koppels geldt. De discrepantie tussen gescheiden ouderen en oudere koppels is voor de wens naar meer contact met de kleinkinderen groter dan voor de wens naar meer contact met de kinderen. Ongehuwde ouderen wensen vaker meer contact met de buren dan oudere koppels. Bij verweduwden is dan weer de hang naar meer contact met vrienden significant groter.

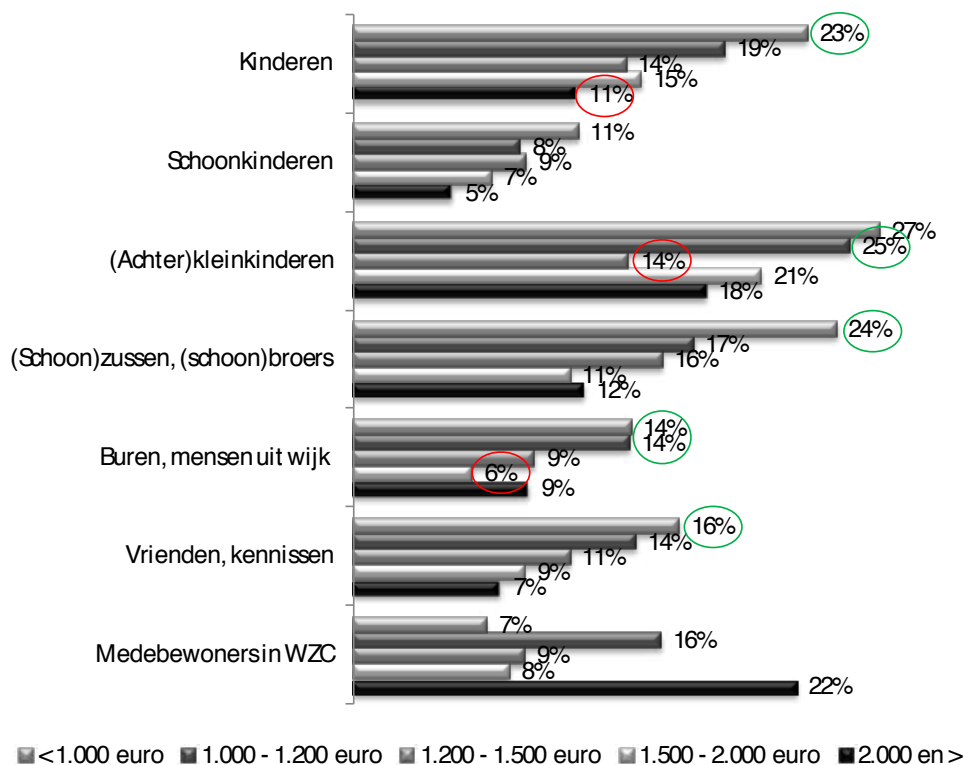
*Figuur 38: Wens naar meer contact bij ouderen naar burgerlijke staat (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



#### e. Analyse naar inkomen

Hoe kleiner het inkomen van de oudere, hoe groter de wens naar meer contact met de kinderen. 1 op 4 ouderen die rond moet komen met minder dan 1.000 euro per maand wenst meer contact met de kinderen, dit geldt slechts voor 1 op 10 ouderen met een netto maandelijks inkomen van meer dan 2.000 euro. Deze sterkere wens naar meer contact bij ouderen met beperkte financiële middelen geldt ook voor de kleinkinderen, zussen/broers, buren en vrienden.

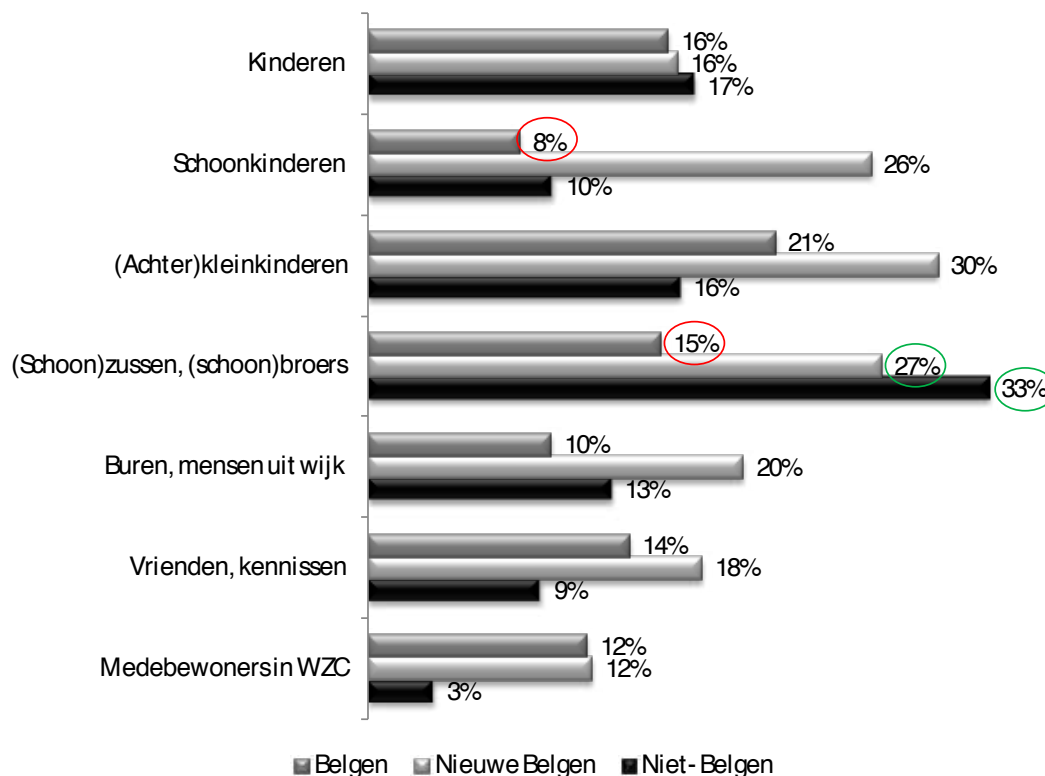
Figuur 39: Wens naar meer contact bij ouderen naar inkomen (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)



#### f. Analyse naar nationaliteit

Bij Belgen is de hang naar meer contact met de schoonkinderen veel minder dan bij nieuwe Belgen. Daar waar 1 op 4 van de oudere nieuwe Belgen vragende partij is van frequenter contact met de schoonkinderen geldt dit slechts voor 8% van de Belgen. Belgen zijn ook meer tevreden over de contacten die zij onderhouden met zussen en broers: slechts 15% van de Belgen wenst meer contact met (schoon)zussen en (schoon)broers; de wens naar meer contact met deze familierelaties is haast dubbel zo groot bij nieuwe Belgen en niet-Belgen (resp. 27% en 33%).

*Figuur 40: Wens naar meer contact bij ouderen naar nationaliteit (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



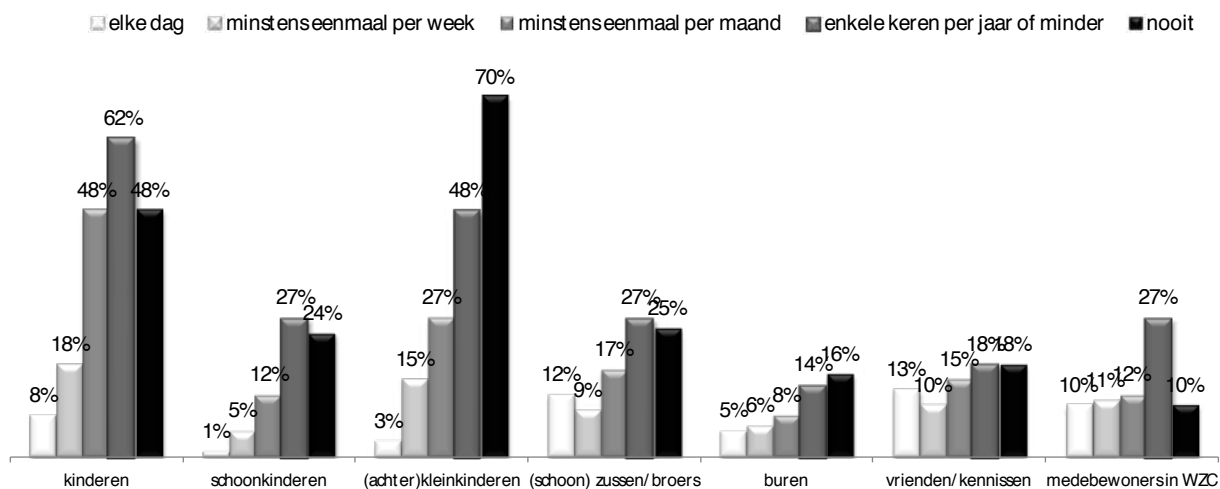
### 2.3.1 Samenhang met maatschappelijke participatie

#### a. Analyse naar contactfrequentie

Deze wens tot meer contacten hangt sterk samen met de contactfrequentie. Figuur 41 geeft de samenhang weer tussen de contactfrequentie en de contactbeleving. Enkel het aandeel ouderen dat meer contact zou willen hebben, is weergegeven.

Naarmate de contactfrequentie afneemt, zouden ouderen graag meer contact willen. Dit geldt voor haast alle referentiecategorieën en op een stapsgewijze manier: slechts 8% van de ouderen wenst meer contact met de kinderen als ze daar al dagelijks contact mee hebben. Hebben ze er eens per maand contact mee, dan wenst al 48% meer contact. Hetzelfde patroon komt terug bij de contacten met (achter)kleinkinderen. 3% van de ouderen wenst meer contacten met deze verticale kring, ook al is er al dagelijks contact. Hebben ze eens per maand contact met de (achter)kleinkinderen, dan wenst 48% meer contact. De wens naar meer contact met de kleinkinderen is groter dan met de kinderen wanneer er geen contact is: daar waar de helft van de ouderen die de kinderen nooit ziet, meer contact wenst, geldt dit voor 70% van de ouderen die de kleinkinderen nooit zien.

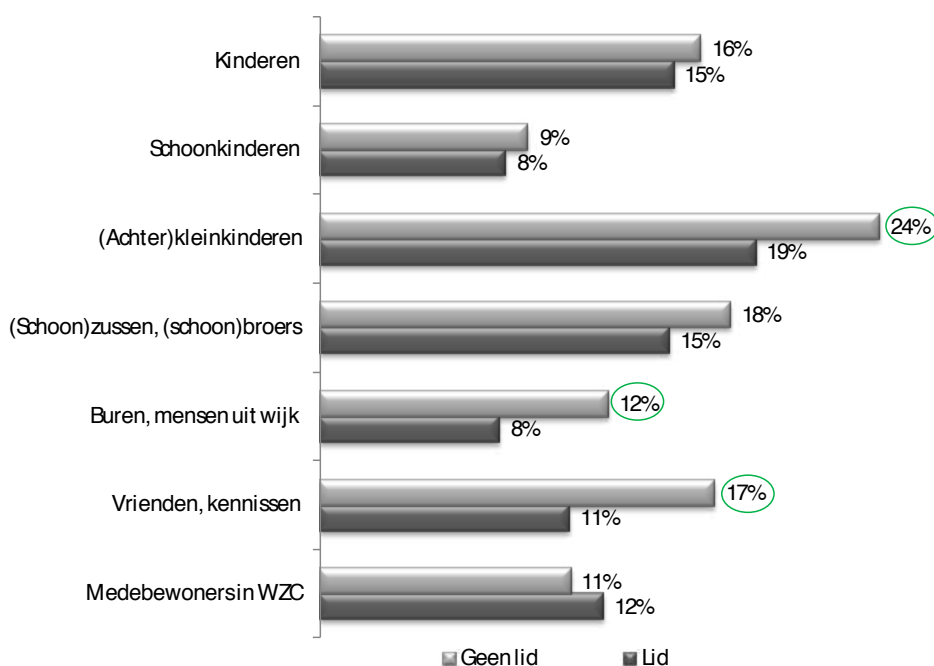
*Figuur 41: Samenhang tussen contactfrequentie en wens tot meer contacten bij ouderen (in %) (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



b. Analyse naar actief lidmaatschap verenigingsleven

Ouderen die niet deelnemen aan het verenigingsleven zijn significant minder tevreden over hun contacten met de kleinkinderen, de buren en de vrienden en kennissen. Zij zijn significant meer vragende partij van frequenter contact met deze relaties uit hun sociaal netwerk.

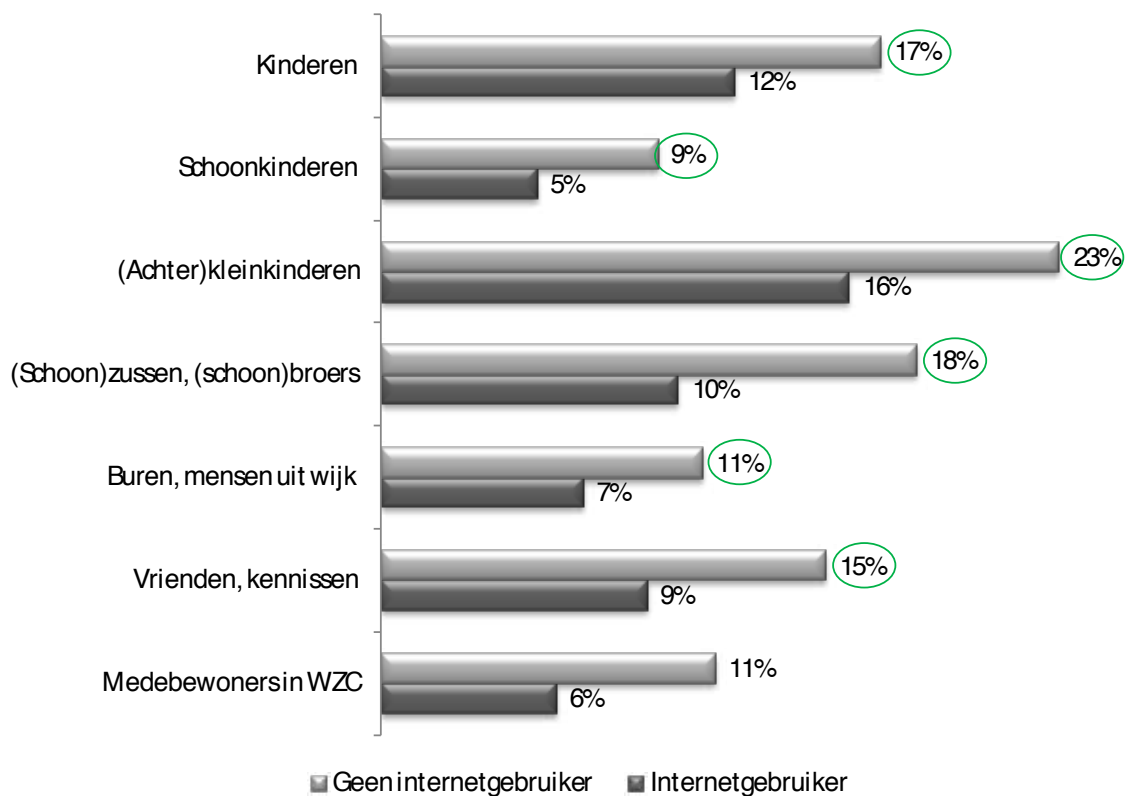
*Figuur 42: Wens tot meer contacten bij ouderen (in %) naar lidmaatschap verenigingsleven (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



## c. Analyse naar internetgebruik

Ouderen die het internet niet gebruiken om te communiceren, zijn significant minder tevreden over alle relaties in hun sociaal netwerk.

*Figuur 43: Wens tot meer contacten bij ouderen (in %) naar internetgebruik (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



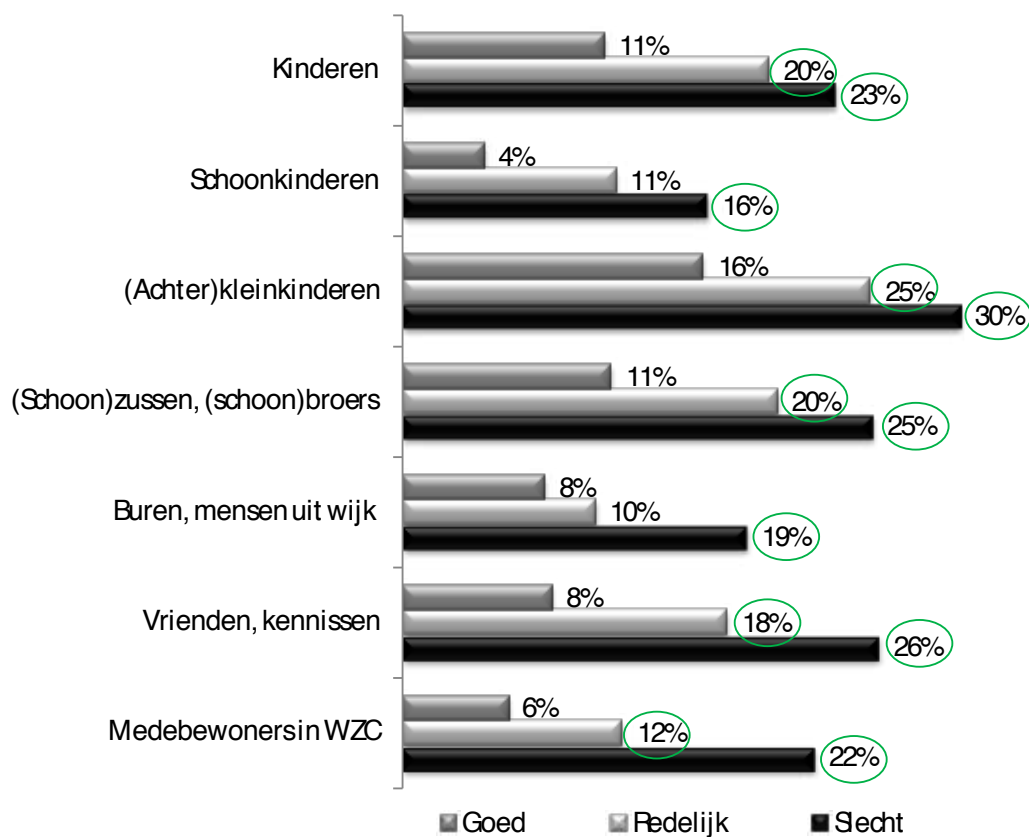
## 2.3.2 Samenhang met gezondheidssituatie

## a. Analyse naar subjectieve en objectieve gezondheidstoestand

Ouderen met een redelijke tot slechte gezondheid verlangen significant vaker naar meer contact met iedereen dan ouderen in goede gezondheid.

Ouderen die hun eigen gezondheid minder goed vinden, willen significant vaker contact hebben met alle referentiecategorieën.

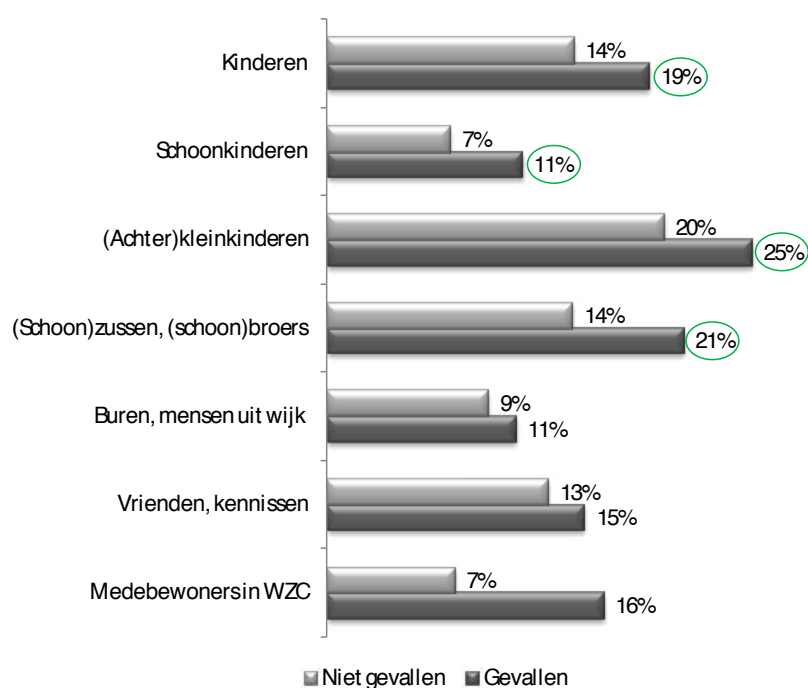
*Figuur 44: Wens tot meer contacten bij ouderen (in %) naar subjectieve gezondheidstoestand (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



*b. Analyse naar valfrequentie*

Het verschil in tevredenheid over de contacten tussen ouderen die gevallen zijn en zij die hiervan bespaard bleven, is er enkel voor wat betreft de contacten met (schoon)zussen/broers, schoonkinderen, kinderen en kleinkinderen. Oudere mensen die gevallen zijn, wensen niet meer of minder contacten met niet-verwanten dan ouderen die niet gevallen zijn.

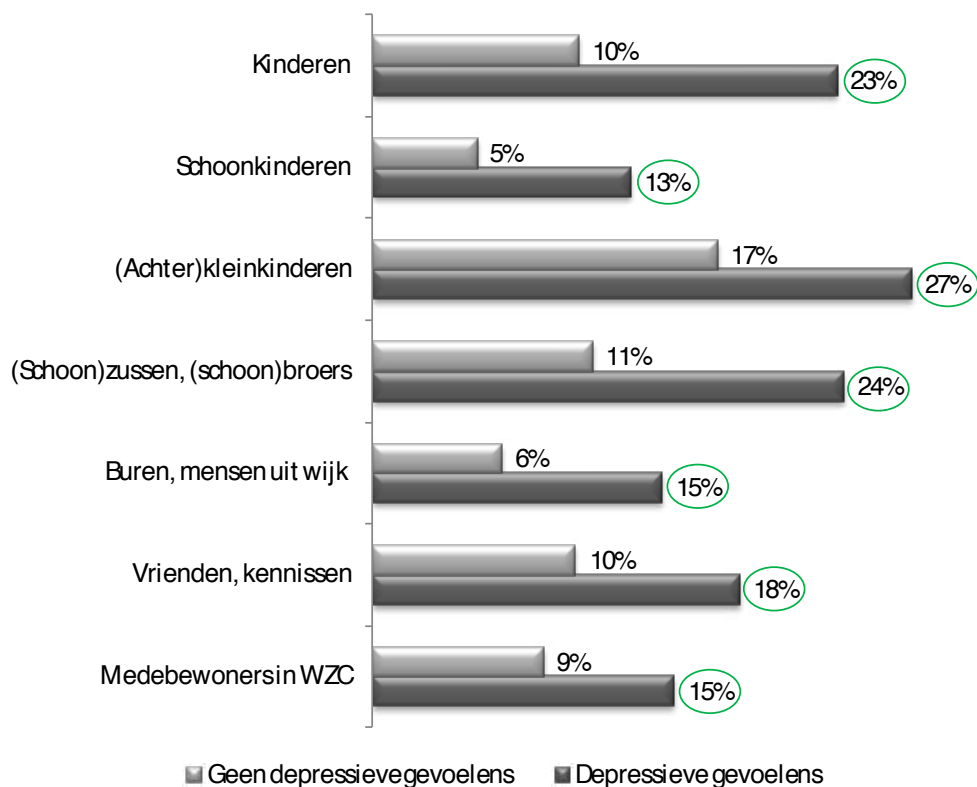
*Figuur 45: Wens tot meer contacten bij ouderen (in %) naar valfrequentie (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



c. Analyse naar depressieve gevoelens

Voor ouderen met depressieve gevoelens is het verlangen naar meer contact groter dan bij ouderen zonder depressieve gevoelens. Dit geldt voor alle contactrelaties.

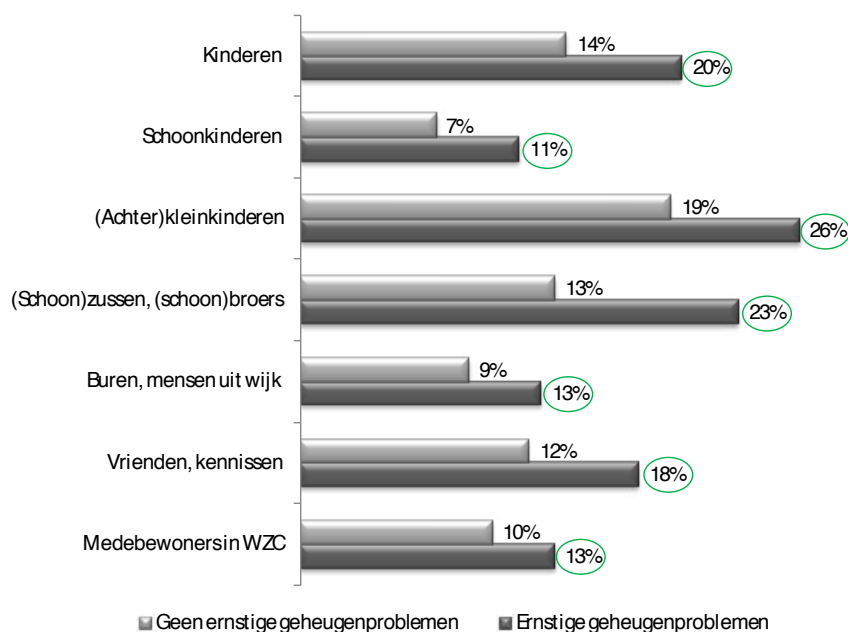
Figuur 46: Wens tot meer contacten bij ouderen (in %) naar depressieve gevoelens (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)



#### d. Analyse naar ernstige geheugenproblemen

Ouderen met ernstige geheugenproblemen wensen vaker met iedereen meer contact dan ouderen zonder deze problemen. Net als ouderen zonder geheugenproblemen zijn ouderen met deze problemen evenwel het minst tevreden over de contacten met de kleinkinderen: meer dan een kwart van de ouderen met geheugenproblemen wenst meer contact met hen ten opzichte van 19% van de ouderen zonder geheugenproblemen. De discrepantie tussen ouderen met en zonder geheugenproblemen is het grootst voor de contacten met (schoon)zussen en (schoon)broers: daar waar 23% van de ouderen met geheugenproblemen meer contact wenst met deze familielaties, geldt dit voor slechts 13% van de ouderen zonder geheugenproblemen.

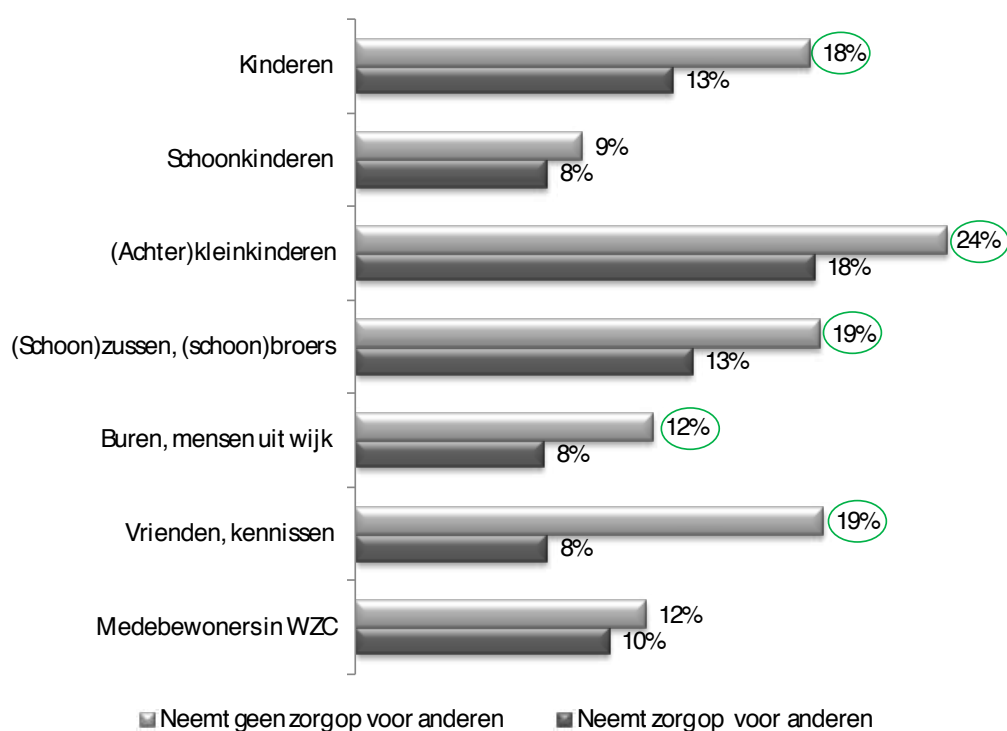
*Figuur 47: Wens tot meer contacten bij ouderen (in %) naar ernstige geheugenproblemen (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



## e. Analyse naar zorg opnemen voor anderen

Ouderen die zorg opnemen voor anderen zijn significant meer tevreden over hun contacten met de kinderen, de kleinkinderen, zussen/broers, buren en vrienden. Ouderen die geen zorg opnemen voor anderen zijn vooral minder tevreden over de contacten met de vrienden: 19% onder hen wenst meer contact met vrienden, dit geldt slechts voor 8% van de ouderen die zorg opnemen voor anderen.

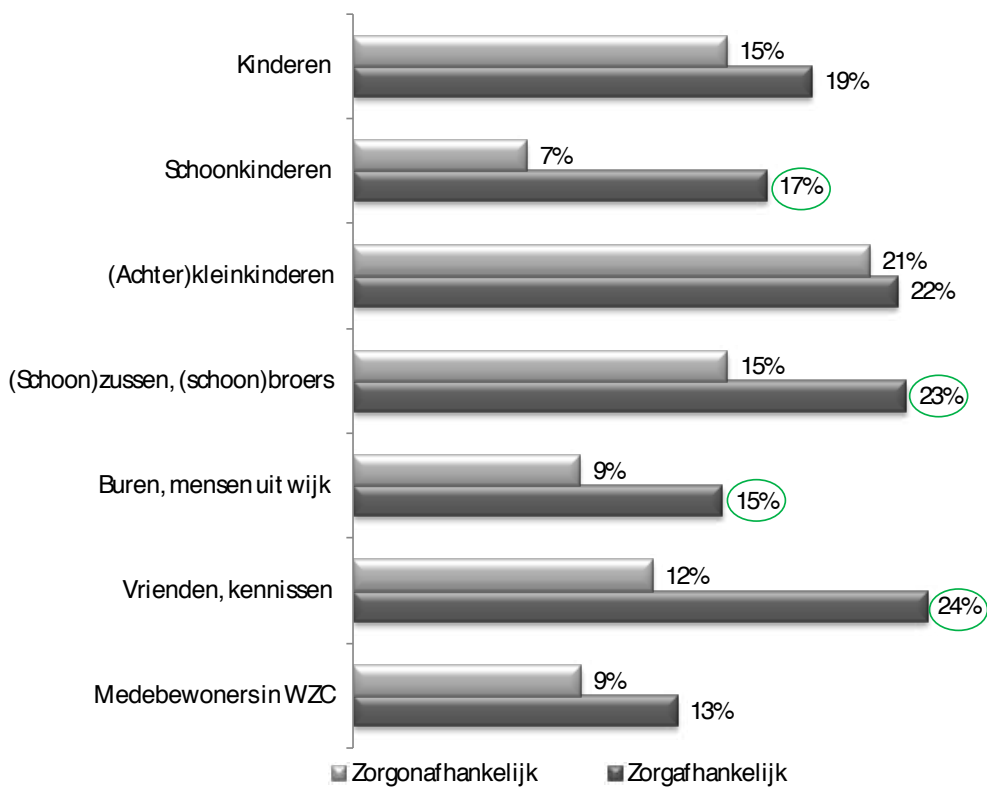
*Figuur 48: Wens tot meer contacten bij ouderen (in %) naar zorg opnemen voor anderen (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



## f. Analyse naar zorgafhankelijkheid

Ouderen die zorgafhankelijk zijn, blijken even tevreden over de contacten met de kinderen en de kleinkinderen als ouderen die voor hun dagdagelijkse activiteiten niet afhankelijk zijn van anderen. Zorgafhankelijke ouderen zijn echter wel significant minder tevreden over hun contacten met vrienden (24% wenst meer contact t.o.v. slechts 12% van de zorgonafhankelijke ouderen), schoonkinderen, (schoon)zussen/broers en buren.

*Figuur 49: Wens tot meer contacten bij ouderen (in %) naar zorgafhankelijkheid (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



## 2.4 Kwaliteit van de sociale steun

Deze indicator is een score die gebaseerd is op de som van de antwoorden die werden gegeven op drie vragen die voorkomen op de schaal van OSLO en werden geïntegreerd in de vragenlijst die werd uitgewerkt in het kader van het onderzoek van de Koning Boudewijnstichting:

- Hoeveel personen staan u zo dichtbij dat u op hen kan rekenen indien u met zware problemen geconfronteerd wordt?
- In welke mate hebben mensen aandacht of interesse voor wat u doet?
- Hoe gemakkelijk is het om praktische hulp van burens te krijgen als dit nodig zou zijn?

Deze score kan variëren tussen 3 (minimum) en 14 (maximum) en werd vervolgens gehercodeerd om te komen tot drie groepen:

1. Beperkte sociale steun (voor waarden gaande van 3 tot 8)
2. Gemiddelde sociale steun (9 tot 11)
3. Sterke sociale steun (12 tot 14)

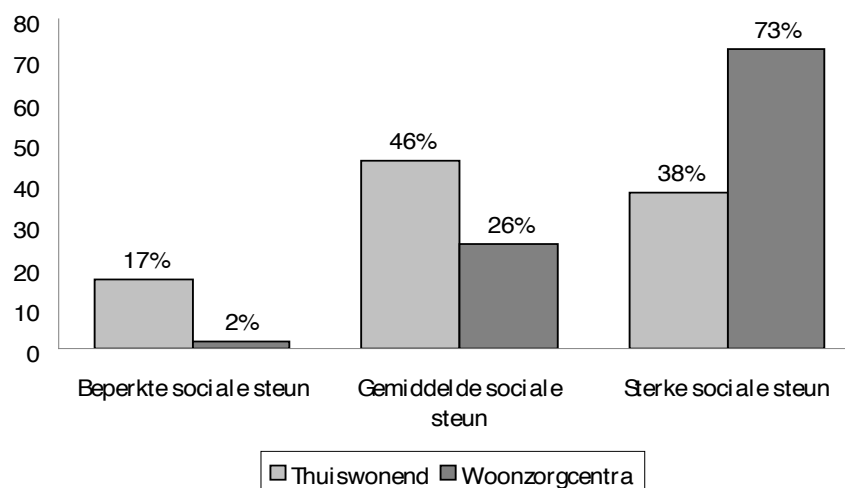
4 op 10 ouderen kunnen rekenen op sterke sociale steun, 44% op gemiddelde sociale steun en 16% op beperkte sociale steun. 85-plussers kunnen terugvallen op de sterkste sociale steun (47% versus 40% gemiddeld). De sterkte van de sociale steun neemt af naarmate de oudere meer moeilijkheden ondervindt om de eindjes aan elkaar te knopen.

In Brussel kunnen ouderen in mindere mate terugvallen op sterke sociale steun (30%). In Vlaanderen en Wallonië kunnen 4 op 10 ouderen rekenen op sterke sociale steun. 19% van de ouderen in Wallonië moet zich tevreden stellen met beperkte sociale steun; dit ligt significant hoger dan in Vlaanderen waar 'slechts' 14% het moet stellen met beperkte sociale steun.

De ouderen die zich significant vaker tevreden moeten stellen met beperkte sociale steun zijn ouderen met een slechte gezondheid (27%), met beperkte mobiliteit (22%), depressieve gevoelens (22%) en ernstige geheugenproblemen (19%).

Vrij opmerkelijk kunnen we vaststellen dat een meerderheid van 73% van de ondervraagde personen die in een woonzorgcentrum verblijven, zegt dat ze over een sterke sociale steun beschikken. De verschillen in figuur 50 zijn significant. De tendens die blijkt uit figuur 50 is dat de sociale steun duidelijk sterker is in zorginstellingen (woonzorgcentra) dan in een thuissituatie. Dat betekent echter niet dat de thuissituatie negatief is. Ongeveer 84% van de respondenten zou immers kunnen rekenen op een gemiddelde tot sterke sociale steun.

*Figuur 50: Frequentie van de sociale steun volgens de verblijfplaats (%)*



Vandaag kan er, op basis van de elementen waarover we beschikken, geen enkele sluitende conclusie worden verbonden aan een mogelijk verband tussen de toegang tot een sterke sociale steun en een woonzorgcentrum. In combinatie met andere factoren en bij een bewezen verband mag men echter waarschijnlijk wel aannemen dat de veelvuldige interacties tussen de 'medebewoners' ervoor zorgen dat er een bevredigende en zelfs sterke sociale steun aanwezig is.

Wanneer we een vergelijking maken van deze sociale steun in de gewesten, stellen we vast dat Wallonië zich onderscheidt via zijn atypisch profiel tegenover Brussel en Vlaanderen. Wallonië noteert duidelijk het hoogste aantal personen met een beperkte sociale steun (19%), maar ook met een sterke sociale steun (42%). Het profiel van de twee andere regio's verschilt van dat van Wallonië en lijkt veeleer een curve van Gauss met een grotere representatie van de gemiddelde sociale steun. Het aandeel van de personen met een zwakke sociale steun ligt het hoogst in het Waals Gewest (19%), dan volgt het Brussels Gewest (17%) en tot slot Vlaanderen (14%).

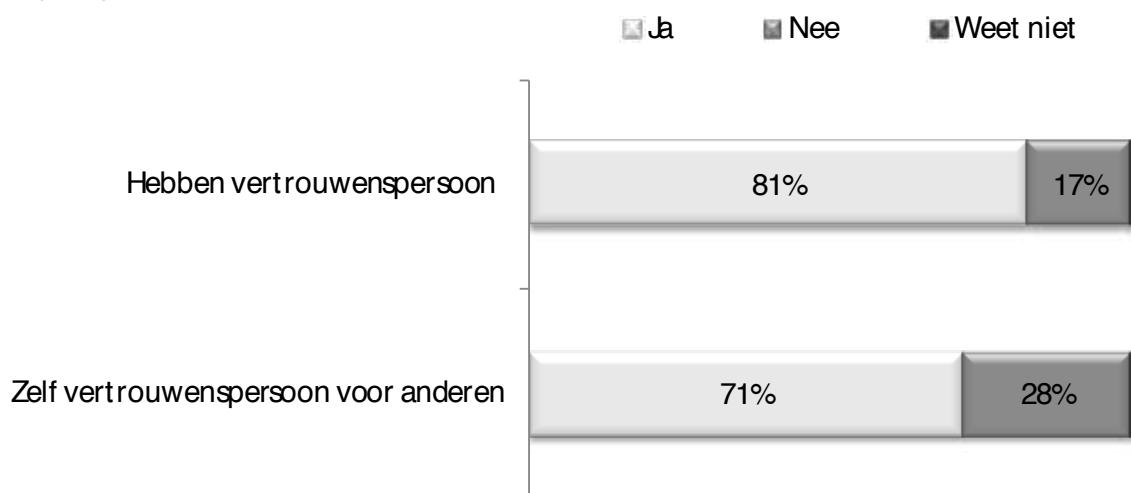
Uit een onderzoek naar de sociale gezondheid, via interviews (Demarest, 2008), bleek dat het resultaat voor dezelfde indicator over de kwaliteit van de sociale steun, lichtjes anders was: toen kwam de beperkte sociale steun het meest voor in Brussel (23%), gevolgd door Wallonië (20%) en Vlaanderen (12%), opnieuw in derde positie. In de studie van 2008 was de kloof tussen de drie regio's iets opvallender, met een verschil van 11% tussen Brussel en Vlaanderen.

Volgens John Cassel, arts en epidemioloog, kan het ontbreken van betekenisvolle sociale banden ertoe leiden dat individuen meer vatbaar zijn voor ziektes. Daarnaast beschermt de sociale steun mensen tegen stresserende gebeurtenissen in het leven (Vaux A., 1988). Voor personen die slechts over een beperkte sociale steun beschikken, is het dus waarschijnlijk ingewikkelder om het hoofd te bieden aan allerlei moeilijke omstandigheden waarin men in de loop van het leven kan belanden. Bovendien is er een sterk verband tussen de sociale gezondheid met een mogelijk isolement, en de globale gezondheid: beide beïnvloeden elkaar wederzijds. In deze omstandigheden loopt een Waal of Brusselaar een groter gevaar om weg te zinken in het isolement en/of in eenzaamheid dan een Vlaming.

## 2.5 Vertrouwenspersoon

Aan de ouderen werd, enerzijds, gevraagd of er mensen zijn in hun omgeving met wie zij iets vertrouwelijks kunnen bespreken of aan wie zij raad kunnen vragen; anderzijds werd ook gevraagd of er omgekeerd mensen zijn die vertrouwelijke dingen vertellen of die raad vragen aan hem/haar. We stellen vast dat ouderen vaker zelf een luisterend oor aanbieden dan dat zij er zelf op kunnen terugvallen. Circa 1 op 5 ouderen hebben geen mensen in hun omgeving met wie zij iets vertrouwelijks kunnen bespreken of aan wie zij raad kunnen vragen. 7 op 10 ouderen is wel zelf vertrouwenspersoon, 1 op 3 niet.

*Figuur 51: Ouderen met vertrouwenspersoon versus ouderen die vertrouwenspersoon zijn (Basis: totale steekproef)*

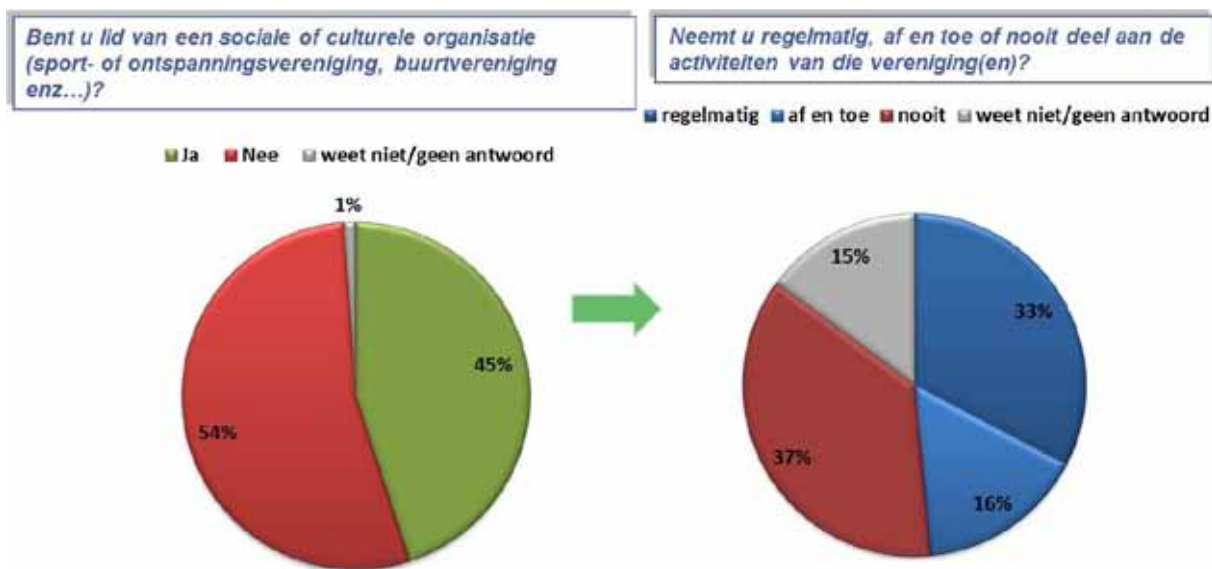


82% van de ouderen die een vertrouwenspersoon hebben, zijn zelf ook vertrouwenspersoon van iemand. Omgekeerd geldt dat 78% van de ouderen die geen vertrouwenspersoon hebben, zelf ook geen vertrouwenspersoon zijn van iemand.

## 2.6 Verenigingsleven

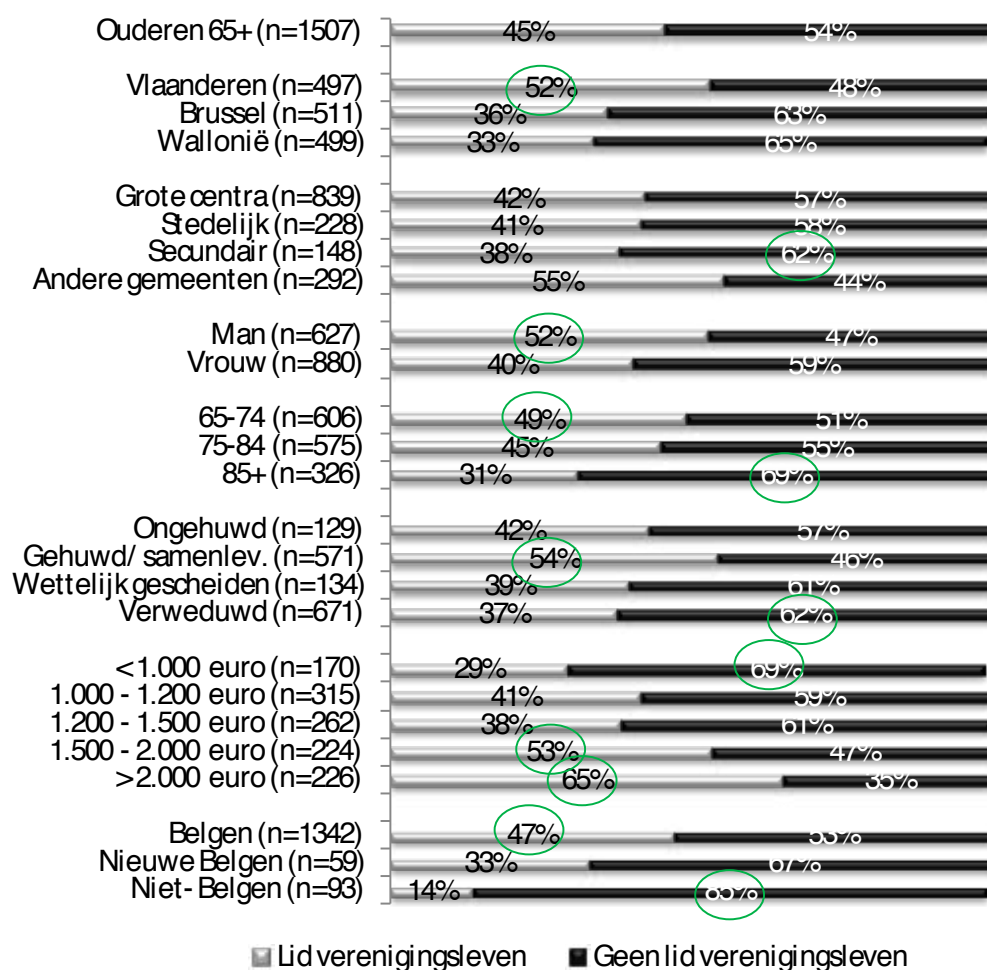
54% van de ouderen is geen lid van een sociale of culturele organisatie. 45% van de ouderen is dat wel, maar meer dan de helft daarvan is geen actief lid. Een derde van de oudere leden neemt regelmatig deel aan activiteiten, 16% neemt af en toe deel. Iets meer dan 1 op 5 van de totale oudere bevolking is dus actief lid van een vereniging.

*Figuur 52: Lidmaatschap sociale, culturele organisatie bij ouderen en mate van actief lidmaatschap (Basis: links – totale steekproef; rechts – respondenten die lid zijn van vereniging)*



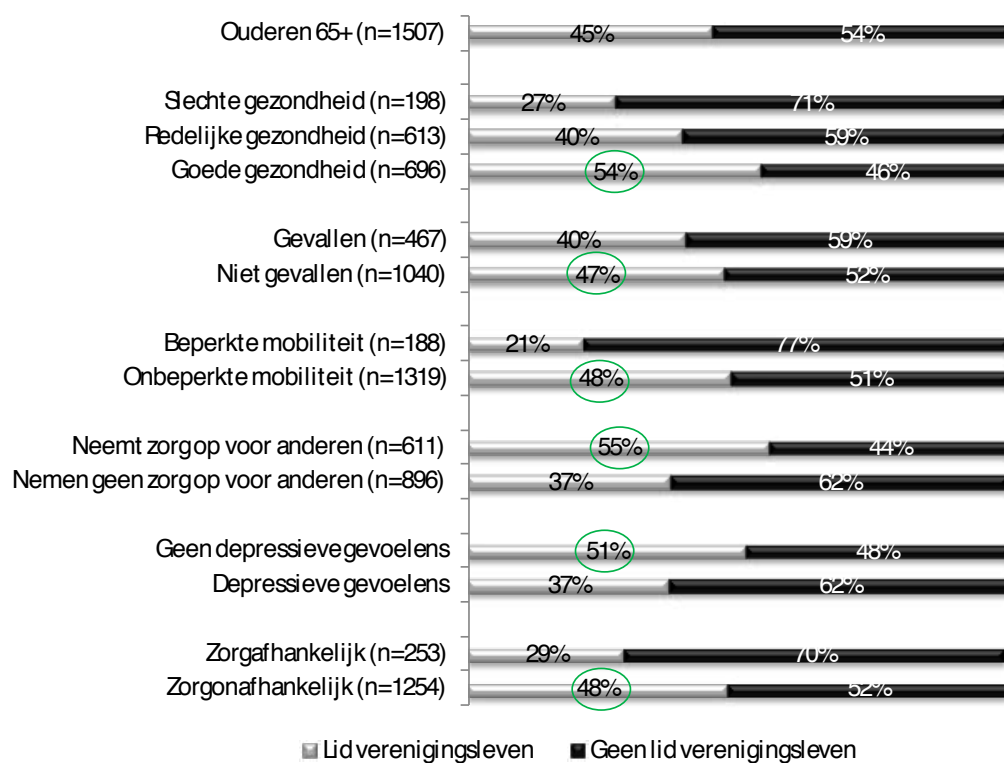
Uit figuur 53 blijkt dat ouderen in Vlaanderen, mannen, jongere ouderen, koppels, ouderen met een hoger inkomen en Belgen significant vaker lid zijn van een sociale of culturele organisatie. Ouderen in Brussel en Wallonië, ouderen woonachtig in secundair gebied, vrouwen, 85-plussers, verweduwden, ouderen met een inkomen van minder dan 1.000 euro en niet-Belgen participeren significant vaker niet in het verenigingsleven.

*Figuur 53: Lidmaatschap sociale, culturele organisatie bij ouderen naar socio-demografisch profiel (Basis: totale steekproef)*



Uit figuur 54 blijkt dat ouderen die in goede gezondheid verkeren, die het afgelopen jaar niet gevallen zijn, niet beperkt zijn in hun verplaatsingen tot de woning of kamer, die zorg opnemen voor anderen, geen depressieve gevoelens hebben en zorgonafhankelijk zijn, significant vaker lid van een vereniging zijn.

*Figuur 54: Lidmaatschap sociale, culturele organisatie bij ouderen naar zorgprofiel (Basis: totale steekproef)*



### 3. Eenzaamheid

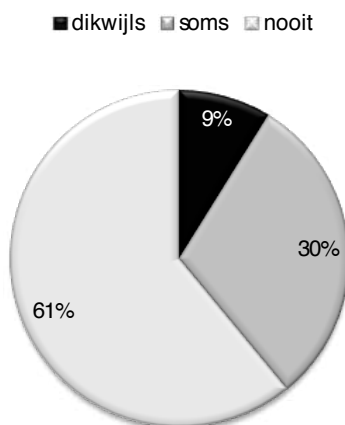
In dit onderdeel gaan we na in welke mate ouderen zich eenzaam voelen. We gebruiken hier twee verschillende manieren voor. Eerst bespreken we de resultaten van de directe bevraging, daarna komt de indirecte eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld aan bod. Op het einde kijken we naar de samenhang tussen de directe en indirecte bevraging van eenzaamheid.

#### 3.1 Directe bevraging

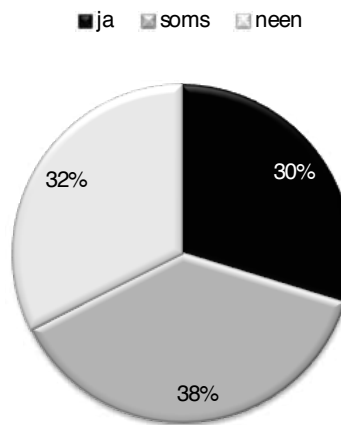
We legden de ouderen de vraag voor of zij zich dikwijls, soms of nooit eenzaam voelen. Uit de resultaten blijkt dat 1 op 10 ouderen zich dikwijls eenzaam voelt, 1 op 3 voelt zich soms eenzaam en 6 op 10 voelt zich nooit eenzaam. Uit figuur 55 blijkt dat slechts een derde van de ouderen die zich (soms) eenzaam voelt, het niet moeilijk vindt om daarover te spreken. 3 op 10 heeft het er moeilijk mee en nog eens een derde heeft het er soms moeilijk mee om over die eenzaamheid te spreken.

*Figuur 55: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) en schaamtegevoelens daarover (Basis: links – totale steekproef; rechts – respondenten die zich (soms) eenzaam voelen)*

Voelt u zich dikwijls, soms of nooit eenzaam?



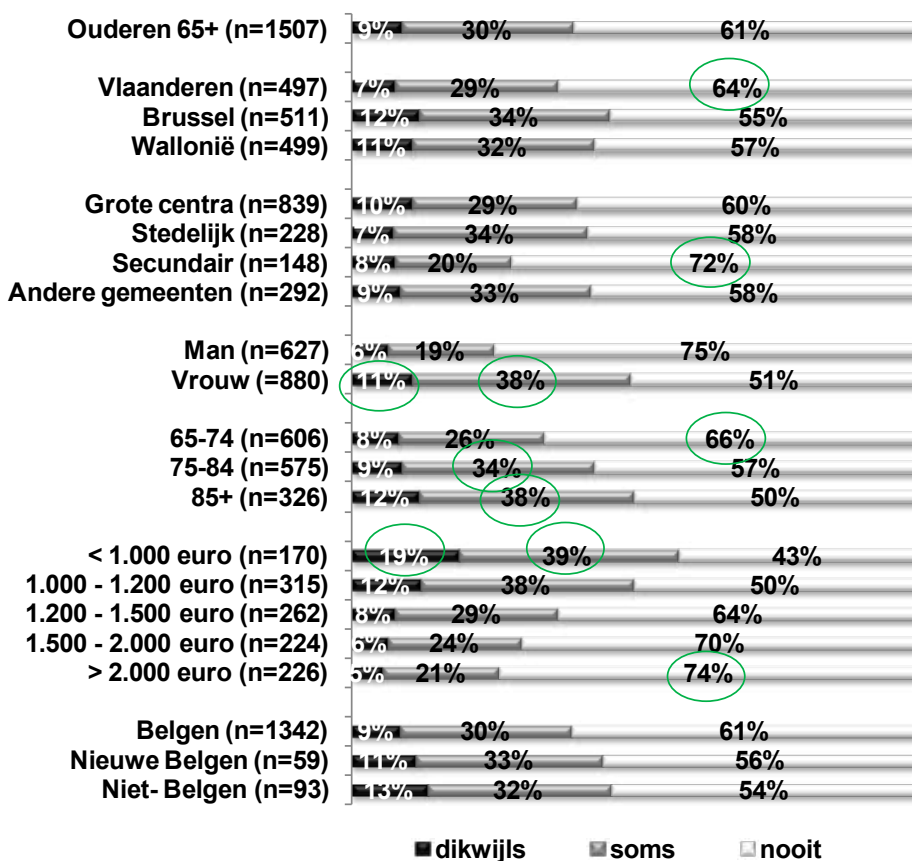
Vindt u het moeilijk om daarover te spreken?



### 3.1.1 Samenhang tussen eenzaamheid en socio-demografische kenmerken

In Vlaanderen zijn ouderen minder vaak eenzaam in vergelijking met ouderen in Wallonië of Brussel. Ouderen in secundair gebied hebben minder eenzaamheidsgevoelens dan ouderen elders in het land. Het eenzaamheidsgevoel neemt toe naarmate men ouder wordt. Vrouwen voelen zich vaker eenzaam. Eenzaamheid is groter te midden van mensen met minder financiële middelen. Ouderen die aangeven makkelijk de eindjes aan elkaar te kunnen knopen met het maandelijks inkomen, zijn in 1 op 3 gevallen minstens soms eenzaam ten opzichte van de helft van de ouderen die aangeven moeilijk rond te komen.

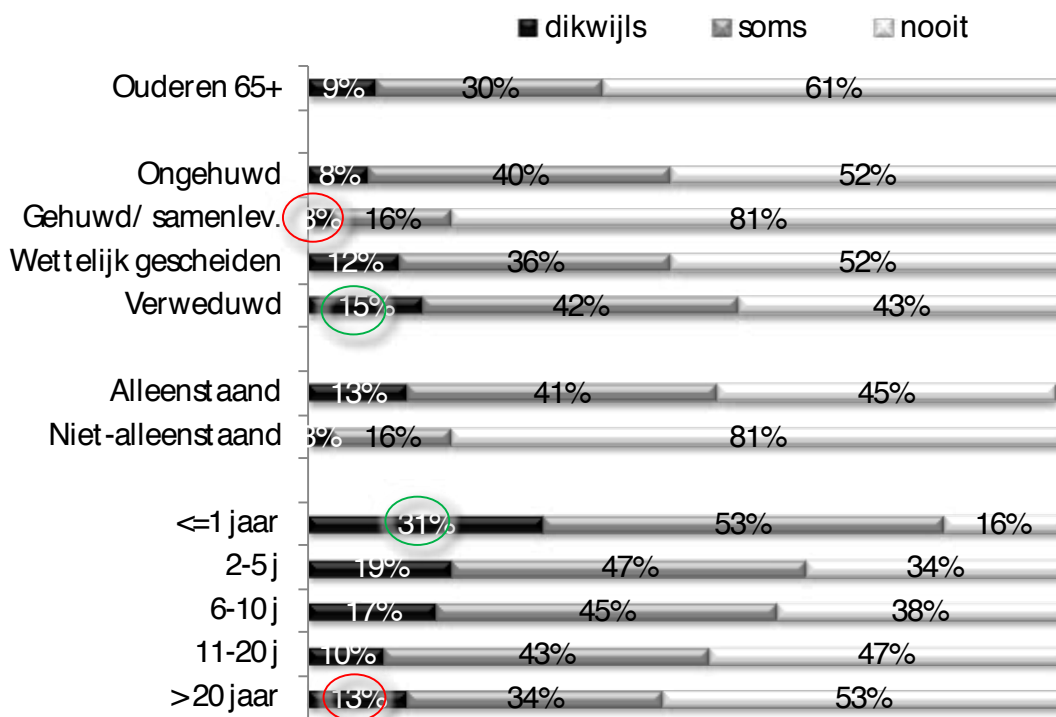
Figuur 56: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar socio-demografisch profiel (Basis: totale steekproef)



#### a. Analyse naar burgerlijke staat en gezinssituatie

De aan-of afwezigheid van eenzaamheidsgevoelens bij de oudere vloeit voort uit zijn of haar burgerlijke staat. Al dan niet gehuwde oudere koppels zijn het minst vaak eenzaam hoewel 1 op 5 zich minstens soms eenzaam voelt. De helft van de ongehuwden of gescheiden mensen voelt zich minstens soms eenzaam, voor 1 op 10 is dat dikwijls. Het gevoel van eenzaamheid neemt geleidelijk af naarmate men langer alleen is. Daar waar 85% van de ouderen die het afgelopen jaar alleen zijn komen te staan, zich (soms) eenzaam voelt, is dat 47% bij ouderen die al meer dan 20 jaar alleen zijn.

Figuur 57: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: totale steekproef)

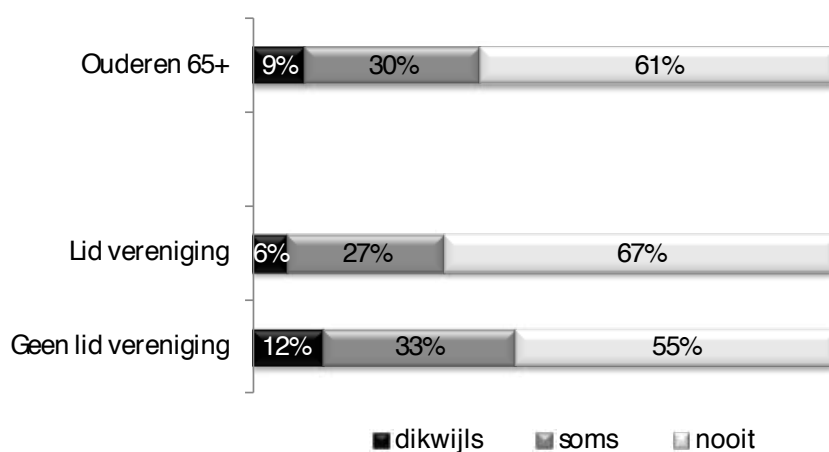


### 3.1.2 Samenhang tussen eenzaamheid en sociaal kapitaal

#### a. Analyse naar lidmaatschap vereniging

Ouderen die actief lid zijn van een vereniging, zijn minder vaak eenzaam: een derde is minstens soms eenzaam, daar waar bijna de helft van de ouderen die niet actief lid zijn van een vereniging, zich minstens soms zo voelt.

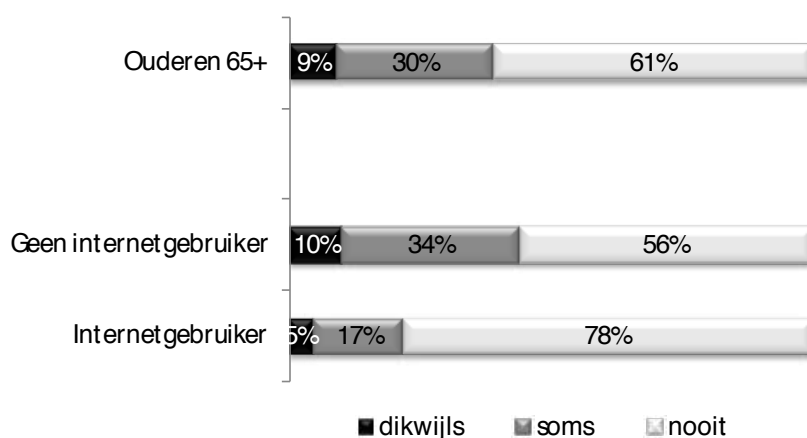
Figuur 58: Eenzaamheidsgevoelens naar lidmaatschap vereniging bij ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: totale steekproef)



*b. Analyse naar internetgebruik*

Een kwart van de oudere internetgebruikers voelt zich minstens soms eenzaam; dit is een pak minder dan bij ouderen die het internet niet gebruiken om te communiceren. Deze voelen zich dubbel zo vaak eenzaam.

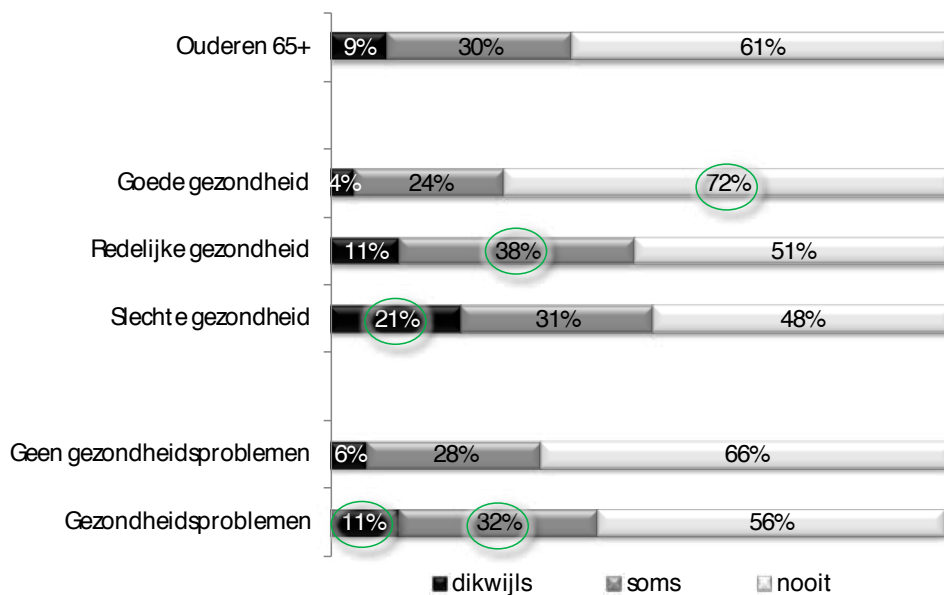
*Figuur 59: Eenzaamheidsgevoelens naar internetgebruik bij ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: totale steekproef)*



3.1.3 Samenhang tussen eenzaamheid en gezondheidssituatie

*a. Analyse naar subjectieve en objectieve gezondheidstoestand*

*Figuur 60: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar objectieve en subjectieve gezondheidssituatie (Basis: totale steekproef)*

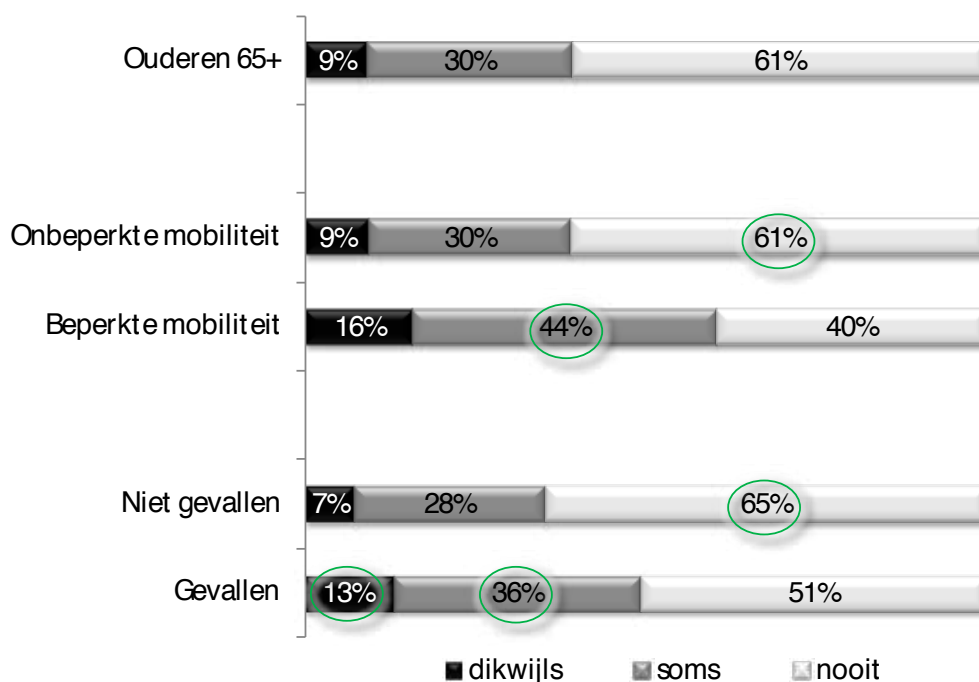


Ouderen die in goede gezondheid verkeren, zijn heel wat minder vatbaar voor eenzaamheid: 7 op 10 van de ouderen in goede gezondheid voelt zich nooit eenzaam versus de helft van de ouderen met een slechte gezondheid. Ouderen met een langdurige ziekte of gezondheidsproblemen voelen zich vaker eenzaam dan ouderen zonder deze problemen.

*b. Analyse naar valfrequentie en mobiliteit*

Ouderen die beperkt zijn in hun mobiliteit en het afgelopen jaar gevallen zijn, ervaren vaker eenzaamheidsgevoelens: 6 op 10 van de ouderen met onbeperkte mobiliteit voelt zich nooit eenzaam, versus 4 op 10 van de ouderen met beperkte mobiliteit. Ten opzichte van tweederde niet eenzame ouderen die niet gevallen zijn, staat slechts 1 op 2 niet eenzame ouderen die wel gevallen zijn.

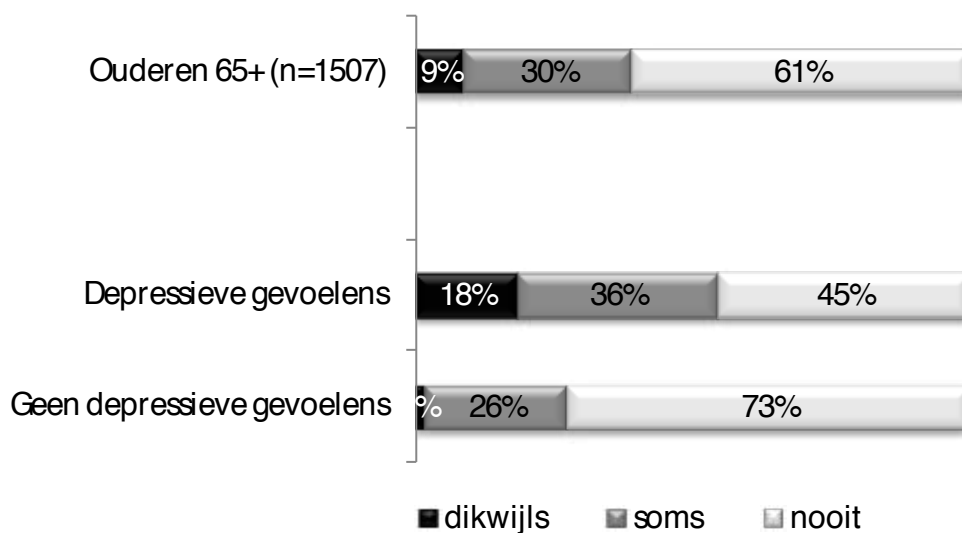
*Figuur 61: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar valfrequentie en mobiliteit (Basis: totale steekproef)*



*c. Analyse naar depressieve gevoelens*

Ouderen met depressieve gevoelens voelen zich significant meer eenzaam: 18% van de ouderen met depressieve gevoelens voelt zich dikwijls eenzaam, 36% onder hen voelt zich soms eenzaam (dit is 10% punten meer dan bij ouderen zonder depressieve gevoelens) en tot slot voelt 45% van de ouderen met depressieve gevoelens zich nooit eenzaam; een verschil van haast 20 procentpunten in vergelijking met ouderen zonder depressieve gevoelens.

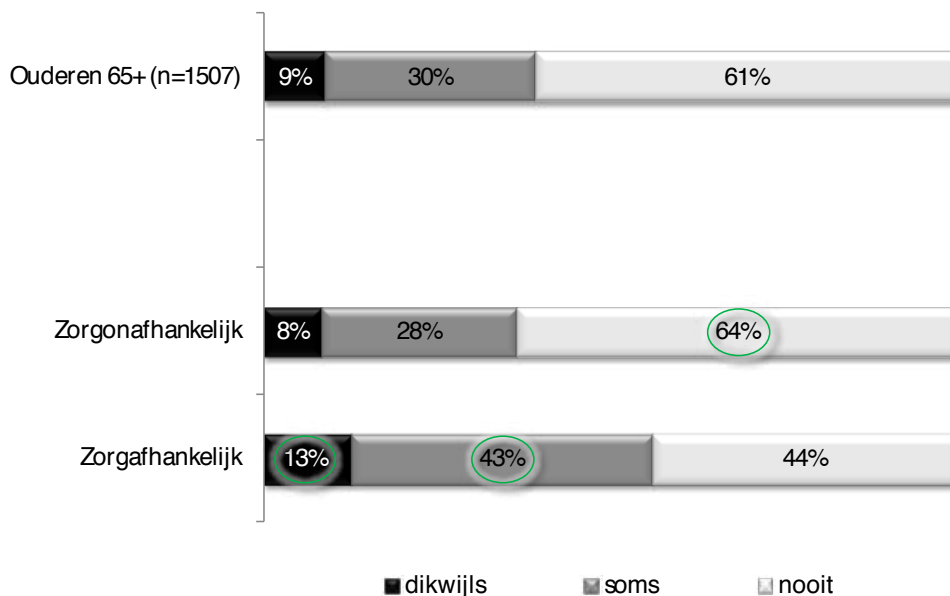
*Figuur 62: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar depressieve gevoelens (Basis: totale steekproef)*



*d. Analyse naar zorgafhankelijkheid*

Ouderen die zorgafhankelijk zijn, voelen zich significant vaker eenzaam dan ouderen die zorgonafhankelijk zijn: ten opzichte van 44% niet eenzame zorgafhankelijke ouderen staan 64% niet eenzame zorgonafhankelijke ouderen.

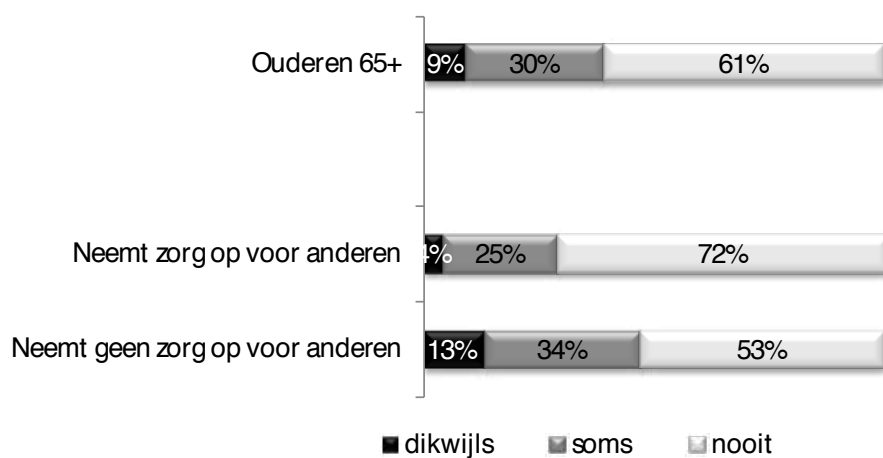
*Figuur 63: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar zorgafhankelijkheid (Basis: totale steekproef)*



### e. Analyse naar opnemen zorg voor anderen

Regelmatige hulpverleners voelen zich minder vaak eenzaam: 7 op 10 onder hen voelt zich nooit eenzaam, versus de helft bij de ouderen die geen zorg opnemen voor anderen.

*Figuur 64: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar opnemen zorg voor anderen (Basis: totale steekproef)*

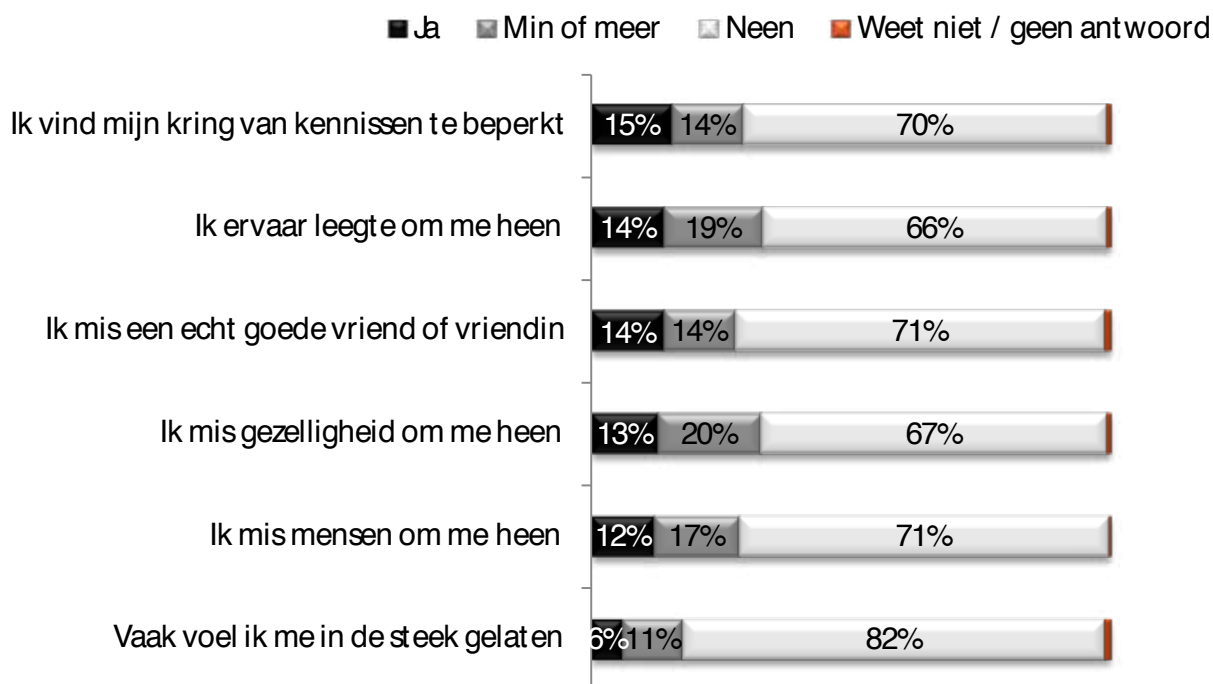


### 3.2 Indirecte bevraging

In dit onderdeel bespreken we de resultaten van de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld. Eerst komen de afzonderlijke items uit de schaal aan bod. Daarna wordt de totale eenzaamheidsscore berekend als unidimensionele ervaring. De afzonderlijke scores voor emotionele en sociale eenzaamheid worden ook besproken.

Drie op tien ouderen vindt zijn/haar kennissenkring te beperkt. Een op drie ervaart leegte om zich heen en mist een echt goede vriend of vriendin. Een derde mist gezelligheid en mensen om zich heen. Circa 1 op 5 voelt zich vaak in de steek gelaten.

Figuur 65: Emotionele eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar), schaal de Jong Gierveld (Basis: totale steekproef)



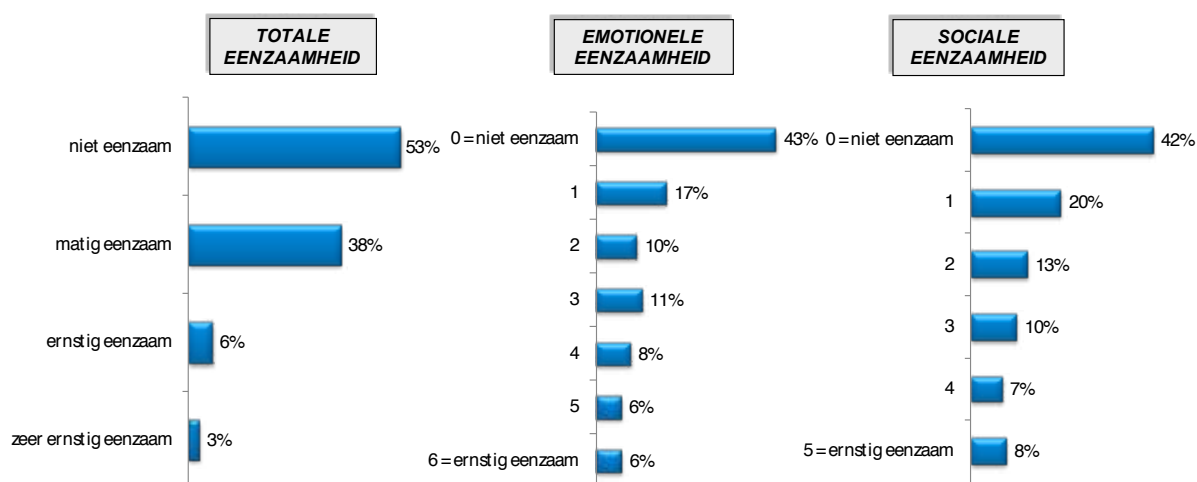
Figuur 66: Sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar), schaal de Jong Gierveld (Basis: totale steekproef)



In het algemeen geldt dat circa 1 op 10 ouderen 'positief' scoort op de items m.b.t. sociale eenzaamheid: 12% heeft niet veel mensen op wie hij/zij volledig kan vertrouwen, 10% kan niet steeds terecht bij vrienden wanneer daar behoefte toe is, voor 8% zijn er niet voldoende mensen met wie zij zich nauw verbonden voelen, of op wie zij kunnen terugvallen bij narigheid of nog bij wie zij terecht kunnen met dagelijkse problemen.

Voor 24 respondenten die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden, werd geen totaalscore berekend. 53% van de ouderen is helemaal niet eenzaam, 38% is matig eenzaam, 6% is sterk eenzaam en 3% is zeer sterk eenzaam. 4 op 10 ouderen is totaal niet emotioneel eenzaam, noch sociaal eenzaam. 6% is zeer emotioneel eenzaam; 8% is zeer sociaal eenzaam.

*Figuur 67: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar), schaal de Jong Gierveld (Basis: totale steekproef uitgesloten respondenten die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden; n=1483)*

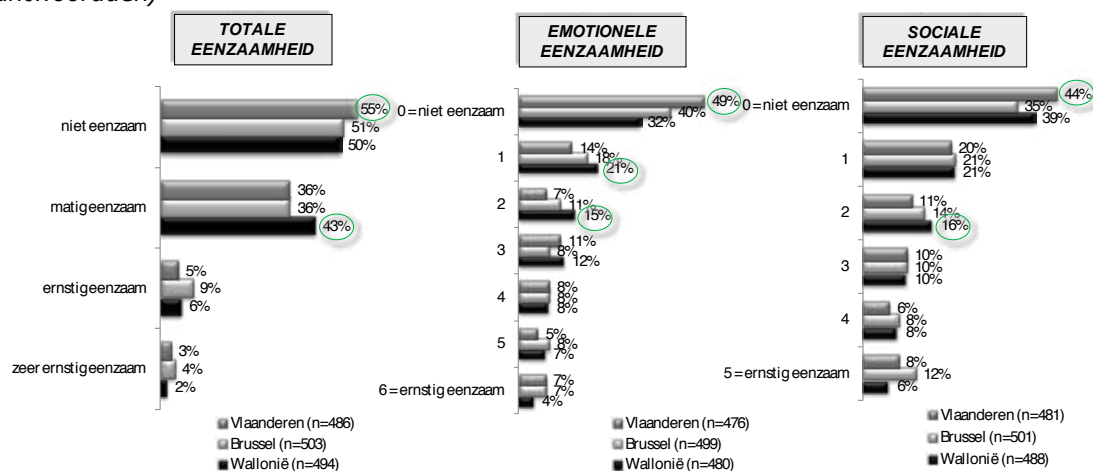


3.2.1 Samenhang met socio-demografische kenmerken

a. Analyse naar regio

Ouderen in Vlaanderen zijn minder eenzaam dan ouderen in Brussel en Wallonië. Vlamingen zijn zowel minder emotioneel eenzaam als sociaal eenzaam.

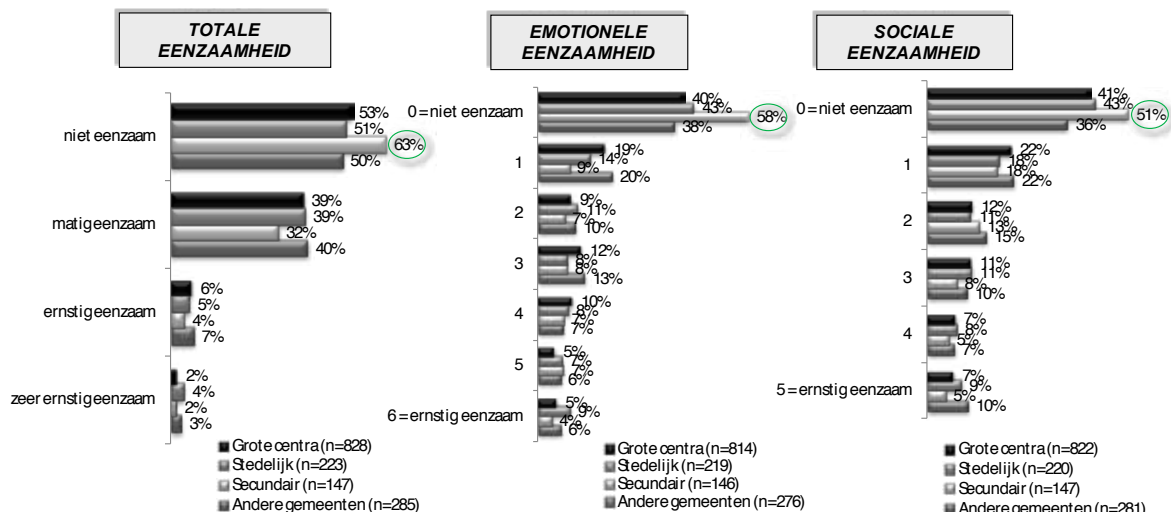
Figuur 68: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar regio, schaal de Jong Gierveld (Basis: totale steekproef uitgesloten respondenten die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



b. Analyse naar habitat

Ouderen in secundair gebied zijn het minst eenzaam, zowel emotioneel als sociaal.

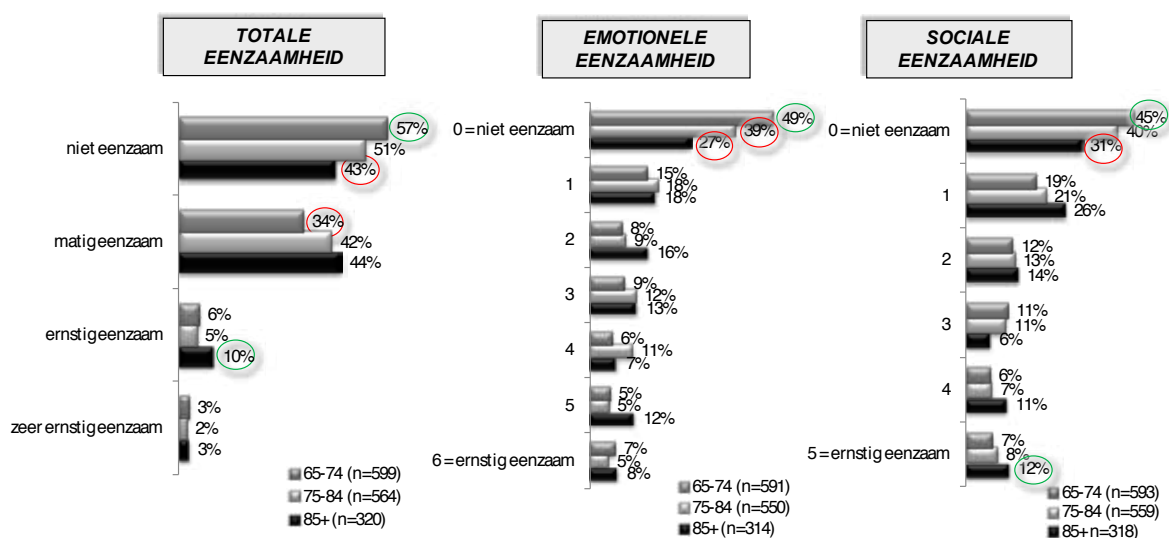
Figuur 69: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar habitat, schaal de Jong Gierveld (Basis: totale steekproef uitgesloten respondenten die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



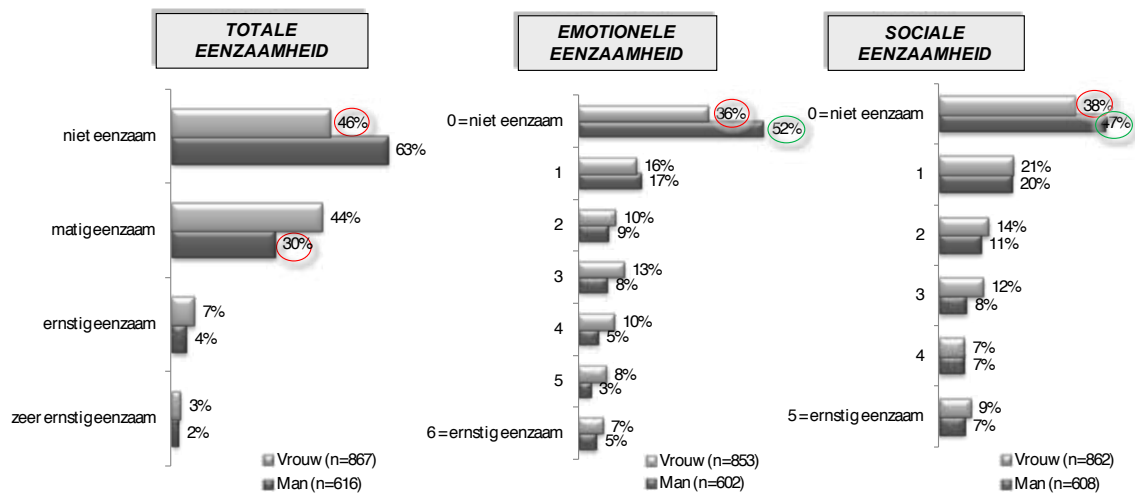
c. Analyse naar leeftijd en geslacht

De eenzaamheid neemt toe naarmate men ouder wordt. 85-plussers zijn zowel vaker emotioneel als sociaal eenzaam dan de jongere ouderen.

Figuur 70: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar leeftijd, schaal de Jong Gierveld (Basis: totale steekproef uitgesloten respondenten die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



Figuur 71: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar geslacht, schaal de Jong Gierveld (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)

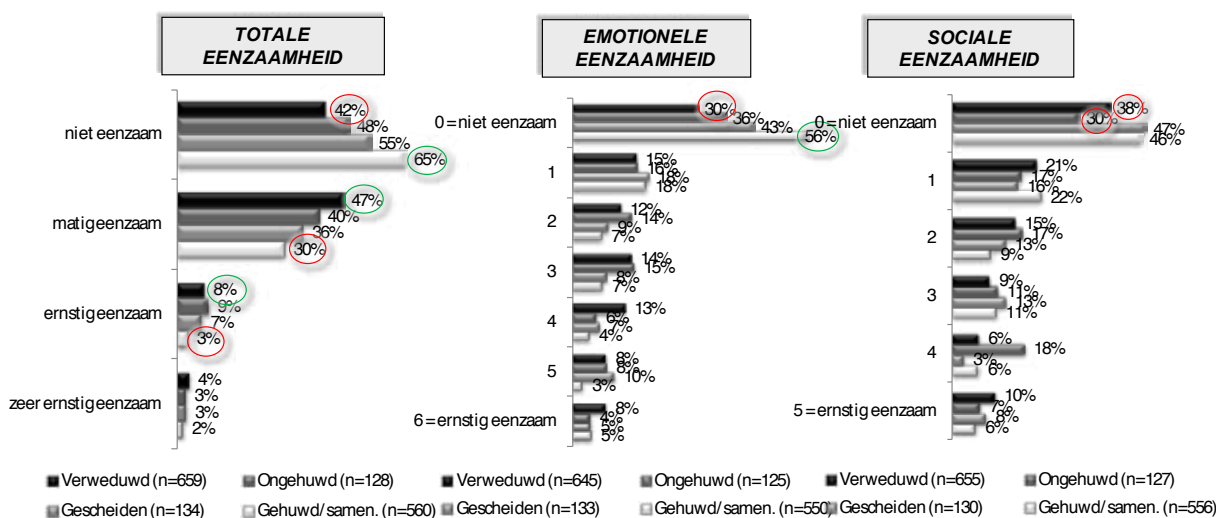


Vrouwen zijn vaker eenzaam dan mannen, hoewel het gaat om een gematigde eenzaamheid. Vrouwen zijn zowel vaker emotioneel als sociaal eenzaam dan mannen. Het verschil tussen mannen en vrouwen speelt vooral bij emotionele eenzaamheid.

*d. Analyse naar burgerlijke staat*

Verweduwde ouderen zijn het meest eenzaam: 4 op 10 verweduwden zijn niet eenzaam, versus 65% van de gehuwden die niet eenzaam zijn. Bij verweduwden is de emotionele eenzaamheid groter dan de sociale eenzaamheid. Bij ongehuwden is dit juist omgekeerd; ongehuwden voelen zich significant vaker sociaal eenzaam.

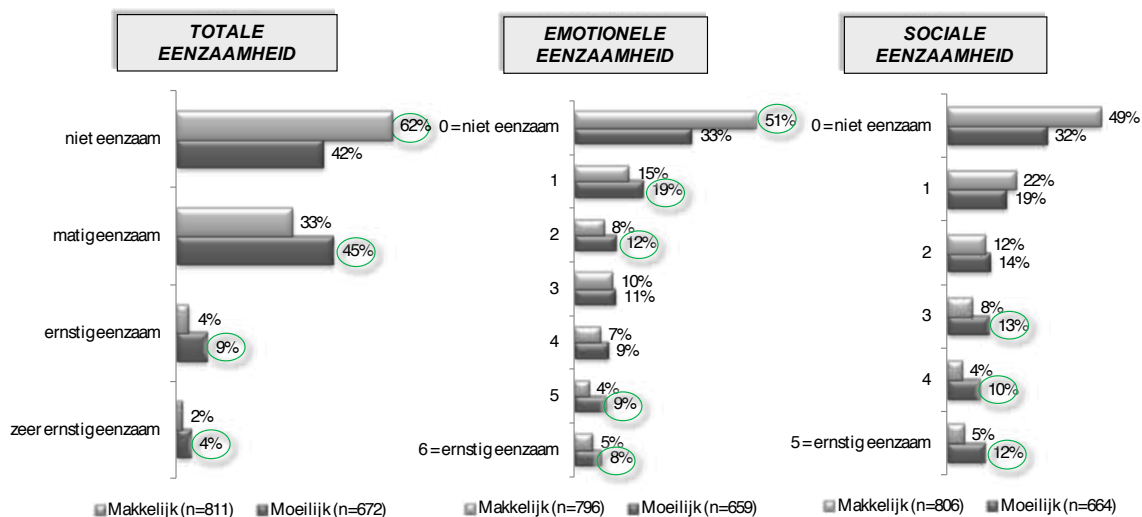
*Figuur 72: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar burgerlijke staat (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoorden)*



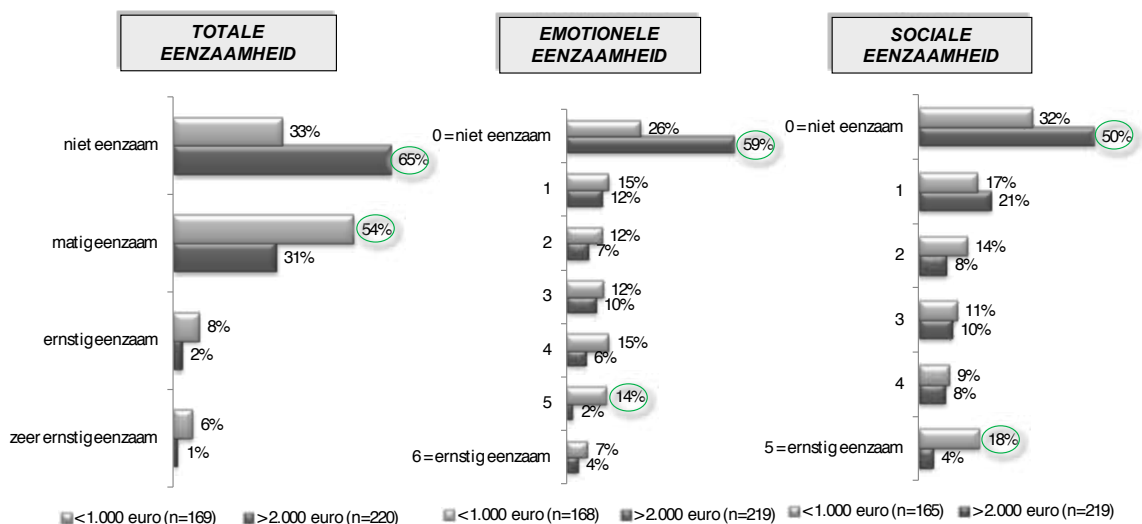
*e. Analyse naar inkomen*

Ouderen die de eindjes moeilijk aan elkaar kunnen knopen, zijn significant vaker eenzaam, zowel emotioneel als sociaal eenzaam. Ten opzichte van 6 op 10 niet-eenzame ouderen die makkelijk kunnen rondkomen, staan slechts 4 op 10 niet-eenzame ouderen die moeilijk kunnen rondkomen.

*Figuur 73: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar subjectieve inkomensevaluatie (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



*Figuur 74: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar inkomen (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*

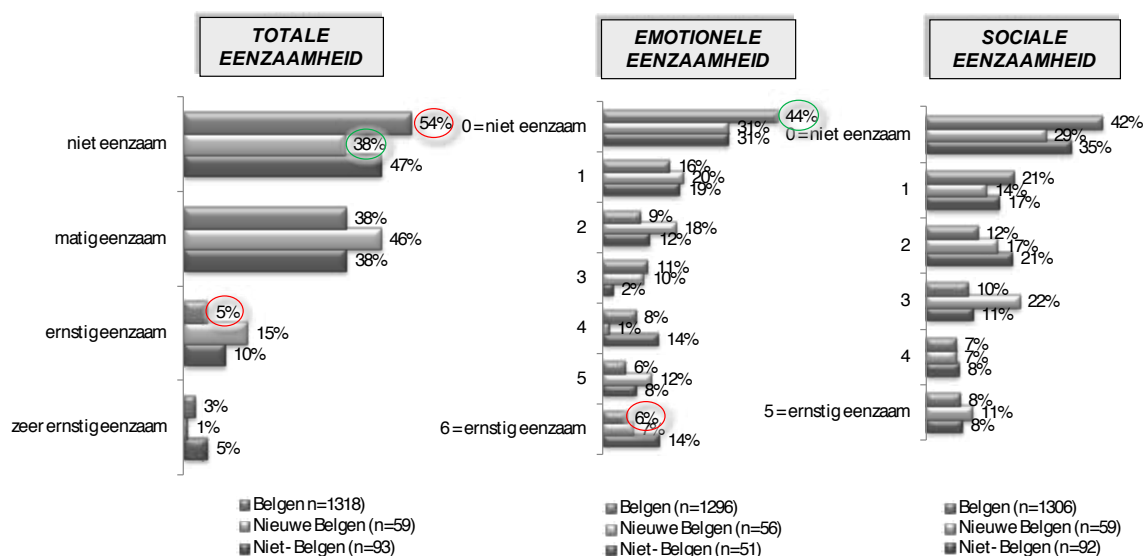


14% ouderen die moeten rondkomen met minder dan 1.000 euro zijn (zeer) ernstig eenzaam; dit ligt 11 procentpunten hoger dan bij ouderen die een inkomen van meer dan 2.000 euro ter beschikking hebben. Het verschil tussen ouderen met beperkte financiële middelen en ouderen met een hoger inkomen loopt vooral hoog op als het aankomt op emotionele eenzaamheid: hier staat ten opzichte van 1 op 4 niet emotioneel eenzame ouderen met een inkomen van minder dan 1.000 euro, maar liefst 6 op 10 niet emotioneel eenzame ouderen met een inkomen van meer dan 2.000 euro.

f. Analyse naar nationaliteit

Belgen zijn minder eenzaam dan nieuwe Belgen. Ten opzichte van 1 op 2 Belgen die niet eenzaam zijn, staan slechts 38% nieuwe Belgen die niet eenzaam zijn. Belgen voelen zich vooral minder emotioneel eenzaam in vergelijking met nieuwe Belgen en niet-Belgen. In verschillende culturen kunnen gevoelens van eenzaamheid anders worden beleefd (Rokach et al., 2001). We stellen voor nationaliteit geen significante verschillen vast voor wat betreft de sociale eenzaamheid.

Figuur 75: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar nationaliteit (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



3.2.2 Samenhang met maatschappelijke participatie

a. Analyse naar omvang netwerk

Wanneer we de correlatie berekenen tussen het aantal kinderen, kleinkinderen, vrienden en burens en de totale eenzaamheidsscore, zien we enkel voor wat betreft de vrienden een klein positief verband: hoe meer vrienden men heeft, hoe minder eenzaam men is.

Tabel 11: Correlatiecoëfficiënt voor totale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) en aantal kinderen, kleinkinderen, vrienden/kennissen en burens/mensen uit de wijk

Kinderen	Kleinkinderen	Vrienden, kennissen	Burens, mensen uit de wijk
0.04	0.01	0.20	0.14

### b. Analyse naar contactfrequentie

Uit tabel 12 blijkt dat de eenzaamheid ernstiger is bij ouderen die geen wekelijks contact hebben met iemand: zo is 12% van de ouderen die geen wekelijks contact hebben met iemand ernstig eenzaam, ten opzichte van 2% bij ouderen die wel wekelijks contact hebben met minstens één netwerk uit het totale sociale netwerk. De impact van de contactfrequentie laat zich vooral gelden voor wat betreft de sociale eenzaamheid; 28% van de ouderen zonder wekelijks contact voelt zich sociaal eenzaam; dit geldt slechts voor 7% van de ouderen met wekelijks contact.

Tabel 12: Samenhang tussen contactfrequentie en eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar)

		Wekelijks contact met minstens 1 netwerk	Geen wekelijks contact
<u>Totale eenzaamheid</u>	Niet eenzaam	57%	41%
	Matig eenzaam	35%	37%
	Ernstig eenzaam	5%	5%
	Zeer ernstig eenzaam	2%	12%
<u>Emotionele eenzaamheid</u>	Niet eenzaam	45%	29%
	Ernstig eenzaam	5%	15%
<u>Sociale eenzaamheid</u>	Niet eenzaam	45%	40%
	Ernstig eenzaam	7%	28%

### c. Analyse naar cognitieve contactbeleving

De (on)tevredenheid van de contacten die ouderen onderhouden met mensen uit hun sociaal netwerk, hangt samen met de ernst van de eenzaamheidsgevoelens die zij ervaren. Zo wenst 66% van de ouderen die ernstig eenzaam zijn, meer contact met de kinderen; 55% onder hen wenst meer contact met de kleinkinderen, 66% met (schoon)zussen/broers, 44% onder hen is vragende partij van frequenter contact met de burens en 58% onder hen wenst meer contact met vrienden en kennissen. Dit verlangen naar meer contact ligt een heel stuk lager bij ouderen die niet eenzaam zijn: 7% van deze ouderen wenst meer contact met kinderen, 13% met kleinkinderen, 8% met (schoon)zussen/broers, 4% met burens en vrienden. De hang naar meer contact is bij alle ouderen, eenzaam of niet, het grootst voor de kleinkinderen.

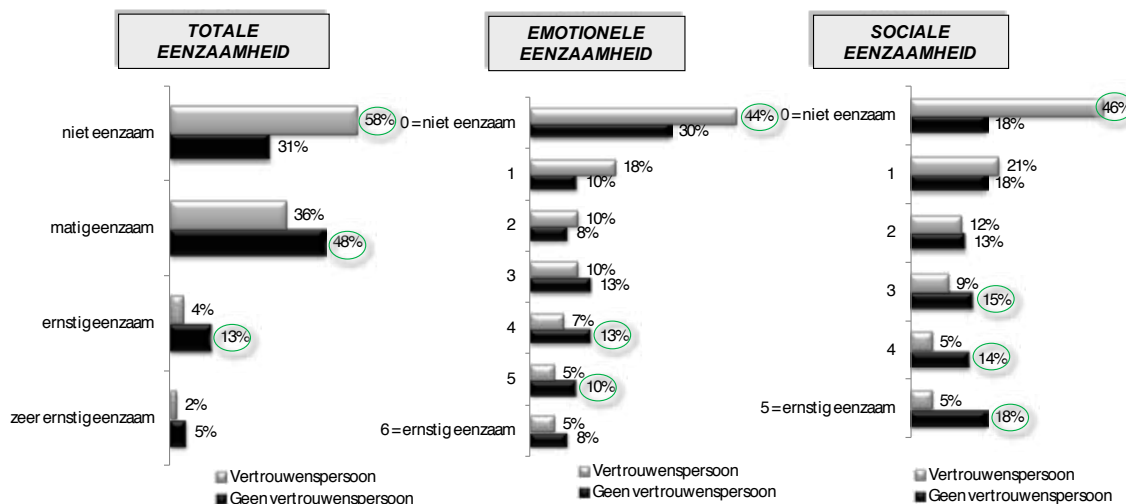
Tabel 13: Samenhang tussen de wens tot meer contact en eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar); % wenst meer contact

		Kinderen	Klein-kinderen	(Schoon) zussen, broers	Buren, mensen uit de wijk	Vrienden, kennissen
<b>Totale eenzaamheid</b>	Niet eenzaam	7%	13%	8%	4%	4%
	Matig eenzaam	21%	28%	23%	13%	20%
	Ernstig eenzaam	50%	51%	33%	34%	54%
	Zeer ernstig eenzaam	66%	55%	66%	44%	58%
<b>Emotionele eenzaamheid</b>	Niet eenzaam	6%	12%	8%	5%	4%
	Ernstig eenzaam	42%	40%	42%	39%	46%
<b>Sociale eenzaamheid</b>	Niet eenzaam	8%	13%	6%	3%	5%
	Ernstig eenzaam	47%	45%	51%	32%	55%

d. Analyse naar vertrouwenspersoon

Het hebben van een vertrouwenspersoon zorgt voor een verlaagd risico op emotionele eenzaamheid: 44% van de ouderen met een vertrouwenspersoon is niet emotioneel eenzaam versus slechts 1 op 3 ouderen zonder vertrouwenspersoon. Het hebben van een vertrouwenspersoon lijkt ook zijn effect niet te missen op het voorkomen van sociale eenzaamheidsgevoelens: 18% van de ouderen zonder vertrouwenspersoon is ernstig sociaal eenzaam, ten opzichte van slechts 5% van de ouderen die wel iemand of meerdere mensen heeft met wie zij iets vertrouwelijk kunnen bespreken of aan wie zij raad kunnen vragen.

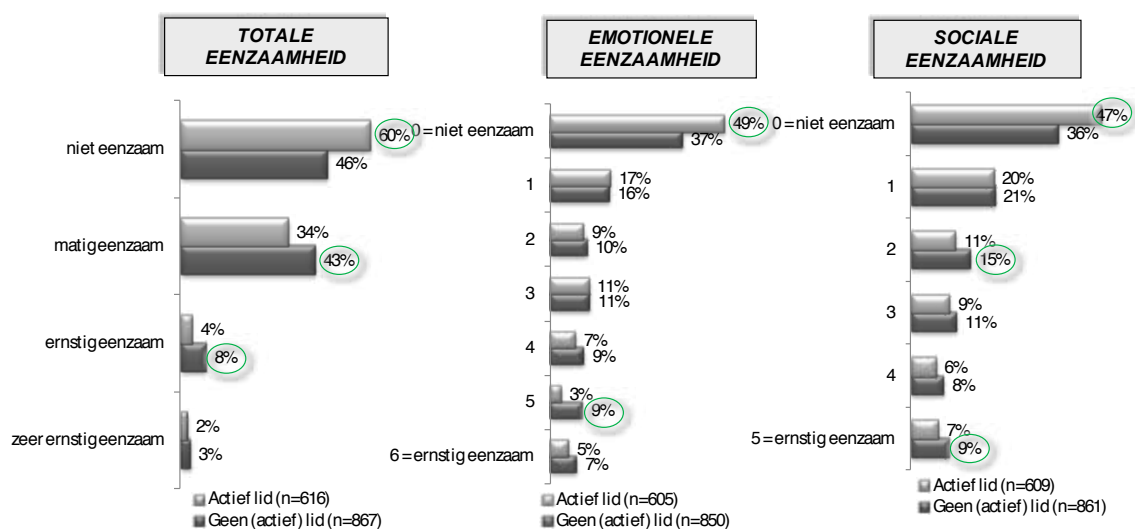
Figuur 76: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar vertrouwenspersoon (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



e. Analyse naar actief lidmaatschap verenigingsleven

Ouderen die actief deelnemen aan het verenigingsleven, zijn significant minder eenzaam. Meer dan de helft van de ouderen die geen (actief) lid zijn van een vereniging, zijn minstens matig eenzaam; dit is 'slechts' het geval voor 4 op 10 ouderen die wel actief deelnemen aan het verenigingsleven.

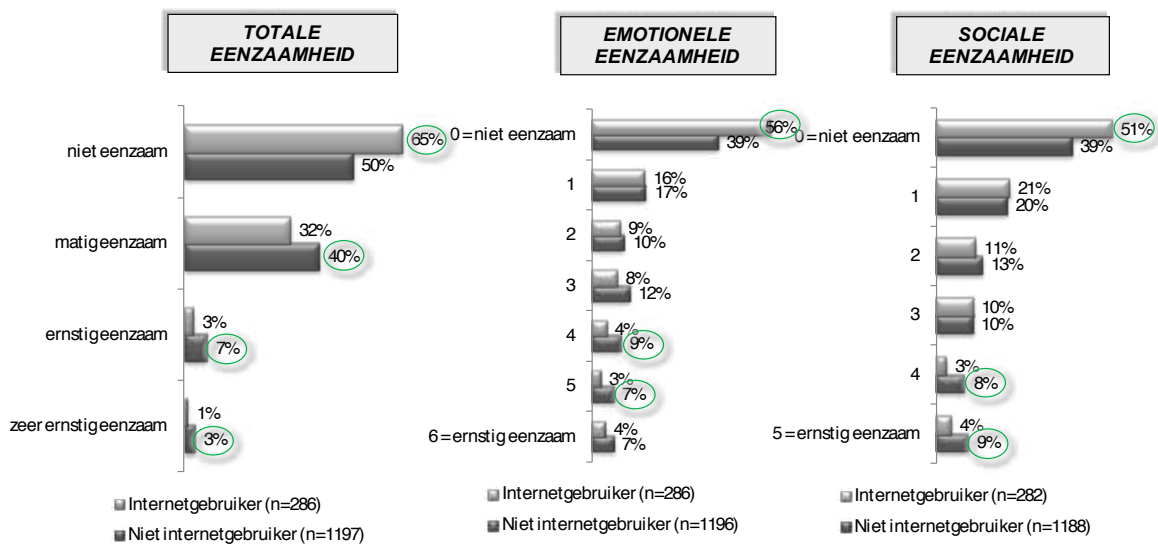
Figuur 77: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar (actief) lidmaatschap verenigingsleven (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



f. Analyse naar internetgebruik

Meer dan tweederde van de ouderen die internet gebruiken om te communiceren, zijn niet eenzaam. Eenzaamheid doet zich significant meer voor bij niet-internetgebruikers: deze ouderen hebben in 1 op 2 gevallen last van eenzaamheidsgevoelens. De verschillen tussen internetgebruikers en niet-internetgebruikers spelen zowel op het vlak van emotionele eenzaamheid als op het vlak van sociale eenzaamheid.

Figuur 78: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar internetgebruik (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)

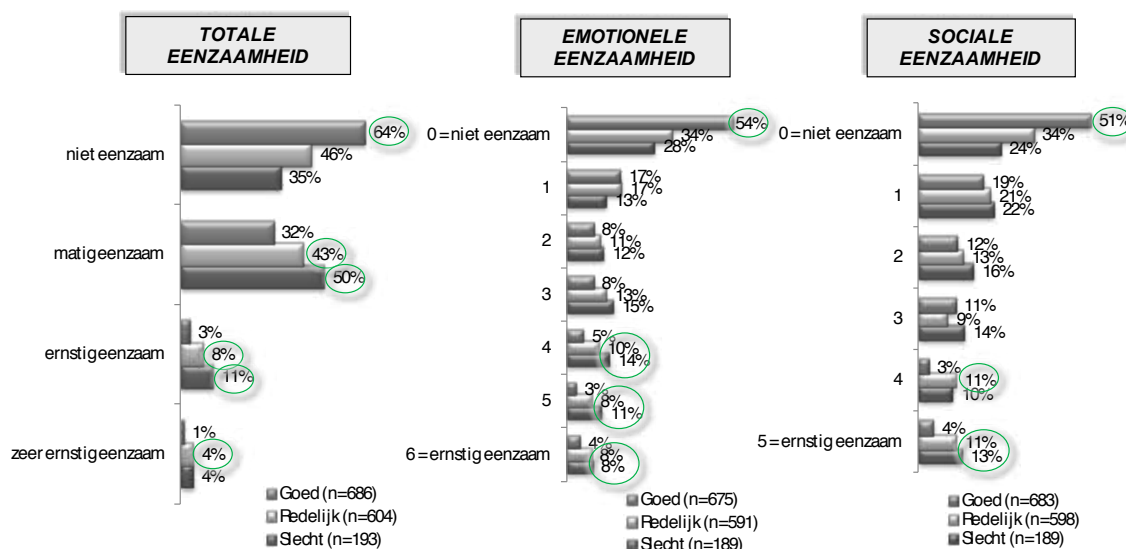


### 3.2.3 Samenhang met gezondheidssituatie

#### a. Analyse naar subjectieve en objectieve gezondheidstoestand

Eenzaamheid speelt ouderen in redelijke of slechte gezondheid significant meer parten dan ouderen die van zichzelf zeggen in goede gezondheid te verkeren. Deze verschillen stellen we zowel vast voor wat betreft emotionele eenzaamheid als voor wat betreft sociale eenzaamheid.

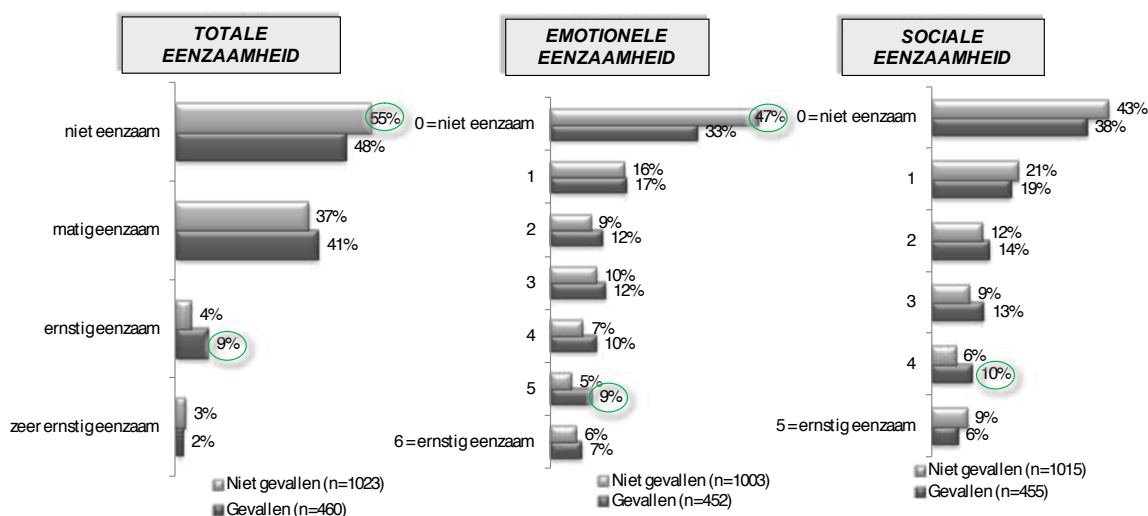
*Figuur 79: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar subjectieve gezondheid (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



*b. Analyse naar mobiliteit en valfrequentie*

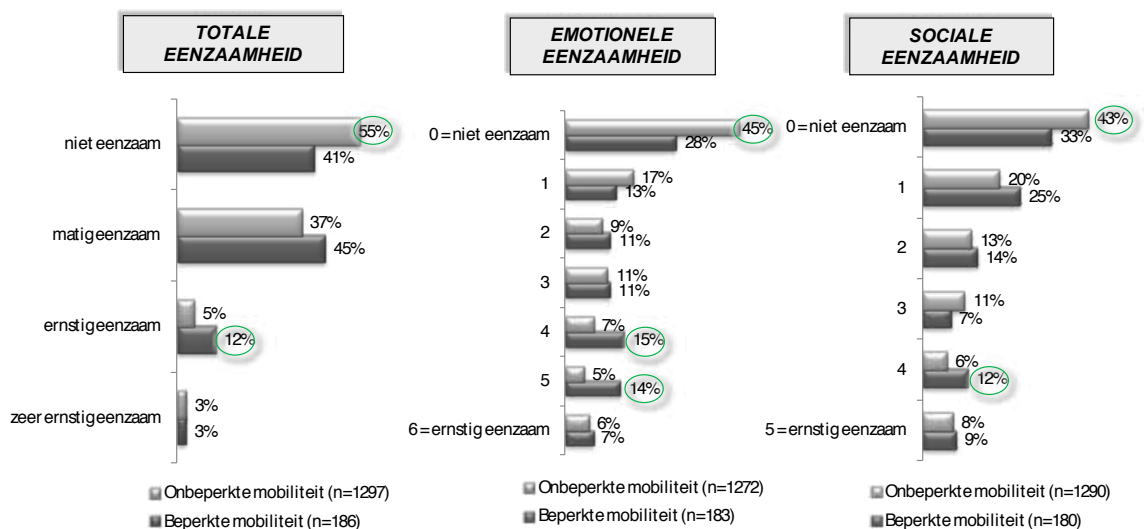
Ouderen die het afgelopen jaar gevallen zijn, zijn significant meer eenzaam. Het gaat dan vooral om emotionele eenzaamheid.

*Figuur 80: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar valfrequentie (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



Ouderen die in hun verplaatsingen beperkt zijn tot de woning of de kamer, zijn vaker eenzaam, zowel emotioneel als sociaal eenzaam.

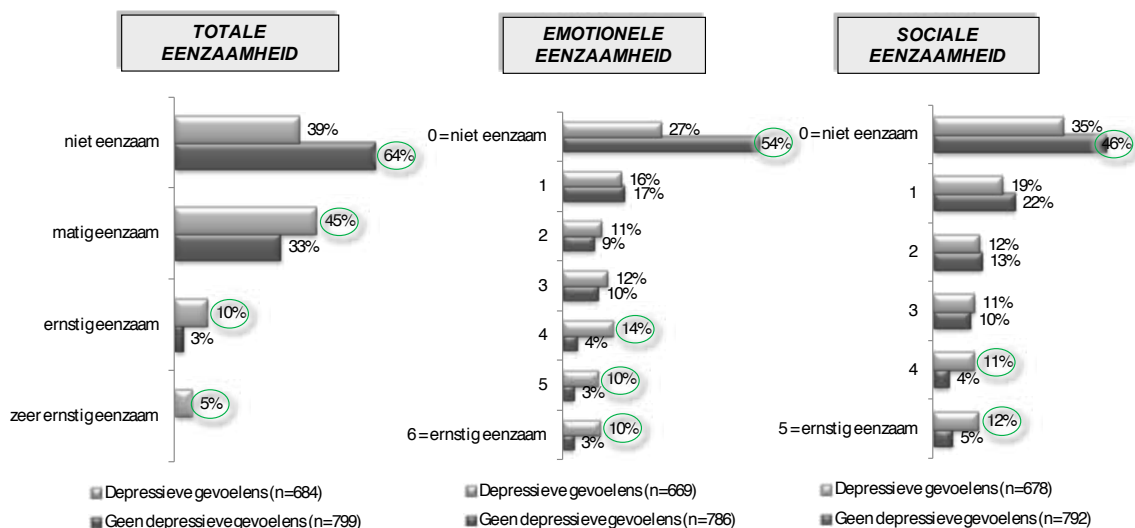
*Figuur 81: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar mobiliteit (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



c. Analyse naar depressieve gevoelens

Ouderen met depressieve gevoelens ervaren in 6 op 10 gevallen eenzaamheidsgevoelens, waaronder 15% (zeer) ernstige eenzaamheidsgevoelens. De enquêteresultaten tonen aan dat ouderen zonder depressieve gevoelens minder vaak eenzaam zijn. Ouderen met depressieve gevoelens zijn voornamelijk vaker emotioneel eenzaam: slechts een kwart onder hen is niet emotioneel eenzaam, terwijl meer dan de helft van de ouderen zonder depressieve gevoelens niet emotioneel eenzaam is.

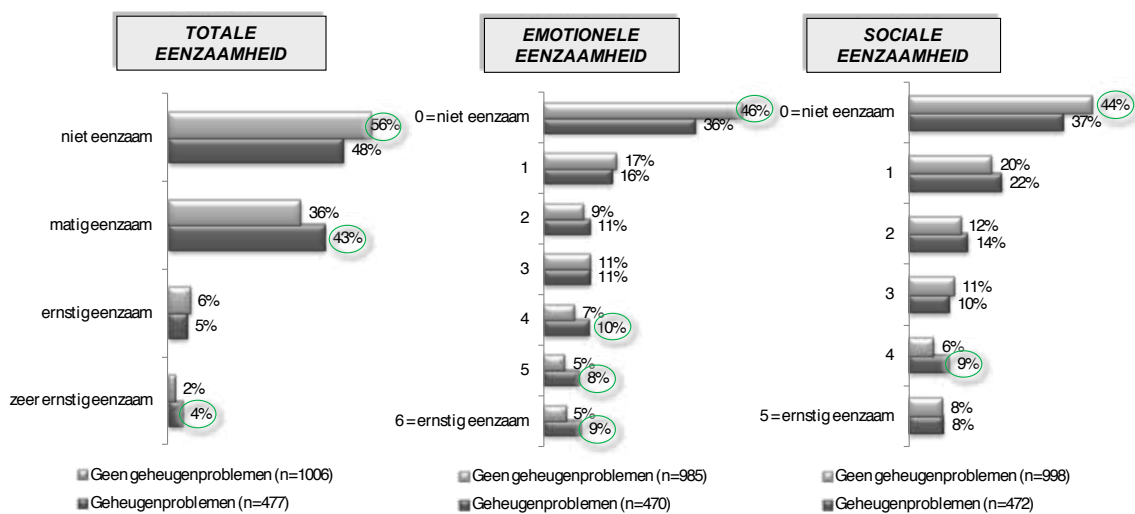
*Figuur 82: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar depressieve gevoelens (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



d. Analyse naar ernstige geheugenproblemen

Met ernstige geheugenproblemen kampen heeft invloed op het ervaren van eenzaamheidsgevoelens, zowel emotionele eenzaamheidsgevoelens als sociale eenzaamheidsgevoelens.

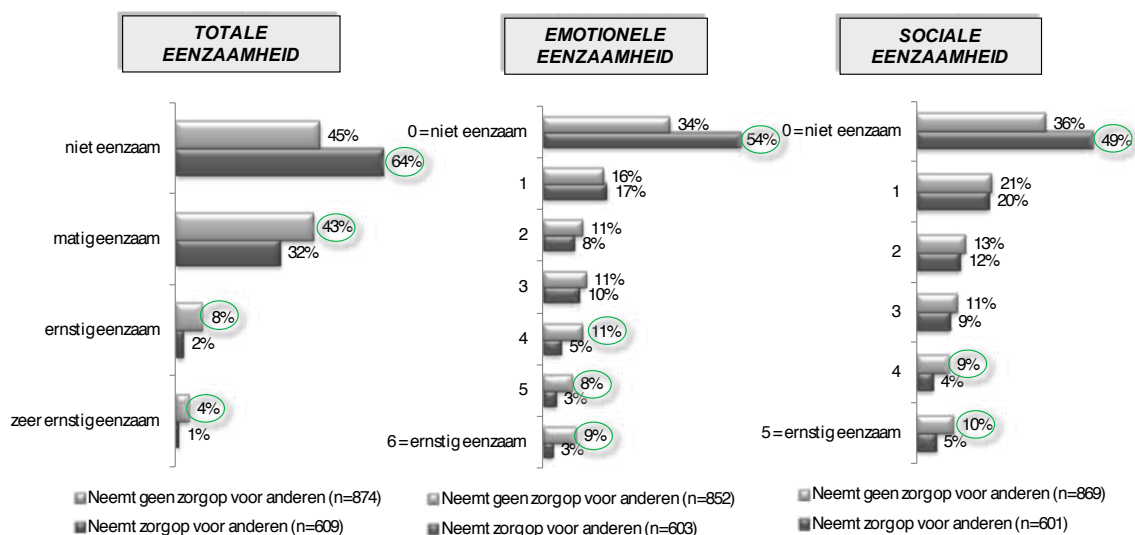
*Figuur 83: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar geheugenproblemen (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



e. Analyse naar opnemen zorg voor anderen

Ten opzichte van 12% ernstig eenzame ouderen die geen zorg opnemen voor anderen, staan slechts 3% ernstig eenzame ouderen die wel zorg opnemen voor anderen. Het opnemen van zorg voor anderen zorgt er (mede) voor dat de oudere zich zowel minder emotioneel eenzaam voelt als minder social eenzaam.

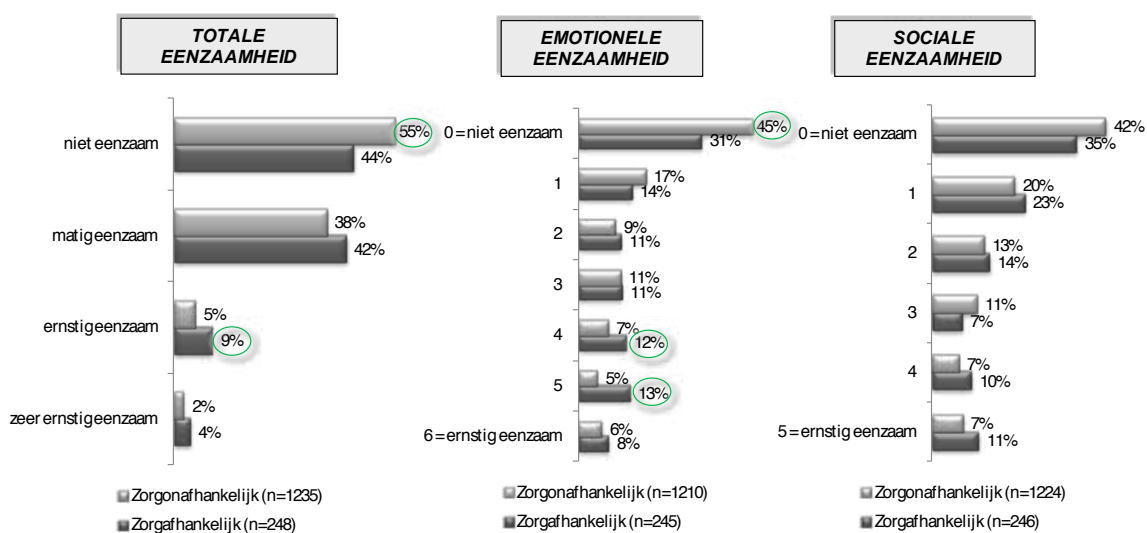
*Figuur 84: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar opnemen zorg voor anderen (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



f. Analyse naar zorgafhankelijkheid

Zorgafhankelijke ouderen ervaren significante meer eenzaamheidsgevoelens dan zorgonafhankelijke ouderen; de zorgafhankelijkheid laat met name haar invloed vooral gelden op het vlak van de emotionele eenzaamheid.

Figuur 85: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar zorgafhankelijkheid (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



### 3.3 Verband tussen directe en indirecte bevraging

Op basis van de directe bevraging is 39% van de ouderen in België eenzaam. Op basis van de indirecte bevraging is 47% eenzaam. Verschillende onderzoeken vinden een sterke correlatie tussen een directe en indirecte manier bevraging van eenzaamheid (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2011; Heylen, 2011; de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999).

Tabel 14 toont de samenhang in dit onderzoek. Van de ouderen die zelf verklaren zich nooit eenzaam te voelen, wordt 7 op 10 ook als niet eenzaam beschouwd volgens de indirecte vraagstelling. Van de ouderen die zelf aangeven zich nooit eenzaam te voelen, is circa een kwart toch matig eenzaam. Deze cijfers wijzen op een onderschatting van de eenzaamheidsgevoelens aan de hand van de directe vraagstelling. Van de ouderen die zichzelf soms eenzaam vinden, is 12% sterk tot zeer sterk eenzaam. Anderzijds geldt echter ook dat een kwart onder hen eigenlijk niet eenzaam is volgens de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld. Van de ouderen die zich dikwijls eenzaam verklaren is de helft ook volgens de gevalideerde eenzaamheidsschaal sterk tot zeer sterk eenzaam maar de andere helft is dat niet.

Deze kruistabel bevestigt dat ouderen hun eenzaamheid niet altijd toegeven. Schaamtegevoelens kunnen er voor zorgen dat eenzaamheid verborgen blijft.

Tabel 14: Samenhang tussen directe vraagstelling en de indirecte vraagstelling o.b.v. de eenzaamheidsschaal de Jong Gierveld (Basis: totale steekproef)

Eenzaamheid (direct) N Kolom% Rij%	Totale eenzaamheid, de Jong Gierveld (indirect)				
		Niet eenzaam	Matig eenzaam	Ernstig eenzaam	Zeer ernstig eenzaam
	n (gewogen)	790	568	86	39
<b>Dikwijls eenzaam</b>	<b>132</b>	<b>11</b>	<b>52</b>	<b>33</b>	<b>31</b>
	9%	1%	9%	38%	81%
	100%	9%	40%	25%	24%
<b>Soms eenzaam</b>	<b>456</b>	<b>117</b>	<b>279</b>	<b>45</b>	<b>7</b>
	30%	15%	49%	52%	19%
	100%	26%	61%	10%	2%
<b>Nooit eenzaam</b>	<b>919</b>	<b>663</b>	<b>238</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
	61%	84%	42%	10%	
	100%	72%	26%	1%	

#### 4. Typologie van sociale contacten

Alleen zijn is niet noodzakelijk hetzelfde als zich alleen voelen. Je kan eenzaam zijn, ook al heb je veel sociale contacten. Omgekeerd voelen ouderen zich niet noodzakelijk alleen, ook al hebben ze weinig sociale contacten. Tabel 15 beschrijft een typologie van de sociale contacten, op basis van twee dimensies. Enerzijds delen we de ouderen in op basis van hun gevoelens van eenzaamheid. Ouderen met een score kleiner dan of gelijk aan 2 op de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld voelen zich eenzaam. Anderzijds kijken we naar de omvang van het sociaal netwerk van de oudere. De omvang van het netwerk werd in deze typologie geoperationaliseerd aan de hand van de vraag 'Hoeveel personen staan u zo dichtbij dat u op hen kunt rekenen indien u met zware problemen geconfronteerd wordt?'. Ouderen die op meer dan 5 anderen kunnen rekenen, hebben een 'groot' sociaal netwerk.

Tabel 15: Typologie van sociale contacten bij ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: totale steekproef uitgesloten zij die op meer dan 1 item van de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld niet antwoordden)

Kwaliteit sociaal netwerk	Omvang sociaal netwerk	
	Groot	Klein
Voelt zich niet eenzaam	SOCIAAL WEERBAREN 45%	CONTACTARMEN 9%
Voelt zich wel eenzaam	EENZAMEN 23%	SOCIAAL GEÏSOLEERDEN 23%

45% van de ouderen kan worden omschreven als *sociaal weerbaar*. Zij kunnen terugvallen op een omvangrijk sociaal netwerk en zij voelen zich niet eenzaam. Daartegenover staan haast 1 op 4 ouderen in een situatie van *sociaal isolement*: Zij hebben een klein sociaal netwerk en voelen zich eenzaam. Het is niet noodzakelijk zo dat een klein sociaal netwerk tot eenzaamheidsgevoelens hoeft te leiden. 9% van de ouderen heeft een klein netwerk om op terug te vallen, maar voelt zich niet eenzaam. Zij laten zich het best omschrijven als de *contactarmen*. Anderzijds kunnen we 23% van de ouderen beschouwen als *eenzamen*. Zij hebben dan wel een groot netwerk om op terug te vallen maar zij voelen zich toch eenzaam. Initiatieven die enkel vertrekken van de omvang van het sociaal netwerk, bereiken dus niet noodzakelijk de meest eenzamen. Dat is dan ook de belangrijkste meerwaarde van deze typologie.

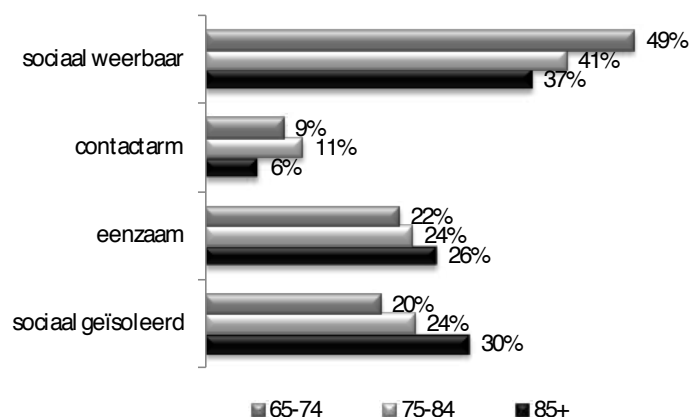
##### 4.1 Samenhang met socio-demografische kenmerken

###### a. Analyse naar leeftijd en geslacht

De tendens om isolement met ouderdom te associëren is minstens gedeeltelijk gegrond. Deze enquête bevestigt dat de oudste ouderen vaker getroffen worden door dit fenomeen (30% van de 85-plussers zijn sociaal geïsoleerd ten opzichte van 20% van de 65-74 jarigen). De jongste ouderen zijn dan weer de

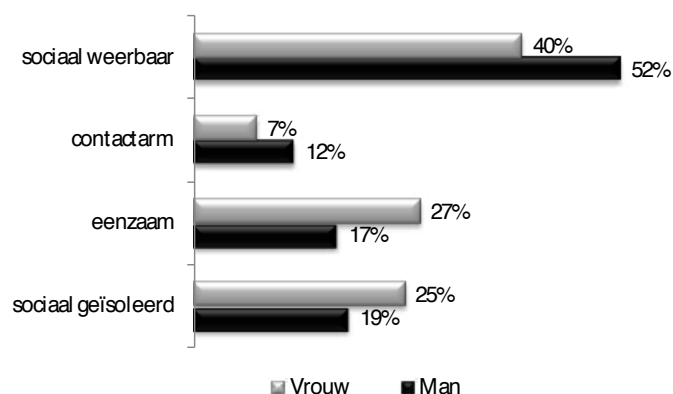
meest sociaal weerbare onder de ouderen (49% van de 65-74 jarigen is sociaal weerbaar ten opzichte van 37% van de 85-plussers).

*Figuur 86: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar leeftijd en geslacht (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



Vrouwen zijn vaker sociaal geïsoleerd dan mannen (25% vs. 19%). Zij zijn tevens significant vaker 'eenzaam': ondanks een groot netwerk voelen vrouwen zich vaker toch eenzaam dan mannen (27% versus 17%). 52% van de oudere mannen zijn sociaal weerbaar, terwijl slechts 40% van de oudere vrouwen dat zijn.

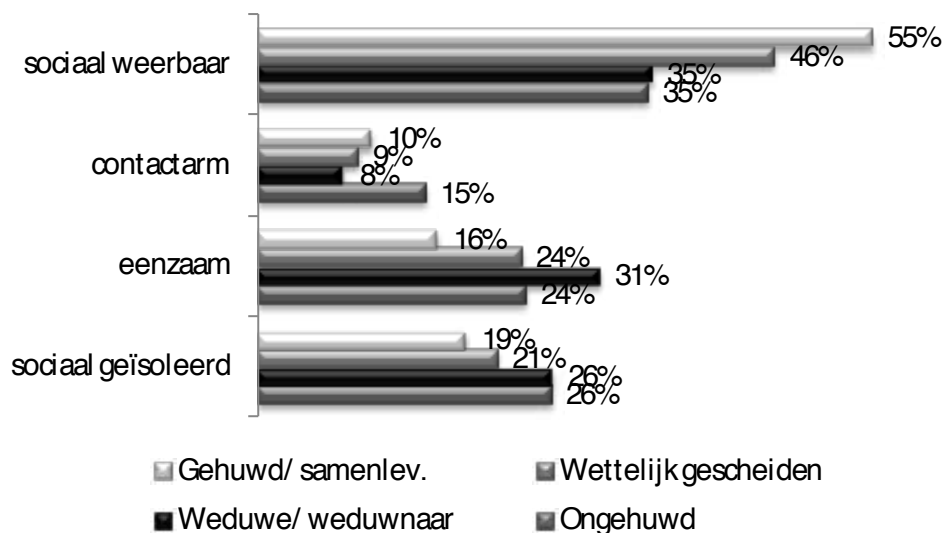
*Figuur 87: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar geslacht (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



#### b. Analyse naar burgerlijke staat

Het risico op sociaal isolement en eenzaamheid is nauw verbonden met de burgerlijke staat van de oudere. Gehuwde ouderen zijn het meest sociaal weerbaar; verweduwden en ongehuwden het minst (55% versus 35%). Verweduwden zijn dubbel zo vaak eenzaam dan al dan niet gehuwde koppels (31% versus 16%). Zij bevinden zich significant vaker in een situatie van sociaal isolement (26% versus 19%).

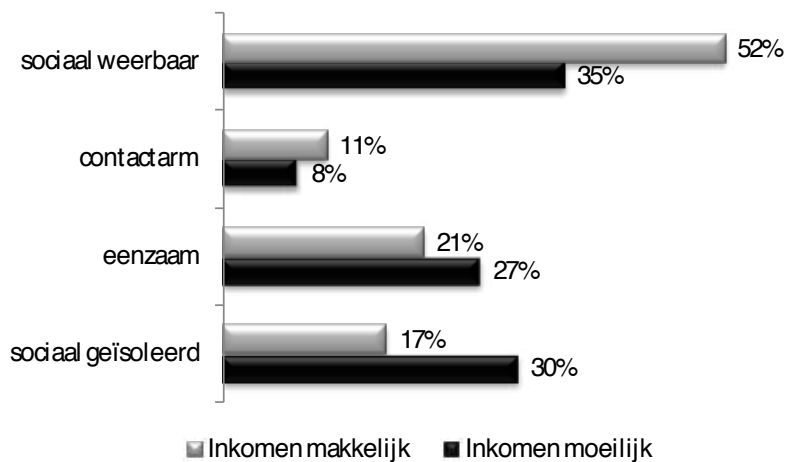
*Figuur 88: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar burgerlijke staat (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



c. Analyse naar inkomen

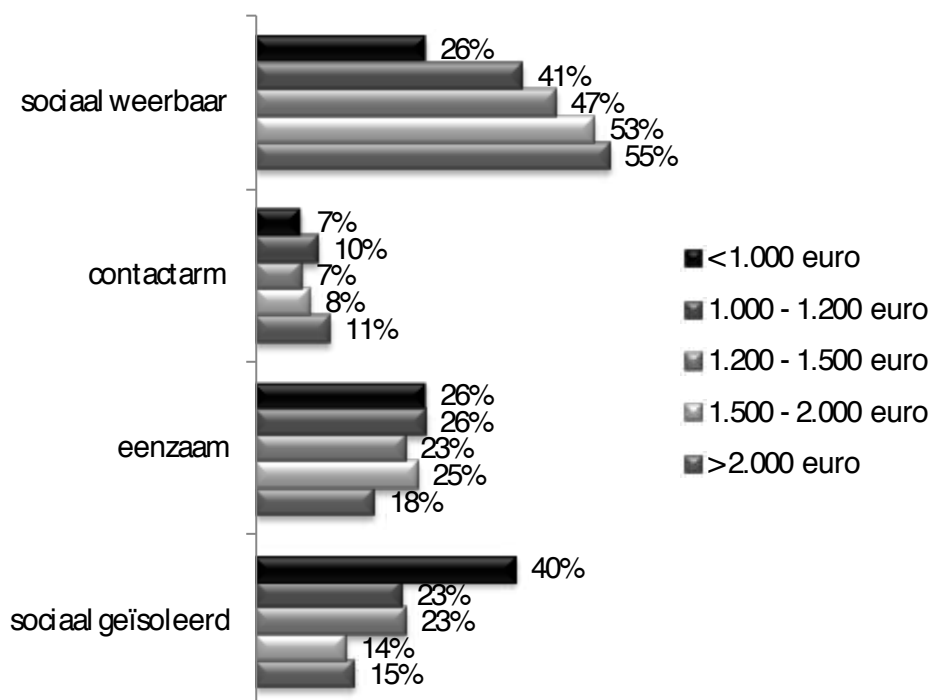
Meer dan de helft van de ouderen die de eindjes makkelijk aan elkaar kunnen knopen met het maandelijks inkomen waarover zij beschikken, is sociaal weerbaar ten opzichte van 1 op 3 ouderen die hier moeilijkheden mee ondervinden. Wie moeilijk kan rondkomen, voelt zich significant vaker eenzaam (27% vs. 21%) en verkeert opmerkelijk vaker in een situatie van sociaal isolement (30% vs. 17%).

*Figuur 89: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar subjectieve inkomensevaluatie (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



Uit de resultaten blijkt dat 40% van de ouderen met een inkomen van minder dan 1.000 euro sociaal geïsoleerd is; dit is 25 procentpunten verschil met de ouderen die een inkomen ter beschikking hebben van meer dan 2.000 euro (15%). Ouderen met de meeste financiële middelen zijn vaker sociaal weerbaar (55% met inkomen hoger dan 2.000 euro, versus 26% met inkomen kleiner dan 1.000 euro).

*Figuur 90: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar inkomen (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden; n=1488)*

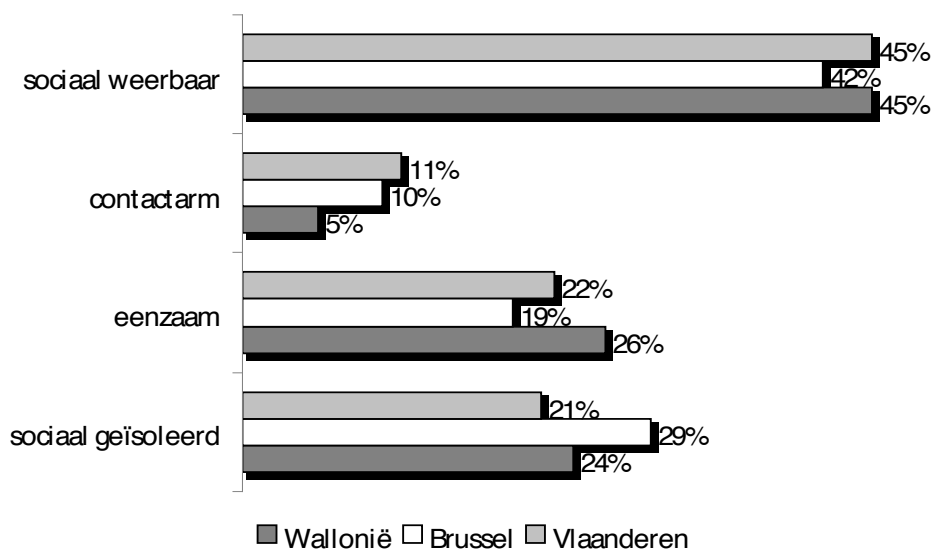


#### d. Analyse naar regio

Het fenomeen sociaal isolement is het omvangrijkst in Brussel: 29% van de oudere Brusselaars is sociaal geïsoleerd, zij hebben een klein sociaal netwerk om op terug te vallen en voelen zich daarbij eenzaam.

In Vlaanderen vinden we significant meer contactarme ouderen terug in vergelijking met Wallonië: 11% van de Vlaamse ouderen voelt zich niet eenzaam desondanks het kleine sociale netwerk waarop zij kunnen terugvallen; in Wallonië is deze groep ouderen de helft zo groot (5%).

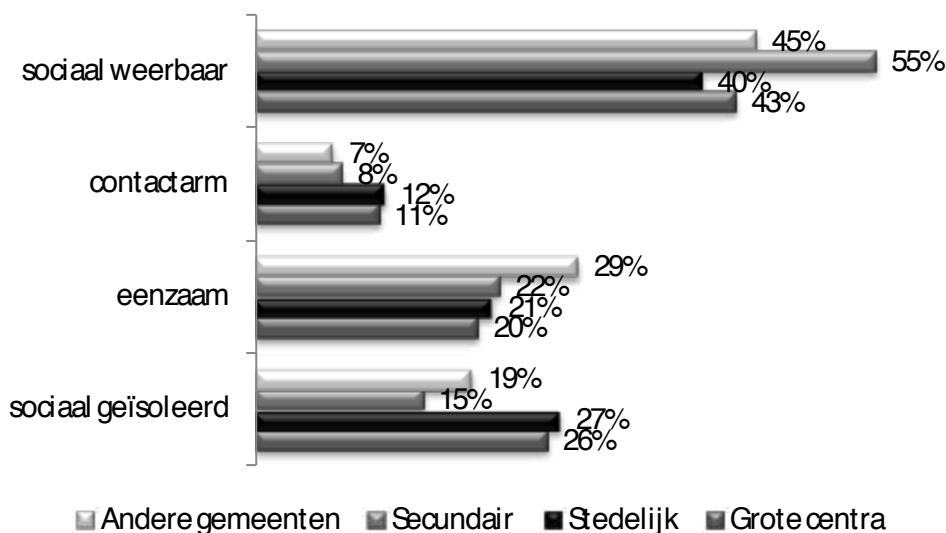
*Figuur 91: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar regio (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



e. Analyse naar habitat

Een kwart van de ouderen in grote centra en stedelijk gebied is sociaal geïsoleerd. In secundair en ruraal gebied treft sociaal isolement minder ouderen (resp. 15% en 19%). In secundair gebied vinden we de grootste groep sociaal weerbare ouderen terug (55%). Op het platteland zijn ouderen significant minder vaak contactarm; oudere plattelandsbewoners voelen zich vaker niet eenzaam bij het hebben van een klein sociaal netwerk. Zij voelen zich daarentegen vaker subjectief eenzaam (29% versus 20% ouderen in grote centra); zij hebben dan wel een groot sociaal netwerk om op terug te vallen, toch voelen zij zich eenzaam.

*Figuur 92: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar habitat (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*

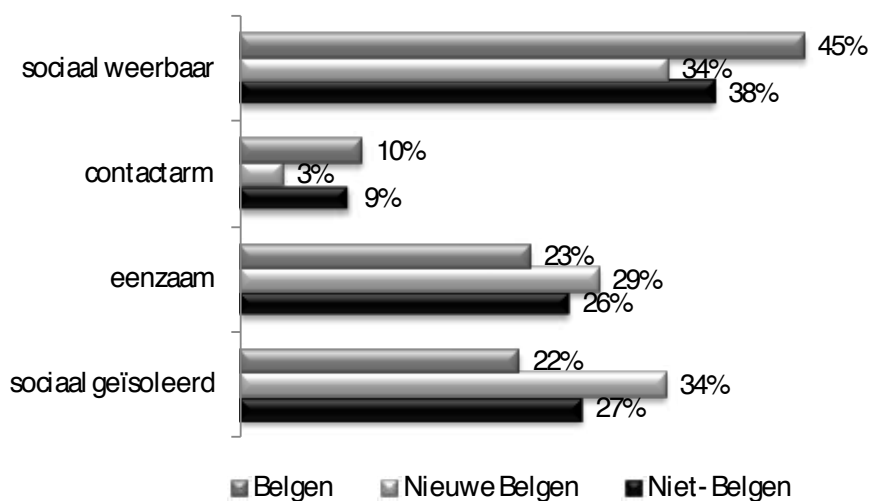


## f. Analyse naar nationaliteit

45% van de Belgen, geboren en getogen in België, zijn sociaal weerbaar. Dit ligt iets hoger dan bij nieuwe Belgen en niet-Belgen. 34% van de nieuwe Belgen en 38% van de niet-Belgen zou sociaal weerbaar zijn.

Voor het fenomeen sociaal isolement vinden we een significant verschil terug voor Belgen en nieuwe Belgen: 34% van de oudere nieuwe Belgen is sociaal geïsoleerd versus 22% van de oudere Belgen.

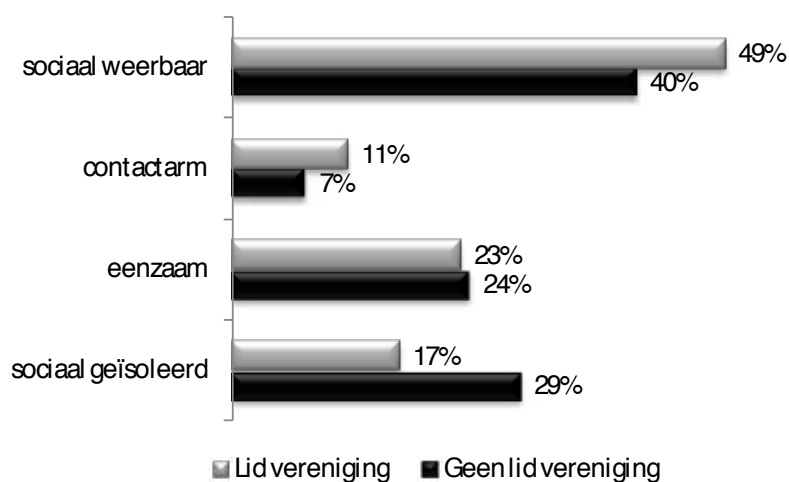
*Figuur 93: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar nationaliteit (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



#### 4.2 Samenhang met maatschappelijke participatie

Ouderen die niet deelnemen aan het verenigingsleven bevinden zich haast dubbel zo vaak in een situatie van sociaal isolement als ouderen die wel lid zijn van een sociale of culturele organisatie (29% vs. 17%). Ouderen die wel lid zijn van een vereniging zijn vaker sociaal weerbaar (49% vs. 40%), maar ook vaker contactarm (11% vs 7%). Zij voelen zich niet eenzaam bij het hebben van een kleiner sociaal netwerk.

*Figuur 94: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar actief lidmaatschap verenigingsleven (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*

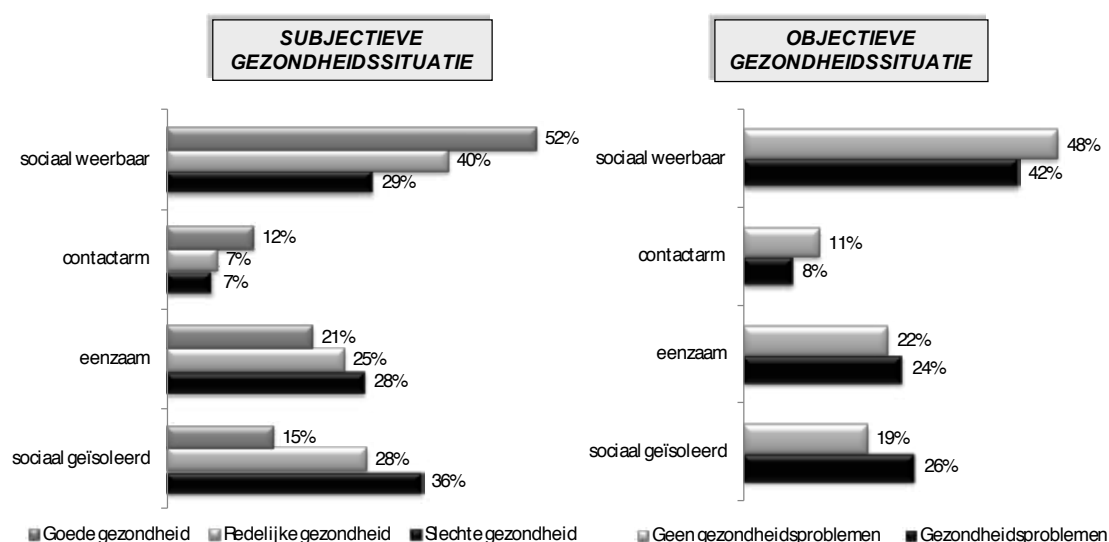


### 4.3 Samenhang met gezondheidssituatie

#### a. Analyse naar subjectieve en objectieve gezondheidstoestand

De (subjectieve) gezondheidstoestand <sup>10</sup> heeft een duidelijke impact op het risico op sociaal isolement. Meer dan een derde van de ouderen met een slechte gezondheid is sociaal geïsoleerd. Bij ouderen met een redelijke gezondheid is dat 28%, bij ouderen met een goede gezondheid 15%. De gezondheidstoestand hangt ook samen met subjectieve eenzaamheid (groot sociaal netwerk hebben maar zich toch eenzaam voelen).

Figuur 95: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar subjectieve en objectieve gezondheidssituatie (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



*Langdurige ziekte en gezondheidsproblemen* – De analyse van de resultaten van de *objectieve* <sup>11</sup> gezondheidstoestand liggen in dezelfde lijn als die van de subjectieve gezondheidssituatie. Sociaal isolement treft ouderen met gezondheidsproblemen significant vaker dan ouderen zonder deze problemen (26% vs. 19%). Ouderen zonder gezondheidsproblemen zijn niet meer of minder eenzaam dan ouderen met deze problemen; zij zijn echter wel vaker contactarm (11% vs. 8%).

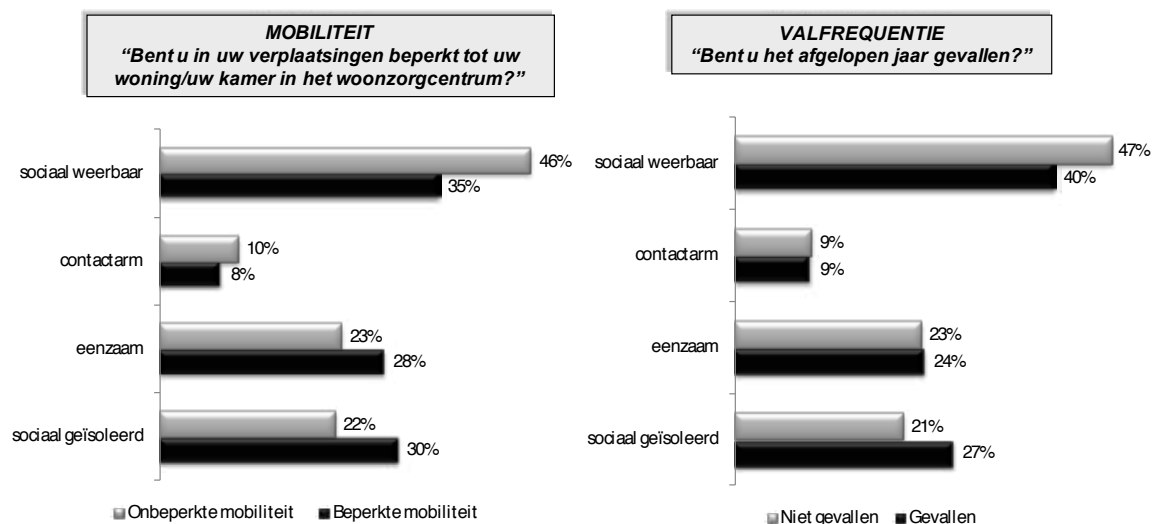
<sup>10</sup> De subjectieve gezondheidssituatie is het algemene oordeel van de oudere over zijn/haar eigen gezondheidssituatie. Deze indicator werd in de vragenlijst door middel van de volgende vraag geoperationaliseerd: 'Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen? Zeer slecht, slecht, redelijk, goed.'

<sup>11</sup> De vraag naar het al dan niet hebben van een langdurige ziekte, aandoening, handicap of gezondheidsprobleem werd aangewend om inzicht te krijgen in de objectieve gezondheidssituatie.

*b. Analyse naar mobiliteit en valfrequentie*

30% van de ouderen die beperkt zijn in hun verplaatsingen, hetzij in het geval van thuiswonende ouderen tot de woning, hetzij in het geval van ouderen in woonzorgcentra tot zijn/haar kamer, is sociaal geïsoleerd (vs. 22% met onbeperkte mobiliteit). Wie beperkt is in zijn/haar mobiliteit heeft een kleinere kans op sociale weerbaarheid (35% vs. 46%). Hetzelfde geldt voor ouderen die recent gevallen zijn: het risico op sociaal isolement is groter (27% vs. 21%) én de kans op sociale weerbaarheid kleiner (40% vs. 47%).

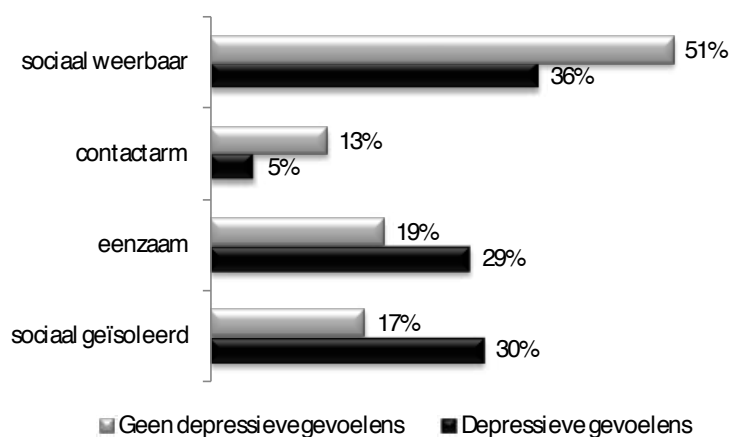
*Figuur 96: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar mobiliteit en valfrequentie (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoorden)*



### c. Analyse naar depressieve gevoelens

30% van de ouderen met minstens een vermoeden van depressieve gevoelens is sociaal geïsoleerd ten opzichte van 17% van de ouderen zonder depressieve gevoelens. Ouderen met depressieve gevoelens voelen zich ook vaker eenzaam (29% vs. 19%). Daartegenover staat dan wel dat ouderen zonder depressieve gevoelens vaker contactarm zijn (13% vs. 5%). Zij voelen zich bij een klein sociaal netwerk niet per se eenzaam.

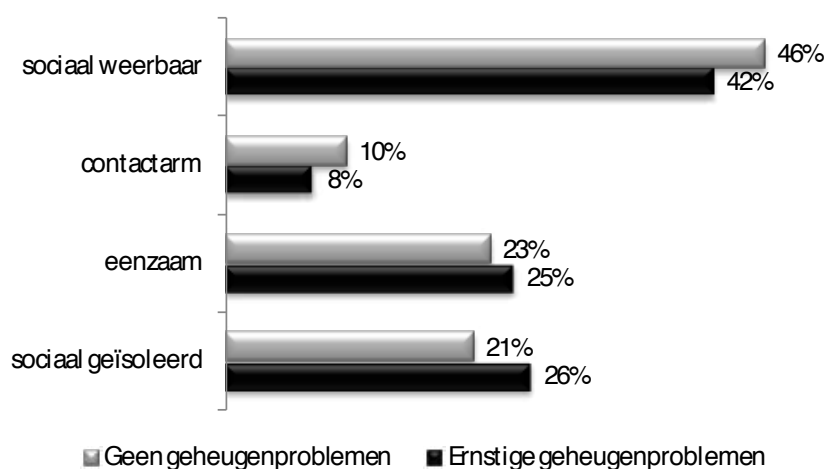
*Figuur 97: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar depressieve gevoelens (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



d. Analyse naar ernstige geheugenproblemen

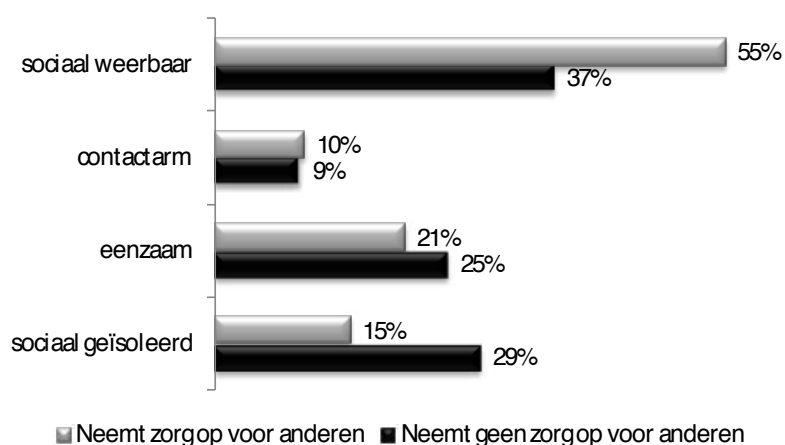
Meer dan één op vier ouderen met ernstige geheugenproblemen is sociaal geïsoleerd (vs. 21% bij ouderen zonder deze problemen).

Figuur 98: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar geheugenproblemen (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)



e. Analyse naar opnemen zorg voor anderen

Figuur 99: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar hulpverlening (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)

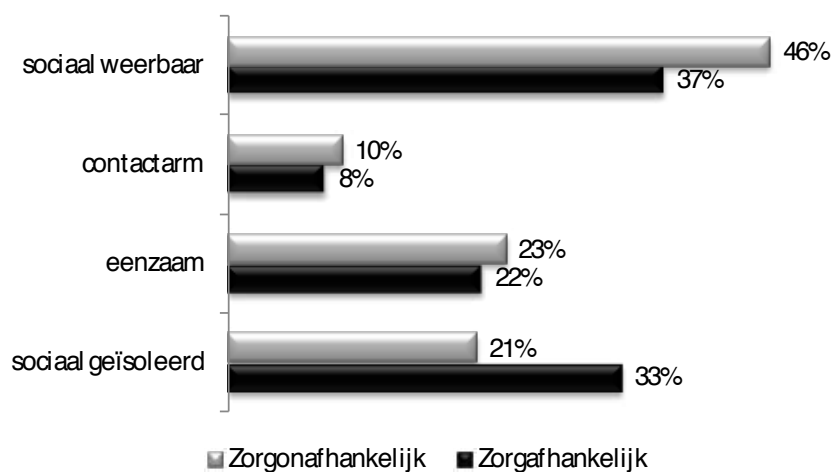


Meer dan de helft van de ouderen die op regelmatige basis vrijwillige, niet-betaalde hulp verlenen aan anderen zijn sociaal weerbaar ten opzichte van 37% ouderen die dit niet doen. Een op drie niet-hulpverleners is sociaal geïsoleerd. Dit is dubbel zo vaak als bij ouderen die wel regelmatig zorg opnemen voor anderen (15%).

*f. Analyse naar zorgafhankelijkheid*

33% van de zorgafhankelijke ouderen zijn sociaal geïsoleerd; dit fenomeen stelt zich vaker bij hen dan bij ouderen die geen hulp nodig hebben (21%) bij dagdagelijkse activiteiten zoals zich wassen, zich aan- en uitkleden, zich binnenshuis verplaatsen, naar het toilet gaan en eten. Daar waar 46% van de zorgonafhankelijke ouderen sociaal weerbaar zijn, zijn 37% zorgafhankelijke ouderen dat.

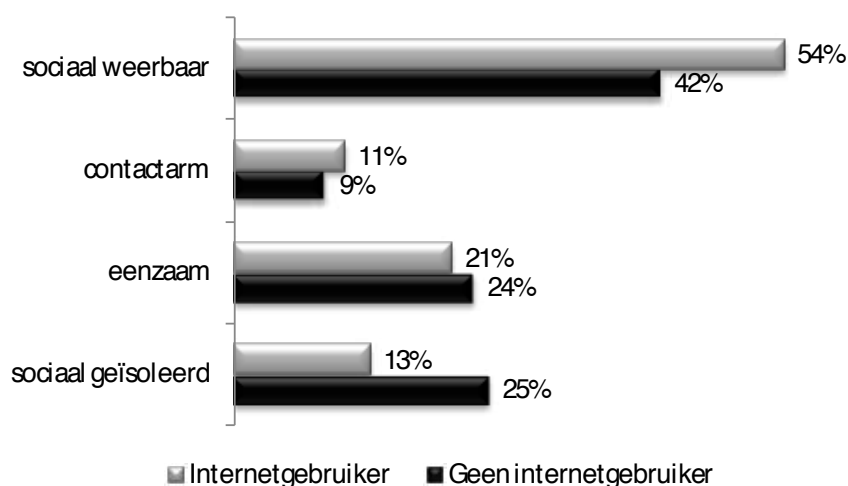
*Figuur 100: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar zorgafhankelijkheid (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



*g. Analyse naar internetgebruik*

Mensen die sociaal geïsoleerd zijn, compenseren dit niet door in sterkere mate terug te vallen op virtueel contact. 88% van de sociaal geïsoleerden gebruikt het internet niet. Van de groep sociaal weerbaren gebruikt driekwart deze communicatievorm niet. Met andere woorden, ten opzichte van 12% sociaal geïsoleerden staan 26% sociaal weerbaren die het internet gebruiken om te communiceren. Sociaal weerbaren gebruiken dus vaker het internet dan sociaal geïsoleerden. Niet-internetgebruikers zijn vaker sociaal geïsoleerd, internetgebruikers zijn vaker sociaal weerbaar. We merken geen verschillen op voor wat betreft de groepen contactarmen en eenzaam in functie van het al dan niet gebruiken van het internet.

*Figuur 101: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar internetgebruik (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoordden)*



## 5. Thuisituatie versus woonzorgcentra

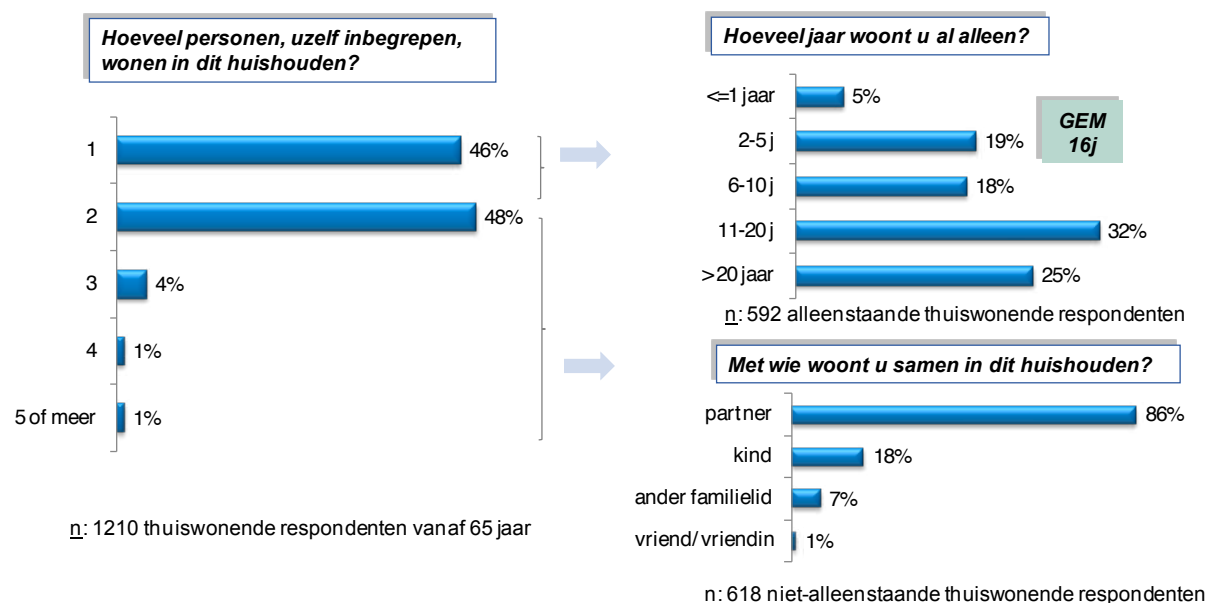
In deze paragraaf vergelijken we de ouderen die thuis wonen met de ouderen die in woonzorgcentra verblijven. Eerst kijken we in welke mate de ouderen hun overstap naar residentiële zorg plannen. Vervolgens vergelijken we het profiel van thuiswonende ouderen en ouderen in woonzorgcentra. Ten slotte kijken we in welke mate het sociaal kapitaal en de eenzaamheidsgevoelens verschillen in beide settings.

### 5.1 Gebrekkige zorgplanning

Voldoende kennis over het bestaande residentiële zorgaanbod en de keuzemogelijkheden is belangrijk, zowel voor ouderen als voor mantelzorgers. "Wat in elk geval dient vermeden te worden, is dat de oudere persoon, totaal onvoorbereid, opeens moet 'geplaatst' worden." (Charlot et al., 2010). Onderzoek toont aan dat een derde van de kwetsbare ouderen in Vlaanderen maar één woonzorgcentrum in de omgeving kent. 12% kent zelf geen enkel woonzorgcentrum. Hoe meer rusthuizen de ouderen kennen, hoe groter de kans dat ze positief staan ten opzichte van een mogelijke overstap naar de residentiële zorg. 54% van de ouderen zou, indien nodig, wel overstappen naar dat rusthuis. Bijna 1 op 3 ouderen zou de overstap niet maken en 15% weet het niet (Vermeulen et al., 2012).

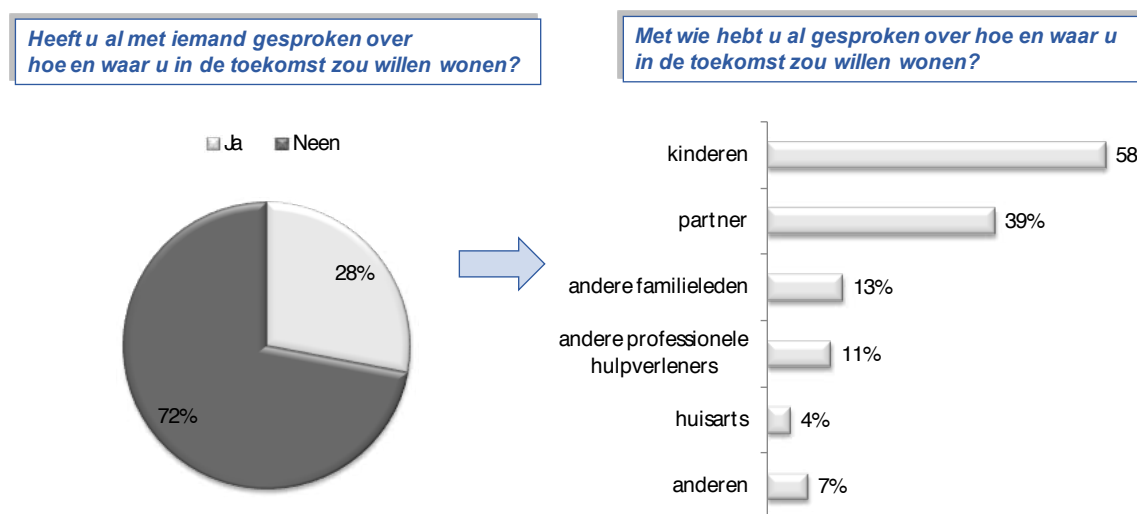
Circa de helft van de thuiswonende ouderen woont alleen en woont gemiddeld al 16 jaar alleen. 5% is pas het afgelopen jaar alleen komen te staan. De andere helft van de ouderen woont ofwel samen met de partner (86%) ofwel met/bij één van de kinderen (18%), 7% woont bij nog een ander familielid, slechts 1% bij een vriend of vriendin.

Figuur 102: Huidige woonsituatie van thuiswonende ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: links – thuiswonende ouderen; rechts boven – alleenstaande thuiswonende ouderen; rechts onder – niet-alleenstaande thuiswonende ouderen)



Minder dan 1 op 3 van de thuiswonende ouderen heeft al met iemand gesproken over hoe hij/zij in de toekomst wenst te wonen. De gesprekspartners zijn voornamelijk familieleden: in de eerste plaats de kinderen gevolgd door de partner. 15% van de ouderen spreekt er een professional over aan: 4% de huisarts en nog eens 11% andere hulpverleners.

*Figuur 103: Woonplanning van thuiswonende ouderen (vanaf 65 jaar) (Basis: links – thuiswonende ouderen; rechts – thuiswonende ouderen die reeds gesprek voerden over de toekomstige woonsituatie)*



*Figuur 104: Woonplanning van ouderen in woonzorgcentra (vanaf 65 jaar) (Basis: links – totale steekproef thuiswonende ouderen; rechts – ouderen in woonzorgcentra die voorafgaandelijk gesprek voerden alvorens te verhuizen)*



De overplaatsing of verhuis naar een woonzorgcentrum is voor 4 op 10 ouderen ongepland. Zes op tien residenten had over zijn/haar verhuis naar het centrum wel vooraf met iemand gesproken.

De belangrijkste gesprekspartners blijven ook hier voornamelijk familieleden: in de eerste plaats de kinderen, gevolgd door andere familieleden en de partner. De stap naar een woonzorgcentrum gebeurt, indien gepland, in de helft van de gevallen na een voorafgaand gesprek met een professional: in 1 op 3 gevallen intervenueert de huisarts, in 16% doen andere hulpverleners dat.

## 5.2 Verschillen in socio-demografisch en zorgprofiel

Alvorens een vergelijking te maken tussen de eenzaamheidsgevoelens van, enerzijds, ouderen die nog zelfstandig thuiswonen en, anderzijds, de ouderen die in woonzorgcentra verblijven, wijzen we graag op het verschillend profiel van beide ouderengroepen zowel wat betreft hun socio-demografische kenmerken als wat betreft de kenmerken die verband houden met hun gezondheidssituatie.

Uit tabel 16 blijkt dat er in woonzorgcentra significant meer oudere ouderen zijn (40% vs. 9% 85-plussers), meer vrouwen (72% vs. 57%), meer verweduwden (66% vs. 39%) en gehuwden (14% vs. 7%) en minder koppels (13% vs. 47%). Op het vlak van inkomen en nationaliteit stellen we geen significante verschillen vast tussen beide ouderengroepen.

Tabel 16: Socio-demografisch profiel van thuiswonende ouderen en ouderen in woonzorgcentra (vanaf 65 jaar)

	<b>Thuiswonenden</b>		<b>Woonzorgcentra</b>	
		<b>(n=1210)</b>		<b>(n=297)</b>
<b>LEEFTIJD</b>	65-74 jarigen	52%		20%
	75-84 jarigen	38%		40%
	85+	9%		40%
<b>GESLACHT</b>	Man	43%		28%
	Vrouw	57%		72%
<b>REGIO</b>	Vlaanderen	61%		55%
	Brussel	8%		10%
	Wallonië	31%		36%
<b>BURGERLIJKE STAAT</b>	Ongehuwd	7%		14%
	Gehuwd/Samenl.contract	47%		13%
	Wettelijk gescheiden	7%		8%
	Weduwe/weduwenaar	39%		66%
<b>INKOMEN</b>	< 1000 €	10%		9%
	1000 – 1200 €	21%		21%
	1200 – 1500 €	17%		17%
	1500 – 2000 €	17%		13%
	> 2000 €	15%		11%
<b>NATIONALITEIT</b>	Belgen	93%		92%
	Nieuwe Belgen	3%		4%
	Niet-Belgen	4%		3%

Tabel 17: Zorgprofiel van thuiswonende ouderen en ouderen in woonzorgcentra (vanaf 65 jaar)

		<u>Thuiswonenden</u> (n=1210)	<u>Woonzorgcentra</u> (n=297)
OBJECTIEVE GEZONDHEIDSITUATIE	Geen gezondheidsproblemen	52%	28%
	Gezondheidsproblemen	48%	72%
SUBJECTIEVE GEZONDHEIDSITUATIE	Goed	49%	37%
	Redelijk	40%	48%
	Slecht	11%	15%
MOBILITEIT	Onbeperkte mobiliteit	88%	89%
	Beperkte mobiliteit	12%	11%
VALFREQUENTIE	Niet gevallen	72%	59%
	Gevallen	28%	41%
DEPRESSIEVE GEOELENIS	Geen depressieve gevoelens	57%	62%
	(Vermoeden) depressieve gevoelens	43%	38%
ERNSTIGE GEHEUGEN- PROBLEMEN	Geen geheugenproblemen	69%	64%
	Geheugenproblemen	31%	36%
OPNEMEN ZORG VOOR ANDEREN	Nemen zorg op voor anderen	44%	67%
	Nemen geen zorg op voor anderen	56%	33%
ZORGAFHANKELIJK- HEID	Zorgonafhankelijk	89%	55%
	Zorgafhankelijk	19%	45%

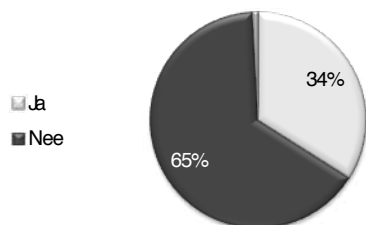
De vergelijking tussen de thuiswonende ouderen en de ouderen in woonzorgcentra toont verder aan dat de ouderen in woonzorgcentra enkel significant meer gezondheidsproblemen hebben (72% vs. 48%), vaker zorgafhankelijk zijn (45% vs. 19%) en in het afgelopen jaar vaker het slachtoffer werden van een val (41% vs. 28%). Ouderen in woonzorgcentra hebben niet meer of minder depressieve gevoelens dan thuiswonende ouderen. Zij hebben ook niet meer of minder geheugenproblemen dan de zelfstandig thuiswonende ouderen. Ouderen die de vragen niet konden begrijpen, werden niet geïnterviewd.

### 5.3 Huisdieren in woonzorgcentra

Eén op drie ouderen heeft een huisdier. In slechts 15% van de woonzorgcentra uit onze steekproef zijn huisdieren toegelaten. Mochten huisdieren wel toegelaten zijn in woonzorgcentra, dan zou 1 op 3 residenten daarvoor kiezen. De enquêteresultaten tonen aan dat 66% van de ouderen met een huisdier zich nooit eenzaam voelt, terwijl slechts 59% van de ouderen zonder huisdier nooit eenzaamheidsgevoelens ervaart. Ouderen met een huisdier blijken ook minder vaak gezelligheid om zich heen te missen (28% vs. 35%). Ouderen zonder huisdier zijn vaker contactarm (3% vs. 1%).

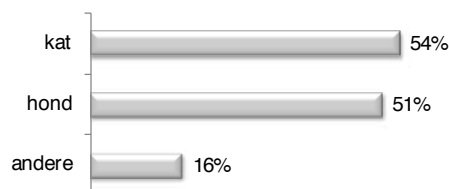
*Figuur 105: Bezit van huisdieren bij ouderen (vanaf 65 jaar) en verlangen naar huisdieren bij ouderen in woonzorgcentra waar huisdieren niet toegelaten zijn (Basis: links boven – totale steekproef; rechts boven – respondenten met huisdier; links onder – respondenten in woonzorgcentra; rechts onder – respondenten in woonzorgcentra waar huisdieren verboden zijn)*

**Hebt u een huisdier?**



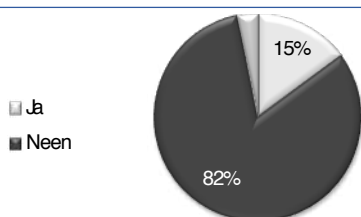
n: 1507 respondenten vanaf 65 jaar

**Welk huisdier hebt u?**



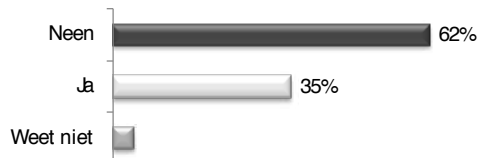
n: 413 respondenten met huisdier

**Zijn huisdieren toegelaten in dit woonzorgcentrum?**



n: 288 respondenten vanaf 65 jaar in WZC

**Mochten huisdieren wel toegelaten zijn in het centrum, zou u dan een huisdier nemen?**



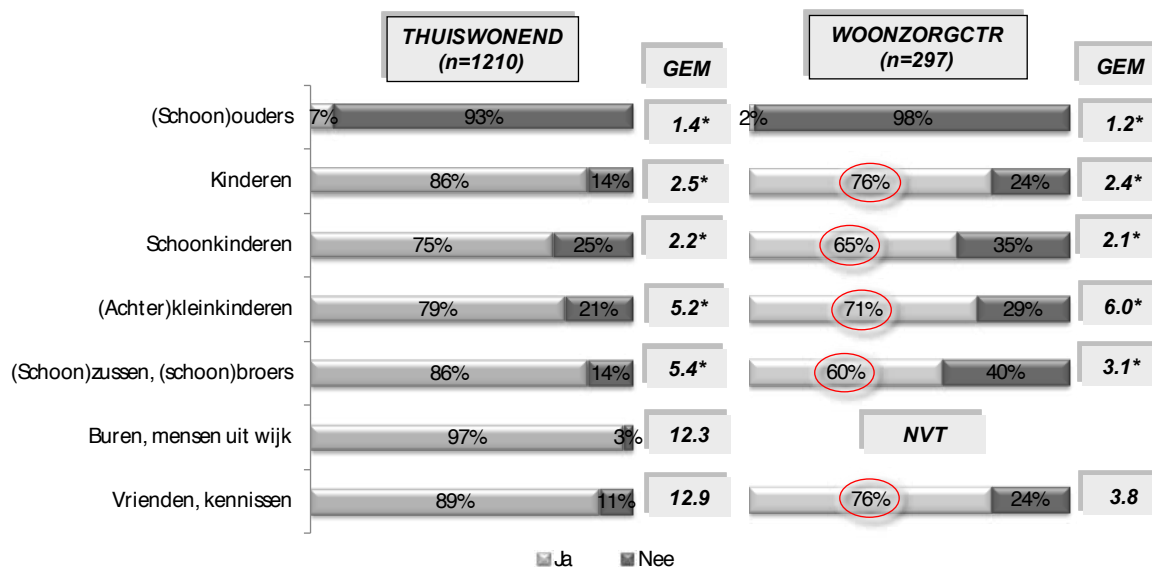
n: 243 ouderen in WZC waar huisdieren verboden zijn

## 5.4 Verschillen op het vlak van sociaal kapitaal

### 5.4.1 Omvang sociaal netwerk

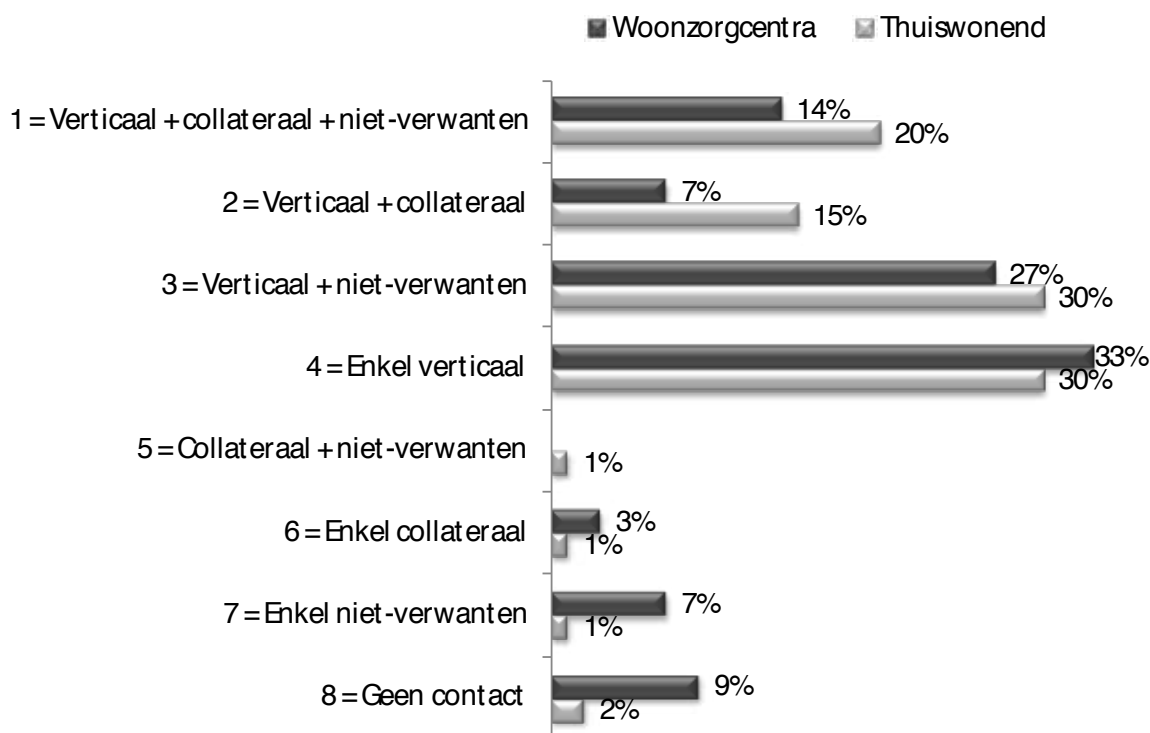
Ouderen in woonzorgcentra hebben minder vaak kinderen dan thuiswonende ouderen. Zij kijken in alle opzichten aan tegen een minder omvangrijk sociaal netwerk.

*Figuur 106: Aan-of afwezigheid van referentiecategorieën in het sociaal netwerk van ouderen (65 jaar en ouder) aangevuld met de gemiddelde omvang van de referentiecategorie, in functie van woonsituatie (thuiswonend of verblijvend in een woonzorgcentrum) (Basis: totale steekproef)*



## 5.4.2 Contactfrequentie

*Figuur 107: Relatiepatronen van ouderen (65 jaar en ouder) in functie van de woonsituatie (thuiswonend of verblijvend in een woonzorgcentrum) (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*

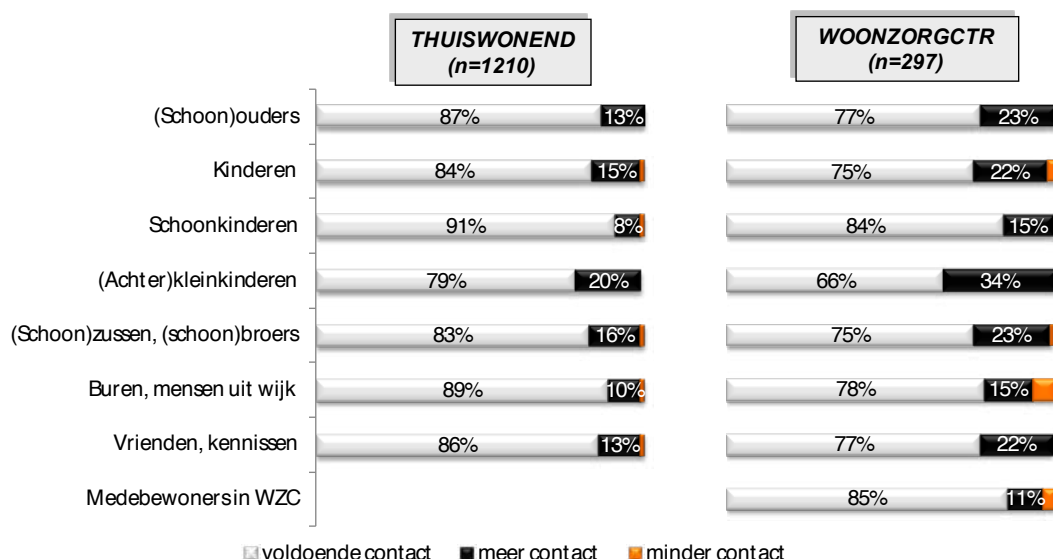


We stellen geen significante verschillen vast tussen thuiswonende ouderen, en ouderen in woonzorgcentra voor wat betreft de relatiepatronen.

70% van de ouderen in woonzorgcentra neemt dagelijks een maaltijd samen met de medebewoners; een kwart doet dit nooit. In alle woonzorgcentra worden er activiteiten georganiseerd voor de bewoners. Een kwart neemt echter slechts enkele keren per jaar deel; 17% neemt nooit deel aan de activiteiten. Meer dan de helft van de bewoners neemt minstens wekelijks deel aan de activiteiten die worden georganiseerd, 1 op 5 neemt zelfs dagelijks deel.

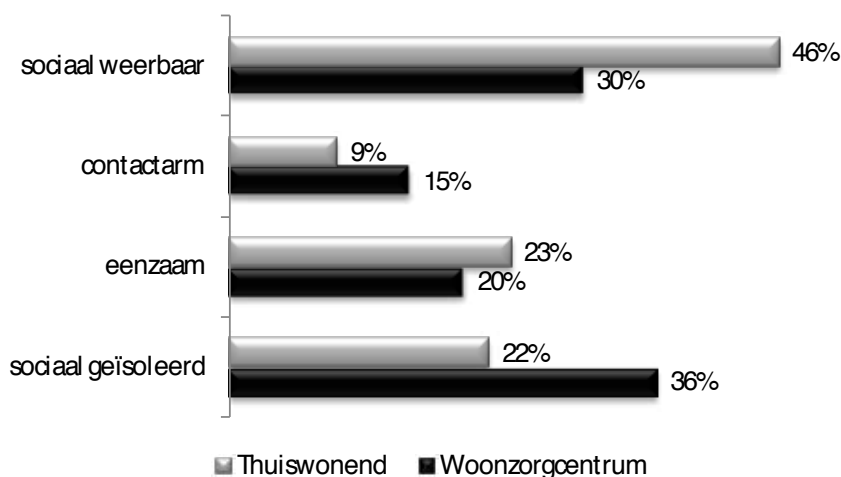
In het algemeen wensen ouderen in woonzorgcentra met iedereen meer contact. De wens naar meer contact is bij hun het grootst bij de (achter)kleinkinderen, net zoals bij de thuiswonende ouderen. Alleen wenst 34% van de ouderen in woonzorgcentra meer contact met hun versus 20% bij thuiswonende ouderen. Meer dan 1 op 10 ouderen in woonzorgcentra wenst meer contact met de medebewoners.

*Figuur 108: Cognitieve contactbeleving van ouderen (65 jaar en ouder) in functie van de woonsituatie (thuiswonend of verblijvend in een woonzorgcentrum) (Basis: respondenten die onderstaande familieleden of niet-verwanten hebben/kennen)*



Thuiswonende ouderen en ouderen in woonzorgcentra worden even vaak geconfronteerd met subjectieve eenzaamheid. Sociaal isolement daarentegen treedt wel vaker op bij ouderen in woonzorgcentra, alsook het gevoel zich niet per se eenzaam te voelen bij een kleiner sociaal netwerk. Ten opzichte van 46% sociaal weerbare thuiswonende ouderen staan 30% sociaal weerbare ouderen in woonzorgcentra.

*Figuur 109: Typologie van sociaal isolement van ouderen (65 jaar en ouder) naar woonsituatie, thuiswonende ouderen en ouderen in woonzorgcentra (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoorden)*

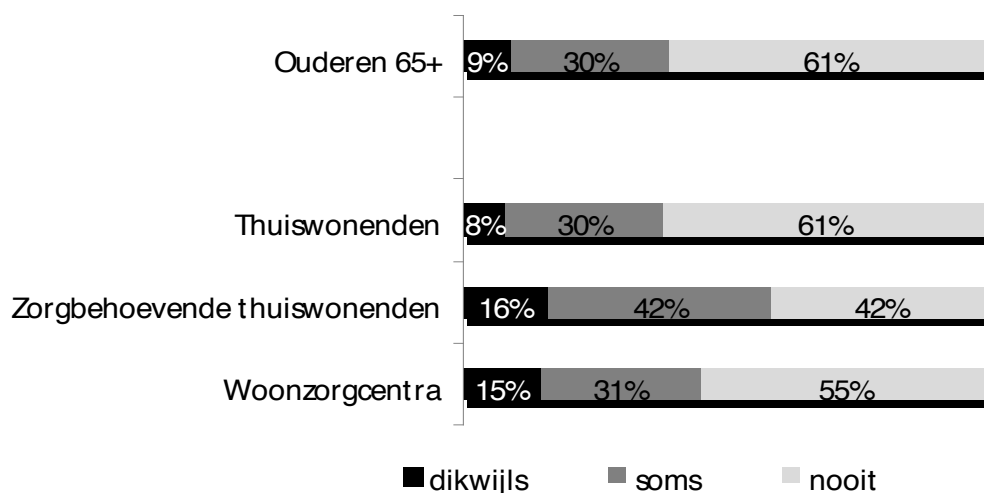


### 5.5 Meer eenzaamheid bij ouderen in woonzorgcentra ?

De socio-demografische kenmerken en de gezondheidssituatie verschillen tussen thuiswonende ouderen en ouderen die verblijven in een woonzorgcentrum. In de analyse hebben we daarom binnen de groep van thuiswonende ouderen een subgroep zorgbehoevende thuiswonende ouderen afgebakend. Het gaat om ouderen die zorgafhankelijk <sup>12</sup> zijn en/of ernstige geheugenproblemen hebben. Zo kunnen we nagaan of zorgbehoevende, thuiswonende ouderen even vaak eenzaam zijn als ouderen in woonzorgcentra.

Wanneer we de resultaten bekijken in figuur 110, dan leren we dat zorgbehoevende ouderen het vaakst eenzaamheidsgevoelens ervaren. Ouderen in woonzorgcentra zijn, in vergelijking met zorgbehoevende thuiswonende ouderen, minder vaak eenzaam: meer dan de helft van de ouderen in woonzorgcentra zeggen nooit eenzaam te zijn, dit is slechts in 4 op 10 van de gevallen zo voor zorgbehoevende thuiswonenden, en in 6 op 10 gevallen voor thuiswonende ouderen.

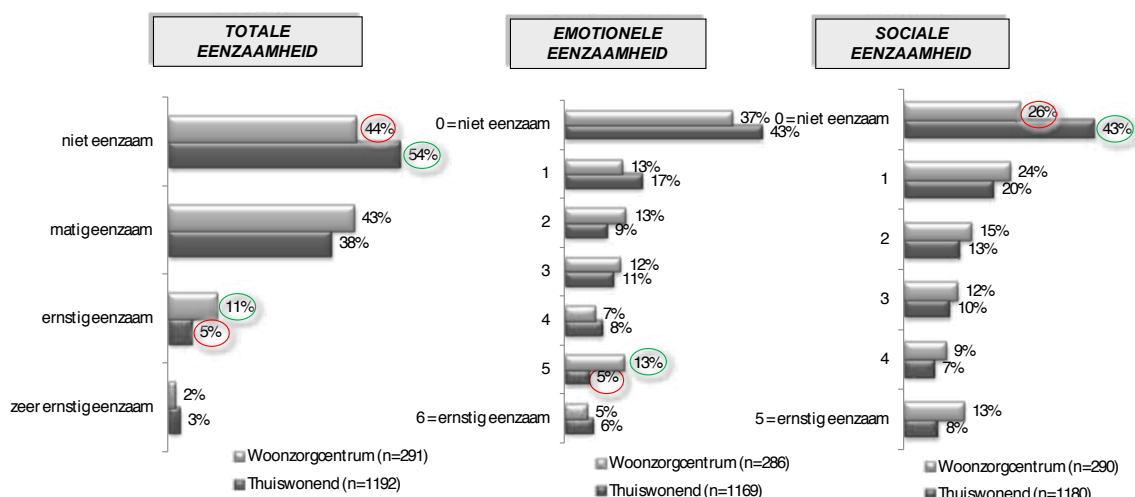
*Figuur 110: Eenzaamheidsgevoelens bij ouderen (vanaf 65 jaar) naar woonsituatie ((zorgbehoevende) thuiswonenden en ouderen in woonzorgcentra) (Basis: totale steekproef)*



In vergelijking met thuiswonende ouderen, voelen ouderen in woonzorgcentra zich vaker eenzaam. 1 op 10 ouderen in woonzorgcentra is ernstig eenzaam; bij thuiswonende ouderen is dat voor de helft zo vaak het geval. In woonzorgcentra zijn ouderen zowel vaker emotioneel als sociaal eenzaam, maar het verschil is het grootst voor de dimensie van sociale eenzaamheid.

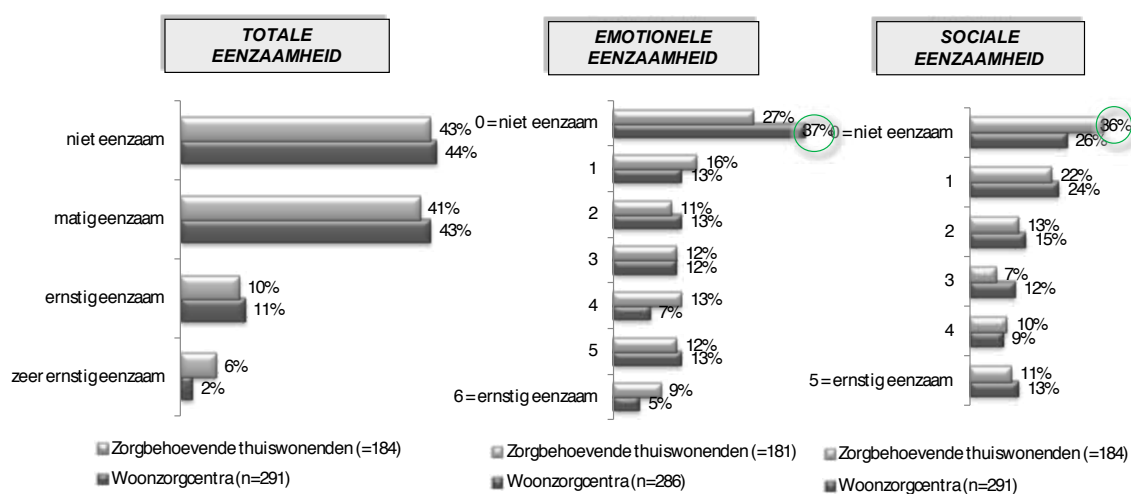
<sup>12</sup> Dit wil zeggen dat zij voor minstens 2 van de 5 dagdagelijkse activiteiten afhankelijk zijn van hulp van anderen.

*Figuur 111: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) in functie van de woonsituatie (thuiswonend of verblijvend in een woonzorgcentrum) (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoorden)*



Ouderen in woonzorgcentra zijn daarentegen niet minder of meer eenzaam dan zorgbehoevende thuiswonende ouderen. Zorgbehoevende, thuiswonende ouderen zijn wel vaker emotioneel eenzaam, terwijl ouderen in woonzorgcentra vaker sociaal eenzaam zijn.

*Figuur 112: Totale, emotionele en sociale eenzaamheid bij ouderen (vanaf 65 jaar) in functie van de woonsituatie (zorgbehoevend thuiswonend of verblijvend in een woonzorgcentrum) (Basis: totale steekproef uitgezonderd zij die op meer dan 1 item van de schaal niet antwoorden)*





## HOOFDSTUK 4 EENZAAMHEID IN PERSPECTIEF

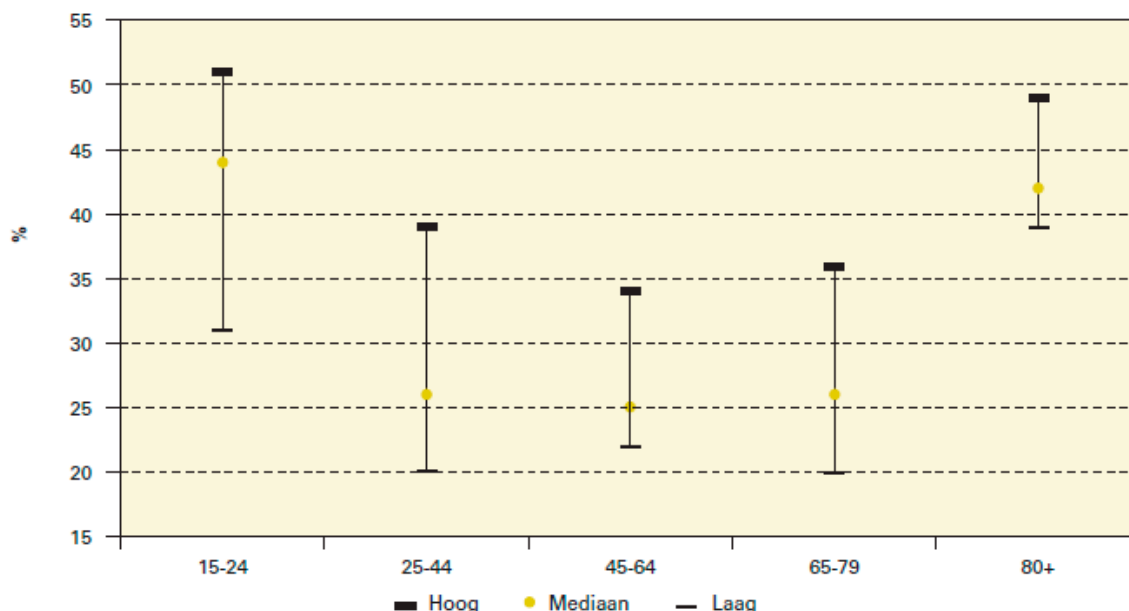
Dit onderzoek brengt de problematiek van eenzaamheid en sociaal isolement in kaart. In dit hoofdstuk vergelijken we deze resultaten met andere onderzoeken om ze beter te kunnen begrijpen. Ten eerste bespreken we de stereotypering van eenzaamheid bij ouderen. Hoe zinvol is het om eenzaamheid te begrijpen in functie van de leeftijd? Ten tweede bekijken we de evolutie van de sociale contacten van ouderen. Zijn de contactnetwerken van ouderen veranderd? Ten derde kijken we naar de evolutie van eenzaamheid in België. Zijn ouderen anno 2011 eenzamer dan vroeger? Ten vierde bespreken we het verschil tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Hoe komt het dat ouderen in Vlaanderen zich minder vaak eenzaam voelen? Ten vijfde gaan we dieper in op de problematiek van eenzaamheid in woonzorgcentra. Ten slotte positioneren we België binnen Europa. Is eenzaamheid een probleem voor Belgische ouderen, of voor alle ouderen in Europa?

### **1. Stereotypering van eenzaamheid bij ouderen**

Ouderen worden makkelijker als eenzaam gestereotypeerd dan jongeren (Victor et al., 2009; 2002). Negatieve leeftijdsstereotypen rondom eenzaamheid zijn voor ouderen schadelijk omdat deze geïnternaliseerd worden. Dit heeft op latere leeftijd bio-psycho sociale gevolgen, want ouderen die negatieve leeftijdsstereotypen internaliseren, beoordelen hun eigen gezondheid als minder goed, doen minder aan gezondheidspreventie, herstellen minder snel van ziekte en leven ook minder lang (Meisner, 2011).

Dykstra onderzocht hoe eenzaamheidsgevoelens verschillen naar leeftijd. Hiervoor werden de resultaten van een 40-tal studies over elkaar gelegd (de Jong Gierveld 1998; Perlman & Peplau 1984; Pinquart & Sörensen 2001). Figuur 113 toont het aandeel dat zich 'vaak' eenzaam voelt per leeftijdscategorie. *"Tussen de 20 à 30% van de volwassenen en jonge ouderen is matig of ernstig eenzaam."* (Dykstra, 2009). Bij de oudste ouderen loopt dit op tot 40 à 50%. Bij 80-plussers komt eenzaamheid dus veel vaker voor (Vanden Boer & Pauwels, 2005). Het longitudinale onderzoek LASA, waarin Nederlandse ouderen 7 jaar lang gevolgd werden, toont aan dat eenzaamheid pas vanaf 75-jarige leeftijd sterk toeneemt. Representatieve studies in andere Europese landen bevestigen deze trend (Dykstra et al., 2005).

Figuur 113: Prevalentie van eenzaamheid naar leeftijd. (% dat zich vaak eenzaam voelt)



Bron: Dykstra, 2009

Daarnaast is het opvallend dat eenzaamheid ook vaak voorkomt bij jongeren tussen 15 en 24 jaar. Eenzaamheid is niet enkel en alleen een probleem van de oudste ouderen. Onderzoek naar eenzaamheid richt zich vaker tot ouderen dan tot jongeren, wat dit stereotype kan versterken (Malcolm, 2005). De U-vormige samenhang tussen leeftijd en ouderdom wordt ook in ander onderzoek benadrukt (Luanaigh & Lawlor, 2008; Pinguart & Sprengson, 2003; 2001).

In 2000 is de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld al eens bij een representatieve steekproef afgenomen in het kader van het Panel Survey Belgische Huishoudens. Deze longitudinale studie liep van 1992-2002 en werd uitgevoerd door de Universiteit Antwerpen en de Universiteit van Luik. In dit onderzoek was 45% van de jongeren tussen 17 en 24 jaar eenzaam. Bij de 85-plussers was dat 46%.

Heylen (2011) nuanceert in haar onderzoek door middel van multivariate analyses de stelling dat eenzaamheid vaker voorkomt bij de oudste ouderen. Sociale eenzaamheid wordt bij vrouwen niet bepaald door de leeftijd. Bij mannen zijn de oudste ouderen zelfs gemiddeld minder vaak sociaal eenzaam dan jongere ouderen. *“Ondanks het feit dat de oudste ouderen vaker in een slechte gezondheid verkeren (welk een hoger risico op sociale eenzaamheid betekent), is het niet zo dat deze oudste leeftijdsgroepen zich gemiddeld eenzamer voelen op sociaal vlak. ... Het is niet zo dat de oudste ouderen zich, louter omwille van hun leeftijd, minder goed sociaal geïntegreerd voelen noch zijn.”* (Heylen, 2011). Ouderen boven de 80 voelen zich gemiddeld wel vaker emotioneel eenzaam.

Ook in dit onderzoek is eenzaamheid vooral een probleem bij de oudste ouderen. Bij de 85-plussers in België voelt 12% zich dikwijls eenzaam en 38% soms eenzaam. Bij de ouderen tussen 65 en 74 voelt maar 8% zich dikwijls eenzaam en 26% zich soms eenzaam. Het is belangrijk om eenzaamheid te

begrijpen in functie van de risicofactoren voor eenzaamheid, zoals een verslechterende gezondheid of het overlijden van de partner. "So, loneliness does increase with age, but not because of age per se." (de Jong Gierveld & Havens, 2004). De subjectieve beleving en bepaling van de eigen gezondheidstoestand verklaart mee het risico op eenzaamheid (Heylen, 2011). Ouderen die wegens hun gezondheid beperkt zijn in hun mogelijkheden, mogen zich niet buitengesloten voelen.

Voor beleidsmakers en de media is het daarom belangrijk om negatieve leeftijdsstereotypen niet te bevestigen of te versterken. "Evidence has shown that negative age stereotypes are omnipresent, persistent, and rigid, and they outnumber positive age stereotypes" (Meisner, 2011). Heylen (2011) besluit in haar doctoraat rond eenzaamheid bij ouderen dat "een positieve beeldvorming met aandacht voor het voorkomen en tegengaan van eenzaamheid" van cruciaal belang is.

## 2. Evolutie in sociale contacten

Zijn de sociale contacten van ouderen de laatste decennia veranderd? Tabel 18 toont de evolutie van wekelijkse face-to-face contacten van thuiswonende ouderen in Vlaanderen met de verschillende relatiekringen.

Tabel 18: Evolutie relatiepatronen van thuiswonende 65-plussers. Minstens wekelijks face-to-face contact met relatiekringen, in Vlaanderen, 1985-2001-2011 (in %)

	1985	2001	2011
<b>(1) Verticaal + collateraal + niet- verwanten</b>	32	12	13
<b>(2) Verticaal + collateraal</b>	6	7	6
<b>(3) Verticaal + niet- verwanten</b>	28	29	33
<b>(4) Enkel verticaal</b>	11	24	36
<b>(5) Collateraal + niet- verwanten</b>	11	5	1
<b>(6) Enkel collateraal</b>	2	3	1
<b>(7) Enkel niet-verwanten</b>	8	10	4
<b>(8) Geen contact</b>	2	10	6
<i>N (=100%)</i>	1478	1472	325
<i>data</i>	LOVO	LOVO	KBS

*Bron: Heylen & Mortelmans, 2007 voor resultaten uit 1985 en 2001*

Op basis van de gegevens van gegevens uit 1985 en 2001 besloten Heylen en Mortelmans (2007) dat de face-to-face contacten van ouderen afnemen. In 1985 zag 2% niemand gedurende de week, ten opzichte van 10% in 2001. In 2011 ziet 6% van de thuiswonende ouderen in Vlaanderen niemand gedurende de week. De sterke stijging in het aandeel ouderen dat enkel contact heeft met de verticale kring, zet zich verder. In 1985 was dat 11%, in 2001 24% en in 2011 36%. Dit wil zeggen dat een derde van de Vlaamse thuiswonende ouderen enkel contacten onderhoudt met de (schoon)kinderen, (achter) kleinkinderen of ouders. Het contactnetwerk van ouderen wordt dus minder heterogeen. Het aandeel ouderen dat contacten onderhoudt met niet-verwanten is in de resultaten uit 2011 beperkt. Merk op dat

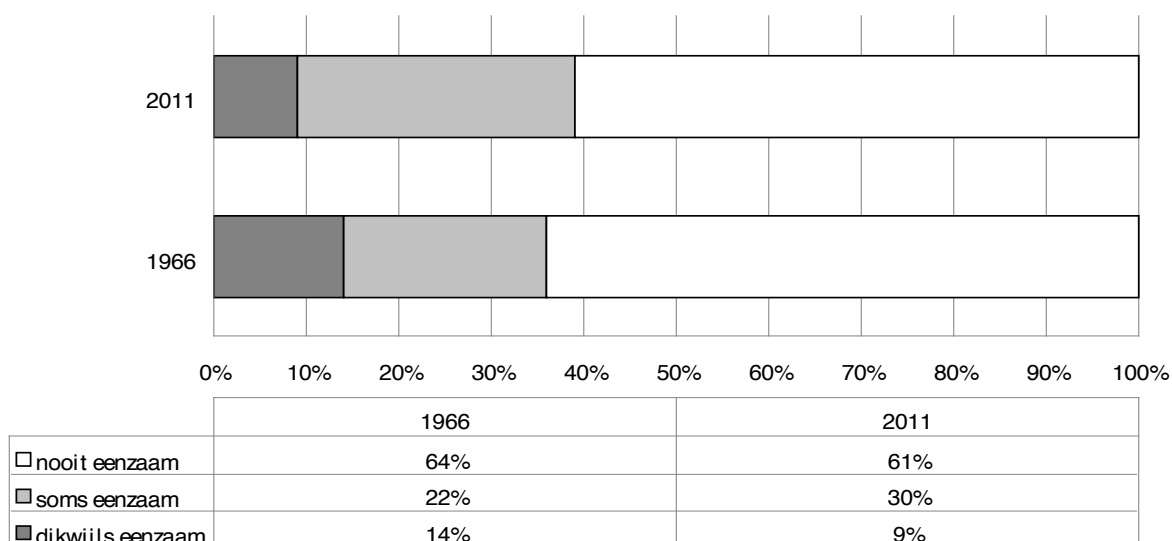
in de vragenlijst uit 2011 de categorieën 'andere familieleden' en 'andere personen' niet zijn opgenomen. Dit verklaart mee de beperkte percentages in relatietypen 5, 6 en 7. Enkel de persoonlijke contacten zijn hierin opgenomen, en de resultaten houden geen rekening met telefonische contacten of contacten via internet.

### 3. Evolutie van eenzaamheid in België

Ondanks de veranderingen in de relatiepatronen is "de vrees tot algemene sociale desintegratie onder de ouderen ongegrond" (Heylen & Mortelmans, 2007). De prevalentie van eenzaamheid is de afgelopen decennia dan ook niet toegenomen. In verschillende Europese landen doen onderzoeksresultaten besluiten dat er vandaag niet meer eenzaamheidsgevoelens zijn dan vroeger. "A consistent pattern emerges with regard to the proportion of people who often (or persistently) feel lonely. Contrary to popular belief, this proportion has not increased over time. Studies show either a decrease or no change over time." (Dykstra, 2009). De ouderen vandaag zijn gezonder, onafhankelijker en actiever dan vroeger. Daarnaast verschuiven de relatiestandaarden en verwachtingen van ouderen ook. Het verwachtingspatroon ten opzichte van sociale contacten verschuift mee.

Om dit historische perspectief te benadrukken, toont figuur 114 de antwoordverdeling uit 1966 en 2011 op de directe eenzaamheidsvraag. Het gaat hier om resultaten van 65-plussers in België, zowel voor thuiswonenden als voor collectief wonende ouderen.

Figuur 114: Evolutie eenzaamheid bij 65-plussers in België, 1966-2011. Indeling op basis van directe, enkelvoudige vraag

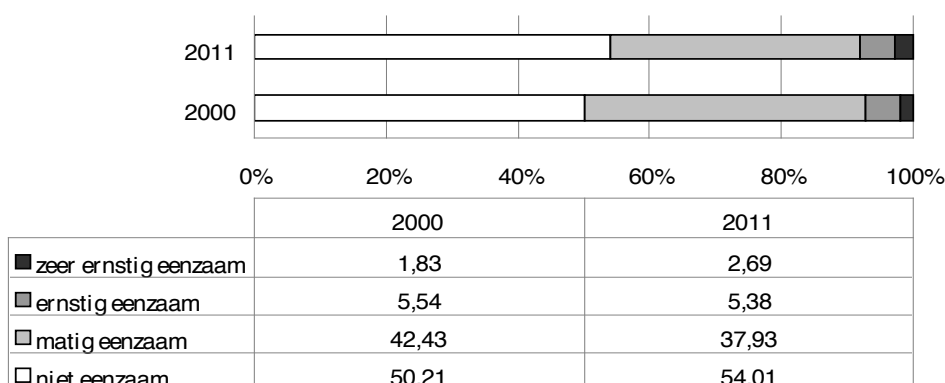


1966: n= 2998, cijfers voor België inclusief 145 collectief gehuisveste 65-plussers  
2011: KBS n= 1507

Een halve eeuw geleden voelden 65-plussers zich vaker dikwijls eenzaam dan vandaag. In 1966 voelde 14% van de 65-plussers zich dikwijls eenzaam. In 2011 is 9% van de ouderen dikwijls eenzaam.

Figuur 115 vergelijkt de verdeling van de eenzaamheidsgevoelens uit de PSBH-studie uit 2000 en deze studie van de Koning Boudewijnstichting uit 2011. Het afgelopen decennium zijn de ouderen in België zich niet eenzamer gaan voelen. In 2000 was de helft van de thuiswonende 65-plussers niet eenzaam. In 2011 is 54% niet eenzaam. Het aandeel matig eenzamen daalt van 42% in 2000 naar 38% in 2011. Het aandeel zeer ernstig eenzamen neemt lichtjes toe van 1,8% in 2000 tot 2,7% in 2011. Tussen beide meetmomenten is er geen statistisch significant verschil, wat wil zeggen dat de problematiek van eenzaamheid niet is toegenomen of afgenomen.

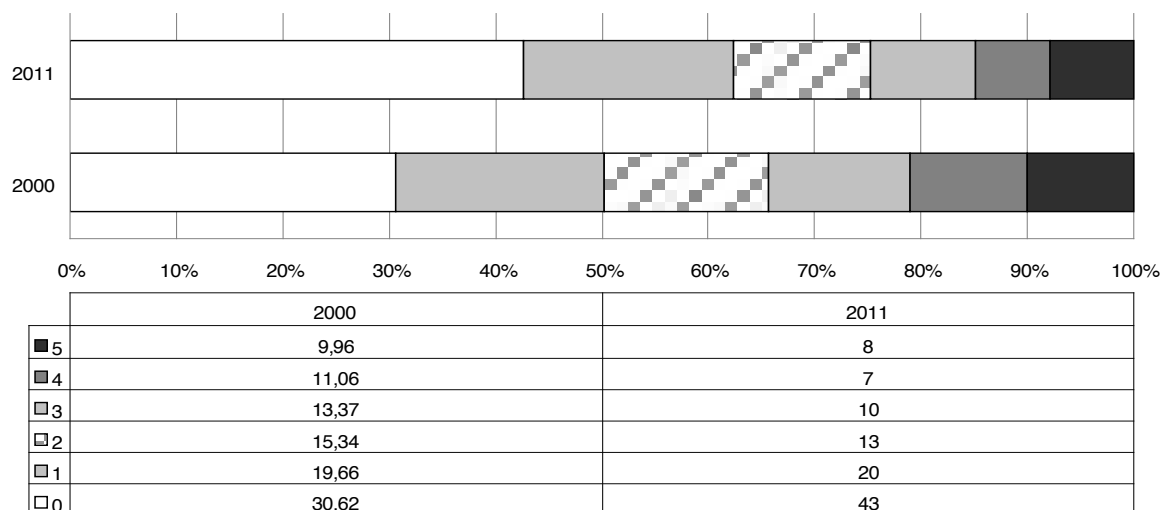
*Figuur 115: Evolutie van de prevalentie van eenzaamheid bij thuiswonende 65-plussers in België, 2000-2011 (in %). Indeling op basis van de eenzaamheidschaal van de Jong Gierveld*



2000: PSBH n=1090, gewogen met WDESH9SC = shared weight scaled (92 sample only)

2011: KBS n=1192

*Figuur 116: Evolutie van de score voor sociale eenzaamheid voor thuiswonende 65-plussers in België, 2000-2011 (in %)*



*2000: PSBH n=1090, gewogen met WDESH9SC = shared weight scaled (92 sample only)*

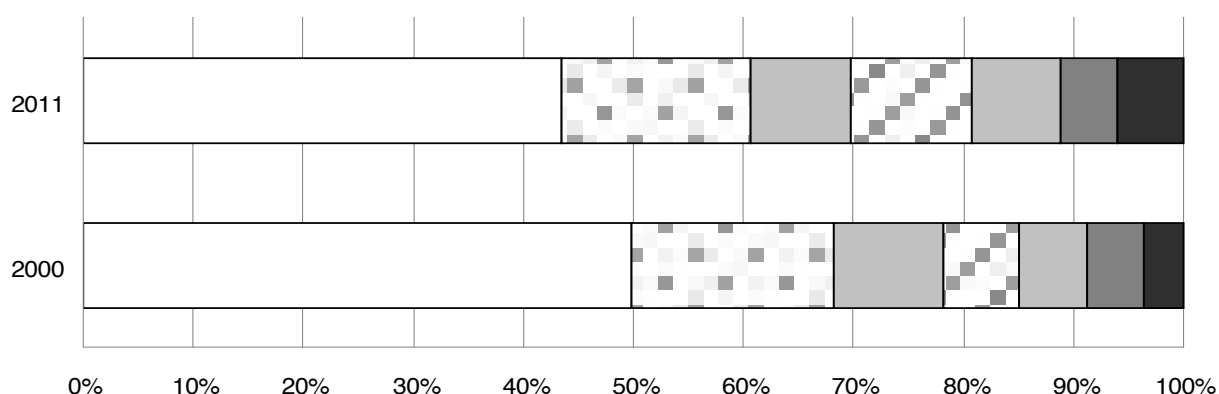
*2011: KBS n=1192*

We gebruiken dezelfde data van PSBH om na te gaan hoe de sociale en emotionele eenzaamheid geëvolueerd zijn. Figuur 116 geeft de score voor sociale eenzaamheid weer voor 65-plussers in België in 2000 en 2011. Deze schaal score kent een minimum van 0 en een maximum van 5. Hoe hoger de score, hoesterker de gevoelens van sociale eenzaamheid.

In 2000 was 31% van de 65-plussers niet sociaal eenzaam. Deze groep heeft een score van 0 op een maximum van 5. In 2011 zijn er minder ouderen die zich sociaal eenzaam voelen. Het aandeel ouderen dat zich helemaal niet sociaal eenzaam voelt, neemt toe van 31% tot 43%. In 2000 was 21% van de thuiswonende ouderen sociaal eenzaam. 11% had een score van 4 op 5 en 10% een score van 5 op 5. In 2011 neemt dit aandeel af van 21% tot 15%.

Figuur 117 toont dezelfde vergelijking tussen 2000 en 2011, maar dan voor emotionele eenzaamheid in plaats van sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid duidt op het gemis van een hechte emotionele band. Deze score loopt van 0 tot een maximum van 6.

*Figuur 117: Evolutie van de score voor emotionele eenzaamheid voor thuiswonende 65-plussers in België, 2000-2011 (in %)*



	2000	2011
■ 6	3,66	6
■ 5	5,04	5
■ 4	6,19	8
□ 3	6,93	11
■ 2	9,98	9
□ 1	18,36	17
□ 0	49,84	43

2000: PSBH n=1090, gewogen met WDESH9SC = shared weight scaled (92 sample only)

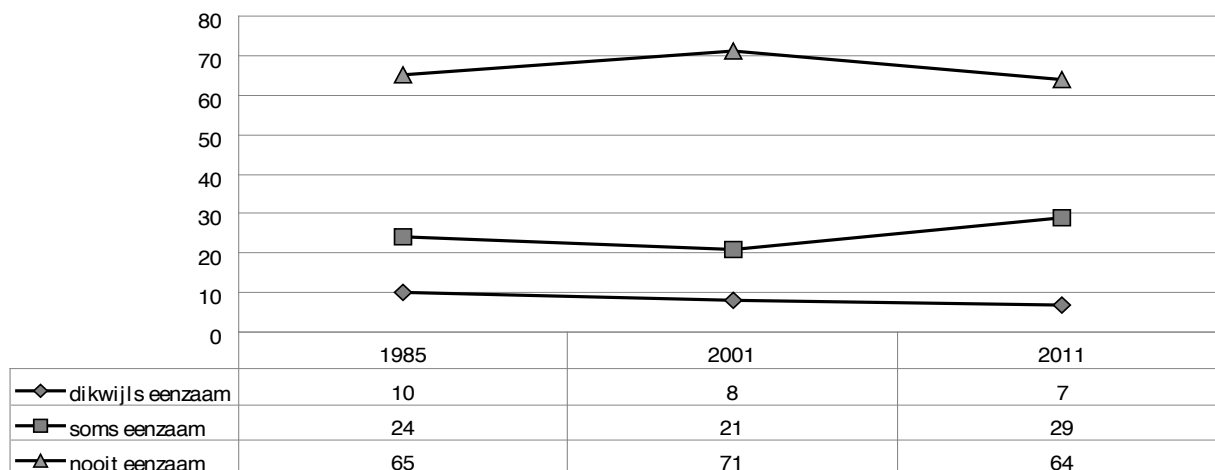
2011: KBS n=1192

In 2000 was de helft van de 65-plussers helemaal niet emotioneel eenzaam. Dit aandeel daalt tot 43% in 2011. Er zijn omgekeerd vandaag meer ouderen met ernstige emotionele eenzaamheid dan 10 jaar geleden. Door de scores 4, 5 en 6 op te tellen, kom je in 2011 uit op 19% emotioneel eenzamen. In 2000 was 15% van de 65-plussers emotioneel eenzaam.

De bidimensionele benadering van emotionele en sociale eenzaamheid maakt het mogelijk om de algemene bevinding te nuanceren. Eenzaamheid bij ouderen is niet toegenomen tussen 2000 en 2011, maar dit is vooral dankzij een kleiner aandeel sociaal eenzamen.

In Vlaanderen zorgen de LeefsituatieOnderzoeken Vlaamse Ouderen voor bijkomend vergelijkingsmateriaal. In 1985 en 2001 werden telkens meer dan 1400 thuiswonende 65-plussers bevroegd. Figuur 118 toont de evolutie van de antwoordverdelingen op de vraag 'Voelt u zich soms, dikwijls of nooit eenzaam?'.  
'

Figuur 118: Evolutie van eenzaamheid bij thuiswonende 65-plussers in Vlaanderen, 1985-2001-2011 (in %). Indeling op basis van directe, enkelvoudige vraag



1985: LOVO  $n = 1439$

2001: LOVO  $n = 1420$

2011: KBS  $n = 406$

In 1985 voelde 10% van de thuiswonende 65-plussers zich dikwijls eenzaam. In 2001 voelde 8% zich dikwijls eenzaam (Vanden Boer & Pauwels, 2005). Dit onderzoek bevestigt dat deze licht dalende trend verder wordt gezet, aangezien in 2011 nog 7% aangeeft zich dikwijls eenzaam te voelen. Het aandeel ouderen dat zich nooit eenzaam voelt, is in 1985 hetzelfde als in 2011. Vandaag voelt bijna twee derde van de thuiswonende 65-plussers zich nooit eenzaam, en dat was in 1985 ook zo. In Vlaanderen voelen thuiswonende ouderen zich vandaag niet vaker eenzaam dan 25 jaar geleden.

Al deze cijfers ondersteunen de conclusie van Dykstra (2009). Er is geen bewijs dat de eenzaamheidsgevoelens toenemen. Als je al van een trend kan spreken in de evolutie van de eenzaamheidsgevoelens, dan is het een dalende trend. Het is een mythe dat ouderen de afgelopen decennia eenzamer zijn geworden. Qua interpretatie is dit evenwel dubbelzinnig wegens het onderscheid tussen het percentage eenzame ouderen en het absoluut aantal eenzame ouderen. Tabel 19 toont in de rechterkolom een schatting van het aantal eenzame 65-plussers in België op basis van hun aandeel in de totale bevolking.

Tabel 19: Schatting van het aantal eenzame 65-plussers en evolutie van het aandeel 65-plussers in de totale bevolking van België (2000-2050)

Jaartal	totale bevolking (in duizend) <sup>1</sup>	% 65+ in totale bevolking	aantal 65+ (in duizend)	% eenzame 65-plussers <sup>2</sup>	aantal eenzame 65-plussers (in duizend)
2000	10239	16,75	1715	49,8 <sup>3</sup>	854
2010 <sup>6</sup>	10840	17,16	1860	46,7 <sup>4</sup>	869 <sup>5</sup>
2020	11687	18,97	2217	↓ ? ↓	
2030	12286	22,00	2703		
2040	12693	24,04	3051		
2050	13098	24,50	3209		

1 Bron: Lambrecht, 2011 (2000-2009: waarnemingen, NR-ADSEI; 2010-2060: Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060, FPB-ADSEI)

2 Minstens een score 3 op de eenzaamheidsschaal de Jong Gierveld met 11-items

3 Op basis van data Pansel Survey Belgische Huishoudens (2000), exclusief ouderen in woonzorgcentra

4 Op basis van data Koning Boudewijnsstichting (2011), inclusief ouderen in woonzorgcentra

5 95% betrouwbaarheidsinterval met maximale statistische fout is 817.000 en 921.000

6 Waargenomen bevolking op 1 januari 2010

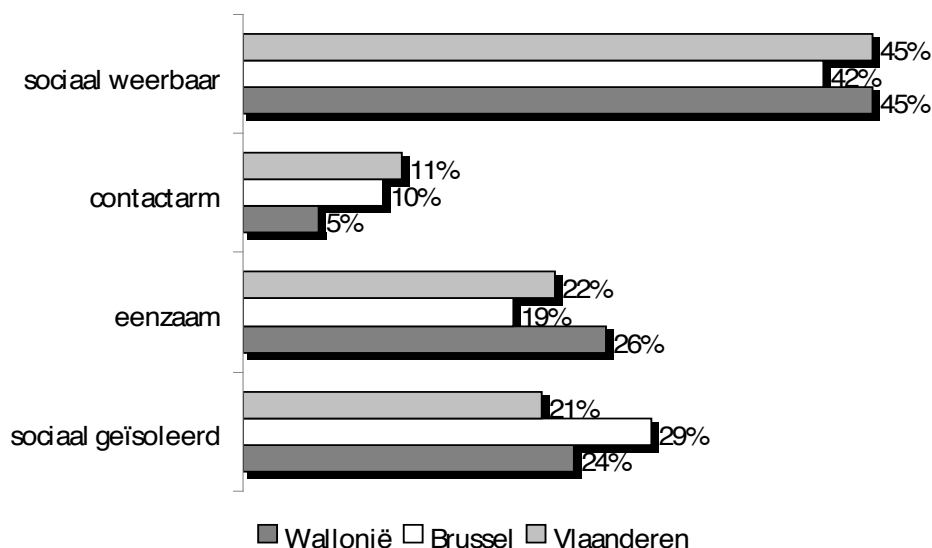
In 2000 waren er in België naar schatting 854.000 65-plussers eenzaam. De helft van de ouderen voelde zich toen eenzaam. Hoewel het percentage eenzame ouderen is afgenomen van 49,8% tot 46,7% zijn er vandaag niet minder eenzame ouderen. In 2011 zijn er naar schatting 869.000 eenzame ouderen in België. Wanneer we rekening houden met de steekproefgrootte en met de maximale statistische fout, dan zijn er met 95% zekerheid tussen de 817.000 en 921.000 ouderen eenzaam. Het aantal 65-plussers is op 10 jaar tijd toegenomen van 1.715.000 tot 1.860.000. Ouderen maken een steeds groter wordend deel van de totale bevolking uit. Zo zal in 2030 22% van de totale bevolking ouder zijn dan 65, ten opzichte van van 17% in 2010. Dit zijn prognoses van het Federaal Planbureau (Lambrecht, 2011). De loop van de bevolking kent een zekere traagheid waardoor deze voorspellingen standvastig zijn. De bevolkingsprognoses leggen de maatschappelijke uitdaging bloot. Als het percentage eenzame ouderen op hetzelfde niveau blijft in België, dan zullen er tegen 2020 meer dan 1 miljoen eenzame ouderen zijn.

#### 4. Verschil tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië

Sociaal isolement en eenzaamheid komen voor bij alle bevolkingscategorieën, maar zoals we gezien hebben, verschilt de spreiding. En hoewel de invloed van de verblijfplaats (stedelijk versus landelijk) op het risico op isolement niet hard kan worden gemaakt, moeten we toch vaststellen dat het aantal personen dat zich in een geïsoleerde situatie bevindt, verschilt volgens de drie regio's.

Het percentage eenzamen ligt het hoogst in Wallonië (26%), zij het op de voet gevolgd door Vlaanderen met 22%. In Brussel is het percentage van mensen die zich eenzaam voelen, het laagst (19%), maar het gewest noteert wel het hoogste percentage inzake sociaal isolement met 29%, tegenover respectievelijk 24% en 21% voor Wallonië en Vlaanderen.

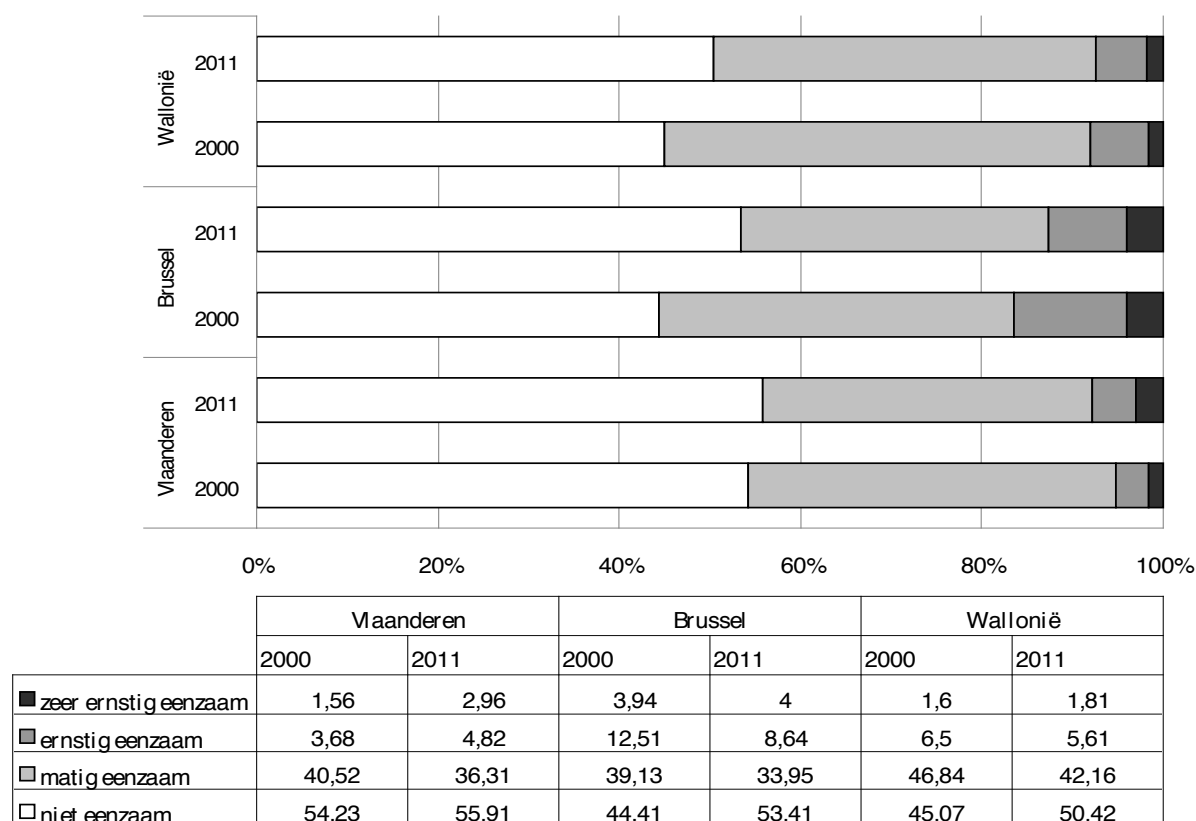
Figuur 119: Typologie van de sociale contacten van 65-plussers, per gewest



Overigens noteert het Brussels Gewest het kleinste verschil (13 procentpunten) tussen het percentage sociaal weerbaren (42%) en het percentage sociaal geïsoleerden (29%). In Wallonië is er een verschil van 21 procentpunten; in Vlaanderen een verschil van 24 procentpunten.

Uit figuur 120 kunnen we aflezen dat het eenzaamheidsgevoel, ongeacht het gewest, gelijk blijft of zelfs afneemt, wat veeleer positief is. Eerlijk gezegd hadden we op basis van het aantal echtscheidingen dat in België blijft stijgen, gedacht dat dit gepaard zou gaan met meer eenzaamheid, maar waarschijnlijk houden we dan onvoldoende rekening met de veelheid aan factoren die invloed uitoefenen op de sociale gezondheid. Tussen 1990 en 2010 is het jaarlijkse aantal echtscheidingen gestegen van 20.331 tot 28.903, wat neerkomt op een stijging van ongeveer 42% (FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie, 2010). Maar zoals we hebben vastgesteld, volgen de eenzaamheidscijfers deze trend niet. Deze conclusie getuigt wel van de veelheid aan factoren die het isolement in zijn geheel mee bepalen. Want als we er zouden van uitgaan dat dit fenomeen slechts aan één factor te wijten was, dan zou de incidentie ervan in de loop der jaren proportioneel toegenomen zijn met de stijging van het aantal echtscheidingen en het verzwakken van de gezinsband die de basis vormt van een koppel. Maar zoals gezegd, daar is niets van aan...

Figuur 120: Evolutie van eenzaamheid bij thuiswonende 65-plussers in Vlaanderen, Brussel en Wallonië, 2000-2011 (in %). Indeling op basis van de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld



In de drie gewesten stellen we dus vast dat het percentage personen dat zich niet eenzaam voelt, met de jaren toegenomen is, in het bijzonder in Brussel waar het gestegen is van 44% naar 53%. Aan de andere kant stijgt het aandeel van de individuen die zich erg eenzaam voelen eveneens, zij het gematigder.

Dit resultaat moet worden genuanceerd omdat de onderzoeksinstrumenten niet allemaal identiek zijn en opdat er geen onverschilligheid zou ontstaan. Het fenomeen van het sociaal isolement wordt gelukkig niet groter, maar het blijft wel degelijk bestaan. Bovendien focust het zich vooral op kansarme sociaaleconomische categorieën die vaak al worden geconfronteerd met andere problemen, die meestal te maken hebben met hun bestaansonzekere situatie. Bemoedigende resultaten mogen zeker geen rem zetten op sociale initiatieven onder het voorwendsel dat het fenomeen niet toeneemt.

Dit gezegd zijnde, bekijken we figuur 119 met als titel 'typologie van de sociale contacten van 65-plussers, per gewest'. Zoals gezegd, verklaart de geografische verblijfplaats (stad of platteland) de regionale verschillen inzake geïsoleerde personen niet, maar welke factoren kunnen dan wel een verklaring bieden?

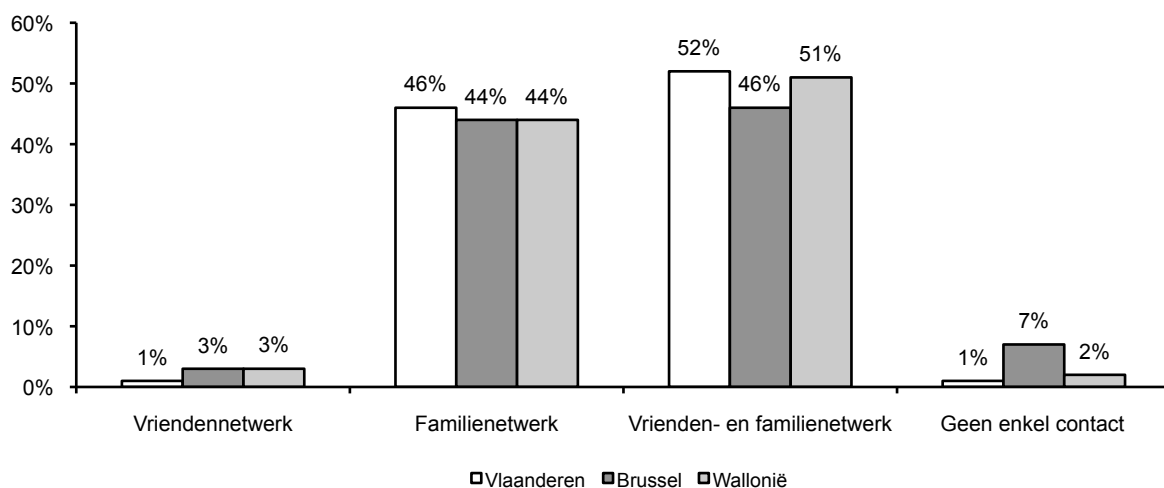
Verderop in dit hoofdstuk gaan we in op twee hypothesen die, ondanks hun waarschijnlijke toepasbaarheid, veronderstellingen blijven en dus in geen enkel geval kunnen worden beschouwd als absolute waarheden.

In een poging om een begin van antwoord te geven op de regionale verschillen, onderzoeken we twee determinanten die veel zeggen over het sociaal isolement: de toegang tot bepaalde sociale netwerken en de economische status.

#### 4.1 Sociale netwerken als culturele benadering van de regionale verschillen

De menselijke contacten en sociale netwerken die we onderhouden, hangen geheel of gedeeltelijk af van ons cultureel erfgoed: *“Vrienden ontmoeten of vriendschappen smeden geeft overigens een aanwijzing over de waarde die wordt toegekend aan veel culturele praktijken (Bernier L., 1997)”*.

Figuur 121: Netwerktypes volgens de gewesten (%) voor personen van 65 jaar en ouder



In de figuur maken we een onderscheid tussen verschillende contacttypes die de personen van 65 jaar of ouder, naar eigen zeggen, geregeld onderhouden met hun omgeving.

- Het **vriendennetwerk** stemt overeen met de variabele 'Enkel niet-verwanten'.
- Het **familienetwerk** wordt bepaald door de variabelen 'Verticaal + collateraal', 'Enkel verticaal' en 'Enkel collateraal'.
- Tot slot, het **vrienden- en familienetwerk** vertegenwoordigt de variabelen 'Verticaal + collateraal + niet-verwanten', 'Verticaal + niet-verwanten' en 'Collateraal + niet-verwanten'.

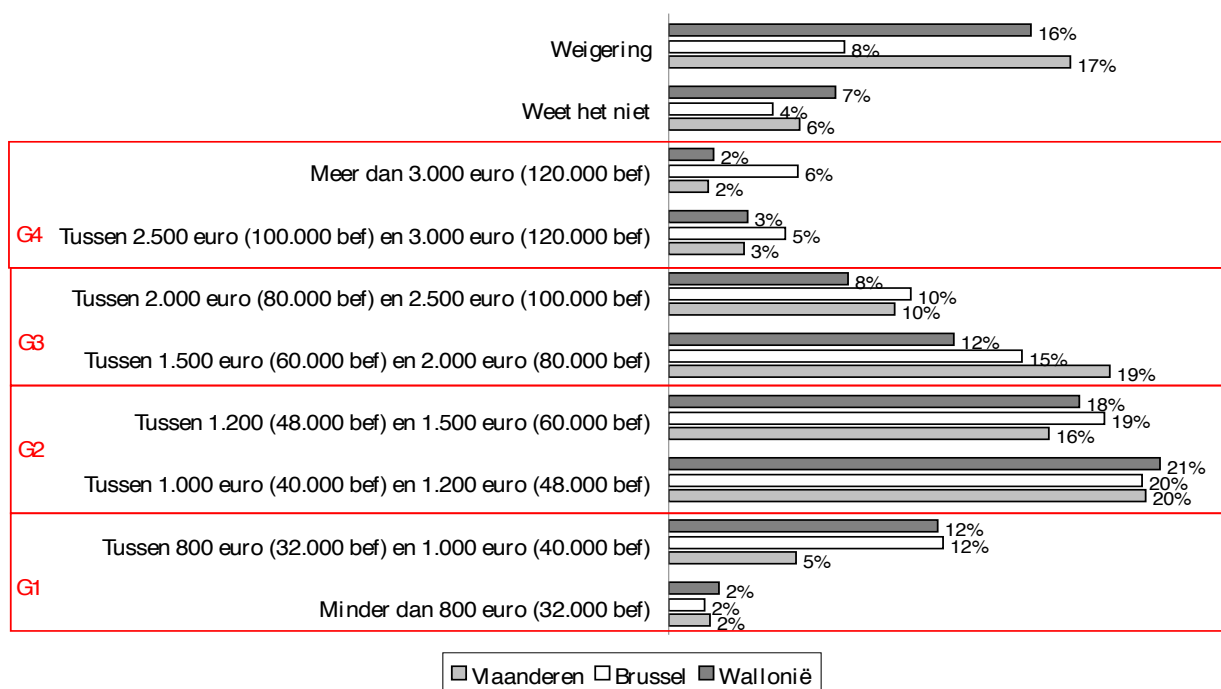
We kunnen vaststellen dat het profiel van de drie gewesten niet echt verschilt. Hoewel het percentage personen dat beschikt over twee onderscheiden netwerken in Vlaanderen hoger ligt dan in Brussel en Wallonië, toch gaat het slechts om een licht verschil. Een ander contrast dat blijkt uit deze figuur, ook al lijkt het vrij verwaarloosbaar, gaat over mensen die geen enkel sociaal contact hebben: 7% van de Brusselse bevolking heeft geen enkele regelmatige sociale interactie tegenover 2% voor Wallonië en 1% voor Vlaanderen.

Uit deze ene grafiek blijkt dus dat er wel wat regionale verschillen zijn bij de diversificatie van de netwerken en dat de situatie in Brussel misschien iets minder goed zou kunnen zijn, maar de verschillen kunnen niet echt zichtbaar worden gemaakt. Het loont zeker de moeite om verder onderzoek te doen naar de hypothese die stelt dat culturele verschillen aan de basis liggen van regionale nuances inzake sociaal isolement.

#### 4.2 Het economisch kapitaal als sleutelfactor bij regionale verschillen

Een andere factor die verantwoordelijk zou kunnen zijn voor de regionale verschillen inzake het sociaal isolement is het economisch kapitaal. Om de veronderstelde invloed van deze factor op dat verschil duidelijk te maken, steunen we op twee figuren. De eerste geeft een overzicht van het maandelijkse inkomen van een gezin of toch van de bevroegde persoon, en de tweede getuigt van de moeilijkheden die een gezin of een alleenstaande al dan niet ondervinden om, op basis van hun hele vermogen en al hun uitgaven, een maand lang rond te komen.

*Figuur 122: Opgegeven inkomen per gezin voor personen van 65 jaar en ouder, volgens gewest (%)*



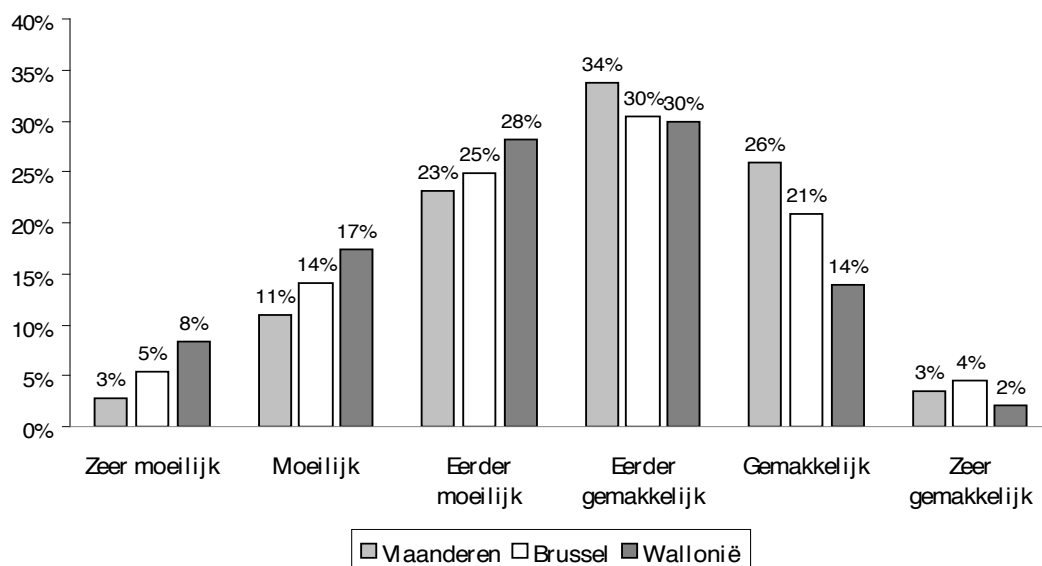
Om de situatie in de drie gewesten te vergelijken, hebben we vier nieuwe groepen afgebakend. De eerste groep, G1, vertegenwoordigt de laagste inkomens (tot 1000 euro per maand). G2 en G3 verwijzen naar de tussenliggende inkomens en G4 betreft de hoogste inkomens (vanaf 3000 euro per maand). In Wallonië behoort 14% van het staal tot groep 1 (die tot 1000 euro per maand ontvangt) en 5% maakt deel uit van groep 4. In Vlaanderen behoort 7% van het staal tot groep 1 en 5% tot groep 4. In Brussel, tot slot, bedraagt het percentage personen in groep 1 13% en in groep 4 11%.

In dit verband blijkt er dus een regionaal verschil te zijn. In Wallonië noteren we het grootste verschil (9 procentpunten) tussen het percentage van de <rijkste> personen en dat van de 'armste'.

In Vlaanderen is het verschil tussen deze beide groepen het kleinst (2 procentpunten). In Brussel is het verschil tussen groep 1 en 4 even klein als in Vlaanderen, maar het percentage van de 'armste' mensen is vergelijkbaar met dat in Wallonië en het percentage van de 'rijkste' mensen ligt hoger dan in Vlaanderen en, bijgevolg, ook hoger dan in het Waals Gewest.

Ook figuur 123 laat regionale verschillen zien. In Wallonië verklaart 54% van de bevroagde personen dat ze het erg moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen, tegenover 37% in Vlaanderen en 44% in Brussel. Hier is er vooral een groot verschil tussen het Waals Gewest en Vlaanderen: 17 procentpunten.

*Figuur 123: Mate waarin men met het inkomen van het huishouden moeilijk of gemakkelijk de eindjes aan elkaar kan knopen, volgens gewest (%)*



Dit resultaat zou dus wijzen op een verarming die groter is in Wallonië dan in Brussel en in Vlaanderen. Volgens deze vaststelling en parallel met het effect van het economisch kapitaal op het risico op isolement, zouden de bewoners van het Waals Gewest dus zwaarder moeten worden getroffen door deze uitkomst. Maar, als we gaan kijken naar figuur 119 'typologie van de sociale contacten van 65-plussers, per gewest', dan is het Brussel dat daarvan het grootste slachtoffer is (hoewel sociaal isolement in Wallonië iets meer voorkomt dan in Vlaanderen).

Bijgevolg schijnt de economische status dus effectief een rol te spelen bij het verschillende risico op sociaal isolement in de gewesten, maar op dit ogenblik hebben we niets in handen om precies te bepalen hoe krachtig dat verband is. Bovendien moeten we ook rekening houden met de vele factoren die gepaard gaan met sociaal isolement want, ongeacht hun uitwerking, mogen we aannemen dat het effect van de factoren die sociaal isolement determineren, verschilt per betrokken individu.

## 5. Eenzaamheid in woonzorgcentra

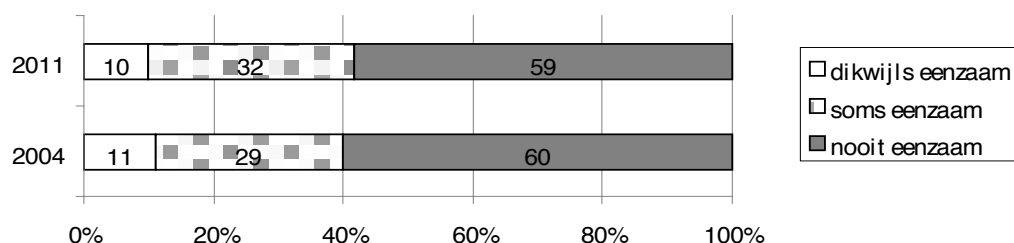
De prevalentie van eenzaamheid in woonzorgcentra is minder onderzocht, omdat de meeste onderzoeken ofwel focussen op de thuissituatie ofwel op het effect van de overstap van de thuissituatie naar residentiële zorg. *"Most literature on the subject focuses on community-dwelling older people. Little is known about the significance of the problem within residential care, or of the relevance of community-based evidence to these settings."* (Grenade & Boldy, 2008)

De meeste onderzoekers vinden dat ouderen die verblijven in residentiële zorg zich vaker eenzaam voelen (Prieto-Flores et al., 2011; Pinquart & Sorensen, 2001; Tjihuis et al., 1999). Dit is na controle voor socio-demografische kenmerken en variabelen die iets over de gezondheidssituatie zeggen. Er bestaat een kritisch onderzoek van Dykstra en collega's (2005) waarin men stelt dat het geïnstitutionaliseerd leven op zichzelf geen effect heeft op eenzaamheid. Hogere prevalentiecijfers van eenzaamheid in residentiële zorg zijn in hun onderzoek vooral te verklaren door een lagere functionele status. In dit onderzoek komen we tot een soortgelijke conclusie. Als je alle thuiswonende ouderen vergelijkt met ouderen in woonzorgcentra, dan voelen ouderen in woonzorgcentra zich vaker eenzaam. Als je de vergelijking maakt met een groep van zorgafhankelijke ouderen die nog thuiswonen, dan valt dit verschil weg. Ouderen in woonzorgcentra zijn niet minder of meer eenzaam dan zorgbehoevende thuiswonende ouderen. Zorgbehoevende, thuiswonende ouderen zijn zelfs vaker emotioneel eenzaam, terwijl ouderen in woonzorgcentra vaker sociaal eenzaam zijn.

In Vlaanderen bestaat er al representatief onderzoek waarin de leefwereld van rusthuisbewoners wordt onderzocht. Dit is het LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen (LOVO-2) uit 2004 waarin 500 rusthuisbewoners mondeling werden geïnterviewd. De steekproef beperkte zich tot bewoners met de volgende kenmerken: 75 jaar of ouder zijn en permanent in het rusthuis/RVT wonen (geen kortverblijf, dag- of nachtopvang), geen RIZIV-score C-dement (Vanden Boer & Pauwels, 2006).

In 2004 voelde 6 op 10 ouderen in woonzorgcentra zich nooit eenzaam. 11% van de ouderen in Vlaanderen was dikwijls eenzaam (Vanden Boer & Pauwels, 2005). Figuur 124 met ook de gegevens van 2011 voor rusthuisbewoners bevestigt deze trend. 10% voelt zich dikwijls eenzaam.

Figuur 124: Evolutie eenzaamheid bij ouderen in woonzorgcentra, 2004-2011 (in %)



2004: LOVO\_2, n= 500, data voor Vlaanderen, voor 75-plussers

2011: KBS, n= 297, data voor België, voor 65-plussers

De impact van zich eenzaam voelen vertoont een zeer sterk negatief effect op het welbevinden van ouderen (Bronselaer et al., 2008). Eenzaamheid is een onafhankelijke risicofactor waardoor ouderen in woonzorgcentra depressief kunnen worden. Niet alleen de gezondheidsfactoren verklaren waarom ouderen in woonzorgcentra depressief worden, maar dus ook hun eenzaamheidsgevoel (Jongenelis et al., 2004). Deze onderzoekers pleiten dan ook voor de preventie van eenzaamheid als een belangrijke doelstelling in het ontwikkelen van zorgprogramma's. Hoe kun je eenzaamheidsgevoelens doorbreken in woonzorgcentra? *"Maakt bijvoorbeeld de bewonersparticipatie aan interne of externe activiteiten, het instellingsklimaat, of de homogene of heterogene samenstelling van bewonersgroepen een verschil uit bij de ervaren eenzaamheid door rusthuisbewoners? Of ligt een deel van de verklaring in de frequentie of de kwaliteit van contact met familie, vrienden, personeel of medebewoners?"* (Bronselaer, et al., 2008).

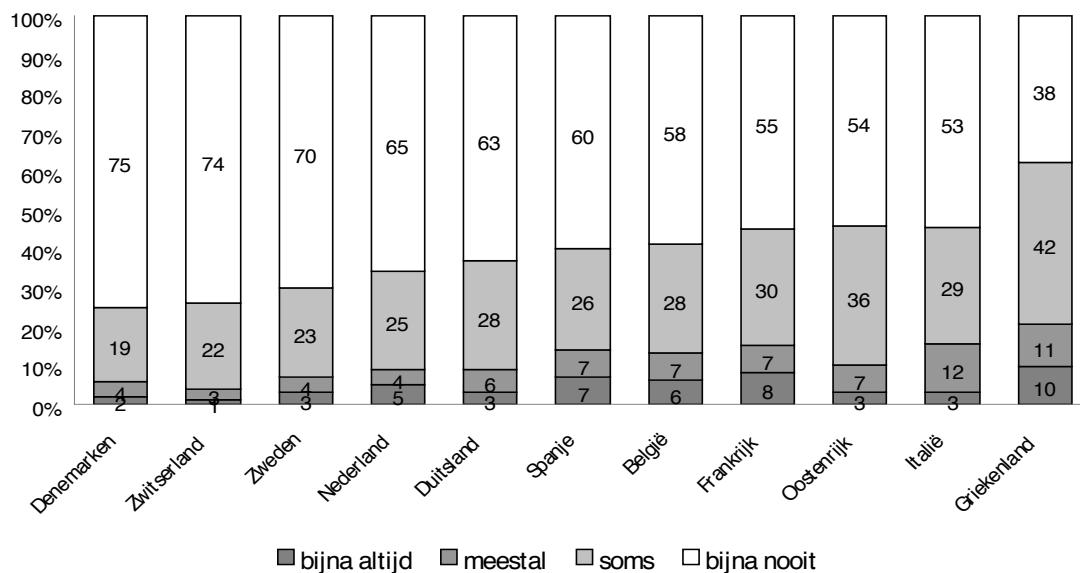
Woonzorgcentra werken de laatste jaren meer op maat van de leefwereld van de ouderen en bieden meer variatie aan in hun zorgprogramma's. Het concept van kleinschalig wonen binnen woonzorgcentra krijgt zo de laatste jaren meer aandacht, in het bijzonder voor ouderen met dementie (Spruytte et al., 2009). *"Er worden kansen geboden aan de bewoner om zelf actief te blijven en controle over bepaalde aspecten van het leven te behouden."* (Van Audenhove et al., 2003). De visie van kleinschalig wonen kan ouderen helpen om ondanks hun zorgafhankelijkheid niet te vereenzamen.

## 6. Positionering België binnen Europa

In Europa wordt er grootschalig onderzoek gevoerd naar de leefsituatie van ouderen dat cross-nationale vergelijkingen mogelijk maakt (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Börsch-Supan & Jürges, 2005). Deze data maken het mogelijk om verschillen tussen landen binnen Europa in kaart te brengen. Figuur 125 vergelijkt de eenzaamheidsgevoelens van thuiswonende 65-plussers in België met andere Europese landen. Respondenten antwoorden op de vraag: *"Hoe vaak hebt u zich gedurende de afgelopen week eenzaam gevoeld?"*.

Eenzaamheid komt niet in alle landen even vaak voor. België is een Europese middenmoter op het gebied van eenzaamheid bij ouderen. In België voelde 7% zich heel vaak eenzaam en 7% meestal. In Nederland en Duitsland zijn er minder eenzame 65-plussers. In Frankrijk komen gevoelens van eenzaamheid iets vaker voor dan in België. Daar is 8% van de ouderen heel vaak eenzaam, terwijl dat in Nederland maar 5% is en in Duitsland maar 3%. In Oost-Europa en in Zuid-Europa zijn de ouderen het vaakst eenzaam, in Noord-Europa het minst vaak (Yang & Victor, 2011; Sündstrom et al., 2011; Dykstra, 2009). Zo is 75% van de ouderen in Denemarken bijna nooit eenzaam ten opzichte van 53% in Italië.

Figuur 125: Eenzaamheid bij thuiswonende 65-plussers in België en Europa, in 2004 (in %)



Bron: Sundström et al., 2009, data SHARE wave 1 (2004-2006), België, n=1145

Waarom zijn er cross-nationale verschillen in de prevalentie van eenzaamheid? Dykstra (2009) onderscheidde drie verschillende factoren. Er zijn verschillen in de samenstelling van de bevolking (1), in de karakteristieken van een land (2) en de interactie tussen individuele kenmerken en de kenmerken van een land (3) kan ook verschillen. Hoe deze factoren op elkaar inspelen is niet altijd even duidelijk. Sommige onderzoekers vinden bijvoorbeeld dat de leeftijd die je hebt minder kan verklaren wat de kans is dat je eenzaam wordt dan het land waarin je woont (Yang & Victor, 2011). Er is wel een consensus dat gevoelens van eenzaamheid niet alleen verklaard worden door individuele factoren, maar ook door culturele en maatschappelijke factoren. *"The totality of culture and individual factors ("context") determines loneliness. The individual factors seem in all of Europe to be a strong determinant of loneliness, but also leaves a large part unexplained."* (Sundström et al., 2009). De cultuur, normen en verwachtingen omtrent sociale contacten op latere leeftijd variëren sterk binnen Europese landen. In Zuid-Europa verwachten ouderen bijvoorbeeld vaker dat kinderen en familie voor hen zorgen, terwijl ouderen in Noord-Europa een overstap naar institutionele zorg veel vanzelfsprekender vinden (Special Eurobarometer 283, 2007). Een ander verwachtingspatroon en een hogere relatiestandaard kunnen de cross-nationale verschillen mee verklaren.

De Europese vergelijking benadrukt dat eenzaamheid een maatschappelijk probleem is dat in sommige landen groter is dan in andere. Eenzaamheid is dan wel een subjectief gevoel, maar het is geen louter individueel probleem. Eenzaamheid is altijd een sociale constructie en zit ingebed in de maatschappelijke context (Heylen, 2011). De samenleving zelf creëert ook de voorwaarden en scheidt de omkadering waarin ouderen met elkaar in contact kunnen komen. *"...it is the total organization of activities oriented towards social integration that is decisive for the specific loneliness situation in a country. These state, regional, and community provisions shape the conditions for individual older adults to participate in the community and to be involved in social activities with kin and nonkin network members and consequently lead to varying country-level outcomes in loneliness."* (Fokkema et al., 2012).



## HOOFDSTUK 5 BESTRIJDEN VAN EENZAAMHEID

In dit laatste hoofdstuk gaan we na hoe je eenzaamheid kan bestrijden. Eerst kijken we welke interventies er bestaan en werken. Daarna laten we de ouderen zelf aan het woord. Zij doen zelf voorstellen die ervoor kunnen zorgen dat ouderen zich minder eenzaam zouden voelen.

### **1. Welke interventies werken?**

De negatieve gevolgen van eenzaamheid zijn veel uitgebreider onderzocht dan mogelijke interventies die eenzaamheid bij thuiswonende ouderen verminderen (Sabir et al., 2009). Systematische reviews besluiten dat er eigenlijk weinig empirisch evaluatieonderzoek bestaat rondom interventies tegen eenzaamheid (Dickens et al., 2011; Cattan et al., 2005; Findlay, 2003). Effectonderzoek is beperkt en slechts een beperkt aantal interventies kunnen hun effectiviteit bewijzen.

Er is een algemene kritiek dat de methodologische opbouw van interventiestudies rond eenzaamheid te vaak te zwak is. Het probleem is niet zozeer dat er geen initiatieven zijn die eenzaamheid willen verminderen, maar wel dat de evaluatie van deze interventies vaak niet correct wordt voorbereid en uitgevoerd (Findlay, 2003). Klassieke elementen van een interventiestudie, zoals een voor- en nameting, zijn ook hier belangrijk. Ook rondom eenzaamheid is er nood aan sterke onderzoeksdesigns, idealiter via gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep (Hogan et al., 2002).

Uit een grootschalige Nederlandse studie naar de eenzaamheidsreducerende werking van verschillende interventies bij ouderen, blijkt dat het succes vooral afhankelijk is van een goede afstemming van de interventie (Fokkema & van Tilburg 2007;2006). Een interventie sluit best aan bij de achtergrond van de eenzaamheidsgevoelens, want de oorzaken van sociale en emotionele eenzaamheid zijn verschillend. Interventies die zich richten tot een specifieke doelgroep, en niet tot ouderen in het algemeen, zijn vaker effectief omdat ze kunnen inspelen op de specifieke achtergrond van de uiteindelijke deelnemers (Cattan et al., 2005). Interventies moeten ook aansluiten bij de mogelijkheden en capaciteiten van de eenzame ouderen. Ten slotte moet er aandacht zijn voor mogelijke negatieve neveneffecten van een interventie.

Op basis van een procesevaluatie zijn ook conclusies getrokken over de valkuilen bij het uitvoeren van eenzaamheidsinterventies (Fokkema & van Tilburg 2007; Fokkema & Stevens, 2007; Stevens & Martina, 2006). Ten eerste bereiken de meeste interventies niet die ouderen met de

ernstigste gevoelens van eenzaamheid. Ouderen die bereid zijn om aan iets mee te werken, zijn niet de meest eenzamen. Ten tweede hebben eenzame ouderen niet altijd behoefte aan hulp. Als ouderen zelf niet geholpen willen worden, is het voor professionals moeilijk om hen te motiveren. Bij het plannen van de interventie en het bepalen van de doelgroep die men wil bereiken, moet men daarom rekening houden met de mogelijkheden en beperkingen van de potentiële deelnemers.

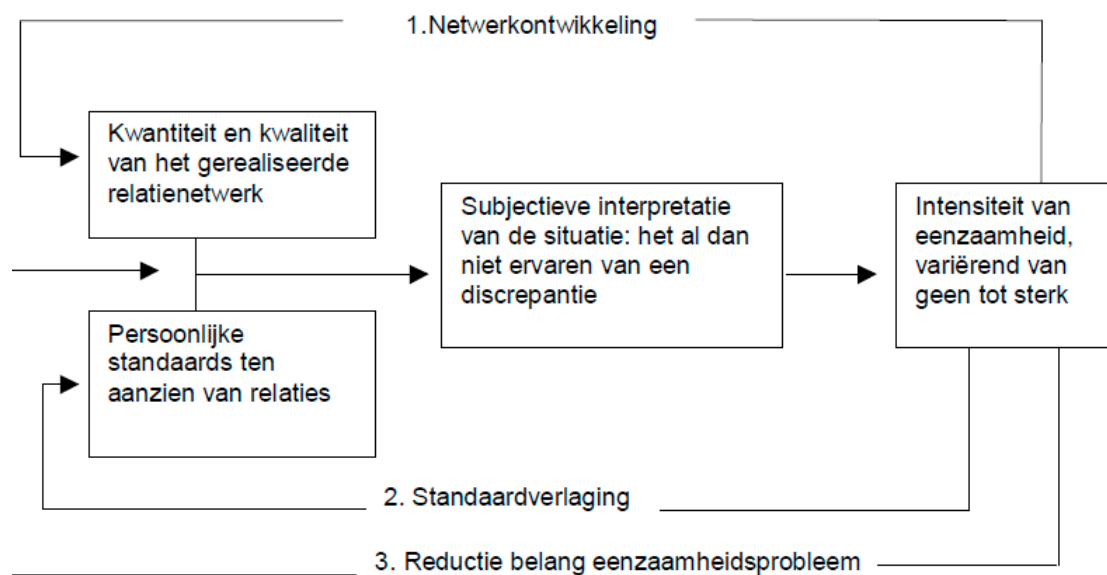
Er zijn meerdere manieren om eenzaamheidsinterventies te ordenen (Linnemann et al., 2001). Ten eerste kunnen interventies zich richten op drie verschillende niveaus, namelijk het (1) individueel niveau, (2) het groepsniveau en (3) het niveau van de sociale omgeving. Interventies op groepsniveau zijn vaker effectiever voor ouderen (Dickens et al., 2011).

Ten tweede zijn er verschillende typen interventies, namelijk (1) algemene voorlichting en mentaliteitsverandering, (2) deskundigheidsbevordering van hulpverleners, (3) sociaal-culturele activering en ontmoeting, (4) persoonlijke activering en cursussen en (5) gespreksgroepen en therapie. Volgens Cattan en collega's (2005) lijken de interventies met een educatieve component efficiënter.

Ten slotte kunnen eenzaamheidsinterventies verschillende doelstellingen hebben. Interventies kunnen (1) voorkomen dat ouderen eenzaam worden, (2) bestaande eenzaamheidsgevoelens verminderen of (3) voorkomen dat eenzaamheid tot andere problemen leidt (Andersson, 1998).

Interventies kunnen inspelen op drie mogelijkheden om de gevoelens van eenzaamheid te verminderen (Linneman, 1996). Figuur 126 geeft deze verwerkingsstijlen weer.

*Figuur 126: Drie verwerkingsstijlen van eenzaamheid*



*Bron: Fokkema & van Tilburg, 2007*

Ten eerste kan men de kwaliteit en/of de kwantiteit van de sociale contacten verbeteren. Dit is netwerkontwikkeling. Ten tweede kan men de verwachtingen en behoeften ten opzichte van relaties bijstellen. Door deze standaardverlaging kunnen de gevoelens van eenzaamheid bij ouderen ook verminderen. *"Interventions should help lonely people adjust their expectations to realistic proportions."* (Schoenmakers et al., 2011). De derde verwerkingsstijl gaat rond het leren omgaan met de gevoelens van eenzaamheid. Het verschil tussen de sociale relaties die men heeft en de relaties die men zou willen hebben, blijft bestaan, maar men kan het belang van dit eenzaamheidsprobleem terugdringen. Dit kan bijvoorbeeld door het eenzaamheidsprobleem te relativiseren of door afleiding te zoeken in een hobby.

## 2. Eigen ideeën van ouderen

In de vragenlijst is een open vraag voorzien waarop ouderen hun eigen ideeën kunnen aanreiken om eenzaamheid te beperken. *"Als u het voor het zeggen had, wat zou u doen of veranderen om ervoor te zorgen dat minder ouderen zich eenzaam zouden voelen?"*. In de antwoorden van de ouderen wordt de grote diversiteit benadrukt. Eenzaamheid valt niet terug te brengen tot één enkel element. Om eenzaamheid te bestrijden moeten verschillende maatschappelijke domeinen en actoren elkaar vinden.

### Jezelf voorbereiden op oud worden en je sociaal netwerk onderhouden

- Bereid je voor op het ouder worden, laat je niet verrassen door het noodlot, maak voordien vrienden en onderhoud het contact met hen, blijf in contact met je naasten en je familie, anders creëer je eenzaamheid.
- Mensen moeten meer onder de mensen komen en zich aansluiten bij verenigingen. Als ik eenzaam ben, ga ik bij burens en de mensen die bij mij komen, trakteer ik eens en zo blijven ze komen.
- Gebruik moderne zaken. Ik rij met een elektrisch scooterke en kan overal naartoe zonder inspanning.
- Goed contact houden met uw kinderen, dat maakt het leven in een rusthuis aangenamer.
- Werken aan een goede gezondheid om thuis te kunnen blijven wonen, actief blijven, niet zitten niksen, zorgen voor een goede levenshygiëne.
- Dat de mensen zich meer moeten inzetten om zelf ergens naartoe te gaan.
- Zelf contact zoeken, een pc aanschaffen, vriendelijk zijn tegen de burens.
- De ouderen moeten zelf ook meewerken om ervoor te zorgen dat ze zich niet eenzaam zouden voelen, ze moeten zelf eerst de stap zetten.
- Ouderen zouden een dier moeten in huis nemen als ze daar de mogelijkheid toe hebben, dan ben je nooit eenzaam want dan moet je altijd voor iemand zorgen en als je nog goed ter been bent, dan is een hond het best, want daar moet je mee gaan wandelen en dan heb je beweging en dan kom je ook mensen tegen op straat.
- Vrijwilligerswerk doen.
- Sociaal blijven en veel contact zoeken met je leeftijdsgenoten.
- Opnieuw beginnen met een levenspartner of een gezellin om zich minder alleen te voelen.
- Doe zoals ik, doe je huishouden; bezig zijn, actief blijven, naar muziek luisteren.
- Sommige ouderen trekken zich te veel terug; ze moeten zelf meer aangeven wat ze willen of dat ze hulp nodig hebben. Als een rolstoelpatiënt mij zou vragen om een toertje te doen, doe ik dat met plezier. Ze vragen het zelf niet en ik weet niet hoe het overkomt als ik het zelf voorstel.

- Ik vind dat men zelf uit zijn cocon moet komen.
- Jezelf bezig houden met allerlei dingen zoals lezen en ook nog eens buiten komen en tevreden zijn. Mensen die nooit content zijn, ja die zijn altijd eenzaam. Ik heb dat niet, ik kan nog zeer goed uit de voeten en kan mij nog met van alles bezig houden.

### **Verantwoordelijkheid van kinderen en kleinkinderen**

- Het is erg individueel, maar de aanwezigheid van familie is onontbeerlijk.
- Dat de kinderen meer op bezoek gaan.
- Dat het gezin goed zorg draagt voor de ouders.
- Samenhouden van de familie en de leden responsabiliseren.
- Bewustmaken van de jongeren en families om goed te zorgen voor oudere personen.
- De kinderen zouden meer respect moeten hebben voor hun ouders of hun grootouders.
- De kinderen moeten verplicht worden om te zorgen voor hun ouders!

### **Langer thuis wonen, meer woonzorgcentra ... of alternatieve woonvormen?**

- Ze kunnen eigenlijk niet veel meer verbeteren, denk ik. Er is voldoende activiteit voor mensen die nog zelfstandig wonen. Ze kunnen een beroep doen op hulp als verpleging, poetshulp, eten laten klaarmaken. Voor mensen die niet zelfstandig kunnen zijn, is er oppas of een rust- en verzorgingstehuis.
- Thuis blijven wonen.
- Denken aan groepswonen, met een mix van verschillende generaties.
- Dat er misschien meer plaats is voor serviceflats voor mensen die alleen zijn; zo is er automatisch meer contact met medebewoners.
- Vlugger uit je huis gaan, vlugger naar een serviceflat.
- Meer kleinere en gezinsvriendelijke opvanghuizen.
- Naar een rusthuis gaan is beter dan alleen te blijven.
- Hen in een bejaardenhuis plaatsen zodat ze mensen ontmoeten en bepaalde activiteiten kunnen delen.
- Hen niet in dergelijke rusthuizen plaatsen.
- Meer residentiële dienstverlening die echt residentiële dienstverlening is.
- In bejaardentehuizen wordt er niets georganiseerd; het zijn crepeerhokken.
- Ik zou woningen laten bouwen waar alle ouderen elkaar kennen en bijeen zouden kunnen zijn.
- In rustoorden meer ambiance brengen; één activiteit per week is te weinig.
- Er is meer personeel nodig in onze home; dan zouden ze meer tijd hebben voor ons en ons meer kunnen helpen. Ik zou ook graag meer tijd krijgen om te eten.
- Iedereen is hier vreemd aan elkaar [in woonzorgcentrum], iedereen heeft een verschillende opvoeding en mentaliteit. Eigenlijk zijn dit geen vrienden.
- Gemeenschappelijk wonen, waar je dicht bij de voorzieningen bent.
- Samenwonen van verschillende ouderen.
- Rusthuizen in elk dorp toegankelijker en gezelliger maken, bijvoorbeeld via kleine, aparte studio's.
- In commune leven, bijvoorbeeld een huis oprichten waar men met verschillende mensen woont, maar waar ieder toch op zichzelf kan leven maar wel met een gemeenschappelijke keuken en waar ieder zijn taken wat heeft en waar je voor elkaar kan zorgen indien nodig.

- Ik zou graag in een home zijn bij mensen die ik ken, bij mensen die ik vroeger kende. Hier ken ik niemand.
- Het is een armzalig feit dat de meeste bewoners in hun bed liggen. Ik was vroeger typiste en ik zou graag op de pc leren werken en er blijven op werken. Er moet ook meer rondgegaan worden om bewoners ertoe aan te zetten om gezelschapspelen of om het even wat te doen.

### Hulp bij huishoudelijke taken, verplaatsingen

- Een groter aanbod van huishoud- en familiehelp.
- Meer hulp voor klusjes en een boodschappenhelp voor buitenshuis.
- Zeer goed vind ik de bibliotheek aan huis.
- Wat meer vervoer voor oudere mensen regelen, bijvoorbeeld een buurtbus die mensen aan hun huis komt ophalen, dus mensen uit hun isolement haalt.
- Hen bezoeken en diensten verlenen zodat ze geholpen worden en langer thuis kunnen blijven wonen.
- Hulp om mensen naar het ziekenhuis en naar de kapper te brengen.
- Proberen steun te vinden voor het verhogen van kleine pensioenen en personeel sturen dat een handje kan toesteken in het huishouden.
- Een wekelijks controlebezoek, ook als men niet ziek is, om alleenstaanden gerust te stellen.

### Meer solidariteit en sociale contacten

- Die mensen laten bezoeken door bijvoorbeeld het buurtnetwerk.
- Verbeteren van de relaties tussen diverse generaties.
- Opvoeding van de kinderen en de omgeving, en opbouwen van een buurtnetwerk.
- Aanmoedigen van buurtactiviteiten zodat de mensen elkaar beter leren kennen.
- Oprichten van centra voor dagactiviteiten voor gezonde personen, een ontmoetingsplaats.
- Dat iedereen zorg wil dragen voor zijn burens.
- Het pensioen thuis bezorgen; bankrekeningen zijn oké, maar ze benadrukken het isolement.
- Men mag hen niet langer zien als personen die afgedaan hebben; ze worden te weinig gewaardeerd.
- Parochiehelp inschakelen om alleenstaanden te bezoeken.
- Meer alleenstaanden laten bezoeken door een sociaal werkster of pastoor.
- Dagelijks bezoek krijgen van een persoon die ik kan vertrouwen, om nieuwtjes uit te wisselen.
- Menselijk contact is fundamenteel, met elkaar praten, een telefoontje is erg belangrijk.
- Ouderen helpen elkaar wederzijds.
- Werklozen inzetten voor bezoeken aan ouderen.
- Tewerkstellen van leefloners en werklozen om voor hen te zorgen en hen gezelschap te houden.
- Wederzijdse hulp uit de buurt is de enige oplossing.
- Installeren van een groen nummer zodat mensen steeds met iemand kunnen praten.

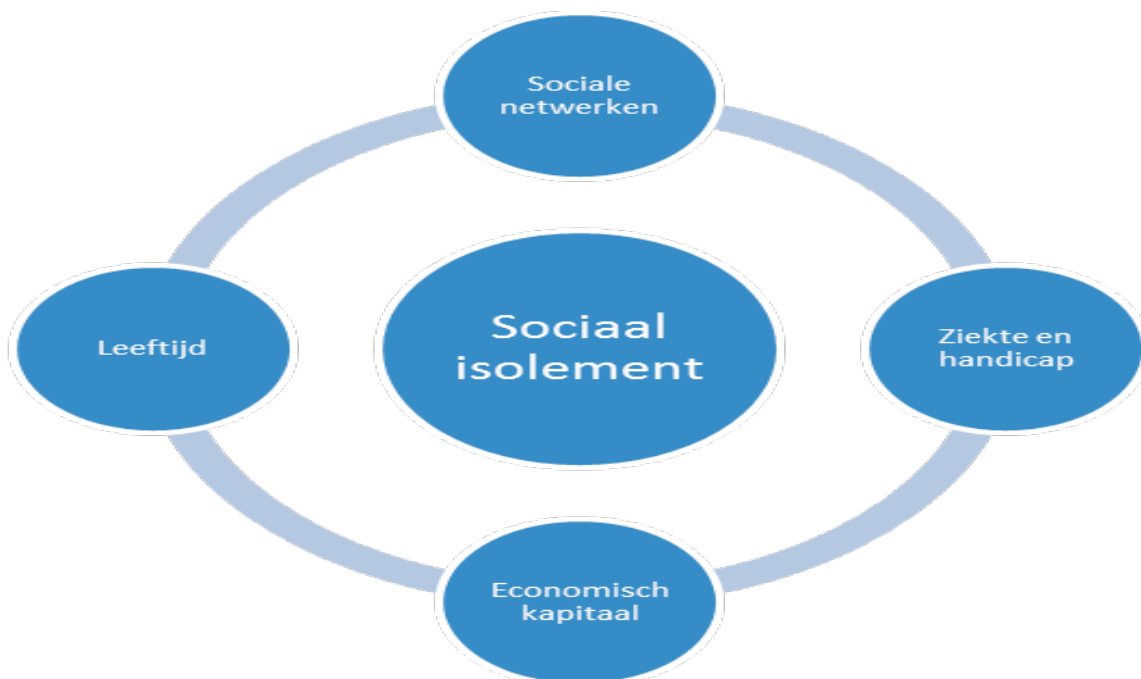
### Financiële en andere drempels wegwerken

- Ik ben eenzaam; als je weinig geld hebt, kan je niet veel doen.
- Hun inkomen verhogen zodat ze iets gemakkelijker kunnen leven.

- Het verenigingsleven is te duur.
- Rusthuizen aan een redelijke prijs.
- Mensen meer geld geven zou dit verhelpen.
- Mensen zijn eenzaam omdat ze bang zijn om buiten te komen; ze voelen zich onveilig.
- Financieel steunen van personen die naar een rusthuis willen gaan en niet kunnen.
- Beschikken over meer sociale woningen om de uitgaven te beperken want ontspanning is duur.
- De pensioenen helpen verhogen zodat deze personen meer personen kunnen aantrekken om allerlei diensten te leveren.
- Het openbaar vervoer verbeteren in hun buurt.
- De toegang tot het openbaar vervoer verbeteren voor rolstoelen, aangepaste bussen en zitplaatsen.
- Men zou de mensen in een home op bepaalde uren en dagen moeten komen halen zodat ze naar de club kunnen. Zo hebben ze iets om naar uit te kijken.

### 3. Tot slot

Vroeg of laat kan ieder van ons in een situatie van sociaal isolement belanden, maar we moeten vaststellen dat het risico daarop niet gelijk gespreid is over alle bevolkingscategorieën en afhangt van de levensomstandigheden waarin iemand verkeert.



Op zich kunnen leeftijd, bestaansonzekerheid, een ziekte of handicap en het gebrek aan gediversifieerde netwerken niet systematisch worden beschouwd als factoren die bijdragen tot isolement. Helemaal niet. Iedereen weet dat de meerderheid van de ouderen, al dan niet arm, of al dan niet met een handicap, perfect deel uitmaakt van het sociale leven. Aan de andere kant vergroot de combinatie van deze factoren het gevaar op uitsluiting echter aanzienlijk.

Bijgevolg mogen we terecht besluiten dat sociaal isolement vaak het resultaat is van het samengaan van verscheidene risicofactoren en dat de situatie zo ernstig is dat het nodig is om iedereen daarvan bewust te maken en om acties uit te werken voor alleenstaande ouderen.

Eenzijds weten we immers dat de determinanten van het sociaal isolement schadelijk kunnen zijn, maar aan de andere kant kunnen we die situatie misschien ook keren als we erin slagen om ze te beheersen. Het wegnemen van de kans op sociaal isolement is uiteraard utopisch, al was het maar omdat bepaalde factoren zoals de leeftijd niet veranderd kunnen worden. Maar het is wel realistisch om het risico te verminderen. Dat is dan ook de belangrijkste uitdaging voor elk nieuw initiatief dat wordt ontwikkeld ter bestrijding van sociaal isolement.

Een ideaal project zou dus een alternatief moeten kunnen bieden voor alle aspecten die sociaal isolement kunnen versterken. Het zou een combinatie moeten zijn van het toewijzen van een of meer aangepaste diensten en van het garanderen van sociaaleconomische rechtvaardigheid.

Het handvest van Toronto, dat werd uitgewerkt in mei 2010, formuleerde negen hoofdbeginselen voor een bevolkingsgerichte benadering van de lichamelijke activiteit. Verschillende van deze voorschriften kunnen worden gebruikt als basis voor het uitwerken van aanbevelingen bij het uitvoeren van initiatieven ter bestrijding van sociaal isolement:

1. Ontwikkelen van strategieën die steunen op **betrouwbare gegevens** en mikken op de hele bevolking en op specifieke groepen: het onderzoek dat werd uitgevoerd door de Koning Boudewijnstichting, en de massale verspreiding van de resultaten, bieden aan het grote publiek en aan geïnteresseerde organismen ondersteuning voor het identificeren van ouderen van 65 jaar en ouder met een risico op sociaal isolement in België.
2. Focussen op de omgevings-, sociale en individuele **determinanten** inzake isolement: een definitie van de determinerende factoren biedt een overzicht van de elementen waarmee absoluut rekening moet worden gehouden bij het beheersen van het fenomeen. Zo weten we immers op welke specifieke factoren we moeten letten.
3. Kiezen voor een benadering die steunt op **rechtvaardigheid** om de sociale en economische ongelijkheid die bijdraagt tot sociaal isolement te verminderen: het ontwikkelen van een project dat sociaal isolement bij ouderen wil verminderen, dreigt met een grote waarschijnlijkheid te mislukken als het geen rekening houdt met de economische situatie van de doelgroep. Het zou immers vrij absurd zijn om een oplossing te bedenken die niet toegankelijk is voor de meest kansarmen, die talrijk zijn bij de alleenstaanden.
4. Ondernemen van **duurzame intersectorale partneracties** op het federale, gewestelijke en lokale niveau: de toename van het aantal initiatieven en de onderlinge samenwerkingsverbanden die daaruit kunnen ontstaan, zouden kunnen bijdragen tot een extra vermindering van sociaal isolement.
5. Rekening houden met de **culturele context** en de strategieën afstemmen op de lokale situaties, context en beschikbare hulpbronnen: met het oog op hun voortbestaan en hun uiteindelijke ontwikkeling moeten de voorgestelde acties des te meer steunen op een stevige basis die specifiek rekening houdt met de beschikbare hulpbronnen.



## REFERENTIES

Aartsen, M.T., T. van Tilburg, C.H.M. Smits & K.C.P.M. Knipscheer (2004). A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 249-266.

Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature, *Ageing and Mental Health*, 2 (4), 264-274.

Assous L. & Ralle P. (2000). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale. Helsinki, 25-35.

Bayer-Oglesby L., Höpflinger F., Zumbrunn A. (2011). La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Observatoire suisse de la santé. Zurich.

Bernier, L., (1997). Les relations sociales. Institut québécois de recherche sur la culture. Chicoutimi.

Biggs, S. & Daatland, S. (2004). *Ageing and diversity: a critical introduction*. Bristol: Policy Press.

Börsch-Supan A, Jürges H (eds) (2005). *The survey of health, ageing and retirement in Europe—methodology*. MEA, Mannheim.

Borys, S., & Perlman, D. (1985). Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 63-74.

Briels, B. & Ploegmakers, M. (2010). "Soms is er geen oplossing voor". *Frontliniepanel over eenzaamheid*. Utrecht: MOVISIE.

Bronselaer, J., Callens, M. & Vanden Boer, L. (2008). Het subjectief welbevinden van Vlaamse rusthuisbewoners, *Tijdschrift voor sociologie*, 2-3 (29), 232-257.

Cacioppo, J., Hawkley, L., Crawford, E., Ernst, J., Burleson, M., Kowalewski, R. & Berntson, G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.

Cacioppo, J., Fowler, J. & Christakis, N. (2009). Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of Personality and Social Psychology*. 97(6), 977-991.

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

Charpin J-M. & Tlili C., (2011). Perspectives démographiques et financières de la dépendance.

Conseil supérieur de promotion de la santé. La réduction des inégalités sociales de santé. 2011.

Cramer, K. & Barry, J. (1999). Conceptualizations and measures of loneliness: a comparison of subscales, *Personality and Individual Differences*, 27, 491-502.

de Jong Gierveld, J. & Raadschelders, J. (1982) 'Types of loneliness', pp. 105- 121, in: Peplau, L. A. & Perlman, D. (Eds.), *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons.

de Jong Gierveld, J. & van Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the loneliness scale*. VU University Amsterdam, Department of Social Research Methodology.

de Jong Gierveld, J. (1999). Eenzaamheid onder ouderen: een overzicht van het onderzoek. *Geron: tijdschrift over ouder worden en maatschappij*(1), 5-15.

de Jong Gierveld, J. & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview, *Canadian Journal on Aging*, 23: 109-113.

de Jong Gierveld, J. & van Tilburg, T. (2004) Manual of the loneliness scale [http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual\\_loneliness\\_scale\\_1999.html](http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html)

de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.

de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2010). The de Jong Gierveld Short Scales for Emotional and Social Loneliness: Tested on data from seven countries in the UN Generations and Gender Surveys. *European Journal of Ageing*. DOI: 10.1007/s10433-010-0144-6

De Leeuw, E. D. (1992). *Data quality in mail, telephone, and face to face surveys*. Amsterdam, Nederland: T. T. Publikaties.

Demarest, S. (2011). Sociale Gezondheid Gezondheidsenquête 008, website: [http://iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/r4/8.SO\\_Sociale%20gezondheid\\_REPORT\\_2008\\_NL.pdf](http://iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/r4/8.SO_Sociale%20gezondheid_REPORT_2008_NL.pdf)

Dickens, A., Richards, S., Greaves, C. & Campbell, J. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11, 647.

Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.

- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1–12.
- Dykstra P. A., van Tilburg T.G., de Jong Gierveld J (2005). Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Res Aging* 27:725–747.
- Dykstra, P. A. & de Jong Gierveld, J. (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal of Aging*, 23, 141–155.
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing and Society*, 23, 647–658.
- Fokkema CM, van Tilburg T. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38:185-203.
- Fokkema, T. & van Tilburg T. (2006). *Aanpak van eenzaamheid: helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. NIDI report nr. 69. Den Haag: NIDI.
- Fokkema, T. & Stevens, N. (2007). Typen van interventies. In: Tilburg T. van & Jong Gierveld, J. de (eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid; achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Fokkema, T., de Jong Gierveld, J. & Dykstra, A. (2012). Cross-National Differences in Older Adult Loneliness, *The Journal of Psychology*, 146:1-2, 201-228.
- Fondation de France. Les solitudes en France en 2010. s.l.s.n.
- Fragonard M. et al. (2004). Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.
- Halleröd, B. (2009). Ill, worried or worried sick? Inter-relationships among indicators of wellbeing among older people in Sweden. *Ageing & Society*, 29, 563–584.
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago health, aging, and social relations study. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 63B, S375–S384.
- Hawkley, L.C. & Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior and Immunity*, 17 (Suplement 1), S98-S105.
- Heylen, L. & Mortelmans, D. (2007). *Trends in sociale participatie en isolatie van ouderen*. In: Cantillon B., Van de bosch, K., Lefebure, S. (red.), *Ouderen in Vlaanderen van 1975 tot 2005: een terugblik in de toekomst*. Leuven, Acco, 109-139.

Heylen, L. (2011). *Oud en eenzaam? Een studie naar de risicofactoren voor sociale en emotionele eenzaamheid bij ouderen*, Proefschrift, Universiteit Antwerpen.

Hogan BE, Linden W, Najarian B. (2002). Social support interventions: do they work? *Clin Psychol Rev* 22(3): 383–442.

Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement: een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.

Hughes M., Waite L., Hawkey L., Cacioppo J. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging* 26:655–672.

Imbaud, D. & Ratte, E. (2011). Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 135-142.

Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23, 157–168.

Kohli, M., Hank, K. & Kunemund, H. (2009). The social connectedness of older Europeans: Patterns, dynamics and contexts. *Journal of European Social Policy* 19(4).

Korporaal, M., Broese van Groenou, M., & van Tilburg, T. G. (2008). Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 20, 306–325.

Lambrecht, M. (2011). Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060. Federaal Planbureau: Brussel. [http://www.plan.be/admin/uploaded/201112190816070.bevpop2011\\_nl.pdf](http://www.plan.be/admin/uploaded/201112190816070.bevpop2011_nl.pdf)

Linneman, M. (1996). *Een eenzaam (s)lot? Een integratie van verklaringen van eenzaamheid onder ouderen boven de 75 jaar*. Amsterdam: Vakgroep Sociologie en Sociale Gerontologie.

Linnemann, M., Linschoten, P. van, Royers, Th., Nelissen H. & Nitsche, B. (2001). *Eenzaam op leeftijd. Interventies bij eenzame ouderen*. Utrecht: NIZW.

Lunaigh C. & Lawlor B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*, (23), 1213-1221.

Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement*. Utrecht; Van Arkel.

Maggi, P. (2010). Enquête sur les critères de choix d'une maison de repos en Région wallonne : écart entre souhaits des familles et réalité du terrain. Mémoire de master. Sciences de la santé publique orientation Gestion des Institutions de Soins. Liège : Université de Liège.

Malcolm, J. (2005). *The social construction of old age as a problem*, pp. 563-571, in: Malcolm, J., Bengtson, V., Coleman, P. & Kirkwood, T. (Eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

McWhirter, B. (1990). Loneliness: a review of current literature, with implications for counseling and research, *Journal of Counseling & Development*, 68, 417-422.

Meisner BA . A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2011;66. Advance online publication. doi:10.1093/geronb/gbr062.

Mitchell A. & Coyne J (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*, 57, 144-151.

Morel, A. & Veber, O. (2011). Société et vieillissement. Membres de l'inspection générale des affaires sociales.

Perlman D, Peplau LA (1981). *Toward a social psychology of loneliness*. In: Gilmour R, Duck S (eds) *Personal relationships 3: personal relationships in disorder*. Academic Press, London, pp 31-56.

Pérodeau, G. & du Fort, G. (2000). Psychotropic drug use and the relation between social support, life events, and mental health in the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 19, 23-41.

Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis, *Basic and Applied Social Psychology*, 23: 245-266.

Prieto-Flores, M., Forjaz, M. , Fernandez-Mayoralas, G. , Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging And Health*, 23(1), 177-194.

Rodríguez-Artalejo, F., Guallar-Castillón, P., Herrera, M. C., Otero, C. M., Chiva, M. O., Ochoa, C. C., Banegas, J. R. and Pascual, C. R. (2006). Social Network as a Predictor of Hospital Readmission and Mortality Among Older Patients With Heart Failure, *Journal of Cardiac Failure*, 12(8): 621-627.

Rokach, A., Orzeck, T., Cripps, J., Lackovic-Grgin, K. & Penezic, Z. (2001). The effects of culture on the meaning of loneliness, *Social Indicators Research*, 53, 17-31.

Rokach, A. (2007). The effect of age and culture on the causes of loneliness. *Social Behavior and Personality*, 35, 169-186.

Rokach, A. (2008). Coping with loneliness in North America and Spain. *Psychology Journal*, 5, 51-68.

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

Russell, D, Peplau LA, Cutrona CE. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 39(3): 472–480.

Russell, D., Peplau, L.A., & Ferguson, M.L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.

Sansoni, J., Marosszeky, N., Sansoni, E., Fleming, G. (2010). *Final Report: Effective Assessment of Social Isolation*. Centre for Health Service Development, University of Wollongong.

Schoenmakers, E., van Tilburg, T. & Fokkema, T. (2011). Coping with loneliness: What do older adults suggest?, *Aging & Mental Health*, DOI:10.1080/13607863.2011.630373

Scharf, T., Smith, A. (2004). *Older people in urban neighborhoods: Addressing the risk of social exclusion in later life*. In C. Phillipson, G. Allan, & D. Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion: Sociological and political issues* (pp. 162–179). London: Ashgate.

Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2011). Use of Direct Versus Indirect Approaches to Measure Loneliness in Later Life. *Research on Aging*.

Shute, R. & Howitt, D. (1990). Unravelling paradoxes in loneliness: research and elements of social theory of loneliness, *Social Behaviour*, 5, 169-184.

Special Eurobarometer 283 (2007). *Health and long-term care in the European Union*. European Commission, Brussels.

SPF Economie, P.M.E, Classes moyennes et Energie. Evolution du nombre de divorces par année (1990 – 2010), par région et par province. [en ligne]. 2010. [consulté le 16/02/12]. Disponible à partir de : [http://economie.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population\\_-\\_divorces\\_en\\_2010.jsp](http://economie.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_-_divorces_en_2010.jsp)

Spruytte, N., Declercq, A., Herbots, B., Holvoet, M., Elst, R., Van der Flaas, J., Molenberghs, C., Kuylen, L., Lecoutere, J., Van den Heuvel, B., Van Audenhove, C. (2009). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor mensen met dementie, Het antwoord op 101 vragen*. Antwerpen: Garant.

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

Stevens, N. (2007). Verwerking van eenzaamheid In: Tilburg T. van. & Jong Gierveld, J. de (eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid; achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Sudman, S., & Bradburn, N. M. (1974). *Response effects in surveys: A review and synthesis*. Chicago: Aldine.

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6, 267–275.

- Tilburg T. van (2007) 'Prevalentie'. In: Tilburg T. van. & Jong Gierveld, J. de (eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid; achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Trillard A., (2011). Mission au profit du président de la république relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées.
- Van Audenhove, Ch., Declercq, A., De Coster, I., Spruytte, N., Molenberghs, C., Van den Heuvel, B. (2003). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*. Antwerpen: Garant.
- Vanden Boer, L. & Pauwels, K. (2005). *Eenzame ouderen: mythe of realiteit?* Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie.
- Vanden Boer, L. & Pauwels, K. (2005). *75-plussers en hun sociale contacten*, Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie.
- Vanden Boer, L. & Pauwels, K. (2006). *LOVO-2: Profielschets van de rusthuizen/RVT's in de steekproef*. In Vanden Boer, L., Pauwels, K., Callens, M. & Carrette, V. (red.), *Het leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen (LOVO) LOVO-2: Rusthuis- en RVT-bewoners*. Opzet en gegevensverzameling, Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie, CBGS-Werkdocument 2006 (2) (pp. 25-34).
- Vanden Boer, L., Vanderleyden, L. & Callens, M. (2004). *LOVO: design en methode*, T. Jacobs, L. Vanderleyden & L. Vanden Boer (eds.). *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Vanderleyden, M. & Heylen, L. (2007). *Ouderen, hun sociale contacten en de beleving ervan: continuïteit of verandering?* *Tijdschrift voor Sociologie* (1) 52-78.
- van Tilburg, T. (2005) *Gesloten uitbreiding. Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase, Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Sociale Gerontologie aan de faculteit der Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit op 8 december 2005* (pp. 24).
- Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research, and Intervention*. New York : Praeger.
- Vermeulen, B., Declercq, A. (2012). *Vlaamse Ouderen Zorg Studie: kwetsbare, thuiswonende ouderen - resultaten en aanbevelingen*. (SWVG-rapport). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Verté, D. & Dury, S. (2011). *Doe mee! Over ouderen en maatschappelijke participatie*. Vrije Universiteit Brussel & Hogeschool Gent.
- Victor, C., Sasha J., Scrambler, Sunil Shah, Derek G. Cook, Tess Harris, Elizabeth Rink, et al. (2002). *Has Loneliness Amongst Older People Increased? An Investigation Into Variations Between Cohorts*. *Ageing & Society*, 22:585-597.
- Victor C, Bowling A, Bond J, Scrambler S. *Loneliness, social isolation and living alone in later life*. *ESRC GO Findings* 2003; 17: 1-4.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bond, J. & Bowling, A. (2004) Loneliness in later life, Walker, A. (Ed.), *Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.

Victor, C. R., Scambler, S. J. & Bond, J. (2009). *The social world of older people. Understanding loneliness and social isolation in later life*. Berkshire: Open University Press.

Weiss, R. S. (1973). *The experience of emotional and sociale isolation*. Cambridge: MIT Press.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 64, 234–240.

Yang, K. & Victor, C. (2011). Age and Loneliness in 25 European Nations. *Ageing and Society*, 31(8): 1368-1388.





[www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

Meer info over onze projecten,  
evenementen en publicaties vindt u op  
[www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be).

Een e-news houdt u op de hoogte.  
Met vragen kunt u terecht op  
[info@kbs-frb.be](mailto:info@kbs-frb.be) of 070-233 728

Koning Boudewijnstichting,  
Brederodestraat 21, B-1000 Brussel  
02-511 18 40,  
fax 02-511 52 21

Giften vanaf 40 euro  
zijn fiscaal aftrekbaar.  
000-0000004-04  
IBAN: BE10 0000 0000 0404  
BIC: BPOTBEB1

De Koning Boudewijnstichting is een onafhankelijke en pluralistische stichting in dienst van de samenleving. We willen op een duurzame manier bijdragen tot meer rechtvaardigheid, democratie en respect voor diversiteit. De Stichting steunt jaarlijks zo'n 2.000 organisaties en individuen die zich engageren voor een betere samenleving. Onze actiedomeinen voor de komende jaren zijn: armoede & sociale rechtvaardigheid, democratie in België, democratie in de Balkan, erfgoed, filantropie, gezondheid, leiderschap, maatschappelijk engagement, migratie, ontwikkeling, partnerschappen of uitzonderlijke ondersteuning. De Stichting werd opgericht in 1976 toen Koning Boudewijn 25 jaar koning was.

In 2011 werkt de Stichting met een startbudget van 30 miljoen euro. Naast ons eigen kapitaal en de belangrijke dotatie van de Nationale Loterij, zijn er de Fondsen van individuen, verenigingen en bedrijven. De Koning Boudewijnstichting ontvangt ook giften en legaten.

De Raad van Bestuur van de Koning Boudewijnstichting tekent de krachtlijnen uit en zorgt voor een transparant beleid. Voor de realisatie doet ze een beroep op een 50-tal medewerkers. De Stichting werkt vanuit Brussel en is actief op Belgisch, Europees en internationaal niveau. In België heeft de Stichting zowel lokale, regionale als federale projecten lopen.

Om onze doelstelling te realiseren, combineren we verschillende werkmethodes. We steunen projecten van derden of lanceren eigen acties, bieden een forum voor debat en reflectie, en stimuleren filantropie. De resultaten van onze projecten en acties worden verspreid via diverse mediakanalen. De Koning Boudewijnstichting werkt samen met overheden, verenigingen, ngo's, onderzoekscentra, bedrijven en andere stichtingen. We hebben een strategisch samenwerkingsverband met het European Policy Centre, een denktank in Brussel.

