

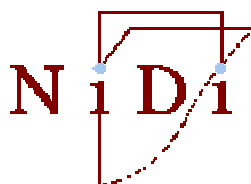
Een vergelijkend effectonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen

Tussenrapportage

Tineke Fokkema
Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI)

Theo van Tilburg
Vrije Universiteit, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Sociale Gerontologie

Oktober 2003



vrije Universiteit *amsterdam*



Inhoud

Inhoud	1
1. Inleiding	3
2. Eenzaamheid	7
2.1. <i>Definitie</i>	7
2.2. <i>Vormen van eenzaamheid</i>	8
2.3. <i>Operationalisering</i>	8
3. Meervoudige classificatie van de interventies	10
3.1. <i>Verwerkingsstijlen</i>	10
3.2. <i>Doelgroep</i>	12
3.3. <i>Benadering</i>	13
3.4. <i>Uitvoerenden</i>	13
3.5. <i>Duur interventie</i>	13
4. Aanpak voormeting	15
4.1. <i>Vragenlijst</i>	15
4.2. <i>Wijze van werving en ondervraging van de respondenten</i>	16
4.3. <i>Controlegroep</i>	18
4.4. <i>Tijdpad</i>	18
5. Kwaliteit voormeting	21
5.1. <i>Data-invoer en -check</i>	21
5.2. <i>Omvang en samenstelling steekproef</i>	21
5.3. <i>Non-response</i>	24
5.4. <i>Toetsing van de meetinstrumenten</i>	26
6. Resultaten	34
7. Tot besluit	40

2, *Vergelijkend Effectonderzoek, Inhoud*

7.1. <i>Vervolgactiviteiten</i>	40
7.2. <i>Lessen voor de toekomst</i>	42
7.3. <i>Een tussenbalans</i>	43
Referenties	45
<i>Bijlage 1. Omschrijving van de interventieprojecten</i>	50
Huisbezoek bij allochtone ouderen, Beverwijk	50
Vriendschapskursus voor oudere joodse vrouwen, Amsterdam	51
Vriendendienst voor psychisch kwetsbare ouderen, Oosterschelderegio	52
Activerend huisbezoek, Zutphen	54
Internetkursus, Zutphen	57
Lotgenotencontact, Rivierenland	58
Esc@pe (pc- en internetgebruik), Eindhoven	60
Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners, Nijmegen	61
Buddyzorg voor homoseksuele ouderen, Amsterdam	63
Post Actief: aanpak tegen eenzaamheid in verzorgingshuizen, Zuidwest Friesland	66
Door een andere bril, Almere en Amsterdam	67
Psycho-educatieve groepskursus, Zuid-Holland	68
Aanpak eenzaamheid onder verzorgingshuisbewoners, Gelderland, Overijssel, Flevoland	70
Wensvervulling en activiteitenplan	72
Signalerend huisbezoek, Leiden	72
Diner met film, Amsterdam	74
Preventie van vereenzaming bij slechthorende ouderen	75
<i>Bijlage 2. Specifieke doelgroepen</i>	77
Recent verweduwde ouderen	77
Verzorgingshuisbewoners	77
Slechthorende ouderen	78
Ouderen met een psychosociale en/of psychiatrische problematiek	78
Allochtone ouderen	78
Joodse ouderen	79
Homoseksuele ouderen	80
<i>Bijlage 3. Voormeting-vragenlijst</i>	82
<i>Bijlage 4. Nameting-vragenlijst</i>	90

1. Inleiding

Onder alle geledingen van de bevolking komt eenzaamheid voor. Toch bestaat de indruk dat ouderen in sterkere mate te kampen hebben met eenzaamheidsgevoelens dan mannen en vrouwen van andere leeftijdscategorieën. Naarmate men ouder wordt, doen ingrijpende levensgebeurtenissen die risico op vereenzaming met zich meedragen, zich vaker en soms gelijktijdig voor. Bij deze risicofactoren voor eenzaamheid kan men onder andere denken aan een sterke inkomensdaling, het verlies van dierbaren of een verslechterende gezondheid. Verschillende risicofactoren leiden tot verschillende typen van eenzaamheid. Na de dood van de partner bijvoorbeeld is het gemis van de partner en van de ervaren intimiteit van deze relatie doorslaggevend voor de gevoelens. Maar ook na een verhuizing kan men, hoe intiem de ondersteuning van de partner ook uitvalt, zich toch eenzaam voelen door het ontbreken van contacten met anderen waarin men gedachten kan uitwisselen. Bovendien zijn de omstandigheden waaronder eenzaamheid op oudere leeftijd optreedt ook vaak moeilijk aan te pakken, en hardnekkiger dan onder mensen uit jongere leeftijdscategorieën. Schattingen laten zien dat 32 procent van de 55-plus bevolking van Nederland beschouwd kan worden als eenzaam (De Jong Gierveld, 1999), hetgeen neerkomt op ruim 1,2 miljoen eenzame oudere personen. Binnen deze categorie wordt 28 procent als betrekkelijk ernstig eenzaam beschouwd, 3 procent als ernstig eenzaam en 1 procent als uiterst eenzaam.

Verspreid over Nederland zijn al vele interventieprojecten uitgevoerd om eenzaamheidsgevoelens bij oudere mensen te verminderen of ook te voorkómen. Gesprekskringen, internetgebruik, vriendschapskursussen, activerend huisbezoek, en dagopvang in verzorgings- en verpleeghuizen vormen slechts enkele voorbeelden hiervan. Diversiteit is ook te vinden in de organisaties die deze interventies uitvoeren: gemeenten, sociale diensten, GGD, GGZ, vrijwilligers- en ouderenorganisaties.

Hoe effectief eenzaamheidsinterventies zijn, is nog grotendeels onbekend. Interventieprojecten gaan doorgaans niet vergezeld van effectonderzoek. Hierdoor is het onmogelijk na te gaan of vermindering van eenzaamheid ook plaatsvindt en zo ja, of die vermindering dan kan worden toegeschreven aan die betreffende interventie. In de verslagen van eenzaamheidsinterventies wordt meestal volstaan met een kwalitatief oordeel over het succes van de interventie. Als succesvol *ervaren* interventies eindigen dan ook vaak met enkele citaten van tevreden deelnemers of van betrokken uitvoerders. Wanneer de interventie als minder succesvol wordt beschouwd, volgt er meestal een opsomming van organisatorische zaken waardoor de interventie niet tot het verwachte positieve effect heeft kunnen leiden. Vrijwel nooit wordt de geschiktheid van de interventie in twijfel getrokken. Dit is niet zo verwonderlijk. Bij de start van de eenzaamheidsinterventie onder oudere mensen wordt doorgaans te weinig rekening gehouden met de oorzaken van hun eenzaamheidsgevoelens. Daardoor wordt te snel gegrepen naar standaardoplossingen zoals het vergroten van het sociale netwerk met nieuwe kennissen of vrienden. Goed bedoelde interventies voor bepaalde groepen van ouderen kunnen hierdoor al bij voorbaat gedoemd zijn te mislukken, zeker ook wanneer we de omstandigheden van deze ouderen nader bezien. Een interventie waarin het gezellig bijeenzijn van ouderen wordt bevorderd, zal weinig effectief zijn voor een oudere man of vrouw die een intieme relatie mist, of die door een slechte gezondheid minder mobiel is.

Door het ontbreken van kwantitatief effectonderzoek bestaat de kans dat de eenzaamheidsproblematiek onder ouderen tot dusver niet optimaal is aangepakt. Een niet onbelangrijk neveneffect hiervan is dat personeel, geld en andere middelen inefficiënt werden benut. Ineffectieve interventies worden niet snel stopgezet of gewijzigd en succesvolle interventies worden niet aangescherpt ter vergroting van het effect. Een ander bijkomend gevolg is het uitblijven van voortschrijdend theoretisch inzicht. Op deze wijze werkend missen we antwoorden op vragen als: Welke vormen van eenzaamheid kunnen door interventies worden verminderd? Welke achterliggende oorzaken van eenzaamheid kunnen door interventies wel en welke kun-

4, *Vergelijkend Effectonderzoek, Inleiding*

nen niet worden aangepakt? Kan een bepaalde vorm van eenzaamheid worden gecompenseerd door het bestrijden van een andere vorm van eenzaamheid? Leidt deelname aan interventie tot een verandering in de onderlinge samenhang van de risicofactoren achter eenzaamheid? Antwoord op deze vragen vereist nauwe samenwerking tussen praktijk en wetenschap.

Dit alles is voor de Stichting Sluyterman van Loo, Stimuleringsfonds ouderenprojecten, te Beverwijk aanleiding geweest het programma 'Eenzaamheid onder ouderen' in te stellen, met een begroting van ongeveer €1 miljoen. In het kader van dit programma zijn allerlei instanties uitgenodigd tot het voorstellen van interventieprojecten, zo mogelijk met bijzondere aandacht voor moeilijk bereikbare groepen. Een bijzondere voorwaarde was dat een effectmeting een expliciet onderdeel van het projectvoorstel diende te zijn. De animo voor deelname aan dit programma bleek bijzonder groot te zijn: niet minder dan 120 projectvoorstellen werden ingediend. De Stichting heeft hiervan zeventien gehonoreerd en (mede) gefinancierd¹. In bijlage 1 is een omschrijving van deze projecten te vinden.

De Stichting heeft vervolgens het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) verzocht om op basis van de geselecteerde interventieprojecten een *vergelijkend* effectonderzoek uit te voeren. Bestudering van de projectvoorstellen maakte al snel duidelijk dat een dergelijk onderzoek een risicovolle onderneming kan zijn. De voorgestelde interventies zijn zeer divers voor wat betreft de aard en looptijd. Bovendien was in de opzet van de projectvoorstellen een grote verscheidenheid te constateren in de wijze waarop men de uitkomsten van de uit te voeren interventies dacht te kunnen vaststellen. De unieke mogelijkheid voor vergelijkend onderzoek op het belangrijke veld van het welbevinden van oudere mensen die door de Stichting is gecreëerd, heeft echter voor het NIDI de doorslag gegeven toch op het verzoek in te gaan. De mogelijke risico's zijn getracht te voorkómen door vooraf een aantal voorwaarden op te stellen waaraan de effectmetingen van de gehonoreerde projectvoorstellen zouden moeten voldoen. Het NIDI voert dit onderzoek uit in samenwerking met de Vrije Universiteit, Afdeling Sociale Gerontologie (VU/SG). Het team van onderzoekers bestaat uit de volgende personen: Prof. dr. P.A. Dykstra, Dr. C.M. Fokkema, Prof. dr. J. de Jong Gierveld (allen verbonden aan het NIDI) en Dr. T.G. van Tilburg (VU).

In het vergelijkend effectonderzoek staat de vraag centraal bij welke oorzaak van eenzaamheid welk type interventie het meest geschikt is. De verschillen tussen de interventies worden geoperationaliseerd aan de hand van verschillende dimensies. Binnen het eenzaamheidsonderzoek is dit een nog onontgonnen terrein; voorbeelden van meervoudige classificaties zijn nog slechts sporadisch voorhanden.

Cruciaal voor het onderzoek is dat alle interventieprojecten vergezeld gaan van een vergelijkbare kwantitatieve effectmeting. Dit maakt het doen van uitspraken mogelijk over het effect van eenzaamheidsinterventies die het projectniveau overstijgen. Om dit te bewerkstelligen, heeft het NIDI de volgende voorwaarden opgesteld:

- (1) Het afnemen van gestructureerde vragenlijsten, voorafgaand aan en na afloop van de interventie (voor- en nametingen), met daarin in ieder geval opgenomen de vragen die door het NIDI worden samengesteld. Deze vragen omvatten naast de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985) ook vragen over mogelijke determinanten van eenzaamheid. Alleen dan is vast te stellen waaraan eventuele veranderingen in eenzaamheid zijn toe te schrijven en in hoeverre die veranderingen het gevolg zijn van de uitgevoerde interventie;
- (2) Het doen van twee nametingen, bij voorkeur één direct na afloop van de interventie en één zes maanden later. Dit maakt het mogelijk om naast de korte termijn effecten ook de

¹ In eerste instantie heeft de Stichting 21 projectvoorstellen gehonoreerd. Vier projecten hebben om uiteenlopende redenen geen doorgang kunnen vinden en één project werd door de Stichting niet geschikt gevonden om met het vergelijkend effectonderzoek mee te doen. Daarnaast bevatte één projectvoorstel twee zeer verschillende interventies, zodat het aantal interventieprojecten uitkomt op zeventien.

lange termijn gevolgen van een interventie te kunnen bepalen: hoe blijvend zijn de veranderingen?; en

(3) Het in het onderzoek betrekken van een controlegroep van niet-deelnemers aan de interventies bij wie op elk van de meetmomenten dezelfde vragenlijsten worden afgenomen. De controlegroep dient om er zeker van te zijn dat een eventuele vermindering van eenzaamheidsgevoelens onder de deelnemende ouderen ook inderdaad is toe te schrijven aan de interventie.

Deze voorwaarden zijn door de Stichting teruggekoppeld naar de projectverantwoordelijken. Formulering ervan had weliswaar een verplichtend karakter, maar de mogelijkheid werd geboden om, op gegronde redenen steunend, hiervan af te wijken.

Om het belang van de voorwaarden nog eens uiteen te zetten alsmede de consequenties ervan voor de inrichting van de effectmeting, is vóór de start van de interventies een een-daagse workshop op het NIDI gehouden voor die projecten die voor de eerste keer een effectmeting uitvoeren. Bovendien konden de uitvoerders van de effectmeting voor de duur van het project methodologische begeleiding krijgen.

Gegeven de risicovolle opzet, is een succesvolle uitvoering van het vergelijkend effectonderzoek niet mogelijk zonder ondersteuning door en commitment van de Stichting. Vandaar dat een begeleidingscommissie in het leven is geroepen met als leden: Mr. K.W. Sluyterman van Loo, Dr. A.M. Lagaay, Dr. A. Vollering (allen vanuit het College van Regenten), Drs. ing. J.B.M. Krijnen (Ministerie van VWS, Afdeling verpleging, verzorging, ouderen) en Prof. dr. A.J.A. Felling (Katholieke Universiteit Nijmegen, emeritus hoogleraar methodenleer).

Op grond van de beoogde startdata van de betrokken interventieprojecten, werd een voor alle projecten geldende uiterste aanleverdata vastgesteld, te weten 1 augustus 2002 voor de gegevens van het eerste meetmoment (voormeting) en 1 augustus 2003 voor die van de tweede en eventuele vervolgmetingen (nametingen). Gegevens die na deze data zouden worden aangeleverd, zouden niet meer in de analyses worden betrokken.

Al snel werd duidelijk dat deze data voor de meeste projecten niet haalbaar waren. Op het moment dat wij dit schrijven (oktober 2003) heeft slechts één project zich gehouden aan beide aanleverdata (project 'Preventie van vereenzaming bij slechthorenden'); vier andere projecten ('Activerend huisbezoek', 'Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners', 'Aanpak eenzaamheid verzorgingshuisbewoners' en 'Signalerend huisbezoek') zijn de aanleverdatum voor wat betreft de voormeting niet overschreden. Het uitvoeren van een vergelijkend effectonderzoek vereist een voldoende aantal personen in verschillende typen interventies. Derhalve is in een eerder stadium besloten van de gestelde uiterste aanleverdata af te stappen.

Verschillende factoren hebben bijgedragen aan het overschrijden van de aanleverdata. De belangrijkste zijn: (1) de voorbereidingswerkzaamheden ten behoeve van de interventie startten later of duurden langer dan gepland; (2) reorganisatie of fusering van betrokken organisaties; (3) problemen met het vinden én behouden van uitvoerende krachten; (4) extra tijd en inspanning nodig ter voorbereiding en uitvoering van de voormeting; (5) problemen om een voldoende of het beoogde aantal deelnemers aan de interventie te werven; en (6) problemen met het samenstellen van een geschikte controlegroep.

Inmiddels is op één interventieproject na de voormeting afgerond en zijn de interventies van start gegaan. Tijd dus om de tussenbalans op te maken. Langs welke dimensies lijkt het zinvol om de betrokken interventieprojecten te onderscheiden? Op welke wijze en hoeveel deelnemers zijn er verworven en ondervraagd? Is het de projecten gelukt een controlegroep van voldoende omvang te vormen en in hoeverre komt deze op centrale karakteristieken overeen met de interventiegroep? Hoe eenzaam zijn de ouderen voorafgaand aan de interventie? Welke vorm van eenzaamheid doet zich met name voor en wat zijn de belangrijkste oorzaken van eenzaamheid? Antwoord op deze en andere vragen komt aan de orde in de paragrafen 3

6, Vergelijkend Effectonderzoek, Inleiding

t/m 6. Paragraaf 2 is gereserveerd voor het begrip eenzaamheid. Hierin wordt uiteengezet welke definitie van eenzaamheid wij zullen hanteren, welke vormen van eenzaamheid te onderscheiden zijn en hoe de (verschillende vormen van) eenzaamheid door ons is geoperationaliiseerd. De tussenrapportage zal worden afgesloten met een beschrijving van de wijze waarop het vergelijkend effectonderzoek zijn vervolg krijgt en enkele lessen voor de toekomst.

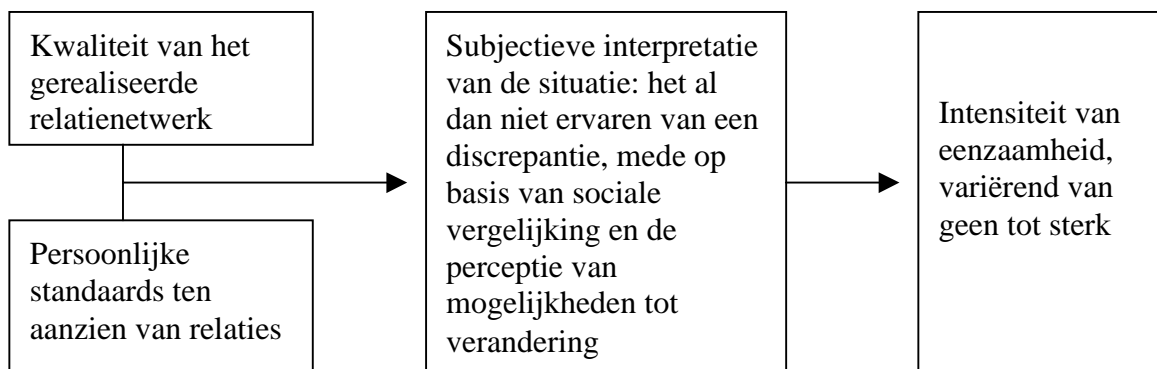
2. Eenzaamheid

2.1. Definitie

In de literatuur over eenzaamheid zijn vele verschillende definities en omschrijvingen van het begrip eenzaamheid te vinden (w.o. Marangoni & Ickes, 1989; Margulis *et al.*, 1984; Perlman & Peplau, 1981; Rook, 1989). Sommige onderzoekers onderscheiden verschillende vormen van eenzaamheid (w.o. Weiss, 1973). Ondanks het gebrek aan consensus, delen de verschillende conceptualiseringen van eenzaamheid enkele gemeenschappelijke elementen die ook de basis vormen voor de gebruikte definitie in dit onderzoek.

Het eerste element is dat eenzaamheid niet synoniem is aan ‘alleen-zijn’ en dat het ‘samen zijn met anderen’ niet per definitie bescherming biedt tegen eenzaamheidsgevoelens (Peplau & Perlman, 1982). Eenzaamheid is dus een subjectief gegeven. Eenzaamheid wordt verondersteld op te treden als er een verschil is tussen de relaties zoals men die heeft en de relaties zoals men zich die wenst (Gordon, 1976; Peplau & Caldwell, 1978). Het tweede element is dat men pas over eenzaamheid kan spreken wanneer dit verschil als negatief wordt ervaren. Het derde en laatste element heeft met het belang van het tijdspectief te maken. Het verschil tussen de gerealiseerde en gewenste relaties wordt als ernstiger ervaren wanneer de betrokkene zichzelf minder goed in staat acht dit verschil binnen redelijke termijn op te heffen.

Gegeven het bovenstaande en in navolging van De Jong Gierveld (1984, p. 45), wordt in dit onderzoek het begrip eenzaamheid als volgt gedefinieerd: eenzaamheid is een als onplezierig en ontoelaatbaar *ervaren* discrepantie tussen de *gerealiseerde* en de *gewenste* relaties. De gewenste relaties worden ook wel aangeduid als de persoonlijke standaards ten aanzien van relaties. Een schematische weergave van deze definitie is te vinden in figuur 1 (overgenomen van Van Tilburg, 1988, p. 9).



Figuur 1. Eenzaamheid als gevolg van een interpretatie van de kwaliteit van de relaties en de persoonlijke standaards ten aanzien van relaties

Eenzaamheid kan dus ontstaan in een situatie waarin het evenwicht tussen de aanwezige relaties en de relationele standaards is verstoord, hetzij na een verschraling van het gerealiseerde netwerk van relaties (bijvoorbeeld het verliezen van de partner door overlijden), hetzij na een verhoging van de persoonlijke standaards (bijvoorbeeld willen huwen in een situatie van ongehuwd zijn). Een dergelijk onevenwicht zal eerder als onprettig en ontoelaatbaar worden ervaren indien desbetreffende persoon denkt dat er geen oplossing op korte of lange termijn mogelijk is (bijvoorbeeld geen mogelijkheden zien om –snel– te hertrouwen).

2.2. Vormen van eenzaamheid

Uit figuur 1 zou kunnen worden opgemaakt dat een vergroting of verbetering van het sociale netwerk één van de oplossingsmogelijkheden is om eenzaamheid te verminderen. Verschillende onderzoekers zijn echter van mening dat dit niet altijd het geval hoeft te zijn. Zij wijzen daarbij op de min of meer unieke functies die bepaalde typen van relaties binnen het sociale netwerk vervullen: de functies van het ene type kunnen moeilijk of slechts in beperkte mate door een ander type worden overgenomen (Allan, 1979; Dykstra, 1993; Litwak & Szelenyi, 1969; Weiss, 1974). Het was Weiss (1973) die de uniciteit van verschillende typen persoonlijke relaties als uitgangspunt nam bij het nader omschrijven van eenzaamheid. Hij onderscheidde twee vormen van eenzaamheid: de eenzaamheid van sociale isolatie en die als gevolg van emotionele isolatie. Sociale eenzaamheid is gekoppeld aan een tekort aan sociale integratie, het ontbreken van contacten met mensen waarmee men bepaalde gemeenschappelijke kenmerken deelt, zoals vrienden of vriendinnen. Emotionele eenzaamheid treedt op als iemand een hechte, intieme band mist met één ander persoon, in de meeste gevallen een levenspartner. Volgens Weiss kan het ontbreken van een dergelijke gehechtheidsrelatie niet (voldoende) worden gecompenseerd door een versterking van sociale integratie en omgekeerd. Dit biedt een verklaring voor het feit dat mensen met een partner gevoelens van eenzaamheid kunnen ervaren omdat zij een bredere kring van vrienden en kennissen missen en, omgekeerd, dat alleenstaanden met een uitgebreide vriendenkring zich eenzaam voelen vanwege het gemis van iemand die er speciaal voor hen is.

In navolging op Weiss hebben verschillende onderzoekers het onderscheid tussen sociale en emotionele eenzaamheid aangebracht (w.o. Stroebe *et al.*, 1996; Glick *et al.*, 1974; Raphael, 1984). In Nederland is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de twee vormen van eenzaamheid. Pas recent is dit onderscheid weer onder de aandacht gekomen (Dykstra & Fokkema, 2001; Van Baarsen *et al.*, 1999, 2001; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999; Moorer & Suurmeijer, 1993). Ook in dit onderzoek zal het onderscheid tussen sociale en emotionele eenzaamheid een centrale plaats innemen. Niet alleen omdat het theoretisch zinvol is dit onderscheid te maken, maar ook omdat het onderscheid praktische betekenis kan hebben. Immers, het onderscheid veronderstelt dat het voorkomen of verminderen van sociale eenzaamheid een andere aanpak vereist dan de hulpverlening bij emotionele eenzaamheid.

2.3. Operationalisering

Verschillende schalen zijn in omloop die beogen het begrip eenzaamheid te meten. In de Engelstalige landen wordt over het algemeen gebruik gemaakt van de zogenaamde UCLA (University of California, Los Angeles)-Loneliness Scale van Russell, Peplau en Cutrona (1980; zie voor een bespreking Paloutzian & Janigian, 1987; Solano, 1986). In Nederland wordt in vele onderzoeken gebruik gemaakt van de zogenaamde gemisintensiteitsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985). In aansluiting op de hiervoor genoemde definitie van eenzaamheid hebben De Jong Gierveld en Kamphuis deze schaal ontwikkeld voor het meten van eenzaamheid onder volwassenen tussen de 25 en 75 jaar in onderzoeken met verschillende surveydesigns, zoals face-to-face interviews, schriftelijke en telefonische ondervraging (De Jong Gierveld, 1989). In de praktijk is de gemisintensiteitsschaal echter vooral gebruikt in onderzoeken waarin ouderen zijn ondervraagd (w.o. Van Baarsen, 2001; Dykstra, 1990; Linnemann & Goede, 1992; Linnemann, 1996; Stevens, 1995a). Uit deze en andere onderzoeken blijkt de gemisintensiteitsschaal redelijk robuust voor diverse leeftijden en discrimineert over het algemeen goed tussen sterk eenzamen, minder eenzamen en niet-eenzamen (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1987a; Van Tilburg & De Leeuw, 1991). Om deze redenen zal in dit onderzoek gebruik worden gemaakt van de gemisintensiteitsschaal die we in het vervolg aanduiden als de eenzaamheidsschaal.

De eenzaamheidsschaal bestaat uit de volgende uitspraken (items):

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 me heen.
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.
5. Ik mis gezelligheid om me 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 me heen.
10. Vaak voel ik me in de steek gelaten.
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.

De antwoordmogelijkheden zijn: ja! (=ja, geheel mee eens), ja, min of meer, nee, en nee! (=nee, geheel mee oneens).

De schaal bestaat uit vijf positief geformuleerde uitspraken (item 1, 4, 7, 8, 11) en zes negatief geformuleerde uitspraken (item 2, 3, 5, 6, 9 en 10). Het niet instemmen met de positief geformuleerde uitspraken en het instemmen met de negatief geformuleerde uitspraken wordt indicatief geacht voor het ervaren van eenzaamheid. Verder komt in de eenzaamheidsschaal het woord eenzaamheid niet voor en refereren de items niet aan specifieke situaties of gedragingen die leeftijdsgebonden zijn. Ook het evaluatieve, subjectieve element is in de elf uitspraken terug te vinden.

Bij de constructie van de eenzaamheidsschaal beoogden De Jong Gierveld en Kamphuis (1985) niet onderscheid te maken tussen sociale en emotionele eenzaamheid. Hun opzet was gradaties in de ernst van eenzaamheidsgevoelens te meten. Desalniettemin biedt de schaal de mogelijkheid twee aparte schalen te construeren, één voor sociale en één voor emotionele eenzaamheid. Immers, de vijf positief geformuleerde items geven uitdrukking aan gevoelens van sociale inbedding, het ergens bij horen. De zes negatief geformuleerde items daarentegen zijn uitspraken over gevoelens van verlatenheid en het gemis van een gehechtheidsrelatie. Omdat de schalen samenvallen met respectievelijk de positief en negatief geformuleerde items, is niet uit te sluiten dat zij minder zeggen over sociale en emotionele eenzaamheid dan over negatieve en positieve waarderingen van sociale contacten. Recente onderzoeksresultaten wijzen echter niet in deze richting (Van Baarsen, 2001; Dykstra & Fokkema, 2001; Van Tilburg, Havens & de Jong Gierveld, in press). Om deze reden en vanwege inhoudelijke overwegingen zullen de twee deelschalen in dit onderzoek centraal staan.

3. Meervoudige classificatie van de interventies

Centraal in het vergelijkend effectonderzoek staat de vraag welk type interventie het meest geschikt is bij welke oorzaak van eenzaamheid. Beantwoording van deze vraag vereist operationalisering van de betrokken interventies aan de hand van verschillende dimensies. Deze aanpak van meervoudige classificatie is binnen het eenzaamheidsonderzoek nog niet vaak gevolgd.

In het hiernavolgende zal worden uiteengezet langs welke dimensies het zinvol is eenzaamheidsinterventies te classificeren. Per dimensie volgt een bespreking van de verdeling van de betrokken interventieprojecten. Tabel 1 vat deze samen. De omschrijvingen van de projecten in bijlage 1 vormden hiervoor de basis en zijn de resultante van het bestuderen van schriftelijke stukken over de betrokken projecten (w.o. de projectvoorstellen) en het houden van site visits.

3.1. Verwerkingsstijlen

Uit figuur 1 is op te maken dat drie groepen oplossingen mogelijk zijn om eenzaamheid te verminderen. Deze worden ook wel de stijlen van verwerking genoemd. Ten eerste kan de ervaren discrepantie tussen gerealiseerde en gewenste relaties worden opgeheven of substantieel worden verminderd door de gerealiseerde relaties op het peil te brengen van de gewenste relaties. Eenzaamheidsverwerking houdt dan in dat de kwaliteit van het gerealiseerde netwerk wordt verhoogd. Dit kan door nieuwe relaties aan te gaan of door bestaande relaties te intensiveren of te verbeteren. Korthedshalve spreken we in het vervolg over netwerkontwikkeling.

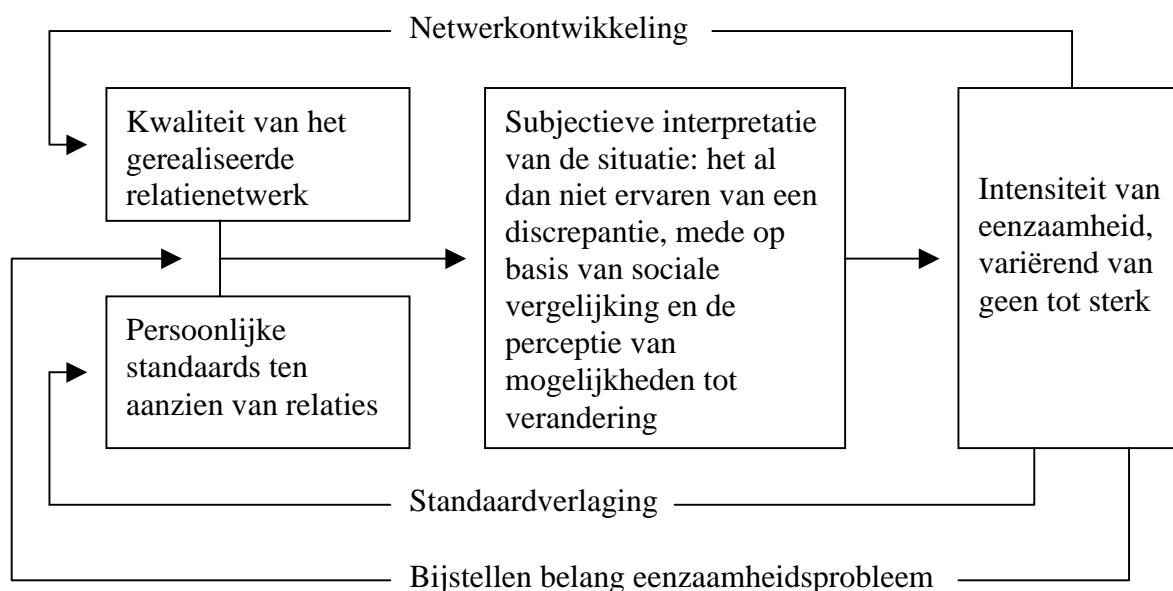
Ten tweede kan de eenzaamheidssituatie worden beëindigd of in ernst worden vermindert door de wensen en verwachtingen ten aanzien van de relaties te verlagen in de richting van het niveau van de gerealiseerde relaties. Dit wordt ook wel standaardverlaging genoemd. Onrealistische wensen en te hoge verwachtingen van relaties worden dan bijgesteld, door bijvoorbeeld het idee los te laten dat je persé een partner moet hebben om gelukkig te zijn of dat de kinderen elke dag moeten langskomen of opbellen, in te zien dat een goed contact van twee kanten moet komen, en te leren vragen om de steun en aandacht waar men behoefte aan heeft.

De derde oplossingsmogelijkheid betreft het leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid. De discrepantie tussen de gerealiseerde en gewenste relaties blijft in dat geval bestaan en geprobeerd wordt het belang van deze discrepantie terug te dringen door relativering (bijvoorbeeld vergelijking met anderen die het nog slechter hebben), afleiding (bijvoorbeeld de aandacht richten op een hobby), ontkenning (bijvoorbeeld het vermijden van bepaalde situaties) of berusting (bijvoorbeeld het aanvaarden van de onvermijdelijkheid van het probleem).

Coyne, Aldwin en Lazarus (1981) noemen de eerste verwerkingsstijl probleemgeoriënteerd: gepoogd wordt de verhouding tussen individuen en hun omgeving te veranderen. De tweede en derde verwerkingsstijlen zijn emotie-georiënteerd: de gedachten en gevoelens van individuen staan centraal, zonder dat de verhouding tussen het individu en de omgeving wordt veranderd. Verschillende vormen van verwerking komen overigens vaak tegelijkertijd voor (Folkman & Lazarus, 1980).

In het verlengde van de verwerkingsstijlen kunnen drie hoofdtypen van interventies worden onderscheiden: interventies gericht op (1) netwerkontwikkeling, (2) standaardverlaging, dat wil zeggen het naar beneden bijstellen van de wensen en het verwachtingspatroon inzake relaties, en (3) het bijstellen van het belang van het eenzaamheidsprobleem. De interventies gericht op de eerste verwerkingsstijl, die van netwerkontwikkeling, kunnen nader worden uitgesplitst; verschillende oorzaken zijn immers denkbaar waarom de gerealiseerde relaties minder zijn dan dat men wenst. Ten eerste kunnen de oorzaken bij de persoon zelf liggen (intra-individueel). Onderzoek heeft uitgewezen dat vooral een gebrek aan sociale vaardigheden, een negatief zelfbeeld, slechthorendheid en slechthorendheid, een verminderde

mobiliteit, invaliditeit, en een ontoereikend inkomen het aangaan en aanhouden van sociale contacten bemoeilijken (w.o. De Jong Gierveld, 1997; Kramer *et al.*, 2002; Peplau *et al.*, 1982). Voorbeelden van interventies die aan deze condities werken, zijn cursussen ter verbetering van sociale vaardigheden en zelfbeeld, het verstrekken van een hoorapparaat of rollator, en het verbeteren van de financiële situatie. Ten tweede kunnen de oorzaken liggen in het contact met andere mensen (inter-individueel). Iemands netwerk kan klein zijn vanwege beperkte mogelijkheden om contacten te leggen en op peil te houden. Zo kan een oudere weinig de deur uitkomen omdat hij of zij in een buurt woont met weinig leeftijd- of gevoelsgenoten of geen kennis heeft over het bestaande aanbod van sociale activiteiten. Ook is het mogelijk dat een oudere wel plaatsen kent om mensen te ontmoeten maar vanwege onveiligheidsgevoelens of gezondheidsproblemen niet in staat is daar naar toe te gaan. Binnen dit kader vallen die interventies die zich richten op het stimuleren tot deelname aan sociale activiteiten en het bieden van een contactrijke omgeving. In figuur 2 zijn de verschillende verwerkingsstijlen schematisch weergegeven.



Figuur 2. Eenzaamheid als gevolg van een interpretatie van de kwaliteit van de relaties en de persoonlijke standaards ten aanzien van relaties, met mogelijkheden voor een verwerking van eenzaamheid

In principe kunnen de onderscheiden verwerkingsstijlen, en dus ook de interventies die zich daarop richten, van betekenis zijn voor het verminderen van eenzaamheid. Verwacht mag echter worden dat de verwerkingsstijl en de daaraan gerelateerde interventie effectiever is wanneer deze aansluit bij de oorzaak en, hiermee samenhangend, de vorm van eenzaamheid. Zo zal het weinig zinvol zijn een oudere man mee te nemen naar een mannensoos wanneer hij op zoek is naar een nieuwe vrouwelijke partner, sociale angst kent, de anderen nauwelijks kan verstaan vanwege zijn slechthorendheid, of te hoge wensen heeft ten aanzien van (nieuwe) vrienden. Omdat vaak meer oorzaken ten grondslag liggen aan eenzaamheid, mag verder worden verwacht dat een eenzaamheidsinterventie een groter effect sorteert wanneer deze zich op verschillende verwerkingsstijlen tegelijkertijd richt.

In kolom 1 t/m 4 van tabel 1 is aangegeven welke verwerkingsstijlen bewust of onbewust centraal staan in de betrokken interventieprojecten. Alle interventies richten zich geheel of gedeeltelijk op de eerste verwerkingsstijl, die van netwerkontwikkeling. Verder valt op dat de dertien interventies die zich uitsluitend op deze verwerkingsstijl richten, alle in ieder geval proberen de sociale participatie van de deelnemers te verhogen. Vier van deze dertien inter-

venties trachten daarnaast aan de condities te werken die bij de persoon zelf liggen (w.o. ontwikkeling van sociale vaardigheden en verbetering van iemands zelfbeeld). De overige vier interventieprojecten richten zich tevens op de tweede verwerkingsstijl, het verlagen van de wensen en verwachtingen ten aanzien van de relaties in de richting van het niveau van de gerealiseerde relaties. Drie van deze vier projecten proberen verder met hun interventie het belang dat men hecht aan het verschil tussen wensen en werkelijkheid, bij te stellen.

Dat de meerderheid van de betrokken interventieprojecten de oplossing zoekt in het in contact brengen van ouderen met anderen, was te verwachten. Hulpverleners kiezen vrijwel altijd voor deze oplossing vanwege de vooringenomen gedachte dat een klein netwerk de belangrijkste oorzaak is van eenzaamheid. Inspanningen ter verruiming van de mogelijkheden om mensen te ontmoeten is dan niet alleen voor de hand liggend maar ook weinig riskant. Verder lijkt een dergelijke aanpak succes te garanderen: hoe meer mensen een oudere kan ontmoeten, des te meer kans op een vergroting van het netwerk, resulterend in een afname van eenzaamheid. Eerder is al opgemerkt dat dit niet altijd het geval hoeft te zijn. Als het nieuwe lid van het netwerk bijvoorbeeld een persoon is die men wekelijks in een soos ontmoet, dan is het zeer de vraag of daarmee eenzaamheidsgevoelens als gevolg van het missen van een levenspartner afnemen.

3.2. Doelgroep

Een tweede dimensie waarlangs het zinvol is de interventies te classificeren, is de doelgroep waarop de interventies zich richten. Een eerste onderscheid hierbij is het niveau waarop de interventie zich afspeelt. Interventies kunnen zich richten op potentieel eenzame ouderen (microniveau), op personen die contact hebben met eenzame ouderen, zogeheten intermediairen (mesoniveau), of op de bevolking als geheel (macroniveau). Bij het laatste kan men denken aan campagnes onder de bevolking ter verbetering van de beeldvorming over ouderen en herstructurering van de buurt ter verbetering van het leefklimaat. Interventies die zich afspelen op het mesoniveau betreft veelal deskundigheidsbevordering, dat wil zeggen een cursus of een informatiebijeenkomst gericht op verbetering van de kwaliteit van het uitvoerende werk van beroepskrachten en vrijwilligers inzake het omgaan met eenzaamheidsgevoelens onder ouderen. Verwacht mag worden dat interventies op microniveau het grootste effect kunnen sorteren, gevolgd door die op mesoniveau.

De interventies op het microniveau kunnen vervolgens nader worden opgedeeld in projecten waarbij een specifieke, nauw omschreven doelgroep centraal staat en projecten die zich in het algemeen richten op potentieel eenzame ouderen. In lijn met eerdere onderzoeksbevindingen (w.o. Vogels, 1996, p. 53) verwachten wij dat interventieprojecten met een smalle, specifieke doelgroep effectiever zullen zijn dan die met een bredere, algemene doelgroep. Hoe homogener de groep, des te eenvoudiger het is een geschikte interventie te ontwikkelen of een bestaande interventie aan te passen aan de deelnemers. Verder is van een specifieke doelgroep meestal beter bekend welke oorzaken ten grondslag liggen aan de eenzaamheidsgevoelens. Het inspelen op deze oorzaken verhoogt de kans op een succesvolle interventie.

Uit tabel 1 is op te maken dat de meeste interventieprojecten in dit onderzoek zich uitsluitend richten op de potentieel eenzame ouderen zelf (microniveau). Geen van de interventies speelt zich af op het macroniveau, terwijl twee interventieprojecten zich richten op zowel de ouderen (microniveau) als de personen die beroepshalve met eenzame ouderen te maken hebben (mesoniveau): professionals en vrijwilligers in verzorgingshuizen. Wat betreft het microniveau is verder te zien dat negen van de zeventien betrokken interventieprojecten zich richten op een smalle, specifieke doelgroep. In bijlage 2 is aangegeven op welke groepen van ouderen deze projecten zich speciaal richten. Een korte uiteenzetting wordt daarbij gegeven van de unieke karakteristieken waarover deze groepen van ouderen beschikken waardoor zij extra risico lopen op vereenzaming.

3.3. Benadering

Een volgende dimensie die interessant is om in de analyse te betrekken, is de wijze waarop de deelnemers aan de interventie worden benaderd: individueel of in groepsverband. In het algemeen mag worden verwacht dat een persoonlijke benadering effectiever zal zijn dan een groepsbenadering. Een individuele benadering biedt immers meer mogelijkheden te achterhalen welke achterliggende oorzaken van eenzaamheid aan de orde zijn om vervolgens de interventie daarop toe te spitsen of aan te passen.

De betrokken interventieprojecten zijn mooi verdeeld over de twee benaderingswijzen: acht betreffen een individuele benadering en zeven een groepsbenadering. De overige twee interventieprojecten hanteren zowel een persoonlijke- als groepsbenadering.

3.4. Uitvoerenden

Een vierde dimensie betreft het type mensen die de interventie uitvoeren: professionals versus vrijwilligers. Voornaamste reden om deze dimensie mee te nemen, is de verwachting dat een interventie meer effect sorteert wanneer deze door beroepskrachten wordt uitgevoerd dan wanneer deze door vrijwilligers wordt uitgevoerd. Een bekwame professional heeft in het algemeen meer dan een vrijwilliger inzicht in factoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan en voortbestaan van eenzaamheid en kennis over de aanpak die in het kader van hulp bij eenzaamheid kunnen worden ingezet (Linnemann *et al.*, 2001). Hierdoor zullen zij beter en vindingrijker inspelen op de situatie, met een groter effect op vermindering van eenzaamheid tot gevolg.

Daarnaast kan deze dimensie behulpzaam zijn bij een vergelijking van de *effectiviteit* tussen interventieprojecten. Verreweg de meeste eenzaamheidsinterventies zijn zeer arbeidsintensief en een groot deel van de kosten bestaat derhalve uit personeelskosten. Als gevolg hiervan is een interventie uitgevoerd door beroepskrachten doorgaans veel duurder dan een interventie uitgevoerd door vrijwilligers. Interessant is dan de vraag in hoeverre een eventueel groter effect van interventies met professionals als uitvoerenden zich verhoudt tot de extra personeelskosten.

Ook wat dit betreft zijn de betrokken interventieprojecten mooi verdeeld: zeven projecten worden door professionals uitgevoerd en negen projecten door vrijwilligers. In één project zijn zowel professionals als vrijwilligers de uitvoerende krachten.

3.5. Duur interventie

De laatste dimensie van betekenis is de duur van de interventie. Om de projecten te categoriseren, is in tabel 1 een onderscheid gemaakt tussen interventies die korter duren dan zes maanden en interventies die een looptijd kennen van zes maanden of langer. Zes interventies zijn van korte duur en elf van langere duur. In de analyse zullen wij de duur van de interventie als continue variabele meenemen. Hoewel verwacht mag worden dat het effect van de interventie groter is naarmate de interventie langer duurt, is het mogelijk dat na een bepaalde duur het effect geleidelijk afneemt. Ook hier is het interessant het extra effect af te zetten tegen de extra kosten om de interventie langer voort te zetten.

Van cruciaal belang voor ons onderzoek is dat alle interventies vergezeld gaan van een vergelijkbare kwantitatieve effectmeting. De start hiervoor is een zelfde voormeting onder de deelnemers en een groep van niet-deelnemers aan de desbetreffende interventies. In hoeverre dit is gelukt, is onderwerp van de volgende twee paragrafen waarin achtereenvolgens de aanpak en kwaliteit van de voormeting worden besproken.

14, *Vergelijkend Effectonderzoek, Meervoudige classificatie van de interventies*

Tabel 1. Betrokken projecten naar enkele kenmerken van de interventie

	Verwerkingsstijlen				Doelgroep			Benadering		Uitvoerenden		Max. duur	
	Netwerk-ontwikkeling		Standaardverlaging	Bijstellen belang eenz. probleem	Micro-niveau	Meso-niveau	Macro-niveau	Individu	Groep	Professionals	Vrijwilligers	< 6 mnd.	≥ 6 mnd.
	Sociale participatie	Persoonlijke kenmerken											
Huisbezoek allochtone ouderen	X							X		X	X		X
Vriendschapskursus oudere joodse vrouwen	(X)	X	X						X	X		X	
Vrijwillige vriendendienst	X							X			X		X
Activerend huisbezoek	X	X	X	X	X			X			X		X
Internetkursus	X				X				X		X	X	
Bezoekdienst voor en door weduwen en weduwnaars	(X)	X	X	X		X		X			X		X
Esc@pe (pc- en internetgebruik)	X				X			X			X		X
Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners	X					X			X	X			X
Buddyzorg homoseksuele ouderen	X	X				X		X			X		X
Post Actief verzorgingshuisbewoners	X	X				X	X	X	X	X			X
Door een andere bril	X	X			X				X	X		X	
Psycho-educatieve groepskursus	X	X	X	X	X				X	X		X	
Aanpak eenzaamheid verzorgingshuisbewoners	X					X	X		X	X			X
Wensvervulling + activiteitenplan	X				X			(X)	X		X	X	
Signalerend huisbezoek	X				X			X			X		X
Diner met film	X				X				X		X		X
Preventie van vereenzaming bij slechthorenden	(X)	X				X		X		X		X	

4. Aanpak voormeting

4.1. Vragenlijst

Een vergelijkend effectonderzoek is alleen mogelijk wanneer voorafgaand aan en na afloop van de interventie vergelijkbare, bij voorkeur dezelfde, informatie wordt ingewonnen over de mate van eenzaamheid en mogelijke oorzaken ervan. Hiertoe heeft het NIDI een korte gestructureerde voor- en nameting-vragenlijst samengesteld. Een toelichting op de voormeting-vragenlijst wordt hieronder gegeven, die op de nameting-vragenlijst in paragraaf 7.1. Beide vragenlijsten zijn opgenomen in respectievelijk bijlage 3 en 4.

De voormeting-vragenlijst is opgebouwd uit zes delen. Het eerste deel is gereserveerd voor objectieve persoonsgegevens, zoals leeftijd, sekse, woonsituatie, burgerlijke staat en echtscheidingservaring, huishoudenssamenstelling, nationaliteit en opleidingsniveau.

In het tweede deel van de vragenlijst wordt een indruk verkregen van de mate van maatschappelijke participatie en sociale integratie (c.q. de aanwezigheid van relaties). Voor wat betreft de maatschappelijke participatie is gevraagd naar de frequentie waarin men deelneemt aan een achttal typen (vrijtijds)activiteiten, met als antwoordcategorieën: één keer per week of vaker, één keer per maand of vaker, enkele keren per jaar, en minder vaak/nooit. Vanwege ruimtebeperkingen in de vragenlijst en de mogelijkheid van schriftelijke ondervraging is ervan afgezien de omvang en kwaliteit van het bredere netwerk van persoonlijke relaties in kaart te brengen. In plaats daarvan is de aandacht uitgegaan naar de mate waarin men regelmatig, dat wil zeggen meer dan één keer per maand, contact heeft met de volgende vier relatie-typen: kinderen, (schoon)familie, vrienden, en burens. Het begrip contact diende ruim te worden opgevat, met inbegrip van bezoeken over en weer, telefoontjes en ontmoetingen buiten de eigen woning, en is derhalve niet nader omschreven. Omdat kinderen en vrienden, naast de partner, de belangrijkste potentiële steunverleners zijn, is tevens het aantal kinderen en vrienden geïnventariseerd.

Het derde deel bevat vragen over eenzaamheid. Drie instrumenten zijn ingezet voor het meten van de intensiteit van eenzaamheid, namelijk de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985), een directe vraag naar eenzaamheid, en een zelfindicatievraag. De eenzaamheidsschaal is reeds in paragraaf 2 aan de orde gekomen. De directe vraag naar eenzaamheid luidt: 'Ik voel met soms wel eens eenzaam', met als antwoordcategorieën: ja!, ja, min of meer, nee, en nee! Vanwege de overeenstemming in antwoordmogelijkheden, is deze vraag direct na de items van de eenzaamheidsschaal gesteld. De zelfindicatievraag is als volgt geformuleerd: 'Als we de mensen zouden indelen in niet eenzaam, matig eenzaam, sterk eenzaam en zeer sterk eenzaam, waar zou u zich dan nu toe rekenen?'

In het vierde deel zijn verschillende uitspraken opgenomen waarmee beoogd wordt sociale angst, zelfbeeld en relationele standaards te meten. Binnen de relationele standaards zijn de standaards ten aanzien van de partnerrelatie onderscheiden van die ten aanzien van relaties in het algemeen. Deze meetinstrumenten zullen samen met de eenzaamheidsschaal worden besproken in paragraaf 5.

Het vijfde deel omvat vier gezondheidsindicatoren: (1) subjectieve gezondheidsbeleving, dat is het eigen oordeel over de gezondheid; (2) de functionele capaciteit, de mate waarin men in staat is een zestal activiteiten van het dagelijkse leven te verrichten, waaronder de trap op- en aflopen en zich aan- en uitkleden; (3) het gezichtsvermogen, de mate waarin men nog goed kan zien bij het lezen en in de verte, eventueel met gebruik van een bril; en (4) het gehoorvermogen, de mate waarin men in een persoonlijk gesprek de ander goed kan horen, eventueel met gebruik van een gehoorapparaat.

In het zesde deel is de inkomensvraag opgenomen, gevolgd door de vraag of men bereid is deel te nemen aan het vervolgonderzoek. Er is aan het einde van de vragenlijst naar het inkomen geïnformeerd om te voorkomen dat men vroegtijdig de ondervraging zou beëindigen.

De formulering van verreweg de meeste vragen is gelijk aan die in de landelijke groot-schalige ouderonderzoekingen LSN (Leefvormen en Sociale Netwerken van ouderen; Knipscheer *et al.*, 1995) en LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam; Deeg & Westendorp-de Serière, 1994)². Zo is het mogelijk de antwoorden te vergelijken met gegevens over de oudere bevolking in Nederland in het algemeen.

Voor die projecten die in eerste instantie niet van plan waren de ouderen (op gestructureerde wijze) te ondervragen, is door de Stichting Sluyterman van Loo de voorwaarde gesteld de voormeting-vragenlijst integraal over te nemen. Alleen van de introductietekst mocht worden afgeweken. Verder was men vrij extra, project-specifieke vragen op te nemen. De projecten die reeds een eigen vragenlijst hadden opgesteld respectievelijk van plan waren een vragenlijst op te stellen, is verzocht de door het NIDI samengestelde vragen toe te voegen. Drie projecten zijn van de NIDI-vragenlijst afgeweken, zo blijkt uit kolom 1 en 2 van tabel 2. Toevallig of niet liggen de coördinatie en eindverantwoordelijkheid van deze projecten in handen van universitaire onderzoekers.

4.2. Wijze van werving en ondervraging van de respondenten

Het NIDI heeft geen voorwaarden kunnen en willen stellen aan de wijze van werving en ondervraging van de respondenten. Inzicht hierin is echter wel van belang omdat beide aspecten van invloed kunnen zijn op de onderzoeksresultaten.

Wat de respondentenwerving betreft, is het van belang om te weten of een voorselectie heeft plaatsgevonden. Er is voorselectie wanneer de ouderen zichzelf voor het project hebben aangemeld of dat anderen (w.o. projectmedewerkers, hulpverleners en familie) ouderen hiervoor hebben aangewezen. In dit geval is de kans groter dat bepaalde categorieën ouderen niet worden bereikt. Hierbij valt te denken aan degenen die weinig sociaal vaardig zijn, hun eenzaamheidsproblematiek niet herkennen en/of niet van plan of in staat zijn hier iets aan te doen. Bij niet minder dan tien van de zeventien betrokken interventieprojecten is een voorselectieprocedure gehanteerd (zie kolom 3 en 4, tabel 2). Voor de beschrijving van deze procedures verwijzen wij naar de beschrijving van de desbetreffende projecten in bijlage 1.

Voor wat betreft de wijze van ondervraging is vooral van belang of de respondenten mondeling of schriftelijk zijn ondervraagd. Mondelinge ondervraging biedt mogelijkheden vragen zonodig toe te lichten. Daar tegenover staat dat alle zaken openlijk moeten worden besproken met een onbekende. Eenzaamheid, inkomen en echtscheiding, enkele zaken die in de NIDI-vragenlijst aan de orde komen, kunnen als taboe-onderwerpen worden beschouwd en dientengevolge zowel door de interviewer als door de geïnterviewde als lastig worden ervaren. Weigering van antwoord of het geven van sociaal-wenselijke antwoorden kunnen hier het gevolg van zijn. Bovendien kan de geïnterviewde de richting van de antwoorden beïnvloeden, door bijvoorbeeld de wijze waarop hij of zij de vragen stelt of bij twijfel bij de ondervraagde hem of haar naar een bepaald antwoord te 'leiden'. Tabel 2, kolom 5 en 6, laat zien dat de meeste interventieprojecten (elf van de zeventien) hebben gekozen voor een mondelinge ondervraging.

² Ten behoeve van LSN zijn in 1992 face-to-face interviews gehouden met 4.494 ouderen in de leeftijd van 55 tot 89 jaar. De steekproef is getrokken uit de bevolkingsregisters van elf gemeenten, verdeeld over drie regio's, variërend naar omvang en mate van stedelijkheid. De response was 62 procent. Ongeveer elf maanden later voerde LASA in 1992/1993 een eerste follow-up waarneming uit onder de 55- tot 85-jarigen, gevolgd door waarnemingen in 1995/1996, 1998/1999 en 2001/2002. In 2002/2003 is een nieuw cohort toegevoegd van 55- tot 65-jarigen.

Tabel 2. Kenmerken aanpak voormeting per interventieproject

	NIDI-vragenlijst		Respondenten-werving		Type ondervraging		Controle-groep	
	Compleet	Incompleet	Voorselectie	Geen voorselectie	Mondeling	Schriftelijk	Ja	Nee
Huisbezoek allochtone ouderen	X			X	X		X	
Vriendschapscursus oudere joodse vrouwen	X		X			X	X	
Vrijwillige vriendendienst	X		X		X		X	
Activerend huisbezoek	X		X		X			X
Internetcursus	X		X			X	X	
Bezoekdienst voor en door weduwen en weduwnaars	X		X			X	X	
Esc@pe (pc- en internetgebruik)		X	X		X		X	
Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners		X		X	X		X	
Buddyzorg homoseksuele ouderen	X		X		X		X	
Post Actief verzorgingshuisbewoners	X			X		X	X	
Door een andere bril	X		X		X		X	
Psycho-educatieve groepscursus		X	X			X	X	
Aanpak eenzaamheid verzorgingshuisbewoners	X			X	X		X	
Wensvervulling + activiteitenplan	X			X	X			X
Signalerend huisbezoek	X			X	X		X	
Diner met film	X		X		X		X	
Preventie van vereenzaming bij slechthorenden	X			X		X	X	

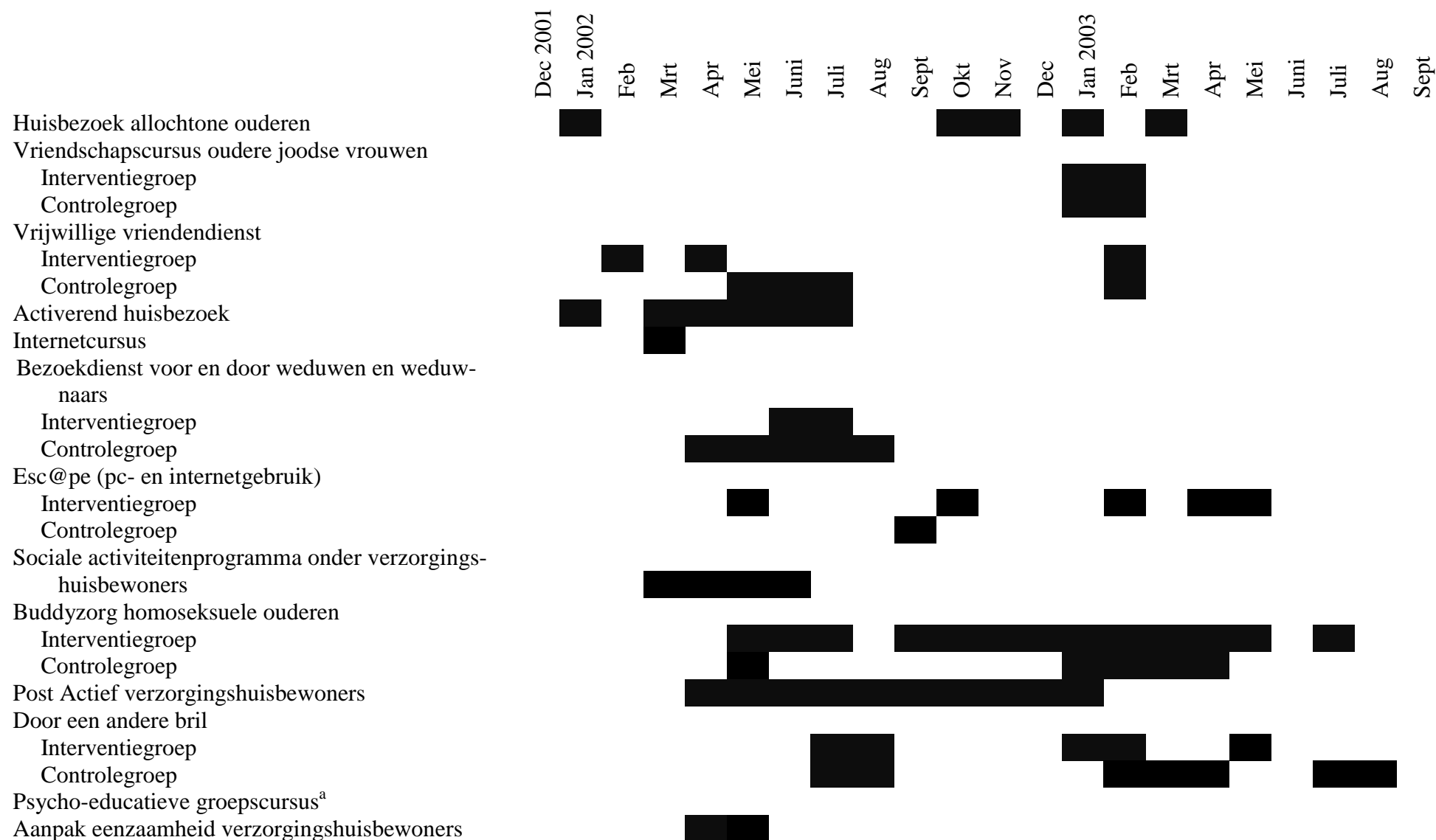
4.3. Controlegroep

Een tweede door het NIDI gestelde voorwaarde is het meenemen van een controlegroep naast de deelnemers aan de interventie (de interventiegroep). Op deze wijze is het mogelijk na te gaan of de eventuele vermindering van eenzaamheidsgevoelens onder de interventiegroep toe te schrijven is aan de interventie. In de laatste twee kolommen van tabel 2 is te zien dat twee projecten geen controlegroep hebben kunnen vormen. Met dit gegeven kunnen echter nog geen conclusies worden getrokken. Van groter belang is de omvang van de controlegroepen en bovenal de mate waarin de controlegroepen op essentiële kenmerken vergelijkbaar zijn met de interventiegroepen. In respectievelijk paragraaf 5.2 en 6 zal hierop uitvoerig worden ingegaan.

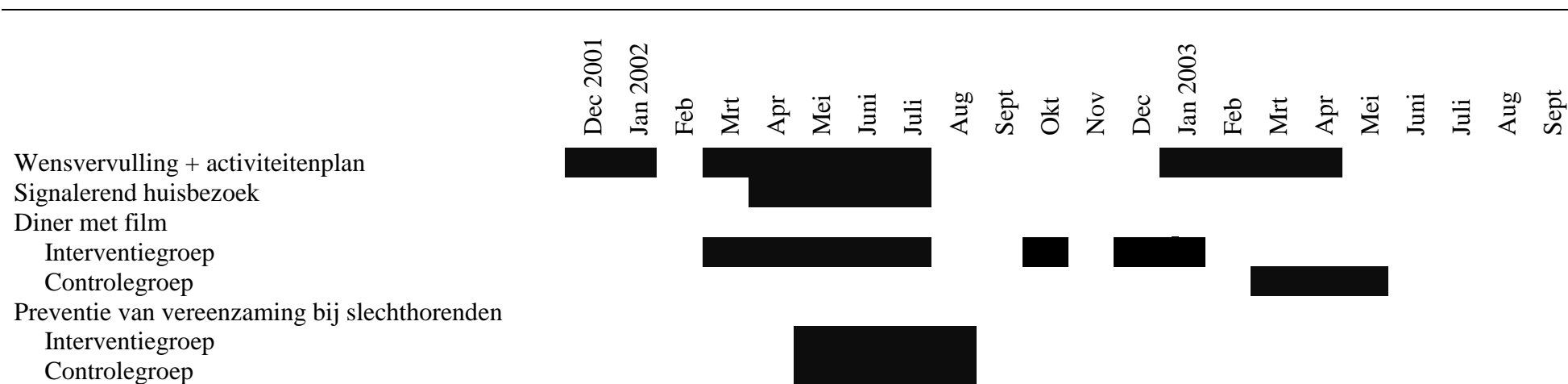
4.4. Tijdpad

Ter afronding van deze paragraaf is in figuur 3 te zien wanneer per project de voormetingen hebben plaatsgehad. Hieruit valt ten eerste op te maken dat de maanden waarin de interviews zijn gehouden, niet altijd aansluiten. Dit heeft te maken met de aard van de betreffende interventies: vanaf de start van het project meldden ouderen zich druppelsgewijs aan en werden op dat moment gevraagd mee te doen aan het effectonderzoek óf een interventie werd meermalen aangeboden. Ten tweede komt het meetmoment van de interventiegroep niet altijd overeen met dat van de controlegroep. Het verschil is vaak slechts één of twee maanden; in een aantal gevallen is het verschil meer dan een half jaar. Aangezien aangenomen mag worden dat seizoensinvloeden niet van belang zijn en er bij het vergelijken van de gegevens van voor- en nameting gecontroleerd wordt voor het interval, is dit uiteenlopende tijdpad geen probleem.

Figuur 3. Tijdpad voormeting per project



20, *Vergelijkend Effectonderzoek, Aanpak voormeting*



^aNog geen gegevens beschikbaar.

5. Kwaliteit voormeting

5.1. Data-invoer en -check

Enkele projecten hebben de gegevens zelf ingevoerd. Het betreft de volgende projecten: 'Esc@pe (pc- en internetgebruik)',³ 'Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners', 'Post Actief verzorgingshuisbewoners', 'Psycho-educatieve groepscursus', 'Aanpak eenzaamheid verzorgingshuisbewoners', en 'Signalerend huisbezoek'. Na ontvangst van de gegevens heeft kwaliteitscontrole plaatsgevonden. Deze controle heeft zich beperkt tot de vragen uit de NIDI-vragenlijst; gegevens van aanvullende, project-specifieke vragen zijn uit het bestand verwijderd.

Aan de overige projecten is gevraagd (een kopie van) de ingevulde vragenlijsten aangevend naar het NIDI te sturen. Na binnenkomst van de vragenlijsten zijn de gegevens ingevoerd en gecontroleerd. Eventuele fouten (w.o. interviewdatum in plaats van geboortedatum, pagina's overgeslagen) of onduidelijkheden zijn teruggekoppeld naar de desbetreffende projectleiders en vervolgens, indien mogelijk, verbeterd respectievelijk aangevuld. Een kopie van het SPSS-gegevensbestand is aan de projectleiders gegeven.

5.2. Omvang en samenstelling steekproef

Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal ouderen dat heeft meegedaan met de voormeting, als deelnemer aan de interventie of controlepersoon. Tevens is aangegeven in hoeverre deze aantallen corresponderen met de in de projectvoorstellen beoogde aantallen.

Het aantal personen in de interventiegroep dat de voormeting-vragenlijst heeft ingevuld, is teleurstellend. Binnen de projecten waarvan op dit moment vaststaat wie aan de interventie deelnemen c.q. hebben deelgenomen, komt dit aantal uit op 249 (zie kolom 2). Deze groep zal later worden aangevuld met de deelnemers aan de psycho-educatieve cursus (volgens het voorstel minimaal 75) en een aantal van de 699 personen die binnen vijf andere interventieprojecten een vragenlijst hebben ingevuld (zie kolom 8). Uitgaande van een percentage tussen de 15 en 25 zal de totale interventiegroep uit 425 à 500 personen bestaan bij wie een voormeting heeft plaatsgevonden.

Onvermijdelijk zal het aantal deelnemers aan de interventie bij wie straks een effectmeting kan worden uitgevoerd, nog lager uitvallen. Van de 249 personen die op dit moment definitief tot de interventiegroep behoren, hebben 33 personen (13%) direct aangegeven niet bereid te zijn aan het vervolgonderzoek (de nametingen) mee te doen (kolom 3). Deze personen komen voornamelijk uit het project 'Wensvervulling en activiteitenplan': niet minder dan 36 procent wenst geen tweede vragenlijst in te vullen. Een lage bereidheid tot vervolgonderzoek is verder te zien bij het project 'Post actief verzorgingshuisbewoners' (kolom 9). Vier op de tien respondenten heeft aan het einde van de voormeting-vragenlijst ingevuld niet deel te willen nemen aan het vervolgonderzoek. In paragraaf 7.1 zal duidelijk worden dat feitelijk de bereidheid nog veel lager is.

³ De voormeting-gegevens van de interventiegroep van dit project zijn ook door het NIDI ingevoerd vanwege het op dat moment niet terug kunnen vinden van het SPSS-bestand waarin gegevens waren opgeslagen.

Tabel 3. Omvang steekproef per interventieproject

	Interventiegroep				Controlegroep				Totaal			
	Beoogd	Gereali- seerd	Niet be- reid tot vervolg- onder- zoek		Beoogd	Gerea- liseerd	Niet be- reid tot vervolg- onder- zoek		Beoogd	Gereali- seerd	Niet bereid tot vervolg- onderzoek	
			%				%				%	
Huisbezoek allochtone ouderen ^{a,b}									40 ^f	20	2	10
Vriendschaps cursus oudere joodse vrouwen ^b	≤10	5	1	20		8	0	0				
Vrijwillige vriendendienst ^b	≥15	11	1	9		16	0	0				
Activerend huisbezoek ^{b,c}		9	0	0		0						
Internet cursus ^{b,c}		3	0	0		8	2	25				
Bezoekdienst voor en door weduwen en weduwnaars ^b	±25	4	0	0		28	5	18				
Esc@pe (pc- en internetgebruik) ^d	15	20			30	112						
Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners ^a									200 ^g	64	3	5
Buddyzorg homoseksuele ouderen ^b	60	38	0	0		30	0	0				
Post Actief verzorgingshuisbewoners ^a									±900	207	85	41
Door een andere bril ^b	30	38	0	0		89	3	3				
Psycho-educatieve groeps cursus ^e	75				75							
Aanpak eenzaamheid verzorgings- huisbewoners ^{a,b}									≤350	318	40	13
Wensvervulling + activiteitenplan ^b	75	78	28	36		0						
Signalerend huisbezoek ^a									45-50	90	12	13
Diner met film ^b	≥7	16	3	19		6	2	33				
Preventie van vereenzaming bij slechthorenden	25	27	0	0	25	27	5	19				
Totaal		249	33	13		324	≥17	≥5		699	142	20

Noten bij Tabel 3

- ^a Omvang interventie- en controlegroep pas bij de volgende meting(-en) te bepalen.
- ^b In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel was geen controlegroep gepland.
- ^c In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel ontbreekt de beoogde omvang van de interventiegroep.
- ^d Bereidheidsvraag tot deelname vervolgonderzoek is niet gesteld.
- ^e Nog geen gegevens beschikbaar.
- ^f Volgens de planning zouden in drie jaren 285 huisbezoeken worden afgelegd, 95 per jaar. Bij 40 huisbezoeken werd beoogd de vragenlijst af te nemen.
- ^g 100 in interventiegroep, 100 in controlegroep.

Het aantal personen in de interventiegroep dat de voormeting-vragenlijst heeft ingevuld, is beduidend lager dan de ruim duizend personen waar wij bij aanvang van het onderzoek van uit zijn gegaan. Leidraad hierbij waren de beoogde aantallen deelnemers aan de interventie die in verschillende projectvoorstellen zijn genoemd. Het gerealiseerde aantal personen voor de voormeting valt met name tegen bij die projecten die in hun voorstel een groot aantal deelnemers beoogden te bereiken. Twee oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen: het beoogde aantal deelnemers is wel bereikt, maar slechts een klein deel wenste mee te doen met het effectonderzoek (een hoge non-response) of het beoogde aantal deelnemers is sowieso niet bereikt zodat het aantal deelnemers aan het effectonderzoek direct ook lager uitvalt. Mede op basis van de gehouden site visits blijkt vooral het laatste te gelden voor de projecten ‘Huisbezoek allochtone ouderen’ en ‘Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners’. Bij het project ‘Post Actief verzorgingshuisbewoners’ is de hoge non-response de belangrijkste oorzaak. Binnen dit project zijn alle bewoners van de dertien betrokken verzorgingshuizen (ongeveer 900), die in principe in aanmerking komen voor de interventie, aangeschreven; slechts 207 (23%) hebben de vragenlijst ingevuld.

Ook de gerealiseerde omvang van de controlegroep is geringer dan verwacht. Zoals eerder is vermeld, zijn twee projecten (‘Activerend huisbezoek’ en ‘Wensvervulling en activiteitenplan’) niet in staat geweest een controlegroep te vormen. Om te bevorderen dat er genoeg controlepersonen op centrale karakteristieken vergelijkbaar zullen zijn met de deelnemers aan de interventie, hebben wij de projecten aangeraden een controlegroep te vormen die in omvang twee tot drie keer zo groot is als de interventiegroep. De volgende vijf projecten hebben dit niet gehaald: ‘Vriendschapskursus oudere joodse vrouwen’, ‘Vrijwillige vriendendienst’, ‘Buddyzorg homoseksuele ouderen’, ‘Diner met film’, en ‘Preventie van vereenzaming bij slechthorenden’. Wat het laatste project betreft, is de kanttekening op zijn plaats dat, conform het projectvoorstel, de betrokken personen at random zijn toebedeeld aan ofwel de interventie- ofwel de controlegroep. De projecten waarvan bij de eerste nameting pas duidelijk wordt wie van de personen aan de interventie hebben meegedaan, zullen zeer waarschijnlijk over een voldoende aantal controlepersonen beschikken. Naar verwachting zal immers een minderheid van de personen aan de interventie meedoen.

5.3. Non-response

Bij de meeste projecten is niet bijgehouden hoeveel personen zijn benaderd en om welke redenen sommigen hebben geweigerd met het effectonderzoek mee te doen. Derhalve is het niet mogelijk een indruk te krijgen van de mate en type van non-response. Uiteraard is wel bekend het aantal ontbrekende waarden (missings) per gestelde vraag in de voormeting-vragenlijst. Tabel 4 geeft hier een overzicht van.

Tabel 4. Overzicht item-non-response

	Nr. vragenlijst	% missings
Leeftijd		1,3
Sekse		0,5
Woonsituatie ^a		0
Burgerlijke staat ^a	1	2,6
(eerdere) Echtscheidingservaring ^a	2	20,3
Alleenwonend	3	3,1
Met partner samenwonend	4a	3,1
Met kind(eren) samenwonend	4b	4,4
Met overige personen samenwonend	4c	4,4
Geboorteland ^a	5	1,3
Nationaliteit ^a	6	1,1
Opleidingsniveau	7	3,2
Maatschappelijke participatie ^{a,b}	8a t/m 8h	11,1
Kinderloos ^a	9a	3,3
Aantal kinderen ^a	9b	6,6
Aantal kinderen waarmee regelmatig contact ^a	9c	12,3
Aantal (schoon)familieleden waarmee regelmatig contact ^a	10	20,7
Vriendenloos ^a	11a	6,1
Aantal vrienden ^a	11b	18,9
Aantal vrienden waarmee regelmatig contact ^a	11c	23,7
Aantal burens waarmee regelmatig contact ^a	12	24,3
Eenzaamheid: indirecte meting ^b	13a t/m 13k	6,8
Eenzaamheid: directe meting ^a	13l	4,5
Eenzaamheid: zelfindicatie ^a	14	4,6
Sociale vaardigheden ^{a,c}	15a t/m 15f	13,6
Zelfbeeld ^{a,b}	16a t/m 16h	9,7
Partnerstandaard ^{a,c}	17a t/m 17e	22,6
Standaard sociale relaties in het algemeen ^{a,b}	18a t/m 18j	10,5
Subjectieve gezondheid ^a	19	4,6
ADL-beperkingen ^{a,c}	20a t/m 20f	9,5
Gezichtsvermogen: lezen ^a	21	4,8
Gezichtsvermogen: in verte zien ^a	22	4,4
Gehoorvermogen ^a	23	3,9
Inkomen ^a	24	33,3

^a Exclusief de projecten waarin deze vraag niet is gesteld.

^b Missings op twee of meer items.

^c Missings op één of meer items.

De non-response is het hoogst voor de inkomensvraag (vraag 24). Om een hoge non-response te voorkomen, is ervoor gekozen niet te vragen naar het exacte inkomen maar naar inkomensklassen. Desondanks heeft een derde van de respondenten de inkomensvraag overgeslagen. Nadere inspectie van de gegevens laat zien dat vooral de respondenten in verzorgingshuizen deze vraag niet hebben beantwoord. Dit is niet zo verwonderlijk. Het komt nogal eens voor dat het inkomen en vermogen van verzorgingshuisbewoners worden beheerd door één van de kinderen of een ander familielid. De maandelijkse bijdrage wordt dan ‘automatisch’ betaald en de bewoner krijgt wat extra zakgeld ‘toegeschoven’. In de analyses zal zowel het inkomen van alle verzorgingshuisbewoners als de overige missings op de inkomensvraag voorlopig op het gemiddelde worden gezet.

Een andere vraag die slecht is ingevuld, is die naar iemands (eerdere) echtscheidingservaring (vraag 2). Informatie hierover ontbreekt voor één op de vijf respondenten. Uit gesprekken met verschillende projectleiders blijkt dat een groot deel van de respondenten niet begreep waarom deze vraag aan hen werd gesteld. Dit is achteraf niet verwonderlijk, gezien het lage percentage (ooit-)gescheidenen onder de huidige generatie ouderen (Dykstra, 1998). Vooral de respondenten die tientallen jaren getrouwd zijn (geweest), hebben gedacht dat zij deze vraag konden overslaan. Voorlopig gaan we in de analyses er van uit dat de ontbrekende waarden op deze vraag betekent dat desbetreffende respondenten nooit of niet eerder een echtscheiding hebben meegemaakt.

Verder zijn de vijf uitspraken ten aanzien van de partnerstandaard slecht ingevuld (vragen 17a t/m 17e). Bijna een kwart van de respondenten heeft geen antwoord gegeven op één of meer uitspraken. Vooral de partnerlozen (voornamelijk bestaande uit weduwen en weduwnaars) blijken deze uitspraken te hebben overgeslagen. Kennelijk hebben zij ten onrechte gedacht dat de uitspraken over een partnerrelatie niet op hen van toepassing konden zijn. Op welke wijze in eerste instantie met de ontbrekende waarden zal worden omgegaan, hangt af van het aantal uitspraken waarmee een schaal kan worden gevormd. Dit staat centraal in de volgende paragraaf.

Ten slotte zijn de vragen over sociale integratie matig tot slecht ingevuld (vragen 9a t/m 12). In een aanzienlijk aantal gevallen is het aantal kinderen, familieleden, vrienden respectievelijk burens (waarmee men regelmatig contact heeft) niet ingevuld. Dit kan vier dingen betekenen: (1) het aantal is 'nul'; (2) men heeft desbetreffende (deel)vraag niet willen of kunnen beantwoorden; (3) het aantal kinderen respectievelijk vrienden is gelijk aan het aantal kinderen respectievelijk vrienden waarmee men regelmatig contact heeft of omgekeerd; of (4) men heeft niet begrepen dat met één vraagstelling over kinderen respectievelijk vrienden een antwoord op twee vragen werd verwacht. Daarnaast heeft men soms in plaats van het aantal bijvoorbeeld 'veel', 'voldoende' of 'weinig' ingevuld. Dit geldt vooral voor de vragen inzake familie-, vrienden- en burensrelaties, en minder voor de vragen met betrekking tot de kinderen. Daar doet zich een ander probleem voor. Respondenten waarvan een kind is overleden, blijken bij deze vraag eerst het aantal kinderen te hebben genoteerd dat zij ooit hebben gekregen, gevolgd door een opmerking dat één of meer kinderen zijn overleden. In deze gevallen is het aantal kinderen dat nog in leven is, ingevoerd. Met de missings zullen we in eerste instantie als volgt te werk gaan: het antwoord 'veel' op '20' zetten en de resterende missings op het gemiddelde.

Om bij de nametingen tot een minder groot aantal missende waarden op bovengenoemde vragen te komen, zijn in de nameting-vragenlijsten enkele wijzigingen (in de manier van aanbieden) aangebracht. In paragraaf 7.1 komen we hier nog op terug.

5.4. Toetsing van de meetinstrumenten

In paragraaf 4.1 is vermeld dat in de voormeting-vragenlijst eerder ontwikkelde meetinstrumenten zijn opgenomen die beogen unidimensionele schalen te vormen. Zo zijn aan de respondenten elf uitspraken (items) voorgelegd waarvan verondersteld wordt dat deze terug te voeren zijn naar één onderliggende dimensie, de eenzaamheidsschaal. Van andere sets van items wordt verwacht dat zij respectievelijk de dimensie 'partnerstandaard', 'standaard relaties in het algemeen', 'sociale angst', en 'zelfbeeld' representeren.

Tal van studies hebben reeds laten zien dat de meeste door ons opgenomen meetinstrumenten (redelijk) homogeen en betrouwbaar zijn en voor diverse groepen even goed bruikbaar (w.o. Van Baarsen, 2001; Dykstra, 1993; Gerritsen, 1997; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1987a, 1992; Linnemann, 1996; Linnemann & Goede, 1992; Van Tilburg, 1988). Dit geldt in het bijzonder voor de eenzaamheidsschaal. De betreffende meetinstrumenten zijn echter ontwikkeld en benut in onderzoek dat gericht was op de algemene (ouderen)bevolking,

niet op ouderen die (zouden kunnen) deelnemen aan eenzaamheidsinterventies. Om deze reden is het noodzakelijk de meetinstrumenten ook in dit onderzoek te toetsen op hun unidimensionaliteit.

Toetsing van unidimensionaliteit heeft via Mokken-analyses plaatsgevonden (Mokken, 1971) met gebruikmaking van het computerprogramma MSP (Debets & Brouwer, 1986), een programma waarmee Mokken-analyses op polytome variabelen kunnen worden uitgevoerd. De Mokken-analyse levert inzicht in de mate waarin een set items voldoet aan een aantal kwaliteitscriteria en het meetmodel dat door Mokken (1971) is ontwikkeld. Het meetmodel van Mokken gaat ervan uit dat zowel items als personen te rangschikken zijn op één onderliggende dimensie. Instemming met een 'moeilijk' item, dat wil zeggen een item waar relatief weinig mensen mee instemmen, veronderstelt dat ook ingestemd wordt met items waar relatief veel mensen mee instemmen. Op basis hiervan kan een schaalbaarheidscoëfficiënt (homogeniteitswaarde) worden berekend voor de schaal als geheel (H) en voor elk item ten opzichte van alle andere items in de schaal (H_i). De H -waarden dienen minstens 0,30 te zijn om de items te kunnen schalen en om van één schaal te kunnen spreken. Een schaal met een H -waarde tussen de 0,30 en 0,40 is een zwak homogene schaal, een H -waarde tussen de 0,40 en 0,50 geeft een middelmatig homogene schaal aan, en een schaal met een H -waarde groter dan 0,50 is een sterke, zeer homogene schaal (Mokken, 1971). Waarden boven de 0,50 komen overigens in de sociale wetenschappen nauwelijks voor.

Met behulp van SPSS is de betrouwbaarheidscoëfficiënt α berekend (Cronbach, 1951). Met deze coëfficiënt is na te gaan in hoeverre een set items een betrouwbare meting van een theoretisch begrip mogelijk maakt. De betrouwbaarheidscoëfficiënt is gevoelig voor het aantal items; gangbaar wordt een ondergrens van 0,80 bij ongeveer tien items gehanteerd. Door tot slot de homogeniteitswaarden (H en H_i 's) en de betrouwbaarheidscoëfficiënt α tussen bepaalde groepen van personen te vergelijken, kan de robuustheid van een schaal voor personen in verschillende situaties worden vastgesteld. Hoe minder significante verschillen zich voordoen tussen groepen van personen, des te robuuster is de schaal. In dit onderzoek zullen de volgende groepen van ouderen worden onderscheiden: 55-79 jarigen versus 80-plussers, mannen versus vrouwen, en ouderen zonder een partner versus ouderen met een partner.

Wanneer een schaal aan bovengenoemde kwaliteitscriteria voldoet, is het mogelijk de schaalscores tussen (groepen van) personen te vergelijken. Eenzelfde schaalscore betekent namelijk dat (groepen van) personen ongeveer dezelfde antwoordpatronen zullen hebben.

In het navolgende zullen de resultaten van de Mokken-analyses worden gegeven voor achtereenvolgens de eenzaamheidsschaal, de schaal voor relationele standaards, sociale angst, en zelfbeeld.

Eenzaamheidsschaal

De eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985) omvat elf uitspraken waarvan vijf positief zijn geformuleerd en zes negatief (voor een verdere uiteenzetting van de eenzaamheidsschaal, zie paragraaf 2.3). In tabel 5 worden naast de resultaten van de Mokken-analyses ook de percentages gegeven van de respondenten die instemmen met de afzonderlijke uitspraken in de richting van de eenzaamheidsschaal (kolom 1). Dit betekent voor de negatief geformuleerde uitspraken 1, 7, 8, 9, 10 en 11 dat men er (min of meer) mee instemt en voor de positief geformuleerde uitspraken 2, 3, 4, 5, en 6 dat men er (min of meer) niet mee instemt. Met uitspraak 10 — 'Vaak voel ik mij in de steek gelaten' — is door de ondervraagde ouderen het minst vaak in de schaalrichting ingestemd: ruim een kwart (26%) van de ondervraagden heeft op deze uitspraak (min of meer) bevestigend beantwoord. Met uitspraak 3 — 'ik ervaar een leegte om me heen' — daarentegen, heeft niet minder dan 46 procent van de ondervraagden in de schaalrichting ingestemd. Reeds op basis van deze gegevens kunnen we vermoeden dat een verhoudingsgewijs groot aantal ondervraagden te kampen heeft met sterke eenzaamheidsgevoelens.

Tabel 5. Resultaten van de Mokken-analyse van de items van de eenzaamheidsschaal. De items zijn geordend naar het percentage instemming ($N \geq 1063$)

	Instem- ming %	Homogeniteit H_i		
		Alle items	Positief geformuleerde items	Negatief geformuleerde items
10. Vaak voel ik me in de steek gelaten	26,0	0,47		0,54
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	30,9	0,47	0,58	
8. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	36,3	0,48	0,60	
1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	36,7	0,38	0,49	
9. Ik mis mensen om me heen	39,9	0,51		0,64
2. Ik mis een echt goede vriend of vriendin	40,0	0,44		0,55
7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	40,3	0,44	0,58	
6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	40,8	0,50		0,57
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	41,5	0,45	0,54	
5. Ik mis gezelligheid om me heen	45,2	0,50		0,62
3. Ik ervaar een leegte om me heen	45,7	0,48		0,60
H-waarde		0,47	0,56	0,59
Alpha		0,89	0,85	0,89

In de tweede kolom van tabel 5 is te zien dat alle elf de uitspraken aan het criterium van schaalbaarheid voldoen. De H_i -waarden zijn allen boven de 0,30. De homogeniteitswaarden van de uitspraken 5 ('ik mis gezelligheid om me heen') en 9 ('ik mis mensen om me heen') zijn het hoogst; deze uitspraken zijn het meest homogeen met de totale set van uitspraken. Overeenkomstig met eerdere (ouderen)onderzoeken (w.o. Dykstra, 1990; Moorer & Suurmeijer, 1993; Van Tilburg, 1988), kent uitspraak 1 ('Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan') de laagste homogeniteitswaarde. Hier voldoet deze uitspraak echter wel aan het criterium van schaalbaarheid ($H_i > 0,30$). De eenzaamheidsschaal kan derhalve zonder veranderingen worden gebruikt. De Homogeniteitswaarde (H) voor de totale schaal is 0,47 ruim voldoende om van één schaal te kunnen spreken. De betrouwbaarheidscoëfficiënt α bedraagt 0,89. Dit is goed.

In een studie naar de psychometrische kwaliteiten van de eenzaamheidsschaal laten Van Tilburg en De Leeuw (1991) op basis van zes verschillende surveys zien dat de schaalhomogeniteit varieert van 0,33 tot 0,54 en de betrouwbaarheid van 0,75 tot 0,90. In het meer recente onderzoek onder de oudere bevolking in Nederland, het LSN-survey en de follow-ups door LASA, ligt de H-waarde tussen 0,33 en 0,34 en de betrouwbaarheid tussen 0,81 en 0,83; onder specifieke groepen binnen de ouderenbevolking ligt de H-waarde tussen de 0,30 en 0,51 de betrouwbaarheid tussen de 0,79 en 0,89 (Dykstra, 1990; Linnemann, 1996). De schaal karakteristieken in het onderhavige onderzoek zijn dus zeer goed te noemen. Mogelijk is de specifieke doelgroep hieraan debet. Terwijl andere surveys veelal de gehele (ouderen)bevolking

bestrijken, bevat deze steekproef vooral ouderen die (zouden kunnen) deelnemen aan eenzaamheidsinterventies. Eenzaamheid zou zich hierdoor, in contrast met de afwezigheid van eenzaamheid, sterker kunnen manifesteren. Verder mag worden verwacht dat de ouderen in deze steekproef over meer gemeenschappelijke kenmerken beschikken. Daar staat echter tegenover dat in het onderhavige onderzoek vijf antwoordcategorieën zijn gebruikt, terwijl in een aantal andere (ouderen)onderzoeken (zoals LSN en LASA) drie mogelijkheden zijn aangeboden. In het geval van drie mogelijkheden zullen respondenten die twijfelen wellicht vaker voor 'min of meer' kiezen, met meer consistente antwoordpatronen tot gevolg. Bovendien worden de Mokken-analyses vaak uitgevoerd na dichotomisering van de uitspraken, hetgeen hier niet is gebeurd.

Om na te gaan of de eenzaamheidsschaal robuust is voor respondenten in verschillende situaties, zijn de analyses herhaald voor jongere en oudere ouderen, mannen en vrouwen, en ouderen zonder en met een partner (niet gepresenteerd). Hieruit blijkt dat de eenzaamheidsschaal redelijk robuust is voor leeftijd, sekse, en partnerstatus. Zowel de H-waarde als de betrouwbaarheidscoëfficiënt α zijn binnen de onderscheiden groepen voldoende en er is alleen één significant verschil in de H-waarde waarneembaar tussen de 55-79 jarigen en de 80-plussers. Kijkend naar de uitspraken afzonderlijk, dan zijn het de uitspraken 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'), 8 ('Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel') en 9 ('Ik mis mensen om me heen') die een grotere betekenis hebben binnen de schaal voor de 55-79 jarigen dan voor de 80-plussers.

Samenvattend kan worden gesteld dat in dit onderzoek de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985) opgevat kan worden als een unidimensionele schaal die voor verschillende groepen even goed inzetbaar is. Echter, vanwege inhoudelijke overwegingen (zie paragraaf 2.2) delen wij voor de analyses de eenzaamheidsschaal tevens op in een sociale en emotionele eenzaamheidsschaal, gevormd door respectievelijk de positief geformuleerde uitspraken en de negatief geformuleerde uitspraken. In kolom 3 en 4 van tabel 5 is te zien dat beide deelschalen over goede schaalkarakteristieken beschikken.

Relationele standaards

'Persoonlijke standaards ten aanzien van sociale relaties' is één van de centrale concepten binnen de in dit onderzoek gebruikte definitie van eenzaamheid (zie figuur 1). In paragraaf 2.2 is reeds opgemerkt dat bepaalde relaties niet tot nauwelijks vervangbaar zijn door andere relaties. Dit geldt in het bijzonder voor de partnerrelatie. Deze relatie neemt immers in het denken over primaire relaties een zeer specifieke en van andere relaties te onderscheiden plaats in (De Jong-Gierveld, 1969; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1987b; Woldringh & Knapen, 1980). Om deze reden zijn in dit onderzoek twee schalen voor relationele standaards meegenomen: een schaal die de wensen en verwachtingen beoogd te meten ten aanzien van relaties in het algemeen en een schaal ter bepaling van het belang dat gehecht wordt aan de partnerrelatie.

De eerste schaal is ontwikkeld door Van Tilburg (1988) en omvat tien uitspraken over persoonlijke voorstellingen ten aanzien van het belang van emotioneel en instrumenteel ondersteunende relaties in uiteenlopende situaties (zie tabel 6). De antwoordmogelijkheden zijn identiek aan die van de eenzaamheidsschaal: ja! (= ja, geheel mee eens), ja, min of meer, nee, en nee! (= nee, geheel mee oneens). De voorstellingen hebben in zekere mate een duurzaam karakter en gaan boven de omstandigheden van een bepaalde situatie uit. Ook in deze schaal zijn zowel positief als negatief geformuleerde uitspraken opgenomen. De vijf positief geformuleerde uitspraken (1, 4, 7, 8 en 10) duiden op de wenselijkheid van het zich met andere verbinden, met als doel ondersteuning te verkrijgen. De vijf negatief geformuleerde uitspraken (2, 3, 5, 6 en 9) duiden op het tegenovergestelde, namelijk het niet willen uitwisselen van gevoelens. De schaal wordt ook wel aangeduid als het nastreven van verbondenheid.

In kolom 1 van tabel 6 staan de percentages instemmende antwoorden per uitspraak weergegeven. Tot de instemmende antwoorden in de schaalrichting worden gerekend de antwoorden ‘ja!’, ‘ja’, en ‘min of meer’ op de uitspraken 1, 4, 7, 8 en 10, en de antwoorden ‘nee!’, ‘nee’, en ‘min of meer’ op de uitspraken 2, 3, 5, 6 en 9. Te zien is dat een overgrote meerderheid van de respondenten het eens is met de uitspraken die indiceren dat verbondenheid in relaties als wenselijk gezien moet worden. Niet minder dan 83 procent van de ondervraagden heeft bijvoorbeeld behoefte aan hulp en steun van anderen wanneer men in moeilijkheden zit, zo blijkt uit de antwoorden op uitspraak 4. Uitspraak 6 — ‘Verdriet probeer ik zelf te verwerken’ — verkrijgt daarentegen de minste instemming in de schaalrichting: 29 procent van de ondervraagden heeft op deze uitspraak (min of meer) ontkennend beantwoord.

Tabel 6. Resultaten van de Mokken-analyse van de schaal voor verbondenheid. De items zijn geordend naar het percentage instemming ($N \geq 871$)

	In- stem- ming %	Homogeniteit H_i		
		Alle items	Negatief ge- formuleerde items	Positief ge- formuleerde items
6. Verdriet probeer ik zelf te verwerken	29,3	0,28	0,42	
9. Gevoelens zijn m'n eigen zaak	37,1	0,34	0,43	
5. Emotionele problemen houd ik liever voor me	44,5	0,38	0,51	
3. Ik vind het beter om me emotioneel in te houden	53,9	0,28	0,40	
1. Ik wil met anderen praten over wat ik voel, wat ik innerlijk meemaak	61,2	0,32		0,40
8. Als ik met iets zit, stap ik graag naar iemand toe	65,4	0,29		0,37
7. Ik wil m'n gevoelsleven delen	67,2	0,36		0,44
2. Ik vind het vervelend om raad te moeten vragen	73,2	0,22	0,31	
10. Juist wanneer ik het moeilijk heb, wil ik graag tegen iemand aanleunen	74,0	0,28		0,43
4. Als ik in moeilijkheden zit, heb ik behoefte aan hulp en steun van anderen	83,2	0,27		0,41
H-waarde		0,30	0,41	0,41
Alpha		0,79	0,74	0,76

Kolom 2 van tabel 6 laat zien dat de antwoorden op de tien uitspraken onderling niet voldoende homogeen zijn en we kunnen de antwoorden derhalve niet samenvoegen tot één schaal. Niet minder dan zes van de tien uitspraken voldoen niet aan de homogeniteitswaarde van tenminste 0,30. Verder bedraagt de H-waarde voor de totale schaal 0,30. Dit duidt op een zwakke schaal. De betrouwbaarheidscoëfficiënt α is daarentegen redelijk goed: 0,79. Omdat de tien uitspraken geen bevredigende schaal vormen, is met behulp van de Mokken-zoekprocedure exploratief op zoek gegaan naar een sterkere schaal. Na uitvoering van deze procedure blijken twee schalen te kunnen worden gevormd. De eerste schaal bevat uitsluitend de negatief geformuleerde uitspraken, de tweede uitsluitend de positief geformuleerde uitspraken (zie kolom 3 en 4 van tabel 6). De H-waarde en de betrouwbaarheidscoëfficiënt α bedragen respectievelijk 0,41 en 0,74 voor de schaal met de negatief geformuleerde uitspraken en respectievelijk 0,41 en 0,76 voor de schaal met de positief geformuleerde uitspraken. Beide schalen

blijken verder redelijk robuust voor de onderscheiden groepen ouderen (niet gepresenteerd). Gezien de goede schaalkarakteristieken zullen wij beide schalen in de analyses meenemen.

Het feit dat de zoekprocedure twee deelschalen oplevert, geeft aanwijzingen voor het bestaan van twee dimensies. Niet duidelijk is echter of de multi-dimensionaliteit het gevolg is van response-karakteristieken samenhangend met de negatieve of positieve formulering van de uitspraken, of het gevolg is van een verschillende inhoud van de twee sets uitspraken. De schaal is ontwikkeld om naast de gerealiseerde relaties een indruk te krijgen van de standaards ten aanzien van relaties in het algemeen. Met andere woorden, met de tien uitspraken wordt beoogd de *wensen en verwachtingen* te meten, ongeacht de feitelijke situatie. Wellicht zijn de positief geformuleerde uitspraken meer hiermee in lijn dan de negatief geformuleerde uitspraken. In vier van de vijf positief geformuleerde uitspraken komt expliciet het woord 'willen' of 'behoefte' voor. Dergelijke (contra)termen ontbreken in de negatief geformuleerde uitspraken. Hierdoor is de kans groter dat het antwoord op de negatief geformuleerde uitspraken ten onrechte iets meer zegt over de manier waarop men feitelijk met gevoelens omgaat.

De schaal voor de partnerstandaard is ontwikkeld door Dykstra (1990). Met de partnerstandaard wordt de norm aangeduid die iemand heeft ten aanzien van de noodzaak van het hebben van een partnerrelatie voor levensgeluk. Wegens ruimtegebrek is in dit onderzoek een verkorte versie hiervan opgenomen, bestaande uit vijf uitspraken (zie tabel 7). De antwoordcategorieën zijn weer 'ja!', 'ja', 'min of meer', 'nee' en 'nee!'. Zoals te zien is, bestaat de schaal uit drie positief geformuleerde uitspraken over een partnerrelatie (1, 4 en 5) en twee negatief geformuleerde uitspraken (2 en 3).

Tabel 7. Resultaten van de Mokken-analyse van de schaal voor partnerstandaard. De items zijn geordend naar het percentage instemming ($N \geq 805$)

	Instemming %	Homogeniteit H_i	
		Alle items	Excl. items 2 en 3
4. Zonder partner ben je als mens onaf	30,8	0,29	0,54
5. Zonder partner leid je een leeg bestaan	45,4	0,33	0,57
2. Zonder partner groei je uit tot een sterke persoonlijkheid	70,2	0,16	
1. Met een partner krijgt je leven zin	72,3	0,32	0,45
3. Met een partner verlies je je eigen identiteit	89,6	0,06	
H-waarde		0,24	0,52
Alpha		0,56	0,71

In tabel 7, kolom 1, staan de relatieve frequenties van antwoorden in de richting van de schaal weergegeven, dat wil zeggen de antwoorden 'ja!', 'ja' en 'min of meer' op de positief geformuleerde uitspraken en de antwoorden 'nee!', 'nee' en 'min of meer' op de negatief geformuleerde uitspraken. Hieruit wordt duidelijk dat veel respondenten positief denken over een partnerrelatie. Zo stemt bijna een derde van de respondenten (31%) in met de over een 'zonder-partner'-situatie sterk negatieve uitspraak 4 'Zonder partner ben je als mens onaf'. Uitspraak 3 —'Met een partner verlies je je eigen identiteit'— verkrijgt de meeste instemming in de schaalrichting. Slechts tien procent van de respondenten denkt dat je met een partner je eigen identiteit verliest. Aangezien de steekproef een groot aantal alleenstaanden bevat, zijn de percentages uitzonderlijk hoog te noemen. Het aantal instemmende antwoorden in de schaalrichting is hoger voor personen met een partnerrelatie dan voor personen zonder partnerrelatie; ook veel partnerloze respondenten denken echter positief over een partnerrelatie.

Kolom 2 van tabel 7 laat vervolgens zien dat de vijf uitspraken een slechte schaal vormen. Uitspraken 2 en 3, de negatief geformuleerde uitspraken over een partnerrelatie, voldoen

geenszins aan de homogeniteitseis ($H_i = 0,16$ respectievelijk $0,06$) en dienen uit de schaal te worden verwijderd. De drie andere, positief geformuleerde uitspraken over een partnerrelatie, vormen wel een sterke unidimensionele schaal (kolom 3). De H-waarde van deze schaal bedraagt $0,52$. Dit is uitzonderlijk hoog. De betrouwbaarheidscoëfficiënt α is $0,71$, hetgeen acceptabel is gezien het aantal items. Verder blijkt deze schaal redelijk robuust te zijn voor leeftijd, geslacht en partnerstatus. Uitspraak 1 —‘Met een partner krijgt je leven zin’— blijkt binnen de schaal een grotere betekenis te hebben voor vrouwen en partnerlozen; de relatieve betekenis van uitspraak 5 —‘Zonder partner leid je een leeg bestaan’— in de schaal is geringer voor 80-plussers. Voor het overige zijn geen significante verschillen waar te nemen. Gezien het bovenstaande zal in dit onderzoek de schaalscore voor de partnerstandaard worden berekend op basis van de drie positief geformuleerde uitspraken.

Sociale angst

De schaal voor sociale angst (c.q. weinig sociale vaardigheden) is overgenomen uit het onderzoek van Dykstra (1990) en bestaat uit zes vragen (zie tabel 8). De antwoordcategorieën zijn wederom ‘ja!’, ‘ja’, ‘min of meer’, ‘nee’ en ‘nee!’. Met uitzondering van de eerste twee vragen, zijn de vragen positief geformuleerd.

Tabel 8. Resultaten van de Mokken-analyse van de schaal voor sociale angst. De items zijn geordend naar het percentage instemming ($N \geq 896$)

	Instemming %	Homogeniteit H_i
6. Zou u zichzelf verlegen noemen?	37,2	0,30
2. Vindt u het gemakkelijk om gesprekken met vreemden aan te knopen?	46,6	0,29
1. Voelt u zich doorgaans op uw gemak als u met vreemden bent die u niet zo goed kent?	47,3	0,33
4. Vindt u het moeilijk ergens naartoe te gaan waar u niemand kent?	56,5	0,34
5. Vindt u het vreselijk om iets fout te doen waar anderen bij zijn?	57,8	0,27
3. Vindt u het vervelend als u in een gesprek ineens niet meer uit uw woorden kunt komen?	58,6	0,25
H-waarde		0,30
Alpha		0,71

Uit de percentages instemmende antwoorden in de schaalrichting is op te maken dat een flink deel van de respondenten sociale angst kent (kolom 1, tabel 8). Ruim een derde van de respondenten noemt zichzelf (min of meer) verlegen, zo blijkt uit de antwoorden op vraag 6 (‘Zou u zichzelf verlegen noemen?’), en niet minder dan zes op de tien respondenten vindt het (min of meer) vervelend in een gesprek niet meer uit hun woorden te komen (vraag 3).

Ook voor deze schaal zijn Mokken-analyses uitgevoerd. Kolom 2 van tabel 8 geeft de resultaten. De homogeniteitswaarden van de vragen 2, 3 en 5 voldoen (net) niet aan het criterium van tenminste $0,30$. De homogeniteitswaarde voor de totale schaal is $0,30$, hetgeen op een zwakke schaal duidt. De betrouwbaarheidscoëfficiënt α is redelijk goed: $0,71$. Om deze reden, maar ook uit pragmatische overwegingen, zullen de zes vragen in de schaal worden gehandhaafd.

Zelfbeeld

De schaal voor zelfbeeld is de laatste schaal die in de voormeting-vragenlijst is opgenomen. Deze schaal is ontwikkeld door Brinkman (1977) en bestaat uit acht uitspraken (tabel 9).

Ook hier zijn de antwoordcategorieën 'ja!', 'ja', 'min of meer', 'nee' en 'nee!'. Bij een hogere schaalscore duidend op een negatiever zelfbeeld, bevat de schaal drie negatief geformuleerde uitspraken (1, 3 en 8) en vijf positief geformuleerde uitspraken (2, 4, 5, 6 en 7).

Tabel 9. Resultaten van de Mokken-analyse van de schaal voor zelfbeeld. De items zijn geordend naar het percentage instemming ($N \geq 895$)

	Instemming %	Homogeniteit H_i
2. Bij mij gaat alles fout	16,3	0,46
7. Ik heb een lage dunk van mezelf	20,2	0,48
8. Over het geheel genomen ben ik tevreden met mezelf	26,6	0,47
3. Ik sta positief ten opzichte van mezelf	30,8	0,47
4. Ik zou een heleboel aan mezelf willen veranderen	35,5	0,40
6. In het algemeen heb ik weinig vertrouwen in mijn capaciteiten	37,0	0,44
5. Soms voel ik me nutteloos	41,0	0,42
1. Ik ben tamelijk zeker van mezelf	44,3	0,42
Totale H-waarde		0,44
Alpha		0,84

De percentages instemmende antwoorden in deze schaalrichting laten zien dat de meerderheid van de respondenten over een vrij negatief zelfbeeld beschikt (kolom 1, tabel 9). Zo vindt niet minder dan één op de zes respondenten dat alles bij hem of haar fout gaat (uitspraak 2) en heeft één op de vijf een lage dunk van zichzelf (uitspraak 7). Ruim 40 procent voelt zich zelfs soms nutteloos (uitspraak 5) en is niet tamelijk zeker van zichzelf (uitspraak 1).

De zelfbeeld-schaal is een sterke en betrouwbare schaal (tabel 9). De homogeniteitswaarden van de afzonderlijke uitspraken voldoen ruim aan het criterium van tenminste 0,30, de H-waarde voor de totale schaal is ruim voldoende (0,44) en de betrouwbaarheidscoëfficiënt is gegeven het geringe aantal items zeer goed (0,84). Voor de analyse worden de antwoorden op de acht uitspraken gesommeerd tot een schaalscore.

6. Resultaten

De totale groep van ondervraagden in de voormeting is niet een representatieve afspiegeling van de (ouderen)bevolking, hetgeen samenhangt met de aard van de verschillende projecten. Er zijn veel oudste, vrouwen, geïnsitutionaliseerden, verweduwd en alleenwonenden. Het overgrote deel is autochtoon; velen hebben een lage opleiding. Veel ondervraagden participeren niet in maatschappelijke verbanden, hebben geen kinderen en geen vrienden. Er is overwegend een laag zelfbeeld en velen hebben gezondheidsproblemen. Op de mate van eenzaamheid wordt hierna specifiek ingegaan.

Tabel 10. Beschrijvende gegevens

	%	M
Leeftijd (47-108)		77,7
Sekse (1 = man)	29,9	
Woonsituatie (1 = verzorgings/verpleeghuis)	49,8	
Burgerlijke staat		
Nooit gehuwd	14,0	
Gehuwd	21,1	
Gescheiden	8,1	
Verweduwd	56,8	
Alleenwonend	76,2	
Partnerstatus (1 = zonder partner)	74,7	
Geboorteland (1 = buitenland)	8,5	
Opleidingsniveau (in jaren)		7,8
Maatschappelijke participatie (0-24)		4,6
(Contact met) kinderen		
Kinderloos	22,1	
Wel kinderen, geen regelmatig contact	2,2	
Wel kinderen, regelmatig contact of niet bekend	75,8	
Aantal (schoon)familieleden waarmee regelmatig contact		4,0
(Contact met) vrienden		
Vriendenloos	32,2	
Wel vrienden, geen regelmatig contact	1,0	
Wel vrienden, regelmatig contact of niet bekend	66,8	
Aantal burens waarmee regelmatig contact is		2,4
Eenzaamheidschaal (0-11)		4,2
Sociale eenzaamheid (0-5)		1,8
Emotionele eenzaamheid (0-6)		2,4
Eenzaamheid, directe meting: soms eenzaam voelen		
Ja!	16,8	
Ja	22,5	
Min of meer	17,2	
Nee	30,9	
Nee!	12,6	
Eenzaamheid, zelfindicatie		
Niet eenzaam	48,7	
Matig eenzaam	41,1	
Sterk eenzaam	6,8	
Zeer sterk eenzaam	3,4	
Sociale vaardigheden (0-6)		3,1
Zelfbeeld (0-8)		2,5

	%	M
Partnerstandaard (0-3)		1,5
Standaard sociale relaties: negatieve items (0-5)		2,4
Standaard sociale relaties: positieve items (0-5)		3,5
Subjectieve gezondheid		
Slecht	6,2	
Niet zo best	18,4	
Gaat wel	39,6	
Goed	31,0	
Zeer goed	4,9	
ADL-beperkingen (0-24)		10,2
Gezichtsvermogen (0-6)		1,1
Gehoorvermogen		
Goed	61,8	
Matig	28,4	
Slecht	8,9	
In het geheel niet	0,8	
Inkomen (€680-3405)		1071

Samenhangen tussen de verschillende meetinstrumenten en vormen van eenzaamheid zijn opgenomen in tabel 11. De eenzaamheidsschaal hangt uiteraard sterk samen met de score op de twee deelschalen, maar de samenhang tussen sociale en emotionele eenzaamheid is niet erg hoog. De scores op de twee directe vragen naar eenzaamheid hangen redelijk sterk samen met die op andere instrumenten; het zwakst met sociale eenzaamheid. Als we de scores op de instrumenten dichotomiseren, is 60 procent eenzaam conform de schaalscore (score 3 of hoger), 48 procent sociaal eenzaam (score 2 of hoger), 54 procent emotioneel eenzaam (score 2 of hoger), indiceert 51 procent zichzelf als eenzaam, en is 57 procent soms eenzaam (score 3 of hoger). Eenzaamheid komt dus vaak voor onder de ondervraagden. Van de 1040 respondenten met valide scores op alle meetinstrumenten is 28 procent én sociaal eenzaam én emotioneel eenzaam én indiceert zichzelf als eenzaam én is soms eenzaam; 24 procent is volgens elk van deze vier instrumenten niet eenzaam. Het inzetten van verschillende instrumenten geeft naast overeenkomsten ook verschillen te zien, en effecten van interventies kunnen differentiëren naar specifieke vormen en meetinstrumenten van eenzaamheid.

Tabel 11. Samenhang tussen de verschillende meetinstrumenten voor eenzaamheid (N ≥ 1036; Pearson's *r*)

	Schaal	Sociale eenzaamheid	Emotionele eenzaamheid	Zelf indicatie	Soms eenzaam
Schaal	1,00				
Sociale eenzaamheid	0,84	1,00			
Emotionele eenzaamheid	0,90	0,51	1,00		
Zelfindicatie	0,63	0,43	0,64	1,00	
Soms eenzaam	0,59	0,33	0,65	0,69	1,00

De mate van eenzaamheid varieert tussen de projecten. In tabel 12 zijn de gemiddelden voor de eenzaamheidsschaal en voor sociale en emotionele eenzaamheid gegeven. Voor bijvoorbeeld de Internetcursus geldt dat onder de tien deelnemers weinig eenzaamheid voorkomt; een aantal projecten wordt gekenmerkt door gemiddeld hoge eenzaamheidsscores.

Tabel 12. Mate van (sociale en emotionele) eenzaamheid voorafgaand aan de interventie, interventie- en controlegroep, gerangschikt naar oplopende eenzaamheidsscores

	N	Eenzaamheid (score: 0-11)	Sociale een- zaamheid (score: 0-5)	Emotionele eenzaamheid (score: 0-6)
Internetcursus	10	2,7 (1)	1,1 (1)	1,6 (2)
Preventie van vereenzaming bij slechthorenden	50	3,1 (2)	1,6 (4)	1,5 (1)
Door een andere bril	126	3,5 (3)	1,6 (4)	1,9 (3)
Aanpak eenzaamheid verzorgings- huisbewoners	295	3,7 (4)	1,6 (4)	2,2 (7)
Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners	64	3,8 (5)	1,8 (7)	2,0 (4)
Bezoekdienst voor en door weduwen en weduwnaars	29	3,8 (5)	1,2 (2)	2,6 (9)
Signalerend huisbezoek	85	4,0 (7)	1,9 (9)	2,1 (5)
Esc@pe (pc- en internetgebruik)	132	4,1 (8)	2,0 (10)	2,1 (5)
Post Actief verzorgingshuisbewoners	169	4,2 (9)	1,8 (7)	2,3 (8)
Huisbezoek allochtone ouderen	19	5,1 (10)	1,5 (3)	3,5 (13)
Wensvervulling + activiteitenplan	70	5,2 (11)	2,3 (12)	2,9 (10)
Buddyzorg homoseksuele ouderen	68	5,7 (12)	2,4 (13)	3,2 (11)
Diner met film	22	5,7 (12)	2,1 (11)	3,6 (14)
Vrijwillige vriendendienst	26	6,0 (14)	2,7 (14)	3,4 (12)
Vriendschapscursus oudere joodse vrouwen	12	7,1 (15)	3,2 (15)	3,9 (15)
Activerend huisbezoek	9	9,6 (16)	4,2 (16)	5,3 (16)
Psycho-educatieve groepscursus*				

* Nog geen gegevens beschikbaar.

Voor het beoordelen van het effect van een interventie is een controlegroep noodzakelijk; ideaal zou zijn wanneer de interventie- en controlegroep ook gelijke kenmerken hebben. Nagegaan is of de gemiddelde eenzaamheidsscore voor deze twee groepen gelijk is voor die projecten waarvan bij de voormeting bekend is wie van de respondenten tot de interventie-en controlegroep behoren (tabel 13). De toetsing van gelijkheid wordt overigens bemoeilijkt door de kleine aantallen ondervraagden binnen sommige projecten; gangbaar geldt dat voor elke groep minstens gegevens van twintig ondervraagden beschikbaar moeten zijn. Ondanks dat voor een aantal projecten niet aan deze vereiste is voldaan, kan wel geconcludeerd worden dat voor alle projecten geldt dat de controlegroep minder eenzaam is dan de interventiegroep; uitzondering hierop is het project 'Preventie van vereenzaming bij slechthorenden'.

Tabel 13. Verschillen in eenzaamheid (0-11) tussen interventie- en controlegroep

	Interventiegroep			Controlegroep			<i>t</i>
	N	M	SD	N	M	SD	
Vriendschapscursus oudere joodse vrouwen	5	8,0	4,6	7	6,4	4,2	0,6
Vrijwillige vriendendienst	10	9,2	1,9	16	4,1	3,0	4,8 ***
Internetcursus	3	5,3	5,5	7	1,6	2,9	1,5
Bezoekdienst voor en door weduwen en weduwnaars	4	5,8	4,0	25	3,5	3,1	1,3
Esc@pe (pc- en internetgebruik)	20	8,4	2,6	112	3,4	3,5	6,2 ***
Buddyzorg homoseksuele ouderen	38	8,2	3,3	30	2,5	3,5	6,9 ***
Door een andere bril	37	5,2	3,2	89	2,8	3,1	3,9 ***
Diner met film	16	6,9	2,5	6	2,7	2,0	3,7 **
Preventie van vereenzaming bij slechthorenden	25	2,8	3,4	25	3,4	3,7	-0,6

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

De vragenlijst van de voormeting was zodanig samengesteld dat gegevens over de belangrijkste oorzaken van eenzaamheid beschikbaar waren (zie paragraaf 4.1). Aansluitend hierbij geeft tabel 14 een overzicht van de samenhangen tussen de eenzaamheidsscores (eenzaamheidsschaal en sociale en emotionele eenzaamheid) enerzijds en sociaal-demografische kenmerken en de verschillende oorzaken van eenzaamheid anderzijds. Een aantal bevindingen stippen we hier aan.

In de bivariate analyses worden voor de meeste variabelen de verwachte effecten gevonden. Voor acht variabelen geldt dit (deels) niet. Het verwachte positief leeftijdseffect wordt niet gevonden; de oudsten zijn zelfs minder emotioneel eenzaam dan de jongsten. Ondervraagden in een institutionele setting zijn minder eenzaam dan zelfstandig wonenden. Dit heeft vooral te maken met het feit dat de ondervraagde geïnstitutionaliseerde ouderen minder emotioneel eenzaam zijn dan hun leeftijdgenoten die nog zelfstandig wonen; tussen beide groepen doen zich geen substantiële verschillen in sociale eenzaamheid voor. Er is geen samenhang tussen opleiding en (sociale en emotionele) eenzaamheid. Hoge persoonlijke standaards ten aanzien van relaties gemeten met de negatieve items gaan samen met lage (emotionele) eenzaamheid. In paragraaf 5.4 is al geconstateerd dat deze items onderscheiden moeten worden van de positief geformuleerde items. Bij nadere beschouwing van de inhoud van de items lijken de negatief geformuleerde items meer het gedrag te typeren en de positief geformuleerde de standaards te betreffen. De lage (emotionele) eenzaamheidsscores voor degenen met hoge scores op de negatieve items kunnen dan mogelijk verklaard worden doordat zij hun situatie geaccepteerd hebben. Met betrekking tot de positieve items zien we tegengestelde verbanden. Hoge standaards gaan samen met weinig sociale eenzaamheid, en kunnen wijzen op een grote mate van sociabiliteit van de oudere die mogelijk geresulteerd heeft in een persoonlijk relatienetwerk van hogere kwaliteit. Hoge standaards gaan samen met veel emotionele eenzaamheid, mogelijk omdat hierbij uitgedrukt is dat men veel behoefte heeft aan hoogstaande emotionele uitwisselingen binnen het netwerk, welke mogelijk niet gerealiseerd is. Ten slotte is geen samenhang te vinden tussen emotionele eenzaamheid enerzijds en het geboorteland, het al dan niet onderhouden van regelmatig contact met de kinderen, en de mate van gehoorproblemen anderzijds.

Gecontroleerd voor de overige factoren blijken veel bivariate samenhangen hun betekenis te verliezen vanwege de onderlinge samenhangen tussen de verklarende variabelen. Zo zijn het vooral de ondervraagde ouderen met sociale angst die over een negatief zelfbeeld beschikken. Een hoog inkomen gaat veelal gepaard met een hoog opleidingsniveau en ouderen met een partner beschikken gemiddeld over méér inkomen dan degenen zonder een partner.

Sterke onderlinge samenhangen doen zich verder voor tussen de verschillende gezondheids-indicatoren, leeftijd, woonsituatie en sociale participatie.

Uit de multivariate analyse komt naar voren dat eenzaamheid onder de ondervraagde ouderen vooral bepaald wordt door (1) leeftijd, (2) partnerstatus, (3) geboorteland, (4) maatschappelijke participatie, (5) aantal (schoon)familieleden waarmee men regelmatig contact heeft, (6) of men vrienden heeft waarmee men regelmatig contact onderhoudt, (7) iemands zelfbeeld, (8) het belang van een partnerrelatie, (9) of men problemen heeft met het gezichtsvermogen, en (10) of men tot de interventiegroep behoort. Voor wat betreft de deelschaal sociale eenzaamheid blijken ook de gegevens (1) t/m (7), (9) en (10) belangrijke determinanten; het belang van een partnerrelatie (8) niet. Verder wordt sociale eenzaamheid bepaald door iemands geslacht, of men kinderen heeft waarmee men regelmatig contact onderhoudt, of men hoge persoonlijke standaards heeft ten aanzien van relaties gemeten met de positieve items, en door de hoogte van het inkomen. Voor de deelschaal emotionele eenzaamheid blijken de gegevens (1), (2), en (5) t/m (10) belangrijke determinanten; geboorteland (3) en maatschappelijke participatie (4) blijken niet van belang. Verder komt naar voren dat ouderen minder emotioneel eenzamer zijn wanneer zij hoge persoonlijke standaards hebben ten aanzien van relaties gemeten met de negatieve items, wanneer zij lage persoonlijke standaards hebben ten aanzien van relaties gemeten met de positieve items, en wanneer zij hun gezondheid als (zeer) goed beoordelen.

De adjusted R^2 kan variëren tussen 0 en 1 en indiceert de mate waarin verschillen in eenzaamheid terug te brengen zijn op verschillen in de verklarende variabelen; vergeleken met de resultaten uit ander onderzoek naar eenzaamheid is deze voor elk van de drie multivariate analyses bevredigend.

Tabel 14. Overzicht van verwachte en gevonden effecten in de verklaring van (sociale en emotionele) eenzaamheid (N = 974)

	Verwacht	Gevonden					
		Bivariaat			Multivariaat		
		Totaal	Sociaal	Emotioneel	Totaal	Sociaal	Emotioneel
Leeftijd	+	0	0	—	—	—	—
Geslacht (1=man)	?	0	0	0	0	+	0
Woonsituatie (1=verzorgings/verpleeghuis)	+	—	0	—	0	0	0
Partnerstatus (1=zonder partner)	+	+	+	+	+	+	+
Geboorteland (1= buitenland)	+	+	+	0	+	+	0
Opleidingsniveau (laag - hoog)	—	0	0	0	0	0	0
Maatschappelijke participatie (laag - hoog)	—	—	—	—	—	—	0
Wel kinderen, geen regelmatig contact (ref. kinderloos)	0	0	0	0	0	0	0
Wel kinderen, regelmatig contact (ref. kinderloos)	—	—	—	0	0	—	0
Aantal (schoon)familieleden waarmee regelmatig contact (weinig - veel)	—	—	—	—	—	—	—
Wel vrienden, geen regelmatig contact (ref. vriendenloos)	0	0	0	0	0	0	0
Wel vrienden, regelmatig contact (ref. vriendenloos)	—	—	—	—	—	—	—
Aantal burens waarmee regelmatig contact (weinig - veel)	—	—	—	—	0	0	0
Sociale angst (weinig - veel)	+	+	+	+	0	0	0
Zelfbeeld (positief - negatief)	+	+	+	+	+	+	+
Partnerstandaard (laag - hoog)	+	+	+	+	+	0	+
Standaard relaties in het algemeen (laag - hoog)							
Negatieve items	+	—	0	—	0	0	—
Positieve items	+	+	—	+	0	—	+
Subjectieve gezondheid (slecht - zeer goed)	—	—	—	—	0	0	—
Beperkingen ADL (weinig - veel)	+	+	+	+	0	0	0
Problemen met gezichtsvermogen (weinig - veel)	+	+	+	+	+	+	+
Problemen met gehoorvermogen (weinig - veel)	+	+	+	0	0	0	0
Inkomen (laag - hoog)	—	—	—	—	0	—	0
Controlegroep (ref. interventiegroep)	—	—	—	—	—	—	—
Of interventie- of controlegroep (ref. interventiegroep)	—	—	—	—	—	—	—
Adjusted R ²					0,36	0,30	0,32

+ = positief significant ($p < 0,05$) effect; — = negatief significant effect; 0 = geen significant effect

7. Tot besluit

In deze laatste paragraaf zal een korte uiteenzetting worden gegeven van de activiteiten die na de voormeting door ons zijn respectievelijk nog zullen worden uitgevoerd, gevolgd door enkele lessen voor de toekomst.

7.1. Vervolgactiviteiten

Nameting-vragenlijst

Bij voorkeur dienen de vragen in een nameting-vragenlijst exact gelijk te zijn aan die in de voormeting-vragenlijst. Het afnemen van exact dezelfde vragenlijst zou echter bij sommige vragen onnodige, dezelfde gegevens opleveren. Dit geldt in ieder geval voor de persoonsgegevens leeftijd, sekse, geboorteland, en een eventueel eerdere echtscheiding. Gezien de doelgroep kon verder met vrij grote zekerheid worden aangenomen dat de nationaliteit en hoogst behaalde opleiding niet zullen zijn veranderd in de periode tussen de voormeting en nametingen. Voor de respondenten kan het rapporteren van reeds verstrekte informatie als storend worden ervaren en eventueel de sfeer van het gesprek benadelen. Derhalve zijn de vragen over geboorteland, nationaliteit en hoogst behaalde opleiding niet meer in de nameting-vragenlijsten meegenomen. Verder hebben wij de projectleiders aangeraden voorafgaand aan de ondervraging de aanwezige persoonsgegevens zelf in te vullen om zo de ouderen zoveel mogelijk te ontlasten. Ook de vraag of men bereid is deel te nemen aan het vervolgonderzoek, wordt in de eerste nameting-vragenlijst niet meer gesteld. Verschillende projecten hebben reeds in de voormeting-vragenlijst aangegeven dat het vervolgonderzoek nog twee ondervragingen inhoudt. Om straks de ouderen echter niet te verrassen met een tweede nameting, wordt aan het eind van de eerste nameting-vragenlijst aangegeven dat men nog één keer een vragenlijst kan verwachten.

Door het verwijderen van ‘overbodige’ vragen ontstond ruimte voor enkele nieuwe vragen. In de voormeting-vragenlijst ontbreekt informatie over de woonduur, werkstatus, en een eventueel eerder huwelijk dat door overlijden van de echtgeno(o)t(e) is beëindigd, waarvan mag worden verwacht dat de mate van eenzaamheid mede hierdoor wordt bepaald. De vragen over de duur van de huidige verblijfplaats en (de duur van) de huidige werkstatus konden eenvoudig in de nameting-vragenlijsten worden toegevoegd. Voor het verkrijgen van informatie over een eventueel eerder huwelijk dat door de dood van de echtgeno(o)t(e) is beëindigd, was een grotere ingreep in de vragenlijst noodzakelijk. De vraag over de huidige burgerlijke staat, (eerdere) echtscheidingservaring, en huishoudenssamenstelling (vragen 1 t/m 4 in de voormeting-vragenlijst) zijn vervangen door een vraag of men momenteel is getrouwd, of men ooit (eerder) getrouwd is geweest en zo ja, op welke wijze en wanneer dit huwelijk is beëindigd, en of men momenteel samenwoont met een partner (niet-gehuwden) respectievelijk de echtgeno(o)t(e) door omstandigheden elders woont (gehuwden). De vraag of men met één of meer van de kinderen in huis woont, is verschoven naar de andere vragen over kinderen en alleen gesteld aan degenen met kinderen. Reconstructie van de burgerlijke staat is mogelijk door het antwoord op verschillende vragen te combineren. Een bijkomstig voordeel van deze ingreep is het verkrijgen van meer betrouwbare informatie over het al dan niet hebben meegemaakt van een (eerdere) echtscheiding. Immers, respondenten worden in de nameting niet geconfronteerd met een directe vraag over een eventuele echtscheidingservaring; echtscheiding is naast de dood van de echtgeno(o)t(e) een antwoordcategorie op de vraag op welke wijze het huwelijk is beëindigd. Met de ingreep wordt daarentegen informatie verloren over het al dan niet samenwonen met ‘andere personen’. Uit de voormeting is echter gebleken dat slechts enkele respondenten met één of meer andere personen samenwonen.

Ten slotte zijn in de nameting-vragenlijsten enkele wijzigingen aangebracht in de manier van aanbieden. Uit de voormeting-gegevens is gebleken dat respondenten moeite hadden

met het feit dat twee vragen over kind- en vriendenrelaties in één vraagstelling waren ondergebracht. Dientengevolge is de gecombineerde vraag in de nameting-vragenlijsten vervangen door twee afzonderlijke vragen. Bovendien wordt nu bij de vier contactvragen verzocht '0' in te vullen indien men met geen van de desbetreffende personen regelmatig contact heeft. Verder is, ter voorkoming van onduidelijkheden, de vraag over het aantal kinderen opgesplitst in een vraag over het aantal kinderen dat men heeft gekregen en een vraag over het aantal kinderen dat in leven is. Om verder te voorkomen dat partnerlozen ten onrechte denken dat de uitspraken over een partnerrelatie niet op hen van toepassing zijn, is nu expliciet aangegeven dat wij ook de mening van nimmer gehuwde, gescheiden en verweduwde ouderen willen weten.

De nameting-vragenlijst is eind oktober 2002 aan de betrokken projectleiders uitgereikt, vergezeld van een brief waarin de wijzigingen werden toegelicht. Niet langer kon met het starten van de nameting-vragenlijst worden gewacht omdat enkele projecten dienden te starten met de eerste nameting.

Invoer en kwaliteitscontrole nameting-gegevens

De tweede vervolgactiviteit betreft het invoeren en/of controleren van de nameting-gegevens. Op het moment van dit schrijven (oktober 2003) zijn de eerste nameting-gegevens van de volgende projecten (ten dele) ontvangen: 'Vriendschapskursus oudere joodse vrouwen', 'Vrijwillige vriendendienst', 'Activerend huisbezoek', 'Internetkursus', 'Bezoekdienst voor en door weduwen en weduwnaars', 'Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners', 'Buddyzorg homoseksuele ouderen', 'Post Actief verzorgingshuisbewoners', 'Door een andere bril', 'Aanpak eenzaamheid verzorgingshuisbewoners', 'Wensvervulling + activiteitenplan', 'Signalerend huisbezoek', 'Diner met film', en 'Preventie van vereenzaming bij slechthorenden'. Van het laatstgenoemde project en het project 'Vrijwillige vriendendienst' zijn overigens ook (bijna) alle tweede nameting-vragenlijsten binnengekomen. Daarnaast zijn enkele tweede nameting-vragenlijsten van de projecten 'Activerend huisbezoek' en 'Buddyzorg homoseksuele ouderen' reeds ontvangen.

Een bespreking van de kwaliteit van deze nameting-gegevens valt buiten de scope van dit rapport. Toch willen wij hier alvast twee kwaliteitsproblemen aanstippen omdat deze zonder twijfel een nadelige invloed zullen hebben op de mogelijkheden en resultaten van ons vergelijkend effectonderzoek later. Het eerste probleem betreft de hoge uitval bij enkele projecten. Het project 'Post Actief verzorgingshuisbewoners' spant in dit opzicht de kroon. Niet meer dan 38 van de 207 (18%) respondenten in de voormeting hebben tevens de eerste nameting-vragenlijst ingevuld. Van de slechts drie deelnemers aan het project 'Internetkursus' die een voormeting-vragenlijst hebben ingevuld, is maar één bereid geweest ook de eerste nameting-vragenlijst in te vullen. Vanwege dit teleurstellend resultaat heeft men afgezien van een tweede nameting en nametingen bij de controlegroep. Gegevens van dit project zullen dan ook niet in ons vergelijkend effectonderzoek worden meegenomen. Het tweede kwaliteitsprobleem is de teleurstellende omvang van de interventiegroep bij die projecten waarvan pas bij de eerste nameting duidelijk zou worden wie deel hebben genomen aan de interventie. Het meest extreme voorbeeld is wederom het project 'Post Actief verzorgingshuisbewoners'. Slechts vijf verzorgingshuisbewoners hebben tussen de voor- en eerste nameting een interventie gekregen; twee van hen zijn niet bereid geweest de eerste nameting-vragenlijst in te vullen. Gezien dit teleurstellend resultaat heeft men besloten van een tweede nameting af te zien.

Definitieve classificatie interventies

In paragraaf 3 zijn de betrokken interventieprojecten op een vijftal dimensies geclassificeerd. Een samenvatting hiervan is te vinden in tabel 1. Deze classificatie is gebaseerd op de informatie die wij tot dusver schriftelijk en mondeling (tijdens de gehouden site visits) van de projectleiders en –uitvoerenden hebben ontvangen. Wij sluiten niet uit dat de classificatie na

beëindiging van de interventies nog op een aantal punten zal moeten worden bijgesteld. Zo kunnen wij nog van verschillende projecten met een groepsinterventie een handboek van de interventie verwachten. Daarnaast zal van de meeste projecten met één of meer persoonsinterventies pas bij de eerste nameting duidelijk worden wat de invulling van de interventie voor de betreffende deelnemers precies is geweest. Op dat moment moet worden nagegaan in hoeverre deze invulling overeenkomt met de oorspronkelijke opzet op basis waarvan de interventieprojecten nu zijn geëvalueerd.

Effectmeting en eindrapportage

Nadat ook alle nameting-gegevens zijn ingevoerd en/of gecontroleerd, zullen analyses worden uitgevoerd naar de veranderingen in de richting en intensiteit van (de afzonderlijke items en soorten van) eenzaamheid. Deze veranderingen zullen in verband worden gebracht met veranderingen in determinanten van eenzaamheid en met kenmerken van de uitgevoerde interventies. Hiervoor zijn multilevel analyses de meest geschikte procedure. Het onderzoek mondt ten slotte uit in een eindrapport met de belangrijkste onderzoeksuitkomsten en aanbevelingen voor beleid gericht op voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen, dat aan de Stichting Sluiterman van Loo zal worden aangeboden. Naar verwachting zal dit eind 2004 plaatsvinden.

7.2. Lessen voor de toekomst

Voor aanvang van het vergelijkend effectonderzoek naar eenzaamheidsinterventies onder ouderen, hebben wij het vermoeden uitgesproken dat een dergelijk onderzoek een risicovolle onderneming kan zijn. Na een beter inzicht te hebben verkregen van de interventies en de kwaliteit van de voormetingen, waar dit rapport een verslag van is, blijkt dat ons vermoeden helaas bewaarheid is.

Om de voorziene risico's voor te zijn, hebben wij vooraf drie voorwaarden gesteld waaraan de effectmetingen van de projectinterventies zouden moeten voldoen. Twee daarvan hebben (ten dele) betrekking op de voormeting, te weten het opnemen van de door ons samengestelde vragen in de voormeting-vragenlijst en het vormen van een controlegroep. Formulering van de voorwaarden had weliswaar een verplichtend karakter, maar de mogelijkheid werd geboden, op gegronde redenen steunend, hiervan af te wijken. Het is dan ook niet verwonderlijk dat niet alle projecten zich aan beide voorwaarden hebben gehouden. Drie projecten zijn van de NIDI-vragenlijsten afgeweken en twee projecten hebben geen pogingen ondernomen om een controlegroep te creëren.

Boven op de risico's die wij van tevoren hadden verwacht, zijn verschillende onvoorziene risico's opgetreden. Ten eerste is niet voldoende gerealiseerd met welke problemen de projecten werden geconfronteerd toen zij eenmaal te horen kregen op welke wijze en binnen welk tijdsbestek zij de metingen dienen uit te voeren. Dit geldt vooral voor die projecten die in hun voorstel een kwalitatieve effectmeting of een beperkte kwantitatieve effectmeting onder uitsluitend de deelnemers, hadden opgenomen. In zeer korte tijd moesten de projecten extra tijd, menskracht en/of organisaties vinden voor de extra werkzaamheden zoals het samenstellen van een geschikte controlegroep, het interviewen van de deelnemers en controlepersonen dan wel het opsturen en verzamelen van de vragenlijsten, en het overtuigen van betrokkenen van het belang van een kwantitatieve effectmeting. Mede als gevolg hiervan zijn de meeste projecten niet in staat geweest zich te houden aan de vooraf vastgestelde uiterste aanleverdata voor de gegevens van respectievelijk de voormeting en de nametingen. Ons project heeft hierdoor een vertraging opgelopen van ruim een jaar.

Ten tweede hebben volgens verschillende projectleiders de uiterste aanleverdata op hun beurt geleid tot minder personen in de interventie- en/of controlegroep dan beoogd of voor de effectmeting nodig is. Wij kunnen ons echter niet aan de indruk onttrekken dat in vele project-

voorstellen de vermelde aantallen ook zonder ons project niet zouden zijn gehaald. Het resultaat blijft echter hetzelfde: vele projecten met zeer weinig meting-gegevens naast een klein aantal projecten met een relatief groot aantal meting-gegevens. Eventuele effecten die straks uit onze analyses naar voren komen, zullen door dit grote verschil in steekproefomvang sterk worden gedomineerd door de grotere projecten.

Ten derde hebben wij meer dan verwacht moeilijkheden ondervonden om gedetailleerde informatie in te winnen over de interventies en op de hoogte te zijn van de voortgang van de metingen. Met uitzondering van enkele projecten hebben wij ervaren dat de projectleiders het niet fijn vinden dat wordt meegekeken in de keuken, weinig tot geen hulp en advies vragen of wensen in het geval van problemen met het uitvoeren van de metingen, en zich veelal niet groepen voelen ons op de hoogte te stellen van belangrijke besluiten of veranderingen. Verder heeft in de meerderheid van de projecten een wijziging in de samenstelling van de projectgroep voorgedaan, hetgeen de communicatie niet bevordert. In een enkel geval was de tussenkomst van de Stichting Sluyterman van Loo nodig om aan de benodigde informatie en gegevens te komen. Kennelijk is de vrees voor stopzetting van de financiering van het project de reden om ons alsnog van dienst te zijn.

Ten slotte zijn de meeste tot dusver bekende controlegroepen minder geschikt dan verwacht of beter gezegd, dan dat wij hadden gehoopt. Van vijf van de negen desbetreffende projecten blijkt de deelnemers voor aanvang van de interventie gemiddeld significant eenzamer te zijn dan de controlepersonen.

Gezien het bovenstaande komen wij tot de volgende aanbevelingen in het geval de Stichting in de toekomst een vergelijkbaar onderzoeksprogramma wil instellen:

1. In het onderzoeksprogramma dient een duidelijke omschrijving van de gewenste wijze van effectmeting te worden opgenomen. In het geval van een kwantitatieve effectmeting zal in deze omschrijving in ieder geval moeten worden ingegaan op de minimale steekproefomvang, de wijze van ondervraging, het samenstellen van een geschikte controlegroep en de tijdstmomenten waarop de metingen uiterlijk moeten worden aangeleverd.
2. De voorwaarden die aan de effectmetingen worden gesteld, dienen onderdeel te vormen van de criteria waarop de Stichting de projecten selecteert.
3. Beter nagaan of de beoogde steekproefomvang realistisch is en/of de eis stellen de beoogde steekproefomvang in het projectvoorstel te onderbouwen.
4. Vooral die projecten selecteren die al enige jaren expertise hebben opgebouwd met de voorgestelde interventie en het verrichten van effectmetingen.
5. Bij voorkeur projecten selecteren van vergelijkbare omvang.
6. De voorwaarden waaraan de projecten zich dienen te houden, minder vrijblijvend formuleren en sneller (dreigen met) sancties opleggen of stopzetting van financiering.
7. Het instituut dat wordt gevraagd het vergelijkend onderzoek uit te voeren, dient bij de start van het onderzoeksprogramma te worden betrokken.
8. De positie van dit instituut dient voor de betrokken projecten helder te zijn.

7.3. Een tussenbalans

Vanaf de start van dit project hebben we mogelijke problemen onder ogen willen zien; hierboven is nog eens herhaald dat het uitvoeren van een vergelijkend onderzoek naar effecten van interventies over een dergelijke serie projecten een risicovolle onderneming is. Het is uiteraard nog te vroeg om de opbrengsten van dit vergelijkend onderzoek goed te kunnen inschatten. Gegeven het pionierswerk dat is verricht (effectonderzoek is zeldzaam, zeker naar interventies op het gebied van problemen als eenzaamheid; vergelijkend empirisch onderzoek naar interventies is nog zeldzamer – zie de studie van Findlay, 2003) achten wij de tussentijds bereikte resultaten waardevol. We noemen hierbij twee zaken: het bereikte overzicht in soorten van interventies, en de (vergelijkende) kennis die is opgedaan in het uitvoeren van inter-

44, Vergelijkend Effectonderzoek, Tot besluit

ventieprojecten. Natuurlijk hopen wij op meer wanneer de gegevens van voor- én nameting beschikbaar zijn!

Referenties

- Allan, G.A. (1979). *A sociology of friendship and kinship*. Boston: George Allen & Unwin.
- Advies Research Gezondheidszorg Ouderenbeleid (2002). *Werkboek Post Actief*. Groningen: ARGO.
- Batelaan, H., & Boas, M. (1994). *Het komt hier niet voor: Een onderzoek naar de homo(on)vriendelijkheid van verzorgingshuizen*. Amsterdam: Wetenschapswinkel UvA.
- Brinkman, W. (1977). *Een asserviteitsschaal II*. Psychologisch Laboratorium, Universiteit van Amsterdam.
- Clark, P.G., Siviski, R.W., & Weiner, R. (1986). Coping strategies of widowers in the first year. *Family Relations*, 35, 425-430.
- Coyne, J.C., Aldwin, C., & Lazarus, R.S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Dagevos, J. (2002). Allochtone ouderen in Nederland: Onderling in vele opzichten verschillend. *Gerōn, Tijdschrift voor Sociale Gerontologie*, 4, 6-14.
- de Graaf, R., & Bijl, R.V. (1999). Gebruik van en behoefte aan zorg wegens psychische problemen bij dove en ernstig slechthorende volwassenen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 176-185.
- de Jong Gierveld, J. (1969). *De ongehuwden: Een sociologisch onderzoek naar de levensomstandigheden en levensinstelling van ongehuwde mannen en vrouwen*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- de Jong Gierveld, J. (1984). *Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- de Jong Gierveld, J. (1989). Personal relationships, social support, and loneliness. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 197-221.
- de Jong Gierveld, J. (1997). Armoede en isolement: Oudere alleenwonende vrouwen in Nederland. In G. Engbersen, J.C. Vrooman, & E. Snel (Eds.), *De kwetsbaren: Tweede jaarrapport armoede en sociale uitsluiting* (pp. 177-193). Amsterdam: University Press.
- de Jong Gierveld, J. (1999). Eenzaamheid onder ouderen: Een overzicht van het onderzoek. *Gerōn, Tijdschrift voor Sociale Gerontologie*, 1, 5-15.
- de Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F.H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299.
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (1987a). Het meten van persoonlijke ervaringen en gevoelens in vragenlijstonderzoek: Een studie naar het functioneren van de eenzaamheidsschaal in verschillende onderzoekingen. In J. de Jong Gierveld, & J. van der Zouwen (Eds.), *De vragenlijst in het sociaal onderzoek* (pp. 67-83). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (1987b). The partner as source of social support in problem and non-problem situations. *Journal of Social Behavior & Personality*, 2, 191-200.
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (1992). Triangulatie in operationaliseringsmethoden. In G.J.N. Bruinsma & M.A. Zwanenburg (Eds.), *Methodologie voor bestuurskundigen: Stromingen en methoden* (pp. 273-298). Muiderberg: Coutinho.
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: Coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, 1-24.
- de Vries, M. (2001). Mede-joden: De gemeenschap. In H. van Solinge & M. de Vries (Eds.), *De joden in Nederland anno 2000: Demografisch profiel en binding aan het jodendom* (pp. 179-198). Amsterdam: Aksant.

- Debets, P., & Brouwer, E. (1986). *User's manual MSP*. Amsterdam: Technisch Centrum UvA (publication number TC130).
- Deeg, D.J.H., & Westendorp-de Serièrè, M. (Eds.) (1994). *Autonomy and well-being in the aging population I: Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Dykstra, P.A. (1990). *Next of (non)kin: The importance of primary relationships for older adults' well-being*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dykstra, P.A. (1993). The differential availability of relationships and the provision and effectiveness of support to older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 355-370.
- Dykstra, P.A. (1998). The effects of divorce on intergenerational exchanges in families. *The Netherlands' Journal of Social Sciences*, 33, 77-93.
- Dykstra, P.A., & Fokkema, T. (2001). Emotionele en sociale eenzaamheid onder gescheiden en gehuwde mannen en vrouwen: De deficiet- en cognitieve benaderingen vergeleken. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 56, 177-190.
- Evers-Emden, B. (1994). *Geleende kinderen: Ervaringen van onderduikers en hun joodse beschermelingen in de jaren 1942 tot 1945*. Kampen: Kok.
- Findlay, R.A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing & Society*, 23, 647-658.
- Fokkema, T., & van Solinge, H. (2000). De invloed van de huwelijksgeschiedenis op het inkomen van ouderen. *Sociale Wetenschappen*, 4, 19-40.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Friso, J. (2002). Ook homo's worden oud. *Schorer.nl, Kwartaaltijdschrift Schorerstichting*, 2, 12-17.
- Galesloot, H. (2003a). *Zichtbare en onzichtbare roze ouderen: Verslag van de conferentie Roze Rimpels 2 over de positie van homoseksuele en lesbische ouderen*. Amsterdam: Schorerstichting, Kenniscentrum homoseksualiteit en gezondheid.
- Galesloot, H. (2003b). *Verslag expertmeeting Vrolijke Herfst*. Amsterdam: Rode Zaal Schorerstichting, 26 juni 2003.
- Gerritsen, L. (1997). *Metten met twee maten: Het meten van eenzaamheid en relatieverbrekingen bij jong-volwassenen*. Amsterdam: Dissertatie Vrije Universiteit.
- Glick, I.O., Weiss, R.S., & Parkes, C.M. (1974). *The first year of bereavement*. New York: Wiley.
- Glissenaar, I., & Reijn, I. (1999). *'Vriendschap op maat': Georganiseerde support door maatjes en buddy's*. Utrecht.
- Gordon, S. (1976). *Lonely in America*. New York: Simon & Schuster.
- Herth, K. (1998). Integrating hearing loss into one's life. *Qualitative Health Research*, 8, 207-223.
- Jeurissen, J.M.J., Polman, R.M.D., & van den Bos, C. (2002). *Waarderingsonderzoek: Stichting Woonzorgcentra Markenheem*. Arnhem: Reinoud Adviesgroep.
- Kaptein, G. (2002). Leven in twee werelden. *Gerōn, Tijdschrift voor Sociale Gerontologie*, 4, 51-54.
- Knipscheer, C.P.M., de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T.G., & Dykstra, P.A. (Eds.) (1995). *Living arrangements and social networks of older adults*. Amsterdam: VU University Press.
- Kramer, S.E., Kapteyn, T.S., Kuik, D.J., & Deeg, D.J.H. (2002). The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *Journal of Aging and Health*, 14, 122-137.
- Lamme, S.P. (1999). Allochtone ouderen in de Schilderswijk. *Gerōn, Tijdschrift voor Sociale Gerontologie*, 1, 50-55.

- Lamme, S.P., Linnemann, M.A., Deeg, D.J.H., & Schuyt, T.N.M. (1998). Armoede, sociale participatie en eenzaamheid bij ouderen. In G. Engbersen, J.C. Vrooman, & E. Snel (Eds.), *Effecten van armoede. Derde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting* (pp. 129-141). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Linnemann, M.A. (1996). *Een eenzaam (s)lot?: Een integratie van verklaringen van eenzaamheid onder ouderen boven de 75 jaar*. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Linnemann, M.A., & Goede, H.P. (1992). *Hulpverlening aan eenzame ouderen*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Stichting voor Toegepaste Gerontologie.
- Linnemann, M.A., van Linschoten, C.P., Royers, T., Nelissen, H., & Nitsche, B.C.M. (2001). *Eenzaam op leeftijd: Interventies bij eenzame ouderen*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Litwak, E., & Szelenyi, I. (1969). Primary groups structures and their functions: Kin, neighbours, and friends. *American Sociological Review*, 34, 465-481.
- Marangoni, C., & Ickes, W. (1989). Loneliness: A theoretical review with implications for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 93-128.
- Margulis, S.T., Delega, V.J., & Winstead, B.A. (1984). Implications of social psychological concepts for a theory of loneliness. In V.J. Derlega (Ed.), *Communication, intimacy and close relationships* (pp. 133-160). Londen: Academic Press.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Paars over roze: Nota Homomancipatiebeleid*. Den Haag: Ministerie van VWS, Directie Sociaal Beleid.
- Mokken, R.J. (1971). *A theory and procedure of scaling: With applications in political research*. Den Haag: Mouton.
- Moorer, P., & Suurmeijer, T.P.B.M. (1993). Unidimensionality and cumulateness of the loneliness scale using mokken scale analysis for polychotomous items. *Psychological Reports*, 73, 1324-1313.
- Mülder, H. (2003). Hoorproblemen volksziekte nummer drie. *Gerōn, Tijdschrift voor Sociale Gerontologie*, 5, 61-65.
- Paloutzian, R.F., & Janigian, A.S. (1987). Models and methods in loneliness research: Their status and direction. *Journal of Social Behavior & Personality*, 2, 31-36.
- Peplau, L.A., & Caldwell, M.A. (1978). Loneliness: A cognitive analysis. *Essence*, 4, 207-220.
- Peplau, L.A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: Wiley.
- Peplau, L.A., Miceli, M., & Morasch, B. (1982). Loneliness and self-evaluation. In L.A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 135-151). New York: Wiley-Interscience.
- Perlman, D., & Peplau, L.A. (1981). Towards a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S.W. Duck (Eds.), *Personal Relationships in disorder* (pp. 31-56). London: Academic.
- Raphael, B. (1984). *The anatomy of bereavement: A handbook for the caring professions*. London: Hutchinson.
- Rook, K.S. (1989). Strains in older adults' friendships. In R.G. Adams & R. Blieszner (Eds.), *Older adult friendship: Structure and process* (pp. 166-194). London: Sage.
- Russell, D.W., Peplau, L.A., & Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA loneliness scale. *Journal of Personality & Social Psychology*, 39, 471-480.
- Sandfort, Th.G.M., de Graaf, R., Bijl, R.V., & Schnabel, P. (2000). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Schuyf, J. (1996). *Oud roze: De positie van lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland*. Utrecht: Homostudies/ISOR, Universiteit Utrecht.

- Schuyf, J. (1997). *Gevoelsgenoten van zekere leeftijd: Levensverhalen van oudere homoseksuele vrouwen en mannen*. Amsterdam: Schorer Boeken/Uitgeverij Van Genneep.
- Sociaal Cultureel Planbureau (1998). *Rapportage minderheden 1998*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Solano, C.H. (1986). People without friends: Loneliness and its alternatives. In V.J. Derlega & B.A. Winstead (Eds.), *Friendship and social interaction* (pp. 227-246). New York: Springer.
- Stevens, N.L. (1989). *Well-being in widowhood: A question of balance*. PhD Dissertation, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Stevens, N. (1995a). Gender and adaption to widowhood in later life. *Ageing and Society*, 15, 37-57.
- Stevens, N. (1995b). *Vriendschapskursus voor oudere vrouwen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21, 183-202.
- Stevens, N., & van Tilburg, T. (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26, 15-35.
- Steverink, N. (1996). *Zo lang mogelijk zelfstandig: Naar een verklaring van verschillen in oriëntatie ten aanzien van opname in een verzorgingstehuis onder fysiek kwetsbare ouderen*. Dissertatie, Universiteit Groningen.
- Strawbridge, W.J., Wallhagen, M.I., Shema, S.J., & Kaplan, G.A. (2000). Negative consequences of hearing impairment in old age: A longitudinal analysis. *The Gerontologist*, 40, 320-326.
- Stroebe, W., & Stroebe, M.S. (1986). Beyond marriage: The impact of partner loss on health. In R. Gilmour & S.W. Duck (Eds.), *The emerging field of personal relationships* (pp. 203-224). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stroebe, M.S., Hansson, R.O., & Stroebe, W. (1993). Contemporary themes and controversies in bereavement research. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 457-475). Cambridge: University Press.
- Stroebe, W., Stroebe, M.S., Abakoumkin, G., & Schut, H.A.W. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality & Social Psychology*, 70, 1241-1249.
- ter Steege, G., & K. Penninx (1997). *'t Heft in handen: Praktijkboek Activerend huisbezoek bij ouderen*. Utrecht: NIZW.
- Tesser, P.T.M., van Dugteren, F.A., & Merens, J.G.F. (1998). *Rapportage minderheden 1998: De eerste generatie in de derde levensfase*. Cahier nr. 153, Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau/Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie.
- van Baarsen, B. (2001). *How's life? Adaptation to widowhood in later life and the consequences of partner death on the experienced emotional and social loneliness*. PhD Dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam.
- van Baarsen, B., Smit, J.H., Snijders, T.A.B., & Knipscheer, C.P.M. (1999). Do personal conditions and circumstances surrounding partner loss explain loneliness in newly bereaved older adults? *Ageing & Society*, 19, 441-469.
- van Baarsen, B., Snijders, T.A.B., Smit, J.H., & van Duijn, M.A.J. (2001). Lonely but not alone: Emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 119-135.
- van Linschoten, C.P. (1998). *Ouder worden*. Nationaal Gerontologie Congres, bijdrage 40.155.

- van Solinge, H., & van Imhoff, E. (2001). Sociaal-demografisch profiel. In H. van Solinge, & M. de Vries (Eds.), *De joden in Nederland anno 2000: Demografisch profiel en binding aan het jodendom* (pp. 29-46). Amsterdam: Aksant.
- van Tilburg, T.G. (1988). *Verkregen en gewenste ondersteuning in het licht van eenzaamheidservaringen*. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam.
- van Tilburg, T.G., & de Leeuw, E.D. (1991). Stability of scale quality under different data collection procedures: A mode comparison on the 'de Jong Gierveld Loneliness Scale'. *International Journal of Public Opinion Research*, 3, 69-85.
- van Tilburg, T.G., Havens, B., & de Jong Gierveld, J. (in press). Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: A multi-faceted comparison. *Canadian Journal on Aging*.
- Verdurmen, J., van Wensveen, P., & Oudijk, C. (1997). *Tabellenboek onderzoeksverslag leefbaarheidsmonitor*. Den Haag/Rotterdam.
- Vogels, L. (1996). *Eenzaamheid bij ouderen: Samen aan de slag?! Mogelijkheden en beperkingen van interdisciplinaire samenwerking bij zorg op het terrein van eenzaamheid bij ouderen*. Utrecht: NIZW.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Weiss, R.S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others: Joining, molding, conforming, helping, loving* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ.
- Woldringh, C., & Knapen, M.H.J.M. (1980). *Vrij en alleen?: Een explorerende studie in enkele grote steden in Nederland naar de situatie van ongehuwden en hun beleving daarvan*. Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen.
- Yerden, I. (2000). *Zorgen over zorg: Traditie, verwantschapsrelatie, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Yerden, I. (2001). Zorg voor Turkse ouderen: De traditie en de praktijk. *Gerōn, Tijdschrift voor Sociale Gerontologie*, 3, 28-37.

Bijlage 1. Omschrijving van de interventieprojecten

Huisbezoek bij allochtone ouderen, Beverwijk

Sinds eind 1999 worden in Beverwijk de zelfstandig wonende, allochtone ouderen van 50 jaar en ouder —bestaande uit Turken, Spanjaarden, Italianen en Marokkanen— eenmaal thuis bezocht. Het doel hiervan is vierledig: (1) de allochtone ouderen informeren over het huidige aanbod van (ouderen)zorg- en welzijnsvoorzieningen, (2) het bemiddelen naar deze voorzieningen indien gewenst, (3) het inventariseren van hun wensen en behoeften aan voorzieningen die nog niet in het huidige aanbod aanwezig zijn, en (4) zonodig het ontwikkelen van projecten met voorzieningen en/of activiteiten voor allochtone ouderen. Met dit zogenaamd signalerend huisbezoek mag worden verwacht dat eenzaamheid onder de allochtone ouderen in Beverwijk wordt verminderd of tegengegaan door vergroting van hun sociale participatie en zelfredzaamheid.

Het project is een samenwerkingsproject tussen Stichting Welzijn Beverwijk (SWB) en respectievelijk Stichting Welzijn Ouderen Beverwijk (SWOB; tot 1 januari 2003) en Stichting Maatschappelijke Dienstverlening (vanaf 1 januari 2003). De huisbezoeken worden afgelegd door een ouderenadviseur en een tolk.

Voorafgaand aan de huisbezoeken worden de allochtone ouderen eerst schriftelijk benaderd. Zij ontvangen een tweetalige brief met de aankondiging dat zij op korte termijn een bezoek kunnen verwachten van een ouderenadviseur samen met een tolk. Vervolgens worden zij door een tolk met dezelfde culturele achtergrond benaderd om hen nader te informeren over het project. In overleg met de ouderenadviseur maakt de betreffende tolk desgewenst een afspraak en gaat mee op huisbezoek. Afhankelijk van de zorgbehoeften en –wensen die allochtone ouderen tijdens het huisbezoek uitspreken, worden verdere acties ondernomen. Degenen die belangstelling tonen voor bestaande (ouderen)zorg- en welzijnsvoorzieningen worden daar naartoe begeleid. Van specifieke vragen waaraan het huidige aanbod niet (optimaal) op aansluit, worden de mogelijkheden nagegaan van aanpassingen (het toegankelijker maken) van het aanbod en/of het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen en activiteiten voor allochtone ouderen.

Kenmerkend voor het project is de persoonlijke en laagdrempelige benadering. De inzet van tolken vormt hierbij een essentieel onderdeel. Zij slaan een brug tussen de allochtone ouderen enerzijds en de (ouderen)zorg- en welzijnsvoorzieningen anderzijds. De tolken kennen de cultuur en gebruiken van de allochtone ouderen en spreken dezelfde taal. Hierdoor slagen zij er sneller in het vertrouwen van de doelgroep te winnen en aan de instellingen duidelijk te maken waaraan het ontbreekt.

De allochtone ouderen die in de periode januari 2002-maart 2003 een huisbezoek hebben gekregen en de voormeting-vragenlijst hebben ingevuld, zijn in ons onderzoek meegenomen. In totaal betreft dit twintig Turkse ouderen. Tijdens het huisbezoek zijn deze ouderen door de tolk mondeling ondervraagd. Daartoe is de NIDI-vragenlijst door Tolk- en Vertaalcentrum Nederland Regio Noord-Holland in het Turks vertaald. De bedoeling is deze Turkse ouderen na twaalf en achttien maanden nogmaals te interviewen.

Tot slot merken we op dat het huisbezoek *an sich* niet door ons als onderdeel van de interventie zal worden gezien. Het eventuele gebruik van (ouderen)zorg- en welzijnsvoorzieningen als gevolg van het huisbezoek, vormt voor ons de interventie. De interventiegroep bestaat derhalve uit die Turkse ouderen die na het huisbezoek gebruik zijn gaan maken van één of meer voorzieningen, de controlegroep uit degenen die daarvan hebben afgezien. Pas bij de eerste nameting zal duidelijk worden wie tot de interventiegroep behoort, alsook de specifieke invulling van de interventie (hoe vaak heeft men van welke voorzieningen gebruik gemaakt?).

Vriendschapskursus voor oudere joodse vrouwen, Amsterdam

Met de vriendschapskursus voor oudere joodse vrouwen worden drie doelen nagestreefd: (1) het vergroten van waardering voor zichzelf als vriendin; (2) het verruimen van het begrip vriendschap; en (3) het ontwikkelen van een actieve houding ten aanzien van vriendschap. Het volgen van deze cursus wordt verwacht te resulteren in enerzijds een uitbreiding en/of kwaliteitsverbetering van vriendschappen via een verbetering van sociale vaardigheden en een positieve ontwikkeling van het zelfbeeld, en anderzijds in een bijstelling van standaards ten aanzien van met name vriendschapsrelaties. Een verwachte neveneffect is een afname van het gebruik van diverse voorzieningen, waaronder huisartsbezoek.

De vriendschapskursus wordt aangeboden door de Stichting Sinai Centrum en de Stichting Joods Maatschappelijk Werk (JMW). De cursus wordt geleid door twee professionals: een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van het Sinai Centrum en een maatschappelijk werkende van JMW.

De methode van de vriendschapskursus is ontleend aan de opzet en achtergrond van de 'Vriendschapskursus voor oudere vrouwen' die in 1995 is ontwikkeld door de Vakgroep Psychogerontologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen (Stevens, 1995b). Het Sinai Centrum en JMW hebben deze cursus speciaal bewerkt voor de joodse doelgroep.

De cursus bestaat uit twaalf bijeenkomsten van twee uur per week. Tijdens deze bijeenkomsten wordt steeds een ander thema dat voor vriendschap belangrijk is, behandeld. Voorbeelden van thema's zijn: beeldvorming rondom vriendschap, vriendschap in het verleden, zelfwaardering, het huidige netwerk van relaties, nieuwe contacten maken, grenzen en conflicten in vriendschap en verdieping van contacten. Naast een uiteenzetting van de theorie over een dergelijk thema wordt in elke les geoefend met manieren van contact maken en onderhouden en is er gelegenheid voor het uitwisselen van persoonlijke ervaringen. Eenmaal is een open les gereserveerd waarvan de inhoud wordt bepaald door de deelnemers in overleg met de docenten. Elke week wordt een huiswerkopdracht gegeven om een bepaalde kant van vriendschap uit te diepen. Deze oefeningen worden een week later geëvalueerd. Een half jaar na beëindiging van de cursus komen de deelnemers nog één keer met de groepsbegeleiders bijeen voor een evaluatie van de cursus. Deze terugkombijeenkomst duurt twee uur. De kosten voor deelname aan de cursus zijn €45.

Werving van deelnemers geschiedt via folders, advertenties in huis aan huis bladen en een joods periodiek. De inhoud daarvan verwijst niet expliciet naar eenzaamheid. De nadruk ligt op het verbeteren van vriendschap en andere sociale contacten.

Voorafgaand aan de cursus vindt met elke deelnemer een intakegesprek plaats van maximaal 45 minuten teneinde na te gaan of de verwachtingen overeenkomen met het doel van de cursus. Onderwerpen die aan de orde komen zijn: uitleg over de cursus, motivatie voor de cursus, verwachtingen, ervaringen met groepen of andere cursussen, ervaring met hulpverlening, huiselijke situatie en bezigheden. Praktische informatie over de cursus betreft deelnamekosten, huiswerk, en dergelijke. De drempel is laag. Alleen wanneer tijdens het gesprek duidelijk blijkt dat iemand niet in staat is in een groep of cursusverband te functioneren, wordt de cursus afgeraden en wordt gezocht naar alternatieven.

In het najaar 2000 is de vriendschapskursus voor oudere joodse vrouwen voor de eerste keer gehouden. Deze vond plaats in Den Haag ten kantore van de twee joodse instellingen. Wegens groot enthousiasme is de cursus herhaald in het voorjaar van 2002 in het Sinai Centrum te Amsterdam. In de eerste helft van 2003 is de vriendschapskursus voor een derde keer gehouden, wederom in Amsterdam. In tegenstelling tot de twee vorige keren, wordt het effect van de cursus deze keer objectief gemeten. Het aantal deelnemers betreft zes joodse oudere vrouwen. De cursus startte op 8 januari 2003. Op 18 juni 2003 was de laatste bijeenkomst en op 23 september 2003 de terugkombijeenkomst.

Bij de start van de cursus hebben de deelnemers de door het NIDI samengestelde voormeting-vragenlijst uitgereikt gekregen. Tijdens het intakegesprek is uitleg gegeven over het

onderzoek. De deelnemers kregen de vragenlijst mee naar huis om deze zelf in te vullen. Ze konden eventueel uitleg vragen aan de cursusleiding. Het invullen van de vragenlijst heeft veel weerstand opgeroepen. Degenen die niet wilden deelnemen, konden dit zowel mondeling als telefonisch kenbaar maken. Eén deelnemer heeft hiervan gebruik gemaakt. De overige vijf deelnemers hebben op de laatste cursusdag (18 juni 2003) de eerste nameting-vragenlijst ontvangen; tijdens de terugkombijeenkomst hebben zij de tweede nameting-vragenlijst uitgereikt gekregen. De cursisten konden ook deze vragenlijsten thuis invullen en in een gefrankeerde envelop terugsturen.

In dezelfde perioden zijn de voor- en nameting-vragenlijsten door een controlegroep ingevuld. De controlegroep bestaat uit acht oudere joodse vrouwen. Deze vrouwen zijn door hun hulpverlener gevraagd aan het onderzoek mee te doen. Het gaat om vrouwen die naar het oordeel van de hulpverlener in principe in aanmerking komen voor deelname aan de vriendschapskursus. Ook deze vrouwen konden zowel mondeling als telefonisch doorgeven dat zij toch niet aan het onderzoek wensten deel te nemen.

Vriendendienst voor psychisch kwetsbare ouderen, Oosterschelderegio

Het doel van de vrijwillige vriendendienst is het tot stand brengen van vriendschappelijk contact met een vrijwilliger en het vergroten van deelname aan het maatschappelijk verkeer van zelfstandig wonende personen van 55 jaar en ouder, woonachtig in de Oosterschelderegio van de provincie Zeeland, met een psychosociale en/of psychiatrische problematiek die in een isolement verkeren of dreigen te komen. Gezien deze doelstelling kan worden verwacht dat de vrijwillige vriendendienst vooral een positief effect heeft op de sociale relaties en participatie van de deelnemers. Neveneffecten van het project kunnen zijn het langer zelfstandig wonen van deze groep ouderen en zonodig het begeleiden naar de juiste zorg en het ontlasten en ondersteunen van de mantelverzorger.

Drie organisaties zijn bij het project betrokken: (1) Vrijwilligers-Platform in de Zorgsector Oosterschelderegio, (2) Emergis, centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg-sector Ouderenpsychiatrie en (3) Meldpunt Vrijwillige Thuiszorg-Hulpsteunpunt Mantelzorg. De bezoeken worden uitgevoerd door vrijwilligers, onder begeleiding van het Meldpunt Vrijwillige Thuiszorg Oosterschelderegio en Emergis. Beide organisaties dragen tevens zorg voor de verzameling van de gegevens ten behoeve van het NIDI/VU-onderzoek, bij zowel de interventie- als de controlegroep. De coördinatie en eindverantwoordelijkheid liggen bij het Vrijwilligers-Platform Oosterschelderegio. Voor de begeleiding en sturing van het project is verder een stuurgroep samengesteld, waarin vertegenwoordigers van de volgende organisaties zitting hebben: Stichting Vrijwilligers-Platform in de Zorgsector Oosterschelde Regio, Emergis, Stichting Welzijn Ouderen, Stichting Het Klaverblad Zeeland-sectie GGZ, Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zeeland-sectie Ouderen, Stichting Coördinatiepunt Vrijwilliger Thuiszorg Zeeland en Stichting Oosterschelde Thuiszorg. De stuurgroep komt vier keer per jaar bijeen.

De bezoeken variëren naar inhoud en frequentie, afhankelijk van de behoeften en wensen van de deelnemende ouderen. Het algemene uitgangspunt is dat er een zogenaamd functionele vriendschap (vriendschap op maat) wordt georganiseerd tussen de deelnemer en vrijwilliger waarin de vrijwilliger sociale en praktische steun biedt teneinde het sociale isolement van de deelnemer te doorbreken dan wel te voorkomen. Hierbij kan worden gedacht aan het bieden van een luisterend oor, ondersteuning bij praktische problemen, en het gezamenlijk ondernemen van activiteiten. Het is niet de bedoeling dat de vrijwilliger optreedt als hulpverlener die problemen oplost. Het vriendschappelijk contact tussen de deelnemer en vrijwilliger is op basis van gelijkwaardigheid en respect en heeft eerder de lading van deproblematiseren, zonder eventuele problemen te ontkennen of te negeren.

Voornamelijk door het inzetten van vrijwilligers kan het project worden gezien als een laagdrempelige voorziening. Via kennismakingsgesprekken zijn dertien vrijwilligers geselecteerd.

teerd op grond van de volgende aspecten: motivatie, inzetbaarheid, achtergrond, affiniteit met ouderen met psychische problematiek, het zich kunnen aanpassen aan de woonsituatie van de deelnemer en bereidheid tot het volgen van trainingen. Zowel voor aanvang van als tijdens de bezoeken worden de vrijwilligers begeleid. Voor beginnende vrijwilligers wordt er een introductiecursus georganiseerd over (het omgaan als vrijwilliger met) psychische klachten en psychiatrische ziektebeelden. In maart 2002 hebben zestien vrijwilligers deze cursus gevolgd.

Gedurende de bezoeken worden de vrijwilligers bijgestaan door de projectleider en verzorgt Emergis ondersteunende begeleiding van de vrijwilligers door een sociaal psychiatrische verpleegkundige. Verder komen de vrijwilligers eens in de zes à acht weken bij elkaar onder leiding van de projectleider. Tijdens deze bijeenkomsten krijgen de vrijwilligers de gelegenheid om vragen te stellen en ervaringen uit te wisselen, wordt men op de hoogte gesteld van eventuele mededelingen, en worden specifieke thema's (w.o. privacy, afstand/betrokkenheid), al dan niet door de vrijwilligers voorgesteld, uitgewerkt. Buiten de bijeenkomsten is de projectleider ook beschikbaar als aanspreekpunt.

Deelname aan het project is op vrijwillige basis: de deelnemende ouderen melden zichzelf aan. Voor de werving van de deelnemers worden meer wegen bewandeld: via verspreiding van folders, informatiemarkten, advertenties in de krant en de lokale Omroep Zeeland. Ook worden aanvragers door hulpverleners gewezen op het bestaan van vriendendienst. De aanvragen komen centraal binnen bij het Meldpunt Vrijwillige Thuiszorg en worden doorgegeven aan de projectleider. Deze neemt vervolgens contact op met de betreffende oudere en maakt een afspraak voor een intakegesprek. Tijdens dit gesprek wordt gekeken of de aanvrager voldoet aan de criteria: 55 jaar of ouder, zelfstandig wonend, te maken met psychiatrische en/of psychosociale problematiek, verkerend in respectievelijk kans op sociaal isolement, woonachtig in de Oosterschelderegio van de provincie Zeeland, en vrijwillige aanmelding. Indien dat zo is, wordt gezocht naar een geschikte koppeling van de aanvrager met een vrijwilliger. De projectleider selecteert een vrijwilliger en let daarbij op aanknopingspunten zoals karaktereigenschappen hobby's, interesses, en beschikbare tijd, waarna deze de vrijwilliger introduceert bij de aanvrager. Wanneer het vanuit beide partijen 'klikt', is er sprake van een koppeling. Van daaruit worden mondelinge afspraken gemaakt over bezoekfrequentie en de inhoud, die later schriftelijk worden bevestigd.

De controlegroep dient te bestaan uit ouderen die aan de kenmerken van doelgroep voldoen, maar woonachtig in de regio Walcheren van de provincie Zeeland. Voor deze regio is gekozen omdat het project straks zal worden uitgebreid naar de regio's Walcheren en Zeeuws-Vlaanderen in de provincie Zeeland, mits de interventie effectief blijkt te zijn. Voor de werving van de controlegroep worden twee typen van intermediairen ingeschakeld: behandelaren (sociaal psychologische verpleegkundigen), werkzaam bij Emergis ambulantly (volwassencircuit en ouderencircuit) in de regio Walcheren en medewerkers van het Vrijwilligers-platform in de regio Walcheren. In hun cliëntenbestand gaan zij na wie van hen aan de kenmerken van de doelgroep voldoen. De geselecteerde personen worden vervolgens gevraagd of zij meewensen te participeren in het onderzoek. De cliënten die instemmen, worden daarna door een onderzoeker van Emergis gebeld voor het maken van een afspraak.

In februari 2002 is het project operationeel geworden. Gestreefd werd naar het realiseren van minimaal 15 koppelingen in twee jaar en een controlegroep van 35 personen. Dit is niet gehaald. Tot dusver zijn elf personen gekoppeld en de controlegroep bestaat uit zestien personen. Deze personen zullen worden betrokken bij het effectonderzoek. De twee belangrijkste redenen voor het niet halen van het streefgetal inzake de controlegroep, zijn: onvoldoende draagvlak onder professionals (andere Meldpunten Vrijwillige Thuiszorg in de regio maar ook sommige hulpverleners van Emergis vinden het ethisch niet verantwoord om ten behoeve van een effectonderzoek hulpvragers voor lange tijd niet door te verwijzen naar een vrijwillige hulpverlener) en tijdsdruk (door het effectonderzoek diende ineens naast informatieverstrekking over het project zelf ook voorlichting over de effectmeting te worden gegeven

aan belanghebbende derden, terwijl de voormeting-gegevens vóór 1 augustus 2002 moesten worden aangeleverd).

In principe kennen de bezoeken geen einde: zolang de deelnemende oudere behoefte behoudt aan de bezoeken, blijft deze voortbestaan. Dientengevolge vinden er geen twee nametingen maar twee tussenmetingen plaats: respectievelijk zes en twaalf maanden na aanvang van de interventie, dat wil zeggen na de koppeling. Aanvullend voeren de betrokken organisaties tweemaal een projectevaluatie uit: eenmaal drie maanden na het eerste contact tussen deelnemer en vrijwilliger en eenmaal na ongeveer een jaar. Daartoe vinden gesprekken plaats met de interventiegroep, de vrijwilligers die aan de deelnemers zijn gekoppeld, de projectcoördinator, de verwijzers van de deelnemers en de deelnemers aan de stuurgroep. In de projectevaluatie staan centraal (1) het verkrijgen van inzicht in de inhoud en frequentie van de bezoeken, de ervaringen van de betrokkenen en de verandering (vermindering) van hulpverleningscontacten gedurende de looptijd van de interventie en (2) het verkrijgen van een overzicht van de ondernomen activiteiten, de eventuele veranderingen in persoon en organisatie, het aantal inschrijvingen, koppelingen, deelnemers en vrijwilligers, en de financiële situatie. De informatie over de invulling (inhoud en frequentie) van de bezoeken die tijdens de tweede projectevaluatie beschikbaar komen, zijn essentieel voor ons onderzoek. Hiermee kan de interventie immers nader worden geëvalueerd.

De vragenlijsten worden zowel bij de interventie- als de controlegroep in de thuissituatie mondeling afgenomen. De interventiegroep is tijdens het intakegesprek voor de eerste keer ondervraagd. Voor de tweede ondervraging wordt een aparte afspraak gemaakt. De laatste ondervraging vindt plaats tijdens het tweede evaluatiegesprek. Voor de ondervragingen van de personen behorende tot de controlegroep, worden speciaal geplande één-op-één gesprekken georganiseerd.

Activerend huisbezoek, Zutphen

Dit project heeft tot doel het verbeteren of eventueel herstellen van de zelfredzaamheid en het welbevinden van zelfstandig wonende ouderen die door omstandigheden uit hun evenwicht zijn geraakt. Hierbij kan men denken aan de dood van de partner, verslechtering van de gezondheid en verhuizing. Resultaten die van het huisbezoek mogen worden verwacht, zijn: (1) dat de oudere meer dan voorheen beschikt over inzicht in de eigen situatie, de voor hem of haar werkzamere manier om met stressvolle situaties om te gaan, en een positieve houding; (2) dat de oudere verschillende kansen, mogelijkheden en moeilijkheden tegen elkaar af kan wegen en om kan zetten in een besluit; (3) dat de oudere zich meer dan voorheen weet te onttrekken aan betutteling of externe sturing en vertrouwt op eigen kracht; en (4) dat de oudere de marges van zijn of haar situatie benut om een gemakkelijker, plezieriger dagelijks leven op te bouwen met meer vooruitzichten. Hieruit kan worden opgemaakt dat het project behulpzaam kan zijn bij de drie verwerkingsstijlen: netwerkontwikkeling via sociale participatie en verbetering van het zelfbeeld, bijstelling van de standaards ten aanzien van relaties, en vermindering van het belang dat men hecht aan het eenzaamheidsprobleem.

Het project is in handen van Born te Zutphen. De huisbezoeken worden uitgevoerd door getrainde vrijwilligers, onder begeleiding van een projectleider van Born. Met ingang van juni 2003 is de begeleiding overgedragen aan de ouderenadviseurs van Born. Voor de begeleiding en sturing van het project is verder een begeleidingscommissie samengesteld, waarin vertegenwoordigers van de volgende organisaties zitting hebben: de Samenwerkende Bonden voor Ouderen in Zutphen, de Gemeente Zutphen en de Raad van Kerken Zutphen-Warnsveld. De stuurgroep komt eenmaal in de zes weken bijeen.

De bezoeken variëren naar inhoud en frequentie. De kern van activerend huisbezoek is echter dat ouderen, die door omstandigheden uit hun evenwicht zijn geraakt, aan huis worden bezocht door een vrijwillige huisbezoeker, gedurende een afgebakende periode,

waarbij sociale ondersteuning en systematische aandacht voor activering leiden tot zelfredzaamheid en een gemakkelijker, plezieriger dagelijks leven dat nieuwe vooruitzichten biedt.

Activerend huisbezoek is een vorm van gespecialiseerd vrijwilligerswerk. De vrijwilligers gaan methodisch te werk. Leidraad daarbij is de activeringsmethode, ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW; Ter Steege & Penninx, 1997). Deze methode bestaat uit drie stappen: (1) situatieverheldering. In deze fase wordt een vertrouwensband opgebouwd en wordt de situatie van de oudere verkend en geanalyseerd; (2) perspectiefontwikkeling. De oudere en de vrijwilliger verkennen samen nieuwe mogelijkheden, en de vrijwilliger motiveert de oudere tot verandering. Ook worden in deze fase doelen gesteld; en (3) actieondersteuning. De doelen worden omgezet in gerichte acties, waarbij de vrijwilliger vooral begeleider is. Als de oudere weer zelf verder kan, wordt de relatie afgebouwd. Dientengevolge wordt aandacht besteed aan de drie voorwaarden waaraan moet worden voldoen wil men eenzaamheid kunnen verminderen of tegengaan, n.l. 'kunnen', 'weten', én 'willen'. De verwerking van eenzaamheid, ongeacht voor welke verwerkingsstijl is gekozen, kan alleen kans van slagen hebben indien iemand in staat is om een gemaakte plan ook uit te voeren, hij of zij over de benodigde informatie beschikt, en hij of zij ook echt gemotiveerd is om aan de eenzaamheid te werken.

Via de activeringsmethode probeert de vrijwillige huisbezoeker de zelfredzaamheid van de oudere te bevorderen. Dat betekent dat de vrijwilliger niet allerlei oplossingen aandraagt, maar de oudere activeert om zelf oplossingen te zoeken die bij zijn of haar situatie passen. Zo kan de vrijwilliger de mensen in beweging brengen, stimuleren en helpen om hun vragen te verhelderen en behoeften te bepalen, sociale contacten te leggen, activiteiten op te pakken, gebruik te maken van regelingen en voorzieningen of andere dingen te doen die het leven gemakkelijker en plezieriger maken en die nieuwe vooruitzichten bieden. De vrijwilliger is een begeleider die de oudere in zijn waarde laat, maar tegelijkertijd zodanig stuurt dat er een verandering op gang komt. Dat betekent niet alleen vriendelijk zijn en luisteren, maar ook reflecteren en confronteren.

Vanwege dit speciale karakter van het huisbezoek, krijgen de vrijwilligers als voorbereiding op het werk een cursus van ongeveer tien dagdelen. Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de basishouding van de vrijwilligers: hoe stem je de hulp af op de behoeften en wensen van de ouderen.

Het huisbezoek is tijdelijk. Het wordt beëindigd als de oudere weer het gevoel heeft greep te hebben op zijn of haar eigen leven, maar in ieder geval na twaalf maanden. Dit wordt bij de intake kenbaar gemaakt. De vrijwilliger komt niet voor de gezelligheid of voor vriendschap, maar werkt samen met de oudere aan een bepaald doel. Als eenmaal dat doel is bereikt, kan de oudere weer zelf verder. In sommige gevallen geven ouderen aan het prettig te vinden als er vriendschappelijk huisbezoek volgt. In alle gevallen kan de oudere een beroep doen op de ouderenadviseur van Born indien dit nodig is.

De werving van vrijwilligers is gedaan door herhalend te adverteren op de gemeentepagina van een lokale huis aan huis krant. Geïnteresseerde vrijwilligers werden uitgenodigd voor een informatiebijeenkomst waarin uitgebreid werd ingegaan op het hoe en wat van activerend huisbezoek. Naast de projectleider gaf ook de cursusleider van Odyssee (Maatschappelijke Ontwikkeling, Kenniscentrum Lokaal Ouderenbeleid, een landelijke organisatie voor training, opleiding, coaching en advies) uitleg over de verplicht te volgen training in de activeringsmethode. Tijdens deze bijeenkomst waren er 24 geïnteresseerden. Degenen die daadwerkelijk door wilden gaan, konden een aanmeldingsformulier meenemen waarin naast persoonsgegevens, opleiding en werkervaring ook vragen werden gesteld over motivatie en wat zij voor de ouderen en voor zichzelf willen bereiken met dit werk. Dit leverde tien reacties op. Met deze personen is vervolgens een uitgebreid kennismakingsgesprek gevoerd. In één geval heeft de projectleider de geïnteresseerde afgeraden het werk te gaan doen. Uiteindelijk hebben negen mensen de training gevolgd.

De training van tien dagdelen werd gegeven door Odyssee in het gebouw van Born. Naast de vrijwilligers hebben ook de projectleider en een ouderenadviseur aan de training deelgenomen. Het doel van de training voor de vrijwilligers was: (1) inzicht te geven in het verschil tussen preventief en activerend huisbezoek; (2) leren een inventariserend interview te houden; (3) actief leren luisteren naar de vragen van ouderen en te reageren op een vriendelijke, verhelderende en behulpzame manier; (4) leren de leefomstandigheden van een oudere in kaart te brengen; (5) ouderen leren helpen hun levenservaring in te zetten bij het omgaan met belemmerende situaties; (6) leren de te bezoeken ouderen aan te moedigen hun kracht te ontdekken en te gebruiken; (7) leren ouderen te helpen om meer en andere mogelijkheden voor de inrichting van hun leven te verkennen, in relatie met mensen in hun directe leefomgeving; (8) leren ouderen in contact te brengen met bruikbare informatie en hulpbronnen in hun omgeving en waar nodig te ondersteunen bij het regelen van materiële zaken; en (9) de eigen positie als vrijwilliger leren bepalen, samenwerkingsrelaties met collega's en andere hulpverleners te onderhouden en zorgen dat het werk prettig blijft.

Na afloop van de training heeft één vrijwilliger na onderling overleg en overeenstemming besloten het bezoekwerk niet te gaan doen. Met de vrijwilligers is een vrijwilligerscontract afgesloten waarin afspraken over de functie, minimale duur van de overeenkomst en rechten en plichten zijn vastgelegd.

Tijdens de duur van het project komt het team eens in de maand bij elkaar onder leiding van de projectleider en een ouderenadviseur. Tijdens deze bijeenkomsten krijgen de vrijwilligers de gelegenheid om vragen te stellen en ervaringen uit te wisselen en is het de bedoeling van elkaar te leren. Ook komen zaken als de sociale kaart aan de orde en wordt zo nu en dan een gast uitgenodigd in het kader van deskundigheidsbevordering. Zo heeft bijvoorbeeld een coördinator van Humanitas vertelt over het huisbezoekproject 'Steun bij verlies'. Buiten de bijeenkomsten zijn zowel de projectleider alsook de ouderenadviseurs beschikbaar als aanspreekpunt.

Een essentieel punt van het project is dat de deelnemende ouderen gemotiveerd zijn met een vrijwillige huisbezoeker iets aan hun situatie te doen. Ouderen kunnen zichzelf aanmelden maar kunnen ook verwezen worden door derden. Naast de bekendmaking bij ouderen is het derhalve belangrijk dat professionele hulpverleners, meldpunten, samenwerkingsverbanden van eerstelijns hulpverleners en vrijwillige hulp- en dienstverleners op de hoogte zijn van het project. Via verschillende kanalen is het project onder de aandacht bij ouderen en organisaties gebracht. Zo is een folder ontwikkeld die onder organisaties en huis aan huis is verspreid. Daarnaast zijn er regelmatig artikelen geplaatst in de huis aan huis krant en de Bornkrant (een krant voor leden van de ouderenbonden). Verder is er een informatiebijeenkomst voor organisaties gehouden waar zestien professionele- en vrijwilligersorganisaties op af zijn gekomen, en heeft de projectleider bij verscheidene organisaties in teamverband persoonlijk uitleg gegeven (zoals wijkopbouwwerk, thuiszorg, het centraal meldpunt vrijwillige hulpverlening, het algemeen maatschappelijk werk, en het Rode Kruis) over het project en is zij tweemaal geïnterviewd voor een plaatselijke radiozender.

Met de aangemelde ouderen vindt allereerst een intakegesprek plaats, gehouden door de projectleider of een ouderenadviseur. In dit gesprek wordt duidelijk of het project past bij de vraag van de oudere of dat er wellicht andere hulp nodig is. In het laatste geval vindt er een doorverwijzing plaats of begeleidt de ouderenadviseur de persoon zelf. Is de vraag passend dan wordt in de teamvergadering gevraagd wie de oudere wil gaan bezoeken. De oudere hoort bijtijds wie hem of haar gaat bezoeken, waarbij wordt afgesproken dat wanneer het niet 'klikt' dit van beide kanten zonder probleem kan worden aangegeven. De vrijwilliger maakt vervolgens een afspraak voor het eerste huisbezoek met de betreffende oudere.

In april 2002 is het project operationeel geworden. Aan de negen ouderen die zich in de periode januari-juli 2002 hebben aangemeld en geschikt zijn bevonden, is tijdens het intakegesprek de vraag gesteld of zij bereid zijn mee te doen aan het effectonderzoek. Allen waren

daartoe bereid. De voormeting-vragenlijst hebben zij samen met de projectleider ingevuld. Het is de bedoeling dat de twee nameting-vragenlijsten in de thuissituatie door de projectleider mondeling worden afgenomen, de eerste direct na afloop van de huisbezoekenreeks en de tweede zes maanden daarna. Daartoe zullen aparte afspraken worden gemaakt. De ingevulde eerste nameting-vragenlijsten zullen vergezeld gaan van informatie over de concrete invulling (inhoud en frequentie) van de huisbezoeken per deelnemer, noodzakelijk om deze interventie nader te classificeren.

Het is helaas niet mogelijk gebleken naast de interventiegroep een controlegroep te vormen.

Internetcursus, Zutphen

Het doel van dit project is ondersteuning verlenen bij het aanleren van digitale vaardigheden aan ouderen (50+) die geen of weinig ervaring hebben met computers door het inrichten van een internetcafé in een ontmoetingscentrum en het aanbieden van een internetcursus. Verwacht mag worden dat met dit project het sociale netwerk wordt vergroot door verruiming van de mogelijkheden om mensen te ontmoeten, zowel digitaal (e-mail, lotgenotencontact etc.) als face-to-face (het leggen van contacten met mensen in het ontmoetingscentrum).

Bij de opzet en uitvoering van het internetcafé zijn drie organisaties betrokken: Stichting Gilde, Stichting Seniorweb en Stichting Ouderenwerk. Eindverantwoordelijkheid ligt bij de stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers van bovengenoemde organisaties. De internetcursus wordt verzorgd door vrijwilligers, de intake en secretariële ondersteuning door Stichting Ouderenwerk.

De internetcursus wordt gezien als de interventie. De cursus wordt gehouden in het ontmoetingscentrum De Born en bestaat uit acht dagdelen van twee uur per week met een maximale groepsgrootte van tien personen. In de eerste drie dagdelen worden basisvaardigheden van een computer behandeld: wat is een computer, wat is het windows besturingssysteem, wat is een muis en toetsenbord, etcetera. In de volgende vijf dagdelen wordt ingegaan op het internet en zoekmachines, e-mail en de mogelijkheden en er wordt een korte uitleg gegeven van een tekstverwerker. De cursus kost €25.

Werving van de deelnemers geschiedt via de Bornkrant, folderverspreiding en korte persberichtjes in lokale dagbladen. De folder omvat een korte omschrijving van de inhoud van de cursus en de beoogde doelgroep, deelnemingskosten, en bij wie men terecht kan voor nadere informatie. Een inschrijfformulier is niet bijgevoegd maar is te verkrijgen bij het informatiecentrum van De Born.

Met degenen die het inschrijfformulier invullen, voert een vrijwilliger met kennis van computers en de doelgroep een telefonisch intakegesprek. Voornaamste doel van dit gesprek is na te gaan of de belangstellende oudere aan de volgende criteria voldoet: (1) 50 jaar en ouder, (2) weinig of geen kennis hebben van een computer, en (3) behoefte hebben aan het opdoen van sociale contacten.

De eerste keer dat de internetcursus werd gehouden, 26 maart-21 mei 2002, is aan de deelnemers de voormeting-vragenlijst uitgereikt met het verzoek deze thuis in te vullen en te retourneren naar De Born. Van de tien deelnemers heeft slechts drie aan het verzoek voldaan. Daarnaast werden, ter controlegroep, twaalf personen benaderd die deelnamen aan een cursus Engels en geen computerervaring hadden maar wel bereid waren die op te doen. Acht van hen hebben de voormeting-vragenlijst ingevuld. Alleen één van de drie personen uit de interventiegroep heeft direct na afloop van de cursus de eerste nameting-vragenlijst ingevuld; de andere twee personen weigerde respectievelijk heeft bovenaan de vragenlijst genoteerd dat er geen veranderingen in de tussentijd zijn opgetreden. Vanwege dit teleurstellend resultaat is afgezien van een tweede nameting en nametingen bij de controlegroep.

Lotgenotencontact, Rivierenland

Dit project richt zich op ouderen (55+) die recent hun levenspartner hebben verloren en beoogt deze ouderen gericht te ondersteunen tijdens het rouwverwerkingsproces, dat wil zeggen te helpen het verlies een plaats te geven en toe te werken naar een nieuwe start in het leven als alleenstaande. Verwacht mag worden dat het project behulpzaam kan zijn bij de drie verwerkingsstijlen: netwerkontwikkeling via verruiming van de mogelijkheden mensen te ontmoeten of ontwikkeling van sociale vaardigheden, standaardverlaging ten aanzien van de partnerrelatie, en bijstelling van het belang van alleen-zijn. Een verwacht neveneffect is een daling van het aantal ouderen met depressieve klachten dat zich meldt bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Omdat het project wordt uitgevoerd door lotgenoten, personen die zelf al langere tijd weduwen of weduwnaars zijn, kan het project daarnaast een positief effect hebben op het welbevinden van de uitvoerenden.

De gemeenten waar het project plaatsvindt, zijn Buren, Culemborg, Geldermalsen en Tiel. Het project is een initiatief van de afdeling Preventie en Dienstverlening van De Gelderse Roos Rivierenland, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, gevestigd in Tiel. De dagelijkse praktijk wordt uitgevoerd door negen à tien vrijwilligers en twee vrijwillige coördinatoren per dienst. Op plaatselijk niveau wordt samengewerkt met de betreffende Stichtingen Welzijn Ouderen, de betrokken gemeenten, kerken, het Rode Kruis, en op regionaal niveau met de Kruiswerkservice Rivierenland.

Het project betreft een laagdrempelige, preventieve persoonsinterventie. Gedurende ongeveer één jaar worden tien tot twaalf bezoeken afgelegd bij ouderen die recent hun levenspartner hebben verloren door vrijwilligers die ooit hetzelfde hebben meegemaakt. De bezoeken zijn expliciet gericht op rouwverwerking. Zo wordt er sociale steun gegeven die direct met het partnerverlies te maken heeft zoals troosten, het bieden van een luisterend oor, en het uitwisselen van gevoelens en ervaringen. Daarnaast wordt ondersteuning geboden bij het opnieuw invullen van het dagelijkse leven. De vrijwilliger geeft aan hoe hij of zij zelf met het partnerverlies is omgegaan en welke activiteiten zij kunnen ondernemen om in contact te komen met anderen. Ook het signaleren van behoeften aan verdere of andere hulp en indien nodig, in overleg met de vrijwillige coördinator, het doorverwijzen naar de eerstelijns hulpverlening hoort hierbij.

Eén van de belangrijkste kenmerken van de interventie is de methode, gebaseerd op het lotgenotencontact: weduwen en weduwnaars bezoeken leeftijdgenoten die dat onlangs hebben meegemaakt. Het mes snijdt hierdoor aan twee kanten. Enerzijds heeft de vrijwilliger een voorbeeldfunctie: degene die wordt bezocht, ziet dat er mogelijkheden zijn met de dood van de levenspartner om te gaan. Anderzijds krijgt de vrijwilliger erkenning voor zijn of haar inzet, ervaring en deskundigheid waardoor nieuwe betekenis aan hun eigen leven als weduwe of weduwnaar wordt gegeven.

Vooraf aan de bezoeken krijgen de vrijwilligers een training van zes bijeenkomsten. De training wordt gegeven door een SPV-er, dat is een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, of door een vormingswerker van het Regionaal Opleidingscentrum (ROC). Centraal hierin staat de cursus 'Helpen bij rouwverwerking' en is ontwikkeld door Spectrum in samenwerking met De Gelderse Roos. Tijdens de cursus wordt aandacht besteed aan luistervaardigheid, gesprekstechnieken, leren inzetten van de eigen ervaring, en grenzen stellen. Verder worden de vrijwilligers gedurende deze training geïnformeerd over het huidige aanbod van (ouderen)zorg- en welzijnsvoorzieningen in de regio zodat zij de deelnemers hierop kunnen attenderen.

Ook worden de vrijwilligers tijdens hun werkzaamheden begeleid en geïnformeerd door een vrijwillige coördinator in de vorm van maandelijkse bijeenkomsten. In deze bijeenkomsten wordt tevens ruimte geboden voor het uitwisselen van persoonlijke ervaringen, niet alleen ten aanzien van de gesprekken die zij tijdens de bezoeken voeren maar juist ook ten aanzien van hun eigen (rouw)proces.

De vrijwilligers bestaan uit weduwen en weduwnaars van 55 jaar en ouder van wie de levenspartner minimaal twee jaar geleden is overleden. Zij dienen hun verlies min of meer 'verwerkt' te hebben in die zin dat zij er in hun dagelijks bestaan niet meer door worden belemmerd en dat zij het verlies een plek in hun leven hebben kunnen geven. Andere criteria waaraan de vrijwilligers moeten voldoen, zijn: (1) minimaal een dagdeel per week beschikbaar om zich actief in te zetten voor de bezoekdienst; (2) in staat goed te luisteren naar anderen en oog te hebben voor hun privacy; (3) bereid om de cursus 'Helpen bij rouwbegeleiding' te volgen en de maandelijkse bijeenkomsten bij te wonen; (4) in staat de ideeën en gevoelens van de andere vrijwilligers te respecteren; en (5) voldoende mobiel.

Werving van de deelnemers geschiedt via het aanschrijven van recent verweduwdere ouderen. Concreet ontvangen alle weduwen en weduwnaars van 55 jaar of ouder vier tot zes maanden na het overlijden van hun partner een folder met een begeleidende brief van de betrokken gemeente. In deze brief wordt onder meer gewezen op het bestaan van de bezoekdienst, het doel van de bezoeken (rouwverwerking) en het belang ervan: "Rondom het overlijden en gedurende de eerste tijd daarna ontvangt u meestal veel steun van familie, vrienden of andere mensen uit uw naaste omgeving. Na verloop van tijd zal deze extra aandacht afnemen". Er wordt niet expliciet over eenzaamheid gesproken. Heeft de betreffende oudere interesse, dan kan hij of zij contact opnemen met de coördinator van de bezoekdienst en wordt er vervolgens een afspraak gemaakt voor een intakegesprek.

Het intakegesprek vindt thuis bij de aanvrager plaats. Doel van het intakegesprek is het project nader toe te lichten en vast te stellen of de aanmelder 'geschikt' is voor de bezoekdiensten of dat er een ander probleem is. Mensen met ernstige rouw- of andere psychische problematiek waarvoor professionele hulp nodig is, mensen met een gecompliceerde ondersteuningsvraag en mensen die alleen gezelschap zoeken, komen niet in aanmerking. Deze personen worden desgewenst naar andere organisaties doorverwezen, waaronder Maatschappelijk Werk, Thuiszorg en recreatieve clubs. Vervolgens wordt een passende vrijwilliger gezocht. De coördinator introduceert de vrijwilliger bij de aanvrager.

Het streven is in de betrokken gemeenten minimaal tien procent van het aantal recent verweduwdere ouderen daadwerkelijk met bezoeken te bereiken. Voor het jaar 2002 komt dit neer op zeven personen in de gemeente Culemborg en achttien personen in de gemeente Tiel. Het aantal recente weduwen en weduwnaars in de gemeenten Buren en Geldermalsen is dermate klein dat besloten is voor deze beide gemeenten naar andere oplossingen te zoeken (zie hieronder).

Indien de betreffende oudere geschikt wordt bevonden en het contact tussen hem of haar en de vrijwilliger 'klikt', dan wordt er een vervolgspraak gemaakt voor de verdere bezoeken. De coördinatoren hebben regelmatig contact met zowel de vrijwilligers als de projectleider. Zaken die tijdens het contact met de vrijwilligers aan de orde komen alsook de aantallen aanvragen, bezoeken en doorverwijzingen worden door de betrokken coördinatoren op ontwikkelde evaluatieformulieren genoteerd die zij met regelmaat met de projectleider bespreken.

Op 16 november 2000 zijn de bezoekdiensten in de gemeenten Culemborg en Tiel van start gegaan. Vanaf 2002 doet Geldermalsen mee in een samenwerkingsverband met gemeente Tiel. Naar een dergelijke oplossing wordt ook gewerkt voor de gemeente Buren. Zowel Buren als Geldermalsen blijken te klein om een zelfstandige bezoekdienst draaiende te houden.

Het onderzoek naar het effect van de bezoekdiensten op de eenzaamheid van deelnemers beperkt zich tot degenen die in de periode april-juli 2002 via de gemeenten Culemborg en Tiel door de Gelderse Roos zijn benaderd. Na het intakegesprek hebben deze mensen een brief van De Gelderse Roos ontvangen met het verzoek de bijgesloten vragenlijst in te vullen en in de bijgevoegde antwoordenvolpoe terug te sturen. Er is voor deze aanpak gekozen omdat men de coördinatoren niet wensten te belasten bij hun intakegesprek en vanwege eerder

gebleken grote weerstand onder de vrijwilligers om de deelnemers tijdens het eerste bezoek te ondervragen. Van slechts vier recent verweduwde ouderen is de voormeting-vragenlijst ontvangen.

Ter vorming van de controlegroep, zijn in dezelfde periode en via dezelfde aanpak de niet-deelnemers in de gemeenten Culemborg en Tiel benaderd, alsook recent verweduwde mensen in de gemeente Neerijnen. Voor de extra gemeente Neerijnen is gekozen omdat De Gelderse Roos voornemens is aldaar een vergelijkbare bezoekdienst in de nabije toekomst op te zetten indien dat wenselijk zou zijn. Teneinde een indruk te krijgen van de animo hiervoor, is in de vragenlijst een vraag opgenomen of men bezoek zou willen ontvangen als in deze gemeenten een bezoekdienst ter beschikking zou zijn. In totaal hebben 28 personen de voormeting-vragenlijst ingevuld.

Het is de bedoeling de nametingen te laten plaatsvinden direct na afloop van de bezoekenreeks (eerste nameting) en zes maanden daarna (tweede nameting). De eerste nametinggegevens van de interventiegroep zullen worden vergezeld van informatie over de exacte invulling van de interventie (aantal bezoeken, deelname naar type sociale activiteit) teneinde de interventie nader te classificeren.

Esc@pe (pc- en internetgebruik), Eindhoven

Het pilotproject 'Esc@pe: ... als je wereld kleiner wordt' heeft tot doel vooral eenzame senioren (50+) die door een handicap of chronische ziekte aan huis zijn gebonden, in contact te brengen met anderen (w.o. lotgenoten) door het gebruik van pc en internet. Verwacht wordt dat het sociale netwerk van de deelnemers wordt vergroot via verruiming van de mogelijkheden om mensen (digitaal) te ontmoeten.

De volgende organisaties zijn bij het project betrokken: (1) Stichting Seniorweb Eindhoven, (2) Gemeente Eindhoven (GGD, MCZ/Sector Welzijn, Afdeling Bestuursinformatie en Onderzoek), (3) Stichting voor Toegepaste Gerontologie van de Vrije Universiteit te Amsterdam, (4) Fontys Hogescholen-Sociale Infrastructuur en Technologie, en (5) verschillende lokale organisaties waaronder Stichting Welzijn Ouderen Eindhoven, de Algemene Hulpdienst, Nationale Vereniging de Zonbloem-Afdeling Eindhoven, en het Nederlandse Rode Kruis-district Eindhoven. De coördinatie en eindverantwoordelijkheid liggen bij de Stichting Seniorweb Eindhoven. De gemeente Eindhoven-Afdeling Bestuursinformatie en Onderzoek draagt zorg voor de dataverzameling en de Stichting voor Toegepaste Gerontologie is verantwoordelijk voor de algemene coördinatie van het onderzoek en de effectmeting. De eindredactie van het eindrapport van het project wordt verzorgd door een lector aan de Fontys Hogescholen-Sociale Infrastructuur en Technologie. De voormetingen en begeleiding van de deelnemers worden verzorgd door de bezoekvrijwilligers van de hulporganisaties. Het werkgebied is Eindhoven.

Het pilotproject heeft een looptijd van drie jaar. In deze periode krijgen maximaal vijftien als eenzaam geïndiceerde deelnemers toegang tot het internet via 'bruikleenapparatuur' (een pc en internetaansluiting). Een speciale website wordt ontwikkeld waarop de deelnemers op hen toegesneden informatie kunnen vinden en waardoor zij in de gelegenheid worden gesteld met elkaar te chatten (lotgenotencontact), te e-mailen en zich samen te ontspannen (spellen, hobby's, e.d.). Bij de start worden de deelnemers vijfmaal thuis bezocht door een vrijwillige docent van Seniorweb Eindhoven. Doel van deze huisbezoeken is het geven van zodanige instructies in het gebruik van de apparatuur aan de deelnemers (en hun eigen bezoekvrijwilligers) dat zij voldoende vaardigheden verwerven om zelfstandig van de aangeboden mogelijkheden gebruik te kunnen maken. De verdere begeleiding wordt verzorgd door de eigen bezoekvrijwilliger, die hiervoor zijn of haar bezoekfrequentie niet mag verhogen. Ook in het geval van technische problemen dienen de deelnemers in eerste instantie hun eigen bezoekvrijwilliger in te schakelen. Indien deze het probleem niet kan oplossen, wordt Seniorweb gewaarschuwd.

Werving van deelnemers verloopt via de bezoekvrijwilligers. Na een voorlichtingsbijeenkomst kunnen zij kandidaat-deelnemers voordragen. Deze voordrachten worden aan de hand van enkele verstrekte gegevens door de projectgroep beoordeeld. Vervolgens worden de geselecteerde kandidaat-deelnemers aan huis met behulp van een notebook voorgelicht over het project en de mogelijkheden van e-mail en internet. Zij kunnen zich daarna persoonlijk aanmelden, waarna hun deelname een feit is.

Het project is in september 2001 van start gegaan, eerder dan dat de voormeting-vragenlijst door het NIDI was opgesteld. De Stichting Sluyterman van Loo is destijds akkoord gegaan met het uitvoeren van de voormeting aan de hand van de vragenlijst die eerder door de Stichting voor Toegepaste Gerontologie was samengesteld. Deze vragenlijst wijkt sterk af van de NIDI-vragenlijst waardoor de voormeting-gegevens van dit project slechts in zeer beperkte mate vergelijkbaar zijn met die van de andere betrokken projecten.

Bij de start van het project hebben de vijftien deelnemers van dat moment de voormeting-vragenlijst van de Stichting voor Toegepaste Gerontologie samen met hun eigen bezoekvrijwilliger ingevuld. Sindsdien zijn zes van deze deelnemers afgevallen; twee zijn overleden, twee zijn verhuisd, één vond het te moeilijk en één kreeg een beter alternatief aangeboden. Vijf van deze zes personen zijn inmiddels vervangen door een nieuwe deelnemer. De daaropvolgende effectmetingen zijn gepland plaats te vinden in het midden en aan het einde van de projectperiode. Dientengevolge vinden geen twee nametingen maar één tussenmeting en één eerste nameting plaats. Aanvullend zal een projectbiografie worden samengesteld, die inzicht zal moeten geven in het feitelijk verloop van het project. Dit gebeurt door middel van een zo volledig mogelijke beschrijving van de voor de pilot relevante gebeurtenissen over de gehele looptijd. Daarbij wordt onder meer gebruik gemaakt van documenten over het project, participerende observatie via de bezoekvrijwilligers, gesprekken met betrokkenen, en de door de deelnemers geschreven kwartaalrapporten waarmee zij enkele maanden na aanvang van het project zijn begonnen.

In eerste instantie was men van plan gebruik te maken van een zogenaamde virtuele controlegroep, bestaande uit een dertigtal respondenten die in 2001 aan het periodieke participatie-onderzoek van de gemeente Eindhoven heeft meegedaan; het participatie-onderzoek is een onderdeel van de gemeentelijke inwonersenquête die jaarlijks onder de Eindhovense burgers wordt gehouden. Hier is men echter op teruggekomen omdat deze enquête niet de elf items van de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld en Kamphuis (1985) omvatten. Besloten is een controlegroep te vormen uit de zogenaamde Digisteyn-enquête 2002. Deze enquête maakt onderdeel uit van de Inwonersenquête Eindhoven. Samenstelling van de controlegroep door de gemeente Eindhoven heeft op het moment van dit schrijven (oktober 2003) nog niet plaatsgevonden. Zeer recent hebben wij het gehele databestand ontvangen, bestaande uit 1461 respondenten van 15 t/m 84 jaar. Ten behoeve van het onderhavige rapport hebben wij hieruit zelf een controlegroep samengesteld, bestaande uit 112 personen tussen de 50 en 85 jaar, die op het moment van het interview nimmer gebruik hebben gemaakt van pc, internet en e-mail, in met de interventiegroep vergelijkbare huishoudens- en werksituatie verkeren, en van wie geen informatie ontbreekt over de voor ons relevante variabelen. De controlegroep is weliswaar aanzienlijk groter dan de interventiegroep, maar verwacht mag worden dat een aanzienlijk deel van de controlegroep later zal afvallen omdat men niet meedoet aan het tweede interview in 2004 of omdat men in de tussentijd gebruik is gaan maken van pc, internet en/of e-mail.

Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners, Nijmegen

Hoofddoel van dit project is het sociale contact tussen verzorgingshuisbewoners te verbeteren en vriendschappelijke relaties te bevorderen door het aanbieden van kleinschalige groepsactiviteiten. Verwacht kan derhalve worden dat vooral een positieve verandering

plaatsvindt in het aantal en de kwaliteit van het sociale netwerk van de deelnemers aan het project via verruiming van de mogelijkheden om mensen te ontmoeten.

Het project vindt plaats in verzorgingshuis Huize Nijveelt te Nijmegen. Voor dit huis is gekozen vanwege de geringe sociale binding tussen de bewoners onderling en die van de bewoners met het personeel. Oorzaak hiervan heeft te maken met de grootschaligheid en geschiedenis van Huize Nijveelt. Het zorgcentrum is in 1972 gebouwd en telde op 1 januari 2002 niet minder dan 133 bewoners. Van oorsprong is het een verzorgingshuis voor ouderen uit goeude kringen die doorgaans zeer op hun privacy zijn gesteld. De noodzaak tot het opzetten van kleinschalige, sociale activiteiten was derhalve zeer gering. Langzaam maar zeker is echter de samenstelling van de bewoners aan het veranderen en wordt het gebrek aan dergelijke activiteiten voelbaarder.

De uitvoerders van het project betreffen een AB-er (Activiteiten Begeleider) van Huize Nijveelt en een onderzoeker (sociaal gerontoloog) verbonden aan de Vakgroep Psychogerontologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen (KUN). De coördinatie en eindverantwoordelijkheid liggen in handen van Nan Stevens (gerontopsycholoog), werkzaam bij de KUN-Vakgroep Psychogerontologie en voor de periode 2002-2007 bijzonder hoogleraar aan de Vrije Universiteit (leerstoel Toegepaste Sociale Gerontologie, gericht op het ontwikkelen van interventies ter bevordering van het welbevinden van ouderen vanuit het perspectief van 'empowerment'). Eén van haar werkzaamheden betreft het ontwikkelen van vriendschapscurricula voor specifieke groepen van ouderen en het onderzoeken van het effect hiervan op het verminderen of voorkomen van eenzaamheid (Stevens, 1995b, 2001; Stevens & Van Tilburg, 2000). Bij de begeleiding van het effectonderzoek van dit project is Pearl Dykstra (NIDI) betrokken.

Het project bestaat uit drie kleinschalige, laagdrempelige groepsinterventies⁴, waar het gezellig samenzijn centraal staat: twee gespreksgroepen en Koffietijd. In de twee gespreksgroepen wordt onder begeleiding van een AB-er van het verzorgingshuis gezamenlijk herinneringen opgehaald, informatie uitgewisseld over ieders huidige en vroegere interesses, en worden verschillende thema's, al dan niet door de bewoners zélf voorgesteld, besproken. Voorbeelden van thema's zijn: persoonlijke levensloop, wereldproblematiek (discussie), ouder worden, en kinderen. De gesprekken zijn strikt vertrouwelijk waardoor de groepsband wordt versterkt. Maximaal kunnen zeven personen hieraan meedoen. De bijeenkomsten duren ongeveer anderhalf uur en vinden eenmaal in de twee weken op de dinsdagochtend plaats.

Hoewel Koffietijd hetzelfde doel beoogt als de twee gespreksgroepen, heeft deze activiteit een meer informeel karakter. De bijeenkomsten vinden plaats in de sociëteit en zijn dus toegankelijk voor iedereen. De groep bestaat gemiddeld uit tien personen (zeven mensen vormen de 'harde kern'), die één of twee ochtenden (9.30-11.30) in de week door de groepsleider actief worden uitgenodigd deel te nemen aan Koffietijd. Naast het gezamenlijk koffie drinken, worden verschillende geheugenspelletjes gedaan, reminiscentie, gedichten voorgelezen, vragen gesteld, en actualiteiten besproken. Op deze manier krijgt iedere deelnemer de kans om zijn of haar verhaal te vertellen waardoor de mensen elkaar steeds beter leren kennen. De begeleiding is in handen van een gerontoloog, als onderzoeker verbonden aan de KUN, Vakgroep Psychogerontologie.

Deelname aan één of beide interventies geschiedt op vrijwillige basis. Aan de hand van een vragenlijst worden alle bewoners van het betreffende huis mondeling ondervraagd, met

⁴ Daarnaast vindt een gespreksgroep voor nieuwe bewoners plaats, bestaande uit ongeveer vijftien bijeenkomsten, waarna een nieuwe groep van start gaat. Het doel van een dergelijke groep is om op preventieve wijze sociale contacten van nieuwe bewoners te stimuleren. Verder is het doel nieuwe bewoners wegwijs te maken binnen het verzorgingshuis zodat zij zich welkom voelen en om de aanpassing aan de nieuwe situatie te bevorderen. Deze interventie wordt niet bij het effectonderzoek betrokken.

uitzondering van de bewoners die in het zogenaamde substitutieproject vallen (tegenwoordig ‘aanvullende meerzorg’ geheten; dementerende ouderen) of volgens de beoordeling van zorgcoördinatoren en AB-ers de vragenlijst niet adequaat kunnen beantwoorden. De interviewers bestaan uit een onderzoeker van de KUN-Vakgroep Psychogerontologie en studenten die aan deze vakgroep een cursus gespreksvaardigheden hebben gevolgd. Tijdens de ondervraging kunnen de bewoners aangeven of zij aan de interventies wensen mee te doen. De criteria die verder zijn gehanteerd om uit de geïnteresseerden de interventiegroepen te selecteren, betreffen een zekere mate van eenzaamheid en de behoefte aan deelname aan kleinschalige projecten en/of een echt gesprek.

De voormeting heeft plaatsgevonden in de periode maart-juni 2002. In totaal zijn 64 huisbewoners van Huize Nijeveld mondeling ondervraagd. De gehanteerde vragenlijst wijkt af van de door het NIDI opgestelde voormeting-vragenlijst. Volgens de projectleider zou deze vragenlijst te vermoeiend zijn voor haar specifieke doelgroep. Besloten is de vragen over sociale participatie, verbondenheid, partnerstandaard, zelfbeeld en sociale vaardigheden niet mee te nemen. Verder zijn de vragen over sociale contacten vervangen door vragen via de zogenaamde Konvooi-methode, waarin mensen dienen aan te geven welke personen tot de binnenste-, midden- en buitenste kring behoren. Als gevolg hiervan zijn de voormeting-gegevens van dit project slechts in beperkte mate vergelijkbaar met die van de andere betrokken projecten.

De interventie Koffietijd is eind mei 2002 van start gegaan. Op het moment van dit schrijven (oktober 2003) bedraagt het aantal deelnemers zeven. De interventie Gespreksgroep is eerder aangevangen: augustus 2001, zodat niet echt van een voormeting kan worden gesproken. Twaalf verzorgingshuisbewoners doen op dit moment aan één van de twee gespreksgroepen mee. De overige bewoners in Huize Nijeveld die de voormeting-vragenlijst hebben ingevuld en die niet aan één of beide interventies deelnemen, momenteel 45, vormen de controlegroep. De aantallen deelnemers aan de interventies en controlepersonen zijn aanzienlijk lager dan de beoogde streefgetallen. Voorafgaand aan het project werd gestreefd naar een interventie- en controlegroep van ieder 100 personen.

Beide interventies hebben een continue karakter. In plaats van twee nametingen zullen dientengevolge twee tussenmetingen worden gehouden. Gestreefd wordt naar een eerste tussenmeting zes maanden na aanvang van de interventie Koffietijd, en een tweede tussenmeting zes maanden daarna. Ook bij deze tussenmetingen zal een afwijkende, verkorte vragenlijst worden gebruikt.

Buddyzorg voor homoseksuele ouderen⁵, Amsterdam

Dit project richt zich op homoseksuele ouderen (55+) met lichamelijke klachten, chronische aandoeningen en/of psychische klachten en heeft zich als hoofddoel gesteld hun sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en sociale zelfredzaamheid te vergroten. Dientengevolge kan worden verwacht dat het project resulteert in een toename van het aantal sociale relaties en deelname aan sociale activiteiten, een verbetering van sociale vaardigheden, en een verhoogd zelfbeeld bij de deelnemers. Verder wordt met dit project gepoogd meer inzicht te verkrijgen in de mate waarin het bestaande zorgaanbod en de huidige aanpak van zorgverlening onvoldoende aansluiten bij de zorgvraag van homoseksuele ouderen respectievelijk de manier waarop zij door zorgverleners wensen te worden benaderd. Verwachte neveneffecten van het project zijn derhalve een verandering in beeldvorming over en bejegening van homoseksuelen in het zorgcircuit en, zonodig, het ontwikkelen van (plannen voor) projecten met voorzieningen en/of activiteiten voor homoseksuele ouderen.

⁵ In dit rapport wordt onder homoseksuele ouderen zowel homoseksuele oudere mannen als lesbische oudere vrouwen verstaan.

De organisaties die bij het project zijn betrokken, zijn de Schorerstichting te Amsterdam en De Rutgers Nisso Groep te Utrecht. De Schorerstichting heeft al enkele jaren ervaring met het geven van buddyzorg aan homoseksuele ouderen in het algemeen en draagt derhalve zorg voor het praktijkgedeelte van dit project. Een onderzoeker van het Nisso is verantwoordelijk voor het onderzoeksgedeelte. Vrijwilligers bij de Schorerstichting voeren het project uit. Het werkgebied is Amsterdam.

Het project kent een looptijd van twee jaar en betreft een laagdrempelige persoonsinterventie. Voor een periode van maximaal zes maanden trekt een homoseksuele oudere met gezondheidsproblemen (lichamelijke klachten, chronische aandoeningen of psychische klachten) tenminste eenmaal per week een dagdeel op met een getrainde vrijwilliger en gevoelsgeenoot. Centraal staat het bieden van sociale en, waar nodig, emotionele steun door de vrijwilliger volgens de bestaande methodieken binnen de buddyzorg. Hierbij kan men denken aan het bieden van een luisterend voor hun levensverhaal, zoals over een partner om wie nooit samen met anderen gerouwd kon worden omdat niemand wist dat het een geliefde was, of over de moeizame manier waarop het homoseksueel zijn is verborgen gehouden voor werkgevers, familie en burens. Ook in elk dagdeel wordt geprobeerd om gezamenlijk een sociale activiteit te ondernemen (een wandeling in het plantsoen om de hoek, een kopje koffie in een café, een bezoek aan een terras, meegaan naar een ontmoetingsbijeenkomst van het COC (aanvankelijk C.O.C., Cultuur- en OntspanningsCentrum) of een andere organisatie binnen de homosubcultuur, etc.) teneinde de sociale zelfredzaamheid langzaam maar zeker te vergroten. Het is niet de bedoeling dat de vrijwilliger als hulpverlener optreedt. De vrijwilligersondersteuning dient aanvullend te zijn op de bestaande mantelzorg en niet ter vervanging van de reguliere hulpverlening.

De interventie wordt stopgezet wanneer de zelfredzaamheid voldoende is toegenomen. De maximale looptijd is zes maanden. Eventueel vervolg zal plaatsvinden vanuit de reguliere buddyzorg. Gestreefd wordt om in de twee projectjaren 60 homoseksuele ouderen met gezondheidsproblemen te ondersteunen. Hiervoor wordt een inzet van 75 vrijwilligers verwacht. Selectie van vrijwilligers vindt plaats via kennismakingsgesprekken op grond van de volgende criteria: (1) beschikken over een bepaalde stabiliteit; (2) op de vereiste tijden beschikbaar zijn; en (3) bereid tot het volgen van training en scholing. De vrijwilliger hoeft weliswaar niet zelf homoseksueel of lesbisch te zijn, maar als de cliënt aangeeft een homo- of lesbische buddy te willen (wat vele homoseksuele ouderen wel prefereren) dan wordt daar rekening mee gehouden.

Voor aanvang van het verlenen van buddyzorg, krijgen de vrijwilligers een op maat toegesneden training, met gebruik van de huidige trainingsprotocollen. Verder dienen zij een vrijwilligerscontract te tekenen waarin naast de te verwachten inzet ook de taakafbakening ten aanzien van de verleende zorg aan de orde komt. Hierbij valt te denken aan: geen inmenging van de vrijwilliger in financiën of bemoeienis met erfenissen, geen intimiteit en/of seksualiteit, geen verzorging bij incontinentie en niet meewerken aan euthanasie. Naast deze training, krijgen de vrijwilligers na- en bijscholing en worden zij gedurende het project zowel in groepsverband (structureel) als individueel (op aanvraag) ondersteund. Het bewaken van eigen grenzen is daarbij één van de belangrijkste aandachtspunten.

Voor de werving van deelnemers zijn verschillende wegen bewandeld. Zo is meermalen een aankondiging geplaatst in lokale kranten en het tijdschrift van de Schorerstichting 'Schorer.nl', een tv-spotje op een lokale zender uitgezonden, en is een omschrijving van het project te vinden op de website van de Schorerstichting 'www.schorer.nl'. Daarnaast zijn ongeveer 80 Amsterdamse zorginstellingen (van huisarts tot verpleeghuis) bezocht en voorgelicht. Doel hiervan was tweeledig: (1) de bijzondere problematiek van de doelgroep zichtbaar maken en (2) het op gang brengen van een verwijzingsstroom. Hiervoor heeft afstemming plaatsgevonden met het project Vrolijke Herfst, een samenwerkingsproject van de Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO), COC, het Instituut voor Maatschappelijke en Culturele Ont-

wikkeling (IMCO) en de Schorerstichting, gefinancierd door het ministerie van VWS, dat gericht is op het inventariseren van specifieke zorgvragen en woonwensen van homoseksuele ouderen en een goede bejegening van deze ouderen in de thuiszorg en in verzorgings- en verpleeghuizen (Galesloot, 2003b). Ten slotte is er een folder ontwikkeld waarin niet alleen de homoseksuele ouderen met gezondheidsproblemen maar ook de potentiële buddy's worden aangesproken. Reden daarvoor is de moeilijkheid om buddy's voor deze groep homoseksuele ouderen te vinden: vrijwilligers ervaren deze groep als (te) zwaar en kiezen liever een jongere homoseksueel. Bovendien zijn tot dusver buddy's verworven ten behoeve van mannen met hiv en/of ouderen met uitsluitend eenzaamheidsproblematiek. In de folder wordt vooral aandacht besteed aan de beoogde doelgroep en wat voor steun men wel en niet kan verwachten van een buddy. Er wordt niet gesproken over 'eenzaamheid' maar wel over 'sociaal isolement'. De folder is verspreid over de eerder genoemde Amsterdamse zorginstellingen.

Na een verwijzing of zelfstandige aanmelding volgt een intakegesprek met een medewerker van het buddyproject. Doel van dit gesprek is de aanmelder nader te informeren over het buddyconcept en na te gaan of hij of zij aan de volgende criteria voldoet: (1) ouder dan 55 jaar, (2) homoseksueel zijn, (3) woonachtig in Amsterdam, (4) het hebben van lichamelijke klachten, een chronische aandoening en/of psychische klachten, en (5) geïsoleerd zijn door leefstijl en/of ziekte. De contra-indicaties zijn mensen (1) met een ernstige psychiatrische en/of psychogeriatrische problematiek, (2) die direct aangeven dat zij een seksueel contact met de vrijwilliger willen, en (3) die ernstige verslavingen hebben waardoor de situatie onveilig wordt voor de vrijwilliger.

Wanneer de aanmelder geschikt lijkt voor het project, wordt er een, naar de mening van de projectleider, geschikte vrijwilliger toegewezen. Hierna volgt een zogenaamd matchingsgesprek met de betreffende aanvrager en vrijwilliger, waarin door de projectleider wordt nagegaan of de verwachtingen van beide partijen overeenkomen. Zowel de aanmelder als vrijwilliger krijgen drie dagen bedenktijd om aan te geven of zij het contact willen aangaan. Indien dat zo is, maakt de vrijwilliger een eerste afspraak.

Het project is gestart in april 2002. Aan de homoseksuele ouderen die zich in de periode mei 2002-juli 2003 hebben aangemeld, is tijdens het intakegesprek gevraagd of zij bereid zijn mee te doen met het effectonderzoek. Degenen die daartoe bereid waren, in totaal 39, hebben samen met een medewerker van de Schorerstichting een vragenlijst ingevuld (voormeting). Deze vragenlijst omvat de door het NIDI samengestelde vragen, aangevuld met enkele meer specifieke gezondheidsvragen en vragen waarin (de beleving van) homoseksualiteit centraal staat.

De eerste nameting zal plaatsvinden hetzij direct na afloop van de interventie (indien de buddyzorg binnen zes maanden worden beëindigd) hetzij zes maanden na aanvang van de buddyzorg (indien vervolg vanuit de reguliere buddyzorg; in dit geval zal er sprake zijn van een tussenmeting), de tweede nameting zes maanden daarna. Daartoe zullen de daarbij horende vragenlijsten in de thuissituatie mondeling worden afgenomen.

Naast de interventiegroep is een controlegroep gevormd. De controlepersonen zijn verworven uit het eerder genoemde project Vrolijke Herfst. In het kader van dit project is een landelijk onderzoek gestart onder homoseksuele ouderen. Tijdens het interview is gevraagd of men bereid is nog een vragenlijst in te vullen ten behoeve van het effectonderzoek. De bereidwillige homoseksuele ouderen onder hen zijn vervolgens telefonisch benaderd voor het maken van een afspraak. Vervolgens zijn zij door de projectleider van de Schorerstichting thuis mondeling ondervraagd. Dit heeft plaatsgevonden in de periode januari-mei 2003. 29 personen hebben hieraan deelgenomen. De controlegroep bestaat echter uit 30 personen en de interventiegroep uit 38, omdat één persoon die zich in mei 2003 heeft aangemeld voor buddyzorg nooit de interventie heeft gekregen.

Post Actief: aanpak tegen eenzaamheid in verzorgingshuizen, Zuidwest Friesland

Dit project richt zich op de bewoners en medewerkers van verzorgingshuizen. Het doel is vierledig: (1) verbetering van het sociaal welbevinden van verzorgingshuisbewoners; (2) verandering van de werkwijze en cultuur binnen de verzorgingshuizen, te weten een verschuiving van 'zorg' naar 'wonen en leven'; (3) betere inzet van vrijwilligers; en (4) positieve beïnvloeding van beeldvorming rond oud worden en eenzaamheid bij ouderen zelf, vrijwilligers, mantelzorg en personeel. De verwachte effecten voor de betrokken verzorgingshuishuisbewoners zijn velerlei: uitbreiding en intensivering van sociale contacten, vergroting van sociale participatie en/of positieve verandering van het zelfbeeld.

De organisaties die bij het project zijn betrokken, zijn (1) Advies Research Gezondheidszorg Ouderenbeleid (ARGO) aan de Rijksuniversiteit te Groningen, (2) het Platform Innovatie Ouderenzorg (PIO) Zuidwest Friesland, een samenwerkingsverband van alle verzorgingshuizen, verpleeghuizen, ziekenhuis en thuiszorg in de regio, en (3) de dertien zorgcentra in de regio Zuidwest Friesland waar het project zich afspeelt: Avondrust in Makkum, Aylvastate in Witmarsum, Bonifatiushuis in Sneek, Doniahiem in St. Nicolaasga, Dr. Wumkeshus in Sneek, Martenahiem in Tzum, Nij Dekema in Weidum, Nij Marienacker in Workum, Nij Stapert in Wommels, Saxenoord in Franeker, Suderigge in Lemmer, Teatskehus in Blauwhuis, en Vegelinshof in Joure. Projectbegeleiding ligt in handen van ARGO.

Post Actief is een interventiemethode die uit een aantal instrumenten en methodieken bestaat (Advies Research Gezondheidszorg Ouderenbeleid, 2002). Kern van de aanpak is het voeren van 1-op-1-gesprekken van circa anderhalf uur tussen verzorgenden en bewoners over sociale contacten, interesses, ambities en mogelijkheden. De term 'eenzaamheid' wordt tijdens deze gesprekken niet genoemd. Doel van de gesprekken is het signaleren van eenzaamheid en inzicht verkrijgen in de achterliggende oorzaken ervan. Daarnaast komen tijdens deze gesprekken verschillende aanknopingspunten naar voren voor interventie op individueel niveau.

Op grond van de behoeften, wensen en levensloop van de eenzame bewoners die tijdens de gesprekken naar voren zijn gekomen, wordt vervolgens met elk van deze bewoners een activiteitenplan opgesteld en uitgevoerd. Deze vraaggestuurde aanpak kan zowel persoonlijke acties (activiteiten rond één bewoner, zoals het aansturen van activering van hulpbronnen als familie en kerk) als groepsacties (activiteiten om bewoners samen te brengen, zoals gezamenlijk computeren) omvatten. Waar nodig wordt de zorgverlening hierop aangepast, hetgeen een verandering van de werkwijze en cultuur in het zorgcentrum betekent. De interventies die bewoners krijgen, verschillen dus per persoon.

Om zo goed mogelijk op de vraag in te kunnen spelen, dient ruimte in het aanbod te worden gemaakt. Betere inzetbaarheid van vrijwilligers kan hierbij een belangrijke rol spelen. Derhalve wordt verder een instrument ontwikkeld waarmee de huidige activiteiten van de vrijwilligers en hun mogelijke ambities in kaart worden gebracht en via een 'elektronische kaartenbak' worden geordend.

Voor de derde doelstelling van het project wordt een nieuwsbrief ontwikkeld waarin op een positieve manier aandacht wordt besteed aan oud worden en eenzaamheid. Deze nieuwsbrief verschijnt twee keer onder redactie van ARGO. Vervolgens kunnen de betrokken verzorgingshuizen zelf bepalen of zij hiermee doorgaan.

De controlegroep wordt gevormd door die bewoners waarmee tijdens de duur van het project geen activiteiten worden ondernomen. Dit kan pas achteraf worden bepaald, alsook de invulling van de interventie per deelnemende bewoner. De projectleider van de betrokken verzorgingshuizen, meestal een AB-er (Activiteitenbegeleider), houdt daartoe in het zorgdossier bij met wie van de bewoners welke activiteiten zijn ondernomen.

De vragenlijsten worden schriftelijk ingevuld. Na het startgesprek wordt de eerste vragenlijst (voormeting) aan de bewoners gegeven met het verzoek deze in te vullen en in de bijgesloten antwoordenvolp te sturen naar ARGO. De volgende vragenlijst (eerste nameting)

wordt na ongeveer zes maanden vanuit ARGO naar de betrokken verzorgingshuizen opgestuurd, vergezeld van een begeleidende brief met hetzelfde verzoek. De verzorgingshuizen zorgen zelf voor verspreiding onder hun bewoners. Of de bewoners een derde vragenlijst (tweede nameting) ontvangen, is afhankelijk van het aantal bewoners waarmee op dat moment nog actie wordt ondernomen.

Door een andere bril, Almere en Amsterdam

Dit project heeft tot doel de sociale zelfredzaamheid te vergroten en een actieve levensstijl te bevorderen van zelfstandig wonende, niet (meer) werkende ouderen boven de 55 jaar. De verwachte effecten bij de deelnemers van dit project zijn: een vergroting van de sociale participatie, een verbreding en/of intensivering van het sociale netwerk, een verbetering van sociale vaardigheden en een vergroting van de zelfredzaamheid, passend binnen de sociale activering van ouderen.

Aan dit project werken mee (1) Stichting Mind at Work, verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, (2) Blankenberg Stichting in Amsterdam, (3) COSBO te Amsterdam en (4) gemeente Almere. De uitvoering is in handen van Stichting Mind at Work, waar ook de eindverantwoordelijkheid ligt.

De interventie betreft een cursus waarin ouderen boven de 55 jaar worden gestimuleerd kritisch na te denken over hun huidige activiteitenpatroon, sociale relaties en gedrag en de gewenste veranderingen daarin zelf te bewerkstelligen. De cursus bestaat uit twaalf bijeenkomsten van 2,5 uur per week. Het is opgebouwd uit twee delen van zes weken met hiertussen een week rust, zodat de cursus dertien weken beslaat.

In het eerste deel worden ouderen bewust gemaakt van de mate waarin hun huidige sociale wereld afwijkt van hun behoeften en wensen en aangeleerd welke (gedragsmatige) veranderingen nodig zijn om dit verschil te verkleinen. Daartoe wordt informatie gegeven over verschillende onderwerpen en kunnen persoonlijke ervaringen worden uitgewisseld. Het is daarbij niet ongebruikelijk de deelnemers te confronteren met hun huidige manier van omgaan met mensen en (moeilijke) situaties. Mogelijke onderwerpen die aan de orde komen, zijn: vriendschap (verbreding/verdieping), zelfwaardering, en omgaan met teleurstellingen. Daarnaast zijn er wekelijkse thema's rond onderwerpen als eerste indrukken, nonverbaal gedrag, indirect communiceren, luister- en andere contactuele vaardigheden, feedback geven en ontvangen, omgaan met conflictsituaties, en assertiviteit. Elke week krijgt men huiswerk mee om thuis te oefenen met hetgeen in de groep is besproken en ervaren. Bovendien kan men aan de hand van handouts lezen wat de volgende keer aan bod zal komen en kan men hier alvast over nadenken. Welke handreiking ook wordt gedaan, de deelnemers beslissen zelf over de keuze om bepaalde zaken te veranderen of niet.

In het tweede deel van de cursus worden, naast oefeningen en rollenspelen om ervaringen op te doen en uit te wisselen, de ouderen aangezet om hetgeen zij eerder hebben geleerd in de praktijk te brengen. Elke deelnemer organiseert zelf een activiteit en geeft hier, buiten de cursus om, zelfstandig uitvoer aan. De projectleider en de deelnemers uit de groep begeleiden hem of haar hierin maar uitsluitend als hierom wordt gevraagd. Uiteindelijk zullen de georganiseerde activiteiten met de gehele groep worden ondernomen. De lijst van activiteiten is zeer divers en omvat activiteiten met de nadruk op respectievelijk fysieke, sociale, cognitieve, educatieve en culturele elementen. Voorbeelden van activiteiten zijn fitness for life, koken en eten, levenslang leren, en chatten. De deelnemers organiseren niet alleen een activiteit tijdens de training, maar ook één na de training. Op de terugkomdag, die na drie maanden is gepland, wordt deze geëvalueerd. Ondertussen houdt de projectleider telefonisch contact met de deelnemers en biedt ze zonedig ondersteuning.

De cursus wordt viermaal gehouden: eenmaal in Almere (wijk Molenbuurt) en driemaal in Amsterdam (stadsdeel De Binnenstad/Indische Buurt). Gestreefd wordt naar in totaal 30

deelnemers. De kosten voor deelname aan de cursus bedraagt €20, inclusief cursusmateriaal en koffie en thee.

Werving van de deelnemers geschiedt via folderverspreiding en aankondiging in stads-kranten. De folder omvat een korte omschrijving van de doelgroep en inhoud van de cursus, informatie over de startdatum en deelnemingskosten, bij wie men terecht kan voor nadere informatie, en een inschrijfformulier. De term eenzaamheid wordt in de folder niet genoemd aangezien dit mensen kan afschrikken. De doelgroep wordt omschreven als ‘mensen boven de 55 jaar die wel eens door een andere bril zouden willen kijken naar de wereld om hen heen’. In Amsterdam wordt de folder vergezeld van een begeleidende brief van de ouderenorganisaties COSBO.

De ouderen die zich aanmelden, worden uitgenodigd voor een kennismaking. Doel hiervan is de aanmelders nader te informeren over de cursus en na te gaan of de cursus voor hen geschikt is. Tevens wordt meteen een inventarisatie gemaakt van mogelijke aandachtspunten tijdens de training. Personen die gekenmerkt worden door vergeetachtigheid of beginnende dementie, kunnen niet met de cursus meedoen.

Naast de interventiegroep wordt een controlegroep gevormd. Inspanningen worden geleverd om de controlegroep te laten bestaan uit minimaal 50 mensen van boven de 55 jaar, woonachtig in Amsterdam of Almere, die tot op zekere hoogte eenzaam zijn. Deze personen worden via buurthuizen (Amsterdam) en huisbezoek (Almere) verworven.

De vragenlijsten ten behoeve van het effectonderzoek worden bij zowel de interventie- als de controlegroep mondeling afgenomen. De interventiegroep wordt tijdens het kennismakingsgesprek voor de eerste keer ondervraagd. De tweede ondervraging vindt plaats direct na afloop van de cursus. Voor de laatste ondervraging van de interventiegroep alsook de ondervragingen van de controlegroep, worden aparte afspraken gemaakt.

Psycho-educatieve groeps cursus, Zuid-Holland⁶

De psycho-educatieve groeps cursus is bestemd voor alleenstaande vrouwen van 60 jaar en ouder die alleen wonen, geen of een klein netwerk van sociale contacten hebben, en graag meer sociale contacten of activiteiten willen. Doel van de cursus is het vergroten van hun zelfredzaamheid en zelfmanagementvaardigheden op het sociale vlak (sociale relaties en sociale activiteiten). De verwachte effecten, naast een afname van eenzaamheid, zijn: een verbetering van zelfmanagementvaardigheden (resultierend in een uitbreiding en/of kwaliteitsverbetering van hun sociale relaties, vergroting van hun maatschappelijke participatie, verbetering van hun sociale vaardigheden, en een positieve ontwikkeling van hun zelfbeeld) en (deelaspecten van) het welbevinden. Het project richt zich niet op een specifieke groep van ouderen. Echter, gezien de gehanteerde criteria — vrouw, alleenstaand, alleenwonend, geen of beperkt sociaal netwerk, wens tot meer sociale contacten of activiteiten— lopen de betrokken ouderen wel een verhoogd risico op eenzaamheid.

De gemeenten waar het project plaatsvindt, zijn: Leiden, Leiderdorp, Oegstgeest, Papendrecht, Schiedam, Sliedrecht, Vlaardingen en Voorschoten. Het project wordt uitgevoerd door de Sectie Geriatrie aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG, Faculteit der Medische Wetenschappen, Disciplinegroep Inwendige Geneeskunde), in samenwerking met de Vereni-

⁶ Vanwege disfunctioneren van de projectuitvoerder is dit project stopgezet. De interventie, voor- en eerste nameting onder zowel de deelnemers als de controlegroep, zijn op drie plaatsen uitgevoerd, maar er bestaan grote twijfels over de kwaliteit ervan. Deze voor- en eerste nameting-gegevens hebben wij niet ontvangen. Op dit moment (oktober 2003) is nog geen besluit genomen over een al dan niet doorstart (of herstart) van dit project. Dit hangt grotendeels af van de snelheid waarmee de projectleider mogelijkheden ziet een soortgelijke interventie vanuit haar eigen werkplek of met andere organisaties uit te gaan voeren. De onderstaande omschrijving heeft betrekking op de situatie voordat het project werd stopgezet.

ging IVO Zuid-Holland, de koepelorganisatie van de Instellingen voor Ouderenwerk in Zuid-Holland. De uitvoerders van het project betreffen een junior wetenschappelijk onderzoeker (aio, psycholoog), verbonden aan de RUG, en een professioneel cursusleider (verbonden aan Stichting Ouderenwerk Nieuwe Waterweg Noord, Schiedam en Vlaardingen). De coördinatie en eindverantwoordelijkheid liggen in handen van Dr. N. Steverink (psycholoog/gerontoloog), tevens werkzaam aan de RUG. Sinds vele jaren verricht zij onderzoek naar de vereiste condities voor 'succesvol ouder worden', met speciale aandacht voor de samenhang tussen welbevinden en eenzaamheid enerzijds en opname in intramurale zorginstellingen anderzijds (Steverink, 1996) en het vergroten van 'zelfsturende vermogens' of zelfmanagementvaardigheden van ouderen om eenzaamheid te verminderen of te voorkomen, het welbevinden te vergroten of het verlies van welbevinden tegen te gaan.

De psycho-educatieve groeps cursus betreft een specifieke uitwerking van enkele reeds door de RUG ontwikkelde interventies (zowel individuele, bibliotherapie- en groepsinterventies) gericht op het verhogen van zelfsturingsvaardigheden (self-management abilities) van ouderen. Deze interventies zijn gebouwd op twee pijlers, welbevinden ('fysiek welbevinden' en 'sociaal welbevinden', w.o. contacten en eenzaamheid) en zelfmanagementvaardigheden, en richten zich op een drietal groepen kwetsbare ouderen: geriatrische patiënten in het ziekenhuis, chronisch zieke ouderen, en licht kwetsbare zelfstandig wonende ouderen.

De psycho-educatieve groeps cursus richt zich daarentegen op eenzame ouderen en/of ouderen met een verhoogd risico op eenzaamheid, waarbij de volgende twee aspecten centraal staan: (1) het analyseren van welke specifieke gemisgevoelens (gemis aan sociale verbondenheid, een intieme partner, of levensvervulling door zinvolle sociale activiteiten) mogelijk ten grondslag liggen aan de ervaren eenzaamheidsgevoelens alsook het analyseren van persoonlijke doelen en wensen ten aanzien van sociale relaties in relatie tot mogelijkheden en beperkingen; en (2) het vergroten van de zelfredzaamheid door middel van het ontwikkelen of verbeteren van zelfsturingsvaardigheden (zoals initiatief nemen, self-efficacy, zorgen voor multifunctionele hulpbronnen (d.w.z. hulpbronnen die bijdragen aan fysiek en sociaal welbevinden tegelijkertijd), diversiteit, compensatie, positief denken, en investeren) op het gebied van sociale doelen en wensen (sociale relaties en sociale activiteiten).

De psycho-educatieve groeps cursus bestaat uit zes bijeenkomsten van ongeveer twee uur per week, met een maximale groeps grootte van tien tot twaalf personen, en wordt geleid door twee professionals. In de bijeenkomsten komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan bod: (1) een algemene inleiding op de cursus, gevolgd door reflectie op de eigen ideeën, gedachten en verwachtingen over zowel alleen-zijn als (het gemis van) sociale contacten; (2) nagaan wat de eigen doelen, behoeften en wensen zijn ten aanzien van sociale contacten en sociale activiteiten, in relatie tot (de veranderbaarheid van) mogelijkheden en beperkingen; (3) zelfsturingsvaardigheden ontdekken en uitbouwen, deel I: initiatief nemen, zelfvertrouwen vergroten, haalbare doelen stellen; (4) zelfsturingsvaardigheden ontdekken en uitbouwen, deel II: combineren, variëteit aanbrengen en compenseren; (5) zelfsturingsvaardigheden ontdekken en uitbouwen, deel III: investeren, gedachten en verwachtingen positief sturen; en (6) leren ook een vriend voor jezelf te zijn, toekomstplannen en afsluiting.

De bijeenkomsten hebben een vaste opbouw. Allereerst wordt een korte uiteenzetting gegeven van de theorie over het onderwerp van de betreffende bijeenkomst, gevolgd door reflectie op het eigen denken en functioneren voor wat betreft het behandelde onderwerp. Vervolgens wordt geoefend met betrekking tot het onderwerp. De oefeningen bestaan niet alleen uit groepsoefeningen maar ook uit oefeningen tussen twee deelnemers waardoor aandacht en ruimte bestaat voor onderlinge interactie, het uitwisselen van ervaringen en het kunnen leren van elkaar. Ten slotte vindt er een nabespreking van de oefeningen plaats en worden huiswerk oefeningen gegeven, waarmee het onderwerp wordt afgesloten.

Werving van deelnemers geschiedt via de Instellingen voor Welzijn Ouderen in de betrokken gemeenten. Door middel van de contacten die deze instellingen met ouderen hebben

via de dienstencentra en dienstverleningsvormen, worden aan alle alleenstaande vrouwen van 60 jaar en ouder die alleen wonen, als zij daarmee instemmen, een korte vragenlijst voorgelegd. Deze vragenlijst wordt gebruikt als screening en omvat enkele vragen over hun sociale contacten en de eventuele wens meer sociale contacten of activiteiten te hebben. Daarnaast worden ouderen die tot de doelgroep behoren en baat kunnen hebben bij de interventie, opgespoord via het project signalerend huisbezoek, dat de betrokken instellingen uitvoeren. Op grond van de gegevens die de screening oplevert, worden de 'geschikte' ouderen (oudere vrouwen die geen of een zeer beperkt netwerk aan sociale contacten hebben en graag meer sociale contacten of activiteiten willen) mondeling benaderd door geïnstrueerde ouderenhwerkers van de betreffende instellingen voor Welzijn Ouderen en geïnformeerd over de mogelijkheid mee te doen aan het onderzoek. De ouderen die daartoe bereid zijn, worden vervolgens at random toegewezen aan ofwel de interventiegroep ofwel de controlegroep. De ouderen die in de controlegroep komen, krijgen een alternatieve 'cursus' aangeboden in groepsverband.

Het is de bedoeling de psycho-educatieve groeps cursus achtmaal aan te bieden, twee keer per gemeente, en minimaal 75 ouderen zowel in de interventiegroep als de controlegroep te bereiken. Echter, vanwege mogelijke uitval van deelnemers tijdens het project, zal worden gestart met een instroom van 100 ouderen voor de interventiegroep alsook de controlegroep. Ten behoeve van de effectmeting, wordt op drie momenten een schriftelijke vragenlijst bij de interventie- en controlegroep afgenomen, die steeds per post aan de deelnemers wordt toegestuurd: vlak voor aanvang van de cursus (één tot twee weken van te voren), direct na afloop van de cursus (in de week na de laatste cursusdag), en zes maanden daarna.

De gehanteerde vragenlijsten wijken in zekere mate af van de door het NIDI opgestelde vragenlijsten. Concreet zijn de vragen over contacten met vrienden en (schoon)familieleden, sociale vaardigheden, partnerrol, belangrijkheid van contacten niet meegenomen en worden de concepten ten aanzien van zelfwaardering en gezondheid op een andere wijze gemeten. Als gevolg hiervan zijn de gegevens van dit project slechts tot op zekere hoogte vergelijkbaar met die van de andere betrokken projecten.

Aanpak eenzaamheid onder verzorgingshuisbewoners, Gelderland, Overijssel en Flevoland

Het doel van dit project is het bevorderen van het aantal en de kwaliteit van contacten tussen bewoners in verzorgingshuizen onderling en tussen bewoners en personeel. Met het project kan dientengevolge worden verwacht dat het sociale netwerk van de deelnemende bewoners verbetert.

Bij het project zijn vijf verzorgingshuizen in Gelderland, Overijssel en Flevoland betrokken: Zorgcentrum Buitenhaege te Almere, Woonzorgcentrum Dr. Jenny te Dinxperlo, Huize Sint Jozef te Weerselo, Zorgcentrum Kelsehof te Didam, en het H.A. Lorentzhuis te Velp. Op 1 januari 2002 woonden 65 personen in Woonzorgcentrum Dr. Jenny, 46 personen in Huize Sint Jozef en 94 personen in Zorgcentrum Kelsehof; het aantal bewoners in de twee andere verzorgingshuizen is (nog) niet bekend. Het project wordt uitgevoerd door Reinoud Adviesgroep te Arnhem, in samenwerking met een projectgroep per betrokken verzorgingshuis bestaande uit een projectcoördinator, vertegenwoordiger van de cliëntenraad, twee medewerkers en twee bewoners. Ter bewaking van de voortgang en kwaliteit van het project en intercollegiale informatie-uitwisseling, is een stuurgroep ingesteld. Hierin hebben zitting de directies van de deelnemende verzorgingshuizen, een adviseur van Reinoud Adviesgroep, een adviseur van Woonzorg Advies te Deventer (tot september 2002) en Prof. dr. Knipscheer, als hoogleraar verbonden aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Laatstgenoemde zal voor dit project ook zorg dragen voor wetenschappelijke ondersteuning en inbreng ten behoeve van de effectmeting.

Het project bestaat uit de volgende vier interventies: (1) systematische informatievoorziening onder bewoners, (2) deskundigheidsbevordering van het personeel, (3) netwerkgroepen voor nieuwe bewoners, en (4) 'samen er op uit'. Eerstgenoemde interventie, systematische informatievoorziening onder bewoners, betreft het voor een periode van negen maanden (15 november 2002-15 augustus 2003) één keer per week schriftelijk en mondeling informeren van de bewoners over zaken als activiteiten die zich in het huis (zouden kunnen) voordoen en nieuwe bewoners. Deskundigheidsbevordering van het personeel is gericht op het beter signaleren van en adequater reageren op eenzaamheid onder bewoners in verzorgingshuizen. Concreet bestaat deze interventie uit zes trainingsbijeenkomsten (acht deelnemers per huis) van drie uur in de maanden januari-maart 2003. Naast het bevorderen van kennis over eenzaamheid onder ouderen en de achterliggende oorzaken ervan, wordt aandacht besteed aan aspecten van bejegening, bespreken van casuïstiek, en uitwisseling van ervaringen. Netwerkgroepen voor nieuwe bewoners bestaan uit groepjes van maximaal acht nieuwe bewoners die om de drie weken bij elkaar komen gedurende de periode december 2002-juni 2003. Er is sprake van een roulerend deelnamesysteem: wanneer een nieuwe bewoner wordt opgenomen in het verzorgingshuis, maakt de langst verblijvende deelnemer plaats voor de nieuweling. Tijdens de bijeenkomsten worden informatie en ervaring uitgewisseld over het wonen en leven in het verzorgingshuis en het beleid van de instelling en kunnen diverse, door de nieuwe bewoners zelf naar voren gebrachte gespreksonderwerpen worden besproken. In 'Samen er op uit' is het de bedoeling dat groepjes van acht tot tien bewoners, onder begeleiding, gedurende een midweek verschillende uitstapjes ondernemen en een biografie maken (april-mei 2003). In vervolg op deze week komen de deelnemers nog een paar keer bij elkaar om informatie uit te wisselen over de gemaakte biografie.

Een belangrijk verschil tussen de eerste twee en laatste twee interventies is het bereik van het verwachte effect. Systematische informatievoorziening onder bewoners en deskundigheidsbevordering van het personeel kunnen van invloed zijn op alle bewoners van het verzorgingshuis. Het verwachte effect van netwerkgroepen voor nieuwe bewoners en 'samen er op uit' beperkt zich daarentegen tot de deelnemende bewoners. De eerste twee interventies worden dan ook instellingsinterventies genoemd, de laatste twee persoonsinterventies.

In Zorgcentrum Kelsehof en Woonzorgcentrum Dr. Jenny vinden de twee instellingsinterventies plaats, in Zorgcentrum Buitenhaege en Huize Sint Jozef de persoonsinterventies. In het H.A. Lorentzhuis vindt geen interventie plaats. De bewoners aldaar behoren tot de controlegroep, tezamen met de bewoners van Zorgcentrum Buitenhaege en Huize Sint Jozef die niet aan de persoonsinterventies meedoen.

Alle bewoners van de vijf verzorgingshuizen zijn in de periode april-mei 2002 voor de eerste keer mondeling ondervraagd (voormeting), met uitzondering van degenen die op basis van een cognitieve test daartoe niet in staat bleken te zijn. Hierbij is gebruik gemaakt van het door het NIDI samengestelde vragenlijst, aangevuld met enkele vragen over het zich veilig en thuis voelen in het huis, de rol die het huis speelt respectievelijk kan spelen bij het voorkomen van eenzaamheid, en de mate van interesse voor (verschillende aspecten van) de interventies die worden ingezet.

De in totaal 318 interviews zijn afgenomen door vrijwilligers en het personeel van de betrokken verzorgingshuizen. Voorafgaand hebben zij een training gevolgd waarin is stilgestaan bij het doel van het gesprek, de vragenlijst en basale vaardigheden. Om de kans op sociaal-wenselijke antwoorden te minimaliseren, heeft tussen de verzorgingshuizen een uitwisseling van de interviewers plaatsgevonden. Invoering, verwerking en analyse van de gegevens vond plaats bij Reinoud Adviesgroep.

De twee nametingen zijn gepland direct na afloop van de interventies (mei-juni 2003) en zes maanden daarna (november 2003). De daarvoor bestemde vragenlijsten zullen op een zelfde wijze worden ingevuld als tijdens de voormeting, samen met vrijwilligers en/of personeelsleden.

Wensvervulling en activiteitenplan

Hoofddoel van het project is het opbouwen en uitbreiden van specifieke netwerken tussen personen van 60 jaar en ouder. Met dit project kan derhalve worden verwacht dat het een positief effect heeft op het aantal personen waarmee de deelnemende ouderen contact onderhouden. Verder wordt met dit project gepoogd jongeren te leren en informeren over de belevingswereld van ouderen. Een verwacht neveneffect van het project is dan ook verruiming van de beeldvorming bij jongeren over ouderen.

Verantwoordelijk voor dit project is de Afdeling Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH), Faculteit Sociaal Agogische Opleidingen, aan de Hogeschool van Utrecht. De uitvoerders bestaan uit 1e-jaars studenten van deze afdeling.

Het project bestaat uit twee gedeeltes. Het eerste gedeelte betreft het vervullen van een droomwens naar het idee van de Stichting Doe een Wens. Daartoe gaan studenten van de Afdeling SPH, 1e-jaar ouderenzorg, in tweetallen in hun eigen woonomgeving op bezoek bij ouderen waarvan zij het vermoeden hebben dat die veelal alleen zijn en behoefte hebben aan contacten. Alle ouderen van 60 jaar of ouder, zelfstandig wonend of in een instelling, mogen weliswaar worden bezocht, maar de voorkeur gaat uit naar alleenwonende oudere mannen. Onderdeel van dit bezoek is het inventariseren van iemands wens. De wens moet een echte wensdroom zijn die ouderen zelf niet kunnen realiseren en die structurele contacten met anderen moet opleveren. De studenten schrijven vervolgens een concreet voorstel hoe zij de betreffende wens van plan zijn uit te voeren, dat ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de projectleider. De uitvoering van een wens mag maximaal €225 kosten. Nadat een voorstel is goedgekeurd, laten de studenten de wens in vervulling gaan. De taakstelling van het project is het vervullen van wensen bij 75 ouderen. Ter bevordering van contact met anderen, wordt getracht gelijksoortige wensen gecombineerd uit te voeren. Het eerste gedeelte wordt afgesloten met het uitbrengen van een verslag van het verloop door de studenten.

Het tweede gedeelte van het project is gericht op het stimuleren van deze ouderen tot deelname aan activiteiten. Op basis van de behoeftes en wensen die de ouderen in het eerste gedeelte hebben geuit, gaan 1e-jaars studenten activiteiten met deze ouderen opzetten. Concreet worden drie structurele themabijeenkomsten door deze studenten voorbereid en ten uitvoer gebracht, onder begeleiding van de projectleider. Thema's kunnen zijn: landen in Europa en contactmiddag met Surinaamse ouderen. De ouderen worden per brief uitgenodigd om aan de themabijeenkomsten deel te nemen. Via een antwoordbriefje kunnen zij aangeven of zij wel of geen interesse hierin hebben. De bijeenkomsten duren elk één dag en vinden plaats aan de Hogeschool van Utrecht. De ouderen die om gezondheidsredenen niet in staat zijn zelfstandig naar de bijeenkomsten te komen, worden begeleid door de studenten. Wanneer vervoer een probleem is, dan wordt voor vervoer gezorgd.

Er wordt naast de interventiegroep geen controlegroep bij het project betrokken. De voornaamste reden is het gebrek aan tijd en mogelijkheden daarvoor om studenten van de Afdeling SPH te mobiliseren de interviews te houden.

De NIDI-vragenlijsten worden bij de interventiegroep door de studenten mondeling afgenomen. De bedoeling is de eerste ondervraging (voormeting) tijdens het eerste bezoek (inventarisatie wens) te houden (studiejaar 2001-2002: december 2001-juli 2002; studiejaar 2002-2003: januari-april 2003), de tweede (eerste nameting) na afloop van de laatste themabijeenkomst (januari, april, mei 2003). Voor de laatste ondervraging (tweede nameting), een half jaar later (oktober 2003), wordt een aparte afspraak gemaakt.

Signalerend huisbezoek, Leiden

Het project richt zich op de zelfstandig wonende ouderen en jongere gehandicapte mensen in Leiden-Noord met een meervoudige of samengestelde hulpvraag, waarvan het doel drieledig is: (1) het achterhalen van de wensen en behoeften van deze ouderen aan welzijns-

diensten en de oplossingen die zij zelf zien om hieraan tegemoet te komen; (2) het verbeteren van de manier van informeren van deze ouderen over de huidige welzijnsdiensten en het uitbreiden of aanpassen van het bestaande welzijnsaanbod aan hun vraag; en (3) waar nodig het aanbieden van de huidige en vernieuwende welzijnsdiensten aan deze ouderen. Gezien deze doelstellingen kan worden verwacht dat het project met name resulteert in een vergroting van de sociale participatie zelfredzaamheid van de deelnemers. Neveneffecten van het project kunnen zijn het langer zelfstandig wonen van deze groep ouderen en zonodig het begeleiden naar de juiste zorg, het ontlasten en ondersteunen van de mantelzorg, en een verminderde zorgvraag.

De betrokken organisaties zijn Stichting Dienstverlening Leiden voor ouderen en mensen met een handicap (SDL) en het onderzoeksbureau Prismant te Utrecht. SDL is eindverantwoordelijke voor het praktijkgedeelte, Prismant voor de evaluatie (effectmeting en proces) van het project. Vrijwilligers voeren het project uit, onder begeleiding van een medewerker van SDL. De deelnemers aan het project zijn cliënten van De Zorgketen Leiden en De Zijloever Leiden. De Zorgketen is in 1999 opgericht, streeft 'naadloze afstemming van zorg' na en is een samenwerkingsverband tussen de Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, de Stichting Verpleeg- en zorgcentra Duyn en Rhyn en SDL. De cliënten van De Zorgketen (71 in 2002) zijn verdeeld in drie groepen op basis van het type van indicatie: extramurale verpleeghuiszorg (=samengestelde hulpvraag; 30 cliënten), extramurale verzorgingshuiszorg (19 cliënten) en thuiszorg (22 cliënten). De Zijloever is opgericht in 1990. Alle cliënten van De Zijloever (97 in 2002) hebben een WBO indicatie verzorgingshuiszorg aan huis.

Het project betreft een vraaggestuurde persoonsinterventie en valt onder het type 'huisbezoeken'. Zelfstandig wonende ouderen en jongere gehandicapte mensen met een meervoudige of samengestelde hulpvraag worden door vrijwilligers thuis bezocht. Het gesprek tussen deze ouderen en vrijwilligers verloopt via het zogenaamde 'signalerend huisbezoek'. Dit is een bestaande vraaggestuurde methodiek, opgebouwd uit een semi-gestructureerde vragenlijst en instructielijsten voor de vrijwilligers. Voor dit project is de semi-gestructureerde vragenlijsten echter aangepast voor het onderdeel 'sociale contacten en tijdsbesteding' waarin onder meer de eenzaamheidsitems van de schaal van De Jong Gierveld is toegevoegd. Deze aanpassing maakt het mogelijk gevoelens van eenzaamheid betrouwbaar te signaleren door vrijwilligers en bespreek te maken met de betreffende ouderen, alsook hun ideeën en wensen voor oplossingen boven tafel te krijgen om de eenzaamheidsgevoelens te vermijden of te verminderen. Voorafgaand aan de huisbezoeken worden de vrijwilligers door de Hogeschool Leiden getraind in het gebruik van deze aangepaste methodiek. Na afloop van de training wordt een leeswijzer uitgereikt waarin de werkwijze tijdens het bezoekwerk staat beschreven.

Ter werving van de deelnemers, zijn de cliënten van De Zorgketen en De Zijloever schriftelijk of via een intermediair benaderd met de vraag of zij een 'signalerend huisbezoek' op prijs stellen. Centraal in de brief is een uitnodiging om de mogelijkheden te bespreken van het bestaande welzijnsaanbod; er wordt niet op gevoelens van eenzaamheid ingegaan. Ruim de helft is op deze uitnodiging ingegaan.

Voor het vergelijkend effectonderzoek worden de afgelegde huisbezoeken niet als onderdeel van de interventie gezien. De interventie bestaat voor ons uit het eventuele gebruik van welzijnsdiensten naar aanleiding van het huisbezoek. Hierdoor bestaat de interventiegroep uit die ouderen die na het huisbezoek gebruik zijn gaan maken van één of meer welzijnsdiensten, de controlegroep uit degenen die dat niet hebben gedaan.

De voormeting heeft plaatsgevonden tijdens het signalerend huisbezoek. Vragen van de door het NIDI samengestelde vragenlijst die men in eerste instantie niet in de (semi-)gestructureerde vragenlijst had meegenomen, zijn toegevoegd. Omdat de gebruikmaking van welzijnsdiensten van continue aard kan zijn, is de beslissing genomen geen twee nametingen maar twee tussenmetingen te houden: respectievelijk zes en twaalf maanden na het eerste huisbezoek. Deze twee nametingen vallen samen met de geplande evaluatiegesprekken met de

deelnemers van het project, de vrijwilligers en professionals waarin wordt nagegaan hoe het proces is verlopen van het aanbieden van vraaggerichte activiteiten. In deze procesevaluatie staan centraal: (1) inventarisatie van het oordeel van de cliënten over het ‘signalerend huisbezoek’, de mate waarin het aanbod aansluit op hun vraag, het aanbod van nieuwe welzijnsdiensten, het daadwerkelijke gebruik van het bestaande en vernieuwde welzijnsaanbod, en het oordeel van de cliënten over het nieuw ontwikkelde aanbod; (2) meting van de gevoelens van eenzaamheid aan de hand van De Jong Gierveld-eeenzaamheidsschaal; en (3) onderzoek naar het oordeel en de ervaringen van vrijwilligers en professionals. De informatie over het daadwerkelijke gebruik van welzijnsdiensten (type en frequentie) die tijdens de twee projectevaluaties beschikbaar komen, zijn van groot belang voor ons onderzoek. Hiermee kan de interventie immers nader worden geëvalueerd.

Diner met film, Amsterdam

Het doel van dit project is om vanuit gezelligheid het sociale netwerk van zelfstandig wonende ouderen van 55 jaar of ouder te vergroten. Hieruit kan worden verwacht dat het project vooral een positieve bijdrage levert aan het aantal contacten dat de deelnemers onderhouden. Omdat het project zich afspeelt in een verpleeghuis, kunnen verder de volgende neveneffecten worden verwacht: een positieve verandering in de beeldvorming over verpleeghuisbewoners bij de deelnemers en contactbevordering van verpleeghuisbewoners met leeftijd- en/of lotgenoten van buiten. Het project richt zich niet op een specifieke groep van ouderen. Wel worden enkele criteria gehanteerd waaraan de ouderen moeten voldoen wil men aan het project kunnen deelnemen (zie hieronder).

De betrokken organisaties zijn het verpleeghuis Slotervaart en Stichting Impuls, een welzijnsorganisatie voor de stadsdelen Bos & Lommer, Geuzenveld/Slotermeer, Osdorp en Slotervaart/Overtoomse Veld. Eindverantwoordelijke voor het project is het verpleeghuis Slotervaart alwaar de interventie wordt gehouden. Stichting Impuls is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de effectmeting. De coördinatie, begeleiding en ondersteuning is in handen van twee professionals, terwijl de interventie wordt uitgevoerd door twaalf vrijwilligers: een vaste ploeg van acht gastvrouwen die rouleren in hun rol en vier chauffeurs die twee bij twee om de maand dienst hebben. Als de gastvrouwen niet worden ingezet bij het ophalen van de ouderen en het verzorgen van het diner, dan helpen ze met de rest van de filmavond mee.

De interventie is een laagdrempelige groepsinterventie, valt onder het type ‘ontmoetingsvormen’ en houdt het volgende in: op de laatste vrijdagavond van elke maand kunnen zelfstandig wonende ouderen in het Amsterdamse stadsdeel Slotervaart/Overtoomse Veld genieten van een goed verzorgd drie-gangen-diner met aansluitend een filmvertoning op groot scherm, waar zij samen met bewoners van desbetreffend verpleeghuis naar kijken. De ouderen worden tussen 16.00 en 17.00 uur door twee vrijwillige buschauffeurs en een gastvrouw met rolstoel-geschikte bussen van het verpleeghuis opgehaald, om ongeveer 21.30 uur teruggebracht, en van deur tot deur begeleid. Indien door de oudere op prijs wordt gesteld, gaat de gastvrouw zelfs even mee in huis om te kijken of alles in orde is. Door deze aanpak kunnen ook minder mobiele ouderen en/of ouderen die zich ’s avonds onveilig voelen, deelnemen. In het verpleeghuis worden de ouderen verwelkomt door vier vrijwillige gastvrouwen die tevens gedurende de avond de zorg op zich nemen. Tijdens de pauze van de film worden drankjes en een hapje geserveerd. De kosten voor deelname bedragen €7,50 per avond, die zij bij aankomst in het verpleeghuis aan één van de gastvrouwen betalen. Maximaal 21 ouderen kunnen per keer meedoen. Bij meer geïnteresseerden, wordt een roulatiesysteem gehanteerd.

Werving van deelnemers verloopt via meerdere kanalen, te weten via een aankondiging in regionale kranten (Westerpost, Amsterdams stadsblad, Echo) en seniorenbladen, het bezoekproject Ouderen Voor Ouderen (OVO), de medewerkers van ouderenwerk en folderverspreiding. In het bezoekproject OVO worden ouderen vanaf 75 jaar thuis bezocht. Mocht tijdens zo’n huisbezoek blijken dat een oudere geschikt is voor deelname aan het project ‘Diner met

film', dan brengt de vrijwilliger het project ter sprake en toont de folder. Indien de oudere belangstelling hiervoor heeft, wordt dit doorgegeven aan de coördinator van het bezoekproject. Daarnaast zijn medewerkers van ouderenwerk in hun contacten met cliënten alert op de mogelijke deelname voor het project 'Diner met film'. Wanneer een cliënt hiervan gebruik wil maken, wordt dit op de Wijkpost voor Ouderen gemeld. In de aankondigingen en de folder wordt kort aangegeven de betrokken instellingen, de omschrijving van 'Diner met film', de beoogde doelgroep, de tijden en deelnemingskosten, bij wie men zich kan aanmelden, en de werkwijze die hierop volgt. De term eenzaamheid wordt hierin niet genoemd.

De aanmeldingen worden doorgegeven aan een medewerker van de Wijkpost. Deze medewerker maakt vervolgens telefonisch een afspraak voor een huisbezoek. Doel van dit bezoek is het project nader toe te lichten en te beoordelen of de oudere hiervoor in aanmerking komt. Concreet dient de oudere aan de volgende criteria te voldoen: (1) 's avonds de deur niet uit gaan vanwege onveiligheidsgevoelens of vanwege fysieke beperkingen; (2) behoefte hebben om uit te gaan, aan sociaal contact en gezamenlijk feestelijk eten; (3) in staat zijn de normale ADL-handelingen (zelfstandig eten en drinken, zelfstandig naar de wc gaan, op tijd klaar staan voor het vervoer) te verrichten; en (4) redelijk kunnen functioneren in het sociale verkeer. Indien de oudere over deze kenmerken beschikt, wordt hij of zij geplaatst op de deelnemerslijst. Deze lijst wordt doorgestuurd naar het verpleeghuis. Wanneer de oudere aan bod is, wordt hij of zij door een medewerker van het verpleeghuis telefonisch uitgenodigd.

'Diner met film' is op 29 september 2000 eerst als pilotproject van start gegaan voor een half jaar. In deze proefperiode reed één busje met plaats voor zeven deelnemers. Wegens groot enthousiasme onder de deelnemende ouderen, de betrokken vrijwilligers en begeleiders, heeft in het voorjaar van 2001 een uitbreiding plaatsgevonden van één bus naar twee bussen. Aan de ouderen die zich in de periode maart 2002-januari 2003 hebben aangemeld, is gevraagd of zij bereid zijn mee te doen met het effectonderzoek. De bereidwillige ouderen, in totaal zestien, hebben tijdens het huisbezoek de eerste vragenlijst (voormeting) samen met de medewerker van de Wijkpost ingevuld. Omdat de interventie een continue karakter draagt, zullen er twee tussenmetingen in plaats van twee nametingen worden gehouden. De bedoeling is deze respectievelijk zes en twaalf maanden na de voormeting te houden. De ondervragingen zullen thuis plaatsvinden, waarvoor aparte afspraken worden gemaakt, en door Impuls worden uitgevoerd.

Naast de interventiegroep is getracht een controlegroep samen te stellen, bestaande uit ouderen tussen 55 en 74 jaar die in het kader van een doorlopend preventief huisbezoek in het stadsdeel Slotervaart/Overtoomse Veld worden bezocht. Wanneer de oudere aan een aantal criteria voldoet, is de vraag gesteld of hij of zij wil deelnemen aan een onderzoek en dus bereid is driemaal een vragenlijst in te vullen. Gestreefd werd naar een controlegroep van twintig personen; slechts zes personen heeft men kunnen bereiken.

Preventie van vereenzaming bij slechthorende ouderen

Het project heeft zich als doel gesteld slechthorende 55-plussers zélf en hun 'significante ander' (een goedgehoorde persoon met wie de slechthorende belangrijk en regelmatig contact onderhoudt, meestal de partner of een ander familielid) bewust te maken van de wijze waarop slechthorendheid de dagelijkse communicatie beperkt en inzicht te geven in hoe die communicatie kan worden verbeterd. Een positieve verandering in de volgende aspecten van de deelnemende slechthorenden kan hiermee worden verwacht: zelfbeeld in het algemeen en met betrekking tot slechthorendheid in het bijzonder, sociale vaardigheden, aantal en kwaliteit sociale relaties, en sociale participatie. Het project wordt uitgevoerd door de Afdeling Audiologie van het VU-Medisch Centrum te Amsterdam.

De interventie is gericht op persoonlijke activering en betreft een individueel 'lespakket voor de thuissituatie', bestaande uit een vijftal videobanden en een handboek. Op de videobanden worden filmpjes getoond over situaties waarin ouderen zich in het dagelijkse leven

regelmatig bevinden. De situaties worden per videoband steeds een beetje lastiger. Elk filmpje start met het tonen van een situatie waarin de communicatie op bepaalde momenten moeilijk verloopt door een onhandige houding van de slechthorende zélf en het niet goed omgaan van goedgehoorde(n) met de slechthorendheid. Vervolgens worden fragmenten uit het filmpje herhaald om aan te geven wát er in de communicatie mis ging en op welke wijze dat zou kunnen worden verbeterd. Handige tips en hoorstrategieën (d.w.z. methoden om de luisituatie en het omgaan met slechthorendheid te verbeteren, w.o. langzaam en duidelijk spreken, goede plaats uitkiezen, en slechthorendheid melden) komen hierbij aan de orde. In het handboek staat per hoofdstuk de introductietekst nog eens uitgeschreven om deze rustig na te kunnen lezen en worden de tips en hoorstrategieën samengevat. Om hetgeen men heeft geleerd toe te kunnen passen en uit te proberen in het dagelijkse leven, zijn aan het eind van het hoofdstuk enkele vragen en opdrachten toegevoegd.

De deelnemers aan dit project worden gevormd door personen van 55 jaar of ouder die een hoortoestel hebben aangepast gekregen bij de Afdeling Audiologie van het VU-Medisch Centrum. Dit is een vrij selectieve groep slechthorenden. Mensen met een gehoorverlies gaan meestal eerst naar de huisarts die hen doorverwijst naar de audicien of een KNO-arts. De personen waarvan de problematiek complexer is, worden voor revalidatie doorverwezen naar een specialistisch, multidisciplinair centrum zoals het Audiologisch Centrum van het VU-Medisch Centrum. Meestal vinden alleen goed geïnformeerde en/of assertieve slechthorenden uit zichzelf de weg naar het Audiologisch Centrum.

Eenmaal bij deze afdeling aangekomen, wordt de vraag gesteld of men bereid is deel te nemen aan een onderzoek. De bereidwillige personen krijgen een nummer toegewezen op volgorde van binnenkomst. Vervolgens wordt door de computer random bepaald welke nummers tot de interventiegroep gaan behoren en welke tot de controlegroep. Nadat de personen van beide groepen zijn gemeten en een gehoorapparaat hebben gekregen, wordt aan de interventiegroep het thuispakket aangeboden. Deze personen kunnen dan alsnog weigeren om mee te doen aan het onderzoek. De taakstelling van het project is 25 personen in de interventiegroep en 25 personen in de controlegroep.

De slechthorende oudere die tot de interventiegroep valt en zich bereid heeft verklaard mee te doen aan het onderzoek, krijgt de eerste videoband samen met het eerste hoofdstuk uit het handboek mee naar huis. Het is de bedoeling dat hij of zij samen met de opgegeven 'significant andere' deze videoband en hoofdstuk bestudeert en de vragen en opdrachten aan het eind van het hoofdstuk individueel of samen met anderen beantwoordt en/of bespreekt. Binnen twee weken dient de videoband te worden teruggestuurd in de bijgevoegde antwoortenveloppe. Na ontvangst van deze videoband wordt de volgende band met het bijbehorende hoofdstuk toegestuurd. Met de laatste videoband wordt tevens het laatste hoofdstuk van het handboek over hulpmiddelen meegestuurd.

De vragenlijsten worden schriftelijk ingevuld. De vragenlijst ten behoeve van de voormeting, aangevuld met een vraag over de mate van gehoorproblemen in een rumoerige omgeving, krijgen de bereidwillige personen na de gehoormeting mee naar huis met het verzoek deze in te vullen en in de bijgesloten antwoortenveloppe terug te sturen. De twee vragenlijsten ten behoeve van de nametingen, worden direct respectievelijk zes maanden na afloop van de interventie opgestuurd, vergezeld van een begeleidende brief met hetzelfde verzoek.

Bijlage 2. Specifieke doelgroepen

Recent verweduwde ouderen

(project 'Bezoekdienst voor en door weduwen en weduwnaars')

Wie zijn leven heeft gedeeld met een partner en daarna alleen komt te staan, loopt kans om te vereenzamen (Clark *et al.*, 1986; Stroebe *et al.*, 1993). Uit onderzoeken blijkt dat een derde deel van de oudere weduwen en weduwnaars in de Nederlandse bevolking zich eenzaam voelt en in een sociaal isolement verkeert (Stevens, 1989). Nader onderzoek laat echter zien dat eenzaamheidsgevoelens zich in het bijzonder manifesteren in de eerste twee jaar en dat het dan vooral emotionele eenzaamheid betreft (Van Baarsen, 2001).

Dat vooral recent verweduwde ouderen een verhoogd risico lopen op eenzaamheid is niet verwonderlijk. Immers, het verliezen van de levenspartner is een zeer ingrijpende levensgebeurtenis. Het overlijden van de partner is al een risicofactor voor eenzaamheidsgevoelens (Stroebe & Stroebe, 1986). De achtergeblevene verliest door de dood van de partner een belangrijke emotionele en praktische steunpilaar en de persoon waarmee gezamenlijk belangrijke beslissingen werden genomen. Vooral weduwen krijgen daarnaast te maken met een status- en inkomensverlies (Fokkema & Van Solinge, 2000). Verder verdwijnen van de ene op de andere dag bepaalde dagelijkse taken die men tijdens het huwelijk vervulde, terwijl men aan de andere kant opeens taken moet oppakken die tijdens het huwelijk op de schouders van de overleden partner rustte.

Ondersteuning door familie, vrienden en kennissen kan behulpzaam zijn bij het omgaan met deze nadelige gevolgen. Deze ondersteuning is vaak wel aanwezig direct na de dood van de partner, maar daarna al gauw niet meer of niet voldoende. Familieleden, vrienden en kennissen laten na enige tijd niet meer van zich horen, ondernemen steeds minder actie wanneer de achtergeblevene zich lijkt af te sluiten van de buitenwereld, tonen steeds minder interesse om naar de gevoelens van verdriet en heimwee te luisteren, of laten aan de achtergeblevene zelfs weten dat de tijd van rouwen nu wel eens afgelopen moet zijn. Juist in de periode dat voor iedereen 'het leven weer doorgaat' is de behoefte aan ondersteuning bij de achtergeblevene groot omdat voor hem of haar het leven niet 'gewoon doorgaat'.

Verzorgingshuisbewoners

(project 'Sociale activiteitenprogramma onder verzorgingshuisbewoners', 'Post Actief verzorgingshuisbewoners' en 'Aanpak eenzaamheid verzorgingshuisbewoners')

Ook verzorgingshuisbewoners is een groep ouderen met een verhoogde kans op eenzaamheid. Hoewel landelijke gegevens over de mate van eenzaamheid binnen verzorgingshuizen ontbreken, laten verschillende regionale onderzoeken zien dat een relatief hoog percentage verzorgingshuisbewoners te kampen heeft met eenzaamheidsgevoelens. In een eerder onderzoek in de verzorgingshuizen in Zuidwest Friesland bijvoorbeeld gaf 40 tot 50 procent van de bewoners aan zich matig of (zeer) eenzaam te voelen (Van Linschoten, 1998). Van deze mensen voelde één op de zeven zich (zeer) eenzaam. Uit een waarderingsonderzoek in een Gelders verzorgingshuis is naar voren gekomen dat bijna de helft (48%) van de bewoners last heeft van eenzaamheid: 8 procent voelt zich vaak eenzaam en 40 procent soms (Jeurissen *et al.*, 2002).

Deze hoge percentages kunnen voor een deel worden toegeschreven aan selectie: eenzaamheid is vaak een indicatie voor opname in een verzorgingshuis. Paradoxaal kan de overstap van zelfstandig wonen naar een verzorgingshuis de eenzaamheidsgevoelens versterken. Nieuwe bewoners verliezen (een deel van) hun oorspronkelijke sociale netwerk, zeker wanneer het verzorgingshuis niet in de eigen woonplaats ligt, moeten de weg leren zoeken in een verzorgingshuis, de warme maaltijd gebruiken met anderen, mensen leren kennen, enzovoort. Verder bevat het wonen en leven in een verzorgingshuis een aantal risico's dat tot een toename van eenzaamheid kan leiden. Hierbij valt te denken aan (1) vervanging van informele

sociale relaties door minder intieme, formele relaties met verzorgenden, (2) de nadelige gevolgen van institutionalisering, leidend tot een toename van gevoelens van afhankelijkheid, een afname van initiatief en een grote dankbaarheid jegens de verzorging, en (3) de beeldvorming rond ouder worden en eenzaamheid binnen verzorgingshuizen.

Slechthorende ouderen

(project 'Preventie van vereenzaming bij slechthorenden')

Slechthorendheid is één van de meest voorkomende chronische aandoeningen in Nederland. Maar liefst tien procent van de Nederlandse bevolking is slechthorend en de meerderheid hiervan is 55 jaar of ouder (Mülder, 2003). Bij het ouder worden gaat het gehoor namelijk langzaam achteruit. Niet minder dan 90 procent van de mensen van 85 jaar of ouder heeft een aandoening aan het gehoor. Uit onderzoek blijkt verder dat de nadelige gevolgen van slechthorendheid op het psychosociale welbevinden groter blijken te zijn dan die van de meeste andere chronische ziekten (w.o. diabetes, reuma en een longemfyseem): slechthorende ouderen blijken sneller neerslachtig te worden, verliezen sneller de overtuiging controle te hebben over hun leven, beschikken over een lagere zelfwaardering en een verkleind sociaal netwerk, en zijn aanzienlijk eenzamer dan hun goedgehorende leeftijdgenoten (De Graaf & Bijl, 1999; Herth, 1998; Kramer *et al.*, 2002; Strawbridge *et al.*, 2000).

Deze onderzoeksbevindingen hoeft niemand te verbazen. Slechthorendheid kan immers de communicatie met andere ernstig bemoeilijken. Men verstaat en begrijpt elkaar niet goed en gesprekken tussen anderen zijn vooral in een rumoerige omgeving niet tot nauwelijks te volgen, waardoor een slechthorende vrij snel geneigd zal zijn zich terug te trekken. Slechthorenden gaan veelal niet direct op zoek naar een oplossing voor hun gehoorprobleem en proberen het euvel te maskeren of zelfs te ontkennen. Dit komt omdat zij zich ervoor schamen en een verminderd gehoor zien als een teken van lichamelijk verval en veroudering en door achterhaalde vooroordelen over hoortoestellen. Gemiddeld stellen slechthorenden de aanschaf van hoortoestellen tien jaar uit (Mülder, 2003).

Ouderen met een psychosociale en/of psychiatrische problematiek

(project 'Vrijwillige vriendendienst')

Ook ouderen met psychische problemen lopen een extra verhoogd risico te vereenzamen. Hierbij moet men denken aan depressieve ouderen en ouderen met angststoornissen. De geestelijke gezondheidszorg streeft sinds enkele jaren naar extramuralisering en vermaatschappelijking van zorg, terwijl vanuit vrijwilligersorganisaties vaak nog geen specifiek aanbod voor deze doelgroep is ontwikkeld. Steun vanuit het sociaal netwerk wordt hierdoor steeds belangrijker voor de psychisch kwetsbare ouderen. Door een afbrokkelend netwerk op latere leeftijd, bijvoorbeeld door verlies van partner, familieleden en vrienden of kinderen die naar elders zijn verhuisd, is steun vanuit de omgeving echter niet vanzelfsprekend. Daarenboven kan het leggen en onderhouden van (nieuwe) contacten voor mensen met een psychische problematiek moeilijk zijn. Persoonlijke kenmerken zoals een gebrek aan sociale vaardigheden en bindingsangst enerzijds, en vooroordelen over psychiatrie anderzijds, kunnen dan ook snel leiden tot sociaal isolement (Glissenaar & Reijn, 1999).

Allochtone ouderen

(project 'Huisbezoek allochtone ouderen')

Allochtone ouderen zijn door een opeenstapeling van moeilijkheden extra kwetsbaar (Dagevos, 2002; Kaptein, 2002; Lamme, 1999; Sociaal Cultureel Planbureau, 1998; Tesser *et al.*, 1998; Verdurmen *et al.*, 1997; Yerden, 2000, 2001). Zo beschikken vele allochtone ouderen over een laag inkomen, als gevolg van langdurige arbeidsongeschiktheid en werkloosheid en het ontvangen van een gekorte AOW-uitkering en een klein pensioen door pas op latere leeftijd naar Nederland te zijn gekomen. Ook is bekend dat allochtone ouderen relatief veel li-

chamelijke en geestelijke gezondheidsklachten hebben en zichzelf al vroeg 'oud en ziek' voelen. Verder spreken vele allochtone ouderen geen of nauwelijks Nederlands en is een aanzienlijk deel van hen analfabeet. Hierdoor zijn zij sterk afhankelijk van de hulp van anderen bij bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts en het invullen van formulieren. Traditioneel verwachten de allochtone ouderen dat zij deze hulp alsook zorgverlening van hun kinderen krijgen. In de praktijk blijken de kinderen, vooral die van de tweede generatie, steeds minder aan deze verwachtingen te kunnen of willen voldoen. Zij hebben hun eigen leven (een gezin en betaalde baan) en problemen, waardoor zij weinig tijd hebben om voor hun (schoon)ouders te zorgen. Allochtone ouderen hebben bovendien een achterstand in kennis en gebruikmaking van (ouderen)zorgvoorzieningen (met uitzondering van de huisarts en het ziekenhuis), behoeften en wensen die niet aansluiten aan het huidige zorgaanbod, en een negatief beeld van vooral de thuiszorg en verzorgingshuizen. Ten slotte wonen de meeste allochtone ouderen in sociaal onveilige buurten.

Of zij hierdoor ook een extra risico op vereenzaming lopen, is niet duidelijk. Onderzoek naar het ervaren van eenzaamheid door allochtone ouderen is nog nauwelijks verricht. Wel is bekend dat allochtone ouderen doorgaans zeer weinig contact hebben met hun autochtone buurtgenoten, voornamelijk vanwege een slechte beheersing van de Nederlandse taal en culturele en religieuze verschillen (Lamme, 1999). Verder bemoeilijkt een laag inkomen deelname aan activiteiten, het ontvangen van visite en het onderhouden van contacten met familie en vrienden in het land van herkomst (Lamme *et al.*, 1998). Daartegenover staat echter dat de overgrote meerderheid van de allochtone ouderen (nog) met hun partner en/of hun kinderen woont en dat vooral de mannen onder hen over een uitgebreid (buurt-)netwerk van familie, streek- en landgenoten beschikken (Dagevos, 2002). Nader onderzoek dient uit te wijzen of deze laatstgenoemde, beschermende factoren allochtone ouderen behoeden voor eenzaamheid en welke, voor de autochtone ouderen belangrijkste oorzaken van eenzaamheid ook voor hen gelden.

Joodse ouderen

(project 'Vriendschapscursus oudere joodse vrouwen')

Een recent onderzoek onder de joden in Nederland laat zien dat de mate van eenzaamheid van oudere joden beduidend hoger ligt dan die van de Nederlandse ouderenbevolking als geheel (Van Solinge & Van Imhoff, 2001). Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor is het kleiner familienetwerk waarover oudere joden beschikken. De Tweede Wereldoorlog heeft immers grote gaten geslagen in het familiale netwerk van vooral de oudste generatie joden. Echter, in het zojuist genoemde onderzoek wordt deze relatie tussen het verlies van familieleden tijdens de oorlog en eenzaamheidsgevoelens niet gevonden. Geen significante verschillen in eenzaamheid deden zich voor tussen enerzijds personen die tijdens de oorlog één of meer familieleden hebben verloren en anderzijds personen wier familienetwerk intact bleef of nooit door de oorlog kon worden aangetast (de naoorlogse generatie en buitenlanders). Wel werd een positief verband gevonden tussen eenzaamheid en problemen die men in het huidige leven ervaart die —naar eigen zeggen— te maken hebben met de eigen oorlogservaringen en/of die van de ouders. Dit is geenszins verwonderlijk. Zo heeft een niet te verwaarlozen deel van de oudere joden als enige van een grote familie de verschrikkingen van de Tweede Wereldoorlog overleefd. Verder heeft een deel van hen de oorlogsjaren als (klein) kind gescheiden van hun ouders doorgebracht in wisselende onderduiksituaties, hetgeen traumatisch kan zijn geweest en in vele gevallen negatieve gevolgen heeft gehad voor het vermogen om affectieve relaties te kunnen onderhouden (Evers-Emden, 1994). Een laatste risicofactor voor een deel van de oudere joden betreft een sterke gerichtheid voor het aangaan van relaties en contacten op de relatief kleine joodse gemeenschap. Redenen daarvoor kunnen zijn gevoelens van herkenning en familiariteit bij mede-joden, gereserveerdheid tegenover niet-joden, en angst voor confrontatie met antisemitisme (De Vries, 2001).

Homoseksuele ouderen

(project 'Buddyzorg homoseksuele ouderen')

Homoseksuele ouderen vormen weliswaar nog steeds een relatief onzichtbare groep, maar uit het onderzoek 'Oud roze: de positie van lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland' van Schuyf (1996) is inmiddels bekend dat het om een tamelijk omvangrijke groep gaat. In 1995 hadden in Nederland rond de 61.000 mannen en 79.000 vrouwen boven de 55 jaar homoseksuele gevoelens. Dit onderzoek laat verder zien dat veel homoseksuele ouderen te maken hebben met gevoelens van eenzaamheid: niet minder dan een vijfde van de ondervraagde oudere homoseksuele mannen en twee vijfde van de ondervraagde oudere lesbische vrouwen meldde regelmatig last van gevoelens van eenzaamheid te hebben.

Verschillende oorzaken worden genoemd voor de sociaal kwetsbare situatie van homoseksuele ouderen. Zo wonen homoseksuele ouderen vaker alleen en beschikken zij over een slechtere psychische gezondheid en, vooral de lesbiennes, een lager inkomen dan hun heteroseksuele leeftijd- en seksegenoten (Sandfort *et al.*, 2000; Schuyf, 1996). De vermoedelijk belangrijkste oorzaak is echter het geringe aantal personen waarmee homoseksuele ouderen warme contacten (zouden kunnen) onderhouden. Homoseksuele ouderen hebben in het algemeen een uiterst beperkt en kwetsbaar sociaal netwerk, waarin ze bovendien niet volledig zichzelf durven te zijn, en de mogelijkheden tot verbetering hierin zijn doorgaans gering. Verschillende factoren die specifiek met hun homoseksualiteit te maken hebben, zijn hieraan debet (Schuyf, 1996, 1997).

Ten eerste heeft de meerderheid van de homoseksuele ouderen geen vaste partner en (contact met de) kinderen (meer). Dit heeft alles te maken met hun huwelijksgeschiedenis. Een deel van de huidige generatie homoseksuele ouderen heeft vroeger de sociale druk kunnen weerstaan om te trouwen en kinderen te krijgen. Degenen die daarentegen wel in het huwelijk zijn getreden, zijn bijna allemaal op latere leeftijd gescheiden, met vooral voor de vrouwen een radicale breuk met hun oude omgeving tot gevolg. Vooral homoseksuele mannen willen wel graag een vaste partner, maar de kans hierop is gering. Oudere homoseksuele mannen voelen zich nogal eens aangetrokken tot gevoelsgenoten van veel jongere leeftijd, terwijl de jonge homoseksuele mannen minder vaak de voorkeur hebben voor een partner op leeftijd omdat zij liever niet geconfronteerd willen worden met 'het ouder worden'.

Ten tweede hebben de meeste homoseksuele ouderen geen (hechte) band met hun familieleden. Een deel van de huidige generatie homoseksuele ouderen heeft ervoor gekozen hun familieleden nimmer te informeren over hun homoseksuele geaardheid. Hierdoor worden vermoedens bij de familieleden dat 'er iets aan de hand is' wel gevoeld maar niet uitgesproken en is een gesprek over zeer persoonlijke zaken niet mogelijk. De homoseksuele ouderen die wel ooit de stoute schoenen hebben aangetrokken, hebben daarvoor ook vaak een hoge prijs moeten betalen. Na het bekendmaken van hun homoseksuele geaardheid is, veelal uit onbekendheid of onbegrip, het onderwerp nooit meer ter sprake gekomen of hebben de familieleden hem of haar duidelijk te verstaan gegeven er verder over te zwijgen en het niet uit te dragen. Een niet te verwaarlozen deel van de homoseksuele ouderen is hierdoor met de familie gebrouilleerd geraakt.

Ten derde hebben vele homoseksuele ouderen een geringe vriendenkring opgebouwd, zowel onder homoseksuelen als onder heteroseksuelen. Omdat de huidige generatie homoseksuele ouderen nimmer zo te koop heeft gelopen met hun geaardheid, hebben zij hun leven lang een dubbelleven geleid: een hetero-maatschappelijk leven en een homo-privé-leven. Dit nodigde niet uit tot persoonlijk contact met heteroseksuelen. Bovendien durfden zij zelf niet snel vriendschap te sluiten met een heteroseksuele omdat zij bang waren om méér gevoelens dan mogelijk was voor de betreffende persoon te krijgen. Daarnaast is de opgebouwde homoseksuele vriendenkring de laatste jaren flink uitgedund, vanwege de opkomst van de ziekte aids. De mogelijkheden om op latere leeftijd nieuwe vrienden te vinden, zijn gering. Veel ou-

dere homoseksuelen zijn onbekend met netwerken van gevoelsgenoten. Verder voelen zij doorgaans niet thuis in het homo-uitgaansleven of bij de sociale activiteiten die door het COC (aanvankelijk C.O.C., Cultuur- en OntspanningsCentrum) of andere onderdelen van de bestaande homosubcultuur worden georganiseerd. Dit geldt niet alleen voor de homoseksuele ouderen die nog immer niet 'uit de kast' durven te komen. Ook degenen die hun coming-out hebben doorgemaakt, zijn vaak niet gewend om zeer open over zichzelf te praten en spreken veelal hun afkeer uit over het opzichtig tonen van seksualiteit en vooral van affectie. Ze zullen dan ook niet snel te vinden zijn bij bijeenkomsten van een openlijk homoseksueel feest zoals de Roze Zaterdag en Gay Pride. Hoewel erkend wordt dat de huidige homo circuits moeilijk toegankelijk zijn voor nieuwkomers en laatbloeiërs, is het organiseren van speciale activiteiten voor homoseksuele ouderen niet eenvoudig te realiseren omdat de groep niet zo groot is en deze ouderen vaak bang zijn hun anonimiteit op te geven.

Ten slotte hebben homoseksuele ouderen weinig (behoefte aan) contact met heteroseksuele leeftijdgenoten zoals buurt- en medebewoners. De sfeer onder heteroseksuele ouderen is over het algemeen redelijk conservatief, hetgeen homoseksuele ouderen angstig maakt voor gebrek aan respect en begrip, afkeuring en afwijzing wanneer de homoseksualiteit zou worden 'ontdekt'. Verder voelen homoseksuele ouderen zich niet thuis temidden van heteroseksuele ouderen voor wie de kinderen en kleinkinderen veelal het enige gespreksonderwerp blijken te zijn (Galesloot, 2003a). Het grootste schrikbeeld van zelfstandig wonende homoseksuele ouderen is dan ook om ooit in een verpleeg- en verzorgingshuis terecht te komen (Friso, 2002). Bovendien zal door het gebrek aan privacy aldaar het steeds minder eenvoudig zijn hun levensverhaal volledig verborgen te houden, met angst voor roddels en discriminatie tot gevolg. Deze angst is niet geheel onterecht. Uit onderzoeken onder personeel in verzorgingshuizen zouden heteroseksuele medebewoners naar verwachting negatief op homoseksualiteit reageren, heeft vooral het personeel van allochtone afkomst bezwaren tegen homoseksualiteit, en wordt het stimuleren van openheid hierover niet wenselijk gevonden (Batelaan & Boas, 1994; Galesloot, 2003b). Het is om deze reden dat onder meer de ouderenbond ANBO zich sterk maakt voor 'roze' afdelingen in verzorgings- en verpleeghuizen. In Amsterdam heeft dit al geresulteerd in zeven 'roze' aanleunwoningen bij het verzorgingshuis De Rietvink (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2001).

Bijlage 3. Voormeting-vragenlijst

“Dé oudere bestaat niet”. Dit is een uitspraak die je vaak hoort en volkomen terecht is. Gebeurtenissen die mensen meemaken, lopen sterk uiteen. Zo ook de beslissingen die mensen op cruciale momenten in hun leven nemen. De een trouwt, krijgt kinderen en verkeert met partner ook op oude leeftijd in goede gezondheid. Bij een ander strandt het huwelijk vroegtijdig, gaat de kinderwens niet in vervulling of wordt het werkzame leven abrupt beëindigd vanwege gezondheidsproblemen. Hierdoor bestaan grote verschillen tussen ouderen in hun behoeften, wensen, beperkingen en mogelijkheden.

Wij willen hier graag beter rekening mee houden. Bijvoorbeeld door het aanbod aan voorzieningen meer te variëren en beter af te stemmen op specifieke omstandigheden. Er zijn echter doorlopend gegevens nodig over én door ouderen zelf om dat te kunnen realiseren. Daarom zouden wij het zeer op prijs stellen indien u deze vragenlijst invult. Graag zouden wij over een tijdje nog eens bij u langs komen met soortgelijke vragen. Uiteraard zullen de gegevens strikt vertrouwelijk worden behandeld. Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Eerst vragen wij u enkele persoonsgegevens in te vullen. Wij benadrukken nogmaals dat uw gegevens strikt vertrouwelijk zullen worden behandeld. Namen en adressen alsook informatie waarmee individuele personen kunnen worden geïdentificeerd, worden direct na het onderzoek vernietigd.

Persoonsgegevens

Naam + voorletters :

Adres :

Postcode + woonplaats :

Telefoonnummer :

Geboortedatum : dag maand jaar

Geslacht (*Kruis s.v.p. het antwoord aan dat op u van toepassing is*)

- man
- vrouw

Woonsituatie

- zelfstandig wonend, in ‘gewone’ woning
- zelfstandig wonend, in ouderenwoning (bijv. aanleunwoning, serviceflat)
- inwonend (bijv. bij familie)
- bejaarden-, verzorgingshuis, zorgcentrum
- verpleeghuis
- overig

Met de eerstvolgende vragen willen wij een indruk krijgen van uw huidige leefsituatie en uw achtergrond. *Kruis s.v.p. steeds het antwoord aan dat op u van toepassing is.*

1. Wat is uw officiële burgerlijke staat?

- nooit gehuwd (**door naar vraag 3**)
- gehuwd sinds: maand jaar
- gescheiden (evt. van tafel en bed) sinds: maand jaar
- weduwstaat sinds: maand jaar

2. Bent u ooit (eerder) gescheiden geweest en zo ja, wanneer is dat huwelijk beëindigd?
- nee, nooit (eerder) gescheiden
 - ja, einde van dat huwelijk: maand jaar

3. Woont u alleen?
- ja (*door naar vraag 5*)
 - nee

4. Met welke en hoeveel personen woont u samen?
- | | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|---------------|
| partner | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | |
| kind(eren) | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | aantal: |
| andere personen | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | aantal: |

5. In welk land bent u geboren?
- Nederland
 - Indonesië, Molukken
 - Turkije
 - Marokko
 - Suriname
 - Nederlandse Antillen, Aruba
 - Zuid Europa
 - Oost Europa
 - West Europa (niet Nederland)
 - Ander buitenland

6. Welke nationaliteit hebt u?
- Nederlandse
 - Meer nationaliteiten, waaronder de Nederlandse
 - Een andere dan de Nederlandse

7. Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma hebt afgerond?
- geen opleiding afgerond
 - lager algemeen onderwijs, basisonderwijs
 - lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, ambachtsschool, huishoudschool)
 - middelbaar algemeen onderwijs (bijv. MAVO, ULO, MULO)
 - middelbaar beroepsonderwijs (bijv. UTS, MTS, MEAO)
 - hoger algemeen onderwijs (bijv. HBS, MMS, HAVO, VWO, gymnasium, atheneum)
 - hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO, HHNO)
 - wetenschappelijk onderwijs

De volgende vragen hebben te maken met de wijze waarop u uw vrije tijd doorbrengt en de contacten die u onderhoudt.

8. Kunt u van de volgende activiteiten zeggen hoe vaak u ze doet?

bezoeken van kerkdiensten, synagoge of moskee

- 1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

sporten in verenigingsverband

- 1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

84, *Vergelijkend Effectonderzoek, Bijlage 3. Voormeting-vragenlijst*

deelname aan andere verenigingen (bijv. zang-, muziek-, toneel-, of hobbyvereniging)

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

uitgaan naar restaurant, bioscoop, of theater

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

wandelen of fietstocht maken

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

andere vrijetijdsactiviteiten buitenshuis, zoals bezoeken van een attractie of goederenbeurs

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

vrijwilligerswerk

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

deelname aan andere organisaties (bijv. vakbond, ouderenbond, politieke partij)

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

9. Hebt u kinderen? Zo ja, hoeveel kinderen hebt u en met hoeveel van uw kinderen hebt u regelmatig (d.w.z. meer dan 1 x per maand) contact?

nee, geen kinderen

ja,

..... (***totaal** aantal kinderen*)

..... (*aantal kinderen waarmee **regelmatig** contact*)

10. Met hoeveel (schoon)familieleden, buiten uw eventuele partner en kinderen om, hebt u regelmatig (d.w.z. meer dan 1 x per maand) contact?

..... (*aantal overige familieleden waarmee **regelmatig** contact*)

11. Hebt u vrienden? Zo ja, hoeveel vrienden hebt u in totaal en met hoeveel van uw vrienden hebt u regelmatig (d.w.z. meer dan 1 x per maand) contact?

nee, geen vrienden

ja,

..... (***totaal** aantal vrienden*)

..... (*aantal vrienden waarmee **regelmatig** contact*)

12. Met hoeveel van uw burens, buiten uw familie en vrienden om, hebt u regelmatig (d.w.z. meer dan 1 x per maand) contact?

..... (*aantal burens waarmee **regelmatig** contact*)

Nu volgen verschillende uitspraken. Wij zouden graag willen weten met welke uitspraken u het eens of oneens bent. U kunt steeds antwoorden met 'ja!', 'ja', 'min of meer', 'nee' of 'nee!'

13. De eerstvolgende uitspraken zijn opgetekend uit de mond van een groot aantal mensen met wie eerder uitgebreid over hun situatie is gesproken. Wilt u van elk van de uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is.

Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan

ja! ja min of meer nee nee!

Ik mis een echt goede vriend of vriendin

ja! ja min of meer nee nee!

Ik ervaar een leegte om me heen

ja! ja min of meer nee nee!

Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen

ja! ja min of meer nee nee!

Ik mis gezelligheid om me heen

ja! ja min of meer nee nee!

Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt

ja! ja min of meer nee nee!

Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen

ja! ja min of meer nee nee!

Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel

ja! ja min of meer nee nee!

Ik mis mensen om me heen

ja! ja min of meer nee nee!

Vaak voel ik me in de steek gelaten

ja! ja min of meer nee nee!

Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht

ja! ja min of meer nee nee!

Ik voel me soms wel eens eenzaam

ja! ja min of meer nee nee!

14. Als we de mensen zouden indelen in niet eenzaam, matig eenzaam, sterk eenzaam en zeer sterk eenzaam, waar zou u zich dan nu toe rekenen?

niet eenzaam matig eenzaam sterk eenzaam zeer sterk eenzaam

15. Nu volgen zes uitspraken over sociale vaardigheden. U kunt steeds antwoorden met 'ja!', 'ja', 'min of meer', 'nee' of 'nee!'.

Voelt u zich doorgaans op uw gemak als u met vreemden bent die u niet zo goed kent?

ja! ja min of meer nee nee!

Vindt u het gemakkelijk om gesprekken met vreemden aan te knopen?

ja! ja min of meer nee nee!

Vindt u het vervelend als u in een gesprek ineens niet meer uit uw woorden kunt komen?

ja! ja min of meer nee nee!

Vindt u het moeilijk ergens naartoe te gaan waar u niemand kent?

ja! ja min of meer nee nee!

Vindt u het vreselijk om iets fout te doen waar anderen bij zijn?

ja! ja min of meer nee nee!

Zou u zichzelf verlegen noemen?

ja! ja min of meer nee nee!

16. Kunt u ook voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?

Ik ben tamelijk zeker van mezelf

ja! ja min of meer nee nee!

Bij mij gaat alles fout

ja! ja min of meer nee nee!

Ik sta positief ten opzichte van mezelf

ja! ja min of meer nee nee!

Ik zou een heleboel aan mezelf willen veranderen

ja! ja min of meer nee nee!

Soms voel ik me nutteloos

ja! ja min of meer nee nee!

In het algemeen heb ik weinig vertrouwen in mijn capaciteiten

ja! ja min of meer nee nee!

Ik heb een lage dunk van mezelf

ja! ja min of meer nee nee!

Over het geheel genomen ben ik tevreden met mezelf

ja! ja min of meer nee nee!

17. De volgende vijf uitspraken gaan over de rol die een partner kan spelen. Bent u het met deze uitspraken eens of oneens?

Met een partner krijgt je leven zin

ja! ja min of meer nee nee!

Zonder partner groei je uit tot een sterke persoonlijkheid

ja! ja min of meer nee nee!

Met een partner verlies je je eigen identiteit

ja! ja min of meer nee nee!

Zonder partner ben je als mens onaf

ja! ja min of meer nee nee!

Zonder partner leid je een leeg bestaan

ja! ja min of meer nee nee!

18. Tot slot enkele uitspraken die betrekking hebben op wat u belangrijk vindt in uw contacten.

Ik wil met anderen praten over wat ik voel, wat ik innerlijk meemaak

ja! ja min of meer nee nee!

Ik vind het vervelend om raad te moeten vragen

ja! ja min of meer nee nee!

Ik vind het beter om me emotioneel in te houden

ja! ja min of meer nee nee!

Als ik in moeilijkheden zit, heb ik behoefte aan hulp en steun van anderen

ja! ja min of meer nee nee!

Emotionele problemen houd ik liever voor me

ja! ja min of meer nee nee!

Verdriet probeer ik zelf te verwerken

ja! ja min of meer nee nee!

Ik wil m'n gevoelsleven delen

ja! ja min of meer nee nee!

Als ik met iets zit, stap ik graag naar iemand toe

ja! ja min of meer nee nee!

Gevoelens zijn m'n eigen zaak

ja! ja min of meer nee nee!

Juist wanneer ik het moeilijk heb, wil ik graag tegen iemand aanleunen

ja! ja min of meer nee nee!

Tot slot willen wij graag een indruk krijgen van uw gezondheidssituatie en inkomen. Informatie hierover is van groot belang. Een minder goede gezondheid en een ontoereikend inkomen kunnen immers belangrijke obstakels zijn om aan allerlei activiteiten deel te nemen.

19. Hoe is over het algemeen uw gezondheid?

- slecht
- niet zo best
- gaat wel
- goed
- zeer goed

20. Er volgen nu een aantal handelingen waarmee sommige mensen moeite hebben. Wilt u van elk van de handelingen aangeven of u die helemaal niet meer, alleen met hulp van anderen, met moeite of zonder moeite kunt doen?

trap op- en aflopen

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

buitenshuis 5 minuten aan één stuk lopen zonder stil te staan

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

gaan zitten en opstaan uit een stoel

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

aan- en uitkleden

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

eigen of openbaar vervoer gebruiken

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

de nagels van uw tenen knippen

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

21. Kunt u bij het **lezen** goed, matig of slecht zien (eventueel met gebruik van een bril)?

- goed
 matig
 slecht

22. En op straat, dus het zien in de **verte**? Kunt u dan goed, matig of slecht zien (eventueel met gebruik van een bril)?

- goed
 matig
 slecht

23. En wat betreft het **horen**, kunt u in een persoonlijk gesprek de ander goed horen (eventueel met gebruik van een gehoorapparaat)?

- in het geheel niet
 slecht
 matig
 goed

24. Wilt u aangeven in welke categorie uw **netto maandinkomen** valt (*indien samenwonend met een partner, het netto maandinkomen van u én uw partner tezamen*)?

- minder dan 1500 gulden (€680)
- 1500-1700 gulden (€680-770)
- 1700-1900 gulden (€770-860)
- 1900-2100 gulden (€860-955)
- 2100-2300 gulden (€955-1045)
- 2300-2700 gulden (€1045-1225)
- 2700-3100 gulden (€1225-1405)
- 3100-3500 gulden (€1405-1590)
- 3500-3900 gulden (€1590-1770)
- 3900-4300 gulden (€1770-1950)
- 4300-5000 gulden (€1950-2270)
- 5000-5750 gulden (€2270-2610)
- 5750-7500 gulden (€2610-3405)
- 7500 gulden (€3405) of meer

Deelname vervolgonderzoek

Dit was de laatste vraag. Heel hartelijk dank voor uw medewerking.

Wij zijn van plan om het onderzoek over een aantal maanden te herhalen. Op die manier kunnen we beter inspelen op veranderingen in uw leven en dat van andere ouderen. Indien u bereid bent deel te nemen aan dit vervolgonderzoek, dan worden uw persoonsgegevens met inachtneming van de nodige privacy-waarborgen bewaard. Direct na afloop van het vervolgonderzoek worden deze gegevens echter vernietigd.

Bent u bereid om aan dit vervolgonderzoek mee te doen?

- ja
- nee

Indien u nog opmerkingen hebt, bijvoorbeeld over uw persoonlijke situatie of over vragen die u hebt gemist, dan kunt u dat hieronder opschrijven.

.....

Indien gewenst kunt u contact opnemen met <Naam, instelling + telefoonnummer> of met Mw. C.M. (Tineke) Fokkema, als onderzoeker verbonden aan het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) te Den Haag, tel. 070-3565232.

Bijlage 4. Nameting-vragenlijst

Datum

Enige tijd geleden hebt u een vragenlijst ingevuld voor een onderzoek naar verschillen in leef-situatie tussen ouderen. Aan het eind van deze vragenlijst hebt u zich bereid verklaard om aan het vervolgonderzoek mee te doen, waarvoor onze hartelijke dank.

Hieronder treft u de tweede vragenlijst aan. Zoals de eerste vragenlijst is deze bestemd voor allerlei groepen mensen. Verder zult u merken dat vele vragen ook de eerste keer aan u zijn gesteld. Vandaar dat er vragen tussen kunnen staan waarvan u denkt: is dit wel op mij van toepassing; of: dit is toch al bekend? Toch zouden wij het zeer op prijs stellen indien u alle vragen beantwoordt. Op die manier kunnen we beter inspelen op veranderingen in uw leven en dat van andere ouderen. Uiteraard zullen uw gegevens strikt vertrouwelijk worden behandeld. Namen en adressen alsook informatie waarmee individuele personen kunnen worden geïdentificeerd, worden direct na het onderzoek vernietigd. Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Hieronder staan enkele persoonsgegevens van u vermeld. Wij vragen u deze gegevens te controleren, eventuele onjuistheden te corrigeren en ontbrekende informatie aan te vullen.

Persoonsgegevens

Naam : dhr mw.....
Adres :
Postcode + woonplaats :
Telefoonnummer :
Geboortedatum : dag maand jaar

Met de eerstvolgende vragen willen wij een indruk krijgen van uw huidige leefsituatie en uw achtergrond. *Kruis a.u.b. steeds het antwoord aan dat op u van toepassing is.*

1. Hoe ziet uw woonsituatie eruit?
 - zelfstandig wonend, in 'gewone' woning
 - zelfstandig wonend, in ouderenwoning (bijv. aanleunwoning, serviceflat)
 - inwonend (bijv. bij familie)
 - bejaarden-, verzorgingshuis, zorgcentrum
 - verpleeghuis
 - overig

2. Sinds wanneer woont u op het huidige adres?
maand jaar

3. Bent u nu getrouwd?
 - ja sinds: maand jaar
 - nee (**door naar vraag 8**)

4. Woont uw echtgenoot/echtgenote door omstandigheden ergens anders?
 - nee
 - ja

5. Bent u ooit eerder getrouwd geweest?
- nee (*door naar vraag 12*)
- ja
6. Om welke reden is dat huwelijk beëindigd?
- overlijden van echtgeno(o)t(e)
- echtscheiding
7. En wanneer is dat huwelijk beëindigd?
- maand jaar (*door naar vraag 12*)
8. Bent u ooit getrouwd geweest?
- ja
- nee (*door naar vraag 11*)
9. Om welke reden is dat huwelijk beëindigd?
- overlijden van echtgenoot/echtgenote
- echtscheiding
10. En wanneer is dat huwelijk beëindigd?
- maand jaar
11. Woont u nu samen met een partner?
- ja sinds: maand jaar
- nee
12. Welke situatie is op u van toepassing? (meer dan één antwoord is mogelijk)
- ik ben met de VUT/gepensioneerd sinds: maand jaar
- ik ben arbeidsongeschikt sinds: maand jaar
- ik ben werkzoekend zonder werk sinds: maand jaar
- ik heb een betaalde baan/eigen bedrijf
- ik ben huisvrouw/huisman
- anders, namelijk

De volgende vragen hebben te maken met de wijze waarop u uw vrije tijd doorbrengt en de contacten die u onderhoudt.

13. Kunt u van de volgende activiteiten zeggen hoe vaak u ze doet?

bezoeken van kerkdiensten, synagoge of moskee

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

sporten in verenigingsverband

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

deelname aan andere verenigingen (bijv. zang-, muziek-, toneel-, of hobbyvereniging)

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

uitgaan naar restaurant, bioscoop, of theater

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

wandelen of fietstocht maken

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

andere vrijetijdsactiviteiten buitenshuis, zoals bezoeken van een attractie of goederenbeurs

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

vrijwilligerswerk

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

deelname aan andere organisaties (bijv. vakbond, ouderenbond, politieke partij)

1x per week of vaker 1x per maand of vaker enkele keren per jaar minder vaak/nooit

14. Hebt u kinderen gekregen?

nee (*door naar vraag 19*)

ja

15. Hoeveel kinderen hebt u gekregen?

aantal:.....

16. Hoeveel van uw kinderen zijn nog in leven?

aantal:..... (*indien geen kinderen meer in leven, door naar vraag 19*)

17. Woont u in huis met een of meer van uw kinderen en zo ja, met hoeveel?

nee

ja aantal:.....

18. En met hoeveel van uw kinderen hebt u regelmatig (d.w.z. meer dan 1 x per maand) contact? (Indien u met geen van uw kinderen regelmatig contact hebt, vul dan a.u.b. '0' in).

aantal:.....

19. Met hoeveel (schoon)familieleden, buiten uw eventuele partner en kinderen om, hebt u regelmatig (d.w.z. meer dan 1 x per maand) contact? (Indien u met geen van uw (schoon)familieleden regelmatig contact hebt, vul dan a.u.b. '0' in).

aantal:.....

20. Hebt u vrienden?

nee (*door naar vraag 23*)

ja

21. Hoeveel vrienden hebt u?

aantal:.....

22. En met hoeveel van uw vrienden hebt u regelmatig (d.w.z. meer dan 1 x per maand) contact? (Indien u met geen van uw vrienden regelmatig contact hebt, vul dan a.u.b. '0' in).
aantal:.....

23. Met hoeveel van uw burenen, buiten uw familie en vrienden om, hebt u regelmatig (d.w.z. meer dan 1 x per maand) contact? (Indien u met geen van uw burenen regelmatig contact hebt, vul dan a.u.b. '0' in).
aantal:.....

Nu volgen verschillende uitspraken. Wij zouden graag willen weten met welke uitspraken u het eens of oneens bent. U kunt steeds antwoorden met 'ja!' (=ja, zeker), 'ja', 'min of meer', 'nee' of 'nee!' (=nee, zeker niet)

24. De eerstvolgende uitspraken zijn opgetekend uit de mond van een groot aantal mensen met wie eerder uitgebreid over hun situatie is gesproken. Wilt u van elk van de uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is.

Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan

ja! ja min of meer nee nee!

Ik mis een echt goede vriend of vriendin

ja! ja min of meer nee nee!

Ik ervaar een leegte om me heen

ja! ja min of meer nee nee!

Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen

ja! ja min of meer nee nee!

Ik mis gezelligheid om me heen

ja! ja min of meer nee nee!

Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt

ja! ja min of meer nee nee!

Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen

ja! ja min of meer nee nee!

Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel

ja! ja min of meer nee nee!

Ik mis mensen om me heen

ja! ja min of meer nee nee!

Vaak voel ik me in de steek gelaten

ja! ja min of meer nee nee!

94, *Vergelijkend Effectonderzoek, Bijlage 4. Nameting-vragenlijst*

Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht

ja! ja min of meer nee nee!

Ik voel me soms wel eens eenzaam

ja! ja min of meer nee nee!

25. Als we de mensen zouden indelen in niet eenzaam, matig eenzaam, sterk eenzaam en zeer sterk eenzaam, waar zou u zich dan nu toe rekenen?

niet eenzaam matig eenzaam sterk eenzaam zeer sterk eenzaam

26. Nu volgen zes uitspraken over sociale vaardigheden. U kunt steeds antwoorden met 'ja!', 'ja', 'min of meer', 'nee' of 'nee!'.

Voelt u zich doorgaans op uw gemak als u met vreemden bent die u niet zo goed kent?

ja! ja min of meer nee nee!

Vindt u het gemakkelijk om gesprekken met vreemden aan te knopen?

ja! ja min of meer nee nee!

Vindt u het vervelend als u in een gesprek ineens niet meer uit uw woorden kunt komen?

ja! ja min of meer nee nee!

Vindt u het moeilijk ergens naartoe te gaan waar u niemand kent?

ja! ja min of meer nee nee!

Vindt u het vreselijk om iets fout te doen waar anderen bij zijn?

ja! ja min of meer nee nee!

Zou u zichzelf verlegen noemen?

ja! ja min of meer nee nee!

27. Kunt u ook voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?

Ik ben tamelijk zeker van mezelf

ja! ja min of meer nee nee!

Bij mij gaat alles fout

ja! ja min of meer nee nee!

Ik sta positief ten opzichte van mezelf

ja! ja min of meer nee nee!

Ik zou een heleboel aan mezelf willen veranderen

ja! ja min of meer nee nee!

Soms voel ik me nutteloos

ja! ja min of meer nee nee!

In het algemeen heb ik weinig vertrouwen in mijn capaciteiten

ja! ja min of meer nee nee!

Ik heb een lage dunk van mezelf

ja! ja min of meer nee nee!

Over het geheel genomen ben ik tevreden met mezelf

ja! ja min of meer nee nee!

28. De volgende vijf uitspraken gaan over de rol die een partner kan spelen. Bent u het met deze uitspraken eens of oneens? (Ook wanneer uw partner is overleden, u nooit gehuwd bent geweest of gescheiden bent, willen wij graag uw mening hierover weten).

Met een partner krijgt je leven zin

ja! ja min of meer nee nee!

Zonder partner groei je uit tot een sterke persoonlijkheid

ja! ja min of meer nee nee!

Met een partner verlies je je eigen identiteit

ja! ja min of meer nee nee!

Zonder partner ben je als mens onaf

ja! ja min of meer nee nee!

Zonder partner leid je een leeg bestaan

ja! ja min of meer nee nee!

29. Tot slot enkele uitspraken die betrekking hebben op wat u belangrijk vindt in uw contacten.

Ik wil met anderen praten over wat ik voel, wat ik innerlijk meemaak

ja! ja min of meer nee nee!

Ik vind het vervelend om raad te moeten vragen

ja! ja min of meer nee nee!

Ik vind het beter om me emotioneel in te houden

ja! ja min of meer nee nee!

Als ik in moeilijkheden zit, heb ik behoefte aan hulp en steun van anderen

ja! ja min of meer nee nee!

Emotionele problemen houd ik liever voor me

ja! ja min of meer nee nee!

Verdriet probeer ik zelf te verwerken

ja! ja min of meer nee nee!

Ik wil m'n gevoelsleven delen

ja! ja min of meer nee nee!

Als ik met iets zit, stap ik graag naar iemand toe

- ja! ja min of meer nee nee!

Gevoelens zijn m'n eigen zaak

- ja! ja min of meer nee nee!

Juist wanneer ik het moeilijk heb, wil ik graag tegen iemand aanleunen

- ja! ja min of meer nee nee!

Tot slot willen wij graag een indruk krijgen van uw gezondheidssituatie en inkomen. Informatie hierover is van groot belang. Een minder goede gezondheid en een ontoereikend inkomen kunnen immers belangrijke obstakels zijn om aan allerlei activiteiten deel te nemen.

30. Hoe is over het algemeen uw gezondheid?

- slecht
 niet zo best
 gaat wel
 goed
 zeer goed

31. Er volgen nu een aantal handelingen waarmee sommige mensen moeite hebben. Wilt u van elk van de handelingen aangeven of u die helemaal niet meer, alleen met hulp van anderen, met moeite of zonder moeite kunt doen?

trap op- en aflopen

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

buitenshuis 5 minuten aan één stuk lopen zonder stil te staan

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

gaan zitten en opstaan uit een stoel

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

aan- en uitkleden

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

eigen of openbaar vervoer gebruiken

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

de nagels van uw tenen knippen

- helemaal niet alleen met hulp met veel moeite met enige moeite zonder moeite

32. Kunt u bij het **lezen** goed, matig of slecht zien (eventueel met gebruik van een bril)?

- goed
 matig
 slecht

33. En op straat, dus het zien in de **verte**? Kunt u dan goed, matig of slecht zien (eventueel met gebruik van een bril)?
- goed
 - matig
 - slecht
34. En wat betreft het **horen**, kunt u in een persoonlijk gesprek de ander goed horen (eventueel met gebruik van een gehoorapparaat)?
- goed
 - matig
 - slecht
 - in het geheel niet
35. Wilt u aangeven in welke categorie uw **netto maandinkomen** valt (*indien samenwonend met een partner, het netto maandinkomen van u én uw partner tezamen*)?
- minder dan €680 (1500 gulden)
 - €680-770 (1500-1700 gulden)
 - €770-860 (1700-1900 gulden)
 - €860-955 (1900-2100 gulden)
 - €955-1045 (2100-2300 gulden)
 - €1045-1225 (2300-2700 gulden)
 - €1225-1405 (2700-3100 gulden)
 - €1405-1590 (3100-3500 gulden)
 - €1590-1770 (3500-3900 gulden)
 - €1770-1950 (3900-4300 gulden)
 - €1950-2270 (4300-5000 gulden)
 - €2270-2610 (5000-5750 gulden)
 - €2610-3405 (5750-7500 gulden)
 - €3405 (7500 gulden) of meer

Vervolgonderzoek

Dit was de laatste vraag. Heel hartelijk dank voor uw medewerking. Over een aantal maanden vragen wij u voor de laatste keer een vragenlijst in te vullen. Tot dan worden uw persoonsgegevens met inachtneming van de nodige privacy-waarborgen bewaard. Direct na afloop van het vervolgonderzoek worden deze gegevens echter vernietigd.

Indien u nog opmerkingen hebt, bijvoorbeeld over uw persoonlijke situatie of over vragen die u hebt gemist, dan kunt u dat hieronder opschrijven.

.....

Indien gewenst kunt u contact opnemen met <Naam, instelling + telefoonnummer> of met Mw. C.M. (Tineke) Fokkema, als onderzoeker verbonden aan het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) te Den Haag, tel. 070-3565232.