



Paper

Eenzaamheid in Nederland

Jacqueline van Beuningen
Susanne de Witt
September 2016

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Onderzoeksmethode	4
2.1 Data	4
2.2 Vraagstellingen	4
2.3 Analyses	5
3. Uitkomsten van het onderzoek	5
3.1 Ontwikkeling van eenzaamheid	5
3.2 Wie zijn er eenzaam?	6
4. Kenmerken van eenzamen	8
4.1 Eenzaamheid en subjectief welzijn	8
4.2 Eenzaamheid en het sociale netwerk	9
4.3 Eenzaamheid en gezondheid	10
5. Conclusie	12
6. Beperkingen van dit onderzoek	13
Literatuur	13
Bijlage 1: Kerncijfers	15
Bijlage 2: Vraagstellingen	16
Bijlage 3: Logistische regressieanalyses	18

In 2015 voelde 4 procent van de mensen van 15 jaar en ouder zich eenzaam. Het percentage eenzame mensen is sinds 2012 stabiel. Over het algemeen komt eenzaamheid het vaakst voor onder ouderen, laagopgeleiden, niet-westerse allochtonen en niet-werkenden. Mensen die aangeven zich eenzaam te voelen, hebben vaker weinig contacten met vrienden en hebben vaker gezondheidsproblemen dan mensen die zich niet eenzaam voelen.

1. Inleiding

Eenzaamheid is een subjectief begrip. Van iemand die zegt dat hij eenzaam is, denken we vaak dat hij of zij weinig vrienden of kennissen heeft. Echter, afhankelijk van iemands persoonlijkheidskenmerken kan iemand, die veel mensen om zich heen heeft, zich ook eenzaam voelen. Iemand die weinig contacten heeft, kan hier tevreden mee zijn en zich niet eenzaam voelen.

De Jong Gierveld en Van Tilburg (2007a) hebben een definitie van eenzaamheid opgesteld die ook in dit onderzoek gebruikt is. Deze auteurs omschrijven eenzaamheid als 'het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde relaties.' In de definitie staat centraal dat het bij eenzaamheid om een subjectief oordeel over de sociale relaties gaat, en dat negatieve gevoelens of ervaringen daarbij centraal staan. Wat de relaties betreft, gaat het zowel om de kwantiteit als kwaliteit daarvan. Als het aantal contacten niet aan iemands verwachtingen voldoet, spreekt men van 'sociale eenzaamheid'. Als de relaties onvoldoende emotionele steun geven, heet dit 'emotionele eenzaamheid'. Incidentele gevoelens van eenzaamheid zijn niet altijd een probleem, maar langdurige eenzaamheid kan een negatieve impact op iemands leven hebben. Er zijn aanwijzingen dat (langdurige) eenzaamheid gerelateerd is aan depressies en hartaandoeningen (Cacioppo et al., 2006; Thurston en Kubzansky, 2009). Onderzoek toont bovendien aan dat eenzaamheid de kans op vroeg overlijden vergroot (Penninx et al., 1997).

Eenzaamheid hangt met verschillende factoren samen. Een klein sociaal netwerk, dat wil zeggen: weinig contact met familie, vrienden en/ of kennissen verhoogt de kans op eenzaamheid, maar hoeft daar niet perse toe te leiden. Onderzoek wijst uit dat mensen die frequent met andere mensen contact hebben vaker hechte relaties hebben (Kloosterman en Van der Houwen, 2014). We weten ook dat vooral ouderen, laagopgeleiden en niet-westerse allochtonen minder participeren in de samenleving (Coumans en Te Riele, 2010) en als gevolg daarvan meer risico hebben om eenzaam te zijn. Bepaalde persoonskenmerken verhogen ook de kans op eenzaamheid en het gevoel van eenzaamheid. Te denken valt aan mensen die onzeker zijn over zichzelf of weinig sociale vaardigheden hebben (De Jong Gierveld en Van Tilburg, 2007b). Een partner kan beschermen tegen emotionele eenzaamheid als er sprake is van goede ondersteuning (Van Tilburg, 2007). Gezondheidsproblemen kunnen ervoor zorgen dat mensen minder mobiel zijn en minder goed in staat zijn om sociale contacten te onderhouden (Korporaal, Broese van Groenou en Van Tilburg, 2008). Actieve deelname aan het sociale leven, zoals het onderhouden van contacten met familie, vrienden of burens, deelname aan het verenigingsleven of het doen van vrijwilligerswerk kan helpen om met name sociale eenzaamheid te voorkomen (Dykstra en Fokkema, 2007). Ten slotte speelt ook sociaal vertrouwen een rol. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat eenzamen zich vaak vervreemd voelen van de samenleving en anderen niet vertrouwen (Ernst en Cacioppo, 1999).

Dit artikel heeft verschillende aandachtspunten. In paragraaf 2 wordt ingegaan op de data en onderzoeksmethode. Ook komt de gebruikte eenzaamheidsschaal aan bod. In paragraaf 3 staat eenzaamheid in Nederland centraal. Paragraaf 3.1 gaat over de ontwikkeling van het percentage personen dat zich eenzaam voelt in de periode van 2012 tot en met 2015. In paragraaf 3.2 zijn groepen geïdentificeerd waarin eenzaamheid relatief vaak voorkomt. De groepen zijn onderscheiden naar geslacht, leeftijd, het hoogst behaalde onderwijsniveau, herkomst, gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen, werkzaam (betaald werk of niet), stedelijkheid van de gemeente en type huishouden. Vanaf paragraaf 4 wordt ingezoomd op de mensen die eenzaam zijn. Deze paragraaf gaat over de relatie tussen eenzaamheid enerzijds en welzijn (4.1), het sociale netwerk (4.2) en gezondheid (4.3) anderzijds. De centrale vraag is hier: hebben eenzame mensen minder contacten, zijn ze vaker ongelukkig en hebben zij vaker een minder goede gezondheid?

2. Onderzoeksmethode

2.1 Data

De gegevens in dit artikel zijn gebaseerd op het onderzoek Sociale samenhang en Welzijn. Dit is een jaarlijks onderzoek dat sinds 2012 wordt uitgevoerd onder mensen van 15 jaar of ouder. Het onderzoek gaat over welzijn, sociale, maatschappelijke en politieke participatie, en vertrouwen. De data zijn verzameld volgens een sequentieel mixed-mode ontwerp: respondenten zijn gevraagd om eerst via internet de enquête in te vullen. Indien respons uitbleef, zijn personen met een bekend telefoonnummer telefonisch opnieuw benaderd. Personen van wie het telefoonnummer onbekend was, zijn persoonlijk herbenaderd. De respons bedroeg in 2015 69 procent, namelijk 7 614 personen.

2.2 Vraagstellingen

Eenzaamheid

Eenzaamheid is gemeten met een verkorte versie van de UCLA Loneliness Scale (De Jong Gierveld en Van Tilburg, 1991; Russell, 1996). Aan de hand van zes stellingen is de mate van eenzaamheid bepaald. De stellingen luiden als volgt:

1. Er zijn mensen met wie ik goed kan praten.
2. Ik voel me van andere mensen geïsoleerd.
3. Er zijn mensen bij wie ik terecht kan.
4. Er zijn mensen die me echt begrijpen.
5. Ik maak deel uit van een groep vrienden.
6. Mijn sociale contacten zijn oppervlakkig.

De antwoordcategorieën zijn: 'ja', 'soms' en 'nee'. Een 'ja' levert 0 punten, een 'soms' 1 punt, en een 'nee' 2 punten voor de stellingen 1, 3, 4 en 5. Bij de stellingen 2 en 6 zijn de antwoorden anders gecodeerd. Een 'ja' levert 2 punten op, een 'soms' 1 punt, en een 'nee' 0 punten. De zes vragen kunnen samen maximaal 12 punten opleveren. In dit onderzoek is iemand bij een score van 7 punten of hoger eenzaam, bij een score van minder dan 7 punten is iemand weinig tot niet eenzaam. In bijlage 2 is meer uitleg hierover terug te vinden.

Welzijn, sociaal netwerk en gezondheid

Om meer inzicht te krijgen in de relatie van eenzaamheid met de mate van geluk en tevredenheid met het leven, de frequentie van sociale contacten, het vertrouwen in andere mensen en de (ervaren) gezondheid zijn hieromtrent vragen gesteld. De vraagstellingen zijn eveneens terug te vinden in bijlage 2.

2.3 Analyses

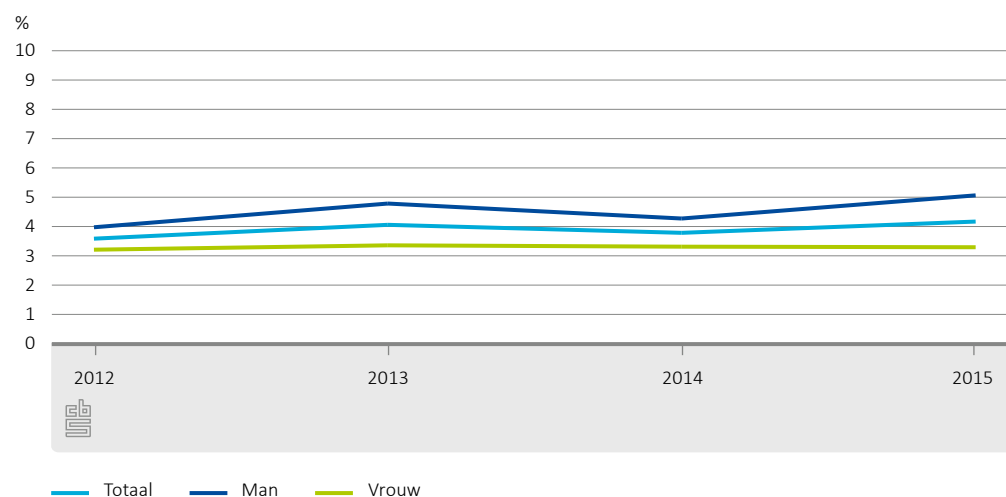
Door middel van bivariate analyses is nagegaan in welke mate het percentage eenzamen verschilt tussen bevolkingsgroepen. De bevolkingsgroepen zijn geclassificeerd op basis van de in de inleiding beschreven achtergrondkenmerken. Daarnaast zijn bivariate analyses gedaan om verbanden met welzijn, het sociale netwerk en gezondheid te onderzoeken. Alle verschillen zijn getoetst met correctie voor andere achtergrondkenmerken (met uitzondering van werkzaam/ niet-werkzaam dat niet is meegenomen) door middel van logistische regressieanalyses met eenzaamheid als afhankelijke variabele (eenzaam versus matig of niet-eenzaam) en, indien relevant, gezondheid. Ook de verschillen tussen de jaren 2012 en 2015 zijn getoetst met achtergrondkenmerken. De verschillen besproken in dit artikel zijn significant ($p < 0,05$).

3. Uitkomsten van het onderzoek

3.1 Ontwikkeling van eenzaamheid

In 2015 bleek 4 procent van de Nederlanders van 15 jaar en ouder eenzaam te zijn, net zoveel als in 2012. Het gaat om ruim 500 duizend personen. Binnen bevolkingsgroepen zijn wel ontwikkelingen zichtbaar. In de periode 2012–2015 is het percentage eenzame mannen met 1 procentpunt gestegen, van 4 procent naar 5 procent. Het aantal eenzame mannen nam toe van ruim 250 duizend in 2012 naar bijna 330 duizend in 2015. Deze stijging wordt verklaard

3.1.1 Percentage eenzamen naar geslacht, 2012–2015



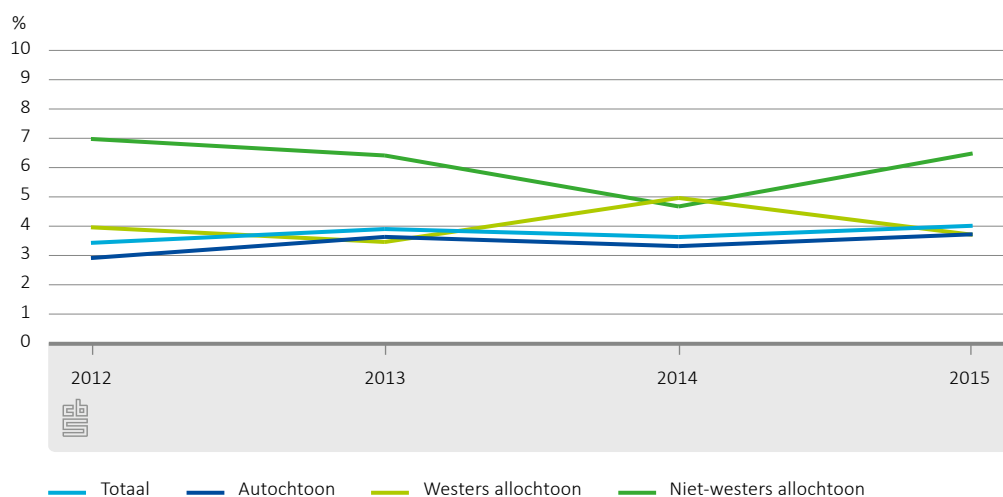
doordat in 2015 meer mannen een slechte of matige gezondheid hebben dan in 2012. In 2012 en in 2015 is 3 procent van de vrouwen eenzaam. De stijging van de eenzaamheid onder mannen is niet toe te schrijven aan een bepaalde leeftijdsgroep.

Het aandeel eenzamen onder autochtonen is van 3 procent (2012) naar 4 procent (2015) gestegen. Ook deze toename kan verklaard worden door een groter aandeel mensen dat in 2015 een slechte of matige gezondheid heeft. Onder allochtonen is het percentage eenzamen tussen 2012 en 2015 onveranderd gebleven: 4 procent voor westerse allochtonen en 7 procent voor niet-westerse allochtonen.

Tot slot blijkt dat het percentage eenzamen in het kwartiel met de hoogste huishoudensinkomens ook gestegen is, van 2 procent naar 3 procent. Net als bij de mannen en autochtonen is een hoger percentage mensen met een minder goede gezondheid hiervoor de verklaring. In de andere inkomensgroepen is het percentage eenzamen niet veranderd. Net als in 2012 zijn in 2015 mensen met lage inkomens over het algemeen vaker eenzaam dan mensen met hoge inkomens.

Hoewel er onder enkele groepen een lichte stijging te zien is, blijft het totaal percentage eenzamen stabiel. De overige groepen laten geen significante daling zien, waardoor er niet gesproken kan worden over een daling in die groepen.

3.1.2 Percentage eenzamen naar herkomst, 2012–2015



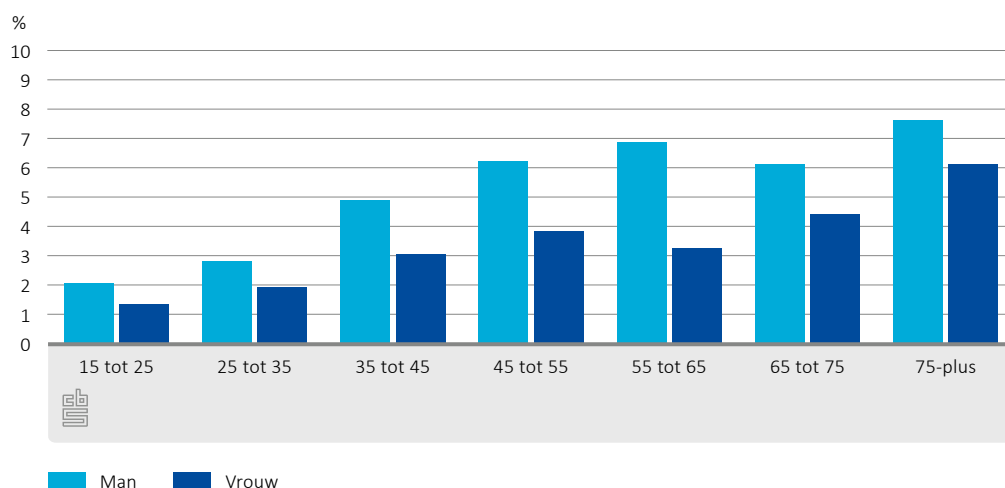
3.2 Wie zijn er eenzaam?

Mannen zijn vaker eenzaam dan vrouwen: 5 procent tegen 3 procent in 2015. Ook hebben mensen vaker te maken met eenzaamheid naarmate ze ouder zijn: 2 procent van de 15- tot 25-jarigen is eenzaam, en 7 procent van de 75-plussers. Eenzaamheid op latere leeftijd heeft vooral te maken met een minder goede gezondheid: wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in ervaren gezondheid tussen leeftijdsgroepen, zijn ouderen niet vaker eenzaam dan jongeren. In paragraaf 4.3 wordt dieper ingegaan op de verschillen in gezondheid tussen eenzamen en niet-eenzamen.

Onder jongeren en ouderen zijn mannen en vrouwen even vaak eenzaam. Het blijkt dat vooral mannen en vrouwen van 75 jaar of ouder relatief vaak eenzaam zijn. Van hen is 8 procent respectievelijk 6 procent eenzaam, dit verschil is niet significant. Ter vergelijking: van de mannen tussen de 15 en 25 jaar is 2 procent eenzaam, van de vrouwen 1 procent.

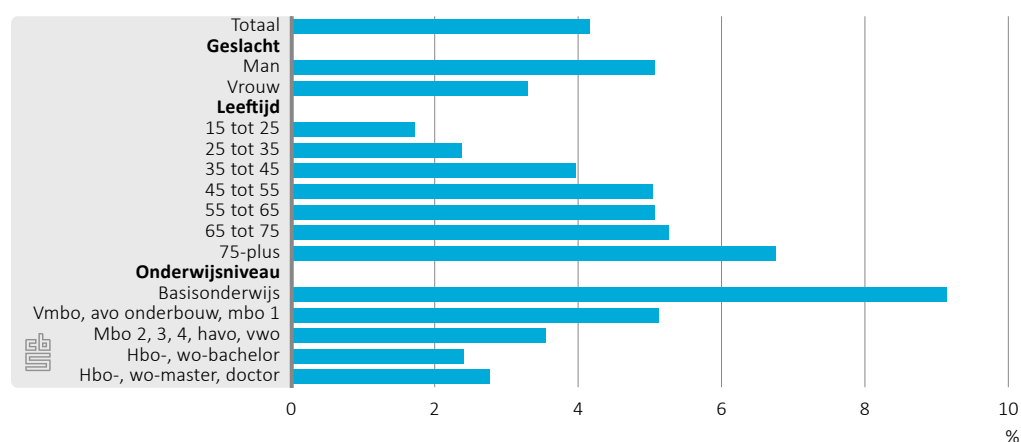
Tussen de 25 en 45 jaar bestaan er ook geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen. Onder 45- tot 65-jarigen zijn mannen echter relatief vaker eenzaam dan vrouwen. Deze groep mannen bestaat relatief vaak uit alleenstaande mannen (34 procent), als ook uit getrouwde mannen met kinderen met een niet-westerse achtergrond (20 procent). Daarnaast hebben vrouwen frequenter contact met familie in vergelijking met mannen (Kloosterman en Van der Houwen, 2014).

3.2.1 Percentage eenzamen naar geslacht en leeftijd, 2015



Laagopgeleiden zijn vaker eenzaam dan hoogopgeleiden. Vooral mensen met basisonderwijs zijn relatief vaak eenzaam: iets meer dan 9 procent van hen is eenzaam. Van de hoogopgeleiden is iets minder dan 3 procent eenzaam.

3.2.2 Percentage eenzamen naar geslacht, leeftijd en onderwijsniveau, 2015



De gezinssamenstelling speelt nauwelijks een rol bij eenzaamheid. Alleenstaanden zonder kinderen zijn weliswaar wat vaker eenzaam dan thuiswonende kinderen (6 procent en 2 procent), maar dit verschil wordt verklaard door verschillen in gezondheid en leeftijd. Alleenstaanden zijn gemiddeld ouder en hebben vaker gezondheidsproblemen dan thuiswonende kinderen. Paren, zowel met als zonder kinderen, en alleenstaanden met kinderen zijn even vaak eenzaam als alleenstaanden zonder kinderen. Inwoners van zeer sterk stedelijke gebieden zijn vaker eenzaam (5 procent) dan inwoners uit weinig stedelijke gebieden (3 procent). Er is geen verschil met de niet-stedelijke gebieden. Dit verschil wordt verklaard door de andere bevolkingssamenstelling in deze gebieden.

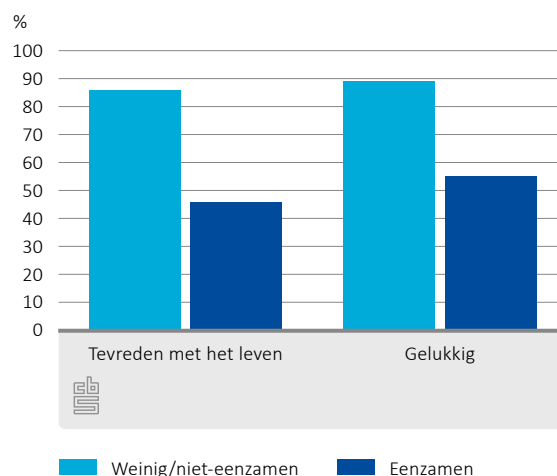
Mensen met een laag inkomen (25 procent laagste gestandaardiseerde huishoudens-inkomens) zijn vaker eenzaam dan mensen met een hoog inkomen (25 procent hoogste inkomens). De percentages zijn 6 en 3 procent. Een verklaring zou kunnen zijn dat mensen met een slechte gezondheid vaker een laag inkomen hebben, omdat zij bijvoorbeeld niet of weinig kunnen werken. Daarnaast zijn mensen zonder betaald werk vaker eenzaam dan mensen met betaald werk: 3 procent van de werkenden en 7 procent van de niet-werkenden is eenzaam. Door de combinatie van leeftijd, gezondheid en onderwijsniveau valt het onderscheid tussen werkenden en niet-werkenden met betrekking tot eenzaamheid weg. Dat wil zeggen dat niet-werkenden soms door gezondheidsproblemen niet kunnen werken en daardoor eenzaam zijn. Daarnaast zijn ze gemiddeld ouder en vaker laag opgeleid waardoor ze meer kans lopen om eenzaam te zijn. De verschillen ontstaan dus niet zozeer doordat mensen niet aan het werk zijn, maar door andere achtergrondkenmerken. In het algemeen blijkt dat, wanneer gezondheid samen met de bovengenoemde achtergrondkenmerken wordt meegenomen in analyses, gezondheid een sterkere relatie heeft met eenzaamheid dan de overige kenmerken (bijlage 3).

4. Kenmerken van eenzamen

In paragraaf 3.2 is onderzocht wie of welke bevolkingsgroepen vooral eenzaam zijn: mannen blijken zich vaker eenzaam te voelen dan vrouwen, niet-westerse allochtonen vaker dan autochtonen en westerse allochtonen, ouderen vaker dan jongeren, niet-werkenden en mensen met de laagste inkomens vaker dan werkenden en mensen met de hoogste inkomens. Uit toetsingen blijkt dat gezondheid een grotere rol speelt bij de verklaring van de verschillen dan andere achtergrondkenmerken. In deze paragraaf is die relatie tussen eenzaamheid, gezondheid en welzijn en de intensiteit van het sociale netwerk onderzocht.

4.1 Eenzaamheid en subjectief welzijn

4.1.1 Geluk en tevredenheid met het leven naar mate van eenzaamheid, 2015



Nog niet de helft van de eenzamen is tevreden met het leven, 21 procent is niet tevreden. Van degenen die weinig of niet eenzaam zijn, is 86 procent tevreden en 3 procent niet tevreden. Eenzelfde tendens is terug te vinden in de mate van geluk: ruim de helft van de eenzamen blijkt gelukkig te zijn, 19 procent is niet gelukkig. Van de anderen is 90 procent gelukkig, en 2 procent is ongelukkig.

4.2 Eenzaamheid en het sociale netwerk

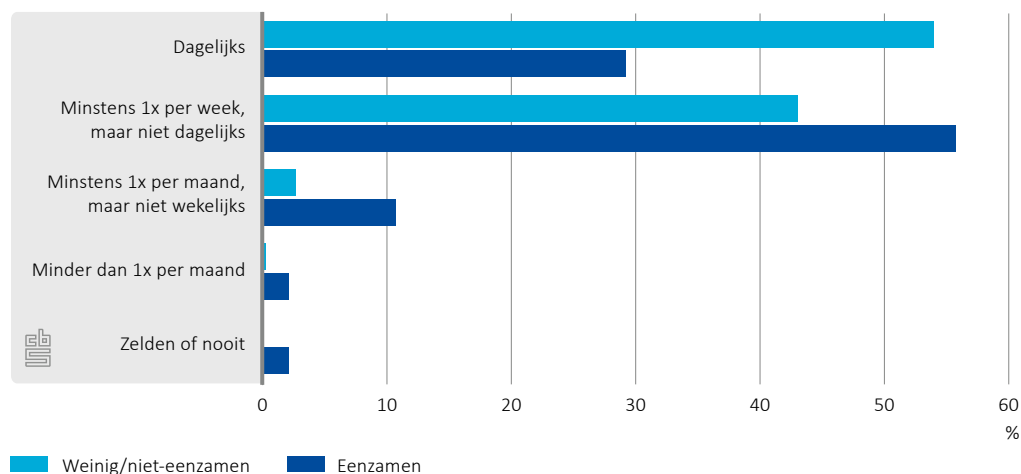
Sociale contacten

Er is een relatie tussen de frequentie van sociale contacten en de mate van eenzaamheid: hoe frequenter de contacten, hoe minder eenzaamheidsgevoelens. Wanneer naar de frequentie van sociale contacten met zowel familie, vrienden als burens wordt gekeken, blijkt dat de weinig tot niet-eenzamen vaker dagelijkse contacten hebben dan de eenzame groep: ruim de helft ten opzichte van 29 procent. De wekelijkse contacten laten een omgekeerde tendens zien: 43 van de weinig tot niet-eenzamen tegenover 56 procent van de eenzamen.

Deze relatie is het sterkst bij contacten met vrienden ($r = -0,25$) en minder sterk bij familie en burens ($r = -0,10$ en $r = -0,12$). Van de eenzamen heeft 10 procent dagelijks contact met vrienden, vriendinnen of echte goede kennissen, van de minst tot niet-eenzamen 31 procent. Eenzamen hebben vaker dagelijkse en wekelijkse contacten met familieleden dan met vrienden, namelijk 18 en 52 procent.

Het aandeel dat zelden of nooit contact heeft met zijn vriendenkring ligt bij de eenzamen bijna 20 procentpunten hoger dan bij de rest: 22 ten opzichte van 2 procent. Dit verschil is voor familiecontacten kleiner: 7 ten opzichte van 2 procent. Wat betreft burenscontacten zijn er minder grote verschillen tussen eenzamen en weinig tot niet-eenzamen en zijn de patronen vergelijkbaar.

4.2.1 Frequentie sociale contacten naar mate van eenzaamheid, 2015

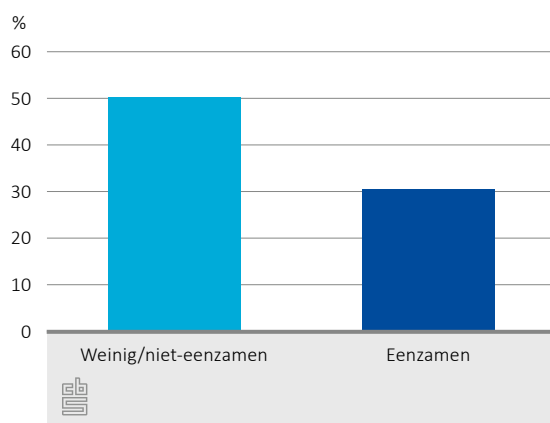


Vrijwilligerswerk en verenigingsactiviteiten

Mensen doen vrijwilligerswerk om zich nuttig te maken en om iets voor anderen te betekenen. Dit duidt op sociale motieven: contacten opdoen en ergens bijhoren (TNS Nipo, 2013). Uit het huidige onderzoek blijkt dat de eenzamen minder vaak vrijwilligerswerk doen dan de anderen. Van de eenzamen heeft bijna een derde in de afgelopen 12 maanden vrijwilligerswerk gedaan, van de anderen de helft. De relatie met deelname aan het

verenigingsleven is hetzelfde: eenzamen doen minder mee met het verenigingsleven dan niet-eenzamen. Het merendeel (67 procent) van de eenzamen geeft aan nooit deel te nemen aan verenigingsactiviteiten van één of meer verenigingen. Van de weinig tot niet-eenzamen is dat 42 procent. Toch geeft een vijfde deel van de eenzamen aan minimaal één keer per week deel te nemen aan een verenigingsactiviteit. Onder de minst eenzamen is dit 35 procent. Hierbij speelt de gezondheid een rol: naarmate de gezondheid slechter is, is het moeilijker om aan verenigingsactiviteiten deel te nemen.

4.2.2 Vrijwilligerswerk in de afgelopen 12 maanden naar mate van eenzaamheid, 2015



Vertrouwen in anderen

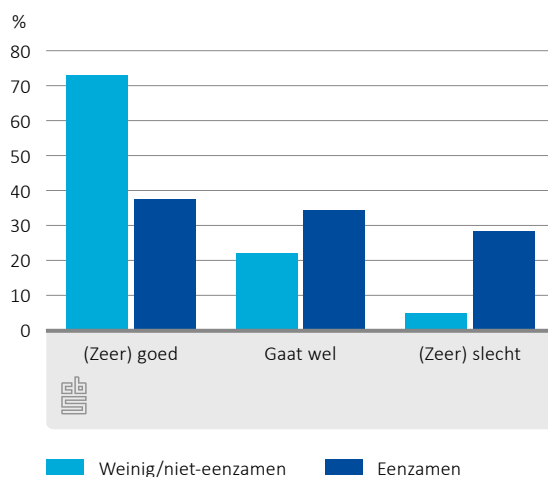
In het algemeen onderhouden eenzamen minder vaak sociale contacten met familie, vrienden of burens. Tevens nemen zij minder deel aan het vrijwilligerswerk of verenigingsactiviteiten. Uit literatuur blijkt dat er een relatie is met het feit dat mensen die eenzaam zijn minder vertrouwen hebben in anderen. Eenzaam blijken tevens vaker angstig om (nieuwe) contacten aan te gaan dan de weinig tot niet-eenzamen (Ernst en Cacioppo, 1999). Dit blijkt ook uit ons onderzoek: 62 procent van de eenzamen geeft aan dat zij niet voorzichtig genoeg kunnen zijn in de omgang met mensen, van de weinig tot niet-eenzamen vindt 39 procent dit.

4.3 Eenzaamheid en gezondheid

Zoals al vaker is aangehaald, bestaat er een wederkerige relatie tussen eenzaamheid en (on)gezondheid. Dat betekent dat iemands gezondheidstoestand eenzaamheid in de hand kan werken omdat mensen met gezondheidsproblemen minder goed in staat zijn sociale contacten te onderhouden. Zij zijn bijvoorbeeld minder mobiel, waardoor ze niet makkelijk deel kunnen nemen aan sociale activiteiten. Eenzaamheid kan daarnaast ook de gezondheid schaden, bijvoorbeeld omdat eenzame mensen eerder geneigd zijn om ongezond te leven (Korporaal, Broese van Groenou en Van Tilburg, 2008).

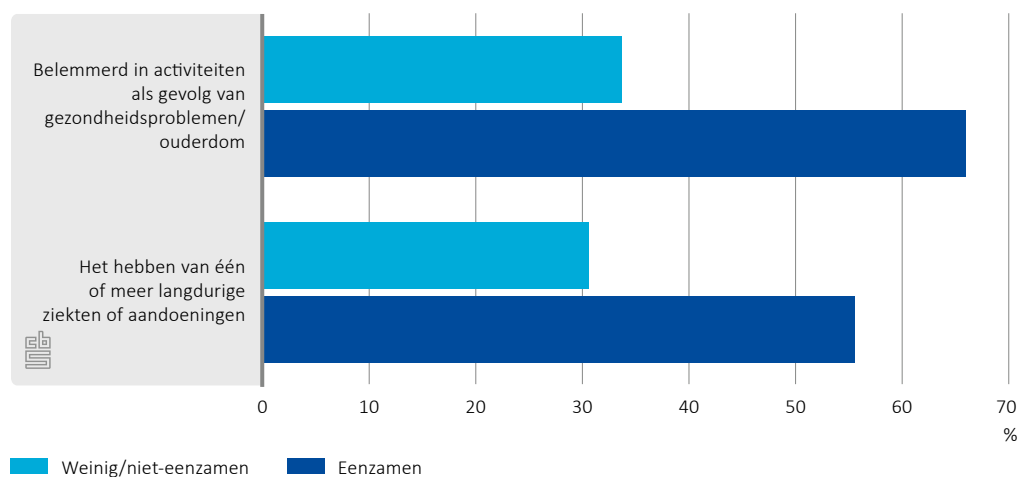
De mening over de eigen gezondheid en eenzaamheid blijken met elkaar samen te hangen: $r = -0,18$. Een derde van de eenzamen beoordeelt de gezondheid over het algemeen als goed tot zeer goed, tegenover bijna driekwart van de weinig en niet-eenzamen. 28 procent en 5 procent zegt dat het slecht tot zeer slecht is gesteld met de gezondheid. Leeftijd speelt hier een rol. Met het ouder worden ervaren mensen vaker een minder goede gezondheid en meer last van één of meer lichamelijke aandoeningen (StatLine, 2014).

4.3.1 Ervaren gezondheid naar mate van eenzaamheid, 2015



Meer dan de helft van de eenzamen geeft aan één of meer langdurige aandoeningen te hebben, van de matig tot niet-eenzamen heeft 31 procent een aandoening. Dit hangt vooral samen met de bijbehorende belemmeringen van deze mensen. Het wel of niet belemmerd zijn is gebaseerd op de mate waarin mensen vanwege gezondheidsproblemen of ouderdom beperkt zijn in activiteiten die mensen gewoonlijk doen en in de mate waarin mensen moeite hebben met het uitvoeren van bepaalde handelingen als bijvoorbeeld traplopen. Wat betreft de mate van belemmerd zijn, blijkt dat twee derde van de eenzamen belemmerd is tegenover een derde van de rest. De samenhang van deze indicator met eenzaamheid is groter ($r = 0,18$) dan met het hebben van één of meer langdurige aandoeningen ($r = 0,11$). De mate waarin iemand belemmerd en eenzaam is, hangt wederom sterk samen met geslacht en leeftijd.

4.3.2 Belemmeringen en langdurige aandoeningen naar mate van eenzaamheid, 2015



5. Conclusie

Het merendeel van de bevolking is wel eens eenzaam. Dit hoeft geen probleem te zijn zolang de eenzaamheid tijdelijk is. Mensen die zich af en toe eenzaam voelen, lopen wel kans om in de toekomst langdurig en ernstig eenzaam te zijn. Zoals eerder vermeld kan langdurige eenzaamheid bijvoorbeeld angst en depressie veroorzaken (Ernst en Cacioppo, 1999). Eenzaamheid is tevens een maatschappelijk probleem aangezien dit gezondheidsproblemen in de hand werkt. Eenzame mensen hebben vaak een minder gezonde leefstijl dan niet-eenzame mensen (Korporaal, Broese van Groenou en Van Tilburg, 2008). Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt ook dat eenzame mensen minder vaak gelukkig of tevreden zijn dan weinig tot niet-eenzame mensen. De verwachting is dat mede door de vergrijzing het aandeel eenzame mensen de komende jaren zal stijgen; hoewel er ook bewijs is dat ouderen steeds beter toegerust zijn om eenzaamheid te voorkomen (Van Tilburg, 2014). Onder ouderen is het percentage eenzame mensen immers hoger dan onder jongeren.

Het algemene beeld is dat tussen 2012 en 2015 het percentage eenzame mensen stabiel is. In enkele groepen is het percentage eenzamen in deze periode licht gestegen, met name door het achteruitgaan van de gezondheid. Dit geldt voor mannen, autochtonen en mensen in huishoudens met hoge inkomens.

Mannen voelen zich vaker eenzaam dan vrouwen. Voor de middenleeftijden geldt dat er meer alleenstaande mannen van 30 tot 55 jaar zijn (Statline, 2016). Onderzoek van Kloosterman en Van der Houwen (2014) heeft daarnaast aangetoond dat mannen vaak minder hechte relaties hebben dan vrouwen, waardoor zij waarschijnlijk vooral emotioneel eenzamer zijn en niet zozeer sociaal eenzaam door een gebrek aan contacten.

Niet-westerse allochtonen zijn eenzamer dan autochtonen en westerse allochtonen. Redenen hiervoor kunnen worden gezocht in de combinatie van problemen op het gebied van financiën, huisvesting en taal. Dit kan leiden tot gebrekkige aansluiting bij de Nederlandse samenleving en gevoelens van schaamte wat vervolgens kan leiden tot het terugtrekken uit het sociale leven (De Gruiter en Verwijs, 2010). Hoogopgeleiden zijn minder vaak eenzaam dan laagopgeleiden. Het is gebleken dat er onder laagopgeleiden een relatief grotere groep is die zelden of nooit contact heeft met andere mensen, vergeleken met hoogopgeleiden. Hoewel er onder hen ook een grotere groep is die dagelijks contacten heeft (Kloosterman en Van der Houwen, 2014).

De eenzamen onderscheiden zich in welzijn, sociale contacten, sociaal netwerk en gezondheid van de anderen. In vergelijking met de weinig tot niet-eenzamen zijn zij minder vaak gelukkig en tevreden met het leven, hebben zij minder vaak dagelijkse contacten met familie, vrienden of burens, doen zij minder vrijwilligerswerk en nemen zij minder vaak deel aan verenigingsactiviteiten. Uit onderzoek is bekend dat eenzame individuen minder sterk sociaal interacteren en ook minder snel contacten leggen, omdat zij minder vertrouwen hebben in andere mensen (Ernst en Cacioppo, 1999). Dit wordt door dit onderzoek deels bevestigd.

Qua gezondheidsindicatoren hangen de beoordeling van de eigen algemene gezondheid en lichamelijke belemmeringen het sterkst samen met eenzaamheid. De eenzame groep

beoordeelt de algemene gezondheid vaker als (zeer) slecht. Ook geven zij aan vaker belemmerd te zijn in activiteiten en vaker één of meer langdurige aandoeningen te hebben.

6. Beperkingen van dit onderzoek

De cijfers van dit onderzoek zijn niet vergelijkbaar met eerdere cijfers uit de Gezondheidsmonitor (GGD'en, CBS en RIVM, 2012), omdat eenzaamheid op een andere manier gemeten is en er verschillen bestaan in de manier waarop respondenten bevraagd zijn. Tenslotte moet er worden opgemerkt dat persoonlijkheidskenmerken niet zijn meegenomen in dit onderzoek. Deze kenmerken, zoals gebrek aan zelfvertrouwen, verminderde sociale vaardigheden, verlegenheid of introversie, kunnen ook eenzaamheid in de hand werken (Ernst en Cacioppo, 1999). Tevens is er in het huidige onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen emotionele en sociale eenzaamheid, en is er geen informatie beschikbaar over de duur van de eenzaamheid.

Literatuur

Cacioppo J. T., M. E. Hughes, L. J. Waite, L. C. Hawkley, R. A. Thisted, 2006, Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21 (1), pp. 140–151.

CBS, 2015, [Een half miljoen mensen is eenzaam](#). Webmagazine, CBS, Heerlen/ Den Haag.

Coumans, M., en S. te Riele, 2010, Verschillen in sociale en maatschappelijke participatie. *Bevolkingstrends*, 1e kwartaal, pp. 39–45.

Dykstra, P. A., en T. Fokkema, 2007, Social and Emotional Loneliness Among Divorced and Married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29 (1), pp. 1–12.

De Gruiter M., en R. Verwijs, 2010, Praktijken voor de aanpak van eenzaamheid bij oudere migranten. Verwey_Jonker Instituut, Utrecht, pp.13–81.

Ernst, J.M. en J.T. Cacioppo, 1999, Lonely hearts: psychological perspectives on loneliness. *Applied & Preventive Psychology*, 8, pp. 1–22.

GGD'en, CBS en RIVM, 2012, [Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012](#).

Jong Gierveld, J., de, en T. G. van Tilburg, 1991, Kwaliteitsbepaling van meetinstrumenten via triangulatie. In: P.G. Swanborn, J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg, A.E. Bronner en G.W. Meijnen (red.), *Aspecten van onderzoek: Theorie, variabelen en praktijk*. Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroepen Planning, Organisatie en Beleid & Empirisch Theoretische Sociologie, Utrecht, pp. 29–64.

Jong Gierveld, J., de, en T. G., van Tilburg, 2007a, Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid. In: Van Tilburg, T. G. en J. De Jong Gierveld (red.), Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Van Gorcum, Assen, pp. 7–14.

Jong Gierveld, J., de, en T. G. van Tilburg, 2007b, Het vaststellen van eenzaamheid. In: Van Tilburg, T. G. en J. De Jong Gierveld (Red.), Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Van Gorcum, Assen, pp. 15–23.

Kloosterman, R. en K. van der Houwen, 2014, Frequentie en kwaliteit van sociale contacten. Bevolkingstrends, februari, pp. 1–16.

Korporaal, M., M. I. Broese van Groenou en T. G. van Tilburg, 2008, Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 20 (3), pp. 306–325.

Penninx B. W. J. H., T. van Tilburg, D. M. Kriegsman, D. J. H. Deeg, A. J. Boeke, J. T. van Eijk, 1997, Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146 (6), pp. 510–519.

Russell, D. W., 1996, UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66 (1), pp. 20–40.

Statline, 2014, [Gezondheid, aandoeningen, beperkingen; leeftijd en geslacht, 2010-2013](#). CBS, Heerlen/ Den Haag.

Statline, 2016, [Personen in huishoudens naar leeftijd en geslacht, 1 januari](#). CBS, Heerlen/ Den Haag.

Thurston R. C. , L. D. Kubzansky, 2009 , Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 71 (8), pp. 836–842.

Tilburg T., van, 2007, De partner. In: Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: van Gorcum, pp. 41–50.

TNS Nipo, 2013, Eenzaamheid en vrijwilligerswerk, Rapport Coalitie Erbij.

Bijlage 1: Kerncijfers

1. Eenzaamheid naar achtergrondkenmerken, 2012–2015

	2012			2013			2014			2015		
	Niet	Enigs-zins	Sterk	Niet	Enigs-zins	Sterk	Niet	Enigs-zins	Sterk	Niet	Enigs-zins	Sterk
Mate van eenzaamheid												
	%											
Totaal	42	55	4	39	57	4	39	57	4	37	58	4
Geslacht												
Man	38	58	4	34	61	5	35	60	4	33	62	5
Vrouw	45	52	3	43	53	3	43	54	3	42	55	3
Leeftijd												
15 tot 25 jaar	51	48	1	45	53	2	46	53	1	42	57	2
25 tot 35 jaar	47	51	2	46	51	3	41	56	3	40	58	2
35 tot 45 jaar	46	51	4	43	52	4	42	54	4	40	56	4
45 tot 55 jaar	42	54	4	38	58	4	41	55	5	41	54	5
55 tot 65 jaar	37	58	5	36	59	6	36	60	4	35	60	5
65 tot 75 jaar	33	64	4	35	61	4	35	61	4	32	63	5
75 jaar of ouder	28	66	6	21	74	5	26	66	8	28	66	7
Onderwijsniveau												
Basisonderwijs	29	63	8	32	61	7	31	61	8	28	63	9
Vmbo, avo onderbouw, mbo 1	38	58	4	33	63	4	37	59	4	35	60	5
Mbo 2,3,4, havo, vwo	43	54	3	39	56	4	40	56	3	39	57	4
Hbo-, wo-bachelor	50	48	2	45	53	2	42	56	2	41	56	2
Hbo-, wo-master, doctor	47	51	2	46	51	3	42	55	2	38	59	3
Herkomst												
Autochtoon	43	54	3	40	57	4	40	57	3	39	57	4
Westers allochtoon	42	54	4	39	58	4	38	57	5	33	63	4
Niet-westers allochtoon	32	61	7	33	60	7	33	62	5	32	61	7
Positie in het huishouden												
Alleenstaande	37	57	6	32	62	6	34	61	5	32	62	6
Lid paar zonder kinderen	36	60	4	36	60	4	37	59	4	35	60	5
Lid paar met kinderen	47	51	2	44	53	3	42	55	3	42	55	3
Alleenstaande ouder	38	58	4	46	47	7	40	53	7	37	57	6
Thuiswonend kind	57	41	2	47	50	3	46	53	1	43	55	2
Betaald werk												
Ja	47	51	2	45	53	3	43	54	3	41	56	3
Nee	33	61	6	29	64	7	32	62	6	31	62	7
Gestandaardiseerd huishoudensinkomen												
1 ^e kwartiel (25% huishoudens met laagste inkomens)	36	59	5	37	57	6	34	61	5	33	61	6
2 ^e kwartiel	38	57	4	35	60	5	36	59	5	33	62	5
3 ^e kwartiel	44	53	3	39	58	3	40	57	3	40	57	3
4 ^e kwartiel (25% huishoudens met hoogste inkomens)	47	51	2	43	54	3	43	54	2	41	55	3
Stedelijkheid van de gemeente												
Zeer sterk stedelijk	41	54	4	37	60	4	39	57	4	37	58	5
Sterk stedelijk	41	55	4	38	58	4	38	59	3	36	60	4
Matig stedelijk	43	53	4	40	55	5	40	56	4	38	58	4
Weinig stedelijk	41	56	3	40	56	4	40	57	3	40	57	3
Niet stedelijk	42	54	3	41	55	5	38	58	4	37	59	4

Bron: CBS, Sociale samenhang en welzijn, 2012–2015.

2. Correlatiematrix met eenzaamheid, welzijn, sociale netwerk en gezondheid, 2015

Indicator	Gemiddelde	Standaarddeviatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Eenzaamheid (0 niet – 1 wel)	–	–	1,00										
2. Geluk (1 zeer ongelukkig – 10 zeer gelukkig)	7,7	1,3	–0,23	1,00									
3. Familiecontact (1 zelden/nooit – 5 dagelijks)	4,1	0,8	–0,10	0,10	1,00								
4. Vriendencontact (1 zelden/nooit – 5 dagelijks)	4,0	0,9	–0,25	0,13	0,23	1,00							
5. Burencontact (1 zelden/nooit – 5 dagelijks)	3,5	1,2	–0,12	0,13	0,14	0,15	1,00						
6. Vrijwilligerswerk (1 nee – 2 ja)	–	–	–0,08	0,09	0,04	0,13	0,09	1,00					
7. Verenigingsdeelname (1 nooit – 4 één keer per week)	2,3	1,3	–0,09	0,11	0,02	0,18	0,06	0,30	1,00				
8. Algemeen vertrouwen (1 je kunt niet voorzichtig genoeg zijn – 2 anderen zijn te vertrouwen)	–	–	–0,10	0,13	–0,03	0,06	0,03	0,14	0,13	1,00			
9. Algemene gezondheid (1 zeer slecht – 5 zeer goed)	3,8	0,8	–0,18	0,35	0,06	0,19	0,01	0,14	0,18	0,15	1,00		
10. Langdurige aandoeningen (1 nee – 2 ja)	–	–	0,11	–0,17	–0,02	–0,13	0,03	–0,07	–0,12	–0,06	–0,52	1,00	
11. Lichamelijke belemmeringen (1 niet – 3 sterk)	1,4	0,6	0,18	–0,25	–0,03	–0,17	0,03	–0,13	–0,15	–0,13	–0,61	0,59	1,00

Bijlage 2: Vraagstellingen

Eenzaamheid

Eenzaamheid is gemeten met een verkorte versie van de UCLA Loneliness Scale (De Jong Gierveld en Van Tilburg, 1991; Russell, 1996). Aan de hand van zes stellingen is de mate van eenzaamheid bepaald. De stellingen luiden als volgt:

1. Er zijn mensen met wie ik goed kan praten.
2. Ik voel me van andere mensen geïsoleerd.
3. Er zijn mensen bij wie ik terecht kan.
4. Er zijn mensen die me echt begrijpen.
5. Ik maak deel uit van een groep vrienden.
6. Mijn sociale contacten zijn oppervlakkig.

De antwoordcategorieën zijn: 'ja', 'soms' en 'nee'. Een 'ja' levert 0 punten, een 'soms' 1 punt, en een 'nee' 2 punten voor de stellingen 1, 3, 4 en 5. Bij de stellingen 2 en 6 zijn de antwoorden anders gecodeerd. Een 'ja' levert 2 punten op, een 'soms' 1 punt, en een 'nee' 0 punten. De zes vragen kunnen samen maximaal 12 punten opleveren. Een hogere score betekent een sterkere mate van eenzaamheid.

Iemand wordt eenzaam genoemd bij een score van 7 punten of hoger. Iemand die 1 tot en met 6 punten scoort wordt als 'weinig of enigszins eenzaam' gezien. Mensen zijn als eenzaam geclassificeerd als zij op ten minste één aspect van hun sociale contacten een sterk gemis ervaren. Degenen die weinig of enigszins eenzaam zijn, ervaren niet constant een sterk gemis maar op ten minste één aspect soms een gemis. Deze middengroep is in het artikel samengevoegd met de mensen die niet eenzaam zijn, omdat de focus ligt op de groep eenzamen.

Geluk

Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u zichzelf een gelukkig mens vindt? Een 1 staat voor 'volledig ongelukkig/ontevreden' en 10 voor 'volledig gelukkig/tevreden'.

Tevredenheid met het leven

Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat je nu leidt? Een 1 staat voor 'volledig ongelukkig/ontevreden' en 10 voor 'volledig gelukkig/tevreden'.

Contact met familie

Hoe vaak heeft u contact met één of meer familieleden of gezinsleden die niet bij u in huis wonen? De antwoordcategorieën zijn als volgt: 'dagelijks', 'minstens 1 x per week, maar niet dagelijks', 'minstens 1 x per maand, maar niet wekelijks', 'minder dan 1 x per maand' en 'zelden of nooit'.

Contact met vrienden

Hoe vaak heeft u contact met vrienden, vriendinnen of echt goede kennissen? De antwoordcategorieën zijn als volgt: 'dagelijks', 'minstens 1 x per week, maar niet dagelijks', 'minstens 1 x per maand, maar niet wekelijks', 'minder dan 1 x per maand' en 'zelden of nooit'.

Contact met buren

Hoe vaak heeft u contact met buren? De antwoordcategorieën zijn als volgt: 'dagelijks', 'minstens 1 x per week, maar niet dagelijks', 'minstens 1 x per maand, maar niet wekelijks', 'minder dan 1 x per maand' en 'zelden of nooit'.

Vrijwilligerswerk

Heeft u in de afgelopen 12 maanden wel eens vrijwilligerswerk gedaan?

Verenigingsleven

Hoe vaak neemt u deel aan activiteiten van één of meer verenigingen? De antwoordcategorieën zijn: 'minimaal 1 x per week', 'minimaal 1 x per maand', 'minder dan 1 x per maand' of 'nooit'.

Sociaal vertrouwen

Vindt u over het algemeen dat de meeste mensen wel te vertrouwen zijn of vindt u dat men niet voorzichtig genoeg kan zijn in de omgang met mensen? De antwoordcategorieën zijn: 'Meeste mensen zijn wel te vertrouwen' of 'Men kan niet voorzichtig genoeg zijn'.

Algemene gezondheid

Hoe is over het algemeen uw gezondheid? Antwoordenmogelijkheden zijn: 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel', 'slecht' en 'zeer slecht'.

Eén of meer langdurige aandoeningen

Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?

Mate van belemmerd zijn

1. In welke mate bent u vanwege problemen met uw gezondheid beperkt in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?
2. In welke mate heeft u moeite met het uitvoeren van bepaalde handelingen, bijvoorbeeld de trap op- en aflopen? 'Zonder moeite', 'met enige moeite', 'met grote moeite', 'alleen met hulp van anderen' of 'zelfs niet met hulp van anderen konden'.
3. Op basis van deze twee vragen zijn respondenten ingedeeld in drie groepen: degenen die geen, die lichte of die zware lichamelijke belemmeringen hebben.

Bijlage 3: Logistische regressieanalyses

3. Logistische regressieanalyses met relatie van achtergrondkenmerken en gezondheid met eenzaamheid, 2015

	Model 1: achtergrondkenmerken		Model 2: achtergrondkenmerken uitgebreid		Model 3: achtergrondkenmerken uitgebreid en gezondheid	
	Wald	Odds ratio	Wald	Odds ratio	Wald	Odds ratio
Constante	85,33**	0,06	19,36**	0,18	0,87	0,68
Geslacht (man, vrouw)	18,22**	0,59	23,13**	0,54	23,41**	0,53
Leeftijd (15–101)	40,45**	1,02	14,89**	1,02	3,08	1,01
Opleidingsniveau (referentie: basisonderwijs)	36,47**		34,15**		12,91*	
Vmbo, avo onderbouw, mbo 1	6,65*	0,62	5,87*	0,64	0,72	0,85
Mbo 2,3,4, havo, vwo	21,22**	0,45	21,04**	0,44	6,26*	0,62
Hbo-, wo-bachelor	25,59**	0,31	24,91**	0,30	8,58**	0,48
Hbo-, wo-master, doctor	16,39**	0,34	16,36**	0,31	6,08*	0,48
Herkomst (referentie: autochtoon)	20,07**		9,74**		8,01*	
Westers allochtoon	0,01	0,98	0,17	0,91	0,03	0,97
Niet-westers allochtoon	19,59**	2,17	8,95**	1,75	7,67**	1,72
Positie in het huishouden (referentie: alleenstaande)			7,59		5,80	
Lid paar zonder kinderen			0,80	0,87	0,00	0,99
Lid paar met kinderen			2,66	0,74	0,60	0,86
Alleenstaande ouder			0,24	1,16	1,03	1,37
Thuiswonend kind			5,61*	0,46	3,61	0,52
Overig			0,15	0,85	0,02	0,94
Stedelijkheid (referentie: zeer sterk stedelijk)			6,00		4,34	
Sterk stedelijk			2,48	0,77	1,24	0,83
Matig stedelijk			2,27	0,74	1,40	0,79
Weinig stedelijk			5,20*	0,63	3,69	0,68
Niet stedelijk			0,26	0,88	0,04	0,95
Gestandaardiseerd huishoudensinkomen (referentie: 1 ^e kwartiel)			9,83*		4,17	
2 ^e kwartiel			4,76*	0,69	1,83	0,79
3 ^e kwartiel			9,13**	0,57	3,51	0,69
4 ^e kwartiel (25% huishoudens met hoogste inkomens)			3,58	0,70	0,37	0,89
Algemene gezondheid (referentie: zeer slecht/slecht)					137,16**	
Gaat wel					41,91**	0,33
Goed					123,18**	0,14
Zeer goed					64,29**	0,11
Verklaarde variantie (Nagelkerke R ²)	0,06		0,07		0,14	

Noot. * p < 0,05; ** p < 0,01.

Verklaring van tekens

Niets (blanco)	Een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
.	Het cijfer is onbekend, onvoldoende betrouwbaar of geheim
*	Voorlopige cijfers
**	Nader voorlopige cijfers
2015–2016	2015 tot en met 2016
2015/2016	Het gemiddelde over de jaren 2015 tot en met 2016
2015/'16	Oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2015 en eindigend in 2016
2013/'14–2015/'16	Oogstjaar, boekjaar, enz., 2013/'14 tot en met 2015/'16

In geval van afronding kan het voorkomen dat het weergegeven totaal niet overeenstemt met de som van de getallen.

Colofon

Uitgever

Centraal Bureau voor de Statistiek
Henri Faasdreef 312, 2492 JP Den Haag
www.cbs.nl

Prepress

CCN Creatie, Den Haag

Ontwerp

Edenspiekermann

Inlichtingen

Tel. 088 570 7070
Via contactformulier: www.cbs.nl/infoservice

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen/Bonaire, 2016.
Verveelvoudigen is toegestaan, mits CBS als bron wordt vermeld.