

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2011 – Volume 20, Issue 4, pp. 40–61
URN:NBN:NL:UI:10-1-101693

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Igitur publishing, in cooperation
with Utrecht University of Applied Sciences,
Faculty of Society and Law

Copyright: this work has been published under a
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Dr. Anja Machielse is associate professor at
the University of Humanistic Studies and senior
researcher at LESI (National Expertise Centre for
Social Intervention).

Correspondence to: LESI, P.O. Box 80.140, 3508 TC
Utrecht, The Netherlands.

E-mail: a.machielse@lesi.nl

Received: 31 August 2011

Accepted: 29 October 2011

Review Category: Research

SOCIAAL ISOLEMENT BIJ OUDEREN: EEN TYPOLOGIE ALS RICHTLIJN VOOR EFFECTIEVE INTERVENTIES

ANJA MACHIELSE

ABSTRACT

Social isolation among older people: a typology as guide for effective interventions

In the Netherlands many interventions are implemented to reduce or prevent social isolation amongst older people, but most interventions appear to have little effect. Interventions to combat or solve social isolation face some important problems. The main problem is the heterogeneity of the socially isolated. This article provides insight in this heterogeneity by means of a typology of eight types of socially isolated people. The typology may serve as a tool for defining appropriate interventions and guidance. It shows that the time investment and the intensity of the intervention can vary significantly. The typology also shows what results can be achieved and what the limits of what can be achieved by social professionals are. For certain types, isolation can be

counterbalanced or removed. For other types, results can be achieved within the field of practical problem-solving. Sometimes, it is not possible to improve the situation. In those cases, creating a safety net to prevent further escalation of the situation is the last alternative.

Keywords

Social isolation, loneliness, frailty, frail elderly, older people, social interventions, qualitative study

SAMENVATTING

Sociaal isolement bij ouderen: een typologie als richtlijn voor effectieve interventies

In Nederland worden veel interventies uitgevoerd om sociaal isolement bij ouderen te verminderen of te voorkomen. De meeste interventies blijken echter weinig effectief. De belangrijkste problemen in de interventiepraktijk zijn de relatieve onzichtbaarheid en de heterogeniteit van de doelgroep. In dit artikel wordt de heterogeniteit inzichtelijk gemaakt met behulp van een typologie met herkenbare typen sociaal geïsoleerde ouderen. Deze typologie kan als richtlijn dienen voor het bepalen van passende interventies en begeleidingsvormen. De typologie laat zien dat de tijdsinvestering en de intensiteit van de hulp per type sterk kan verschillen. Ook wordt duidelijk welke resultaten mogelijk zijn bij verschillende categorieën en waar de grenzen van de hulpverlening liggen. In sommige gevallen is netwerkontwikkeling of activering mogelijk en kan het isolement worden opgeheven. In andere gevallen liggen de resultaten eerder op het terrein van praktische probleemoplossing. Soms is het niet mogelijk om de situatie te verbeteren en kan een vangnet worden gecreëerd om verder afglijden te voorkomen.

Trefwoorden

Sociaal isolement, eenzaamheid, kwetsbaarheid, kwetsbare ouderen, ouderen, sociale interventies, kwalitatief onderzoek

INLEIDING

De laatste jaren is sociaal isolement een belangrijk thema in beleid en interventies. De motivatie voor deze beleidsmatige aandacht wordt gevonden in centrale doelstellingen van het vigerende overheidsbeleid, namelijk zelfredzaamheid en participatie.

Een eerste argument om sociaal isolement aan te pakken, is de beperkte zelfredzaamheid van sociaal geïsoleerde burgers. Mensen die in een sociaal isolement leven, beschikken niet over een netwerk met personen die zo nodig mantelzorg of andere vormen van steun kunnen bieden. Als ze (tijdelijk of structureel) hulpbehoevend worden, zijn ze volledig aangewezen op professionele hulp (Machielse, 2003, 2006a). In het ergste geval is (tijdelijke) opname in een verzorgings- of verpleeghuis noodzakelijk (Van Campen, 2011).

Een tweede argument hangt samen met de geringe sociale en maatschappelijke participatie van sociaal geïsoleerde burgers. Deelname aan het sociale en maatschappelijke leven vormt een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke betrokkenheid en sociale cohesie (RMO, 1997). Sociaal geïsoleerden participeren niet in sociale netwerken en nemen minder deel aan maatschappelijke activiteiten. Hierdoor zijn ze nauwelijks betrokken bij de samenleving en hebben ze weinig mogelijkheden om solidariteit met anderen te betuigen (Machielse, 2006a).

De aandacht voor sociaal isolement is nadrukkelijk gepositioneerd in de beleidscontext van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die tot doel heeft de onderlinge betrokkenheid tussen mensen te bevorderen en te bewerkstelligen dat mensen zo veel mogelijk voor zichzelf en voor elkaar zorgen. Als burgers zelf geen oplossingen vinden voor hun problemen en als ook het eigen netwerk van familie, vrienden, bekenden en burens tekortschiet of ontbreekt, kunnen ze een beroep doen op professionals voor de benodigde ondersteuning (TK, 2004/2005).

Vanuit deze motivaties zijn de afgelopen jaren in Nederland veel interventies uitgevoerd om sociaal isolement te verminderen of te voorkomen. Uit evaluatieonderzoek blijkt echter dat de meeste interventies weinig effectief zijn en dat een groot deel van de sociaal geïsoleerden met bestaande interventies niet wordt bereikt (Findlay, 2003; Fokkema & Van Tilburg, 2006; Machielse, 2003, 2006a). Een eerste reden hiervoor is de relatieve *onzichtbaarheid* van de doelgroep. De meeste sociaal geïsoleerden melden zich niet bij instanties voor hulp en ondersteuning. Ze komen pas in beeld als de situatie uit de hand is gelopen en als complexe vormen van hulpverlening nodig zijn (Machielse, 2003). Een tweede probleem is de *heterogeniteit* van de doelgroep. Het aanbod van voorzieningen en interventies is vooral gericht op netwerkontwikkeling en activering, terwijl de aangrijpingspunten voor interventies sterk uiteen kunnen lopen (Findlay, 2003; Machielse, 2006a). De belangrijkste behoeften in het werkveld hebben dan ook betrekking op het bereiken van de doelgroep en het ontwikkelen van passende interventies die zijn afgestemd op de heterogeniteit daarvan.

In dit artikel staat de heterogeniteit van de doelgroep centraal. De heterogeniteit wordt inzichtelijk gemaakt door middel van een typologie, die als hulpmiddel kan dienen in de interventiepraktijk.

De typologie laat zien welke categorieën sociaal geïsoleerde ouderen zijn te onderscheiden met het oog op de inzet van passende interventies en begeleidingsvormen, welke resultaten bij verschillende categorieën kunnen worden bereikt en waar de grenzen van de hulpverlening liggen. Met behulp van deze typologie is het mogelijk om relatief snel een diagnose te stellen die tot onderbouwde keuzes voor een aanpak kan leiden. De typologie is het resultaat van een onderzoeksproject dat van 2006 tot 2010 in Rotterdam is uitgevoerd (zie: Machielse & Hortulanus, 2011).

Het artikel omvat vier delen. Om te beginnen wordt ingegaan op de theoretische achtergronden van sociaal isolement en op knelpunten in de interventiepraktijk. Daarna volgt een korte beschrijving van de onderzoeksstrategie en de methode van dataverzameling die is gebruikt om tot een typologie met interventieprofielen te komen. Hierna wordt de typologie met interventieprofielen toegelicht. Aan de hand van concrete voorbeelden wordt vervolgens duidelijk gemaakt hoe verschillende typen sociaal geïsoleerde ouderen bereikt en begeleid kunnen worden en welke resultaten te verwachten zijn. Tot slot volgen enkele concluderende opmerkingen.

THEORETISCHE ACHTERGROND

Sociaal isolement is een term die op zeer uiteenlopende wijzen wordt gebruikt. In dit artikel verstaan we onder sociaal isolement het ontbreken van *ondersteunende* relaties in het persoonlijke leven. Het gaat dan om persoonlijke relaties met familie, vrienden en bekenden waar mensen in geval van nood op terug kunnen vallen voor praktische, emotionele of gezelschapssteun (Machielse, 2006a). In deze betekenis is sociaal isolement de tegenhanger van *sociale weerbaarheid*. Mensen zijn sociaal weerbaar als zij beschikken over een netwerk met personen die hen praktisch, emotioneel en sociaal kunnen ondersteunen en in staat zijn om dit netwerk bij problemen te mobiliseren. Personen die er niet in slagen een ondersteunend netwerk op te bouwen en te benutten, zijn meer kwetsbaar dan personen die over een goed functionerend netwerk beschikken. Bij problemen of tegenslagen staan ze er alleen voor of zijn ze aangewezen op professionele vormen van zorg en hulpverlening.

In deze benadering staat de mate van sociale steun die iemand kan genereren centraal. Deze invalshoek is ontleend aan het onderzoek naar sociale contacten van Hortulanus, Machielse en Meeuwesen (2003, 2006). In hun onderzoek worden naast sociaal weerbaren en sociaal geïsoleerden twee groepen onderscheiden die een verhoogd risico hebben om sociaal geïsoleerd te raken, namelijk eenzamen en contactarmen. *Eenzamen* zijn personen die weliswaar een groot netwerk hebben, maar zich eenzaam voelen omdat de aanwezige contacten niet aan hun wensen

voldoen. *Contactarmen* zijn personen die geen last hebben van eenzaamheidsgevoelens, maar een klein en eenzijdig netwerk hebben. Beide groepen zijn – om verschillende redenen – kwetsbaar op het sociale vlak. Mensen die langdurig met eenzaamheidsgevoelens kampen, zien hun netwerk in de loop der tijd kleiner worden of verdwijnen; ze vormen geen aantrekkelijk gezelschap, of trekken zichzelf terug uit het sociale leven omdat de aanwezige contacten niet aan hun behoefte voldoen. Bij contactarmen is de situatie zeer kwetsbaar: als een belangrijke persoon uit het netwerk wegvalt, wordt een groot beroep op iemands competenties gedaan om een nieuw contact met dezelfde kwaliteit tot stand te brengen. In beide gevallen bestaat het risico op sociaal isolement.

Oorzaken en achtergronden van sociaal isolement

Uit onderzoek blijkt dat er geen cruciale factor vast te stellen is die het ontstaan van sociaal isolement kan verklaren of voorspellen (Hortulanus *et al.*, 2003). Vaak is er sprake van verschillende persoonlijke problemen die met elkaar verweven zijn en zich in de loop der tijd steeds meer opstapelen. Het gaat dan bijvoorbeeld om gezondheidsproblemen, problemen met opleiding en werk, of financiële problemen. In veel gevallen is de problematiek al vroeg in het leven begonnen, bijvoorbeeld door problematische omstandigheden in de vroegere gezinssituatie (Machielse, 2003, 2006a).

Soms zijn er bepaalde omstandigheden of gebeurtenissen aan te wijzen die een negatieve spiraal in gang hebben gezet, zoals het overlijden van een dierbare, een echtscheiding, het verlies van werk of een verhuizing. Het bestaande netwerk is door de gebeurtenissen kleiner geworden of helemaal verdwenen. Wanneer mensen niet in staat zijn om de benodigde steun te mobiliseren en nieuwe relaties aan te gaan, kunnen ze de regie over hun leven verliezen en in een sociaal isolement terecht komen.

Sociale competenties

Sociaal isolement is niet los te zien van maatschappelijke ontwikkelingen die zich de afgelopen decennia hebben voorgedaan en die belangrijke gevolgen hebben voor de sociale verbanden die mensen met elkaar aangaan (Giddens, 2002). In de moderne samenleving kunnen mensen minder terugvallen op vanzelfsprekende verbanden, zoals familierelaties en relaties in de buurt, en moeten ze hun sociale leven meer zelf gestalten geven. Het functioneren in deze nieuwe situatie vereist sociale competenties zoals sociale vaardigheden, zelfvertrouwen en probleemoplossende vermogens (Appelhof & Walraven, 2002). De mate waarin iemand over deze competenties

beschikt, heeft grote invloed op zijn mogelijkheden om deel te nemen aan het sociale en maatschappelijke leven. Wanneer mensen onvoldoende sociale competenties bezitten, slagen ze er niet of slechts met moeite in om zich aan te sluiten bij relevante netwerken in de samenleving (Côté & Levine, 2002).

Sociale competenties hebben ook invloed op de strategieën die mensen hanteren bij het omgaan met moeilijke situaties of gebeurtenissen. Goede sociale competenties maken het mogelijk om problemen en tegenslagen *actief* te lijf te gaan. Gebrekkige sociale competenties leiden veeleer tot *passieve* overlevingsstrategieën die zich manifesteren in emotionele ontkenning, vermindering of terugtrekgedrag (Lazarus & Folkman, 1987). Deze passieve strategieën hebben tot gevolg dat mensen steeds verder afglijden.

Neerwaartse spiraal

Wanneer mensen geen deel uitmaken van sociale verbanden heeft dat een negatieve invloed op hun levenskwaliteit. Het gemis aan voldoende ondersteunende relaties vormt een ernstige bedreiging voor hun gezondheid en hun individuele welbevinden (Sarason, Sarason & Gurung, 2001; Tomaka, Thompson & Palacios, 2006). Naarmate sociaal isolement langer duurt, zien we vaak een neerwaartse spiraal waarbij ook problemen ontstaan op andere levensterreinen, zoals verslaving, schulden of vervuiling (Machielse & Hortulanus, 2011).

Wanneer de problemen geleidelijk cumuleren, raken de relaties met de sociale omgeving steeds meer verstoord. Veel sociaal geïsoleerden trekken zich steeds verder terug uit de samenleving waardoor hun participatie en morele integratie nog minder wordt (Machielse, 2006a). Vaak weten ze de weg niet meer te vinden naar professionele instellingen en vertonen ze zorgmijndend gedrag (Hortulanus *et al.*, 2003; Machielse, 2006b). Om een neerwaartse spiraal te doorbreken is (professionele) hulp of begeleiding van anderen onontbeerlijk.

Knelpunten in de interventiepraktijk

Hoewel er voldoende argumenten zijn om sociaal isolement aan te pakken, stuiten interventies om deze problematiek tegen te gaan of op te lossen op een aantal problemen.

Een eerste probleem is het slechte bereik van sociaal geïsoleerde burgers. De meeste sociaal geïsoleerden melden zich niet bij instanties voor hulp en ondersteuning. Ze hebben weinig inzicht in hun eigen situatie, schamen zich voor hun isolement of weten niet dat ze hulp kunnen krijgen bij deze problematiek. Anderen willen bewust geen hulp en mijden alle vormen van hulp of ondersteuning. Ze hebben strategieën ontwikkeld om met hun situatie om te gaan; ze

ontkennen hun problemen, vermijden contacten met anderen en trekken zich steeds verder uit de samenleving terug. De noodzaak om iets aan hun situatie te doen, wordt steeds minder gevoeld. Met name de meeste kwetsbaren vertonen vaak zorgmijndend gedrag (Machielse, 2006a). Een tweede probleem is het eenzijdige aanbod van voorzieningen en interventies, vooral gericht op netwerkontwikkeling en activering. Veel interventies sluiten onvoldoende aan bij de specifieke omstandigheden en behoeften van de doelgroep, waardoor de effecten gering zijn (Findlay, 2003; Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; Fokkema & Van Tilburg, 2006). Het sociale onvermogen van sociaal geïsoleerden kan zich op zeer verschillende manieren manifesteren en in veel gevallen is de problematiek zo complex dat interventies die simpelweg gericht zijn op bevordering van sociale participatie of uitbreiding van het sociale netwerk niet realistisch zijn. Bovendien is sociaal isolement vaak verweven met andere persoonlijke problemen en de aanpak ervan vereist dan een breed palet van op elkaar afgestemde interventies (Machielse & Hortulanus, 2011).

METHODE

Van 2006 tot 2010 is in Rotterdam een onderzoeksproject uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in effectieve werkwijzen en interventies die de situatie van sociaal geïsoleerde ouderen kunnen verbeteren. In voorgaande jaren was in Rotterdam al enige ervaring opgedaan met het bestrijden van sociaal isolement bij ouderen. Het bleek echter lastig om de meest kwetsbare ouderen te bereiken en ook de resultaten van de ingezette interventies lieten te wensen over. Het onderzoeksproject *Voorkomen en bestrijden van sociaal isolement bij ouderen* is opgezet om hier verandering in te brengen (Gemeente Rotterdam, 2005).

In het kader van dit project zijn in de periode 1 februari 2007 tot 1 februari 2010 zes projecten uitgevoerd door organisaties voor welzijn en maatschappelijke dienstverlening.¹ Deze projecten zijn begeleid in de vorm van een actieonderzoek, een vorm van procesbegeleidend onderzoek waarbij onderzoekers niet alleen inhoudelijk onderzoek doen, maar ook een rol vervullen in het veranderingsproces ('t Hart, Boeije & Hox, 2005). Het inhoudelijke onderzoek was vooral gericht op de ontwikkeling van interventieprofielen die als grondslag kunnen dienen voor een doelmatige aanpak van sociaal isolement bij ouderen.

Voor de ontwikkeling van deze profielen is een kwalitatieve onderzoeksstrategie gehanteerd die veel ruimte biedt aan de eigen opvattingen en ervaringen van de onderzochten, in dit geval sociaal geïsoleerde ouderen en professionals die hen begeleiden. Het uitgangspunt hierbij is dat mensen in het dagelijkse leven betekenis geven aan gebeurtenissen en ervaringen en dat ze op basis van die betekenisgeving handelen. Bij kwalitatief onderzoek probeert men deze betekenissen en daaruit voortkomende gedragingen te beschrijven, te interpreteren en zo mogelijk te verklaren vanuit het

inner perspective van de onderzochten (Wester, 1995). Dit veronderstelt een onderzoeksstrategie waarbij de onderzoeker intensief contact heeft met het werkveld, in dit geval ouderenwerkers, maatschappelijk werkers en mantelzorgondersteuners van de betrokken organisaties.

De onderzoeksgegevens die aan de typologie van interventieprofielen ten grondslag liggen, zijn systematisch verzameld bij professionals en cliënten van de zes pilotorganisaties. Daarbij zijn de volgende bronnen gebruikt:

1. *Logboeken* waarin professionals de voortgang van begeleidingstrajecten met sociaal geïsoleerde cliënten beschrijven. De logboeken bevatten casusbeschrijvingen met relevante informatie over de betreffende cliënt, alsmede bezoek- en reflectieverslagen. In totaal zijn 290 casussen beschreven.
2. *Diepte-interviews* met cliënten van de pilotorganisaties die als sociaal geïsoleerd zijn geregistreerd. In totaal zijn 43 cliënten één of meerdere keren geïnterviewd.
3. *Intervisiebijeenkomsten* van uitvoerende professionals die sociaal geïsoleerde cliënten begeleiden. In deze intervisiebijeenkomsten werd gesproken over casuïstiek en over problemen met betrekking tot de interventies. De onderzoeker is bij een groot aantal intervisiebijeenkomsten aanwezig geweest. In andere gevallen zijn de bijeenkomsten op band opgenomen en ter beschikking gesteld aan de onderzoeker.
4. *Participerende observatie*. De onderzoeker is regelmatig met uitvoerende professionals meegegaan bij cliëntbezoeken. Verder is zij aanwezig geweest bij enkele groepsactiviteiten die georganiseerd zijn voor sociaal geïsoleerde cliënten.
5. *Focusgroepen*. De (tussentijdse) onderzoeksbevindingen en casussen zijn in focusgroepen besproken met uitvoerende professionals die sociaal geïsoleerde cliënten begeleiden.

Respondentengroep

Het project was in principe gericht op ouderen vanaf 55 jaar in de gemeente Rotterdam. Zij vormen de doelgroep van het Rotterdamse Ouderenadvieswerk en het *Actieprogramma Ouderen 2006–2010* (Gemeente Rotterdam, 2005). Omdat niet alleen ouderenwerkers, maar ook maatschappelijk werkers en mantelzorgondersteuners bij het project waren betrokken, is de leeftijdsgrens niet altijd strikt gehanteerd en zijn ook personen jonger dan 55 jaar begeleid. Voor het onderzoek zijn uitsluitend personen van 50 jaar en ouder geselecteerd.

De respondentengroep bestaat uit personen die bij de deelnemende instellingen voor welzijn en maatschappelijke dienstverlening bekend zijn. Informatie over personen die deelnamen aan collectieve activiteiten en arrangementen is verkregen door logboeken, participerende observatie

bij groepsactiviteiten en gesprekken met betrokken professionals. De selectie van de geïnterviewde ouderen heeft plaatsgevonden in overleg met de begeleidende professionals. Daarbij is nadrukkelijk gekozen voor zeer kwetsbare ouderen die individuele vormen van hulp of begeleiding krijgen en bij wie sprake is van complexe problematiek. Deze keuze is gemaakt omdat over de hulpverlening aan deze groep nog weinig bekend was.

Door deze werkwijze zijn geen interviews gehouden met sociaal geïsoleerde ouderen die niet bekend zijn bij de hulpverlening of (nog) niet bereid zijn hulp te accepteren. Uit de logboeken en de gesprekken met de professionals is wel informatie verkregen over de manieren waarop professionals toegang proberen te krijgen tot deze zorgmijdende ouderen en over de uiteindelijke contactlegging. Een aantal geïnterviewde klanten was aanvankelijk zorgmijdend, maar inmiddels in contact met een hulpverlener. De interviews met hen vonden plaats op het moment dat de begeleidende professional voldoende vertrouwen had gekregen om een onderzoeker te introduceren.

Verloop van de interviews

De diepte-interviews vonden plaats met behulp van een semigestructureerde topiclijst. Belangrijkste thema's waren: de aanwezigheid van sociale steun, de waardering daarvan, ingrijpende gebeurtenissen, de gevolgen van deze gebeurtenissen voor het persoonlijke netwerk, de mogelijkheden die respondenten voor zichzelf zien om iets aan de situatie te veranderen en ervaringen met de hulpverlening. De duur van de interviews varieerde van 1,5 uur tot 4 uur. Ze vonden meestal plaats bij de respondenten thuis. In sommige gevallen vond het interview plaats op het kantoor van het ouderenwerk omdat de respondent thuis geen bezoek kon ontvangen (geen stoelen, te veel rommel in huis, te vies). Met één respondent heeft de onderzoeker enkele malen door de stad gewandeld. Ongeveer de helft van de 43 respondenten is een tweede keer geïnterviewd. De vervolgesprekken boden inzicht in de voortgang van de hulpverleningstrajecten en de ervaren baat van de respondenten.

De professionals

Uitvoerende professionals van de zes pilotorganisaties hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de onderzoeksgegevens. Zij schreven logboeken over hun contacten met cliënten en over de problemen waarmee ze in de begeleidingstrajecten werden geconfronteerd. Met professionals die geïnterviewde cliënten begeleiden, is gesproken over de betrokken cliënt. Bedoeling was het professionele oordeel van deze werkers te achterhalen: hun diagnose van de situatie, hun

motivatie voor ingezette interventies, hun ervaringen in het contact met de cliënt en hun visie op de voortgang van het begeleidingstraject. Daarnaast werd gesproken over de ervaringen met sociaal geïsoleerde ouderen in het algemeen.

INTERVENTIEPROFIELEN

Op basis van het onderzoeksmateriaal is een typologie met profielen van verschillende categorieën sociaal geïsoleerde ouderen ontwikkeld. De profielen zijn gebaseerd op een reeds bestaande typologie die theoretisch doordacht en empirisch bevestigd is voor alle leeftijdsgroepen (Machielse, 2003, 2006a). Deze typologie riep in de praktijk van het ouderenwerk veel herkenning op, maar ervaringen en werkwijzen in het project leverden ook nieuwe inzichten op die tot een aanscherping van de typologie hebben geleid. Het belangrijkste verschil met de eerdere versie is dat in de nieuwe typologie ook aandacht is voor *dreigend* isolement en *preventieve* interventies.

Uit de analyse van de onderzoeksgegevens² kwam naar voren dat twee factoren cruciaal zijn voor het kiezen van een interventiestrategie; de *persistentie* van het sociaal isolement en de *handelingsoriëntatie* van de sociaal geïsoleerde persoon met betrekking tot sociale participatie. De persistentie van het isolement heeft betrekking op de duur van de situatie: is het isolement (recentelijk) ontstaan door ingrijpende levensgebeurtenissen of omstandigheden (situationeel isolement) of is het reeds vroeg in het leven begonnen en heeft iemand nooit goed aansluiting bij anderen kunnen vinden (structureel isolement). De handelingsoriëntatie heeft betrekking op de behoefte van de sociaal geïsoleerde aan participatie in formele of informele sociale verbanden. Een combinatie van de twee indicatoren levert acht interventieprofielen op die een relatief snelle diagnose van de Ausgangssituatie van een cliënt mogelijk maken. Schema 1 geeft een overzicht van de interventieprofielen.

De acht profielen zijn getypeerd door termen die een dominante overlevingsstrategie weergeven. *Actieven* voelen zich prettig als ze een actief sociaal leven hebben; *geborgenen* zoeken een beschermend netwerk waarin ze zich veilig voelen; *achterblijvers* verlangen naar de emotionele steun van een hechte relatie, *afhankelijken* zoeken geborgenheid in een afhankelijkheidsrelatie, *compenseerders* compenseren het gebrek aan persoonlijke contacten met functionele activiteiten, *buitenstaanders* functioneren het liefst buiten de reguliere samenleving, *hoopvollen* hebben veel behoefte aan contacten en blijven hopen dat hun situatie ten goede zal keren, en *overlevers* hebben de moed opgegeven en zijn uitsluitend bezig met overleven.

Alle beschreven casussen zijn op grond van de twee indicatoren in de typologie geplaatst. De typeringen zijn vervolgens besproken met de begeleidende professionals.

Schema 1: Interventieprofielen van sociaal geïsoleerde ouderen.

Persistentie van het isolement	Uitgangssituatie m.b.t. sociale participatie		Typen interventies
	Gericht op sociale participatie	Niet (duidelijk) gericht op sociale participatie	
Dreigend isolement	Actieven	Geborgen	Belemmeringen voor participatie weghalen Preventieve interventies (hulp bij rouwverwerking, mantelzorgondersteuning, etc.) Toeleiding naar groepsaanbod/activiteiten Inzet vrijwilliger/match met andere oudere Relatief korte trajecten, niet intensief
Situationeel isolement	Achterblijvers	Afhankelijken	Belemmeringen voor participatie weghalen Individuele begeleiding door professional Doorgeleiding naar specialistische hulp Inzet vrijwilliger/match met andere oudere Toeleiding naar groepsaanbod/activiteiten Relatief korte, intensieve trajecten
Structureel isolement	Compenseerders	Buitenstaanders	Praktische problemen oplossen Monitoren door professional Geen inzet vrijwilliger mogelijk Langdurige trajecten, niet intensief
Structureel isolement, verweven met psychiatrische problematiek	Hoopvollen	Overlevers	Praktische problemen oplossen Begeleiding bij dagelijks functioneren Emotionele en psychosociale steun Doorgeleiding naar specialistische hulp Inzet van gespecialiseerde vrijwilliger Creëren van een professional vangnet Langdurige, intensieve trajecten

Dreigend, situationeel of structureel isolement

Voor de inrichting van de interventiepraktijk is met name de *persistentie* van het isolement van belang: deze geeft zicht op de complexiteit van de problematiek en de verwachte intensiteit van de hulpverlening. Er zijn vier hoofdcategorieën te onderscheiden:

- ouderen die door recente omstandigheden of gebeurtenissen in een sociaal isolement dreigen te komen (*dreigend* isolement);
- ouderen die door omstandigheden of gebeurtenissen in een isolement zijn geraakt (*situationeel* isolement);
- ouderen die al vele jaren in een sociaal isolement verkeren (*structureel* isolement);
- ouderen die *structureel* geïsoleerd zijn en bij wie tevens sprake is van *psychiatrische* problematiek.

De mogelijkheden om de situatie te verbeteren, verschillen per categorie. Bij de eerste twee categorieën (*dreigend* en *situationeel* isolement) gaat het om mensen die *tijdelijk* ondersteuning nodig hebben vanwege ingrijpende levensgebeurtenissen of tegenslagen. Bij de laatste twee categorieën (*structureel* isolement) is de problematiek complexer en is *langdurige* en vaak intensieve ondersteuning nodig, waarbij naast het isolement ook andere problemen worden aangepakt.

Gerichtheid op sociale participatie

Voor het vinden van passende interventies is de handelingsoriëntatie van belang; deze oriëntatie heeft betrekking op de behoefte aan participatie in sociale verbanden. Het kan daarbij gaan om contacten met een partner, familie, vrienden en burens (informele verbanden) of om deelname aan het verenigingsleven, vrijwilligerswerk of betaald werk (formele verbanden). De handelingsoriëntatie van een cliënt zegt iets over diens ambities en verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening en biedt zicht op mogelijke oplossingsrichtingen voor deze specifieke cliënt.

Sommige typen sociaal geïsoleerden hebben een sterke behoefte aan contacten met anderen. Interventies die gericht zijn op activering en netwerkontwikkeling liggen dan voor de hand. Andere typen zijn niet (duidelijk) op sociale participatie gericht; hier kunnen interventies worden ingezet die gericht zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid, het bijstellen van verwachtingen of het leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid.

De interventies moeten bovendien aansluiten bij de strategieën die mensen hanteren om met hun situatie om te gaan. Zo kan de gerichtheid op participatie verschillende vormen aannemen: waar *compenseerders* actief naar mogelijkheden zoeken om te participeren, wachten *hoopvollen* passief af tot de situatie verandert. Ook degenen die niet op participatie zijn gericht, kunnen verschillend met de situatie omgaan; zo klampen *afhankelijken* zich vast aan een enkel contact, terwijl *buitenstaanders* zich nadrukkelijk van de samenleving afkeren. Interventies zijn het meest succesvol als ze aansluiten bij deze ambities en strategieën.

MOGELIJKHEDEN EN GRENZEN VAN DE HULPVERLENING

In deze paragraaf wordt duidelijk welke werkwijzen en mogelijkheden er zijn voor de onderscheiden typen. Ter illustratie bevat de tekst korte beschrijvingen van casussen uit het onderzoek. De casussen hebben een unieke code die verwijst naar de hulpverlenende organisatie (SMDC, SMDD, MDA, CW, SWF, HUM) en het volgnummer van de betreffende respondent.

Het bereiken van sociaal geïsoleerde ouderen

Slechts weinig sociaal geïsoleerden melden zich bij de hulpverlening vanwege problemen met sociale contacten. Een groot deel van hen is echter wel bekend bij hulpverlenende instanties. Ze komen binnen bij het maatschappelijk werk of het ouderenwerk, vanwege praktische problemen of na een ingrijpende gebeurtenis, zoals een afnemende gezondheid of het overlijden van de partner. De hulpverlener kan constateren dat er meer aan de hand is en signalen van vereenzaming of (dreigend) sociaal isolement herkennen.

Een alleenstaande vrouw van 89 jaar komt regelmatig bij de huisarts. Vanwege een afnemende gezondheid wordt ze minder mobiel en kan ze niet meer naar activiteiten. Haar wereld wordt steeds kleiner en de huisarts constateert dat ze dreigt te vereenzamen.

Mevrouw valt in de categorie "actieven": ze heeft altijd gewerkt en had daarnaast een druk sociaal leven. Na haar pensionering bleef ze actief in het verenigingsleven. Door de gezondheidsproblemen lukt dat niet meer. (MDA45)

Met name bij ingrijpende veranderingen in de leefsituatie van cliënten is aandacht voor hun sociale omgeving van belang. Juist dan vormt een goed functionerend netwerk een belangrijke hulpbron. Als het ontbreken hiervan tijdig wordt opgemerkt, kan vaak worden voorkomen dat problemen cumuleren.

Een echtpaar (70-plus) is bekend bij het ouderenwerk omdat ze enige jaren geleden ondersteuning kregen bij hun verhuizing naar een aanleunwoning. Ze zijn zeer aan elkaar gehecht en hebben verder weinig contacten. Als mevrouw gaat dementeren, verzorgt meneer haar tot ze naar een verpleeghuis gaat. Na haar overlijden constateert de ouderenwerker dat meneer depressief wordt; hij wil niet verder leven en dreigt regelmatig met zelfmoord.

Meneer valt in de categorie "achterblijvers"; hij kan het verlies van zijn vrouw niet verwerken en wil zonder haar niet verder. (SMDC37)

Sociaal geïsoleerden bij wie het isolement *structureel is* geworden, zijn meestal niet in beeld bij de reguliere hulpverlening. Ze zijn gewend hun eigen problemen op te lossen en hebben manieren gevonden om zich aan hun situatie aan te passen. Pas als ze het zelf niet meer redden en de problemen zich hebben opgestapeld, wordt hun problematiek zichtbaar. De melding komt vaak van derden, zoals burens, de wijkagent, de huisarts, de huishoudelijke hulp of een huismeester.

Een man van 86 jaar wordt benaderd door de woningcorporatie vanwege een naderende woningrenovatie. Zijn woning is sterk vervuild en staat vol oude spullen. Hij heeft geen koelkast om zijn etenswaren te bewaren en eet alleen nog buitenshuis. De huismeester meldt meneer aan bij het maatschappelijk werk.

Meneer behoort tot de categorie "buitenstaanders"; hij wil geen contacten met andere mensen omdat ze hem niet interesseren. Hij heeft veel hobby's waarbij hij geen anderen nodig heeft. (MDA39)

Een groot deel van de structureel geïsoleerde ouderen vertoont zorgmijndend gedrag. Zij hebben zich geleidelijk uit de samenleving teruggetrokken en zijn min of meer onzichtbaar geworden. Zij komen pas in beeld als de situatie uit de hand loopt of tot overlast in de omgeving leidt. Wanneer zorgelijke situaties vroegtijdig worden gesignaleerd, kan verder afglijden (soms) worden voorkomen. Dat veronderstelt een *outreaching* werkwijze, waarbij deze ouderen actief worden opgespoord en benaderd. Het signaleren van deze ouderen is vaak de eerste stap in een langdurig proces van contactlegging. Het vraagt veel tijd en geduld om een relatie op te bouwen waarbinnen hulp wordt geaccepteerd.

De wijkagent signaleert een man van 86 jaar die zwaar verwaarloosd op straat loopt en vreemd overkomt op buurtgenoten. Hij meldt meneer aan bij het maatschappelijk werk. De

maatschappelijk werker probeert contact te leggen door langs te gaan, te bellen en brieven te schrijven, maar meneer weigert elke vorm van hulp.

Meneer is een typische "overlever"; hij heeft last van zware psychiatrische problematiek en beschikt over gebrekkige sociale vaardigheden. Hij is zeer wantrouwend en sluit zich op in zijn sterk vervuilde woning. De contactlegging duurt bijna twee jaar. Dan staat meneer toe dat de ouderenwerker op vaste tijden naar zijn gezondheid informeert. (SWF13)

Passende interventies

Interventies zijn alleen effectief als ze aansluiten bij de ambities en mogelijkheden van de betrokken cliënten. Bij ouderen die door omstandigheden of gebeurtenissen in een isolement zijn geraakt of dreigen te raken, kan vaak worden volstaan met kortdurende vormen van hulp en ondersteuning. Voor degenen die gericht zijn op sociale participatie ligt toeleiding naar activiteiten of andere vormen van participatie voor de hand.

Een vrouw van 70 jaar heeft altijd bij haar moeder gewoond. Na het overlijden van haar moeder glijdt ze steeds verder af. Ze verwaarloost zichzelf en houdt de gordijnen dicht. Mevrouw behoort tot de categorie "achterblijvers"; ze kan het verlies van haar moeder niet verwerken en mist het emotionele contact. Eigen contacten heeft ze niet. De maatschappelijk werker voert gesprekken met mevrouw om de negatieve spiraal te doorbreken. Hierdoor leert ze beter met haar verdriet om te gaan en gaat ze beter voor zichzelf zorgen. Een vrijwilliger gaat samen met mevrouw naar activiteiten. Na een jaar durft mevrouw alleen te gaan. (HUM18)

Als cliënten geen duidelijke behoefte aan contacten met anderen hebben, ligt de nadruk op het bieden van ondersteuning om de situatie beter aan te kunnen en weer regie over het leven te krijgen. Het aanpakken van praktische problemen staat dan vaak centraal.

Een vrouw van 51 jaar woont samen met haar autistische zoon en haar dementerende moeder. Ze slaapt bij haar moeder in bed en de zoon is regelmatig zeer agressief. Een neef belt het ouderenwerk omdat hij zich zorgen maakt. Mevrouw valt in de categorie "afhankelijken"; ze heeft een symbiotische relatie met haar moeder en wijst andere contacten resoluut af. De ouderenwerker zorgt ervoor dat mevrouw een eigen bed krijgt. Voor de moeder worden thuiszorg, een oppashulp en een verpleeghuisindicatie geregeld. MEE wordt ingeschakeld voor de zoon. (SMDD34)

Bij ouderen in een structureel sociaal isolement liggen de problemen vaak op meerdere levensterreinen. Dit betekent echter niet dat hulp altijd welkom is. Zo houden *compenseerders* en *buitenstaanders* de hulpverlening het liefst buiten de deur. Ze zijn gewend hun problemen zelf op te lossen, ontkennen hun problemen en weigeren alle hulp. Soms kan de hulpverlener een praktisch probleem aanpakken en proberen een vertrouwensband op te bouwen.

Een man van 63 jaar had altijd voldoende aan de contacten op zijn werk. Door gezondheidsproblemen is hij afgekeurd en al zijn contacten kwijtgeraakt. Hij maakt schulden en raakt in een neerwaartse spiraal. De woningcorporatie meldt meneer bij het ouderenwerk vanwege een dreigende huisuitzetting.

Meneer is een typische "compenseerder"; hij heeft zijn gebrek aan persoonlijke contacten altijd ingevuld met zakelijke contacten. De ouderenwerker mag de schuldenproblematiek oplossen. Het isolement is niet bespreekbaar en verdere hulp wordt geweigerd. (SWF05)

Wanneer structureel isolement met psychiatrische problematiek gepaard gaat, zijn intensieve, langdurige trajecten met veel professionele inzet noodzakelijk.

Een vrouw van 78 jaar belt regelmatig naar de huisarts en de ambulancedienst omdat ze denkt een hersenbloeding te hebben. De huisarts gaat op huisbezoek en constateert dat er sprake is van ernstige vervuiling en slechte zelfzorg. De huisarts meldt mevrouw aan bij het ouderenwerk.

Mevrouw valt in de categorie "hoopvollen"; ze kampt met zware psychiatrische problematiek en heeft last van een straatfobie. Haar kinderen heeft ze al twintig jaar niet gezien, maar ze blijft hopen dat ze ooit weer langs zullen komen. De ouderenwerker weet voorzichtig vertrouwen te winnen. Na een half jaar kan ze een clean-team en gespecialiseerde thuiszorg inschakelen. Daarna wordt een vrijwilliger gevonden die mevrouw regelmatig mee naar buiten neemt. (SMDD38/HUM21)

Effectieve interventies bij sociaal isolement veronderstellen een adequate probleemanalyse waarbij de situatie goed in beeld komt en inzicht ontstaat in de behoeften en mogelijkheden van een specifieke cliënt. Het is echter niet gemakkelijk om sociaal isolement bespreekbaar te maken; het ontbreken van een netwerk met ondersteunende relaties wordt over het algemeen als zeer schaamtevol ervaren. Hulpverlening aan sociaal geïsoleerden vraagt daarom niet alleen inhoudelijke kennis over achtergronden en verschijningsvormen van sociaal isolement, maar ook *relationele* vaardigheden. Belangrijke aspecten van de hulpverlening zijn de contactlegging met

moeilijk bereikbare ouderen, het winnen van vertrouwen, present kunnen zijn en het vasthouden van motivatie als concrete resultaten (lang) uitblijven.

Resultaten van interventies

De resultaten die behaald kunnen worden, verschillen per type. Met ouderen die in een sociaal isolement *dreigen* te raken zijn meestal goede resultaten te bereiken in termen van netwerkontwikkeling of activering. Door de juiste hulp en ondersteuning kan bij deze cliënten een situatie van sociaal isolement worden voorkomen.

Een vrouw van 88 jaar is al twintig jaar weduwe. Ze heeft goed contact met haar dochters die in een andere plaats wonen. Met haar man heeft ze altijd gevaren en sinds zijn overlijden woont ze in een flat met veel (voormalige) schippers. De laatste jaren zijn al haar kennissen in de flat overleden en mevrouw voelt zich steeds eenzamer. De huisarts schakelt het ouderenwerk in. Mevrouw behoort tot de categorie "geborgenen": ze heeft vooral behoefte aan een beschermende omgeving waarin ze zich veilig voelt. De ouderenadviseur voert enkele gesprekken met mevrouw en haar dochters. Uiteindelijk besluit mevrouw te verhuizen naar een verzorgingshuis in de buurt van haar dochters. (SMDC22)

Bij ouderen die nooit een groot netwerk hebben gehad en na een ingrijpende gebeurtenis in een isolement zijn geraakt (situationeel isolement), laten de resultaten soms wat langer op zich wachten. Toch is het ook hier vaak mogelijk om de situatie ten goede te keren. Door de zelfstandigheid en de regie over het leven te vergroten, kunnen mensen weer op eigen kracht verder.

Een man van 51 jaar woont samen met zijn moeder. Hij heeft haar de afgelopen zes jaar intensief verzorgd en sliep naast haar de bank. Na haar overlijden, blijft de mantelzorgondersteuner contact houden om te voorkomen dat hij in een neerwaartse spiraal terecht komt.

Meneer valt in de categorie "afhankelijken"; hij deed alles samen met zijn moeder en heeft nooit een eigen sociaal leven gehad. De mantelzorgondersteuner zorgt dat meneer psychosociale hulp krijgt om het verlies van zijn moeder te verwerken. Daarna begeleidt ze hem naar vrijwilligerswerk in de zorg. (CW44)

Wanneer het isolement al lange tijd bestaat en *structureel* is geworden, zijn de resultaten meestal niet te benoemen in termen van activering of netwerkontwikkeling. Wel kunnen verbeteringen

worden behaald op andere levensterreinen, zoals een beter passende woonsituatie, betere zelfzorg, psychiatrische of psychogeriatrische hulp, hulp bij schulden of verslaving, dagverzorging, enzovoorts.

Een man van 67 jaar komt bij het Wmo-loket met een aanvraag voor de Kredietbank. De Wmo-consulente merkt dat hij zich vreemd gedraagt en brengt hem in contact met een ouderenwerker. Al snel blijkt dat meneer wordt geterroriseerd door een jonge man die hij in huis heeft genomen.

Meneer valt in de categorie "hoopvollen"; hij heeft een sterke behoefte aan sociale contacten en haalt regelmatig mensen in huis. Er is sprake van een alcoholverslaving en psychiatrische problematiek. De ouderenwerker legt contact met andere hulpverleners om de verslaving en de uitbuiting aan te pakken. Uiteindelijk wordt de man begeleid naar een beschermde woonvorm. (CW47)

In sommige gevallen kan slechts een professioneel vangnet worden gecreëerd. Op deze manier kan verder afglijden worden voorkomen.

Een man van 71 jaar spreekt een ouderenwerker aan in de tram. Hij is zeer ontremd en maakt een vreemde indruk. Zij maakt een afspraak bij hem thuis en treft daar een sterk vervuilde woning aan met slechts één stoel. Op zijn vijftigste is meneer zijn baan kwijtgeraakt en sindsdien gaat hij met niemand meer om. Hij heeft een sterke afkeer van andere mensen. Meneer is een typische "overlever"; hij heeft last van een oorlogstrauma en kampt met zware psychiatrische problematiek. Hij denkt dat iedereen tegen hem is en wil met niemand te maken hebben. Hij weigert hulp, maar staat wel toe dat de ouderenadviseur op gezette tijden langskomt om te zien hoe het met hem gaat. (CW17).

Er zijn dus grenzen aan de resultaten die met deze doelgroep kunnen worden bereikt. Naarmate het sociaal isolement meer structureel is, zijn de mogelijkheden om het netwerk uit te breiden en het isolement op te heffen, kleiner. De resultaten liggen dan vooral op het vlak van praktische probleemoplossing en het voorkomen van verdere escalatie.

CONCLUSIE

Sociaal isolement is een probleem waarvoor geen gemakkelijk oplossingen voorhanden zijn. De typologie maakt duidelijk dat het sociale onvermogen van sociaal geïsoleerden zich op

verschillende manieren manifesteert en dat de aangrijpingspunten voor interventies sterk uiteen kunnen lopen. De typologie brengt enige ordening aan in de verscheidenheid van omstandigheden, ambities en mogelijkheden van de doelgroep en kan als richtlijn dienen bij het vinden van passende interventies en begeleidingsvormen. De acht typen sociaal geïsoleerden zijn globaal in te delen in ouderen die door omstandigheden in een sociaal isolement dreigen te komen of reeds in een isolement zijn geraakt (*dreigend of situationeel* isolement), en ouderen die structureel geïsoleerd zijn, al dan niet in combinatie met psychiatrische problematiek (*structureel* isolement).

Hulpverlenende instellingen vormen een belangrijke vindplaats voor personen die in een sociaal isolement (dreigen te) raken. Ze krijgen ondersteuning bij praktische zaken, zoals voorzieningen, huisvesting, thuiszorg of financiële zaken. Sommigen doen zelfs een bovenmatig groot beroep op voorzieningen. Om sociale problematiek als onderliggend probleem op te merken, dienen de betrokken professionals bij alle hulpvragen oog te hebben voor het sociale netwerk van hun cliënten. Sociaal geïsoleerden bij wie het isolement structureel is geworden, komen minder snel in beeld bij de hulpverlening. Zij hebben zich teruggetrokken uit de samenleving en bevinden zich vaak buiten het bereik van reguliere instellingen. Om hen te bereiken, zijn goed georganiseerde signaleringsnetwerken en een outreachende werkwijze noodzakelijk.

Effectieve interventies veronderstellen een adequate probleemanalyse, waarbij de situatie goed in beeld komt en inzicht ontstaat in de behoeften en mogelijkheden van een specifieke cliënt. Voor de typen met *dreigend* en *situationeel* isolement liggen groepsinterventies, toeleiding naar activiteiten en kortdurende individuele trajecten voor de hand. Voor de typen met *structureel* isolement zijn langdurige trajecten nodig, vaak met veel professionele inzet. De verwevenheid van sociaal isolement met problemen op andere levenssterreinen vraagt van professionals dat ze over de grenzen van hun specialisme heen kijken en dwarsverbanden leggen met andere hulpverleners of organisaties die hun eigen rol kunnen spelen in de hulpverlening aan specifieke cliënten. In veel gevallen is samenwerking met instellingen op het gebied van wonen, zorg, welzijn en financiën noodzakelijk.

De resultaten die behaald kunnen worden, verschillen per type. Bij personen die structureel in een sociaal isolement verkeren, is het isolement zeer moeilijk te doorbreken. De overlevingsstrategieën die ze (al dan niet bewust) hebben gekozen, werken vaak negatief uit in de zin dat ze het isolement bestendigen of zelfs versterken. Interventies die gericht zijn op sociale participatie en vergroting van het sociale netwerk zijn voor hen niet realistisch. Voor personen die door een omstandigheden of gebeurtenissen in een isolement zijn geraakt, werken deze interventies vaak wel. Bij een groot deel van hen is in relatief korte tijd een verbetering in de situatie te realiseren. In andere gevallen kan een preventieve interventie voorkomen dat iemand in een sociaal isolement terecht komt. Naarmate sociaal isolement meer structureel is, zijn de

mogelijkheden om het netwerk uit te breiden en sociale participatie te bevorderen, kleiner. De resultaten liggen dan vooral op het vlak van praktische probleemoplossing en het voorkomen van verdere escalatie.

De typologie is geen statisch model. Door de aanpak van problemen kan de situatie van een cliënt dusdanig veranderen dat andere doelen kunnen worden gesteld en andere interventies mogelijk zijn. Verschuivingen vinden vooral plaats met betrekking tot het handelingsperspectief van de cliënt. Een zorgmijdende cliënt die aanvankelijk geen hulp of ondersteuning wil, kan door het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een hulpverlener geleidelijk de wens ontwikkelen om iets aan de situatie te veranderen. Op dat moment komen andere interventies in beeld en worden andere doelen haalbaar.

Effectiviteit

Dit alles heeft gevolgen voor de wijze waarop de effectiviteit van interventies wordt beoordeeld. Dat het isolement na een interventie niet is opgeheven of dat eenzaamheidsgevoelens niet zijn verdwenen, betekent *niet* dat de hulpverlening niets heeft opgeleverd. De interventie kan een *preventieve* werking hebben en verder afglijden voorkomen, tot een zekere acceptatie van bemoeienis leiden, of een verhoging van de kwaliteit van leven op een ander levensterrein tot gevolg hebben. In evaluatieonderzoek is hier echter nog weinig aandacht voor; de effectiviteit van interventies wordt doorgaans beschreven in termen van een afname van eenzaamheid of vergroting van het netwerk (zie bijvoorbeeld Fokkema & Van Tilburg, 2006). Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van interventies moeten naast deze (objectief meetbare) gegevens ook andere resultaten (subjectieve ervaringen) voor de betrokkenen worden meegenomen (Melief, 2003; Van der Laan, 2003). Dat geldt met name wanneer er sprake is van een verwevenheid van sociaal isolement met andere problemen. Wat effectief is voor de ene problematiek hoeft immers niet effectief te zijn voor de andere problematiek. De vraag is dan wat de interventie heeft opgeleverd ten aanzien van vooraf gedefinieerde problemen en vragen op verschillende levensterreinen. Daarbij telt niet alleen het professionele oordeel over de kwaliteit en de baat van de interventies, maar ook het oordeel van de sociaal geïsoleerden zelf

NOTEN

- 1 De zes organisaties zijn: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Centrum (SMDC), Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Delfshaven (SMDD), Stichting Maatschappelijke

Dienstverlening Alexander (MDA), Stichting Charlois' Welzijn (CW), Stichting Welzijn Feijenoord (SWF) en Humanitas Rotterdam.

- 2 Alle gegevens zijn geanalyseerd met behulp van MaxQDA10, een softwareprogramma voor het analyseren van kwalitatief onderzoeksmateriaal. De logboeken, de verslagen van intervisiebijeenkomsten en focusgroepen, de aantekeningen van participerende observatie en de uitgetypte transcripties van de diepte-interviews zijn in het programma opgenomen.

LITERATUUR

- Appelhof, P., & Walraven, M. (2002). *Sociale competentie ter bevordering van participatie in de samenleving. Een verkenning* [Social competence as a means of improving participation in society. An elaboration]. Utrecht: Oberon.
- Campan, C. van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen* [Frail elderly]. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41–67.
- Côté, J. E., & Levine, C. G. (2002). *Identity formation, agency and culture. A social psychological synthesis*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people. Where is the evidence? *Ageing & Society*, 23(5), 647–658.
- Fokkema, T., & Tilburg, T. van (2006). *Aanpak van eenzaamheid. Helpt het?* [Tackling loneliness. Does it work?]. Den Haag: NIDI.
- Gemeente Rotterdam (2005). *Actieprogramma Ouderenbeleid 2006–2010* [Platform Policy on Elderly 2006–2010]. Rotterdam: Gemeente Rotterdam/Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Giddens, A. (2002). *Runaway world. How globalisation is reshaping our lives*. London: Profile Books.
- Hart, H. 't, Boeije, H., & Hox, J. (red.) (2005). *Onderzoeksmethoden* [Research methods]. Amsterdam: Boom.
- Hortulanus, R., Machielse, A., & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland* [Social isolation. A study on social contacts and social isolation in the Netherlands]. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Hortulanus, R., Machielse, A., & Meeuwesen, L. (2006). *Social isolation in modern society*. London: Routledge.

- Laan, G. van der (2003). De professional als expert in practice-based evidence [The professional as expert in practice-based evidence]. *Tijdschrift Sociale Interventie*, 12(4), 5–16.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169.
- Machielse, A. (2003). *Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen* [Doing nothing, knowing nobody. The world of socially isolated people]. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Machielse, A. (2006a). *Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement* [Incompetent and maladjusted. A theoretical perspective on social isolation]. Utrecht: Jan van Arkel.
- Machielse, A. (2006b). Social isolation: formal and informal support. In R. Hortulanus, A. Machielse & L. Meeuwesen (Eds.), *Social isolation in modern society* (pp. 115–136). London: Routledge.
- Machielse, A., & Hortulanus, R. (2011). *Sociaal isolement bij ouderen. Op weg naar een Rotterdamse aanpak* [Social isolation in older people. A Rotterdam approach]. Amsterdam: SWP.
- Melief, W. (2003). Evidence-based practice in sociale interventies [Evidence-based practice in social interventions]. *Tijdschrift Sociale Interventie*, 12(4), 17–29.
- RMO (1997). *Vereenzaming in de samenleving* [Loneliness in society]. Rijswijk: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. R. (2001). Close personal relationships and health outcomes. A key to the role of social support. In B.R. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal relationships. Implications for clinical and community psychology* (pp.15–41). New York: John Wiley.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Ageing and Health*, 18(3), 359–384.
- Tweede Kamer (2004/2005). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wmo)* [New rules on societal support; The Societal Support Law] (Memorie van toelichting, kamerstuk 30131, nr. 3). Den Haag: SDU.
- Wester, F. (1995). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek* [Strategies for qualitative research]. Bussum: Coutinho.