Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg

Richtlijn

Eenzaamheid in de langdurige zorg

Omgaan met eenzaamheid bij cliënten in woonzorgorganisaties

Autorisatiedatum 07-05-2026

Deze pdf is gepubliceerd op 07-05-2026 om 15:00. Bekijk de meest actuele versie op

https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/omgaan-met-eenzaamheid-bij-clienten-in-woonzorgorganisaties

Richtlijnen Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 2

1. Overzicht van aanbevelingen 5

1.1 Goede zorg rondom eenzaamheid 5

1.2 Communicatie over eenzaamheid 6

1.3 Signalen en risicofactoren van eenzaamheid 8

1.4 Aanpak van eenzaamheid 9

1.5 Samenwerking rondom eenzaamheid 10

1.6 Organisatie van zorg 11

2. Algemene inleiding 13

2.1 Aanleiding en doel 13

Doel van de richtlijn 13

2.2 Eenzaamheid 14

2.3 Doelpopulatie 17

2.4 Doelgroep 18

2.5 Wat voegt deze richtlijn toe? 18

2.6 Terminologie, begrippen en afkortingen 19

Terminologie 19

Begrippen 19

Afkortingen 21

2.7 Algemene achtergrondgegevens 21

3. Goede zorg rondom eenzaamheid 23

3.1 Goede zorg rondom eenzaamheid 23

Uitgangsvraag 23

Aanbevelingen 23

Onderbouwing 24

Overwegingen 24

Verantwoording 28

4. Communicatie over eenzaamheid 29

4.1 Communicatie over eenzaamheid 29

Uitgangsvraag 29

Aanbevelingen 29
Onderbouwing 31
Overwegingen 31
Verantwoording 43

5. Signalen en risicofactoren van eenzaamheid 44
5.1 Signalen en risicofactoren van eenzaamheid 44
Uitgangsvraag 44
Aanbevelingen 44
Onderbouwing 45
Overwegingen 45
Verantwoording 51

6. Aanpak van eenzaamheid 52
6.1 Aanpak van eenzaamheid 52
Uitgangsvraag 52
Aanbevelingen 52
Onderbouwing 53
Overwegingen 53
Verantwoording 60

7. Samenwerking in de zorgdriehoek rondom eenzaamheid 61
7.1 Samenwerking cliënten, zorgverleners, naasten, vrijwilligers en samenleving 61
Uitgangsvraag 61
Aanbevelingen 61
Onderbouwing 63
Overwegingen 63
Verantwoording 67

8. Organisatie van zorg 69
8.1 Organisatie van zorg 69
Uitgangsvraag 69
Aanbevelingen 69
Onderbouwing 70
Overwegingen 70

Verantwoording 73

9. Referentielijst 74

10. Disclaimer 80

1. Overzicht van aanbevelingen

Autorisatiedatum 07-05-2026 Beoordelingsdatum 07-05-2026

1.1 Goede zorg rondom eenzaamheid

Op welke manier kunnen zorgverleners goede zorg het beste bieden aan cliënten die eenzaamheid ervaren?

Sta cliënten allereerst bij in hun gevoelens van eenzaamheid. Wees met aandacht aanwezig door het tonen van empathie, respect, geduld en warmte. Menselijk contact biedt ruimte en de mogelijkheid om de cliënt te leren kennen en te betrekken bij alles wat de cliënt aangaat.

Realiseer en accepteer dat eenzaamheid niet altijd (volledig) oplosbaar is of hoeft te zijn.

Wees je bewust van je betekenisvolle rol als zorgverlener en reflecteer op een passende vorm van professionele nabijheid in het contact met cliënten.

Respecteer de rechten van de cliënt als deze (nog) niet over eenzaamheid wil, kan of durft te praten, of (nog) geen ondersteuning wil, kan of durft te ontvangen. Blijf in contact en kijk af en toe hoe het gaat.

Onderzoek de groepsdynamiek en/of -samenstelling als het gevoel van veiligheid binnen een woon- of zorgomgeving bij een cliënt in het geding is. Kijk, indien nodig, of er aanpassingen kunnen worden gedaan.

Leer de cliënt en diens levensverhaal kennen, ook in relatie tot diens gevoelens van eenzaamheid. Daarmee kan zorg beter aansluiten op iemands persoonlijke mogelijkheden, behoeften, wensen en voorkeuren.

Geef psychosociale en existentiële aspecten van gezondheid aandacht om iemands eenzaamheid en sociale behoeften te begrijpen. Dit vereist een verschuiving in professioneel handelen naar een holistische benadering.

Beschouw de aanbevelingen in dit hoofdstuk als het uitgangspunt van werken met (mogelijke) eenzaamheid bij cliënten. Deze vormen de kern waarop alle andere aanbevelingen uit de richtlijn voortbouwen.

1.2 Communicatie over eenzaamheid

Wat zijn geschikte methoden om met cliënten te communiceren over hun eenzaamheid en sociale behoeften?

Ga het gesprek aan met de cliënt over de gevoelens van eenzaamheid en wat eenzaamheid voor die specifieke persoon betekent (zie Tabel 4.1 voor voorbeeldvragen). Als dat niet kan, observeer de cliënt en/of ga in gesprek met de omgeving over het leven en de zingeving van de cliënt.

Gebruik ondersteunende communicatie om de huidige communicatie te versterken, verbeteren en/of uit te breiden. Zet dit op maat in. Zo kan non-verbale lichaamstaal zoals gebaren en klanken, materialen zoals pictogrammen (zie pictogrammen over eenzaamheid) of foto's, spraakknoppen en technologie ondersteunen bij communicatie.

Overweeg de zes stellingen uit de Eenzaamheidschaal, aangevuld met stellingen over existentiële eenzaamheid (zie Tabel 4.2), te gebruiken ter ondersteuning van het gesprek en om een beeld te krijgen van hoe de eenzaamheid zich in de loop van de tijd ontwikkelt.

Geef tijdens het bespreken en opstellen van het begeleidingsplan of zorg(leef)plan aandacht

aan eenzaamheid.

Zet hulpmiddelen (zie Tabel 4.3) in om in gesprek te gaan over eenzaamheid, zoals de behoeftenbloem van Kitwood, de vrijetijdskaart en netwerkcirkel, een levensboek of een eenzaamheidskwartet.

Communiceer actief over eenzaamheid:

- bij opname in een zorginstelling;
- bij levensgebeurtenissen en andere risicovolle momenten; en
- bij twijfel of een niet-pluisgevoel over het bestaan van mogelijke eenzaamheid.

Geef eenzaamheid herhaaldelijk aandacht in het contact met de cliënt. Onderzoek eenzaamheid daarnaast cyclisch tweemaal per jaar, bijvoorbeeld via cliënttevredenheidsonderzoeken of planbesprekingen.

Schakel een deskundig zorgverlener, zoals een (GZ-)psycholoog of geestelijk verzorger, in om de situatie van de cliënt rondom eenzaamheid en sociale behoeften verder in beeld te brengen als je jezelf niet deskundig acht.

Gebruik andere woorden als direct praten over eenzaamheid niet lukt. Doe dit door bijvoorbeeld te vragen naar hobby's, het meedoen met anderen of activiteiten, het ervaren van verbinding of contacten/relaties. Stem af op de behoeften van de cliënt.

Wees je ervan bewust dat eenzaamheid subjectief is: jouw perspectief op eenzaamheid als zorgverlener kan verschillen van het perspectief van de cliënt. Vraag aan de cliënt of jouw indruk overeenkomt met de ervaring van de cliënt.

1.3 Signalen en risicofactoren van eenzaamheid

Bij welke signalen en risicofactoren van eenzaamheid bij cliënten is alertheid geboden?

Wees alert op mogelijke eenzaamheid bij de volgende signalen:

- **Sociale signalen**: klein sociaal netwerk, lage frequentie van sociaal contact, lage kwaliteit van sociaal contact, buitengesloten worden.
- **Psychische signalen**: gevoelens van somberheid en angst, gevoelens van lage emotionele nabijheid/verbinding, laag zelfvertrouwen/gevoel van eigenwaarde.
- **Existentiële signalen**: gemis aan autonomie en controle/regie, gemis aan betekenis, gemis aan begrip (en steun), gemis aan waardigheid, gemis aan waarden, gemis van leven buiten de instelling.
- **Lichamelijke signalen**: afnemende cognitieve veerkracht, beperkingen in dagelijks functioneren, beperkte communicatieve redzaamheid, complexe gezondheidssituatie, lichamelijk ongemak en vermoeidheid.
- **Gedragsmatige signalen**: zich afzonderen/terugtrekken, passiviteit, moeilijk verstaanbaar/onbegrepen gedrag, moeite om zelf sociale initiatieven te starten (en te onderhouden).

Wees je bij het interpreteren van signalen bewust van de subjectiviteit van eenzaamheid: eenzaamheid kan door iedereen anders worden ervaren en geuit. Niet ieder signaal betekent dat een cliënt eenzaamheid ervaart. Ga met de cliënt in gesprek om de situatie verder in beeld te brengen.

Wees alert op mogelijke eenzaamheid bij de volgende risicofactoren:

- **Sociodemografische factoren**: mannelijk geslacht, ongehuwd of zonder partner, migratieachtergrond, gescheiden, hogere leeftijd, zonder (vmbo-t-)diploma, LHBTIQA+-identiteit, kinderloos.
- **Institutionele factoren**: tekort aan middelen, institutionele afhankelijkheid, structureel tijdgebrek van zorgverleners, rigide zorgstructuren die leiden tot standaardzorg, onderbelichting van existentiële en/of religieuze behoeften, gebrek aan continuïteit in zorgrelaties, vertrouwen in zorgverleners, omgeving die niet stimuleert tot sociale verbinding, slechte aansluiting met medebewoners, gebrek aan aanbod van passende en zingevende daginvulling, vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen.
- **Levensgebeurtenissen en momenten**: verlies van belangrijke personen, wegvallen van (onbetaald) werk/daginvulling, verhuizing, momenten zoals de avond, het weekend, de winter of zomer, feestdagen.

1.4 Aanpak van eenzaamheid

Welke methoden en strategieën zijn het meest geschikt voor het aanpakken van eenzaamheid bij cliënten?

Zoek samen met de cliënt, en eventueel met het netwerk, naar de best passende aanpak tegen eenzaamheid. Verken daarbij welke doelen en middelen het beste bij die cliënt passen. Kijk ook naar welke frequentie en welke groepsvorm het beste past.

Overweeg de volgende middelen bij mensen in de intramurale zorg die eenzaam zijn:

- Sociale contacten en vaardigheden (bv. apps, trainen van communicatieve redzaamheid, gespreksgroepen of (levensbeschouwelijke) bijeenkomsten);
- Gesprekken met zorgverleners;
- Contact met dieren;
- Herinneringen;
- Robotica;
- ICT en online interacties;
- Vaktherapie (beeldende-, muziek-, drama-, spel-, dans- en bewegings- en psychomotorische therapie);
- Sport en spel;
- Burgerschap.

Probeer een gecombineerde aanpak van meerdere soorten middelen in te zetten. Zie de databanken Erkende sociale interventies bij eenzaamheid van Movisie of het Interventie overzicht bij eenzaamheid van Loket gezond leven (RIVM) voor voorbeelden.

Wees terughoudend met het gebruik van virtuele realiteit (VR) en actieve ondersteuningsprogramma's.

Evalueer blijvend, bij voorkeur met een voor de cliënt vertrouwde zorgverlener, of de aanpak van eenzaamheid het gewenste effect heeft voor de cliënt en stel zo nodig bij.

1.5 Samenwerking rondom eenzaamheid

Hoe kunnen cliënten, zorgverleners en/of naasten het beste samenwerken om op een passende manier met eenzaamheid om te gaan?

Voor zorgverleners

Zie eenzaamheid als een gezamenlijke verantwoordelijkheid in de zorgdriehoek, waarin iedereen iets kan doen als de cliënt daar behoefte aan heeft. Zorg voor gezamenlijke doelen en verwachtingen.

Breng in kaart wie er onderdeel is van de zorgdriehoek rondom eenzaamheid: de cliënt, diens naasten en zowel formele als informele zorgverleners, zoals vrijwilligers. Kijk daarbij ook naar de rol van de samenleving.

Investeer in een goede en gelijkwaardige relatie met cliënten en hun naasten met wederzijds vertrouwen en waardering. Toon een respectvolle en open houding met oprechte nieuwsgierigheid naar de cliënt en diens naasten. Durf pijnlijke gevoelens onder ogen te zien en daarover in gesprek te gaan.

Maak eenzaamheid regelmatig bespreekbaar in de zorgdriehoek. Ook als er geen probleem merkbaar is. Wees tegelijkertijd open als anderen dit onderwerp aansnijden.

Stel, in overleg met de cliënt en diens naasten, een zorgverlener en een naaste aan als vaste aanspreekpunten voor zowel andere zorgverleners als cliënten en hun naasten.

Maak duidelijke, volledige en transparante afspraken en zorg voor goede rapportage over signalen, doelen en acties.

Houd rekening met de belasting van naasten en mogelijke eenzaamheid die zij zelf kunnen ervaren, juist vanwege de zorgvraag van hun naaste. Zie de richtlijn Mantelzorg van V&VN [1] voor handvatten om overbelasting te signaleren, te voorkomen of te verlichten.

Voor zorgorganisaties

Draag zorg voor een duidelijke taak- en rolverdeling tussen formele en informele zorgverleners.

Draag zorg voor een veilige werkomgeving en open cultuur binnen zorginstellingen, waarin zorgverleners elkaars visie respecteren en verbinding creëren tussen de zorgorganisatie en de samenleving.

Draag zorg voor een duidelijke sociale kaart waarin (zorg)organisaties en andere partijen elkaar weten te vinden voor initiatieven rondom eenzaamheid.

1.6 Organisatie van zorg

Hoe kan de organisatie van zorg optimaal bijdragen aan het omgaan met, herkennen van en aanpakken van eenzaamheid bij cliënten?

Voor zorgorganisaties

Bevorder de kennis en deskundigheid van zorgverleners op het gebied van eenzaamheid door middel van scholing of het delen van succesvolle initiatieven.

Denk na over de locatie, toegankelijkheid en inclusiviteit richting de samenleving bij het ontwerp en de inrichting van zorginstellingen. Zorg ervoor dat zorginstellingen midden in of in verbinding met de maatschappij worden gebouwd.

Ontwikkel beleid en visie over eenzaamheid met duidelijke werkprocessen om voldoende tijd en ruimte te creëren voor zorgverleners om specifiek met eenzaamheid bezig te zijn.

Voor zorgverleners buiten de (semi-/)intramurale langdurige zorg

Zorg dat er al aandacht is voor eenzaamheid voordat iemand een Wlz-indicatie krijgt of wordt opgenomen in een zorginstelling. Overweeg de aanbevelingen uit deze richtlijn ook toe te passen bij mensen die nog thuis wonen of gebruik richtlijnen over eenzaamheid voor andere zorgsettings. Zorg voor goede overdracht van informatie bij de opname in een zorginstelling.

2. Algemene inleiding

Autorisatiedatum 07-05-2026 Beoordelingsdatum 07-05-2026

2.1 Aanleiding en doel

Het gevoel 'erbij te horen' (sense of belonging) is voor de meeste mensen een primaire levensbehoefte [2]. Als dat gevoel ontbreekt, kan eenzaamheid ontstaan. Eenzaamheid komt veel voor onder mensen in de langdurige zorg, zoals ouderen [3] [4] [5], mensen met dementie [6] en mensen met een verstandelijke [7] en/of lichamelijke beperking [8] [9]. Zo rapporteerde de Gezondheidsmonitor dat in 2024 ongeveer de helft van de 75-plussers eenzaam was en dat dit percentage toeneemt naarmate mensen ouder worden [3]. Het Sociaal en Cultureel Planbureau meldde dat in 2020 tweederde van de mensen met een verstandelijke beperking te maken had met eenzaamheid [7].

Het herkennen en detecteren van eenzaamheid kan een uitdaging zijn. Het is van buitenaf moeilijk te zien of iemand zich eenzaam voelt. In zorgorganisaties is vaak wel sprake van fysieke nabijheid van andere mensen zoals medecliënten of zorgverleners, maar dit contact is niet altijd wederkerig of betekenisvol. Ook rust er een taboe op eenzaamheid [10] [11], waardoor mensen soms moeilijk over eenzaamheid praten [12]. Dit taboe geldt niet alleen voor cliënten en naasten, maar ook voor zorgverleners [12]. Daarnaast kunnen mensen die langdurige zorg ontvangen moeite hebben met het herkennen, begrijpen en uiten van hun eigen emoties en die van anderen. Dit kan het moeilijker maken om eenzaamheid te benoemen, steun te zoeken of emotionele banden aan te gaan.

Eenzaamheid is in de basis een maatschappelijk en sociaal vraagstuk. Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de omgang met eenzaamheid nodig, waarbij de gehele zorgdriehoek (cliënt-(informele) zorgverleners-naasten) en de samenleving een rol vervullen. Zorgverleners en zorgorganisaties zijn hierbij niet primair verantwoordelijk voor het omgaan met eenzaamheid, maar kunnen wel een betekenisvolle bijdrage leveren aan het voorkomen of verzachten van eenzaamheid. Gevoelens van eenzaamheid zijn immers ook niet altijd helemaal op te lossen voor de cliënt. Zorgverleners kunnen mensen die langdurige zorg ontvangen, ondersteunen bij eenzaamheid door het te herkennen, cliënten bij te staan, het verder in beeld te brengen en eventueel naar een aanpak te zoeken. Deze richtlijn wil zorgverleners concrete handvatten bieden voor het omgaan met eenzaamheid.

Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is om zorgverleners vanuit multidisciplinair perspectief handvatten te bieden bij het omgaan met eenzaamheid bij cliënten in de langdurige zorg. Centraal staat het bieden van passende ondersteuning aan cliënten die eenzaamheid ervaren, door goede zorg rondom eenzaamheid te verlenen en hierover het gesprek aan te gaan. Het bespreken van eenzaamheid verdient extra aandacht als er signalen of risicofactoren van eenzaamheid worden herkend. Op basis van deze gesprekken kan worden verkend welke aanpak wenselijk en haalbaar is voor de cliënt. Daarbij is de samenwerking met alle betrokkenen van groot belang. Verder kan de richtlijn ondersteuning bieden voor zorgorganisaties om de zorg rondom eenzaamheid beter te integreren in het totale zorgaanbod in de zorgorganisatie. Ook kan de richtlijn gebruikt worden als hulpmiddel bij het nemen van beslissingen en bij het maken van keuzes die

verbinding met anderen raken in de dagelijkse praktijk. De richtlijn beoogt hiermee de kwaliteit van zorg te verbeteren voor mensen die langdurige zorg ontvangen.

2.2 Eenzaamheid

Definitie eenzaamheid
Hoewel er verschillende definities zijn van eenzaamheid, wordt het in deze richtlijn omschreven volgens de definitie van Van Tilburg en De Jong-Gierveld als 'het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties' [13]. De richtlijn onderscheidt drie soorten eenzaamheid [14].

- *Sociale eenzaamheid* is het missen van betekenisvolle relaties in een bredere groep van mensen, zoals kennissen, collega's, buurtgenoten of andere mensen waarmee iemand bepaalde gemeenschappelijke kenmerken deelt. Iemand kan bijvoorbeeld mensen om zich heen missen of zich vaak in de steek gelaten voelen [13].
- *Emotionele eenzaamheid* is het missen van een hechte, intieme relatie of band met een partner of een hartsvriend(in) [13]. Sommige mensen ervaren dat zij onvoldoende personen in hun omgeving hebben die volledig te vertrouwen zijn of waar zij in moeilijke situaties op terug kunnen vallen.
- *Existentiële eenzaamheid* is het gevoel van zinloosheid, gemis aan betekenis in het leven [15] [14] of gemis aan verbinding [16]. Ook wordt het omschreven als een gevoel van ondraaglijke leegte, verdriet en verlangen of een gevoel van fundamenteel afgesneden te zijn van de ander, jezelf en van de wereld [17]. Er is nog geen eenduidige definitie van existentiële eenzaamheid.

Achtergrond van eenzaamheid
Gevoelens van eenzaamheid horen bij het leven. Sommige gevoelens van eenzaamheid hoeven niet (volledig) weggenomen of opgelost te worden, bijvoorbeeld bij het gemis van een overleden dierbare [18]. Mensen kunnen ook positieve betekenissen en gevoelswaarden bij (existentiële) eenzaamheid ervaren, zoals innerlijke groei, authenticiteit en zinvinding [19] [20]. Er zijn ook vormen van eenzaamheid die wel om extra aandacht vragen. Dit maakt het relevant om een beeld te hebben van de achtergrond en ervaring van iemands eenzaamheid.

Er zijn veel mogelijke achtergronden bij eenzaamheid. Op de overheidswebsites Eén tegen eenzaamheid [21] en VZinfo [3] staan er veel benoemd. Er zijn verschillende invalshoeken om de achtergrond van eenzaamheid te bekijken: intra-individueel (bij de persoon zelf), inter-individueel (in het contact met andere mensen) en maatschappelijk [22]. Vaak is er sprake van een combinatie van meerdere factoren, vanuit verschillende invalshoeken. Voor cliënten in de langdurige zorg kunnen specifieke oorzaken gelden, onder andere door een lichamelijke en/of verstandelijke beperking [9]. Bij ouderen ontstaat eenzaamheid vaak door ervaringen van verlies, zoals het verlies van een partner, sociaal netwerk of regie [4]. Ook (mentale) gezondheidsproblemen kunnen tot eenzaamheid leiden [3] [4]. Zo kunnen mensen met mobiliteitsproblemen lastiger een bezoek aan iemand brengen. Mensen met cognitieve problemen kunnen vaardigheden missen om contacten te onderhouden [23]. Daarbij komt schaarste van en werkdruk bij personeel. Hierdoor is het voor zorgverleners lastig om aandacht te hebben voor cliënten en hun mogelijk ervaren eenzaamheid. Ook zijn er oorzaken op beleidsniveau en in de samenleving, zoals individualisering, stigmatisering en het terugdringen van speciale voorzieningen

waardoor cliënten op grotere afstand van de samenleving zijn komen te staan [23]. Cliënten hebben daardoor bijvoorbeeld maar beperkte mogelijkheden voor ontmoeting en het ontwikkelen of onderhouden van sociale vaardigheden [23]. Het in 2026 gepubliceerde advies 'Gezond Verbonden' van de Raad van Volksgezondheid & Samenleving onderstreept het belang van sociale relaties in beleid en zorgpraktijk [24]. Bij mensen met een verstandelijke beperking ontstaat eenzaamheid vaak op jonge leeftijd, waardoor deze op latere leeftijd kan blijven bestaan [23] [25]. Dit kan ook gelden voor mensen die al van jongs af aan een lichamelijke beperking of chronische aandoening hebben.

Gevolgen van eenzaamheid

De gevolgen van eenzaamheid kunnen ernstig zijn en een brede impact hebben op de fysieke, mentale, emotionele en sociale gezondheid. Figuur 2.1 laat de mogelijke gevolgen van eenzaamheid zien. Per individu zijn andere of meer gevolgen mogelijk.

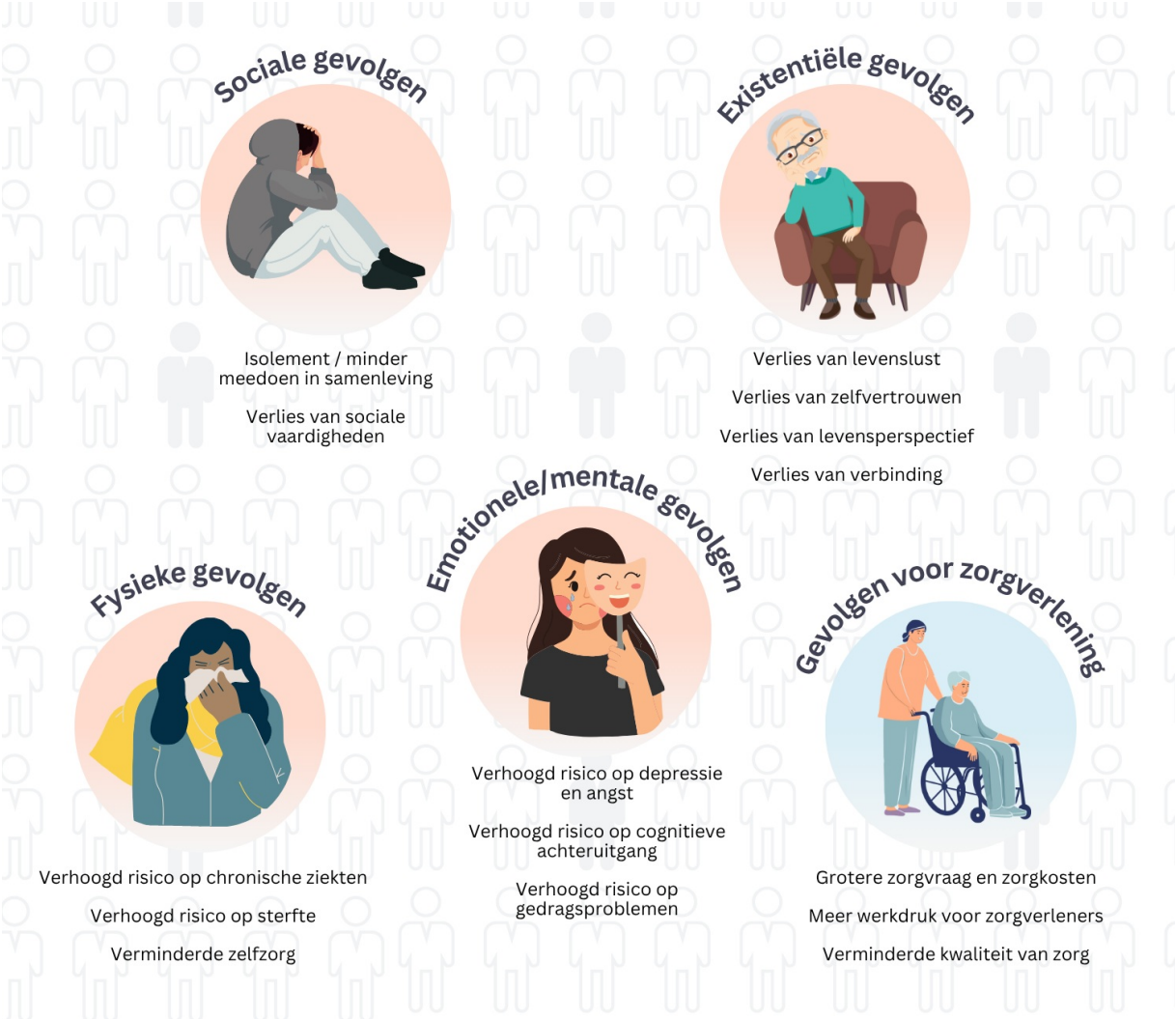
Gevolgen voor de cliënt

Eenzaamheid activeert het stresssysteem, verstoort het immuunsysteem, beïnvloedt slaap en leefstijl en verhoogt zo de kans op verschillende soorten (gezondheids)problemen [26] [27]. Zo kan eenzaamheid leiden tot een verhoogd risico op (chronische) fysieke gezondheidsproblemen zoals hartziekten, beroerte of obesitas [28] en is gevonden dat eenzaamheid gerelateerd is aan Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) [29]. Ook hebben cliënten een verhoogd risico op sterfte door eenzaamheid [30] [3] en kan het ertoe leiden dat iemand minder goed voor zichzelf kan zorgen [31]. Op het gebied van emotionele of mentale gezondheid hebben cliënten die eenzaamheid ervaren een groter risico op depressie en angst [30] [25]. Dit kan zich uiten in cognitieve achteruitgang [32] en gedragsproblematiek zoals agressie, zelfbeschadiging of teruggetrokken gedrag [23]. Bij mensen met een verstandelijke beperking is er ook een relatie met strafbaar gedrag gevonden [23].

Cliënten kunnen problemen ervaren binnen de existentiële dimensie van gezondheid, bijvoorbeeld het verlies van levenslust, verlies van zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld [25]. Daarnaast kan eenzaamheid leiden tot een verminderde beleving van betekenis en een gevoel van existentiële leegte. Het ontbreken van verbondenheid kan het ervaren van zin en doel in het leven belemmeren [33]. Ten slotte blijkt uit de praktijk dat er ook gevolgen voor de sociale gezondheid kunnen zijn. Hierdoor doen cliënten bijvoorbeeld minder mee in de samenleving of ervaren ze isolement. Zo kan eenzaamheid er juist toe leiden dat iemand zich nog meer terugtrekt en in een negatieve spiraal terechtkomt [34]. Bovendien kunnen cliënten ook sociale vaardigheden verliezen, waardoor het nog moeilijker wordt om vriendschappen en relaties op te bouwen en te onderhouden.

Gevolgen voor de zorg

Eenzaamheid van cliënten kan ook gevolgen hebben voor zorgorganisaties en zorgverleners. Zo kan eenzaamheid bij cliënten verhoogde zorgkosten en een grotere zorgvraag met zich meebrengen [35] [36] [37]. Door de gevolgen van eenzaamheid bij cliënten, zoals belastend gedrag of aanvullende zorgvragen, kunnen zorgverleners een verhoogde werkdruk en emotionele belasting ervaren. Dit kan leiden tot stress en burn-out. Deze dynamiek kan de kwaliteit van zorg verminderen en de professionele voldoening van zorgverleners aantasten. In sommige gevallen moeten zorgorganisaties hun programma's en diensten aanpassen om beter in te spelen op de behoeften van eenzame cliënten. Dit vereist extra middelen en inspanningen.



Figuur 2.1 Mogelijke gevolgen van eenzaamheid

Eenzaamheid in de samenleving

Ook buiten de langdurige zorg is eenzaamheid een thema: in de gehele samenleving komt veel eenzaamheid voor. Actieprogramma's zoals Eén tegen Eenzaamheid (een initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [21]) maken de noodzaak zichtbaar om eenzaamheid door de gehele samenleving aan te pakken. Ontwikkelingen zoals individualisering kunnen hieraan bijgedragen hebben. Voor cliënten in de langdurige zorg komen daar aanvullende ontwikkelingen bij, zoals het terugdringen van speciale voorzieningen. Denk daarbij aan beschermde woonvormen en woonzorgcomplexen, dagbesteding- of werklocaties, vervoer en begeleide vrijetijdsactiviteiten. Tegelijkertijd is de toegankelijkheid van de samenleving voor hen niet verbeterd. Hierdoor hebben cliënten onvoldoende kansen om volledig mee te doen in de maatschappij en worden zij uitgesloten. Dat terwijl ook in Nederland de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en het VN-verdrag Handicap ervoor moet zorgen dat alle mensen, ook mensen met een beperking, kunnen meedoen met de samenleving op alle gebieden van het leven [38] [39] . De samenleving speelt ten slotte een belangrijke rol bij het voorkomen van, omgaan met en tegengaan van eenzaamheid, ook bij mensen die langdurige zorg ontvangen. Eenzaamheid is namelijk in de basis een maatschappelijk en sociaal vraagstuk. Dit vraagt om een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid vanuit de zorgdriehoek én samenleving.

Eenzaamheid in de intramurale langdurige zorg
Deze richtlijn focust op eenzaamheid binnen de intramurale (en semimurale) langdurige zorg. Bij mensen met dementie is bekend dat cliënten die in een woonzorglocatie of verpleeghuis wonen zich minder vaak een gewaardeerd lid voelen van de samenleving dan mensen die alleen of samen thuis wonen [40]. De context, zorgrelaties en interventiemogelijkheden zijn daar wezenlijk anders dan in andere vormen van langdurige zorg. Bij mensen die langdurige zorg ontvangen in de intramurale setting kunnen aanvullende uitdagingen spelen die invloed hebben op hun ervaren eenzaamheid.

Ten eerste zijn deze mensen vaak afhankelijk van ondersteuning van zorgverleners voor hun dagelijkse behoeften. Afhankelijkheid van zorgverlening kan eenzaamheid versterken doordat het autonomie en eigen regie aantast, de vrijheid om sociale contacten te onderhouden beperkt en de zorgrelaties vaak eenzijdig van aard zijn [41]. Ten tweede verandert de sociale wereld bij een verhuizing naar een zorginstelling. Voor sommige thuiswonende cliënten met een kleine sociale wereld kan de verhuizing naar een zorginstelling hun sociale wereld vergroten. Voor andere cliënten wordt de sociale wereld juist beperkter waardoor de eenzaamheid kan toenemen [4]. Sociale interactie is in zorginstellingen vaak beperkt tot zorgverleners en andere cliënten in dezelfde situatie. Dit kan een vertekend beeld geven: in zorginstellingen wonen cliënten wel samen, maar voelen zij zich toch niet altijd onderling verbonden [42]. Ook zijn woningen vaak 'gesloten' gebouwd: zo kan de keuken bijvoorbeeld aan de voorzijde zitten, zijn er (voor)deuren zonder of met een klein raam en zien bewoners soms uren niemand voorbij lopen. Ten derde hebben cliënten vaak minder toegang tot gemeenschapsactiviteiten, zoals clubs, sportverenigingen of sociale evenementen. Vaak hebben zij ondersteuning nodig om aan dit soort activiteiten deel te nemen. Ten slotte worden cliënten regelmatig geconfronteerd met stigma en discriminatie. Dit kan hun mogelijkheden om sociale relaties aan te gaan en te onderhouden negatief beïnvloeden.

2.3 Doelpopulatie

De doelpopulatie van de richtlijn zijn cliënten die intramurale langdurige zorg ontvangen. Zij ontvangen langdurige zorg vanwege een (combinatie van) psychogeriatrische aandoening(en), verstandelijke beperking, gerontopsychiatrische aandoening(en), lichamelijke handicap(s) en/ of somatische aandoening(en). Mogelijk is de richtlijn ook van toepassing op niet-volwassen cliënten of cliënten die buiten de intramurale setting langdurige zorg ontvangen.

SKILZ omschrijft langdurige zorg als: zorg en ondersteuning die structureel en veelal blijvend is, vaak op dagelijkse basis. Deze zorg en ondersteuning richt zich meer op bevorderen of behouden van kwaliteit van leven, en minder op genezing. Langdurige zorg is bedoeld voor mensen die door beperkingen in het functioneren afhankelijk zijn van hulp of zorg van anderen. De zorg en ondersteuning kan worden geleverd door zorgverleners en/of naasten, en kan vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).

Langdurige zorg kan thuis of in een zorginstelling worden gegeven. In de thuissituatie wordt deze bijvoorbeeld door de wijkverpleging of -verzorging gegeven. Bij zorginstellingen kan gedacht worden aan woonzorgcentra, locaties voor kleinschalig wonen of verpleeghuizen. Deze richtlijn focust op intramurale zorg. Intramurale zorg betreft 'de zorg die cliënten ontvangen gedurende een onafgebroken verblijf in een instelling: (...) een verpleeghuis, verzorgingshuis of instelling voor gehandicapten' [43]. Waar intramurale zorg staat, kan ook semimurale zorg gelezen worden. Semimurale zorg is zorg bedoeld voor personen

voor wie ambulante zorg ontoereikend is en (24 uurs)opname niet of niet meer noodzakelijk. Hiertoe worden gerekend alle tijdelijke woonvoorzieningen, crisis- en opvangcentra en alle instellingen voor deeltijdbehandeling, dagopvang en dagverpleging [44].

2.4 Doelgroep

De richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die zorg en ondersteuning bieden aan cliënten die langdurige zorg ontvangen en die betrokken zijn bij eenzaamheidsproblematiek. Dit zijn: artsen VG (verstandelijk gehandicapten), begeleiders, geestelijk verzorgers, (GZ-)psychologen, (psychosomatisch) fysiotherapeuten, sociaal werkers, vaktherapeuten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden.

Daarnaast kan de richtlijn ook nuttig zijn voor andere zorgverleners in de langdurige zorg of zorgverleners werkzaam in andere settings die te maken krijgen met cliënten uit de langdurige zorg, zoals zorgverleners werkzaam in ziekenhuizen of in de GGZ-zorg. Deze richtlijn geldt niet voor huisartsen.

Ook cliënten, naasten en informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers) kunnen de richtlijn gebruiken als hulpmiddel in de dagelijkse praktijk. Zorgaanbieders en andere professionals werkzaam in de zorgsector (bijvoorbeeld beleidsmedewerkers, teamleiders, managers of onderzoekers) kunnen de inhoud van de richtlijn gebruiken om de zorg in te richten en beleid te ontwikkelen op het gebied van eenzaamheid.

2.5 Wat voegt deze richtlijn toe?

Multidisciplinaire richtlijn voor de intramurale langdurige zorg
Ondanks de beschikbaarheid van diverse kwaliteitsinstrumenten en hulpmiddelen, ontbreekt er een multidisciplinaire en sectoroverstijgende richtlijn voor zorgverleners die werkzaam zijn in de intramurale langdurige zorg. Bovendien zijn ze monodisciplinair. Vooral voor zorgverleners die zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking ontbreken richtlijnen en/of hulpmiddelen die ondersteuning kunnen bieden op het gebied van eenzaamheid. Dit geldt ook voor zorgverleners die zorg bieden aan ouderen die in een zorginstelling wonen. In de langdurige zorg kunnen cliënten last hebben van cognitieve achteruitgang en moeite hebben met communicatie. Dit kan het begrip en communiceren over eenzaamheid bemoeilijken, en daarmee de herkenning van en omgang met eenzaamheid. Ook vraagt het bieden van zorg aan cliënten met een migratieachtergrond of cliënten die moeite hebben met het spreken of begrijpen van de Nederlandse taal om richtlijnen die rekening houden met culturele verschillen en taalbarrières bij het ervaren en uiten van eenzaamheid. Bij cliënten met een LHBTIQA+-identiteit kan eenzaamheid worden vergroot door onvoldoende sociale veiligheid [45], waardoor een richtlijn zorgverleners moet ondersteunen in het bevorderen van inclusiviteit en erkenning. Daarnaast kan, met name in zorginstellingen, nadruk liggen op andere achtergronden van eenzaamheid. Bijvoorbeeld omdat mensen wel samen wonen, maar niet altijd onderlinge verbondenheid ervaren of zich niet altijd gezien voelen. Het huidige aanbod aan richtlijnen/handreikingen en hulpmiddelen dat er is, lijkt niet goed zijn weg te vinden naar zorgverleners. Dit kan duiden op een behoefte aan overzicht en bundeling van kennis. De richtlijn Eenzaamheid in de langdurige zorg houdt rekening met deze specifieke aandachtspunten voor de langdurige zorg.

V&VN-richtlijn Eenzaamheid onder ouderen

In juli 2021 is de richtlijn Eenzaamheid onder ouderen door V&VN gepubliceerd [46]. Deze richtlijn richt zich specifiek op de verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn bij ouderen in de wijk. Hoe verhouden deze documenten zich tot elkaar? Zowel de setting (zorg thuis) als de doelpopulatie (ouderen) en doelgroep (wijkverpleging- en verzorging) zijn in de V&VN-richtlijn anders dan in deze SKILZ-richtlijn. De SKILZ-richtlijn richt zich op alle zorgverleners die werkzaam zijn in de langdurige zorg en de multidisciplinaire samenwerking tussen deze zorgverleners. Daarnaast richt de SKILZ-richtlijn zich met name op de intramurale en semimurale zorg en gaat minimaal in op de extramurale zorg (wijkverpleging). Voor deze sector (wijkverpleging) is immers de V&VN-richtlijn Eenzaamheid onder ouderen beschikbaar. In deze SKILZ-richtlijn zal waar mogelijk aangesloten op en verwezen worden naar de V&VN-richtlijn.

2.6 Terminologie, begrippen en afkortingen

Terminologie

Onderstaand wordt toelichting gegeven op terminologie in de richtlijn.

- Waar 'hij' of 'hem' staat in deze richtlijn kan ook 'zij', 'haar', 'die' of 'hen' gelezen worden.
- Waar 'zorgverleners' staat beschreven, wordt 'formele zorgverleners' of 'zorgprofessionals' bedoeld. Als 'informele zorgverleners' wordt bedoeld, staat dit expliciet vermeld.
- Waar 'cliënt' staat beschreven worden volwassen mensen bedoeld die intramurale langdurige zorg ontvangen vanwege een (combinatie van) psychogeriatrische aandoening(en), verstandelijke beperking, gerontopsychiatrische aandoening(en), lichamelijke handicap(s) en/ of somatische aandoening(en).

Begrippen

Algemene begrippen
De onderstaande begrippen zijn algemeen gedefinieerd door het bureau van SKILZ en worden in alle richtlijnen op dezelfde manier gehanteerd. Deze definities zijn herzien en vastgesteld in mei 2025.

- **Formele zorgverlener**: Een professional die op basis van deskundigheid/registratie zorg verleent en hiervoor salaris ontvangt. Hiermee bedoelen we iedereen die binnen zorg en welzijn professionele ondersteuning, begeleiding, verzorging, verpleging of behandeling biedt aan mensen met een zorgvraag [47].
- **Informele netwerk**: Het bredere sociale netwerk dat verder betrokken is bij de cliënt. Hierbij valt te denken aan vrienden, buren, medebewoners, groepsgenoten of kennissen.
- **Informele zorgverlener**: Een persoon die onbetaald hulp biedt aan mensen met uiteenlopende gezondheidsproblemen. Hierbij wordt de hulp niet gegeven in het kader van een professioneel beroep. Voorbeelden van informele zorgverleners zijn vrijwilligers, mantelzorgers of naasten [48].
- **Langdurige zorg**: SKILZ omschrijft de langdurige zorg als alle zorg en ondersteuning die dagelijks en blijvend is. Deze zorg en ondersteuning richt zich meer op bevordering of behoud van de kwaliteit van leven en minder op genezing van een aandoening, ziekte of beperking. De zorg en ondersteuning kan zowel door zorgverleners als naasten worden geboden. Zorg en ondersteuning kan geboden worden vanuit de Wmo, Zvw, Wlz of GZSP.
- **Mantelzorger**: Een persoon die hulp, begeleiding en/of zorg aan een cliënt biedt. Hierbij wordt de

hulp niet in het kader van een professioneel beroep of vrijwilligerszorg geboden, maar door de directe omgeving van de cliënt [1] . Mantelzorgers mogen ook risicovolle of voorbehouden handelingen uitvoeren, als zij dit zorgvuldig en met instemming van de cliënt doen. Het is dan belangrijk dat de handeling is aangeleerd door een formele zorgverlener en dat de mantelzorger zich bekwaam voelt voor het uitvoeren van de handeling [49] .

- **Mensen met een gerontopsychiatrisch probleem**: Mensen met gerontopsychiatrische problemen kampen al een groot deel van hun leven met psychiatrische problematiek. Kenmerkend is dat er sprake is van een stapeling van problemen. Naast de psychiatrische problematiek zijn er op nog minimaal twee, maar meestal meer, domeinen problemen: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid. Mensen met gerontopsychiatrische problemen hebben vaak beperkt ziekte-inzicht en er is sprake van verlies van zelfregie [50] .
- **Mensen met een lichamelijke handicap of somatische aandoening:** Een lichamelijke handicap is in deze richtlijn gedefinieerd als een fysieke aandoening die beperkingen geeft door stoornissen van het perifere en/of centrale zenuwstelsel en/of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel). Een lichamelijke handicap is niet te genezen. Een somatische aandoening is een actuele lichamelijke ziekte, aandoening of beperking. Een somatische aandoening kan door behandeling nog verbeteren. Een aantal aandoeningen zijn in de eerste fasen een somatische aandoening en gaan later over in een lichamelijke handicap. Er wordt dan eerst een wisselend patroon van klachten gezien met ook stabiele periodes. Later belemmeren de klachten het functioneren ernstig.
- **Mensen met een psychogeriatrische aandoening:** Een psychogeriatrische aandoening is in deze richtlijn gedefinieerd als een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen (mede) als gevolg van ouderdom. Deze aandoening gaat vaak gepaard met aantasting van het denkvermogen, gevoelsleven, intellect en het geheugen. Soms is er ook sprake van een afname van motorische functies en een vermindering van sociale redzaamheid. Dementie is een van de meest voorkomende aandoeningen die hieronder valt. Cliënten met jongdementie vallen ook onder deze groep.
- **Mensen met een verstandelijke beperking:** Een verstandelijke beperking is in de richtlijn gedefinieerd volgens de internationale definitie van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD): 'Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren. Dit zorgt voor beperkingen in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Een verstandelijke beperking ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar, tijdens de ontwikkeling' [51] . Beperkingen in intellectueel functioneren hebben te maken met het IQ van een persoon. Internationaal wordt een IQ-bovengrens van 70-75 aangehouden voor iemand met een verstandelijke beperking [51] . Beperkingen in het adaptief functioneren zijn belemmeringen in de dagelijkse vaardigheden, zoals het aangaan van sociale contacten, het gebruiken van een telefoon en het hebben van tijdsbesef.
- **Naasten**: In deze richtlijn zijn naasten gedefinieerd als personen die dicht bij de persoon met een zorgvraag staan. Dit kunnen partners of andere familieleden zijn, maar ook goede buren of vrienden. Waar in de richtlijn over naasten gesproken wordt, kan ook verwanten gelezen worden.
- **Vrijwilliger**: Mensen die vanuit een zorgaanbieder zorg bieden aan iemand met wie zij bij de start van hun taken nog geen persoonlijke band hebben. Vrijwilligers mogen onder voorwaarden verschillende zorgtaken uitvoeren. Als vrijwilligers voldoende geschoold of bekwaam zijn, mogen ze in opdracht van een formele zorgverlener ook risicovolle en voorbehouden zorghandelingen uitvoeren. Het is dan van belang dat het zowel voor de vrijwilliger als voor de professionele

zorgverleners duidelijk is wie welke handeling beheerst en mag uitvoeren. De zorgaanbieder die vrijwilligers inzet, is verantwoordelijk voor het handelen van de vrijwilligers bij het uitvoeren van zorgtaken [49].

Richtlijn specifieke begrippen
De onderstaande begrippen zijn specifiek gedefinieerd door de werkgroep van deze richtlijn en gelden alleen binnen deze richtlijn.

- **Eenzaamheid**: Het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties [13].
- **Emotionele eenzaamheid**: het missen van een hechte, intieme relatie of band met een partner of een hartsvriend(in) [13].
- **Existentiële eenzaamheid**: het gevoel van zinloosheid, leegte, gemis aan betekenis in het leven of gemis aan verbinding [15] [14] [17] [52].
- **Intramurale zorg:** De zorg die cliënten ontvangen gedurende een onafgebroken verblijf in een instelling: waaronder een verpleeghuis, verzorgingshuis of instelling voor gehandicapten [43].
- **Semimurale zorg**: Zorg bedoeld voor personen voor wie ambulante zorg ontoereikend is en (24 uurs)opname niet of niet meer noodzakelijk is; hiertoe worden gerekend alle tijdelijke woonvoorzieningen, crisis- en opvangcentra en alle instellingen voor deeltijdbehandeling, dagopvang en dagverpleging .
- **Sociale eenzaamheid**: Het missen van betekenisvolle relaties in een bredere groep van mensen, zoals kennissen, collega's, buurtgenoten of andere mensen waarmee iemand bepaalde gemeenschappelijke kenmerken deelt [13].

Afkortingen

Onderstaand zijn de afkortingen weergegeven zoals die in deze richtlijn gehanteerd worden:

- **AAIDD**: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
- **ADL:** Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
- **GZSP**: Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen
- **ICT**: Informatie- en communicatietechnologie
- **IGJ**: Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
- **IQ**: Intelligentiequotiënt
- **LVHC**: Laag Volume Hoog Complex
- **SKILZ**: Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg
- **VR**: virtual reality/virtuele realiteit
- **Wkkgz**: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- **Wlz**: Wet langdurige zorg
- **Wmo**: Wet maatschappelijke ondersteuning
- **Zvw**: Zorgverzekeringswet

2.7 Algemene achtergrondgegevens

Deze richtlijn is ontwikkeld en wordt beheerd door Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). De richtlijn werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De financier heeft

geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

Publicatie en herziening
De publicatiedatum van deze richtlijn is 7 mei 2026. Uiterlijk in 2031 bepaalt het bestuur van SKILZ of (modulaire) herziening van deze richtlijn gewenst is. De aan de werkgroep verbonden organisaties delen de verantwoordelijkheid voor het actualiseren van de richtlijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Juridische betekenis
Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de ‘professionele standaard'. Aanbevelingen in een richtlijn zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de ‘gemiddelde' cliënt, en zijn dus mogelijk niet op elke individuele cliënt van toepassing. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor de zorgverlener beslist dat het wenselijk is om in het belang van de cliënt van de richtlijn af te wijken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

3. Goede zorg rondom eenzaamheid

Autorisatiedatum 07-05-2026 Beoordelingsdatum 07-05-2026

3.1 Goede zorg rondom eenzaamheid

Goede zorg is de basis voor iedere interactie met en handeling bij de cliënt. Door aandacht voor eenzaamheid te hebben, kunnen zorgverleners proberen te voorzien in een behoefte van gezien en geïncludeerd worden. Dit kan bijdragen aan het bijstaan van cliënten of het voorkómen of verzachten van het gevoel van eenzaamheid. In de knelpunteninventarisatie gaven zorgverleners aan dat er bij eenzaamheid vaak een gebrek aan oplossingsperspectief is, professionele distantie de norm is en zorgverleners onderschatten hoe belangrijk zij zelf kunnen zijn voor cliënten. Ook benoemden de werkgroepen met zorgverleners en cliënten het belang van goede zorg als basis voor het omgaan met eenzaamheid, zonder dat er direct verdere actie hoeft te worden ondernomen. In dit hoofdstuk staan handvatten voor het bieden van goede zorg rondom eenzaamheid.

Uitgangsvraag

Op welke manier kunnen zorgverleners goede zorg het beste bieden aan cliënten die eenzaamheid ervaren?

Aanbevelingen

Sta cliënten allereerst bij in hun gevoelens van eenzaamheid. Wees met aandacht aanwezig door het tonen van empathie, respect, geduld en warmte. Menselijk contact biedt ruimte en de mogelijkheid om de cliënt te leren kennen en te betrekken bij alles wat de cliënt aangaat.

Realiseer en accepteer dat eenzaamheid niet altijd (volledig) oplosbaar is of hoeft te zijn.

Wees je bewust van je betekenisvolle rol als zorgverlener en reflecteer op een passende vorm van professionele nabijheid in het contact met cliënten.

Respecteer de rechten van de cliënt als deze (nog) niet over eenzaamheid wil, kan of durft te praten, of (nog) geen ondersteuning wil, kan of durft te ontvangen. Blijf in contact en kijk af en toe hoe het gaat.

Onderzoek de groepsdynamiek en/of -samenstelling als het gevoel van veiligheid binnen een woon- of zorgomgeving bij een cliënt in het geding is. Kijk, indien nodig, of er aanpassingen kunnen worden gedaan.

Leer de cliënt en diens levensverhaal kennen, ook in relatie tot diens gevoelens van eenzaamheid. Daarmee kan zorg beter aansluiten op iemands persoonlijke mogelijkheden, behoeften, wensen en voorkeuren.

Geef psychosociale en existentiële aspecten van gezondheid aandacht om iemands eenzaamheid en sociale behoeften te begrijpen. Dit vereist een verschuiving in professioneel handelen naar een holistische benadering.

Beschouw de aanbevelingen in dit hoofdstuk als het uitgangspunt van werken met (mogelijke) eenzaamheid bij cliënten. Deze vormen de kern waarop alle andere aanbevelingen uit de richtlijn voortbouwen.

Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion uit de eigen werkgroep, cliëntenwerkgroep en klankbordgroep tot aanbevelingen gekomen.

Overwegingen

Goede zorg

Goede zorg staat juridisch verankerd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) [53]. Hierin wordt beschreven dat een zorgaanbieder goede zorg aanbiedt: zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Dit houdt in dat zorg:

- Veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reeële behoeften van de cliënt;

- Zorgaanbieder en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voorvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden; en
- Waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt met respect wordt behandeld.

Goede zorg rondom eenzaamheid
Goede zorg rondom eenzaamheid betekent dat zorgverleners oog hebben voor alle dimensies van eenzaamheid en hierop inspelen binnen de context, wensen en waarden van de cliënt. Hierbij zijn verschillende aspecten van belang, die hieronder worden uitgewerkt.

Menselijk contact
In beginsel is het belangrijk om je ervan bewust te zijn dat gevoelens van eenzaamheid beïnvloed kunnen worden door dagelijks menselijk contact. Zorgverleners zelf zijn betekenisvol voor cliënten, ook al lijken contactmomenten misschien soms te schaars en te kort.

> *"Ga het gesprek aan. Zet een deur open. Mensen die beseffen vaak te weinig hoeveel invloed ze hebben op de persoon die ze begeleiden. (ervaringsdeskundige)"*

De kwaliteit van het contact is van belang. Elk contactmoment biedt ruimte en mogelijkheden om met aandacht aanwezig te zijn. Denk hierbij aan het tonen van empathie, respect, geduld en warmte. Daarnaast kan ieder contactmoment de mogelijkheid bieden om de cliënt zoveel mogelijk actief te betrekken bij alles wat die persoon aangaat. Dat kan gaan om de dagelijkse lichaamsverzorging, koffie aanbieden, eetmomenten, iemand naar een activiteit brengen of gewoon gaan zitten en luisteren.

> *"Ik vind het fijn om de planten in de ontmoetingsruimte te verzorgen. Ik doe iets voor de mensen en voel mij erbij horen. (bewoonster verpleeghuis)"*

Voor de kwaliteit van contact en het opbouwen van een vertrouwensband is continuïteit van zorgverleners van belang. Daarbij kan duidelijkheid over en structuur in wanneer contact plaatsvindt ook helpen: bijvoorbeeld elke maand, week of dag. Een ontwikkeling die mogelijk negatieve invloed kan hebben op het menselijk contact, is de toename van technologische en AI-toepassingen in administratieve en registratieve taken. Hierdoor kan de balans tussen menselijk contact en systeemgerichte werkzaamheden verschuiven. Daardoor blijft er minder tijd en aandacht over voor directe interactie met bewoners.

> *"Gewoon even een vraagje: hoe is het met je? Heb je een fijne zondag gehad? Ben je nog naar de kerk geweest, voor mijn part. Ja, ook al ben je zelf totaal niet gelovig en interesseert het je niks, maar het gaat erom dat iemand even naar je vraagt, eventjes naar je omkijkt. Al is het maar een half uurtje van je dag. (ervaringsdeskundige)"*

Rechten van cliënten
Cliënten hebben het recht om hun gevoelens van eenzaamheid wel of niet te uiten, maar ook het recht om daar wel of geen ondersteuning in te willen. Als cliënten hun situatie willen veranderen, is het van groot belang te luisteren en aan te sluiten bij de wensen die de cliënt of diens omgeving uit. Als cliënten hun situatie rondom eenzaamheid niet willen, kunnen of durven veranderen, hebben zij van de omgeving begrip en acceptatie nodig.

Belangrijk is wel om aandacht voor eenzaamheid te houden en om regelmatig te controleren of de cliënt

er nog steeds zo in staat. Tegelijkertijd moet rekening worden gehouden met het risico dat herhaalde aandacht voor eenzaamheid ook belastend of schadelijk kan zijn, bijvoorbeeld als dit door cliënten wordt ervaren als confronterend of stigmatiserend. Dit vraagt om een zorgvuldige, sensitieve benadering, waarbij eenzaamheid laagdrempelig en voorzichtig het onderwerp van gesprek kan zijn en waarbij telkens kan worden nagegaan hoe de cliënt op dat moment in dit vraagstuk staat. Contact en activiteiten kunnen wel laagdrempelig aangeboden worden.

Veilige leefomgeving
Cliënten hebben recht op en behoefte aan een sociaal-veilige woon-/zorgomgeving, waarin liefdevolle aandacht is. Hierbij zijn de samenstelling en dynamiek in de groep van belang. Ook komt uitsluiting van cliënten op basis van hun culturele achtergrond in de langdurige zorg voor [54] . Werk cultuursensitief en let op signalen van uitsluiting. Als het gevoel van veiligheid bij een cliënt in het geding is, met hierbij het risico op gevoelens van eenzaamheid, kan worden gekeken naar de samenstelling en de dynamiek van de groep. In overleg met alle betrokkenen moet vervolgens worden gekeken of er aanpassingen kunnen worden gedaan. Door bijvoorbeeld groepen cliënten met lichte, matige en ernstige verstandelijke beperkingen te mengen, kunnen er nieuwe verbindingen ontstaan die beter bij een cliënt passen.

> *"Toen ik nog op de groep woonde, voelde ik me wel eenzaam. Daar waren geen mensen met wie ik een praatje kon maken of iets leuks kon doen, dus zat ik veel alleen op mijn kamer. Sinds ik mijn vriendin heb leren kennen en met haar samenwoon, voel ik me niet meer eenzaam. (ervaringsdeskundige)"*

> *"Ik vond het vreselijk om hier te moeten komen wonen. Ik voelde mij bang en alleen. Maar nu heb ik vertrouwen in één van mijn tafelgenoten. Ik voel me nu veel minder bang en alleen' (bewoonster verpleeghuis)"*

Cliëntgerichte zorg
Eenzaamheid is gelaagd en kan op vele manieren ontstaan en zich manifesteren (bijvoorbeeld in sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid). Een eenzaam mens kan zich niet of nauwelijks verbonden voelen met mensen, de mensheid en/of met een bovenmenselijke kracht. Mensen kunnen eenzaamheid dus ervaren in uiteenlopende situaties met en zonder andere mensen om zich heen [11] . Tegelijkertijd kan een mens alleen zijn of niemand in de directe omgeving horen en/of zien zonder zich eenzaam te voelen. Door deze gelaagdheid kan praten over eenzaamheid en vermindering ervan ingewikkeld worden: waar de één denkt in termen van activiteiten en mensen om zich heen, kan de ander denken aan betekenisloos zijn.

Binnen zorginstellingen verblijven cliënten met diverse achtergronden en voorkeuren. Denk aan diversiteit in gender, culturele achtergrond, geografie, opleidingsniveau en/of generatie. Hierdoor hebben cliënten verschillende waarden en normen. Goede zorg moet zo veel mogelijk aansluiten bij de situatie van de cliënt. Daarnaast moet zorg rechtdoen aan wat bij de cliënt past, diens context, omgeving, betekenisvolle relaties en behoeften. Het negeren van de identiteit van de ander of er negatief op reageren, kan een grote mate van eenzaamheid oproepen. Daarbij is het allereerst van belang om de cliënt en diens levensverhaal en situatie te verkennen (zie Kader 3.1). Dit vergt een open houding en professionele nieuwsgierigheid van zorgverleners naar cliënten. Sluit aan op het taalniveau van de cliënt en schakel eventueel een tolk in als er sprake is van een taalbarrière. Soms kan het ook helpen om de omgeving van de cliënt erbij te betrekken.

Kader 3.1 De cliënt in beeld brengen

De cliënt in beeld brengen

In de richtlijn Zingevende Daginvulling is het hoofdstuk De cliënt in beeld brengen ontwikkeld. Hierin worden onder meer verschillende methoden beschreven om in beeld te brengen wie de cliënt is en wat die belangrijk vindt, zoals het diversiteitswiel [55], de levensdomeinen van Schalock en Verdugo [56] en levensverhalen. De inhoud van dit hoofdstuk kan ook worden toegepast op de richtlijn Eenzaamheid in de langdurige zorg voor het in beeld brengen van de cliënt en diens behoeften.

Om te weten hoe om te gaan met een eventueel gevoel van eenzaamheid bij de cliënt, is het van belang om te onderzoeken of er daadwerkelijk eenzaamheid ervaren wordt. Het is hierbij belangrijk om te kijken in welke vorm deze eenzaamheid zich voordoet en welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen. Naast sociale, existentiële en emotionele behoeften, kunnen er ook behoeften zijn aan lichamelijk contact, denk hierbij aan huidhonger en/of seksuele behoeften. Deze behoeften vragen om inbedding in een veilige en betekenisvolle relatie om de behoefte daadwerkelijk te vervullen en schadelijke gevolgen te voorkomen.

Professioneel handelen
Bij het leveren van goede zorg horen, naast medische, ook psychosociale en existentiële aspecten van gezondheid aandacht te krijgen. Goede zorg omvat alle facetten van het leven en moet steeds worden afgestemd op wat de individuele mens nodig heeft. Eenzaamheid en sociale, emotionele of existentiële behoeften zijn namelijk belangrijke aspecten van de kwaliteit van leven van cliënten. Dit vraagt van zorgverleners dat zij holistischer denken en handelen dan uitsluitend vanuit het medisch perspectief. Dat kan vanuit verschillende benaderingen. Een voorbeeld van zo'n benadering is het *biopsychosociaal model.* Dit model benadrukt dat gezondheid en ziekte het resultaat zijn van een complex samenspel van drie soorten factoren: biologische (lichamelijk), psychologische (geestelijk) en sociale (omgeving) [57]. Het *biopsychosociaal-spiritueel* model voegt hier nog een spirituele dimensie aan toe [58]. Een andere benadering is *positieve gezondheid.* Hierbij wordt gezondheid niet alleen gezien als de afwezigheid van ziekte maar ook als het vermogen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan [59] [60]. Binnen deze holistische benaderingen is ook ruimte voor aspecten zoals zingeving, participatie en eenzaamheid.

Een andere verschuiving in het zorglandschap betreft de afstand die zorgverleners tot cliënten houden. Binnen de zorg geldt vaak professionele distantie als norm. Toch is het belangrijk om hier kritisch over na te denken: te veel afstand kan immers de aandacht voor psychosociale behoeften en menselijke verbinding belemmeren. Professionele nabijheid - gekenmerkt door aandachtig en menselijk contact - kan daarom juist van grote waarde zijn en bijdragen aan vertrouwen, veiligheid en het gevoel gezien en gehoord te worden. Tegelijkertijd vraagt dit om voortdurende reflectie en afstemming, zodat betrokkenheid zorgvuldig blijft en professionele grenzen behouden worden.

Ondersteunen in plaats van oplossen
Gevoelens van eenzaamheid horen bij het leven en zijn normaal. Zij kunnen op verschillende momenten in het leven voorkomen, tijdelijk verminderen, later weer terugkeren of zich onverwacht en soms nauwelijks merkbaar aandienen. Sommige gevoelens van eenzaamheid hoeven niet weggenomen of opgelost te worden, bijvoorbeeld bij het gemis van een overleden dierbare [18]. Er zijn ook vormen van eenzaamheid die wel wel om extra aandacht vragen. Het is goed te beseffen dat aandacht voor

eenzaamheid onder cliënten altijd goed is, maar gevoelens van eenzaamheid, ondanks alle inspanning, niet altijd (volledig) kunnen of hoeven te worden 'opgelost' voor de cliënt. Realiseer je als zorgverlener dat je aandachtige aanwezigheid de eenzaamheid niet altijd volledig weg kan nemen, maar wel kan verzachten door de cliënt in het gevoel van eenzaamheid bij te staan [52] [61]. Dit kan meer troost bieden dan wij zouden verwachten. Bovendien kan eenzaamheid bij een cliënt toenemen als blijkt dat een eenvoudige en snelle oplossing niet heeft geholpen.

Voor sommige cliënten kunnen kleine verschillen in benadering al invloed hebben op het verzachten of het voorkomen van eenzaamheid. Zo kan het belangrijk zijn om de cliënt te betrekken bij de dagelijkse ADL. Voor andere cliënten kan het betekenen dat een gesprek rondom proactieve zorgplanning en het levenseinde nodig is. Hierin wordt nagedacht over en vastgelegd welke wensen er zijn en wie er in de laatste levensfase betrokken is. Dit kan de cliënt meer regie, rust en een doel geven om naartoe te leven. Ook zijn er mensen voor wie het belangrijk is om van waarde te zijn voor anderen, waardoor zij meer zingeving ervaren in hun leven.

> *"Het zinvolle zit er voor mij in dat ik de zorg enigszins kan helpen door bijvoorbeeld appels te schillen of was te vouwen."*

Rationale
Goede zorg, zoals juridisch verankerd in de Wkkgz, vraagt om doeltreffende en cliëntgerichte zorg en vraagt daarmee ook aandacht voor mogelijke eenzaamheid bij cliënten. Hierbij staan verschillende kenmerken van goede zorg centraal, waaronder menselijk contact, het respecteren van rechten en wensen van de cliënt, het creëren van een veilige leefomgeving, het leveren van cliëntgerichte zorg, en professioneel handelen volgens een biopsychosociaal model, waarbij de cliënt vooral ondersteund moet worden in diens gevoelens van eenzaamheid.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 7 mei 2026
Beoordeeld op geldigheid: 7 mei 2026

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

4. Communicatie over eenzaamheid

Autorisatiedatum 07-05-2026 Beoordelingsdatum 07-05-2026

4.1 Communicatie over eenzaamheid

Voor het herkennen van en het omgaan met eenzaamheid is effectieve communicatie hierover van groot belang. Zorgverleners gaven in de knelpunteninventarisatie aan het moeilijk te vinden om eenzaamheid te herkennen en over eenzaamheid in gesprek te gaan. Ook lieten zij weten daarvoor onvoldoende vaardigheden en tools te hebben. Dit hoofdstuk geeft handvatten voor zorgverleners om met cliënten over eenzaamheid te communiceren. Zo kunnen zij eenzaamheid beter herkennen en samen op zoek gaan naar een passende aanpak.

Uitgangsvraag

Wat zijn geschikte methoden om met cliënten te communiceren over hun eenzaamheid en sociale behoeften?

Aanbevelingen

Ga het gesprek aan met de cliënt over diens gevoelens van eenzaamheid en wat eenzaamheid voor die specifieke persoon betekent (zie Tabel 4.1 voor voorbeeldvragen). Als dat niet kan, observeer de cliënt en/of ga in gesprek met de omgeving over het leven en de zingeving van de cliënt.

Gebruik ondersteunende communicatie om de huidige communicatie te versterken, verbeteren en/of uit te breiden. Zet dit op maat in. Zo kunnen non-verbale lichaamstaal zoals gebaren en klanken, materialen zoals pictogrammen (zie pictogrammen over eenzaamheid) of foto's, spraakknoppen en technologie ondersteunen bij communicatie.

Overweeg de zes stellingen uit de Eenzaamheidsschaal, aangevuld met stellingen over existentiële eenzaamheid (zie Tabel 4.2), te gebruiken ter ondersteuning van het gesprek en om een beeld te krijgen van hoe de eenzaamheid zich in de loop van de tijd ontwikkelt.

Geef tijdens het bespreken en opstellen van het begeleidingsplan of zorg(leef)plan aandacht

aan eenzaamheid.

Zet hulpmiddelen (zie Tabel 4.3) in om in gesprek te gaan over eenzaamheid, zoals de behoeftenbloem van Kitwood, de vrijetijdskaart en netwerkcirkel, een levensboek of een eenzaamheidskwartet.

Communiceer actief over eenzaamheid:

- bij opname in een zorginstelling;
- bij levensgebeurtenissen en andere risicovolle momenten; en
- bij twijfel of een niet-pluisgevoel over het bestaan van mogelijke eenzaamheid.

Geef eenzaamheid herhaaldelijk aandacht in het contact met de cliënt. Onderzoek eenzaamheid daarnaast cyclisch tweemaal per jaar, bijvoorbeeld via cliënttevredenheidsonderzoeken of planbesprekingen.

Schakel een deskundig zorgverlener, zoals een (GZ-)psycholoog of geestelijk verzorger, in om de situatie van de cliënt rondom eenzaamheid en sociale behoeften verder in beeld te brengen als je jezelf niet deskundig acht.

Gebruik andere woorden als direct praten over eenzaamheid niet lukt. Doe dit door bijvoorbeeld te vragen naar hobby's, het meedoen met anderen of activiteiten, het ervaren van verbinding of contacten/relaties. Stem af op de behoeften van de cliënt.

Wees je ervan bewust dat eenzaamheid subjectief is: jouw perspectief op eenzaamheid als zorgverlener kan verschillen van het perspectief van de cliënt. Vraag aan de cliënt of jouw indruk overeenkomt met de ervaring van de cliënt.

Onderbouwing

Om de uitgangsvraag van dit hoofdstuk te beantwoorden, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvragen:

- *Welke methoden zijn bekend om eenzaamheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking te signaleren en om de situatie rondom eenzaamheid en sociale behoeften in beeld te brengen?*
- *Welke methoden zijn bekend om eenzaamheid bij cliënten in de intramurale langdurige zorg te signaleren en om de situatie rondom eenzaamheid en sociale behoeften in beeld te brengen?*

De verantwoording van het literatuuronderzoek is in twee documenten te vinden. Lees de bijlage Verantwoording literatuuronderzoek - Algemeen voor de overkoepelende beschrijving van de methode van het literatuuronderzoek voor deze richtlijn en de bijlage Verantwoording literatuuronderzoek - Communicatie voor de resultaten van het literatuuronderzoek van dit hoofdstuk.

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de richtlijnwerkgroep met zorgverleners en de werkgroep met (vertegenwoordigers van) cliënten en naasten weergegeven. Hierin gaat het over de resultaten uit het literatuuronderzoek en overwegingen vanuit (klinische) expertise en ervaringen.

Communiceren over eenzaamheid
Op verschillende momenten en manieren kan communicatie inzicht geven in de vraag of er sprake is van eenzaamheid, wat er precies speelt en hoe er het beste mee omgegaan kan worden. Communicatie is van belang bij het herkennen en vaststellen van eenzaamheid. Als er (een vermoeden van) eenzaamheid bij een cliënt speelt, is het wenselijk de situatie van deze cliënt rondom eenzaamheid in beeld te brengen. Wat betekent eenzaamheid voor deze specifieke cliënt, hoe ziet diens sociale netwerk eruit, wat is de kwaliteit van relaties, wat zijn sociale behoeften en welke tekortkomingen spelen daar eventueel in? Welke oorzaken en gevolgen heeft dat voor de cliënt? Aan de hand van deze inzichten kan ook een passende aanpak worden gezocht om iets tegen de ervaren eenzaamheid te doen. Zie Figuur 4.1 voor een visueel overzicht.

Figuur 4.1 Communiceren over eenzaamheid

Dialoog met cliënten

In de huidige praktijk wordt voornamelijk gebruik gemaakt van gesprekken met cliënten om te signaleren of iemand eenzaam is en om eenzaamheid en sociale behoeften in kaart te brengen. Gespreksvoering is de enige manier om eenzaamheid op individueel niveau vast te stellen [12]. Daarbij kan het rijke informatie opleveren over de individuele beleving van eenzaamheid en richting geven voor eventuele vervolgacties [12]. Voorbeelden van vragen die aan cliënten gesteld kunnen worden, zijn hieronder weergegeven in Tabel 4.1. Deze vragen zijn door de werkgroep opgesteld op basis van hun expertise, met enkele aanvullingen uit de literatuur [12]. Stel meerdere vragen om een goed en volledig beeld te krijgen en wees je bewust van mogelijke sociaal wenselijke antwoorden. Ieder mens is uniek; stem vragen daarom af op de individuele cliënt en gebruik daarbij eenvoudige, begrijpelijke bewoordingen.

Tabel 4.1 Voorbeeldvragen voor gesprek over eenzaamheid

Voorbeeldvragen voor een gesprek over eenzaamheid

Ervaren eenzaamheid

- Zijn er momenten waarop je je alleen/eenzaam voelt?
- Wat betekent ‘eenzaam zijn’ voor jou?
- Voel je je eenzaam op de woonlocatie?
- Wanneer en hoe vaak voel je je eenzaam?

Ervaren verbondenheid

- Voel je je verbonden met de mensen om je heen?
- Heb je het gevoel dat je erbij hoort?
- Voel je je prettig bij je medebewoners?
- Voel je je verbonden met een hogere/andere macht/natuur?
- Hoe is je aansluiting met anderen?

Sociale en fysieke context

- Wie zijn belangrijke mensen om je heen?
- Met wie heb jij samen iets gedaan? Wat vond je daarvan?
- Heb je genoeg contact met mensen die belangrijk voor je zijn?
- Hoe ervaar je het wonen in een zorginstelling?
- Wat vind je van het contact met mensen die belangrijk voor je zijn?
- Welke plekken zijn voor jou belangrijk?

Gevolgen van eenzaamheid

- Hoe was je dag?
- Ben je tevreden over hoe je dagen eruitzien?
- Wat houdt je bezig?
- Verveel je je weleens in de avonden of weekenden?
- Welke verwachtingen heb je?
- Hoe zie je je toekomst voor je?

Ondersteuning, wensen en behoeften

- Wat zou je graag willen?
- Luisteren de begeleiders/zorgverleners naar wat jij belangrijk vindt?

N.B. Waar ‘je’ staat kan ook ‘u’ worden gebruikt.

Gebruik de terugvraagmethode om te verifiëren of je indruk en begrip van de ervaring van eenzaamheid bij de cliënt klopt. Zeg bijvoorbeeld: 'Ik wil graag weten of ik je goed begrijp.' en geef vervolgens je eigen indruk van de situatie op een neutrale manier. Vervolgens kan de cliënt worden uitgenodigd om te corrigeren of aan te vullen door te vragen: 'Klopt dat?' of 'Heb ik dat goed gezien?'

Als verbale communicatie complex is (bijvoorbeeld bij mensen met vergevorderde dementie, EMVB, afasie of ataxie), kan ondersteunende communicatie worden ingezet. Ondersteunende communicatie verwijst naar alle mogelijke communicatievormen en hulpmiddelen om de huidige communicatie te versterken, verbeteren en/of uit te breiden van de persoon met de communicatieve beperking [62]. Ondersteunende communicatie moet op maat worden ingezet, afhankelijk van de persoonlijke voorkeuren, communicatieniveau, motorische vaardigheden en visuele mogelijkheden van de cliënt. Indien nodig kan de logopedist om advies worden gevraagd over ondersteunende communicatie. Verschillende vormen en voorbeelden van ondersteunende communicatievormen zijn:

- *Lichaam*: non-verbale communicatie vanuit en met je lichaam, zoals gebaren, klanken en lichaamssignalen.
- *Materialen*: eenvoudige communicatiehulpmiddelen zonder batterij of stekker zoals schrijven, voorwerpen, tekeningen, foto's en pictogrammen.
- *Spraakknoppen*: eenvoudige technologische hulpmiddelen met batterij, zoals een spraakknop.
- *Technologie*: meer geavanceerde hulpmiddelen zoals spraakcomputers, iPads of tablets met OC-apps.

Er zijn verschillende pictogrammen voor en rondom eenzaamheid die momenteel in de praktijk worden gebruikt, zie een selectie Figuur 4.2 en meer voorbeelden in het overzichtpictogrammen over eenzaamheid. Deze zijn ontwikkeld door Pictostudio/Visitaal en zijn in veel digitale systemen van zorginstellingen te vinden.

Figuur 4.2 Pictogrammen voor en rondom eenzaamheid

Bij ondersteunende communicatie is het belangrijk dat materiaal bruikbaar, begrijpelijk en herkenbaar is

voor iedereen, ongeacht diens achtergrond. Houd rekening met de sociaal-economische positie van mensen. Mensen met een sociaal-economisch kwetsbare positie hebben vaker moeite met lezen en schrijven en hebben aantoonbaar vaker beperkte gezondheidsvaardigheden [63]. Het is belangrijk om de communicatie hierop aan te passen. Ook is de terugvraagmethode bij deze groep extra van belang [64]. Het inschakelen van een (professionele) tolk kan bijdragen aan een betere communicatie over gevoelens van eenzaamheid als de gesproken taal onvoldoende wordt beheerst.

Observaties bij cliënten en gesprekken met de omgeving
Als een gesprek met cliënten niet mogelijk is, kunnen observaties bij cliënten helpen om inzicht te krijgen in iemands eenzaamheid. De signalen uit het hoofdstuk Signalen en risicofactoren van eenzaamheid kunnen inzicht geven in het mogelijke bestaan van eenzaamheid. De werkgroep suggereerde dat bij cliënten die langdurige zorg ontvangen en die niet of moeizaam communiceren, standaard kan worden aangenomen dat zij eenzaam zijn. In dat geval zou er verkend kunnen worden of er signalen zijn dat iemand níet eenzaam is. Aandachtspunten die bij het observeren kunnen worden meegenomen:

- Hoe ziet het sociale netwerk van de cliënt eruit?
- Op welke plekken is de cliënt geweest?
- Hoe reageert de cliënt op het meedoen aan activiteiten?
- Welke dynamische interacties zijn er binnen de leefgemeenschap van de cliënt?

Daarnaast is het waardevol om actief in gesprek te gaan met naasten, zorgverleners of vrijwilligers rondom de cliënt. Hun inzichten en verhalen geven niet alleen duidelijkheid over het huidige functioneren, maar ook over de levensgeschiedenis, het karakter en de persoonlijke voorkeuren van de cliënt. Dit kan helpen om signalen beter te begrijpen en om te zoeken naar een aanpak die aansluit bij de cliënt. Aandachtspunten die in het gesprek met naasten, zorgverleners of vrijwilligers kunnen worden meegenomen:

- Hoe ziet het sociale netwerk van de cliënt eruit en welke rol spelen naasten daarin?
- Hoe ervaart de cliënt het meedoen aan activiteiten?
- Welke ervaringen en gewoonten had de cliënt in het verleden?
- Hoe omschrijven naasten het karakter van de cliënt en eventuele veranderingen?
- Welke activiteiten gaven de cliënt vroeger plezier en voldoening?

Vragenlijsten en andere hulpmiddelen
Vragenlijsten
In de literatuur werden verschillende vragenlijsten gevonden om eenzaamheid te signaleren en/of in kaart te brengen. In de werkgroep gebruikte vrijwel niemand deze vragenlijsten in de praktijk. Een nadeel van het gebruik van vragenlijsten kan zijn dat een cliënt er sociaal wenselijk op reageert en niet snel toegeeft dat die mensen om zich heen mist of zich eenzaam voelt. Ook kunnen er interpretatieproblemen ontstaan als er een verschil is tussen iemands beleving van eenzaamheid en hoe iemand de vragen interpreteert of beantwoordt. Daarbij kan ook een bepaalde vorm van eenzaamheid niet naar voren komen in een vragenlijst die iemand wel kan ervaren.

Na het bestuderen van de geïdentificeerde vragenlijsten gaf de werkgroep twee voordelen aan van het gebruik ervan. Ten eerste kan een vragenlijst een geschikte manier zijn als startpunt voor dialoog; de vragen of stellingen kunnen richting geven aan een gesprek over mogelijke eenzaamheid. Ten tweede kunnen dezelfde vragen of stellingen herhaaldelijk gesteld worden. Zo kan globaal gevolgd worden hoe

iemands ervaring van eenzaamheid verloopt. Het moet benoemd worden dat deze schalen zijn ontwikkeld voor onderzoek naar eenzaamheid onder grote groepen mensen en niet bedoeld zijn voor het vaststellen van eenzaamheid bij afzonderlijke personen. De vragen of stellingen die gebruikt worden in de vragenlijsten kunnen wel gebruikt worden als hulpmiddel bij een gesprek over eenzaamheid.

De meest gebruikte en best onderzochte vragenlijsten voor het meten van eenzaamheid in de literatuur zijn de UCLA Loneliness Scale en de Eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld. Hoewel beide instrumenten van een vergelijkbare conceptualisatie van eenzaamheid uitgaan, zijn er ook verschillen [65]. De UCLA Loneliness Scale gaat uit van een eendimensionale, cognitieve benadering van eenzaamheid. De Eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld is multidimensionaal en onderscheidt zowel emotionele als sociale eenzaamheid. Daarnaast focust de schaal van De Jong Gierveld meer op het gemis dat voortkomt uit de ervaring van eenzaamheid, dan de ervaring van eenzaamheid zelf. Uit onderzoek blijkt dat beide schalen betrouwbaar en valide en daarmee geschikt zijn om eenzaamheid te meten [65].

Over het algemeen is het taalgebruik van de vragen, stellingen en/of antwoorden in de vragenlijsten niet goed aangepast op het taalbegrip van cliënten in de langdurige zorg en op die van sommige zorgverleners. Daarnaast moet een respondent cognitieve afwegingen kunnen maken tussen een gewenst en gerealiseerd aantal en soort sociale relaties. Hoe korter en hoe eenvoudiger de vragen en vragenlijst, hoe beter. Vanuit dat perspectief lijkt de MWLQ het meest geschikt voor cliënten met een verstandelijke beperking. Sommige vragenlijsten bestaan ook in verschillende versies met variatie in het aantal items. Zo is de Eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld ook in een 6-item variant beschikbaar [66]. Als de vragenlijst met minder items ook valide is om eenzaamheid vast te leggen, dan heeft deze de voorkeur. In sommige literatuur werd zelfs beschreven dat er één directe vraag werd gesteld om erachter te komen of iemand eenzaam was. Een andere overweging is de beschikbaarheid van vragenlijsten in het Nederlands. De De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal en de UCLA Loneliness Scale zijn in het Nederlands beschikbaar. De Jong Gierveld-schaal wordt in de Nederlandse praktijk gebruikt en in de richtlijn van V&VN over eenzaamheid onder ouderen in de wijk aanbevolen om een beeld te krijgen van de ernst van eenzaamheid [46].

De meeste vragenlijsten richten zich met name op sociale en emotionele eenzaamheid, niet op andere vormen zoals existentiële eenzaamheid. Zoals in het artikel van Wong et al. (2022) [67] wordt beschreven, ervaren ouderen in de langdurige zorg soms ook andere dimensies van eenzaamheid die niet in de Eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld zijn opgenomen. Zo wordt beschreven dat zij eenzaamheid ervaren als gebrek aan autonomie over hun leven en het gevoel geïsoleerd te zijn van mensen buiten de zorginstelling. Het is goed om te beseffen dat vragenlijsten niet alle vormen van eenzaamheid omvatten die cliënten kunnen ervaren. In onderstaande tabel zijn een aantal stellingen toegevoegd die inzicht kunnen geven in iemands ervaringen met existentiële eenzaamheid. Deze stellingen zijn op basis van literatuur [68] en expertise van de werkgroep opgesteld.

Tabel 4.2 Stellingen van de De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal, aangevuld met existentiële eenzaamheid

Stelling	Soort eenzaamheid
Ik ervaar leegte om me heen.	Emotionele eenzaamheid

Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.	Sociale eenzaamheid
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.	Sociale eenzaamheid
Ik mis mensen om me heen.	Sociale eenzaamheid
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.	Emotionele eenzaamheid
Vaak voel ik me in de steek gelaten.	Emotionele eenzaamheid
Aanvullingen existentiële eenzaamheid	
Ik ervaar dat mijn leven betekenisvol is en is geweest.	Existentiële eenzaamheid
Ik ervaar weinig perspectief in mijn leven.	Existentiële eenzaamheid
Ik voel me verbonden met iets dat groter is dan mezelf (bijvoorbeeld natuur, anderen, geloof of waarden).	Existentiële eenzaamheid

Hulpmiddelen
Ook andere hulpmiddelen kunnen worden ingezet om communicatie over eenzaamheid te ondersteunen. Een aantal hulpmiddelen wordt door de werkgroep aanbevolen. Deze hebben over het algemeen een bredere focus dan alleen eenzaamheid. Voordelen van deze hulpmiddelen zijn dat ze veel gebruikt worden en minder direct naar eenzaamheid vragen. Hiermee geven ze een breder beeld van de cliënt en voorkomen ze sociale wenselijkheid rondom eenzaamheid.

In de volgende tabel staat aangegeven welke vragenlijsten en andere hulpmiddelen de werkgroep aanbeveelt om te gebruiken ter ondersteuning van de communicatie over eenzaamheid. Sommige methoden zijn ontwikkeld voor een bepaalde zorgsetting (bijvoorbeeld de VG-sector), maar de werkgroep is van mening dat methoden voor alle cliënten in de langdurige zorg geschikt kunnen zijn. Welke vragenlijst of hulpmiddel het meest geschikt is, hangt af van het doel, de behoeften en mogelijkheden van de cliënt, en de voorkeuren van een zorgverlener.

Tabel 4.3 Overzicht van vragenlijsten en hulpmiddelen bij communicatie over eenzaamheid

Vragenlijst of hulpmiddel	Wat is het en hoe ondersteunt het

Methoden ter ondersteuning bij het begeleidingsplan/zorg(leef)plan, bijvoorbeeld: • Omaha system • 8-fasenmodel • Positieve gezondheid • Zelfredzaamheidmatrix (ZRM)	Er zijn verschillende methoden die kunnen worden gebruikt om een begeleidingsplan of zorg(leef)plan op te stellen. Methodisch werken kan helpen om via een vaste methodiek aan de slag te gaan met zo'n plan [69] . In zo'n plan kunnen volgens de principes van samen beslissen de voorkeuren, vragen, behoeften of doelen van cliënten in kaart worden gebracht. Als er een wens is, kun je daar samen een doel over opstellen. De volgende domeinen kunnen in een begeleidingsplan of zorg(leef)plan aan bod komen: • Lichamelijke gezondheid. • Psychische gezondheid. • Relaties en sociale contacten. • Zingeving. • Wonen. • Daginvulling en participatie.
Stellingen De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal + existentiële eenzaamheid (zie Tabel 4.2)	Een geschikt bevonden vragenlijst met stellingen die inzicht kunnen geven in iemands ervaring van eenzaamheid. Daarbij zijn vragen toegevoegd over existentiële eenzaamheid, een belangrijke vorm van eenzaamheid die niet terugkomt in de De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal. Deze stellingen kunnen een startpunt zijn voor een gesprek over eenzaamheid en hierdoor kunnen de ervaringen van eenzaamheid in de loop van de tijd worden gevolgd.

Behoeftenbloem van Kitwood	In het model van Kitwood staan de behoeften en verlangens van cliënten beschreven in categorieën. De kern van het model draait om liefde: de behoefte aan liefdevolle aandacht en respect. De andere categorieën zijn: • Comfort (troost en bemoediging): de behoefte aan warmte, tederheid en troost van anderen. Vooral als iemand zich alleen, onveilig of angstig voelt. • Identiteit: de behoefte om te weten wie je bent en een goed gevoel te hebben over jezelf. En te kunnen doen wat je altijd deed. • Gehechtheid: de behoefte aan veiligheid en geborgenheid bij andere mensen. Het gaat erom veilige en vertrouwde relaties te hebben. • Bezig zijn (iets om handen hebben): de behoefte om onderdeel uit te maken van het leven en je nuttig te kunnen voelen. • Erbij horen: de behoefte om onderdeel uit te maken van een groep en een sociale omgeving en je welkom te voelen.
Ecogram	Cliënten kunnen op de vrijetijdskaart invullen wat ze al doen in hun vrije tijd en wat ze nog meer zouden willen doen. De netwerkcirkel geeft inzicht in wie er in het netwerk zitten, wat nodig is om het huidige netwerk te behouden en of uitbreiding wenselijk is. Het kan ook helpen om een eigen netwerk op te bouwen van mensen die kunnen ondersteunen bij activiteiten.
Levensboek	Een boek of map met belangrijke, waardevolle gebeurtenissen uit iemands leven. Door hierover te praten met cliënten en hun familie, leer je de behoeften van de cliënt beter kennen. Zo kun je daar beter op inspelen met passende zorg en ondersteuning.
Eenzaamheidskwartet	Het maken en spelen van een (eigen) kwartet over eenzaamheid. Zie als voorbeeld het kwartet ontwikkeld door SIG (een zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking).

LACCS	Een programma om na te gaan of een cliënt een goed leven heeft. Geschikt voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking of ernstige meervoudige beperkingen. Het gaat in op vijf gebieden: • Lichamelijk welzijn. • Alertheid. • Contact. • Communicatie. • Stimulerende tijdsbesteding.
Perspectief	Een methode om kennis op te doen over personen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. Deze drie onderwerpen staan centraal: • De relatie centraal stellen. • Sterk methodisch werken. • Ouders en betrokkenen werken aan hetzelfde doel.

Cyclische benadering
Er kunnen verschillende momenten worden onderscheiden waarbij communicatie over mogelijke eenzaamheid gewenst is:

- In de eerste zes weken na de opname/intake van de cliënt in de zorgorganisatie. Zo kan de situatie van de cliënt in beeld worden gebracht. Ook kan eventueel direct worden gekeken welke wensen en risico's er zijn voor de cliënt.
- Tweemaal per jaar cyclisch onderzoek bij een planbespreking, multidisciplinair overleg of via cliënttevredenheidsonderzoeken.
- Bij levensgebeurtenissen, veranderingen in samenstelling van de leefgemeenschap en andere risicovolle momenten. Dit soort momenten kunnen triggers zijn voor het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid. Zie het hoofdstuk Signalen en risicofactoren van eenzaamheid voor specifieke voorbeelden van levensgebeurtenissen.
- Bij twijfel, vermoedens of een niet-pluisgevoel. Als er vanuit gesprek met of gedrag van de cliënt of omgeving vermoedens bij de zorgverlener ontstaan dat er mogelijk sprake is van eenzaamheid.

Het is belangrijk om te erkennen dat eenzaamheid en sociale behoeften voortdurend in beweging zijn. Gevoelens van eenzaamheid kunnen veranderen en zich in verschillende richtingen ontwikkelen. Daarom is het essentieel om altijd in gesprek te blijven met cliënten. Zo kan het zijn dat iemand aangeeft eenzaam te zijn, maar er niets aan te willen doen. Blijf in dat geval in contact en peil regelmatig of die wens nog hetzelfde is. Ook kan het zijn dat iemand wel wat aan eenzaamheid wil doen, maar de aanpak niet het gewenste effect heeft. Door eenzaamheid cyclisch te onderzoeken, kan het daarmee ook een

preventieve of screenende functie hebben.

Samenwerking zorgverleners
Afstemming tussen welke zorgverlener wat doet is belangrijk. Iedere zorgverlener kan eenzaamheid aankaarten en signaleren, maar niet iedere zorgverlener heeft de best passende expertise om de situatie rondom eenzaamheid in beeld te brengen of een passende aanpak te vinden. Zo kunnen bijvoorbeeld (GZ-)psychologen of geestelijk verzorgers hun expertise inzetten voor diepgaande gesprekken over eenzaamheid en kunnen vaktherapeuten of paramedici adviseren bij interventies of hulpmiddelen voor de aanpak van eenzaamheid. Multidisciplinair overleg is heel geschikt om zorgen bespreekbaar te maken en ervoor te zorgen dat eventuele zorgen worden opgevolgd door een deskundig zorgverlener. Zie de bijlage Overzicht van disciplines voor een overzicht van wie wat kan doen.

Waarden en voorkeuren van cliënten
De cliëntenwerkgroep gaf aan dat het voor goede communicatie over eenzaamheid belangrijk is dat zorgverleners investeren in het opbouwen van een band met de cliënt. Dat betekent de tijd voor iemand nemen, de mogelijkheid bieden om een vervolgafspraak te maken en zorgen dat er niet teveel wisseling van zorgverleners is. De cliëntenwerkgroep gaf aan dat praten over eenzaamheid moeilijk kan zijn want ‘je klaagt niet’ en ‘je kunt er toch zelf iets aan doen?’ Met andere woorden: er heerst een taboe op het praten over eenzaamheid. Als direct naar eenzaamheid vragen niet lukt, zou een meer indirecte aanpak kunnen helpen: vraag bijvoorbeeld naar hobby's, meedoen, verbinding ervaren of contacten/relaties.

> *"Ja, ik vind het fijn als mensen vragen hoe het met mij gaat en hoe ik me voel. Gewoon door te vragen hoe ik me voel. (ervaringsdeskundige)"*

> *"Je kunt altijd vragen: joh, als je een keer ergens over wil praten, weet dat ik er ben. Zet de achterdeur maar op een heel klein kiertje, dan kun je al een heleboel doen. (ervaringsdeskundige)"*

Houd er rekening mee dat sommige cliënten zelf aangeven zich eenzaam te voelen of het fijn vinden om direct gevraagd te worden naar hun ervaringen met eenzaamheid. Bij anderen is juist een meer terloopse manier van vragen nodig, bijvoorbeeld tussen zorghandelingen door. Dit bleek ook uit de interviews met cliënten. Zo kun je 'tussen de regels door' achterhalen wat voor iemand zou kunnen helpen om het gevoel van eenzaamheid te verminderen. Ten slotte is het belangrijk aansluiting te vinden bij de manier waarop iemand graag in gesprek gaat. Sommige cliënten vinden het bijvoorbeeld fijn om over moeilijke onderwerpen te praten tijdens het wandelen. Het is dus belangrijk de communicatie af te stemmen op de voorkeuren van de individuele cliënt.

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

Rationale
Dialoog met de cliënt en, als dat niet kan, observatie en het verzamelen van het levensverhaal, zijn de belangrijkste methoden voor het communiceren over eenzaamheid bij cliënten in de intramurale langdurige zorg. Stellingen uit vragenlijsten kunnen ter ondersteuning dienen, als startpunt van een gesprek. Ook kunnen (stellingen uit) vragenlijsten een indicatie geven van hoe eenzaamheid zich ontwikkelt. Daarbij beveelt de werkgroep aan de stellingen te gebruiken uit de 6-item Eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld aangevuld met stellingen over existentiële eenzaamheid.

Communiceren over eenzaamheid kan bij opname in een zorginstelling, bij levensgebeurtenissen en bij twijfel. Daarnaast is het goed om eenzaamheid ook structureel tweemaal per jaar terug te laten komen. Dit kan bijvoorbeeld via cliënttevredenheidsonderzoeken of door het onderwerp te bespreken op een multidisciplinair overleg.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 7 mei 2026
Beoordeeld op geldigheid: 7 mei 2026

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

5. Signalen en risicofactoren van eenzaamheid

Autorisatiedatum 07-05-2026 Beoordelingsdatum 07-05-2026

5.1 Signalen en risicofactoren van eenzaamheid

Eenzaamheid uit zich bij iedere persoon anders. Sommige mensen geven zelf aan dat ze zich eenzaam voelen, terwijl anderen veel alleen kunnen zijn zonder zich eenzaam te voelen. Zorgverleners gaven in de knelpunteninventarisatie aan dat zij het lastig vinden een duidelijk beeld te vormen van eenzaamheid en dat ze eenzaamheid moeilijk herkennen bij de ander. Dit hoofdstuk geeft handvatten voor zorgverleners om mogelijke eenzaamheid te herkennen.

Uitgangsvraag

Bij welke signalen en risicofactoren van eenzaamheid bij cliënten is alertheid geboden?

Aanbevelingen

Wees alert op mogelijke eenzaamheid bij de volgende signalen:

- **Sociale signalen**: klein sociaal netwerk, lage frequentie van sociaal contact, lage kwaliteit van sociaal contact, buitengesloten worden.
- **Psychische signalen**: gevoelens van somberheid en angst, gevoelens van lage emotionele nabijheid/verbinding, laag zelfvertrouwen/gevoel van eigenwaarde.
- **Existentiële signalen**: gemis aan autonomie en controle/regie, gemis aan betekenis, gemis aan begrip (en steun), gemis aan waardigheid, gemis aan waarden, gemis van leven buiten de instelling.
- **Lichamelijke signalen**: afnemende cognitieve veerkracht, beperkingen in dagelijks functioneren, beperkte communicatieve redzaamheid, complexe gezondheidssituatie, lichamelijk ongemak en vermoeidheid.
- **Gedragsmatige signalen**: zich afzonderen/terugtrekken, passiviteit, moeilijk verstaanbaar/onbegrepen gedrag, moeite om zelf sociale initiatieven te starten (en te onderhouden).

Wees je bij het interpreteren van signalen bewust van de subjectiviteit van eenzaamheid: eenzaamheid kan door iedereen anders worden ervaren en geuit. Niet ieder signaal betekent dat een cliënt eenzaamheid ervaart. Ga met de cliënt in gesprek om de situatie verder in beeld te brengen.

Wees alert op mogelijke eenzaamheid bij de volgende risicofactoren:

- **Sociodemografische factoren**: mannelijk geslacht, ongehuwd of zonder partner, migratieachtergrond, gescheiden, hogere leeftijd, zonder (vmbo-t-)diploma, LHBTIQA+-identiteit, kinderloos.
- **Institutionele factoren**: tekort aan middelen, institutionele afhankelijkheid, structureel tijdgebrek van zorgverleners, rigide zorgstructuren die leiden tot standaardzorg, onderbelichting van existentiële en/of religieuze behoeften, gebrek aan continuïteit in zorgrelaties, vertrouwen in zorgverleners, omgeving die niet stimuleert tot sociale verbinding, slechte aansluiting met medebewoners, gebrek aan aanbod van passende en zingevende daginvulling, vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen.
- **Levensgebeurtenissen en momenten**: verlies van belangrijke personen, wegvallen van (onbetaald) werk/daginvulling, verhuizing, momenten zoals de avond, het weekend, de winter of zomer, feestdagen.

Onderbouwing

Om de uitgangsvraag van dit hoofdstuk te beantwoorden, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvragen:

- *Welke signalen van eenzaamheid zijn bekend bij volwassenen met een verstandelijke beperking?*
- *Welke risicofactoren/voorspellers (inclusief momenten die eenzaamheid kunnen triggeren) van eenzaamheid zijn bekend bij volwassenen met een verstandelijke beperking?*
- *Welke signalen van eenzaamheid zijn bekend bij volwassenen in de intramurale zorg?*
- *Welke risicofactoren/voorspellers (inclusief momenten die eenzaamheid kunnen triggeren) van eenzaamheid zijn bekend bij volwassenen in de intramurale zorg?*

De verantwoording van het literatuuronderzoek is in twee documenten te vinden. Lees de bijlage Verantwoording literatuuronderzoek - Algemeen voor de overkoepelende beschrijving van de methode van het literatuuronderzoek voor deze richtlijn en de bijlage Verantwoording literatuuronderzoek - Signalen voor de resultaten van het literatuuronderzoek van dit hoofdstuk.

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de richtlijnwerkgroep met zorgverleners en de werkgroep met (vertegenwoordigers van) cliënten en naasten weergegeven. Hierin gaat het over de resultaten uit het literatuuronderzoek en overwegingen vanuit (klinische) expertise en ervaringen.

Signalen en risicofactoren van eenzaamheid
Uit het literatuuronderzoek zijn veel mogelijke factoren naar voren gekomen waarbij alertheid op eenzaamheid wordt gevraagd van zorgverleners. In het literatuuronderzoek is gezocht naar signalen, risicofactoren, voorspellers, sleutelmomenten en factoren waarbij er een grotere kans is op het ontstaan of zich voordoen van eenzaamheid. Hierbij kan het gaan om signalen (zoals depressieve gevoelens) of problemen waar eenzaamheid aan ten grondslag ligt (bijvoorbeeld probleemgedrag). Ook kan het gaan om sleutelmomenten, zoals de overgang van thuis naar een verpleeghuis of andere zorginstelling. De werkgroep herkent veel signalen en risicofactoren in de praktijk. Wel geeft de werkgroep aan dat veel van de signalen en risicofactoren inherent zijn aan het cliënt-zijn in de langdurige zorg.

In dit hoofdstuk is zo goed mogelijk onderscheid gemaakt tussen signalen en risicofactoren van eenzaamheid. *Signalen* worden hierbij omschreven als uitingen waaruit blijkt dat iemand zich misschien al eenzaam voelt. *Risicofactoren* worden omschreven als structurele of persoonlijke omstandigheden die de kans op eenzaamheid bij een cliënt verhogen, maar niet per se betekenen dat iemand zich nu al eenzaam voelt. In de praktijk is het onderscheid tussen risicofactoren en signalen soms ingewikkeld als gedrag, gevoelens en omstandigheden elkaar overlappen of beïnvloeden. Daarom adviseert de werkgroep om het onderscheid niet heel strak te zien. Het is vooral van belang dat dit allemaal mogelijke (momenten van) uitingen van eenzaamheid zijn waarbij zorgverleners alert moeten zijn.

De richtlijnwerkgroep en de cliëntenwerkgroep hebben deze lijst met signalen en risicofactoren vanuit expert opinie en ervaring geprioriteerd en aangevuld. De richtlijnwerkgroep noemt de volgende signalen en risicofactoren aanvullend op het literatuuronderzoek: risicovol online contact, gebrek aan perspectief, gemis van steun (door familie), gemis van leven buiten de instelling, passiviteit, onbegrepen/moeilijk verstaanbaar/probleemgedrag, moeite om sociale intiatieven te onderhouden, partnerloos zijn, weinig financiële mogelijkheden, beheer en ondersteuning, wachten op zorg, gezelschap en slaap, overlijden kind, beëindiging relatie, scheiding van partner (door verhuizing naar zorginstelling). De cliëntenwerkgroep noemt aanvullend suïcidale gedachten en uitingen, gebrek aan perspectief, veel aandacht vragen/claimend gedrag/klagen en in een kleine doelgroep vallen (bijvoorbeeld Laag Volume Hoog Complex (LVHC)-doelgroepen zoals mensen met Korsakov of NAH+). Daardoor ervaren zij mogelijk minder aansluiting bij andere bewoners.

In onderstaande tabellen worden de belangrijkste signalen (Tabel 5.1) en risicofactoren (Tabel 5.2) benoemd om eenzaamheid te herkennen bij cliënten in de intramurale zorg.

Tabel 5.1 Overzicht met signalen van eenzaamheid bij cliënten in de intramurale langdurige zorg

Signalen van eenzaamheid in de intramurale langdurige zorg	
Sociale signalen	**Klein sociaal netwerk** *(weinig tot geen sociaal netwerk; beperkt contact met familie)*
	Lage frequentie van sociaal contact *(minder dan een bezoek per maand)*

	Lage kwaliteit van sociaal contact *(gebrek aan kwalitatieve vriendschappen; gebrek aan ((cognitief) gelijkwaardige) gesprekspartner; gebrek aan sociale betrokkenheid, gebrek aan betekenisvolle interacties; risicovol online contact*)*
	Buitengesloten worden *(gepest worden; emotionele isolatie; negatieve houding van anderen (bv. stigmatisering, discriminatie); gevoel van onveiligheid)*
Psychische signalen	**Gevoelens van somberheid en angst** (*depressieve gevoelens; emotionele pijn en instabiliteit; ambivalente behoefte aan contact (verlangen naar contact, maar angst om tot last te zijn); deterministisch denken; suïcidale gedachten en uitingen)*
	Gevoelens van lage emotionele nabijheid/verbinding
	Laag zelfvertrouwen/gevoel van eigenwaarde
Existentiële signalen	**Gemis aan autonomie en controle/regie**
	Gemis aan betekenis (*zinloosheid; het gevoel niet meer nodig te zijn; wegvallen van betekenisvolle rollen; gebrek aan perspectief*/**)*
	Gemis aan begrip (en steun*) *(gevoel niet begrepen te worden door medebewoners, personeel (of familie*))*
	Gemis aan waardigheid
	Gemis aan waarden*
	Gemis van leven buiten de instelling*
Lichamelijke signalen	**Afnemende cognitieve veerkracht** *(cognitieve achteruitgang)*
	Beperkingen in dagelijks functioneren *(mobiliteitsbeperkingen, functionele beperkingen, functionele afhankelijkheid)*
	Beperkte communicatieve redzaamheid
	Complexe gezondheidssituatie *(comorbiditeit)*

	Lichamelijk ongemak en vermoeidheid (*slaapproblemen, pijnklachten, incontinentie)*
Gedragsmatige signalen	**Zich afzonderen/terugtrekken**
	Passiviteit
	Moeilijk verstaanbaar/onbegrepen gedrag* (*veel aandacht vragen, claimend gedrag vertonen en klagen**; probleemgedrag zoals agressie of zelfbeschadigend gedrag*)*
	Moeite om zelf sociale initiatieven te starten (en te onderhouden*)

* aanvullend aangedragen door werkgroep; ** aanvullend aangedragen door cliëntenwerkgroep

Voorbeeld van een existentieel signaal:

> *"Ik voel dat ik niet meer mee kan doen in de maatschappij, omdat ik geen werk meer heb en geen sociale contacten. Ik voel mij nutteloos. (ervaringsdeskundige)"*

> *"Ja, ik wilde terug naar huis. Niemand leek me te begrijpen. De andere mensen [medebewoners] slapen aan tafel, niemand zegt of doet iets. (ervaringsdeskundige)"*

Voorbeeld van een gedragsmatig signaal:

> *"Je sluit je op in je kamer, trekt de gordijnen dicht, draait de deur op slot, of je duwt juist mensen weg. (ervaringsdeskundige)"*

Tabel 5.2 Overzicht met risicofactoren voor eenzaamheid bij cliënten in de intramurale langdurige zorg

Risicofactoren voor eenzaamheid in de intramurale langdurige zorg	
Sociodemografische factoren	**Mannelijk geslacht**
	Ongehuwd of zonder partner*
	Migratieachtergrond*
	Gescheiden
	Hogere leeftijd
	Zonder (vmbo-t-)diploma
	LHBTIQA+-identiteit**

	Kinderloos
Institutionele factoren	**Tekort aan middelen** *(ontbreken van transportmogelijkheden; weinig financiële mogelijkheden, beheer en ondersteuning*)*
	Institutionele afhankelijkheid *(afhankelijkheid van zorgverleners om contacten te leggen)*
	Structureel tijdgebrek van zorgverleners *(wachten op zorg, gezelschap en slaap*)*
	Rigide zorgstructuren die leiden tot standaardzorg
	Onderbelichting van existentiële en/of religieuze behoeften
	Gebrek aan continuïteit in zorgrelaties
	Vertrouwen in zorgverleners
	Omgeving die niet stimuleert tot sociale verbinding
	Slechte aansluiting met medebewoners *(leeftijdsverschil met medebewoners, in kleine doelgroep vallen (bv. de LVHC-groepen)**)*
	Gebrek aan aanbod van passende en zingevende daginvulling*
	Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen
Levensgebeurtenissen en momenten	**Verlies van belangrijke personen** *(overlijden betekenisvolle ander (bv. partner, kind*, vriend(in)*, bewoner*); scheiding partner*/beëindiging relatie* (ook door verhuizing naar zorginstelling)*
	Wegvallen van (onbetaald*) werk/daginvulling*
	Avond, weekend, koude wintermaanden, feestdagen*, zomervakantieperiode*
	Verhuizing*

* aanvullend aangedragen door werkgroep; ** aanvullend aangedragen door cliëntenwerkgroep

Voorbeeld van een levensgebeurtenis als risicofactor:

"Toen mijn vader overleed, toen voelde ik mij eenzaam. Daarna niet meer. Ik miste hem. Ik

voelde dat in mijn lijf. Toen hoefde het voor mij niet meer. (ervaringsdeskundige)"

Door de aard van eenzaamheid zijn de signalen en risicofactoren moeilijk te herkennen. Er bestaan verschillende vormen van eenzaamheid en oorzaken of gevolgen van eenzaamheid, zoals genoemd in de Algemene inleiding, die ook een signaal of risicofactor kunnen zijn. Denk bijvoorbeeld aan verlieservaringen of (mentale) gezondheidsproblemen, zoals depressie. Ook is geconstateerd dat eenzaamheid niet pas in de langdurige zorg ontstaat, maar een maatschappelijk probleem is. Cliënten in de langdurige zorg worden vaak buiten de samenleving geplaatst door maatschappelijke ontwikkelingen zoals individualisering, stigmatisering en extramuralisering [23]. Zo kunnen zij bijvoorbeeld vaak niet meedoen aan maatschappelijke activiteiten. Belangrijk is dat zorgverleners breed blijven kijken naar mogelijke signalen van eenzaamheid en kwetsbaarheid van cliënten in de langdurige zorg.

Interpreteren van signalen en risicofactoren
Eenzaamheid is een subjectieve ervaring. Het gaat om de balans tussen wat iemand ervaart en waar iemand behoefte aan heeft [16]. Zo kan dezelfde ervaring (bijvoorbeeld 'geen verbinding hebben') voor verschillende mensen positief, negatief of neutraal zijn. Dit bleek uit een afstudeeronderzoek onder verpleeghuisbewoners met het syndroom van Korsakov [16]. Belangrijk is om ook aandacht te hebben voor culturele diversiteit in hoe eenzaamheid zich uit of benoemd wordt. Verwachtingen, behoeften en stigma kunnen cultureel bepaald zijn. Denk bijvoorbeeld aan het belang van verbondenheid met familie, verschil in opvattingen over 'alleen zijn' (sociale afwijzing versus zelfzorg), of het eerder uiten van eenzaamheid in lichamelijke klachten. Ook is het belangrijk te benoemen dat een cliënt niet direct eenzaam is als deze een signaal toont of is blootgesteld aan een bepaalde risicofactor. Eenzaamheid moet daarbij niet verward worden met andere negatieve ervaringen, zoals verveling. Toch kunnen signalen en risicofactoren wel een richting geven aan zorgverleners bij het inschatten van eenzaamheid. Zeker als er één of meerdere signalen zichtbaar zijn of als er risicofactoren spelen.

De signalen en risicofactoren geven geen kwalitatieve verdieping van wat een cliënt precies ervaart en welke onderliggende mechanismen er spelen. Dit roept vragen op als: '*Wat maakt dat iemand geen vrienden heeft*?' Zulke inzichten zijn cruciaal om de problematiek te begrijpen. Een zorgverlener kan daarom niet bepalen of iemand eenzaam is [16]. Dit benadrukt het belang van het terugkoppelen van observaties en vermoedens aan de cliënt en van het verder uitzoeken wat er precies speelt, in plaats van uitsluitend op basis van geobserveerde signalen en risicofactoren een conclusie te trekken. Dat kan door de observaties bij de cliënt terug te leggen om te controleren hoe de cliënt hier zelf in staat en door de eenzaamheid en sociale behoeften van een cliënt verder in beeld te brengen. Hoe dit het beste kan, staat verder uitgewerkt in het hoofdstuk Communicatie over eenzaamheid.

Signalen en risicofactoren in uitzonderlijke situaties
In de literatuur zijn ook factoren gevonden in studies die tijdens de covidperiode zijn uitgevoerd [70] [71] [72]. Deze werden uiteindelijk geëxcludeerd omdat ze onvoldoende representatief zijn voor de hedendaagse setting. Uitzonderlijke situaties zoals lockdowns kunnen wel opnieuw plaatsvinden, waardoor de werkgroep het van belang vindt dit toch te benoemen. Zo'n situatie waardoor sociale isolatie ontstaat, is op zich een risicofactor voor eenzaamheid [73]. In de literatuur werden daarnaast signalen en risicofactoren geïdentificeerd zoals een ervaren gebrek aan sociale verbindingen [72] en sociale steun [71], angst voor het verdwijnen van een autonome positie door het verdwijnen van werkvoorzieningen [72] en donkere gedachten [72]. Ook bleek dat vrouwen, mensen ouder dan tachtig jaar, mensen met dementie, slechte gezondheid en lage mobiliteit extra vatbaar waren voor eenzaamheid tijdens de

covidpandemie [70] .

Risicofactoren op organisatieniveau
Het identificeren van institutionele risicofactoren maakt duidelijk dat eenzaamheid in de intramurale langdurige zorg niet alleen voortkomt uit individuele omstandigheden, maar ook samenhangt met hoe zorg is georganiseerd. Tekorten aan middelen, tijdgebrek en rigide structuren kunnen sociale verbondenheid onbedoeld beperken. Daarnaast kunnen afhankelijkheid van zorgverleners, gebrek aan continuïteit en onvoldoende aandacht voor zingeving gevoelens van eenzaamheid versterken. Voor zorgorganisaties betekent dit dat het tegengaan van eenzaamheid vraagt om aandacht voor organisatorische en culturele randvoorwaarden, niet alleen voor individuele interventies. Een relationele zorgcultuur is daarbij essentieel. Hierin ervaren bewoners ruimte voor betekenisvolle contacten en krijgen medewerkers er tijd en ondersteuning voor. Zo kunnen organisaties structureel bijdragen aan een meer verbonden en mensgerichte leefomgeving. Hierop wordt verder ingegaan in het hoofdstuk Organisatie van zorg.

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

Rationale
De werkgroep beveelt aan om alert te zijn op de lijst met signalen van eenzaamheid bij cliënten in de langdurige zorg. Deze lijst is een prioritering van allerlei signalen van eenzaamheid die in de literatuur zijn gevonden onder ouderen in de intramurale langdurige zorg en onder mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast is de lijst aangevuld met expert opinion en ervaringen van de werkgroep en cliënten(vertegenwoordigers).

Bij het interpreteren van signalen is het van groot belang te onthouden dat eenzaamheid een subjectieve ervaring is en dat niet ieder signaal betekent dat de cliënt eenzaamheid ervaart. Een zorgverlener kan niet op basis van een signaal bepalen of iemand eenzaam is en moet vermoedens van eenzaamheid eerst verder in kaart brengen.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 7 mei 2026
Beoordeeld op geldigheid: 7 mei 2026

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

6. Aanpak van eenzaamheid

Autorisatiedatum 07-05-2026 Beoordelingsdatum 07-05-2026

6.1 Aanpak van eenzaamheid

Adequaat omgaan met gevoelens van eenzaamheid is belangrijk om deze gevoelens zo goed mogelijk te verminderen. In de knelpunteninventarisatie gaven zorgverleners aan dat zij te weinig inzicht hebben in welke interventies er bestaan en hoe effectief deze zijn. Verder vinden ze het moeilijk om te bepalen waarop je actie moet ondernemen, en ervaren ze een gebrek aan oplossingsperspectief bij eenzaamheid. In dit hoofdstuk worden handvatten beschreven voor zorgverleners voor de aanpak van eenzaamheid.

Uitgangsvraag

Welke methoden en strategieën zijn het meest geschikt voor het aanpakken van eenzaamheid bij cliënten?

Aanbevelingen

Zoek samen met de cliënt, en eventueel met het netwerk, naar de best passende aanpak tegen eenzaamheid. Verken welke doelen en middelen het beste bij die cliënt passen. Kijk ook naar welke frequentie en welke groepsvorm het beste past.

Overweeg de volgende middelen bij mensen in de intramurale zorg die eenzaam zijn:

- Sociale contacten en vaardigheden (bv. apps, trainen van communicatieve redzaamheid, gespreksgroepen of (levensbeschouwelijke) bijeenkomsten);
- Gesprekken met zorgverleners;
- Contact met dieren;
- Herinneringen;
- Robotica;
- ICT en online interacties;
- Vaktherapie (beeldende-, muziek-, drama-, spel-, dans- en bewegings- en psychomotorische therapie);
- Sport en spel;
- Burgerschap.

Probeer een gecombineerde aanpak van meerdere soorten middelen in te zetten. Zie de databanken Erkende sociale interventies bij eenzaamheid van Movisie of het Interventie overzicht bij eenzaamheid van Loket gezond leven (RIVM) voor voorbeelden.

Wees terughoudend met het gebruik van virtuele realiteit (VR) en actieve ondersteuningsprogramma's.

Evalueer blijvend, bij voorkeur met een voor de cliënt vertrouwde zorgverlener, of de aanpak van eenzaamheid het gewenste effect heeft voor de cliënt en stel zo nodig bij.

Onderbouwing

Om de uitgangsvraag van dit hoofdstuk te beantwoorden, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

- *Wat is de effectiviteit van interventies gericht op het voorkomen en verminderen van eenzaamheid bij volwassenen die langdurige zorg ontvangen? (En wat zijn de kenmerken van deze interventies?)*

De verantwoording van het literatuuronderzoek is in twee documenten te vinden. Lees de bijlage Verantwoording literatuuronderzoek - Algemeen voor de overkoepelende beschrijving van de methode van het literatuuronderzoek voor deze richtlijn en de bijlage Verantwoording literatuuronderzoek - Aanpak voor de resultaten van het literatuuronderzoek van dit hoofdstuk.

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de richtlijnwerkgroep met zorgverleners, de werkgroep met (vertegenwoordigers van) cliënten en naasten weergegeven. Hierin gaat het over de resultaten uit het literatuuronderzoek en overwegingen vanuit (klinische) expertise en ervaringen.

Interventies tegen eenzaamheid
Om het gevoel van eenzaamheid (deels) tegen te gaan, kunnen diverse interventies worden ingezet. Er zijn verschillende soorten interventies geïdentificeerd in de literatuur. Deze zijn aangevuld met de expertise van zorgverleners en cliënten(vertegenwoordigers). Het is aan te bevelen om zo goed mogelijk de aard van de eenzaamheid (sociaal, emotioneel, existentieel of een combinatie) te onderzoeken en vandaaruit te kijken welk doel voor ogen ligt. Aan de hand van het doel kan worden gekeken welk(e) middelen(en) kunnen worden ingezet.

Mogelijke doelen
Afhankelijk van welke soort eenzaamheid er bij een cliënt speelt of aan welke soort eenzaamheid een

cliënt iets wil, kan en durft te doen, kan er worden gekeken naar welke doelen een cliënt heeft. De doelen zijn gebaseerd op eerder geïdentificeerde werkzame elementen van eenzaamheidsinterventies [74]. In Figuur 6.1 en Tabel 6.1 staat weergegeven aan welke (sub)doelen men kan denken bij het verminderen van eenzaamheid, met een uitleg over hoe deze doelen eenzaamheid kunnen verminderen.

Figuur 6.1 Mogelijke subdoelen bij de aanpak van eenzaamheid

Tabel 6.1 Mogelijke subdoelen bij de aanpak van eenzaamheid

Subdoel	Uitleg
Vinden van (zinvolle) bezigheden	Iemand krijgt het gevoel (zinvol) bezig te zijn met een productieve activiteit of met vermaak, waardoor de eenzaamheid minder zwaar weegt of men is afgeleid. Indirect kan de activiteit bijdragen aan betere of meer sociale relaties [74].
Creëren van een betekenisvolle rol	Iemand doet iets voor anderen (persoon, organisatie, samenleving), waardoor het gevoel ontstaat ertoe te doen en deel te zijn van een groter geheel. Ook kunnen het zelfvertrouwen en de zelfwaardering toenemen [74].
Vinden van betekenisvol contact	Iemand heeft regelmatig, positief en duurzaam contact met een persoon die voldoende tijd en energie in de relatie wil steken, waardoor het gevoel van 'belonging' en geborgenheid wordt gecreëerd [74].

Relatieopbouw/mensen ontmoeten	Iemand heeft de mogelijkheid sociale interacties te hebben of nieuwe sociale contacten aan te gaan, waardoor iemand gevoelens ontwikkelt van erbij horen en het netwerk kan worden uitgebreid [74] .
Verbeteren van sociale vaardigheden	Iemand gaat makkelijker een gesprek aan en is beter in staat een gesprek gaande te houden, waardoor contact makkelijker verloopt en relaties diepgaander worden en problemen binnen relaties worden voorkomen of overwonnen [74] .
Praktisch ondersteuning ontvangen	Iemand krijgt steun bij praktische zaken, waardoor het gevoel ontstaat ingebed te zijn in een groter, zorgzaam verband en er niet alleen voor te staan [74] .
Creëren van realistische verwachtingen	Iemand wordt in staat gesteld om onrealistische verwachtingen bij te stellen, waardoor minder teleurstelling zal optreden en negatieve interpretaties van sociaal gedrag van anderen worden voorkomen [74] .

Mogelijke middelen
Er zijn in de literatuur verschillende interventies geïdentificeerd die kunnen worden ingezet als middel om iets tegen eenzaamheid te doen. Welk middel het best past, is afhankelijk van zowel de voorkeuren en wensen van de cliënt als de zorgverlener of vrijwilliger die de aanpak moet begeleiden. Daarbij kan ook gedacht worden aan het inzetten van interventies in groepsverband of aan een individuele cliënt en de frequentie ervan. Hieronder wordt per categorie van middelen tegen eenzaamheid een aantal overwegingen gegeven. De categorieën met een sterretje zijn toegevoegd door de werkgroep.

- Sociale contacten en vaardigheden
  Hieronder vallen bijvoorbeeld apps die contact met familie en vrienden mogelijk maken, vriendschapsinterventies met vrijwilligers, het trainen van sociale vaardigheden of het versterken van de communicatieve redzaamheid. De werkgroep vult aan dat er ook gedacht kan worden aan het versterkt inzetten van bestaand sociaal netwerk, medebewoners, vrijwilligers/buddy's, lotgenotencontact of gespreksgroepen, levensbeschouwelijke bijeenkomsten (fysiek of via radio/tv/internet). Ook mensen met dementie die in een zorgorganisatie verblijven, benadrukken het belang van persoonlijk contact om mee te doen in de samenleving [40] . Houd bij sociale contacten en vaardigheden rekening met de kosten, confrontaties voor cliënten die weinig zelfvertrouwen hebben of snel afwijzing ervaren, de inzet van zorgmedewerkers en de continuïteit.

  "Ik heb ook vrienden gemaakt op mijn sportclub. Daar leer je natuurlijk ook mensen kennen en daar maak je ook vrienden. (ervaringsdeskundige)"

- Gesprekken met zorgverleners*
  Goed contact met en aandacht van zorgverleners kan invloed hebben op de gevoelens van eenzaamheid. Dit kan deels door iedere zorgverlener, maar voor sommige gesprekken zijn specifieke zorgverleners, zoals (GZ-)psychologen, geestelijk verzorgers of vaktherapeuten meer deskundig. Zie de hoofdstukken Goede zorg rondom eenzaamheid en Communicatie over eenzaamheid. Cliënten waarderen de persoonlijke aandacht, het begrip en het vertrouwen, maar

zorgverleners moeten wel de ruimte ervaren en zich bekwaam voelen om zulke gesprekken aan te gaan. Het vereist weinig extra middelen en gebeurt al veel in de dagelijkse zorgpraktijk.

- Contact met dieren
  Met de inzet van contact met dieren als middel tegen eenzaamheid kan het zowel gaan om de aanwezigheid of bezoek van een (huis)dier (in de literatuur vooral hondenbezoek) aan de zorgorganisatie. Houd bij contact met dieren rekening met allergieën van cliënten, infectierisico's, angst van cliënten, dierenwelzijn, en de kosten voor en beschikbaarheid van (de begeleiding van) dieren. Zie ook de richtlijn Dieren en planten in de langdurige zorg voor handvatten rondom dit thema (wordt binnenkort gepubliceerd).
- Herinneringen
  Hierbij kan worden gedacht aan het delen van herinneringen en persoonlijke ervaringen. De werkgroep vult aan dat het kan helpen om te werken aan een fotoboek, een boek met het levensverhaal, foto's en herinneringen van vroeger of de familie. Ook kan er life-review-therapy worden gedaan door een (GZ-)psycholoog, wat zich richt op het verminderen van depressieve klachten door het ophalen van, betekenis geven aan, en integreren van herinneringen over de hele levensloop. Houd hierbij rekening met het mogelijk oproepen van negatieve herinneringen of hertraumatisering, het cognitieve vermogen van cliënten en culturele verschillen tussen cliënten.
- Robotica
  Robotica omvat zowel robot(huis)dieren als mensachtige robots. Robotica past bij de trend van toenemende inzet van technologische en digitale interventies ter verlichting van personeelstekorten en ter ondersteuning van de zelfredzaamheid van cliënten. Houd bij robotica rekening met hoge aanschafkosten en onderhoud, storingen. Ook kunnen cliënten het gebruik van robotica als betuttelend of kinderachtig ervaren.
- ICT, videobellen en online interacties
  Onder deze categorie vallen methoden zoals het gebruik van internet, sociale media, apps, videogesprekken en online groepsactiviteiten. Hiermee kunnen cliënten berichten, audio, foto's en video's delen met familie of vrienden en contact met hen onderhouden. Deze interventiecategorie past bij de trend van toenemende inzet van technologische en digitale interventies ter verlichting van personeelstekorten en ter ondersteuning van de zelfredzaamheid van cliënten. Houd rekening met kosten voor de aanschaf van apparatuur en training, digitale affiniteit en uitsluiting van cliënten door cognitieve, financiële of communicatieve verschillen, en de benodigde infrastructuur en ondersteuning bij technische problemen.
- Vaktherapie (beeldende-, muziek-, drama-, spel-, dans- en bewegings- en psychomotorische therapie);
  Voorbeelden van activiteiten zijn (samen) zingen of muziek maken, fysieke activatie, sporten, spellen, knutselen, schilderen, stoeldans, levensverhalen naspelen, improvisatiespellen, rollenspellen, of therapie met poppen of objecten. Alleen muziek-, drama- en danstherapie zijn wetenschappelijk onderzocht en leken eenzaamheid te verminderen. De overige vormen van vaktherapie zijn toegevoegd door de werkgroep. Elk vaktherapeutisch beroep maakt gebruik van ervaringsgerichte interventies. Vaktherapeuten zijn bij uitstek opgeleid om contexten te creëren en aan te passen zodat deze sociale cohesie en verbinding stimuleren. Vaktherapeuten kunnen hierbij op individueel- en groepsniveau aanpassingen doen. Houd bij vaktherapie rekening met interesses, mogelijkheden en de culturele achtergrond van cliënten en de beschikbaarheid van vaktherapeuten.
- Virtuele realiteit (VR)
  Het inzetten van een VR-headset om 360*-video's te bekijken om bekende plekken virtueel te

bezoeken of om natuurscènes te bekijken. VR past bij de trend van toenemende inzet van technologische en digitale interventies ter verlichting van personeelstekorten en ter ondersteuning van de zelfredzaamheid van cliënten. Cliënten kunnen de mogelijkheid waarderen om op de cliënt afgestemde nieuwe of vertrouwde plekken te bezoeken. De aanvaardbaarheid van VR hangt af van de technologische affiniteit, cognitieve mogelijkheden en prikkelbestendigheid van de cliënt. Begeleiding door zorgverlening is van belang om gelijke toegang te waarborgen. De kosten voor de aanschaf van VR zijn relatief hoog, maar eenmalig en kunnen worden gedeeld. Aan technische ondersteuning voor beheer en onderhoud kunnen terugkerende kosten verbonden zijn. Het bewijs voor deze interventiecategorie liet zien dat VR waarschijnlijk niet of nauwelijks effectief is tegen eenzaamheid.

- Actieve ondersteuningsprogramma's
  Dit zijn programma's met als doel mensen te helpen om actief, consistent en betekenisvol betrokken te zijn in hun eigen leven ongeacht hun ondersteuningsbehoeften. Cliënten hechten veel waarde aan eigen regie en betekenisvolle participatie. Deelname aan zulke programma's vergroot de gelijkheid door het maatwerk en de inclusieve en cliëntgerichte benadering. Over het algemeen is deze interventie goed aanvaardbaar en uitvoerbaar. Het bewijs voor deze interventiecategorie liet zien dat actieve ondersteuningsprogramma's waarschijnlijk niet of nauwelijks effectief zijn tegen eenzaamheid.
- Sport en spel*
  Voorbeelden van sport en bewegen zijn yoga, dans of wandelen. Bij spellen kan gedacht worden aan het kletsbord, eenzaamheidskwartet, sjoelen en het kwadrantenspel. Er zijn vaak lage kosten, maar doorgaans is begeleiding noodzakelijk. De aanvaardbaarheid hangt af van de interesses, mogelijkheden en motivatie van cliënten, evenals de groepssamenstelling en -dynamiek. Ook moet er rekening worden gehouden met toegankelijkheid, veiligheid en mogelijke negatieve effecten, zoals gevoelens van uitsluiting of overvraging.

  "De meeste woningen hebben spelletjes, dus ja, en probeer dat ook te stimuleren. Dat dus mensen ook dingen gaan doen met elkaar, want dat is ook weer wel heel gezellig en dat bevordert ook wel de sfeer vind ik. (ervaringsdeskundige)"

- Burgerschap*
  De mogelijkheid creëren om als volwaardig lid van de samenleving deel te nemen. Bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk doen, in de cliëntenraad plaatsnemen, aan wijkactiviteiten deelnemen, stemmen bij verkiezingen of een (moes)tuin onderhouden. Waarden als autonomie en betekenis zijn belangrijk voor cliënten en kunnen worden bevorderd, net als gelijkheid en maatschappelijke acceptatie. De haalbaarheid hangt af van lokale samenwerkingsverbanden, vervoersmogelijkheden en de bereidheid van organisaties en gemeenten om participatie te faciliteren.
- Gecombineerde aanpak
  De gecombineerde aanpak die in de literatuur als effectief werd beschouwd, bestond uit onderdelen zoals lichamelijke oefeningen, kunst- en muziekactiviteiten en tuinieren. De werkgroep trekt deze categorie breder naar een combinatie van alle soorten methoden die hierboven worden beschreven. Door maatwerk te bieden, voelen cliënten zich beter begrepen en gemotiveerd, en wordt de gelijkheid bevordert doordat de interventie bij veel verschillende soorten cliënten kan worden ingezet. De interventie vraagt om goede coördinatie, interdisciplinaire samenwerking en voldoende organisatorische ondersteuning. Houd bij het inzetten van een gecombineerde aanpak

van meerdere soorten interventies rekening met de interesses, behoeften en belastbaarheid van cliënten, maar ook met complexiteit in de organisatie en coördinatie tussen betrokkenen: de cliënt, zorgverleners, naasten en vrijwilligers.

Figuur 6.2 Aanbevolen mogelijke middelen bij de aanpak van eenzaamheid

Voorbeelden van interventies
Er zijn verschillende databanken met voorbeelden van interventies, zie bijvoorbeeld de databank Erkende sociale interventies bij eenzaamheid van Movisie of het Interventie overzicht bij eenzaamheid van Loket gezond leven (RIVM). Deze zijn niet specifiek voor de langdurige zorg.

Gelijkheid
De best passende aanpak van eenzaamheid voor een individuele cliënt hangt af van verschillende factoren: de cliënt zelf, diens cognitieve en fysieke capaciteiten, de soort eenzaamheid die speelt (sociaal, emotioneel of existentieel), de behoeften en wensen van de cliënt, en diens context (beschikbaar netwerk, voorzieningen, middelen en/of vervoer). Wees je ervan bewust dat deze contextuele verschillen ongelijke mogelijkheden en kansen kunnen creëren tussen cliënten. Ook de vorm van de interventie kan uitmaken, bijvoorbeeld of het in individueel- of groepsverband wordt ingezet. Het belangrijkst is om gezamenlijk te zoeken en te ontdekken welke aanpak tegen eenzaamheid het best bij de individuele cliënt past. Welke soort eenzaamheid speelt er, voor welke subdoelen zou de cliënt willen, kunnen en durven gaan, en welk middel past het beste. Door het keuzeproces samen met de cliënt te doorlopen, wordt de kans op succes het grootst, omdat de cliënt dan de meeste regie en autonomie ervaart. Daarvoor moet de zorgverlener een persoonsgerichte en open houding aannemen en goed naar de cliënt luisteren.

> *"Het is heel belangrijk om diegene uit zijn isolement te halen. Dus kijk naar wat die persoon leuk vindt. Houdt die persoon van koken? Stel een kookclub voor, help die persoon. Houdt*

die persoon van wandelen, leen een hond zodat diegene naar buiten komt. Vrijwilligerswerk kan helpen. Gewoon. Gewoon het leggen van een contact. Het hoeft niet meteen je beste vriend te zijn, maar door een klein contactje kun je al veel meer doen.'(ervaringsdeskundige)"

Moment

Als je vermoedelijke eenzaamheid bespreekt, is het goed om je ervan bewust te zijn dat het uitmaakt over welk moment je het hebt met de cliënt. In het weekend is er weinig te doen in woon-zorginstellingen. Er is minder bezetting en aandacht. Daarnaast gaat een deel van de cliënten in het weekend naar huis. Bovendien kunnen cliënten zelf geen leuke dingen met elkaar doen, daar is meestal begeleiding bij nodig. Op dat soort momenten is het dus het meest wenselijk (en waarschijnlijk het minst praktisch) om activiteiten of afleiding aan te bieden. Dit kan ook het beeld beïnvloeden dat iemand heeft over welke aanpak het best past. Het kan zijn dat er verschillende aanpakken nodig zijn voor verschillende momenten.

Evalueren van aanpak

Het is belangrijk om te evalueren of de interventie het gewenste effect heeft bij de cliënt. Eenzaamheid is vaak weerbarstig en niet altijd te verminderen of weg te nemen; er is dan ook geen garantie dat de inzet van een interventie daadwerkelijk leidt tot een afname van het gevoel van eenzaamheid. Ook uit onderzoek van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut is gebleken dat de onderzochte interventies vaak niet de eenzaamheid verminderden [75] [22]. Er bestaat zelfs een risico dat het gevoel van eenzaamheid toeneemt, bijvoorbeeld als cliënten in een groep worden gezet waar ze geen aansluiting vinden en zich juist eenzamer gaan voelen. Evalueren kan door middel van gesprek (bij cliënt en/of omgeving) en/of observatie, met behulp van een signaleringsplan of met zorg(leef)plangesprekken. Ook kan het door het onderwerp eenzaamheid te agenderen tijdens MDO of in de rapportage. Zie voor een uitgebreide toelichting en praktische handvatten het hoofdstuk Communicatie over eenzaamheid. Continuïteit van zorgverleners is hierbij essentieel: door vertrouwen en bekendheid met de cliënt kunnen gesprekken en observaties voor de evaluatie van de aanpak van eenzaamheid beter worden uitgevoerd en blijven interventies beter geborgd.

Waarden en voorkeuren van cliënten

Bij de aanpak van eenzaamheid is het voor cliënten in de langdurige zorg essentieel dat interventies aansluiten bij hun persoonlijke behoeften, voorkeuren en levensverhaal. Dit vraagt om maatwerk [76] [77]. Wat als helpend wordt ervaren, verschilt per persoon: sommigen zoeken meer contact, anderen willen juist verdieping in bestaande relaties, betekenisvolle rollen of ruimte voor zingeving. Interventies zijn alleen effectief en acceptabel als ze worden ingezet in samenspraak met de cliënt, met respect voor diens tempo, keuzes en grenzen. Cliënten waarderen benaderingen die gericht zijn op echte verbinding, en niet enkel op ‘bezigheid’ of activering. Ook aandacht voor autonomie, veiligheid, vertrouwde gezichten en begrijpelijke communicatie vergroot de kans op een passende en waardevolle aanpak.

Verschillen tussen zorgsettings

De werkgroep is van mening dat er in essentie geen verschil is tussen zorgsettings; eenzaamheid kan iedereen raken en zorgverleners kunnen daar met alle cliënten een geschikte aanpak bij zoeken. Om diverse redenen is wel maatwerk nodig, waardoor de best passende aanpak per setting of cliënt kan verschillen. Bijvoorbeeld door de duur van het verblijf in de langdurige zorg. Mensen met een verstandelijke beperking wonen soms tien jaar of zelfs hun hele leven op een woonplek binnen dezelfde organisatie. Bij ouderen is dat vaak veel korter. Dit beïnvloedt hoe goed zorgverleners hun cliënten leren

kennen. Op dezelfde manier kunnen ook de leeftijd en levensfase van de cliënt, de grootte van de organisatie, de beschikbare zorgverleners en de mate waarin personeelswisselingen plaatsvinden invloed hebben.

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

Rationale
Een effectieve aanpak van eenzaamheid in de langdurige zorg vraagt om maatwerk. Er is niet één universele aanpak of methode te vinden die feilloos de ervaringen van eenzaamheid oplost. Samen met de cliënt moet worden gekeken welke soort eenzaamheid er speelt, of en welke doelen de cliënt heeft en welk middel daar het best bij past. Interventies zijn alleen effectief als ze aansluiten bij iemands wensen, mogelijkheden en leefwereld. Evaluatie van de gekozen aanpak is belangrijk, omdat effecten kunnen verschillen en soms zelfs averechts kunnen uitpakken. De aanpak moeten bovendien haalbaar, aanvaardbaar en kostenefficiënt zijn binnen de dagelijkse zorgpraktijk. Structurele inbedding vergroot de kans op duurzame impact.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 7 mei 2026
Beoordeeld op geldigheid: 7 mei 2026

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

7. Samenwerking in de zorgdriehoek rondom eenzaamheid

Autorisatiedatum 07-05-2026 Beoordelingsdatum 07-05-2026

7.1 Samenwerking cliënten, zorgverleners, naasten, vrijwilligers en samenleving

Eenzaamheid is een complex maatschappelijk probleem dat niet alleen mensen in de langdurige zorg raakt. Zorgverleners kunnen bijdragen aan de omgang met eenzaamheid van cliënten. Maar soms kunnen ze de gevoelens van eenzaamheid niet zelf of maar gedeeltelijk oplossen voor de cliënt. Samenwerking tussen cliënten, zorgverleners en naasten/verwanten kan van groot belang zijn bij het omgaan met eenzaamheid of het vinden van een passende aanpak als mensen zich ongewenst alleen of eenzaam voelen. Uit de knelpunteninventarisatie bleek dat zorgverleners ervaren dat er onvoldoende samenwerking met cliënten en hun naasten plaatsvindt, dat zorgverleners cliënten onvoldoende kennen, en dat er tegelijkertijd maatwerk benodigd is bij eenzaamheid. In dit hoofdstuk staan aanbevelingen over hoe cliënten, zorgverleners en naasten/verwanten gezamenlijk kunnen optrekken. Dit kan bijdragen aan hernieuwde aansluiting bij anderen, een gevoel van verbondenheid en daarmee vermindering van eenzaamheid.

Uitgangsvraag

Hoe kunnen cliënten, zorgverleners en/of naasten het best samenwerken om op een passende manier met eenzaamheid om te gaan?

Aanbevelingen

Voor zorgverleners

Zie eenzaamheid als een gezamenlijke verantwoordelijkheid in de zorgdriehoek, waarin iedereen iets kan doen als de cliënt daar behoefte aan heeft. Zorg voor gezamenlijke doelen en verwachtingen.

Breng in kaart wie er onderdeel is van de zorgdriehoek rondom eenzaamheid: de cliënt, diens naasten en zowel formele als informele zorgverleners, zoals vrijwilligers. Kijk daarbij ook naar de rol van de samenleving.

Investeer in een goede en gelijkwaardige relatie met cliënten en hun naasten met wederzijds vertrouwen en waardering. Zorg voor een respectvolle en open houding met oprechte nieuwsgierigheid naar de cliënt en diens naasten. Durf pijnlijke gevoelens onder ogen te zien en daarover in gesprek te gaan.

Maak eenzaamheid regelmatig bespreekbaar in de zorgdriehoek. Ook als er geen probleem merkbaar is. Wees tegelijkertijd open als anderen dit onderwerp aansnijden.

Stel, in overleg met de cliënt en diens naasten, een zorgverlener en een naaste aan als vaste aanspreekpunten voor zowel andere zorgverleners als cliënten en hun naasten.

Maak duidelijke, volledige en transparante afspraken en zorg voor goede rapportage over signalen, doelen en acties.

Houd rekening met de belasting en mogelijke eenzaamheid die naasten zelf kunnen ervaren, juist vanwege de zorgvraag van hun naaste. Zie de richtlijn Mantelzorg van V&VN [1] voor handvatten om overbelasting te signaleren, te voorkomen of te verlichten.

Voor zorgorganisaties

Draag zorg voor een duidelijke taak- en rolverdeling tussen formele en informele zorgverleners.

Draag zorg voor een veilige werkomgeving en open cultuur binnen zorginstellingen. Hierin respecteren zorgverleners elkaars visie en creëren ze verbinding tussen de zorgorganisatie en de samenleving.

Draag zorg voor een duidelijke sociale kaart waarin (zorg)organisaties en andere partijen elkaar weten te vinden voor initiatieven rondom eenzaamheid.

Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion en gesprekken met ervaringsdeskundigen tot aanbevelingen gekomen.

Overwegingen

De zorgdriehoek
Binnen de zorgdriehoek zijn verschillende partijen betrokken als het gaat om de zorg rondom eenzaamheid. Zo kan er onderscheid gemaakt worden tussen de volgende partijen (zie Figuur 7.1 en een uitgebreide versie in deze bijlage over desamenwerkingsdriehoek bij eenzaamheid):

- Cliënt
- Naasten/verwanten
- Zorgverleners:
    - Begeleiders
    - Behandelaren/medici
    - Managers
    - Overige medewerkers in een zorginstelling (bijvoorbeeld medewerkers receptie, restaurant, facilitaire dienst of schoonmaak)
- Vrijwilligers (ook wel: informele zorgverleners [78]): van maatjes (soms ook naasten) tot conciërges.
- Samenleving

Naasten
Onder 'naasten' (of 'verwanten') vallen familie, vrienden of andere personen die betrokken zijn bij de cliënt. Vaak zijn het mensen die dichtbij de cliënt staan en een emotionele en/of sociale relatie hebben met de cliënt. Ook kunnen zij een rol vervullen als contactpersoon, mantelzorger en/of vertegenwoordiger. Vanuit die positie kunnen zij de rol van informele zorgverlener hebben [78]. Naasten kunnen veel informatie geven over de cliënt. Voor cliënten met wie een gesprek niet mogelijk is, is het essentieel om de omgeving te betrekken om inzicht te krijgen in het huidige functioneren, de levensgeschiedenis, het karakter en de persoonlijke voorkeuren van de cliënt. Naasten zouden vanaf het moment van opname direct betrokken moeten worden om de samenwerking te versterken. Zo kan bijvoorbeeld, als de cliënt hier toestemming voor geeft, het levensverhaal in het begeleidingsplan of zorg(leef)plan worden opgenomen. Ook kunnen naasten een rol spelen in de aanpak van eenzaamheid, door hun aanwezigheid en betrokkenheid bij activiteiten [78]. Het kan zijn dat de cliënt verschillende verwachtingen heeft van verschillende soorten naasten [79]. Voor ouderen staan partners vaak bovenaan in de rangorde, gevolgd door kinderen en kleinkinderen, vrienden en broers/zussen, en andere relaties. In de loop van de tijd kunnen relaties en relatieverwachtingen veranderen, dit moet dan ook blijvend

gemonitord worden. Houd ook rekening met de belasting en mogelijke eenzaamheid die naasten zelf kunnen ervaren, juist vanwege de zorgvraag van hun naaste. Zie de richtlijn Mantelzorg van V&VN [1] voor handvatten om overbelasting te signaleren, te voorkomen of te verlichten.

> *" Als diegene een goede band heeft met zijn familie, vind ik dat de familie daarin iets moet. (ervaringsdeskundige)"*

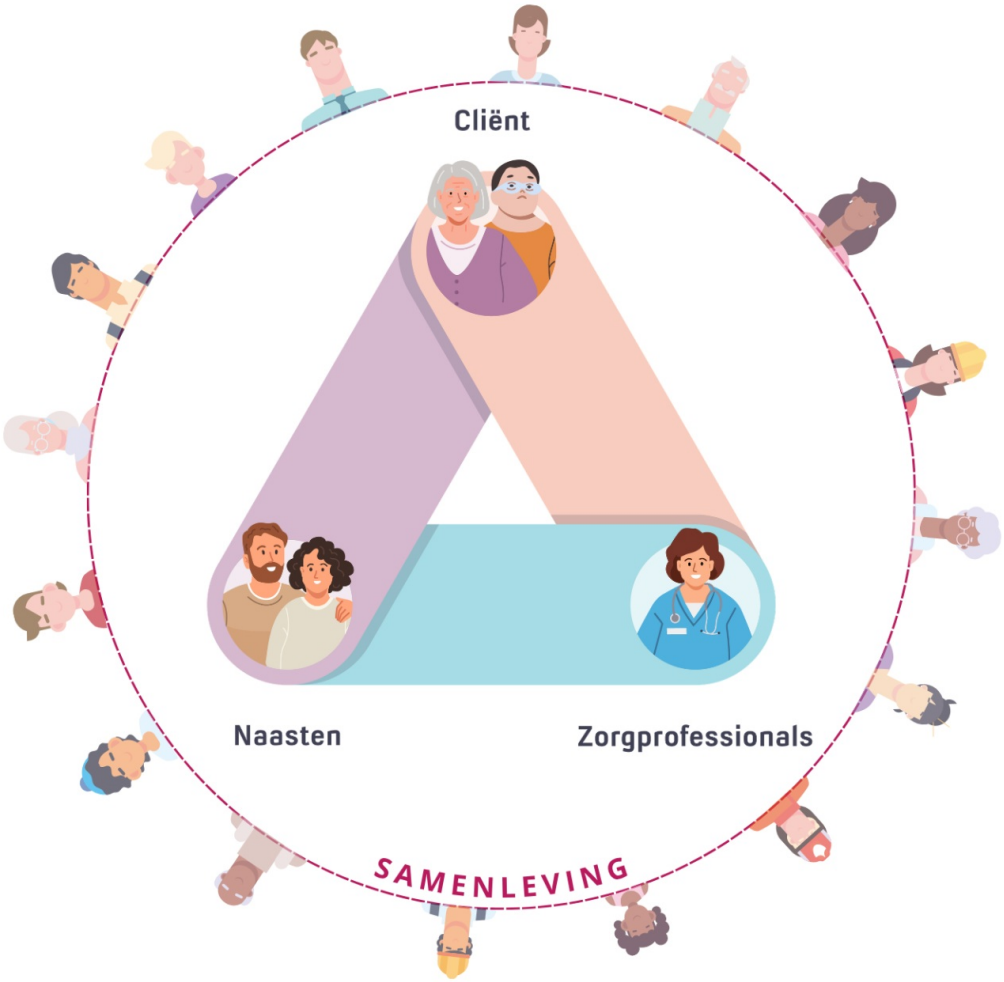
Vrijwilligers
Dit zijn mensen die vanuit een zorgaanbieder zorg bieden aan iemand met wij zij bij de start van hun taken nog geen persoonlijke band hadden. Ze worden ook informele zorgverleners genoemd [78]. Vrijwilligers bestaan in vele vormen: van maatjes (soms zijn dat ook naasten) tot conciërges van zorginstellingen. Vrijwilligers spelen voornamelijk een rol bij de aanpak van eenzaamheid als middel binnen het sociale netwerk en contacten of als ondersteuner bij een van de andere middelen. Samenwerking met vrijwilligers kan ook inzicht geven in de ervaringen en behoeften van een cliënt.

Zorgverleners
Hierboven staat beschreven welke soort betrokkenen er volgens de werkgroep onder zorgverleners vallen; dit gaat dus ook om managers en overige medewerkers in een zorginstelling. Afstemming tussen welke zorgverlener wat doet is belangrijk. Alle zorgverleners kunnen cliënten bijstaan in hun eenzaamheid en eenzaamheid signaleren en aankaarten. Niet alle zorgverleners hebben de best passende expertise om met een cliënt (en/of naasten) de situatie rondom eenzaamheid in beeld te brengen of een passende aanpak te vinden. Multidisciplinair overleg is een heel geschikt moment om zorgen bespreekbaar te maken en eventuele zorgen te laten opvolgen door een deskundige zorgverlener. Houd hierbij ook rekening met de belasting en eenzaamheid die bij zorgverleners zelf kan bestaan. Ze moeten weten dat ze er niet alleen voor staan en dat eenzaamheid een gezamenlijk probleem is van de zorg en de samenleving. Zij kunnen hier wellicht een een bijdrage leveren, ook als eenzaamheid niet altijd oplosbaar is of hoeft te zijn. De zorgorganisatie met haar visie en ethische waarden heeft ook een rol in de zorgdriehoek.

Samenleving
Ook de samenleving als geheel heeft een rol in het op een goede manier omgaan met eenzaamheid. Denk daarbij bijvoorbeeld aan buren, dorpsgenoten, externe organisaties, het wijkteam of de gemeente. Eenzaamheid is een complex maatschappelijk probleem dat niet alleen mensen in de langdurige zorg raakt. Eenzaamheid lijkt vaak een individueel probleem dat bovendien makkelijk op te lossen valt. De werkgroep vindt eenzaamheid echter een maatschappelijk vraagstuk van te weinig gezien worden, zich veilig voelen en er mogen zijn. Onze samenleving bestaat uit een diverse groep mensen en subculturen, waarin elke groep een eigen sociale bubbel heeft. Zo ook de cliënten in de langdurige zorg. De connectie met andere groepen binnen de samenleving is vaak verdwenen door hun beperkingen. Dat kan leegheid en eenzaamheid geven.

Eenzaamheid zou voor sommige mensen in de langdurige zorg kunnen worden aangepakt door hen meer burger en onderdeel van de samenleving te laten voelen. Dat heeft ook te maken met de houding van de samenleving naar cliënten en naar de langdurige zorg. Het is belangrijk dat er meer begrip en inlevingsvermogen komt en dat er ruimte is om cliënten die langdurige zorg ontvangen te zien als mensen die zinvol kunnen en willen bijdragen. Maak weer een connectie door contact te leggen met bijvoorbeeld de buurt of het buurthuis. Nodig de buurt uit voor een kop koffie op de Nationale Burendag. Of leg contact met de lokale school, sportvereniging of kerk voor een gezamenlijke activiteit. Ook gemeenten kunnen

daarin een rol spelen, op zowel zakelijk als burgerlijk vlak.



Figuur 7.1 Zorgdriehoek bij eenzaamheid

Netwerk in kaart brengen
Er zijn verschillende methoden om methodisch het netwerk van cliënten in kaart te brengen. Dit kan helpen bij de samenwerking rondom eenzaamheid bij cliënten. In deze wegwijzer 'Aan de slag met het sociale netwerk' van Movisie en Vilans worden voorbeelden genoemd om belangrijke mensen die een positieve invloed in het leven van de cliënt (kunnen) hebben in kaart te brengen. Een voorbeeld is de netwerkcirkel, met in het hart de mens, de cliënt zelf met diens levensverhaal en verlangens. Eromheen de directe sociale omgeving (intimi, mensen die volgens de cliënt heel dichtbij staan) en vervolgens personen die in iedere schil wat verder van de cliënt afstaan (vrienden, bekenden, diensten). De contacten worden daarnaast verdeeld in kwadranten: familie, medecliënten, zorgverleners en mensen die je ontmoet hebt in de samenleving.

Randvoorwaarden voor goede samenwerking
Er werden door de werkgroep een aantal randvoorwaarden genoemd voor goede samenwerking tussen alle betrokkenen in de zorgdriehoek.

Goede en gelijkwaardige relatie
Zorgverleners moeten investeren in een goede en gelijkwaardige relatie met de cliënt en naasten met

wederzijds vertrouwen [80]. Daarbij moeten zorgverleners een respectvolle, open en een op de cliënt en/of naasten afgestemde houding aannemen. Basale nieuwsgierigheid naar de mens tegenover je is daarbij nodig. Naasten verschillen in de houding en verwachtingen die zij hebben ten aanzien van hun mantelzorgtaken, bijvoorbeeld op basis van hun gender, migratieachtergrond, sociaaleconomische status en levensfase [81]. Neem de tijd om goed te luisteren en om ruimte te geven aan emoties, aandacht te hebben voor elkaar en niet te snel in te vullen of te willen oplossen. Maak naasten duidelijk dat ze een belangrijke rol spelen voor de cliënt, dat je ze ziet en waardeert, en sta open voor hun ideeën [82]. Wees flexibel en verdraagzaam, maar stel wel grenzen en geef die zo nodig aan. Ook hebben zorgverleners moed nodig om pijnlijke gevoelens onder ogen te zien. Dit alles kan helpen om te achterhalen of een cliënt kan en wil werken aan het verminderen of omgaan met eenzaamheid.

Gezamenlijke verantwoordelijkheid, taak- en rolverdeling en aanspreekpunt
Het is belangrijk dat de omgang met eenzaamheid door alle betrokkenen als een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gezien. Hierbij kan iedereen iets doen, niet alleen diegenen die in de dagelijkse zorg werken. Daarbij is van belang dat iedereen dezelfde doelen en verwachtingen voor ogen heeft. Zo kan er met de cliënt besproken worden wat nodig is voor deelname aan activiteiten en wat de professional en/of naasten hieraan kunnen en willen bijdragen. Daarnaast is ook belangrijk dat er duidelijke aanspreekpunten zijn, zowel vanuit de zorg als vanuit de naasten. Vaak is dit de eerste contactpersoon. Tegelijkertijd moet er ook een duidelijke taak- en rolverdeling zijn tussen de betrokken zorgverleners en naasten of verwanten [82].

Voor zorgverleners geldt dat iedereen vanuit de eigen expertise een rol kan spelen bij eenzaamheid. Zo kan bijvoorbeeld iedere zorgverlener signaleren of er sprake is van eenzaamheid, maar voelt niet iedereen zich deskundig om dat vervolgens verder te verkennen en een aanpak tegen eenzaamheid te zoeken. In de bijlage Overzicht van disciplines wordt een overzicht gegeven van mogelijke rollen en aandachtsgebieden van verschillende zorgdisciplines bij de zorg rond eenzaamheid. Dit overzicht is niet volledig en de inzet van zorgdisciplines verschilt per zorgsetting en zorgorganisatie. Dit komt doordat niet alle zorgdisciplines bij deze richtlijn betrokken zijn en bij elke organisatie aanwezig zijn. Ook kan een cliënt behoefte hebben aan het betrekken of juist niet betrekken van bepaalde zorgdisciplines. Bespreek per cliënt in de zorgplanbespreking welke disciplines in het multidisciplinaire team nodig zijn.

Goede communicatie en rapportage
Duidelijke, open en eerlijke communicatie tussen alle betrokkenen is nodig, waarbij iedereen kan begrijpen wat er wordt gezegd en afgesproken. Zorg dat zorgverleners echt contact maken met cliënten en naasten. Als gesproken taal lastig is om ieders stem te kunnen horen en verstaan, kan creatieve communicatie helpen. Zie het hoofdstuk Communicatie over eenzaamheid voor meer aanbevelingen over dit onderwerp. Maak eenzaamheid regelmatig bespreekbaar met cliënten en naasten of verwanten, ook als er geen probleem merkbaar is, en bespreek in de zorgdriehoek wat goed gaat en waar mogelijk aandacht voor nodig is. Sta open als anderen dit onderwerp aansnijden en wees hiervoor de aanspreekpartner. Ook zijn het scheppen van reële verwachtingen, betrouwbaarheid en het nakomen van afspraken van belang.

Tussen formele en informele zorgverleners is het belangrijk dat er sprake is van duidelijke en transparante afspraken, rapportage en verwachtingen over doelen en acties. Duidelijke en volledige rapportage door zorgverleners over mogelijke signalen helpt om een beter beeld te krijgen van wat er speelt. Er werd opgemerkt dat het zou helpen als informele zorgverleners toegang zouden hebben tot

informatie over de cliënt, bijvoorbeeld via het elektronisch cliëntendossier. Hierdoor kunnen zij op de hoogte zijn van de cliënt en de informatie in het dossier vergelijken met wat zij horen van de cliënt. Het kan technisch gemakkelijker zijn om met informele zorgverleners mondeling essentiële informatie te delen, als de cliënt hier toestemming voor geeft en het noodzakelijk is voor het uitvoeren van hun taak. De privacy van de cliënt en AVG-wetgeving zijn hierbij uiteraard van groot belang. Informele zorgverleners hoeven niet alles wat in het dossier staat te weten om een waardevolle bijdrage te leveren voor de cliënt.

Veilige werkomgeving en open cultuur
Voor zorgverleners is het belangrijk dat er een veilige werkomgeving wordt gecreëerd waarin lastige dingen ter sprake kunnen worden gebracht. Ook een open cultuur waarin elkaars visie en ideeën worden gerespecteerd en er kan worden afgestemd, is belangrijk. Daarnaast is het mooi als er laagdrempeligheid gecreëerd kan worden, waarbij de deuren kunnen worden opengezet en mensen uitgenodigd worden om in zorginstellingen te komen. Hierdoor kunnen de bewoners van zorginstellingen en de samenleving beter met elkaar in contact komen.

Sociale kaart
Binnen een zorgorganisatie zijn er vaak al mooie initiatieven voor activiteiten of beleving. Daarnaast kan er ook gekeken worden of cliënten kunnen aansluiten bij een passende activiteit van een andere zorgorganisatie in de buurt. Ook kan er gekeken worden of er domeinoverstijgende activiteiten kunnen worden georganiseerd. Denk bijvoorbeeld aan een kinderdagverblijf dat samen met een groep ouderen een ochtend liedjes gaat zingen. Of een groep mensen met een verstandelijke beperking die gaat helpen bij een natuurorganisatie. Voor goede samenwerking met informele zorgverleners en andere externe partners of partijen is het belangrijk dat er duidelijke infrastructuur is om elkaar goed te kunnen vinden, bijvoorbeeld in de vorm van een sociale kaart. Ook kunnen er dan makkelijker belangrijke informatie en successen gedeeld worden. Soms is het nodig dat er snelle inzet of raadpleging van management plaats kan vinden om te kijken welke mogelijkheden (bijvoorbeeld vervoer of financiële middelen) er zijn.

> *"Openbaar vervoer, dat is natuurlijk ook wel een dingetje. Ik moet wel begeleiding vragen voor hulp. Dat zij [begeleiders] met mij samen het openbaar vervoer regelen en zo. (ervaringsdeskundige)"*

Rationale
Samenwerking in de driehoek van cliënt, naasten en zorgverlener is van groot belang om eenzaamheid te signaleren en te kijken naar manieren om daarmee om te gaan. Vanuit deze driehoek kan gekeken worden naar activiteiten, ervaringen of aansluiting bij anderen. Het is van belang dat er zowel samenwerking is tussen de diverse zorgorganisaties (bijvoorbeeld met wandelclub of kookclub) als domeinoverstijgende samenwerking in de samenleving. Een sociale kaart met aanbod van activiteiten, organisaties en mogelijkheden is van groot belang.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 7 mei 2026
Beoordeeld op geldigheid: 7 mei 2026

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

8. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 07-05-2026 Beoordelingsdatum 07-05-2026

8.1 Organisatie van zorg

Om eenzaamheid goed te kunnen signaleren en aan te pakken, is het van groot belang dat de organisatie van zorg op een goede manier wordt ingericht. Uit de knelpunteninventarisatie bleek dat er teveel verloop en wisseling van personeel en een gebrek aan tijd, kaders en ruimte wordt ervaren. Verder zijn er lange wachttijden voor een passende woongroep of dagbesteding. Ook bestaat er onduidelijkheid over de rol en verantwoordelijkheden, en is eenzaamheid onvoldoende onderdeel van het onderwijscurriculum. In dit hoofdstuk worden handvatten gegeven voor zorgorganisaties over de organisatie van zorg voor het omgaan met eenzaamheid.

Uitgangsvraag

Hoe kan de organisatie van zorg optimaal bijdragen aan het omgaan met, herkennen van en aanpakken van eenzaamheid bij cliënten?

Aanbevelingen

Voor zorgorganisaties

Bevorder de kennis en deskundigheid van zorgverleners op het gebied van eenzaamheid door middel van scholing of het delen van succesvolle initiatieven.

Denk na over de locatie, toegankelijkheid en inclusiviteit richting de samenleving bij het ontwerp en de inrichting van zorginstellingen. Zorg ervoor dat zorginstellingen midden in of in verbinding met de maatschappij worden gebouwd.

Ontwikkel beleid en visie over eenzaamheid met duidelijke werkprocessen om voldoende tijd en ruimte te creëren voor zorgverleners om specifiek met eenzaamheid bezig te zijn.

Voor zorgverleners buiten de (semi-/)intramurale langdurige zorg

Zorg dat er al aandacht is voor eenzaamheid voordat iemand een Wlz-indicatie krijgt of wordt opgenomen in een zorginstelling. Overweeg de aanbevelingen uit deze richtlijn ook toe te passen bij mensen die nog thuis wonen of gebruik richtlijnen over eenzaamheid voor andere zorgsettings. Zorg voor goede overdracht van informatie bij de opname in een zorginstelling.

Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion tot aanbevelingen gekomen.

Overwegingen

Een aantal aspecten die vanuit de organisatie van zorg van belang zijn bij het omgaan met eenzaamheid in zorginstellingen wordt hieronder beschreven.

Scholing en deskundigheidsbevordering
Het is van belang dat de zorgverleners voldoende kennis en vaardigheden hebben over eenzaamheid, de omgang met eenzaamheid en het communiceren over eenzaamheid. Zorgorganisaties kunnen hun medewerkers hiervoor scholingen aanbieden. Deze scholing moet ook het belang van een persoonsgerichte en cultuursensitieve benadering onderstrepen. De richtlijn geeft de nodige handvatten voor het omgaan met eenzaamheid, zie bijvoorbeeld dit hoofdstuk Goede zorg rondom eenzaamheid en Communicatie over eenzaamheid. Ook zijn er andere bestaande scholingen (zie Tabel 8.1 voor een aantal voorbeelden).

Tabel 8.1 Voorbeelden van bestaande scholingen over eenzaamheid

Scholing	Toelichting
Grip op eenzaamheid in het verpleeghuis (Movisie)	Deze cursus voor professionals (gratis e-learning) gaat in op informatie, goede voorbeelden en oefeneningen met signaleren en in gesprek gaan over eenzaamheid bij ouderen in verpleeghuizen.
Eenzaamheid (Humanitas)	Deze training voor iedereen die iets wil betekenen voor een ander (gratis e-learning) gaat in op informatie over en het ondersteunen van iemand die eenzaamheid ervaart.
Omgaan met eenzaamheid (BTSG)	Deze training voor professionals in de ouderenzorg (betaald, 2 dagdelen) gaat in op eenzaamheid signaleren en hierop acteren.

Een goed gesprek over eenzaamheid (GGD Brabant-Zuidoost/Fontys Hogeschool)	Deze training voor professionals (betaald, 1 dagdeel) gaat in op kennis over eenzaamheid en concrete handvatten om het gesprek aan te gaan over eenzaamheid. Ook is er een online variant (gratis e-learning), die ook in combinatie met bovenstaande training gevolgd kan worden.

Naast scholing kunnen coaching en intervisie helpen om te reflecteren over iemands handelen en mogelijkheden rondom eenzaamheid. Daarnaast kan een platform of bijeenkomst helpen waarin succesvolle initiatieven en ervaringen gedeeld kunnen worden. Zorgverleners krijgen zo de nodige kennis en inspiratie.

Locaties en toegankelijkheid
Tijdens het keuzeproces voor locaties van zorgorganisaties en de bouw ervan, valt veel winst te behalen door te overwegen hoe dit contacten met anderen en betekenisvolle relaties en activiteiten kan bevorderen of juist tegenwerken. Zo zou het goed zijn als locaties niet op een afgelegen plek worden gebouwd. Zorgorganisaties kunnen bij en na de bouw meedenken over de toegankelijkheid van woonlocaties, activiteitencentra en andere ontmoetingsruimten. Bij plannen voor verbouw of nieuwbouw moet ook worden meegewogen of de locatie toegankelijk is en faciliteiten zoals een winkel makkelijk te bereiken zijn. Ook zouden woningen 'open' moeten worden gebouwd: voordeuren met raam en goed zicht naar buiten, waardoor verbondenheid met de omgeving kan worden ervaren.

> *"Ik voel me vaak eenzaam, vooral omdat ik zo afhankelijk ben geworden. Ik kan niet meer zonder hulp de deur uit omdat ik in een rolstoel zit. (ervaringsdeskundige)"*

Instellingen kunnen overwegen om natuurlijke ontmoetingsplekken te faciliteren. Een toegankelijke gemeenschappelijke ruimte van een zorginstelling kan bijvoorbeeld ook structureel een andere functie vervullen, zoals die van restaurant of buurthuis. Ook initiatieven zoals kijken naar een passende woongroep, groepsgrootte of dagbesteding kunnen helpen. Door de toegankelijkheid te vergroten, kan ook de omgeving van de zorginstelling zich meer betrokken gaan voelen wat de inclusie in de maatschappij bevordert. Subsidies voor dit soort ontwikkelingen en gezamenlijke activiteiten tussen zorg en samenleving zouden kunnen helpen. Zorgorganisaties kunnen ook (ongevraagd) gemeenten, openbare gebouwen en winkels adviseren over de toegankelijkheid, zeker als die niet aansluiten op het VN-verdrag Handicap [39]. Van groot belang is dat de woonvormen aansluiten op de behoeften van de mensen die er wonen. Voor de ene cliënt betekent dit nog boodschappen kunnen doen, voor de andere cliënt een goede verbinding met het openbaar vervoer of de beschikbaarheid van een piano of spelletjes in de gezamenlijke ruimte.

Continuïteit van zorgverleners
Een gemiddelde cliënt met een verstandelijke beperking kan in diens leven van meer dan 300 begeleiders zorg ontvangen. Ook binnen de langdurige zorg voor ouderen is wisseling van begeleiders een groot probleem. Dit is een niet-wenselijke situatie omdat duurzame relaties en verbindingen een beschermende factor zijn tegen eenzaamheid. Cliënt en zorgverlener gaan een (werk)relatie met elkaar aan. Voor de cliënt kan deze begeleider een houvast zijn, iemand die ze vertrouwen. Het regelmatig wisselen van begeleiders geeft wantrouwen en verhoogt daarmee het risico op eenzaamheid. Hetzelfde

geldt voor vrijwilligers. Ook voor het zorgteam is samenwerking in een klein, stabiel team met korte lijntjes van groot belang voor het leveren van goede zorg rondom eenzaamheid. Blijvende aandacht hiervoor binnen de organisatie van zorg is noodzakelijk. Dit betekent bijvoorbeeld dat van nieuwe medewerkers een intentie van duurzame inzet verwacht mag worden, waar tijdens sollicitatieprocedures op gelet kan worden. Daarnaast vraagt het om aandacht voor goed en aantrekkelijk personeels- en vrijwilligersbeleid en (zelf)zorg voor zowel formele als informele zorgverleners. Ook is goede rapportage van essentieel belang voor goede overdracht van informatie.

Beleid
Zorgorganisaties moeten over visie en beleid beschikken of deze ontwikkelen voor de omgang met eenzaamheid. Zo kan gedacht worden aan heldere werkprocessen, met een duidelijke taakverdeling, samenwerking, betrokkenheid van informele zorgverleners en aandacht voor scholing en deskundigheidsbevordering van zorgverleners. In werkprocessen kunnen holistische benaderingen worden geïntegreerd. Zo kan in cliëntendossiers of een persoonlijk begeleidingsplan/zorg(leef)plan het onderwerp eenzaamheid standaard geïntegreerd worden. Zo fungeert een begeleidingsplan/zorg(leef)plan als hulpmiddel om regelmatig signalen of risicofactoren van eenzaamheid te bespreken. Er moet een jaarlijks cliëntoverleg worden ingebouwd, waarin samen met de client, naasten en betrokken zorgverleners naar eenzaamheid kan worden gekeken.

Andere onderwerpen waarover visie ten aanzien van eenzaamheid is vereist, is professionele distantie en betrokkenheid. Vaak wordt professionele distantie als de norm ervaren, maar tegelijkertijd is de relatie tussen zorgverlener en cliënt zeer waardevol voor cliënten. Verder is er visie nodig over veilige woon-zorgomgevingen, zoals groepssamenstellingen en groepsdynamiek, en visie over wanneer daarin veranderingen kunnen worden aangebracht. Ook moeten de visie en het beleid geïmplementeerd en zichtbaar worden. Het is ook belangrijk aandacht aan eenzaamheid te besteden in flyers of folders in de zorgorganisatie waardoor cliënten weten dat eenzaamheid een onderwerp van gesprek is.

Er moet voldoende tijd en ruimte worden gecreëerd om aandacht te besteden aan eenzaamheid, zoals tijd voor gesprekken over eenzaamheid en mogelijkheden in de aanpak van eenzaamheid. Organisaties hebben de ruimte om beleid en werkprocessen rondom eenzaamheid proportioneel in te richten, afgestemd op de beschikbare capaciteit, werkdruk en administratieve lasten van zorgverleners. Daarbij is het belangrijk te onderkennen dat eenzaamheid vaak niet direct zichtbaar is, maar wel een grote invloed heeft op verschillende ziektebeelden en de ervaren kwaliteit van leven. Tussen deze factoren is een zorgvuldige afweging noodzakelijk.

Politiek en zorgsysteem
Een andere grote factor zijn de ontwikkelingen in de politiek en het zorgsysteem. Zorgverzekeraars en zorgkantoren spelen een belangrijke rol bij het bevorderen van goede zorg bij eenzaamheid in de langdurige zorg. Dit kunnen zij doen door het stellen van kwaliteits- en inkoopeisen, het stimuleren van integrale samenwerking in de regio, het financieel ondersteunen van preventieve en welzijnsinitiatieven en het bevorderen van kwaliteitsverbetering en innovatie. Structurele aandacht voor eenzaamheid en psychosociaal welzijn zou onderdeel moeten zijn van kwaliteitsafspraken in zorgcontracten en monitoring van kwaliteit van leven. Daarnaast zijn er maatschappelijke en zorgsystematische ontwikkelingen, waardoor meer mensen steeds langer moeten wachten op een Wlz-indicatie. Deze richtlijn focust alleen op zorg in zorginstellingen, maar dit sluit niet uit dat er in het voortraject al aandacht voor eenzaamheid moet zijn. De richtlijn Eenzaamheid bij ouderen van V&VN [46] zou daar bijvoorbeeld bij kunnen helpen. Goede overdracht van informatie over iemands situatie rondom eenzaamheid bij de overgang van thuis

naar de semi-/intramurale zorg is essentieel.

Nederland heeft het VN-verdrag Handicap geratificeerd en zich daarmee verbonden aan criteria voor toegankelijkheid, respect en waardigheid van alle mensen. Dit betekent naast fysieke toegankelijkheid ook aandacht voor emotionele toegankelijkheid. Centraal hierin is de vraag hoe iemand zich welkom kan voelen binnen en buiten de muren van de organisatie en binnen groepen van mensen bij activiteiten. Dat vraagt aandacht van een zorgverlener en soms om bruggen te bouwen tussen mensen zowel voor als tijdens activiteiten waaraan een cliënt deelneemt. Hiervoor is moed nodig en soms ook out-of-the box denken. De leidende vraag hierbij kan zijn: hoe wordt er gezorgd voor een warm welkom.

Inspiratie
Op de website van de landelijke campagne 'Eén tegen eenzaamheid' staan verschillende voorbeelden van wat organisaties kunnen doen tegen eenzaamheid. Zo wordt bijvoorbeeld benoemd publiek-privaat samenwerken, een betrokken werkgever zijn, kennis en expertise delen en zelf een initiatief organiseren. Op de website staat ook voldoende inspiratie voor leuke initiatieven zoals de kletskassa.

Rationale
Eenzaamheid tegengaan of voorkomen door de organisatie van zorg in onze samenleving is een complex onderwerp. Tegelijkertijd zijn er mogelijkheden die benut kunnen worden: investeren in duurzame relaties tussen zorgontvanger en zorgverleners, bruggen bouwen voor fysieke (lokaal) en emotionele toegankelijkheid van alle delen van de samenleving conform het VN-verdrag Handicap.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 7 mei 2026
Beoordeeld op geldigheid: 7 mei 2026

Achtergrondinformatie en onderbouwing is verborgen in deze beknopte PDF. Bekijk deze op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

9. Referentielijst

1. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2021). Richtlijn Mantelzorg. Geraadpleegd op: https://www.venvn.nl/media/u5oboc0o/richtlijn-mantelzorg-21-9-2021-2.pdf
2. Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M., & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. Archives Of Psychiatric Nursing, 6(3), 172–177. https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90028-h
3. VZinfo.nl (2023). Eenzaamheid | Volksgezondheid en zorg. RIVM. Geraadpleegd op: https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid.
4. Van Campen, C. Vonk, F., & Van Tilburg T.G. (2018). Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking. Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd op: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Kwetsbaar_en_eenzaam
5. Schoenmakers, E.C., & Tromp, R.H.C. (2022). Sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners met somatische problematiek. Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie, 2, 1-9. https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2022.02.03
6. Bijnsdorp, F., Francke, A., De Graaff, M., & Woonink, A. (2022). Zorgervaringen en het sociale leven van mensen met dementie. In: Dementiemonitor 2022. Nivel / Alzheimer Nederland. Geraadpleegd op: https://media.alzheimer-nederland.nl/s3fs-public/media/2023-01/documents/An_Factsheet%20Mensen%20met%20dementie_10-2022.pdf?
7. Eggink E., Woittiez I., & de Klerk M. (2020). Maatwerk in meedoen: Een vergelijking in zelfredzaamheid, hulpbronnen en kwaliteit van leven tussen mensen met en zonder een verstandelijke beperking. Geraadpleegd op: https://www.scp.nl/documenten/2020/12/03/maatwerk-in-meedoen
8. Van Beuningen, J., & De Witt, S. (2016). Eenzaamheid in Nederland. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op: https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/38/eenzaamheid-in-nederland.
9. Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G., & Stancliffe, R. (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. Disabil Health J, 1;14(1). https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.dhjo.2020.100965
10. Hogerwerf, L.J.W. & Suanet, B. (2025). Breaking the silence on loneliness in society: Emerging adults' experiences with the taboo and stigma of loneliness. Emerging Adulthood, 13(4), 891–906. https://doi.org/10.1177/21676968251339224
11. Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being, 2(4), 195–207. https://doi.org/10.1080/17482620701626117
12. Schoenmakers, E. (2020). Why and how to talk about loneliness. Journal Of Social Intervention Theory And Practice, 29(4), 4. https://doi.org/10.18352/jsi.646
13. Van Tilburg, T., & De Jong Gierveld, J. (2007). Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak. Van Gorcum.
14. Van Tilburg, T. G. (2020). Social, emotional, and existential loneliness: A test of the multidimensional concept. The Gerontologist, 61(7), e335–e344. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa082
15. Bolmsjö, I., Tengland, P.A., & Rämgård, M. (2019) Existential loneliness: An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon. Nursing Ethics, 26, 1310–25.
16. Kuiper, M. (2023). Geen verbinding hebben. Een fenomenologisch onderzoek naar ervaringen van (existentiële) eenzaamheid bij verpleeghuisbewoners met het syndroom van Korsakov. Radboud

Universiteit Nijmegen.
17. Mansfield, L., Victor, C., Meads, C., Daykin, N., Tomlinson, A., Lane, J., Gray, K., & Golding, A. (2021). A conceptual review of loneliness in adults: Qualitative evidence synthesis. International Journal Of Environmental Research And Public Health, 18(21), 11522. https://doi.org/10.3390/ijerph182111522
18. Keirse, M., & Smit, L. (2023). Rouwen is liefde: Handvatten voor meer verbinding bij verlies en verdriet. Lannoo.
19. Ettema, E. J., Derksen, L. D., & Van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. Metamedicine, 31(2), 141–169. https://doi.org/10.1007/s11017-010-9141-1
20. Jorna, T., & Voois, W. (2014). Onmetelijke eenzaamheid: Eenzaamheid als mogelijkheid tot zelfwording en zinvinding. Eburon.
21. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2026). Eén tegen eenzaamheid. Geraadpleegd op: https://www.eentegeneenzaamheid.nl/
22. Fokkema, C.M., & Van Tilburg, T.G. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie, 38, 161–177. https://tvgg.nl/article/view/17307/18908
23. Van der Kooij, A. (2022). Ik hoor er (niet) bij. Movisie. Geraadpleegd op: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2023-03/Publicatie-Ik-hoor-er-niet-bij.pdf
24. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2026). Gezond Verbonden: Werken aan sociale verbondenheid in een geïndividualiseerd zorgstelsel. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Geraadpleegd op: http://www.raadrvs.nl/
25. Kwan, C., Gitimoghaddam, M., & Collet, J.-P. (2020). Effects of social isolation and loneliness in children with neurodevelopmental disabilities: A scoping review. Brain Sciences, 10(11), 786. https://doi.org/10.3390/brainsci10110786
26. Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Crawford, L.E., Ernst, J.M., Burleson, M.H., Kowalewski, R.B., Malarkey, W.B., Van Cauter, E., & Berntson, G.G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. Psychosomatic Medicine, 64(3), 407–417. https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005
27. Hackett, R.A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. Psychoneuroendocrinology, 37(11), 1801–1809. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.03.016
28. Boss, L., Kang, D.H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. International Psychogeriatrics, 27, 541–53.
29. Van Dam, M.M., Aukes, M.F., & Van Doornen, L.J.P. (2012). Onverklaarde lichamelijke klachten en eenzaamheid. Universiteit van Utrecht, faculteit Sociale Wetenschappen, Klinische en Gezondheidspsychologie. Geraadpleegd op: https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/10363/Dam,%20M.%20van%203385698.sequence=1
30. Lapane, K.L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. Archives Of Gerontology And Geriatrics, 102, 104728. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728
31. Shamlou, R., Nikpeyma, N., Pashaeipour, S., Sahebi, L., & Mehrgou, Z. (2021). Relationship of loneliness and social isolation with self-care ability among older adults. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 59(1), 15–20. https://doi.org/10.3928/02793695-20201210-04

32. Lara, E., Caballero, F.F., Rico-Uribe, L.A., Olaya, B., Haro, J.M., Ayuso-Mateos, J.L., & Miret, M. (2019). Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? International Journal of Geriatric Psychiatry, 34(11), 1613–1622. https://doi.org/10.1002/gps.5174
33. Stillman, T.F., Baumeister, R.F., Lambert, N.M., Crescioni, A.W., DeWall, C.N., & Fincham, F.D. (2009). Alone and without purpose: Life loses meaning following social exclusion. Journal Of Experimental Social Psychology, 45(4), 686–694. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.03.007
34. Cacioppo, J.T., Cacioppo, S., & Boomsma, D.I. (2013). Evolutionary mechanisms for loneliness. Cognition & Emotion, 28(1), 3–21. https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379
35. Mihalopoulos, C., Le, L.K., Chatterton, M.L., Bucholc, J., Holt-Lunstad, J., Lim, M.H., & Engel, L. (2019). The economic costs of loneliness: A review of cost-of-illness and economic evaluation studies. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 55(7), 823–836. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01733-7
36. Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: The impact of loneliness on health care utilization among older adults. American Journal Of Public Health, 105(5), 1013–1019. https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302427
37. Mira, J., Torres, D., Gil, V., & Carratalá, C. (2024). Loneliness impact on healthcare utilization in primary care: A retrospective study. Journal Of Healthcare Quality Research, 39(4), 224–232. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.04.001
38. Verenigde Naties (1948). Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Verenigde Naties. Geraadpleegd op: https://unric.org/nl/universele-verklaring-van-de-rechten-van-de-mens/
39. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). Werken aan een samenleving voor iedereen: Het VN-verdrag Handicap in Nederland. Geraadpleegd op: https://open.overheid.nl/documenten/6887876c-7427-4352-9a07-f798c9225358/file
40. Van Der Heide, I., De Graaff, M., Van Den Buuse, S., Rikkers-Pluijlaar, I., & Bos, N. (2025). Dementiemonitor 2024. Leven met dementie: Inzichten vanuit het perspectief van mensen met dementie. Nivel / Alzheimer Nederland. Geraadpleegd op: https://media.alzheimer-nederland.nl/s3fs-public/media/2025-04/documents/2025-04-25%20Rapport%20Leven%20met%20Dementie%20DM24.pdf?
41. Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. (2021). Informal caregiving, loneliness and social isolation: A systematic review. International Journal Of Environmental Research And Public Health, 18(22), 12101. https://doi.org/10.3390/ijerph182212101
42. Kwekkeboom, M., De Boer, A., Van Campen, C., & Dorrestein, A. (2006). Een eigen huis. . . Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd op: https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Ascp.nl%3Af749af36-ab22-46ee-8010-7b89f112976e
43. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). Intramurale zorg. Begrip | Monitor Langdurige Zorg. Geraadpleegd op: https://www.monitorlangdurigezorg.nl/begrippen/intramurale-zorg
44. Online Thesaurus Zorg en Welzijn. (z.d.). Nictiz. Geraadpleegd op: https://thesauruszorgenwelzijn.multites.net/default.asp?searchString=semimurale+zorg&op=DISPTERM.
45. Pijpers, R. (2022). Eenzaamheid onder lhbti+ personen: Feiten, cijfers en aanpak. Movisie. Geraadpleegd op: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2022-09/Handreiking%20LHBTI%2B%20en%20eenzaamheid.pdf
46. Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland (2021). Richtlijn Eenzaamheid onder ouderen.

V&VN. Geraadpleegd op: https://www.venvn.nl/media/55kawb3c/v-vn-richtlijn-eenzaamheid.pdf
47. Zorginstituut Nederland (2024). Van zelfredzaam naar samenredzaam. Signalement Passende langdurige zorg. Geraadpleegd op: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2024/08/29/signalement-passende-langdurige-zorg
48. Kennis Informele Zorg (2024). Over informele zorg. Geraadpleegd op: kennisinformelezorg.nl
49. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (2024). Duidelijkheid over wat mantelzorgers en vrijwilligers mogen in de zorg. Geraadpleegd op: https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2024/06/04/duidelijkheid-over-wat-mantelzorgers-en-vrijwilligers-mogen-in-de-zorg
50. Vereniging voor Gerontopsychiatrie (z.d.). Wie zijn onze clienten? Geraadpleegd op: https://www.vvgp.net/
51. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (z.d.). Definition of Intellectual Disability. Geraadpleegd op: https://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WbvNUrJJaUl
52. Jorna, T. (2015). Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving. Uitgeverij SWP.
53. Wettenbank Overheid.nl (2023). Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Geraadpleegd op: https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2023-10-05#Hoofdstuk2
54. Vellekoop, H., Konst, I., Smits, C., & Kolste, R. (2024). Hoe inclusief is de Nederlandse langdurige zorg voor ouderen met een migratieachtergrond? Een literatuurreview, een data analyse en gesprekken met betrokkenen. Pharos, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op: https://open.overheid.nl/documenten/69f57335-c5e2-48df-824f-c53831e2be64/file
55. Loden, M. (1996). Implementing Diversity. Irwin Professional Publishing.
56. Schalock, R.L., &Verdugo, M.A. (2002). Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners. American Association on Mental Retardation.
57. Engel, G.L. (1997). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460
58. Sulmasy, D.P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of Life. The Gerontologist, 42, 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
59. Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H.V.D., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M.V.D., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C.V., & Smid, H. (2011). How should we define health? BMJ, 343(2), d4163. https://doi.org/10.1136/bmj.d4163
60. Positieve Gezondheid (2025). Institute For Positive Health. Geraadpleegd op: https://www.iph.nl/
61. Machielse, A. (2019). Vrijwillige inzet bij eenzame ouderen: Verwachtingen, grenzen en voorwaarden. Waardenwerk, 93–95. Geraadpleegd op: https://www.anjamachielse.nl/wp-content/uploads/2024/11/2019-Waardenwerk_Vrijwillige-inzet-bij-eenzame-ouderen_Anja-Machielse-1.pdf
62. ISAAC-NF (2020). Leidraad ondersteunde communicatie. International Society for Augmentative and Alternative Communication – Netherlands and Flanders. Geraadpleegd op: https://www.isaac-nf.nl/wp-content/uploads/2022/02/Leidraad-ondersteunde-communicatie.pdf
63. Pharos (2024). Gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid: Factsheet. Geraadpleegd op: https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/
64. Pharos (2025). De terugvraagmethode: Infosheet. Geraadpleegd op: https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/

65. Van Beuningen, J., Coumans, M., & Moonen, L. (2018). Het meten van eenzaamheid. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op: https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/Eenzaamheidsschaal-form.pdf
66. De Jong Gierveld, J., & Tilburg, T. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie, 39(1), 4–15. https://doi.org/10.1007/bf03078118
67. Wong, K.L.Y., Smith, C., To-Miles, F., Dunn, S., Gregorio, M., Wong, L., Huynh, P., & Hung, L. (2022). Timely considerations of using the de Jong Gierveld Loneliness Scale with older adults living in long-term care homes: A critical reflection. Journal Of Long-Term Care, 163–172. https://doi.org/10.31389/jltc.141
68. Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B.H., & Edberg, A. (2017). Being disconnected from life: Meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. Aging & Mental Health, 22(10), 1357–1364. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348481
69. Stichting woonzorgcentrum Raffy-Leystroom (2025). Methodisch werken met het zorgleefplan. Waardigheid en Trots. Geraadpleegd op: https://www.waardigheidentrots.nl/tools-tips/tools/methodisch-werken-zorgleefplan
70. Johansson-Pajala, R., Alam, M., Gusdal, A., Von Heideken Wågert, P., Löwenmark, A., Boström, A., & Hammar, L.M. (2022). Anxiety and loneliness among older people living in residential care facilities or receiving home care services in Sweden during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional study. BMC Geriatrics, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12877-022-03544-z
71. Solić, M., Vujanić, J., Kralj, M., Včev, A., Jakab, J., Lovrić, R., Mudri, Ž., Mikšić, Š., & Bulka, I. (2021). Identification of risk psychosocial factors as predictors of loneliness of elderly in nursing homes during social isolation due to COVID-19 pandemic. Collegium Antropologicum, 45(2), 85–94. https://doi.org/10.5671/ca.45.2.11
72. Voermans, M.A.C., Boer, M.C.D., Wilthagen, T., & Embregts, P.J.C.M. (2022). Long-term social restrictions and lack of work activities during the COVID-19 pandemic: Impact on the daily lives of people with intellectual disabilities. Disability And Rehabilitation, 45(24), 4122–4132. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2147227
73. O'Sullivan, R., Burns, A., Leavey, G., Leroi, I., Burholt, V., Lubben, J., Holt-Lunstad, J., Victor, C., Lawlor, B., Vilar-Compte, M., Perissinotto, C.M., Tully, M.A., Sullivan, M.P., Rosato, M., Power, J.M., Tiilikainen, E., & Prohaska, T. R. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on loneliness and social isolation: A multi-country study. International Journal Of Environmental Research And Public Health, 18(19), 9982. https://doi.org/10.3390/ijerph18199982
74. Bouwman, T.E., & Van Tilburg, T.G. (2020). Naar een gerichtere aanpak van eenzaamheid: Zeven werkzame elementen in eenzaamheidsinterventies. Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie. https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.01.01
75. Fokkema, T., & Van Tilburg, T. (2006). Aanpak van eenzaamheid: Helpt het? Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut. Geraadpleegd op: https://www.nidi.nl/shared/content/output/reports/nidi-report-69.pdf
76. Zeas-Sigüenza, A., Voldstad, A., Ruisoto, P., Ganho-Ávila, A., Guiomar, R., Cacho, R., Muntané, F., & Benach, J. (2025). Loneliness as a public health challenge: A systematic review and meta-analysis to inform policy and practice. European Journal Of Investigation in Health Psychology And Education, 15(7), 131. https://doi.org/10.3390/ejihpe15070131
77. Morrish, N., Choudhury, S., & Medina-Lara, A. (2023). What works in interventions targeting loneliness: A systematic review of intervention characteristics. BMC Public Health, 23(1).

https://doi.org/10.1186/s12889-023-17097-2
78. Autschbach, D., Hagedorn, A., & Halek, M. (2024). Addressing loneliness and social isolation through the involvement of primary and secondary informal caregivers in nursing homes: A scoping review. BMC Geriatrics, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12877-024-05156-1
79. Schoenmakers, E. (2025). Relatieverwachtingen en eenzaamheid bij oudere volwassenen: Een kwalitatieve studie. Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie, 56(1). https://doi.org/10.54195/tgg19121
80. Wittenberg, Y., Kwekkeboom, R., & Verhoeff, A.P. (2024). “It is about how kind they are”: The significance of professionals’ attitudes towards caregivers in the dutch care system. Health & Social Care in The Community, 2024(1). https://doi.org/10.1155/2024/4023865
81. Wittenberg, Y., Kwekkeboom, R., De Boer, A.H., & Verhoeff, A.P. (2024). Variety in carers’ views regarding care responsibilities from an intersectional perspective. International Journal Of Care And Caring, 1–18. https://doi.org/10.1332/23978821y2024d000000069
82. Wittenberg, Y., Kwekkeboom, R., Staaks, J., Verhoeff, A., & De Boer, A. (2017). Informal caregivers’ views on the division of responsibilities between themselves and professionals: A scoping review. Health & Social Care in The Community, 26(4), e460–e473. https://doi.org/10.1111/hsc.12529

10. Disclaimer

Op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl publiceert SKILZ richtlijnen voor de langdurige zorg. Ondanks de zorg en aandacht die wordt besteed aan de informatie op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl is het mogelijk dat inhoud niet volledig en/of onjuist is.

Aansprakelijkheid

SKILZ sluit alle aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen uit, evenals gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de langdurige zorg mocht hebben uit. Richtlijnen Langdurige Zorg staat open voor het attenderen op (vermoedelijke) fouten c.q. onjuistheden in de inhoud of opmaak van de richtlijnen. Hiervoor kan contact worden opgenomen met vraag@richtlijnenlangdurigezorg.nl.

Intellectueel eigendom

Het intellectueel eigendom van de richtlijnen en de afgeleide producten, ligt bij de beheerder van de richtlijn. Voor eigen gebruik mag informatie worden gedownload en/of afgedrukt worden. Zonder voorafgaande toestemming van SKILZ mogen gepubliceerde bestanden (of delen daarvan) niet worden overgenomen, gepubliceerd of op een andere manier openbaar gemaakt of verveelvoudigd worden. U kunt een verzoek voor toestemming sturen aan SKILZ via bureau@skilz.nu SKILZ zal uw verzoek behandelen.

Het is toegestaan een directe link naar www.richtlijnenlangdurigezorg.nl te plaatsen op een andere website of direct te linken naar de richtlijnen op dit platform.