

Richtlijn

Eenzaamheid onder ouderen

Versie 1 - 1 juli 2021



De eigenaar van deze richtlijn is:



De richtlijn is gefinancierd door:



Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland (V&VN) heeft deze richtlijn geautoriseerd.

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze richtlijn mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend onder vermelding van de oorspronkelijke auteurs.

Bij vragen over de inhoud van de richtlijn kunt u een mail sturen naar: richtlijnen@venvn.nl
De richtlijn is geautoriseerd door V&VN.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	6
Uitgangsvraag 1	10
VASTSTELLEN VAN EENZAAMHEID	
Hoe kan de wijkverpleegkundige/verzorgende het beste eenzaamheid onder oudere, thuiswonende cliënten vaststellen?	
Inleiding	11
Aanbevelingen	12
Overwegingen	13
Conclusies	15
Uitgangsvraag 2	18
SCREENING OP EENZAAMHEID	
Wat is de meerwaarde van routinematige screening op eenzaamheid door de wijkverpleegkundige onder oudere, thuiswonende cliënten?	
Inleiding	19
Aanbevelingen	20
Overwegingen	21
Conclusies	23
Uitgangsvraag 3	24
INTERVENTIES EENZAAMHEID OUDEREN (65+)	
Welke wetenschappelijke bewijs bestaat er over de werkzaamheid van benaderingen of interventies die tot doel hebben eenzaamheid onder ouderen te verminderen?	
Inleiding	25
Aanbevelingen	26
Overwegingen	27
Conclusies	30
Bijlagen	36
Algemene achtergrondgegevens	37
Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep	38
Begrippenlijst en afkortingen	43
Autorisatie per module	44
Patiëntenperspectief	45
Knelpuntinventarisatie en analyse	46
Verantwoording per module	48
Juridische betekenis	99
Implementatie	100
Onderwerpen voor verder onderzoek	107
Literatuurlijst	108

Samenvatting

KERNAANBEVELINGEN



VASTSTELLEN VAN EENZAAMHEID - DOEN

1. De werkgroep is van mening dat de wijkverpleegkundige of verzorgende, als de cliënt aangeeft zich eenzaam te voelen, altijd dient te bespreken of deze ondersteuning wil, en alléén dan een gestandaardiseerde/gevalideerde vragenlijst dient te gebruiken als de cliënt samen met de wijkverpleegkundige de mogelijkheden van professionele ondersteuning wil verkennen.
2. Praten over eenzaamheid is voor ouderen dikwijls moeilijk en met taboes omgeven. De werkgroep is van mening dat de wijkverpleegkundige of verzorgende de benodigde tijd dient in te ruimen om de eenzaamheid te bespreken en het gesprek hierover desgewenst een aantal malen moet laten terugkeren.
3. De werkgroep adviseert gepast gebruik te maken van een betrouwbare en goed gevalideerde eenzaamheidsschaal om een indicatie te krijgen van de ernst van de eenzaamheid. De werkgroep is van mening dat voor dit doel de de Jong Gierveld 6-item versie voor wijkverpleegkundigen het meest geschikte instrument is.
4. De werkgroep is van mening dat wijkverpleegkundigen en verzorgenden goed geschoold en regelmatig bijgeschoold moeten worden in het herkennen en het bespreekbaar maken van eenzaamheid, het ondersteunen van de cliënt in het zoeken van passende ondersteuning, en het verwijzen naar die ondersteuning/hulp.

SCREENEN VAN EENZAAMHEID – NIET DOEN

1. Screening van ouderen op eenzaamheid en casefinding zijn naar de mening van de werkgroep niet zinvol, omdat wetenschappelijk bewijs dat deze bijdragen aan een gericht gebruik van ondersteuning ontbreekt en het twijfelachtig is of screening voldoet aan de algemeen geldende voorwaarden van screening van de Gezondheidsraad.
2. Er is vanuit de literatuur niets bekend over de effecten van het systematisch signaleren van eenzaamheid onder ouderen. De werkgroep is van mening dat nader onderzoek naar het nut van screening op eenzaamheid onder ouderen nodig is.

BESPREKEN VAN EENZAAMHEID EN HULP - DOEN

1. Een gesprek met de oudere over diens eenzaamheid is op zichzelf van grote waarde. De werkgroep adviseert de wijkverpleegkundige/verzorgende daarom, wanneer zij vermoedt dat de cliënt zich eenzaam voelt, hierover altijd in gesprek te gaan met de cliënt, of ervoor zorg te dragen dat een andere persoon, bijvoorbeeld iemand van het wijkteam, het gesprek aangaat.
2. Uit de wetenschappelijke literatuur komt niet duidelijk naar voren of en welke ondersteuning bijdraagt aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid. De

kwaliteit van de studies is daarvoor te laag. Daarom vindt de werkgroep het raadzaam dat wijkverpleegkundigen en verzorgenden, wanneer zij met betrokkene de mogelijkheden van ondersteuning bespreken, vooral uitgaan van de wensen en doelen van betrokkene en eventuele adviezen over ondersteuning daarop laten aansluiten.

3. De werkgroep meent dat het gesprek met de cliënt over diens eenzaamheid in veel gevallen zal kunnen plaatsvinden gedurende de lopende zorgverlening. Wanneer de cliënt aangeeft ondersteuning te willen zoeken, kunnen naar de mening van de werkgroep, één of twee extra gesprekken nodig zijn om de cliënt te verwijzen naar passende ondersteuning. Het gesprek over doorverwijzing behoort bij haar functie als schakel tussen zorg en welzijn.
4. De werkgroep meent dat het gesprek met de cliënt over diens eenzaamheid en de eventuele ondersteuning een aantal onderdelen heeft die stapsgewijs kunnen leiden tot afspraken over de doorverwijzing naar een passende vorm van ondersteuning. De werkgroep adviseert de in de losse bijlage opgenomen gesprekshandreiking te gebruiken.
5. De werkgroep is van mening dat het team van wijkverpleegkundigen en verzorgenden met de huisartsenvoorziening en het lokale sociaal werk afspraken dient te maken over de wijze waarop de huisartsvoorziening zal worden geïnformeerd over cliënten die ernstig eenzaam zijn.
6. De werkgroep vindt het raadzaam om vervolgonderzoek uit te voeren naar 1) de effecten van de implementatie van de richtlijn op cliëntuitkomsten en de kosten in andere zorgsectoren, en 2) de verdere ontwikkeling van de gesprekshandreiking.

Inleiding

Aanleiding en doel

Het doel van de richtlijn is het verbeteren van de wijkverpleegkundige zorg voor oudere, thuiswonende cliënten (65+) die zich eenzaam voelen. De richtlijn behandelt de volgende vragen:

1. Hoe kan de wijkverpleegkundige het beste aard en ernst van eenzaamheid onder oudere, thuiswonende cliënten vaststellen?
2. Wat is de meerwaarde van routinematige screening op eenzaamheid door de wijkverpleegkundige onder oudere, thuiswonende cliënten?
3. Welke interventies zijn het meest effectief bij het verminderen van eenzaamheid onder oudere thuiswonende cliënten?

Doelgroep

Deze richtlijn beoogt verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in de wijkverpleging daartoe met wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen te ondersteunen. De groep verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk wordt in deze richtlijn aangeduid met de term 'wijkverpleegkundigen'.

Wat wordt in deze richtlijn verstaan onder 'eenzaamheid'?

Eenzaamheid is geen ziekte of aandoening die kan worden 'gediagnosticeerd' aan de hand van bepaalde, min of meer objectief vast te stellen, klachten of symptomen. Eenzaamheid is een subjectieve ervaring, die velen omschrijven als een 'onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) sociale relaties (van Tilburg & de Jong-Gierveld, 2007). De kern van eenzaamheid is ontevredenheid met het sociale netwerk. De mens heeft een sterke behoefte aan sociale relaties waarin hij of zij de verbondenheid, genegenheid en betrokkenheid vindt die bij hem past (Baumeister & Leary, 1995). Deze sociale en emotionele eenzaamheid onderscheidt zich van sociale terugtrekking waarin men reflectie en zelf-regulering zoekt en ('solitude') en van existentiële eenzaamheid waarin men alleen-zijn en alleen-voelen ervaart als een wezenlijk element in het mens-zijn, onder andere in moeilijke situaties dat men met zichzelf geconfronteerd wordt (CBS, 2016). Deze verschillende situaties zijn ook gerelateerd aan zingeving, dat wil zeggen de vraag of men in staat is doel in het leven te zien, en betekenis en waarde te geven aan het leven (Baumeister & Vohs, 2002). Zingeving wordt onder andere gevonden in en via sociale relaties, zodat eenzaamheid ook een situatie is waarin zingeving ontbreekt (Derckx, Bos, Laceulle, & Machielse, 2019).

Bij sociale en emotionele eenzaamheid gaat het om de subjectieve beoordeling van twee te onderscheiden zaken: het aantal contacten en de kwaliteit van de contacten. Bij de beoordeling van eenzaamheid kan het zijn dat iemand op het eerste oog voldoende contacten heeft, maar de kwaliteit van deze contacten als onvoldoende ervaart en zich om die reden eenzaam voelt. Omgekeerd kan iemand één of twee contacten voldoende vinden en zich om die reden niet eenzaam voelen. Omdat het gevoel van eenzaamheid subjectief is, kan het door personen in een schijnbaar gelijksoortige situatie, heel verschillend ervaren worden. In deze subjectieve beoordeling speelt ook mee wat men als een gewenst niveau van sociaal functioneren beschouwt. Sommige mensen zijn tevreden met

enkele relaties, terwijl anderen zich willen omringen met veel personen. Ook varieert de behoefte aan frequent sociaal contact tussen mensen. Dit niveau van relatiewensen is deels individueel bepaald, maar wordt ook ingekleurd door opvattingen binnen de samenleving. In landen met een sterke familiecultuur verwacht men vaker dat volwassen kinderen en hun (alleenstaande) ouder veel contact hebben, en intergenerationeel samenwonen komt veel voor. In Nederland is de relatiecultuur meer individueel en komt onder de autochtone bevolking intergenerationeel samenwonen slechts sporadisch voor. Mensen die naar Nederland gemigreerd zijn, kunnen te maken hebben met een mix van verwachtingen afkomstig uit land van herkomst en Nederland.

Eenzaamheid is een naar gevoel. Een eenzame oudere voelt zich buitengesloten en verlaten; hij of zij doet niet meer mee in de samenleving. Gevoelens van gemis zijn vaak sterk aanwezig, waarbij herinneringen aan eerdere fasen in het leven waarin contact was met inmiddels verloren personen contrasteren met de huidige situatie. Men ervaart een leegte om zich heen, zowel fysiek als emotioneel. De sociale pijn die gepaard gaat met eenzaamheid is vergelijkbaar met fysieke pijn (Cacioppo et al., 2006).

De wetenschappelijke literatuur onderscheidt verschillende vormen van eenzaamheid (Weiss, 1973). Men spreekt van sociale eenzaamheid als de betrokkene een bredere groep mensen om zich heen mist en daadwerkelijk min of meer alleen is. Sociale eenzaamheid kan ontstaan bijvoorbeeld als men door ziekte niet meer kan meedoen aan allerlei sociale activiteiten. Men voelt zich onttwordeld, en mist het contact en de uitwisseling van steun met vrienden en familie, en de geborgenheid van een sociale omgeving. Emotionele eenzaamheid is het gemis van een intieme relatie, van iemand waarmee je je echt verbonden voelt en met wie je alles kan delen. Er ontbreekt dan bijvoorbeeld een partner of een goede vriend of vriendin. Zo'n vertrouwenspersoon is er wanneer je hem of haar nodig hebt. Bij het gemis aan zo iemand kan je je eenzaam voelen; het is niet altijd zó dat je dan ook alleen bent.

Ouder worden en ziekte gaan dikwijls gepaard met existentiële vragen over de zin van het eigen leven, vaak gekoppeld aan gevoelens van verlies en eenzaamheid (van Wijngaarden & The, 2017). Bij deze vorm van eenzaamheid spreekt men dan van existentiële eenzaamheid waarbij men doelt op '... gevoelens van een ondragelijke leegte, van verdriet en verlangen die voortkomen uit het besef van de fundamentele afgescheidenheid als individu' (Ettema, Derksen, & van Leeuwen, 2010; Jorna, 2012). Deze existentiële eenzaamheid kan ook ontstaan als mensen het gevoel hebben er niet meer toe te doen, of het gevoel hebben 'overbodig' te zijn omdat ze geen duidelijke maatschappelijke rol meer vervullen, en is daarmee gerelateerd aan gebrek aan zingeving. Existentiële eenzaamheid is volgens sommigen inherent aan het menselijk bestaan en gangbaar bij ernstige levensgebeurtenissen (Ettema et al., 2010). Existentiële eenzaamheid is niet alleen negatief; het kan ook betekenis aan iemands leven geven. In geval van existentiële eenzaamheid heeft het gesprek daarom meer tot doel te verhelderen waar dat gevoel van eenzaamheid uit bestaat dan te proberen de eenzaamheid te verhelpen (van Wijngaarden & The, 2017). Dit gesprek kan gevoerd worden met een geestelijk verzorger. Desgewenst kan de wijkverpleegkundige daarnaar verwijzen na te hebben verkend of daar behoefte aan bestaat. Existentiële eenzaamheid valt daarom buiten het bestek van de huidige richtlijn.

Vóórkomen van eenzaamheid

Eenzaamheid (sociale, emotionele) komt onder ouderen veel voor. Hoewel de cijfers uiteenlopen schat men dat vanaf het 55ste levensjaar het percentage matig eenzamen oploopt van 18% naar 53% en het percentage sterk eenzamen van 2% naar 9% (Campen van, Vonk, & van Tilburg, 2018). Na de leeftijd van ongeveer 70 jaar is de kans op eenzaamheid groter door een opeenstapeling van verschillende gebeurtenissen zoals het overlijden van de partner of andere leeftijdsgenoten en het verlies van mobiliteit en zelfstandigheid door afnemend fysiek, cognitief en sensorisch functioneren.

Gescheiden mensen en weduwen of weduwnaars voelen zich vaker eenzaam dan gehuwde mensen of ongehuwden; bijna 60% van de gescheiden mensen en weduwen of weduwnaars voelt zich eenzaam. Ernstige eenzaamheid komt meer voor bij gescheiden mensen (20%) dan bij weduwen of weduwnaars (16%).

Ook migranten zijn aanmerkelijk vaker ernstig eenzaam. Terwijl in 2008 7% van de autochtone grootstedelingen (zeer) ernstige eenzaamheid rapporteerde in de gezondheidsmonitoren van de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht), gaf 11% van de Surinaamse, 14% van de Marokkaanse en maar liefst 27% van de Turkse ouderen aan ernstig tot zeer ernstig eenzaam te zijn (Fokkema et al., 2016). Marokkaanse en Turkse ouderen hebben meer sociale contacten, maar participeren minder, zijn minder tevreden over hun inkomen, ervaren minder regie en hebben een slechtere gezondheid. Als rekening wordt gehouden met deze verschillen halveert het verschil in eenzaamheid met Nederlandse ouderen (Theo G van Tilburg & Fokkema, 2018). Emotionele eenzaamheid komt het meest voor bij weduwen en weduwnaars; sociale eenzaamheid daarentegen komt meer voor bij gescheiden mensen (CBS, 2016).

Relatie met gezondheid

Eenzaamheid vergroot de kans op gezondheidsproblemen. Gezondheidsproblemen waarvoor eenzaamheid een onafhankelijke risicofactor vormt zijn onder meer hartproblemen (Thurston & Kubzansky, 2009), depressie (Cacioppo et al., 2006) en dementie (Holwerda et al., 2016; Wilson et al., 2007). Een consistente bevinding, ook in Nederlands onderzoek, is dat eenzamen eerder overlijden dan niet-eenzamen, onafhankelijk van andere factoren, en dan vooral als zij ook depressieve klachten hebben (Holwerda et al., 2016). In een meta-analyse (een onderzoek dat effecten uit andere onderzoeken samenvat) bleek dat het gevolg van tekortschietende sociale relaties en eenzaamheid op vervroegd overlijden gelijk was aan dat van roken en overmatig alcoholgebruik; en sterker dan het effect van te weinig bewegen en obesitas (Cacioppo, Cacioppo, Capitanio, & Cole, 2015). Mogelijke verklaringen voor dit verband zijn dat eenzaamheid leidt tot chronische stress en daardoor het immuunsysteem aantast, de fysieke weerbaarheid vermindert, en gezond gedrag en een gezond voedingspatroon tegengaat (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Omgekeerd kunnen gezondheidsproblemen en functiebeperkingen ook bijdragen aan eenzaamheid (Dykstra, van Tilburg, & de Jong Gierveld, 2005; Pinquart & Sorensen, 2001). Mensen met functiebeperkingen zijn dikwijls beperkt in hun mobiliteit en daarmee ook verminderd in staat tot het onderhouden van sociale relaties (Aartsen & Jylhä, 2011). Slecht ter been zijn bijvoorbeeld is een obstakel om een bezoek aan iemand te brengen.

Bij mensen met cognitieve problemen nemen de vaardigheden om het contact te onderhouden en te communiceren af (Boss, Kang, & Branson, 2015; Holmén & Furukawa, 2002). Soms ook uit schaamte voor de achteruitgang gaan mensen het contact uit de weg. Mensen met (licht) cognitieve problemen hebben daardoor een grotere kans om sociaal geïsoleerd te raken en eenzaam te worden (Holmén & Furukawa, 2002).

Over het algemeen bemoeilijkt een slechts gehoor of zicht de communicatie en heeft deze een negatief effect op de sociale inbedding (Holmén & Furukawa, 2002; Verstraten, Brinkmann, Stevens, & Schouten, 2005; Wallhagen, Strawbridge, Shema, Kurata, & Kaplan, 2001). Sensorische restricties leiden niet altijd tot een kleiner aantal relaties of een mindere relatiekwaliteit (Wahl et al., 2013), maar bekend is dat eenzaamheid onder slechthorenden sterker is dan onder mensen zonder gehoorproblemen tenzij adequate hulpmiddelen worden ingezet (Pronk et al., 2011). Overigens kan een slechtere gezondheid ook indirect een gunstig effect hebben op eenzaamheid als het sociale netwerk een bron van steun is. Ziekte kan instrumentele hulp en emotionele bijstand mobiliseren

(Field, Minkler, Falk, & Leino, 1993; Schwarzer & Leppin, 1991) en daarmee de eenzaamheid verminderen (De Jong Gierveld, Van Tilburg, & Dykstra, 2018).

Eenzaamheid en depressie: lastig te onderscheiden

Het onderscheid tussen eenzaamheid en depressieve klachten is ingewikkeld. Mensen die eenzaam zijn kunnen ook last hebben van depressieve klachten zoals piekeren en somberheid; omgekeerd voelen vrijwel alle depressieve mensen zich ook eenzaam. Uit onderzoekgegevens van de Longitudinale Ageing Study Amsterdam (LASA) bleek van de bevolking tussen 54 en 85 jaar oud, 10% zowel eenzaam te zijn én depressieve klachten te hebben. Van ouderen die zich sterk eenzaam voelen, heeft tweederde één of meer ernstige depressieve klachten. Op welke manier eenzaamheid en depressieve klachten precies samenhangen (wat precies wat veroorzaakt, en hoe), is evenwel nog lang niet duidelijk (Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010).

Risicofactoren

De wetenschappelijke literatuur laat een groot aantal risicofactoren zien die samengaan met eenzaamheid zoals alleen wonen, armoede, slechte gezondheid, overlijden partner, het wegvallen van zingeving, en psychische eigenschappen zoals een gebrek aan zelfvertrouwen, sociale angst en depressie, een migratie-achtergrond (Dahlberg & McKee, 2014; T. G. Van Tilburg & Klok, 2018).

Met het oog op de mogelijkheden tot (preventief) interveniëren is het bij risicofactoren van belang onderscheid te maken tussen proximale en distale risicofactoren. Proximale risicofactoren zijn risicofactoren die 'direct' van invloed zijn op eenzaamheid, zoals de omvang en het functioneren van het sociale netwerk. Zo is de kans op eenzaamheid groter wanneer een uitgebreide en actieve vriendenkring, of een partner waar men steun aan ontleent, ontbreekt. Distale risicofactoren zijn de factoren die 'indirect' op eenzaamheid van invloed zijn en die belangrijk zijn bij de effecten die proximale factoren hebben. Te denken valt aan demografische en sociaal-culturele factoren. Interventies die zich richten op de aanpak van eenzaamheid richten zich doorgaans op de proximale risicofactoren.

Uitgangsvraag 1

VASTSTELLEN VAN EENZAAMHEID

Hoe kan de wijkverpleegkundige/verzorgende het beste eenzaamheid onder oudere, thuiswonende cliënten vaststellen?

1 juli 2021

Inleiding

Inhoud

Het doel van de richtlijn is het verbeteren van de wijkverpleegkundige zorg voor oudere, thuiswonende cliënten (65+) die zich eenzaam voelen. De richtlijn behandelt in deze uitgangsvraag de volgende vraag:

- Hoe kan de wijkverpleegkundige het beste aard en ernst van eenzaamheid onder oudere, thuiswonende cliënten vaststellen?

Doelgroep

Deze richtlijn beoogt verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in de wijkverpleging daartoe met wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen te ondersteunen. De groep verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk wordt in deze richtlijn aangeduid met de term 'wijkverpleegkundigen'.

Aanbevelingen

DOEN

Op basis van de wetenschappelijke evidentie (zie uitgangsvraag 1, conclusies) en haar overwegingen (zie uitgangsvraag 1, overwegingen) heeft de werkgroep de volgende aanbevelingen geformuleerd.

1. De werkgroep is van mening dat de wijkverpleegkundige of verzorgende, als de cliënt aangeeft zich eenzaam te voelen, altijd dient te bespreken of deze ondersteuning wil, en alléén dan een gestandaardiseerde/gevalideerde vragenlijst dient te gebruiken als de cliënt samen met de wijkverpleegkundige de mogelijkheden van professionele ondersteuning wil verkennen.
2. Praten over eenzaamheid is voor ouderen dikwijls moeilijk en met taboes omgeven. De werkgroep is van mening dat de wijkverpleegkundige of verzorgende de benodigde tijd dient in te ruimen om de eenzaamheid te bespreken en het gesprek hierover desgewenst een aantal malen moet laten terugkeren.
3. De werkgroep adviseert gepast gebruik te maken van een betrouwbare en goed gevalideerde eenzaamheidsschaal om een indicatie te krijgen van de ernst van de eenzaamheid. De werkgroep is van mening dat voor dit doel de de Jong Gierveld 6-item versie voor wijkverpleegkundigen het meest geschikte instrument is.
4. De werkgroep is van mening dat wijkverpleegkundigen en verzorgenden goed geschoold en regelmatig bijgeschoold moeten worden in het herkennen en het bespreekbaar maken van eenzaamheid, en het ondersteunen van de cliënt in het zoeken van passende ondersteuning, en het verwijzen naar die ondersteuning/hulp.

Overwegingen

Professioneel perspectief: vaststellen eenzaamheid is verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige.

Eenzaamheid komt voor in de zogeheten 'kernset patiëntproblemen' dat een overzicht is van patiëntproblemen die volgens de beroepsgroep V&V binnen het verpleegkundig en verzorgend domein vallen. Een belangrijke reden hiervoor is dat de wijkverpleegkundige en verzorgende als een van de weinige hulpverleners 'achter de voordeur' met eenzame ouderen in contact komen en persoonlijke en langdurige zorg leveren. De wijkverpleegkundige of verzorgende zijn daarom bij uitstek degenen die eenzaamheid kunnen signaleren en ter sprake brengen. De werkgroep is van mening dat het signaleren en het bespreekbaar maken van eenzaamheid, en het desgewenst doorverwijzen naar psychosociale hulpverlening, tot het taakgebied van de wijkverpleegkundige en verzorgende behoort als het om 'eigen' cliënten van het eigen wijkverpleegkundig team gaat.

Omdat naar de mening van de werkgroep, het vaststellen en bespreken van eenzaamheid en het verwijzen naar de passende psychosociale hulpverlening onderdeel uitmaakt van de standaard zorg, dient deze adequaat gefaciliteerd te worden. In de eerste plaats door wijkverpleegkundigen en verzorgenden de mogelijkheid te bieden om in ten minste een of twee gesprekken met de cliënt te verkennen of en welke ondersteuning het beste past bij diens voorkeuren en doelen. Daarnaast dienen wijkverpleegkundigen en verzorgenden te beschikken over de passende communicatieve vaardigheden en daarom regelmatig scholing/training te ontvangen om deze vaardigheden op het juiste niveau te houden.

Vaststellen eenzaamheid; vragenlijst of niet?

De werkgroep heeft in twee bijeenkomsten gediscussieerd over de vraag of, en eventueel hoe, in het gesprek over eenzaamheid een vragenlijst moet worden afgenomen. De werkgroep realiseert zich dat het afnemen van een vragenlijst afbreuk kan doen aan de eigen ervaring van de oudere en derhalve het risico in zich heeft dat de oudere ook de oplossing niet meer als eigen ervaart (Dowrick, 2018). Het gebruik van een vragenlijst vindt de werkgroep wél zinvol als het onderdeel is van het vaststellen van een zorgvraag of van (het risico op) een gezondheidsprobleem. Het doornemen van een vragenlijst helpt inzicht te krijgen in aard en ernst van de vraag/probleem, helpt zinvolle mogelijkheden van ondersteuning te bespreken en kan helpen de beslissing over het al dan niet invoeren van hulp, te ondersteunen. De uitslag van een vragenlijst geeft de wijkverpleegkundige houvast in haar inschatting van de behoefte aan ondersteuning en ondersteunt als zodanig het gesprek met andere zorg/hulpverleners. Om die reden adviseert de werkgroep wel een vragenlijst te gebruiken, maar alleen dan als de cliënt heeft aangegeven ondersteuning te willen zoeken. Het gebruik van het instrument dient dan onderdeel te zijn van het gesprek over de eventuele hulp.

Eisen aan een meetinstrument.

Wanneer men wil weten of iemand zich sociaal of emotioneel eenzaam voelt, zijn er verschillende mogelijkheden. De verpleegkundige of verzorgende kan natuurlijk gewoon vragen of de cliënt zich eenzaam voelt, maar ook vragen hoe vaak hij/zij zich eenzaam voelt (nooit, zelden, dikwijls, altijd) of in welke mate (heel erg, een beetje, niet). Het stellen van deze vragen is simpel en kost weinig tijd. De werkgroep vindt het een zwaarwegend nadeel dat men met zo'n vraag tamelijk 'met de deur in huis valt' en wel heel direct naar een toch voor veel mensen gevoelig onderwerp vraagt. Bovendien is volstrekt onbekend in hoeverre deze vraag een werkelijk betrouwbaar beeld van eenzaamheid oplevert. De verwachting is dat mensen bij zulke vragen vooral een sociaal wenselijk antwoord geven. De werkgroep verkiest daarom het gebruik van een vragenlijst.

De 6-item versie van de dJG beschikt over goede psychometrische kwaliteiten die nauwelijks onderdoen voor de 11-item versie (de Jong Gierveld, & van Tilburg, 2008). Bovendien wordt de dJG al veel gebruikt in Nederland, in tegenstelling tot de (minder goed vertaalde) UCLA-LS.

Op grond hiervan meent de werkgroep dat de dJG-6 item versie voor haar aanbevelingen in deze richtlijn het meest in aanmerking komt.

Conclusies

Conclusie uit de kennis

In de wetenschappelijke literatuur worden verschillende meetinstrumenten beschreven die voldoen aan de vooraf door de werkgroep geformuleerde criteria (zie hieronder bij samenvatting van de kennis). Het meest uitvoerig onderzocht op hun psychometrische eigenschappen en het meest gebruikt, zijn de 'de Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal' (dJG) en de 'UCLA Loneliness Scale' (UCLA-LS). De werkgroep is van mening dat de dJG-6 (6 item versie) geschikt is om in Nederland sociale en emotionele eenzaamheid vast te stellen bij oudere cliënten die thuis zorg ontvangen.

Niveau 3	Er zijn voldoende aanwijzingen dat de de Jong Gierveld eenzaamheidsschaal 11-item versie en de 6-item versie gebruikt kunnen worden om op valide en betrouwbare wijze de mate van eenzaamheid onder ouderen vast te stellen. De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985 (C); De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2008 (C)
Niveau 3	Er zijn voldoende aanwijzingen dat de University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA-LS) 20-item versie gebruikt kan worden om op valide en betrouwbare wijze de mate van eenzaamheid onder ouderen vast te stellen. Russel, 1996 (C)
Niveau 4	De de Jong Gierveld 6-item schaal versie is makkelijker af te nemen dan de 11-item versie en heeft daarom de voorkeur boven de 11-item versie van deze vragenlijst. Mening van werkgroep (D)

Samenvatting van de kennis

In de wetenschappelijke literatuur vinden we verschillende meetinstrumenten. Wereldwijd wordt voor het vaststellen van eenzaamheid evenwel hoofdzakelijk gebruik gemaakt van de twee vragenlijsten die ook uitvoerig op hun psychometrische kwaliteiten zijn onderzocht: de De Jong Gierveld schaal (dJG) en de University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale (UCLA-LS). Het psychometrisch onderzoek geeft aan dat beide lijsten betrouwbaar en valide de mate van eenzaamheid meten, ook in de Nederlandse situatie. De dJG wordt in Nederland vaker gebruikt. Van de 21 geselecteerde studies bestuderen er acht studies de psychometrische kwaliteit van de UCLA-LS (Ausín, Muñoz, Martín, Pérez-Santos, & Castellanos, 2018; J Buz, Urchaga, & Polo, 2014; José Buz, & Pérez-Arechaederra, 2014; J de Jong Gierveld, & van Tilburg, 2008; Durak & Senol-Durak, 2010; Gierveld, & van Tilburg, 2006; Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo, 2004; Lecovich, 2013; Lee, & Cagle, 2017; G. Leung, de Jong Gierveld, & Lam, 2008; Leung, de Jong Gierveld, & Lam, 2008; Moorer, & Suurmeijer, 1994; Neto, 2014; Penning, Liu, & Chou, 2014; Russell, 1996; Shiovitz-Ezra, & Ayalon, 2012; Tomas, Pinazo-Hernandis, Donio-Bellegarde, & Hontangas, 2017; Ö. Uysal-Bozkir, Fokkema, MacNeil-Vroomen, van Tilburg, & de Rooij, 2017; van Tilburg, & de Jong Gierveld, 1999; Vassar & Crosby, 2008; Victor, Grenade, & Boldy, 2005).

Naast de gevonden wetenschappelijke literatuur is recent een paper van het CBS verschenen waarin de UCLA-LS en dJG met elkaar vergeleken worden (van Beuningen, Coumans, & Moonen, 2018). De

auteurs hebben de verkorte versie van beide schalen met elkaar vergeleken met het oog op toekomstig onderzoek. Op conceptueel niveau geniet de dJG de voorkeur, omdat de UCLA-LS sterkt focust op discrepantie in sociale relaties en minder op de emotionele ervaring van gemis. Daarnaast is de UCLA-LS unidimensioneel en kan de dJG gebruikt worden om sociale en emotionele eenzaamheid te onderscheiden. Op empirische gronden blijkt er geen duidelijke voorkeur voor één van beide schalen. Het CBS kiest voor toekomstige studies voor de verkorte dJG.

De dJG bestaat uit een lijst met vijf positief geformuleerde uitspraken (items 1, 4, 7, 8, 11) en zes negatief geformuleerde uitspraken (items 2, 3, 5, 6, 9 en 10). De antwoordmogelijkheden zijn: 'Ja!'; 'Ja'; 'Min of meer'; 'Nee'; 'Neel'. Het niet instemmen met de positief geformuleerde uitspraken en het instemmen met de negatief geformuleerde uitspraken geeft een indicatie van de ervaren eenzaamheid. Sommatie van de antwoorden op de elf items versie levert een schaalscore op die van 0 tot 11 loopt. Hoe hoger de score, des te eenzamer men is. Een score van 3 of hoger is indicatief voor de aanwezigheid van matige eenzaamheid; een score van 9 of hoger voor ernstige eenzaamheid (van Tilburg, & de Jong Gierveld, 1999). In de schaal komt het woord eenzaamheid niet voor en refereren de items niet aan specifieke situaties of gedragingen die leeftijdsgebonden zijn. Ook het evaluatieve, subjectieve element is in de elf uitspraken terug te vinden. De psychometrische eigenschappen van de schaal zijn uitvoerig onderzocht. Sensitiviteit en specificiteit zijn voldoende voor het identificeren van eenzame ouderen. De schaal kan gebruikt worden om eenzaamheid in het algemeen te meten en om de dimensies sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid te meten. De dJG is ook getest onder oudere migranten en is beschikbaar in een Turkse vertaling, twee vertalingen in het Marokkaans (Arabisch en fonetisch Arabisch) en twee vertalingen in het Surinaams (Sranan Tongo en Sarnami Hindoestani) (O. Uysal-Bozkir, Fokkema, MacNeil-Vroomen, van Tilburg, & de Rooij, 2017). De schaal is valide is voor gebruik bij migranten (van Tilburg, & Fokkema, 2018). De dJG schaal is ook in andere talen uit het Europees taalgebied beschikbaar (o.a. Noors, Spaans, Portugees, Duits en Engels (de Jong Gierveld, & van Tilburg, 2010). Er bestaat ook een 6-item versie van de dJG schaal. De sensitiviteit en specificiteit van de verkorte schaal (dJG-6) zijn niet veel lager dan de 11-itemschaal van de De Jong Gierveld (de Jong Gierveld, & van Tilburg, 2008).

De UCLA-LS is ontwikkeld door Russell, Peplau en Ferguson (1978) en bevat twintig stellingen, bijvoorbeeld: ik mis vrienden om me heen, ik heb niemand om mee te praten, niemand kent mij goed, en, ik sta overal buiten. Per stelling kan men aangeven of men zich vaak, soms, zelden of nooit zo voelt. De UCLA loneliness scale maakt geen onderscheid tussen sociale en emotionele eenzaamheid (Russell, Peplau, & Ferguson, 1978).

De psychometrische eigenschappen zijn goed onderzocht en wijzen uit dat de UCLA-LS zeer betrouwbaar is, zowel wat betreft de (hoge) interne consistentie (alfa coëfficiënt .89 -.94) als de (hoge) betrouwbaarheid over een periode van 1 jaar ($r = .73$) (Russel, 1996). Er bestaat een kortere versie met drie items (Hughes et al., 2004).

De Jong Gierveld eenzaamheidschaal (6 item versie)

Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is? De antwoordmogelijkheden zijn: Ja!; Ja; Min of meer; Nee; Nee!

	Ja!	Ja	Min of meer	Nee	Nee!
Ik ervaar een leegte om me heen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik mis mensen om me heen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaak voel ik me in de steek gelaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Om scoring te vergemakkelijken zijn de antwoordcategorieën die geteld dienen te worden als 1 punt grijs gekleurd.

Er is een score voor de mate van eenzaamheid, maar het probleem is nog niet benoemd in termen van eenzaam zijn. Als de score eenzaamheid indiceert, wordt naar de volgende stap gegaan.

Bij vraag 2, 3 en 5 tellen de antwoorden 'Nee!', 'Nee' en 'Min of meer' voor 1 punt. Bij vraag 1, 4 en 6 tellen de antwoorden 'Ja!', 'Ja' en 'Min of meer' voor 1 punt. Opgeteld geeft de somscore voor vraag 1, 4 en 6 de score voor emotionele eenzaamheid, en de somscore voor vraag 2, 3, en 5 de score voor sociale eenzaamheid.

Uitgangsvraag 2

SCREENING OP EENZAAMHEID

Wat is de meerwaarde van routinematige screening op eenzaamheid door de wijkverpleegkundige onder oudere, thuiswonende cliënten?

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

Inleiding

Inhoud

Het doel van de richtlijn is het verbeteren van de wijkverpleegkundige zorg voor oudere, thuiswonende cliënten (65+) die zich eenzaam voelen. De richtlijn behandelt in deze uitgangsvraag de volgende vraag:

- Wat is de meerwaarde van routinematige screening op eenzaamheid door de wijkverpleegkundige onder oudere, thuiswonende cliënten?

Doelgroep

Deze richtlijn beoogt verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in de wijkverpleging daartoe met wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen te ondersteunen. De groep verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk wordt in deze richtlijn aangeduid met de term 'wijkverpleegkundigen'.

Aanbevelingen

NIET DOEN

De werkgroep baseert haar aanbevelingen op het ontbreken van enig wetenschappelijk bewijs van het nut van screening op eenzaamheid (zie conclusies uit de kennis) en op haar overwegingen over de algemeen geldende voorwaarden van screening (zie overwegingen).

1. Screening van ouderen op eenzaamheid en casefinding zijn naar de mening van de werkgroep niet zinvol, omdat wetenschappelijk bewijs dat deze bijdragen aan een gericht gebruik van ondersteuning ontbreekt en het twijfelachtig is of screening voldoet aan de algemeen geldende voorwaarden van screening van de Gezondheidsraad.
2. Er is vanuit de literatuur niets bekend over de effecten van het systematisch signaleren van eenzaamheid onder ouderen. De werkgroep is van mening dat nader onderzoek naar het nut van screening op eenzaamheid onder ouderen nodig is.
3. Screening van ouderen op eenzaamheid kan worden opgenomen in de 'Beter Laten - lijst'.

Overwegingen

Screening

Bij screening gaat het om het opsporen van een aandoening of risicofactor in de gezonde bevolking. Gewoonlijk wordt onderscheid gemaakt tussen 'algehele screening' en 'selectieve screening'. Bij 'algehele screening' wordt de gehele populatie gescreend en bij 'selectieve screening' alleen degenen die een hoog of verhoogd risico hebben op de desbetreffende aandoening. Bij screening worden mensen die een bepaald kenmerk mogelijk hebben uit de gezonde populatie gefilterd. Een positieve uitslag op een screeningstest betekent dus niet dat de betrokkene dat kenmerk ook daadwerkelijk heeft; daarvoor is altijd nadere diagnostiek nodig. Een voorbeeld van selectieve screening is het bevolkingsonderzoek op darmkanker waarvoor in ons land elke twee jaar alle mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar een uitnodiging krijgen.

Een bijzondere, selectieve vorm van screening is casefinding. Bij casefinding biedt men personen die vanwege een andere reden met een huisarts of andere zorgprofessional in contact komen, een screening via een vragenlijst of vroegdiagnostisch onderzoek aan. Aan casefinding doet een wijkverpleegkundige als zij bij elke nieuwe cliënt een standaard vragenlijst afneemt met vragen over bijvoorbeeld depressie of eenzaamheid.

Screening vindt men over het algemeen alleen zinvol en verantwoord als deze aan een groot aantal voorwaarden voldoet.

Onder verwijzing naar de criteria van Wilson en Junger (kader) moet, aldus de Gezondheidsraad, screening onder meer zijn gericht op een veelvoorkomend of ernstig gezondheidsprobleem; bewezen nuttig zijn; meer voordelen hebben dan nadelen; gebaseerd zijn op een betrouwbaar en valide instrument; de autonomie van de betrokkenen respecteren en waarborgen, en doelmatig zijn (Büller et al., 2008).

Met het oog op deze criteria vindt de werkgroep, screening niet opportuun. Er ontbreekt niet alleen overtuigend wetenschappelijk bewijs dat screening op eenzaamheid op zichzelf nuttig of effectief is, ook is niet bekend hoe de (waarschijnlijk geringe) effecten van eenzaamheids-interventies gewogen moeten worden tegen de (onbekende) risico's of nadelen. Daarbij doet zich ook de vraag voor in hoeverre screening algemeen aanvaard wordt in een samenleving waarin op het spreken over de eigen eenzaamheid nog een zeker taboe rust. Wijkverpleegkundigen screenen weliswaar regelmatig eigen cliënten (casefinding), maar is, aldus de werkgroep, in geval van eenzaamheid een onnodige handeling die zij beter achterwege kunnen laten.

De criteria van Wilson en Jungner

- Het moet gaan om een ernstig en vaak voorkomend gezondheidsprobleem.
- Een algemeen aanvaarde behandeling voor opgespoorde gevallen dient het beloop gunstig te beïnvloeden.
- Er moeten voldoende voorzieningen beschikbaar zijn voor screeningsonderzoeken en eventuele behandeling.
- Het natuurlijk beloop van de aandoening moet bekend zijn.
- Er moet een herkenbaar latent stadium zijn.
- Er moet een algemeen geaccepteerde definitie beschikbaar zijn van wie men zal behandelen.
- Er moet een kwalitatief goede opsporingsmethode beschikbaar zijn.
- De test moet aanvaardbaar zijn voor brede groepen in de bevolking.
- De kosten moeten acceptabel zijn tegen de achtergrond van de baten en de middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn.
- Er moet een zekere mate van continuïteit van het programma voorzien kunnen worden.

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO, 1968.

In het project 'Campaign to End Loneliness' in het Verenigd Koninkrijk zijn zogeheten heatmaps ontwikkeld, die vergelijkbaar zijn met de zogeheten 'wijkanalyses' in ons land (RIVM,2016). 2 De Campaign to End Loneliness is een netwerk van nationale en regionale organisaties die sinds 2011 samenwerken aan het ontwikkelen en uitvoeren van activiteiten die zijn gericht op het verminderen van eenzaamheid in buurten en wijken (<https://www.campaigntoendloneliness.org/>).

Deze heatmaps geven op basis van de belangrijkste 'voorspellers' van eenzaamheid ('burgerlijke staat', 'ervaren gezondheid', 'leeftijd' en 'aantal personen van het eigen huishouden') een beeld van de geografische verdeling van het risico op eenzaamheid in een bepaald gebied (AGE UK, 2018). Of, en in hoeverre, deze heatmaps of wijkanalyses iets toevoegen aan het werk van wijkverpleegkundigen en in hoeverre deze daadwerkelijk bijdragen aan het terugdringen van eenzaamheid, is tot dusver niet wetenschappelijk onderzocht. Daarnaast is niet duidelijk hoe inzicht in de verspreiding van de voorspellers leidt of zou moeten leiden tot interventie (of niet) en welke effecten deze hebben op eenzaamheid in de desbetreffende buurt of wijk. Tenslotte; personen met een (sterk) verhoogd risico (de oudste thuiswonende ouderen met professionele zorg) behoren veelal al tot degenen waarmee de wijkverpleegkundige of verzorgende in aanraking komen, waardoor de toegevoegde waarde van screening onduidelijk is. Screening op wijkniveau lijkt de werkgroep om die reden niet opportuun.

Conclusies

Conclusie uit de kennis

We vonden in onze review geen bruikbaar wetenschappelijk onderzoek naar de effecten en bruikbaarheid van (selectieve) screening op eenzaamheid onder ouderen. Screening op eenzaamheid en casefinding van eenzame ouderen voldoen niet aan de criteria voor screening, zoals geformuleerd door de Gezondheidsraad. Het lijkt de werkgroep daarom aannemelijk dat screening en casefinding vooralsnog geen zinvolle bijdrage leveren aan het werk van de wijkverpleegkundige.

Niveau 4	Er is geen wetenschappelijk bewijs gevonden waaruit blijkt dat screening bijdraagt aan de detectie van eenzaamheid onder ouderen.
-------------	---

Uitgangsvraag 3

INTERVENTIES EENZAAMHEID OUDEREN (65+)

Welke wetenschappelijke bewijs bestaat er over de werkzaamheid van benaderingen of interventies die tot doel hebben eenzaamheid onder ouderen te verminderen?

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

Inleiding

Inhoud

Het doel van de richtlijn is het verbeteren van de wijkverpleegkundige zorg voor oudere, thuiswonende cliënten (65+) die zich eenzaam voelen. De richtlijn behandelt in deze uitgangsvraag de volgende vraag:

- Welke interventies zijn het meest effectief bij het verminderen van eenzaamheid onder oudere thuiswonende cliënten?

Doelgroep

Deze richtlijn beoogt verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in de wijkverpleging daartoe met wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen te ondersteunen. De groep verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk wordt in deze richtlijn aangeduid met de term 'wijkverpleegkundigen'.

Aanbevelingen

DOEN

De werkgroep baseert haar aanbevelingen op de resultaten van de systematische literatuurstudie (zie uitgangsvraag 3, conclusies) en haar overwegingen over de rol van de wijkverpleegkundige en de verzorgende in de omgang met eenzame oudere cliënten (zie uitgangsvraag 3, overwegingen).

1. Een gesprek met de oudere over diens eenzaamheid is op zichzelf van grote waarde. De werkgroep adviseert de wijkverpleegkundige/verzorgende daarom, wanneer zij vermoedt dat de cliënt zich eenzaam voelt, hierover altijd in gesprek te gaan met de cliënt, of ervoor zorg te dragen dat een andere persoon, bijvoorbeeld iemand uit het eigen wijkteam, het gesprek aangaat.
2. Uit de wetenschappelijke literatuur komt niet duidelijk naar voren of en welke ondersteuning bijdraagt aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid. De kwaliteit van de studies is daarvoor te laag. Daarom vindt de werkgroep het raadzaam dat wijkverpleegkundigen en verzorgenden, wanneer zij met betrokkene de mogelijkheden van ondersteuning bespreken, vooral uitgaan van de wensen en doelen van betrokkene en eventuele adviezen over ondersteuning daarop laten aansluiten.
3. De werkgroep meent dat het gesprek met de cliënt over diens eenzaamheid in veel gevallen zal kunnen plaatsvinden gedurende de lopende zorgverlening. Wanneer de cliënt aangeeft ondersteuning te willen zoeken, kunnen naar de mening van de werkgroep, één of twee extra gesprekken nodig zijn om de cliënt te verwijzen naar passende ondersteuning. Het gesprek over doorverwijzing behoort bij haar functie als schakel tussen zorg en welzijn.
4. De werkgroep meent dat het gesprek met de cliënt over diens eenzaamheid en de eventuele ondersteuning een aantal onderdelen heeft die stapsgewijs kunnen leiden tot afspraken over de doorverwijzing naar een passende vorm van ondersteuning. De werkgroep adviseert de in de losse bijlage opgenomen gesprekshandreiking te gebruiken.
5. De werkgroep is van mening dat het team van wijkverpleegkundigen en verzorgenden met de huisartsenvoorziening en het lokale sociaal werk afspraken dient te maken over de wijze waarop de huisartsvoorziening zal worden geïnformeerd over cliënten die ernstig eenzaam zijn, de verwijzing/toeleiding naar het sociaal werk van eenzame ouderen en de wijze waarop gezamenlijk kan worden gekozen voor de passende begeleiding.
6. De werkgroep vindt het raadzaam om vervolgonderzoek uit te voeren naar 1) de effecten van de implementatie van de richtlijn op cliëntuitkomsten en de kosten in andere zorgsectoren, en 2) de verdere ontwikkeling van de gesprekshandreiking.

Overwegingen

Algehele kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs

De algehele kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs is over de gehele linie laag door een gebrek aan kwalitatief hoogstaande gerandomiseerde of quasi-experimentele studies met weinig risico op vertekening (risk of bias) ((Dieltjens, Heylen, Hanegreefs, Buck, & Vandekerckhove, 2007; Masi et al., 2011). Ook de beschrijving van de studies zelf, zoals de mate waarin zich effecten voordoen of de effectgrootte, alsmede de beschrijving van de interventies, zijn vaak uitermate gebrekkig. Een goed zicht op voor- en nadelen van interventies ontbreekt, evenals op hulp voor bijzondere groepen zoals migranten. Dat betekent dat er vooralsnog onvoldoende wetenschappelijk bewijs aanwezig is om te concluderen dat de onderzochte ondersteuning daadwerkelijk eenzaamheid vermindert of één type interventie aan te wijzen als dominant.

Professioneel standpunt

De wijkverpleegkundige en verzorgende zijn, doordat zij als zorgverlener bij de cliënt thuis 'achter de voordeur' komen, vaak degene die met eenzaamheid van ouderen geconfronteerd worden. Zij kunnen daardoor bij uitstek een signalerende en doorverwijzende rol vervullen. Eenzaamheid hoort om die reden tot de 'kernset cliëntproblemen' van wijkverpleegkundigen.

De werkgroep is van mening dat het tot de taak van de wijkverpleegkundige behoort om het gesprek hierover met de cliënt aan te gaan, of er anders voor te zorgen dat iemand anders deze met de betrokken oudere bespreekt. In het gesprek brengt de wijkverpleegkundige de door haar opgevangen signalen ter sprake, kan de nodige basale emotionele steun bieden, bespreekt het eventueel door de cliënt ingevulde instrument, helpt de cliënt zijn/haar voorkeuren en wensen t.a.v. ondersteuning verwoorden, en verwijst de cliënt desgewenst. In het gesprek over de keuze van ondersteuning dient de wijkverpleegkundige uit te gaan van de doelen en wensen van de cliënt en de cliënt te motiveren van de gekozen ondersteuning gebruik te (blijven) maken. Naar de mening van de werkgroep kunnen deze taken heel goed in de lopende zorgverlening worden uitgevoerd of anders in één, hooguit twee extra gesprekken worden uitgevoerd.

Het ontbreken van bewijs van de effectiviteit van de onderzochte eenzaamheidsinterventies betekent volgens de werkgroep niet dat cliënten van deze interventies geen steun kunnen ervaren. Het ontbreken van deugdelijk bewijs is geen bewijs dat ondersteuning niet kan helpen. De ervaring van de werkgroep is dat mensen baat kunnen hebben bij contact met lotgenoten en vrijwilligers en zich daardoor gesteund kunnen voelen; in sommige gevallen misschien zonder zich direct minder eenzaam te voelen. Voor eenzamen is het evenwel vaak lastig om de eerste daadwerkelijke stap te zetten (Zwet, R.van der & van de Maat, J.W., 2016). De werkgroep vindt het daarom zinvol eenzame ouderen te bewegen passende hulp te zoeken en hun daarin te ondersteunen. Het bespreken van en verwijzen naar passende hulp of geestelijke ondersteuning past binnen de taak van de wijkverpleegkundige als schakel tussen zorg en welzijn.

Omdat ernstige eenzaamheid vaak samengaat met ernstige depressieve klachten meent de werkgroep dat wijkverpleegkundigen met de huisartsenvoorziening afspraken moeten maken over hoe zij de huisartsvoorziening informeren over cliënten die ernstig eenzaam zijn. De huisarts kan dan beslissen of een breder klachtexploratie nodig is en of een vervolgbehandeling zal worden ingezet (Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, Van Avendonk MJP, Van der Weele GM., 2012, NHG-Standaard Depressie (2de herziening).

Sociaalwerk

Het sociaal werk is een belangrijke samenwerkingspartner en verwijsmogelijkheid voor de wijkverpleegkundige in geval van eenzame cliënten. Eenzaamheid is bij uitstek een welzijnsthema dat door het sociaal werk ook van oudsher wordt gevoeld als een verantwoordelijkheid van deze sector. Een sociaal werker kan helpen mogelijke oorzaken in kaart te brengen en samen met de wijkverpleegkundige en de bewoner kijken naar wat er in de individuele situatie goed zou zijn. Het sociaal werk is in elke gemeente actief, binnen en buiten een sociaal wijkteam. Het sociaal werk kan ondersteuning bieden door ontmoetingsmogelijkheden, doorbreken negatieve denkpatronen, verbeteren sociale vaardigheden, faciliteren van betekenisvol contact en een zinvolle dagbesteding en praktische ondersteuning.

De werkgroep meent dat wijkverpleegkundigen met huisarts en het lokale sociaal werk structureel afspraken dienen te maken over de verwijzing/toeleiding naar het sociaal werk van eenzame ouderen en de wijze waarop gezamenlijk kan worden gekozen voor de passende begeleiding.

Budget impact

Met behulp van een Budget Impact Analyse (BIA) zijn de financiële consequenties onderzocht van de implementatie van de richtlijn vanuit het perspectief van de verzekeraar. In deze analyse zijn de kosten berekend per 1000 cliënten die langer dan 2 jaar wijkverpleging krijgen.

Om de berekening te kunnen maken is een aantal aannames gedaan.

Zo is er van uitgegaan dat van de cliënten die langer dan twee jaar van wijkverpleging gebruikmaken 45% eenzaam is. Bij deze groep, zo is verder aangenomen, voert de wijkverpleegkundige één of twee (maximaal) gesprekken van 20 minuten over eenzaamheid met elke cliënt.

Op basis van gegevens uit LASA onderzoek nemen we aan dat 35% eenzaam blijkt, 11% depressief en 19% eenzaam én depressief. Eenzame cliënten verwijst de wijkverpleegkundige naar de welzijnssector, depressieve cliënten naar de huisarts en eenzame en depressieve cliënten naar beide. In de BIA is verder aangenomen dat eenzame cliënten maximaal 6 individuele begeleidingsgesprekken ontvangen, dat depressieve cliënten die naar de huisarts zijn verwezen maximaal 6 dubbele consulten met de huisarts hebben (voor klachtexploratie en initiële behandeling), en dat eenzame en depressieve cliënten 2 dagdelen per week naar dagbesteding gaan. De aantallen die we hier noemen hangen variëren natuurlijk met de mate waarin wijkverpleegkundigen de richtlijn volgen en de mate van therapietrouw van de cliënten.

De BIA laat zien dat de extra kosten voor het boven geschetste scenario oplopen tot € 148.619 per 1000 cliënten wanneer alle hulp- en zorgverleners alle hulp verlenen (implementatie 100% van het maximale aantal gesprekken en hulpaanbod) én alle cliënten alle adviezen opvolgen (therapietrouw 100%). Bij door de werkgroep meer realistische geachte screenings- en behandelpercentages van 50% komen de kosten veel lager uit, nl. op € 40.667 per 1000 cliënten.

Omdat gegevens over effecten van eenzaamheidsinterventies op zorggebruik ontbreken, kunnen we in deze BIA geen substitutie van zorggebruik berekenen, noch berekenen of deze interventies resulteren in besparingen op zorggebruik. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of implementatie van de richtlijn leidt tot betere cliëntuitkomsten en/of lagere kosten in andere zorgsectoren (psychische en somatische zorg, mantelzorg, et cetera).

Financiering

Het gesprek over eenzaamheid en een eventuele verwijzing naar het sociaal werk vormt, aldus de werkgroep, integraal onderdeel van het werk van de wijkverpleegkundige of verzorgende. In de huidige bekostigingssystematiek valt het gesprek/de gesprekken over eenzaamheid en het vinden van hulp elders onder de functie 'Advies, Instructie en voorlichting (AIV)' die bedoelt bij te dragen aan het verwerven van inzicht, het aanleren van vaardigheden en het verbeteren van gedrag en

attitude van de cliënt. Het huidige en te verwachten nieuwe bekostigingssysteem mag geen belemmering vormen voor uitvoeren van het gesprek over eenzaamheid en de mogelijkheden van hulp elders.

Een handreiking

Hoe de wijkverpleegkundige of verzorgende het bespreken van de eenzaamheid moet uitvoeren is niet zondermeer duidelijk. De werkgroep heeft geen overduidelijk werkzame interventies gevonden die de keuze voor een bepaald hulpaanbod rechtvaardigen. Er zijn de werkgroep bovendien geen *peer reviewed* wetenschappelijke publicaties bekend van evaluaties van de wijze waarop wijkverpleegkundigen of verzorgenden eenzaamheid bij eenzame ouderen ter sprake dienen te brengen. Wèl bestaat er een aantal publicaties met algemene aanwijzingen voor het gesprek over eenzaamheid (Coalitie Erbij, 2018). Deze lijken vooral te zijn gebaseerd op de benodigde algemene basisvaardigheden in hulpverlenende communicatie.

Om die reden heeft de werkgroep gemeend om op basis van de verzamelde literatuur over de eenzaamheidsinterventies en een aantal gesprekshandreikingen een werkwijze te moeten formuleren die de gewenste activiteiten en taken zoals hierboven beschreven (signaleren, ondersteunen, verhelderen en verwijzen) logisch opeenvolgend beschrijft. Deze handreiking aan wijkverpleegkundigen en verzorgenden is te vinden in de *gesprekshandreiking eenzaamheid onder ouderen* op de V&VN website.

Conclusies

Conclusie uit de kennis

In de praktijk bestaan er veel en uiteenlopende interventies of vormen van ondersteuning die zijn gericht op de aanpak van eenzaamheid onder ouderen. Op basis van de literatuur, en wat daarin als 'werkzaam element' wordt gezien, kunnen we acht typen onderscheiden (Bouwman & Van Tilburg, 2018). Deze zijn:

1. Het aanbieden van een ontmoetingsmogelijkheid/ het faciliteren van sociale interactie
2. Het faciliteren van persoonlijk en betekenisvol contact
3. Het aanbieden van praktische (materiële of instrumentele) ondersteuning
4. Het verbeteren van interpersoonlijke en/of sociale vaardigheden
5. Het aanbieden van bezigheden en/of afleiding (vermaak)
6. Het aanbieden van een sociaal gewaardeerde rol
7. Het bijsturen van realistische verwachtingen ten aanzien van relaties
8. Het aanbieden van een combinatie van twee of meer van bovenstaande type interventies

Met het oog op de heterogeniteit van de studies zijn de door ons gevonden interventies gegroepeerd in deze typen, waarbij moet worden opgemerkt dat in de praktijk dikwijls twee of meer typen tezamen worden aangeboden. Deze achtste categorie, met gecombineerde interventies, wordt apart beschreven.

GRADE Zeer laag	Er zijn niet voldoende aanwijzingen dat het aanbieden van een ontmoetingsmogelijkheid/ faciliteren sociale interactie bijdraagt aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid. Lökk, 1990.
--------------------	---

GRADE Zeer laag	Er zijn niet voldoende aanwijzingen dat het faciliteren van een persoonlijk contact bijdraagt aan het verminderen van gevoelens van eenzaamheid. Andersson, 1985; Banks & Banks, 2002; Banks & Banks, 2005; Banks et al., 2008; Coleman et al., 2005; Jessen et al., 1996; Mountain et al., 2014; Riddick et al., 1985; Ring et al., 2013; Ring et al., 2015; Sheridan et al., 2015; Tsai & Tsai, 2011 en Tsai et al., 2010.
--------------------	--

GRADE Zeer laag	Er zijn niet voldoende aanwijzingen dat het verlenen van praktische materiele of instrumentele steun bijdraagt aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid. Charlesworth et al., 2008; Clarke et al., 1992; de Craen et al., 2006; Hall et al., 1992; McEwan et al., 1990; Melis et al., 2008; Sorensen et al., 1982-88; Tesch-Römer, 1997.
--------------------	--

GRADE Zeer laag	Er zijn niet voldoende aanwijzingen dat het trainen van interpersoonlijk en/of sociale vaardigheden bijdraagt aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid.
--------------------	--

Chiang et al., 2010; Creswell et al., 2012; Tse et al., 2010.

GRADE
Zeer laag

Er zijn niet voldoende aanwijzingen dat het **aanbieden van zinvolle activiteiten** bijdraagt aan het verminderen van het eenzaamheidsgevoel wanneer zij plaatsvinden in groepsverband.

Bergman-Evans et al., 2004; Bickmore et al., 2005; Brown et al., 2004; Hopman-Rock et al., 2002; Shapira et al., 2007; Slegers et al., 2008; Tse, 2010; White et al., 1999; White et al., 2002; Woodward et al., 2011.

GRADE
Zeer laag

Er zijn niet voldoende aanwijzingen dat het **aanbieden van een gewaardeerde rol** bijdraagt aan het verminderen van het eenzaamheidsgevoel wanneer dit plaatsvindt in groepsverband.

Rook & Sorkin, 2003.

GRADE
Zeer laag

Er zijn niet voldoende aanwijzingen dat het **bevorderen van realistische verwachtingen** en opvattingen t.a.v. sociale relaties bijdraagt aan het verminderen van eenzaamheid.

Hartke & King, 2003; Winningham & Pike, 2007.

GRADE
Zeer laag

Er zijn niet voldoende aanwijzingen dat het aanbieden van een **gecombineerde interventie** bijdraagt aan het verminderen van eenzaamheid.

Alaviani et al., 2015; Caserta & Lund 1996; Cohen et al., 2006; Cox et al., 2007; Evans, et al., 1982; Fokkema & Knipscheer, 2007; Fokkema & van Tilburg, 2007; Fukui et al., 2003; ; Heckman & Barcikowski, 2006; Heller et al., 1991; Hill et al., 2006; Hind et al., 2014; Honigh, 2013; Kahlbaugh et al., 2011; Kremers et al., 2006; Liu et al., 2007; Martina & Stevens, 2006; Morrow-Howell et al., 1998; Ollonqvist et al., 2008; Robinson et al., 2013; Rosen & Rosen, 1982; Routasalo et al., 2008; Saito et al., 2012; Samarel et al., 2002; Savelkoul & Witte, 2004; Savelkoul et al., 2001; Savikko et al., 2009; Scharlach, 1987; Stevens & van Tilburg, 2000; Stevens et al., 2006; Walshe et al., 2016; Weinert et al., 2008; Weinert et al., 2011.

Samenvatting van de kennis

In de literatuur van de afgelopen achttien jaar zijn 23 reviews gevonden die interventies bespreken waarin eenzaamheid als effectmaat is meegenomen (Bemelmans, Gelderblom, Jonker, & de Witte, 2012; Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2005; Chen & Schulz, 2016; Choi, Kong, & Jung, 2012; Cohen-Mansfield & Perach, 2015; Coll-Planas et al., 2017; Dickens, Richards, Greaves, & Campbell, 2011; Franck, Molyneux, & Parkinson, 2016; Gardiner, Geldenhuys, & Gott, 2016; Gilbey & Tani, 2015; Hagan, Manktelow, Taylor, & Mallett, 2014; Khosravi, Rezvani, & Wiewiora, 2016; Masi, Chen, Hawkley, & Cacioppo, 2011; Morris et al., 2014; Pool, Agyemang, & Smalbrugge, 2017; Poscia et al., 2018; Pu, Moyle, Jones, & Todorovic, 2018; Siette, Cassidy, & Priebe, 2017; Sims-Gould, Tong, Wallis-Mayer, & Ashe, 2017; Snowden et al., 2015; Syed Elias, Neville, & Scott, 2015; van der Aa, Margrain, van Rens, Heymans, & van Nispen, 2016; Virués-Ortega, Pastor-Barriuso, Castellote, Población, & de Pedro-Cuesta, 2012).

Uit de reviews zijn in totaal 132 unieke studies geselecteerd die eenzaamheid als uitkomstmaat hebben, op ouderen gericht zijn en in het Engels of Nederlands gepubliceerd zijn. Voor de

beschrijving van de afzonderlijke studies is gebruik gemaakt van de informatie uit de reviews. Waar informatie ontbrak is deze aangevuld met informatie uit de oorspronkelijke publicatie.

76 studies hebben een gerandomiseerd of quasi-experimenteel (pre-post groepsvergelijkend) design. 17 studies waren kwalitatief van aard. De overige studies hebben een observationeel design. In verband met de over het algemeen zeer lage kwaliteit van de observationele studies is ervoor gekozen om in de 'evidence tabel' alleen de gerandomiseerde en quasi-experimentele studies op te nemen. Ook van deze studies is de methodologische kwaliteit over het algemeen laag (zie bijlage 'verantwoording per module, risk of bias tabel'). Voor de bespreking van de effecten van de interventies zijn de RCT's en quasi-experimentele studies ingedeeld in zeven min of meer homogene categorieën volgens het (voornaamste) type activiteit binnen de interventie. Daarnaast zijn interventies die niet naar één expliciet type activiteit zijn in te delen, ondergebracht in een gecombineerde categorie.

1. Het faciliteren/aanbieden van een ontmoetingsmogelijkheid / sociale interactie

Binnen deze categorie vinden we één gerandomiseerde studie (Lokk et al., 1990). Deze vermeldt weliswaar een significant tijdelijk effect van groeps gesprekken (twee keer per week gedurende drie maanden) en een activeringsprogramma aan gehandicapte thuiswonende ouderen op de uitkomstmaat 'sociale interactie', maar geen positief effect op 'eenzaamheid'. Een exacte effectmaat ontbreekt in de rapportage van de studie.

2. Het faciliteren van een persoonlijk betekenisvol contact

Er zijn 13 gerandomiseerde of quasi-experimentele studies naar het effect van het faciliteren of aanbieden van een persoonlijk, betekenisvol contact (Andersson, 1985; Banks & Banks, 2002; Banks & Banks, 2005; Banks et al., 2008; Coleman et al., 2005; Jessen et al., 1996; Mountain et al., 2014; Riddick et al., 1985; Ring et al., 2013; Ring et al., 2013; Sheridan et al., 2015; Tsai & Tsai, 2011; Tsai et al., 2010).

Van de gerandomiseerde studies rapporteren 6 studies een positief effect op eenzaamheid (Andersson, 1985; Banks & Banks, 2005; Banks et al., 2008; Ring et al., 2013; Ring et al., 2015; Tsai et al., 2010). In de studie van Anderson werd oudere vrouwen die op de wachtlijst stonden voor een seniorenappartement, deelname aan een (kleine) groep aangeboden met als doel het sociale netwerk te versterken. Het gevoel van eenzaamheid onder de vrouwen in de experimentele groep bleek significant te zijn afgenomen i.t.t. de eenzaamheid onder de vrouwen in de controlegroep. De studies van Banks & Banks uit 2005 en Banks et al. uit 2008 onderzochten de effecten van een huisdier op het gevoel van eenzaamheid onder ouderen in het verpleeg- of verzorgingshuis. In de studie uit 2005 werd het individuele contact met een hond vergeleken met het contact met een hond in groepsverband. In de studie bleek er geen verschil te zijn in de mate waarin de 33 deelnemers zich naderhand eenzaam voelden. In de studie van Banks et al. uit 2008 werd het individuele contact met een hond vergeleken met wekelijkse bezoeken met een robothond. Zowel de robothond als de echte hond hadden een significant gunstig effect op de eenzaamheid vergeleken met een controlegroep en verschilden onderling niet. De studie van Ring et al. (2013) vermeldt een afname van eenzaamheid wanneer ouderen gedurende 1 week op een computer de beschikking kregen over een 'proactieve' avatar die een gesprek begint wanneer deze de aanwezigheid van de oudere detecteert. De studie berustte op een zeer klein sample (n=14) en een erg korte follow-up periode van 1 week. De quasi-experimentele studie van Tsai en collega's (Tsai et al., 2010) betreft een studie naar de effecten van video-contact met familieleden. Ouderen die de mogelijkheid hadden om met hun familie te video-bellen vermeldden in de metingen een significante lagere eenzaamheid dan de deelnemers in de controlegroepen.

De overige 6 studies in deze categorie vonden geen effect op eenzaamheid. Het betreft studies naar de invloed van een huisdier (Banks & Banks, 2002; Jessen et al., 1996; Riddick et al., 1985), telefonische sociale steun door verpleegkundigen (Coleman et al., 2005), (telefonische) befriending

programma's (Mountain et al., 2014; Sheridan et al., 2015) en video bellen met familie (Tsai & Tsai, 2011).

3. Het verlenen van praktische materiele of instrumentele steun

In deze categorie studies bevinden zich 11 gerandomiseerde of quasi-experimentele studies (Charlesworth et al., 2008; Clarke et al., 1992; de Craen et al., 2006; Hall et al., 1992; McEwan et al., 1990; Melis et al., 2008; Sørensen et al., 1988; Tesch-Römer, 1997; van Rossum et al., 1993). Interventies betreffen uiteenlopende activiteiten zoals huisbezoeken door vrijwilligers Clarke et al. (1992), Hall et al. (1992) en McEwan et al. (1990), of huisbezoeken door professionele zorgverleners (Melis et al. (2008), Sorensen et al. (1982), van Rossum et al. (1993), De Craen et al., 2006). Geen van deze studies meldt een gunstig effect op het gevoel van eenzaamheid. De kwaliteit van de studies is, op de studie van Melis et al. na, over het algemeen laag.

4. Het trainen van interpersoonlijk en/of sociale vaardigheden

Het trainen van interpersoonlijke en/of sociale vaardigheden is onderwerp van vier studies (Chiang et al., 2010; Creswell et al., 2012; Fokkema & Van Tilburg, 2007 (2); Tse et al., 2010). 2 studies rapporteren een positief effect op eenzaamheid. Deze studies zijn van lage kwaliteit.

Creswell et al. (2012) onderzochten het effect van een Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)-programma en stelden een significante vermindering van eenzaamheid vast bij de ouderen die het programma volgden. Chiang et al. (2010) deden onderzoek bij bewoners van een verpleeghuis naar de effecten van 'reminiscentie therapie'. Deze therapie had na een follow-up een klein maar significant effect. De studie van Tse et al. (2010) toonde geen gunstig effect aan op het gevoel van eenzaamheid onder de ouderen die in groepsverband leerden met meer humor met elkaar te communiceren.

5. Aanbieden van afleiding en/of zinvolle activiteiten

In de categorie aanbieden van zinvolle activiteiten vonden we 10 gerandomiseerde studies (Bergman-Evans et al., 2004; Bickmore et al., 2005; Brown et al., 2004; Hopman-Rock et al., 2002; Shapira et al., 2007; Slegers et al., 2008; Tse, 2010; White et al., 1999; White et al., 2002; Woodward et al., 2011). 3 ervan toonden een afname van eenzaamheid. De risk of bias van alle 3 de studies is hoog. In de studie van Hopman-Rock et al. (2002) naar de effectiviteit van een beweegprogramma voor ouderen werd een significante afname in eenzaamheid gevonden. De studie van Shapira et al. (2007), waarin ouderen op de dagopvang werden getraind in het gebruik van een computer, liet een afname van eenzaamheid onder deze ouderen zien. De studie van Tse (2010) richtte zich op een programma waarbij bewoners van het verzorgingshuis de gelegenheid werd geboden om binnenshuis te tuinieren. Tse (2010) meldde een afname van eenzaamheid, zonder evenwel de effectgrootte te rapporteren.

De overige 7 studies, die geen effect vonden betroffen studies naar: een studie waarin een omgeving met veel groen wordt gecreëerd (Bergman-Evans et al., 2004); bewegeadvies via een computer (Bickmore et al., 2005); een ander binnenshuis-tuinieren programma (Brown et al., 2004) en vier studies naar verschillende vormen van computer training (Slegers et al., 2008; White et al., 1999; White et al., 2002; Woodward et al., 2011).

6. Aanbieden van een gewaardeerde rol

In deze categorie vinden we 1 gerandomiseerde studie (Rook & Sorkin, 2003). Deze studie onderzocht de effecten van deelname aan een vrijwilligersproject (pleeg(groot)ouderschap van een kind met een ontwikkelingsachterstand) op de psychologische gezondheid (waaronder eenzaamheid) van de oudere volwassenen. De controlegroepen bestonden uit ouderen die geen pleeg(groot)ouderschap kregen aangeboden of een ontmoetingsprogramma met leeftijdsgenoten. Na een periode van 2 jaar werd geen significant verschil gevonden in eenzaamheidsgevoelens onder ouderen in beide groepen.

7. Bevorderen realistische verwachtingen

In deze categorie treffen we 2 studies aan. In de gerandomiseerde studie van Hartke en King (2003) werd onderzoek gedaan naar de effecten van een psycho-educatieve telefoongroep. Deze toonde aan het einde van de follow-up geen effect van betekenis van deelname aan deze telefoongroep. De quasi-experimentele studie van Wunningham en Pike (2007) naar de effecten van een cognitief therapeutische groepsinterventie voor ouderen in een woon-zorgcomplex vond geen afname van eenzaamheid.

8. Combinatie

We vonden 35 studies met een gerandomiseerd of quasi-experimenteel design waarin een combinatie van meer dan één type activiteit voor komt (Alaviani et al., 2015; Caserta & Lund 1996; Cohen et al., 2006; Cox et al., 2007; Evans, et al., 1982; Fokkema & Knipscheer, 2007; Fokkema & van Tilburg, 2007 (1, 3, 4); Fukui et al., 2003; ; Heckman & Barcikowski, 2006; Heller et al., 1991; Hill et al., 2006; Hind et al., 2014; Honigh, 2013; Kahlbaugh et al., 2011; Kremers et al., 2006; Liu et al., 2007; Martina & Stevens, 2006; Morrow-Howell et al., 1998; Ollonqvist et al., 2008; Robinson et al., 2013; Rosen & Rosen, 1982; Routasalo et al., 2008; Saito et al., 2012; Samarel et al., 2002; Savelkoul & Witte, 2004; Savelkoul et al., 2001; Savikko et al., 2009; Scharlach, 1987; Stevens & van Tilburg, 2000; Stevens et al., 2006; Walshe et al., 2016; Weinert et al., 2008; Weinert et al., 2011).

De meest voorkomende combinatie is type 1 (ontmoetingsmogelijkheid) met type 5 (activiteit), deze combinatie komt zeven keer voor. De volgende combinaties komen meer dan één keer voor: combinatie 1 met 3 (4 keer); combinatie 2 met 5 (3 keer), combinatie 2, 4, 7 (3 keer), combinatie 1, 2, 3 (3 keer), combinatie 4, 5 (2 keer), combinatie 3, 4 (2 keer), combinatie 1, 4 (2 keer), combinatie 1, 2, 3, 4 (2 keer). Ten slotte komen de volgende combinaties één keer voor: combinatie 4, 5, 7; combinatie 3, 5; combinatie 2, 4; combinatie 1, 4, 5 en combinatie 1, 2. Welke studie welke combinaties van activiteiten biedt, kan worden teruggevonden in de kolom opmerkingen van de summary of findings tabel (zie bijlage "verantwoording per module").

Tien van de studies in deze categorie rapporteren een effect op eenzaamheid. Alaviani et al. (2015) bestudeerden een empowerment programma voor vrouwen. Eenzaamheid nam significant af in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep. Evans et al (1982) bestudeerden in een matched controlled studie telefonisch zelfhulpgroepen van blinde ouderen. Kahlbaugh et al (2011) bestudeerden het gebruik van een Wii spelcomputer. Deelnemers die in groepen met de Wii spelcomputer speelden rapporteren een afname in eenzaamheid. Liu et al. (2007) bestudeerden de effectiviteit van groepsreminiscentie sessies. De studie rapporteert een afname in eenzaamheid, maar geen effect size. De studie van Ollonqvist et al (2008), naar een groepsrevalidatieprogramma, laat een significante afname van eenzaamheid zien. De studie van Robinson et al. (2013) laat ouderen in een verzorgingshuis interacteren met een robot-zeehond (PARO). Deze studie vindt een afname in eenzaamheid in de interventiegroep, en een toename in eenzaamheid in de controlegroep. Saito et al. (2012) organiseerden educatieve groepsbijeenkomsten voor ouderen. Deze Japanse studie laat zien dat deelname aan de groepssessies tot een afname van eenzaamheid leiden. De studie van Samarel et al. (2002) onderzocht een telefonisch support programma en vond een afname in eenzaamheid. De vriendschapsverrijkingcursus voor vrouwen boven de 55 van Stevens et al. (2006) laat zien dat deelname aan de cursus de eenzaamheid van de deelnemers vermindert. Ten slotte laat de studie van Weinert et al. (2008) zien dat een online discussieforum voor vrouwen met chronische aandoeningen tot een significante afname van eenzaamheid leidt.

De overige studies die een combinatie van verschillende typen activiteiten aanbieden vinden geen effect op eenzaamheid. Deze studies betreffen verschillende vormen van face-to-face support groepen, al dan niet met educatieve componenten (Caserta & Lund, 1996; Fokkema & van Tilburg, 2007 (1, 3, 4); Fukui et al., 2003; Rosen & Rosen, 1982; Savelkoul & Witte, 2004 en Savelkoul et al., 2001); online support of discussie fora (Hill et al., 2006; Weinert et al., 2011); telefonische ondersteuning (Heller et al., 1991; Hind et al., 2014; Heckman & Barcikowski, 2006; Morrow-Howell

et al., 1998); groepstrainingen met verschillende onderwerpen (Kremers et al., 2006; Martina & Stevens, 2006; Stevens & van Tilburg, 2000; Honigh, 2013; Sharlach, 1987; Cox et al., 2007); individuele ICT training en begeleiding (Fokkema & Knipscheer, 2006); groepsactiviteiten (Cohen et al., 2006; Routasalo et al., 2008; Savikko et al., 2009); individuele steun (Walsche et al., 2016).



Bijlagen

1 juli 2021

Bijlage 1

Algemene achtergrondgegevens

Deze richtlijn is ontwikkeld op initiatief van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). V&VN is tevens eigenaar van deze richtlijn. De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) hebben de richtlijn ontwikkeld, in samenwerking met IQ Healthcare, Humanitas, Movisie, Pharos, Pluspunt Zandvoort, Zorgbelang Gelderland en de VU Amsterdam.

Bijlage 2

Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep

Projectgroep

De projectgroep leidt het project en zorgt voor de coördinatie en de communicatie tussen de twee werkgroepen (A en B) en de adviescommissie. De projectgroep bewaakt uitgaven en tijdsinvesteringen en onderhoudt contacten met externen.

De projectgroep schrijft op basis van de informatie uit beide werkgroepen de conceptaanbevelingen en legt deze volgens het werkplan voor aan de werkgroepen en de adviesgroep ten behoeve van aanvullingen en commentaar. De projectgroep zorgt voor autorisatie van de kwaliteitsstandaard door V&VN en bevordert het gebruik van de richtlijn door ervoor te zorgen dat deze wordt gebruikt in de scholing van verpleegkundigen.

De projectgroep wordt voorgezeten door de projectleider die in samenspraak met de projectgroepsleden de werkgroepen A en B en de adviesgroep samenstelt. De projectleider stelt het werkplan op, voert dit uit samen met de projectgroep en de werkgroepen en bewaakt de projectdoelstellingen.

De projectgroep wordt ondersteund door een wetenschappelijk secretaris die de projectgroep ondersteunt bij het opzetten en uitvoeren van het project, het schrijven van de conceptaanbevelingen, de projectcorrespondentie, het beleggen en notuleren van vergaderingen, het ondersteunen bij de automatiseringstoepassing en bijhouden van (digitale) gegevensbestanden.

Aan de projectgroep neemt een vertegenwoordiger vanuit de cliënten deel die de activiteiten op het gebied van cliëntenparticipatie coördineert. De vertegenwoordigers van cliënten/ouders bevorderen verspreiding en het in gebruik nemen van de *richtlijn door beroepsbeoefenaren en cliënten*.

Leden van de projectgroep:

Dhr. dr. R. van der Sande (projectleider), lector Eerstelijnszorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Mw. dr M. Harmsen (secretaris), senior wetenschappelijk medewerker, IQ healthcare Radboudumc.

Mw. drs. H. de Boer, Projectleider Monitoring & Evaluatie, Vereniging Humanitas.

Mw. drs. M. de Bont, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland - V&VN, afd. VMG

Mw. dr T. Bouwman, onderzoeker Sociologie, Faculteit Sociale Wetenschappen VU Amsterdam.

Mw. M. de Leeuw, wijkverpleegkundige Stichting Buurtzorg Nederland; namens afd. M&G/V&VN.

Dhr. drs. J. W. van de Maat, onderzoeker, Movisie.

Mw. prof. dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts en hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg, Radboudumc, Pharos (tot 01/07/2017).

Dhr. A. Rechterschot, directeur Pluspunt Zandvoort, commissie Ouderen Sociaal Werk Nederland (vanaf 01/09/2017).

Mw. drs. M. Reinartz, Zorgbelang Gelderland.

Dhr. prof. dr. T.G. van Tilburg, hoogleraar sociologie en sociale gerontologie, Vrije Universiteit Amsterdam.

De projectgroep heeft 2 werkgroepen ingesteld. *Werkgroep A* draagt de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de richtlijn. De werkgroepsleden worden hierin ondersteund door de adviseurs van Werkgroep B en door de Projectgroep.

Werkgroep A

Werkgroep A draagt de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de richtlijn. De werkgroepsleden worden hierin ondersteund door de adviseurs van Werkgroep B en door de Projectgroep.

De accordering van de richtlijn wordt aan alle in de werkgroep A vertegenwoordigde groepen gevraagd, zo nodig uitgebreid met een nog bredere vertegenwoordiging van relevante organisaties. De leden van werkgroep A werken volgens het werkplan aan het feitelijke ontwikkelen van de richtlijn door de betreffende uitgangsvragen te vast te stellen en te prioriteren. Zij dragen desgewenst zoektermen voor de literatuursearches en literatuur aan, beoordelen en leveren commentaar op de gevonden literatuur op basis van hun kennis van de praktijk.

De werkgroepsleden wegen en verwerken het commentaar dat op basis van de digitale consensusrondes in de schrijffase en op basis van de commentaarfase wordt verkregen en verwerken het commentaar, resulterend in de richtlijn.

Werkgroep A schrijft conceptteksten voor de te ontwikkelen richtlijn, met inbegrip van de formulering van overige overwegingen en van aanbevelingen, en redigeren de conceptrichtlijnteksten om deze gereed te maken voor commentaar van de stuurgroep, de adviesgroep en anderen.

De leden van werkgroep A informeren de organisatie die zij vertegenwoordigen over de activiteiten van de werkgroep en bevorderen het draagvlak binnen de eigen achterban voor richtlijnontwikkeling en -implementatie in het werkveld, bijvoorbeeld via lezingen, presentaties en publicaties. De vertegenwoordigers van cliënten/ouderen bevorderen verspreiding en het in gebruik nemen van de richtlijn door beroepsbeoefenaren en cliënten.

De werkgroep A wordt voorgezeten door de voorzitter van de stuurgroep. De voorzitter draagt namens de stuurgroep samen met de interne opdrachtgever de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de richtlijn, door te sturen op het format voor richtlijnontwikkeling volgens het werkplan.

De voorzitter is procesbewaker tijdens werkgroep bijeenkomsten en tijdens de (digitale) consensusrondes, door er voor te zorgen dat alle relevante thema's voldoende en evenwichtig worden doorgesproken, resulterend in actiepunten en besluiten. De actiepunten en besluiten betreffen het inventariseren van knelpunten, prioriteren en vaststellen van uitgangsvragen, uitwerken van de uitgangsvragen en vaststellen van conceptteksten voor de richtlijn die kunnen worden voorgelegd voor commentaar aan de werkgroep, de klankbordgroep en anderen.

De secretaris van de stuurgroep is lid van werkgroep A in de rol van secretaris. De secretaris ondersteunt de voorzitter inhoudelijk en procesmatig bij het ontwikkelen van de richtlijn volgens het format voor richtlijnontwikkeling in het werkplan.

De secretaris voorziet in organisatorische en methodologische ondersteuning door de adviseurs aan de werkgroep volgens het format voor richtlijnontwikkeling in het werkplan.

De secretaris draagt zorg voor het vaststellen en uitvoeren van het werkplan om de projectdoelstellingen te bereiken.

Aan werkgroep A namen deel:

Mw. M. de Leeuw (voorzitter), wijkverpleegkundige Stichting Buurtzorg Nederland; namens afd. M&G/V&VN.

Mw. dr. M. Harmsen (secretaris), IQ healthcare, Radboudumc.

Mw. drs. A. van Balkom, beleidsadviseur zingeving; namens KBO-PCOB.

Mw. H. Deelen (vanaf 31/10/2017), wijkverpleegkundige Buurtzorg Son en Breugel; namens afd. VM&G/V&VN.

Mw. F. van der Honing (vanaf 31/10/2017), wijkverpleegkundige RijnWaal zorggroep; namens afd. VM&G/V&VN.

Mw. J. Koers, praktijkverpleegkundige ouderenzorg, namens afd. PVK-POH/V&VN.

Mw. drs. J. Kremer/ Durkje Wiersma; namens Vereniging Humanitas.

Dhr. W. Kruijswijk, projectmedewerker; namens Movisie (tot 01/07/2017).

Mw. prof. dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts en hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg, Radboudumc, Pharos; namens NHG (vanaf 01/07/2017).

Mw. drs. M. Reinartz, verpleegkundige; namens Zorgbelang Gelderland.

Dhr. J. Roggekamp, sociaal werker, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk – BPSW. (Tot 31/12/2017)

Dhr. dr. R. van der Sande (projectleider, secretaris), lector Eerstelijnszorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Mw. H. van der Veen, wijkverpleegkundige, Buurtzorg Nederland, team Leiden, namens afd. VM&G/V&VN (vanaf 01/05/2018).

Dhr. B. van Zalk, wijkverpleegkundige Icare; namens afd. VM&G/V&VN.

Mw. drs. M. Zilverentant, wijkverpleegkundige, namens afd. VM&G/V&VN.

Mw. A. Zoetmulder, sociaal werker; namens Sociaal Werk Nederland. (Vanaf 14/02/2018)

Werkgroep B

De leden van Werkgroep B adviseren de projectgroep en Werkgroep A bij het ontwikkelen van de richtlijn over de inhoud van de richtlijn op basis van hun onderzoeksactiviteiten zoals beschreven in het werkplan.

De leden van werkgroep B stellen op basis van door de werkgroepleden aangereikte knelpunten en uitgangsvragen de zoekstrategieën op, leggen de met literatuursearches gevonden studies voor aan werkgroep A en wegen de bevindingen naar de mate van bewijs, uitmondend in wetenschappelijke onderbouwing voor concrete conclusies en aanbevelingen. Werkgroep B draagt er zorg voor dat de verzamelde literatuur systematisch wordt ondergebracht in een database.

De leden van werkgroep B ordenen commentaar op de conceptrichtlijnteksten en leggen dit voor aan de werkgroep. Zij schrijven mee met werkgroep A aan de conceptteksten en redigeren de conceptrichtlijn volgens het format voor richtlijnontwikkeling in het werkplan.

Aan werkgroep B namen deel:

Mw. dr. G.C.F. Thomése, universitair hoofddocent Sociologie, onderzoeksgroep 'social context of aging', Vrije Universiteit Amsterdam (tot juni 2017).

Dhr. prof. dr. T.G. van Tilburg, hoogleraar sociologie en sociale gerontologie, Vrije Universiteit Amsterdam.

Mw. T.E. Bouwman MSc, onderzoeker/promovenda onderzoeksgroep 'social context of aging', Vrije Universiteit Amsterdam.

Mw. dr. J. Bosmans. UHD, Hoofd afd. Health Technology Assessment, faculteit Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.

De projectgroep heeft een adviesgroep ingesteld om conceptteksten gevraagd en ongevraagd van commentaar en aanvullingen te voorzien. De adviesgroep draagt bij aan het creëren van een breed

draagvlak voor de kwaliteitsstandaard en aan het bevorderen de verspreiding en het gebruik van de richtlijn door beroepsbeoefenaren en cliënten.

Adviesgroep

De adviesgroep is betrokken bij het proces van richtlijnontwikkeling door gevraagd en ongevraagd advies te geven in de commentaarfase van het traject. De leden van de adviesgroep worden hierin ondersteund door de voorzitter en de secretaris van de stuurgroep.

De leden dragen knelpunten aan, dragen literatuur aan, lezen de opgestelde conceptteksten voor de te herziene richtlijnen en geven hierop commentaar. De adviesgroep draagt bij aan het creëren van een breed draagvlak voor de kwaliteitsstandaard Eenzaamheid voor wijkverpleegkundigen en bevorderen de verspreiding en het in gebruik nemen van de richtlijn door beroepsbeoefenaren en cliënten.

Aan de adviesgroep namen deel:

Mw. drs. T. Aarns, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap.

Mw. J. R. van den Broeke, senior projectleider en adviseur Preventie en zorg chronische aandoeningen en Ouderen en gezondheid, Pharos.

Mw. R. Elderhuis, docent verpleegkunde, Hogeschool van Amsterdam.

Dhr. dr. J. Festen, KBO-PCOB.

Mw. J. Hoogeveen, Welzijn Loosduinen.

Mw. L. Kindt, Senior zorginkoper sector V&V-Zvw, Wijkverpleging, Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatie Zorg, CZ. (tot juli 2018).

Mw. L. Lameiro Garcia, projectleider Noom.

Mw. dr. M. Steenbeek, Psychiater Ouderenpsychiatrie, MoleMann MH.

De adviesgroep is twee keer bijeengewees om een concept van de richtlijn van commentaar te voorzien.

Commentaarfase

Commentaar op de conceptringrichtlijn is ontvangen van:

Actiz - mw. S. van Veen, Msc.

Nederlands Huisartsen Genootschap - mw. dr. E. Oosterberg.

Patiëntenfederatie Nederland - mw. C. Zijderveld.

Pharos - mw. dr. J. van den Broeke.

Sociaal Werk Nederland - mw. Nienke Kuyvenhoven

SWOVE - mw. P.Kohlen.

Uni KBO - mw. J. van Balkom.

Vilans - mw. dr. J. Engels.

V&VN SPV - mw. A. van Kessel.

V&VN M&G vakgroep wijkverpleegkundigen - mw. P. Dröge.

V&VN Beoordelingscommissie Richtlijnen.

Zorgverzekeraars Nederland - mw. D. van Hemert.

Ondersteuning

Bij het ontwikkelen van de richtlijn ontving de werkgroep methodologische ondersteuning en advies van mw. dr. J. Meeuwissen (Trimbosinstituut).

Bij de literatuursearch 'screening' is ondersteuning ontvangen door dhr. Th. Pelgrim, informatie-expert bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. De overige literatuursearches zijn ondersteund door informatie-expert dhr. R. de Vries van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Over de eventuele pooling van data over de effecten van interventies is advies ingewonnen bij prof dr. H.C.W. de Vet van het VUmc/EMGO.

Belangenverklaring

Met het oog op openbaarheid van eventuele belangen leggen projectroepleden een belangenverklaring af voordat de projectgroep begint. De leden van de projectgroep zijn door hun organisaties gemachtigd en zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de integrale tekst van de richtlijn. Alle leden van werkgroep A en B hebben bij aantreden in de werkgroep een belangenverklaring ingevuld. Hiermee geven de werkgroepleden aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn.

Gemelde mogelijke belangen: Prof. dr. T.G. van Tilburg, zittend in de projectgroep, heeft meegewerkt aan de handleiding voor het gebruik van 'de Jong Gierveld eenzaamheidschaal' en heeft samen met prof.dr. J. Gierveld de verkorte versie van de schaal ontwikkelt en getest.

Bijlage 3

Begrippenlijst en afkortingen

Niet van toepassing.

Bijlage 4

Autorisatie per module

Het initiatief voor deze richtlijn ligt bij de beroepsorganisatie van verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland, V&VN. De richtlijn is op 1 oktober 2020 geautoriseerd door V&VN. In verband met afstemming met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is richtlijn in juli 2021 gepubliceerd.

V&VN is als regiehouder van deze richtlijnen eerstverantwoordelijke op het gebied van de actualiteitsbeoordeling van de richtlijn. Uiterlijk in 2025 bepaalt het bestuur van V&VN - aan de hand van een verkenning van de wetenschappelijke literatuur op het terrein van de modules - of de modules van deze richtlijn aan herziening toe zijn. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als er ontwikkelingen zijn die aanleiding vormen voor een herzieningstraject.

Overzicht van autoriserende afdelingen

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid - vakgroep wijkverpleegkundigen

V&VN Praktijkverpleegkundigen & praktijkondersteuners

Bijlage 5

Patiëntenperspectief

Aan werkgroep A nam een cliënt-vertegenwoordiger deel van Zorgbelang Nederland. In de commentaarronde is Patiëntenfederatie Nederland benaderd. Patiëntenfederatie Nederland heeft akkoord gegeven aan deze werkwijze.

Bijlage 6

Knelpuntinventarisatie en analyse

Ten behoeve van de knelpuntenanalyse is in februari 2017 een groep van wijkverpleegkundigen bijeengewees. Naast de projectleider en de voorzitter en secretaris van Werkgroep A waren aanwezig:

Mw. A. Bos, wijkverpleegkundige, Activite
Mw. D. Cordier de Croust, wijkverpleegkundige, Activite
Mw. J. van Dis, wijkverpleegkundige, Buurtzorg Nederland
Mw. J. van Dorst, wijkverpleegkundige, voorzitter vakgroep wijkverpleegkundigen V&VN
Mw. K. Eggels, wijkverpleegkundige, Zuidzorg
Mw. A. van de Graaf, wijkverpleegkundige, De Zellingen
Mw. M. van de Kluit, wijkverpleegkundige Buurtzorg Nederland
Mw. H. van de Lagemaat, wijkverpleegkundige, Careijn
Mw. C. van der Lee, wijkverpleegkundige, Buurtzorg Nederland
Mw. R. Sorgdrager, Wijkverpleegkundige Buurtzorg Nederland
Mw. M. van Stijn, wijkverpleegkundige Zorgbalans, Haarlem

In de ontwikkelfase heeft werkgroep A met behulp van een focusgroep van wijkverpleegkundigen knelpunten geformuleerd. Thema's en knelpunten die in de focusgroep zijn besproken, zijn:

A. De taak van de wijkverpleegkundige in de benadering van eenzame oudere.

Daarover wordt door de wijkverpleegkundigen in de focusgroep verschillend gedacht. Overeenstemming bestaat er over de rol van de wijkverpleegkundige in het signaleren van eenzaamheid van 'eigen' (in zorg zijnde) cliënten. Voor het signaleren en eventueel screening van de eigen ouderen mist men een valide en betrouwbaar instrument dat ook gebruikt kan worden bij het verwijzen.

De focusgroepsleden verschillen in hun opvatting over de rol van de wijkverpleegkundige in het herkennen van eenzaamheid 'in de wijk'. Inzicht verschaffen in de mate van eenzaamheid van de bewoners van de hele wijk (dus ook de mensen die niet in zorg zijn) hoort volgens enkelen bij de taak van de wijkverpleegkundige als 'gezondheidsbevorderaar'. Ook hier geldt dat men niet weet hoe, en eventueel met welk instrument, men op dit niveau zou moeten signaleren of screenen.

B. Samenwerken met andere professionals.

Eenzaamheid onder ouderen zal ook worden gesignaleerd door de huisarts en/of POH. Er vindt (te) weinig communicatie over eenzaamheid tussen huisarts/POH en het wijkverpleegkundig team plaats. Hetzelfde geldt voor professionals in het sociale domein. Een knelpunt dat men algemeen ervaart betreft de rol die de wijkverpleegkundige hierin dient te spelen en het gebrek aan (regionale) afspraken tussen het team en de overige zorg- en hulpverleners.

C. Competenties.

Een knelpunt dat leden algemeen ervaren is dat eenzaamheid lang niet door alle wijkverpleegkundigen even goed wordt herkend. Het opvangen van de veelal impliciete signalen, en ook de vaardigheden om het gesprek over (vermoedelijke) eenzaamheid aan te gaan, vergen de nodige competenties. Het ontbreken van die vaardigheden ziet men als een knelpunt.

D. Hulpaanbod.

De focusgroepsleden zijn het erover eens dat de wijkverpleegkundige het eenzaamheidsprobleem niet kan oplossen voor de cliënt; dat moet de cliënt zelf doen. De wijkverpleegkundige kan wel met de cliënt mogelijke oplossingen zoeken en de cliënt desgewenst verwijzen. Wijkverpleegkundigen voelen het als knelpunt dat zij te weinig zicht hebben op de werkzaamheid van eenzaamheidsinterventies om een verpleegkundig beredeneerd advies over de zorg te kunnen geven.

Bijlage 7

Verantwoording per module

Verantwoording module 1

Uitgangsvraag:

Hoe kan de wijkverpleegkundige/verzorgende het beste eenzaamheid onder oudere, thuiswonende cliënten vaststellen?

Zoekstrategie

Om een goed beeld te krijgen van meetinstrumenten die geschikt zijn om eenzaamheid bij ouderen vast te stellen, is op 6 september 2018 een brede systematische literatuursearch uitgevoerd. De zoekopdracht richtte zich op studies naar instrumenten om eenzaamheid bij ouderen vast te stellen. De search richt zich verder op meetinstrumenten die uit meerdere items bestaan. De instrumenten met maar één vraag (bijvoorbeeld: 'in welke mate voelt u zich eenzaam?' of 'Voelt u zich eenzaam?') zijn buiten beschouwing gelaten. Het stellen van zo'n vraag is weliswaar makkelijk en kost weinig tijd, maar heeft niet de voorkeur omdat bij direct vragen het risico bestaat dat minder eenzaamheid wordt gerapporteerd door de ondervraagden dan daadwerkelijk aanwezig is (de Jong-Gierveld, van Tilburg, & Dykstra, 2006). Daarnaast moet het instrument betrouwbaar en valide zijn gebleken in de Nederlandse situatie. De zoekopdracht is gedaan in zes databases: PubMed, Web of Science, PsycINFO, Embase, Cochrane library en CINAHL.

Zoekstring meetinstrumenten

Search	Query	Items found
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	374
#4	loneliness[ti] OR lonely[ti]	1,962
#3	"Sensitivity and Specificity"[MeSH] OR "Reproducibility of Results"[Mesh] OR sensitivit*[tiab] OR specificit*[tiab] OR screening[tiab] OR accura*[tiab] OR reference value*[tiab] OR false positive[tiab] OR false negative[tiab] OR predictive value*[tiab] OR roc[tiab] OR likelihood*[tiab] OR likelihood*[tiab] OR measur*[tiab] OR scale*[tiab] OR validit*[tiab] OR validat*[tiab] OR reliab*[tiab] OR repeatab*[tiab] OR reproducib*[tiab] OR efficacy[tiab] OR Jong-Gierveld[tiab]	6,334,950
#2	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR "Geriatric Psychiatry"[Mesh] OR "Geriatric Nursing"[Mesh] OR "Geriatric Dentistry"[Mesh] OR "Dental Care for Aged"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh]) OR (elder*[tiab] OR eldest[tiab] OR frail*[tiab] OR geriatri*[tiab] OR geront*[tiab] OR old age*[tiab] OR oldest old*[tiab] OR senior*[tiab] OR senium[tiab] OR very old*[tiab] OR septuagenarian*[tiab] OR octagenarian*[tiab] OR octogenarian*[tiab] OR nonagenarian*[tiab] OR centarian*[tiab] OR centenarian*[tiab])	3,548,327

Search	Query	Items found
	OR supercentenarian*[tiab] OR old people*[tiab] OR older[tiab] OR aged[tiab] OR aging[tiab] OR ageing[tiab] OR late life[tiab] OR later life[tiab] OR Age and ageing[ta] OR Mechanisms of ageing and development[ta] OR Ageing research reviews[ta] OR Australasian journal on ageing[ta] OR European journal of ageing[ta] OR Immunity and ageing[ta] OR Ageing and society[ta] OR Journal of population ageing[ta] OR Ageing international[ta] OR Journal of the economics of ageing[ta] OR Gerontechnology[ta] OR Quality in ageing and older adults[ta] OR Ageing research[ta] OR Australian journal on ageing[ta] OR Journal of ageing research and healthcare[ta] OR Quality in ageing[ta] OR Neurobiology of aging[ta] OR Psychology and aging[ta] OR Drugs and aging[ta] OR The journal of nutrition, health and aging[ta] OR Aging and mental health[ta] OR Aging clinical and experimental research[ta] OR Frontiers in aging neuroscience[ta] OR International journal of aging and human development[ta] OR Clinical interventions in aging[ta] OR Aging[ta] OR Aging cell[ta] OR Journal of aging and health[ta] OR Experimental aging research[ta] OR Aging milan*[ta] OR Journal of aging and physical activity[ta] OR Journal of aging and social policy[ta] OR Journal of women and aging[ta] OR The aging male[ta] OR Canadian journal on aging[ta] OR Aging, neuropsychology and cognition[ta] OR The Gerontologist[ta] OR The journals of gerontology[ta] OR Journal of gerontology[ta] OR Journal of gerontological nursing[ta]	
#1	"Loneliness"[Mesh] OR loneliness[tiab] OR lonely[tiab]	6,573

Search	Query Embase.com Session Results (13 Sep 2018)	Items found
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	400
#4	loneliness:ti OR lonely:ti	2,113
#3	'sensitivity and specificity'/exp OR 'reproducibility'/exp OR sensitivit*:ab,ti,kw OR specificit*:ab,ti,kw OR screening:ab,ti,kw OR accura*:ab,ti,kw OR 'reference value*':ab,ti,kw OR 'false positive':ab,ti,kw OR 'false negative':ab,ti,kw OR 'predictive value*':ab,ti,kw OR roc:ab,ti,kw OR likelyhood*:ab,ti,kw OR likelihood*:ab,ti,kw OR measur*:ab,ti,kw OR scale*:ab,ti,kw OR validit*:ab,ti,kw OR validat*:ab,ti,kw OR reliab*:ab,ti,kw OR repeatab*:ab,ti,kw OR reproducib*:ab,ti,kw OR efficacy:ab,ti,kw OR 'jong-gierveld':ab,ti,kw	7,902,145
#2	'aged'/exp OR 'geriatrics'/exp OR 'elderly care'/exp OR elder*:ab,ti,kw OR eldest:ab,ti,kw OR frail*:ab,ti,kw OR geriatri*:ab,ti,kw OR geront*:ab,ti,kw OR ((old NEXT/1 age*):ab,ti,kw) OR ((oldest NEXT/1 old*):ab,ti,kw) OR senior*:ab,ti,kw OR senium:ab,ti,kw OR ((very NEXT/1 old*):ab,ti,kw) OR septuagenarian*:ab,ti,kw OR octagenarian*:ab,ti,kw OR octogenarian*:ab,ti,kw OR nonagenarian*:ab,ti,kw OR centarian*:ab,ti,kw OR centenarian*:ab,ti,kw OR supercentenarian*:ab,ti,kw OR 'old people*':ab,ti,kw OR older:ab,ti,kw OR aged:ab,ti,kw OR aging:ab,ti,kw OR ageing:ab,ti,kw OR 'late life':ab,ti,kw OR 'later life':ab,ti,kw	3,780,871
#1	'loneliness'/exp OR loneliness:ab,ti,kw OR lonely:ab,ti,kw	9,069

Search	Query Embase.com Session Results (13 Sep 2018)	Items found
Search	Query Ebsco / PsycINFO Session Results (13 Sep 2018)	Items found
S7	S1 AND S4 AND S5 AND S6	503
S6	TI (loneliness OR lonely)	3,043
S5	TI (sensitivit* OR specificit* OR screening OR accura* OR "reference value*" OR "false positive" OR "false negative" OR "predictive value*" OR roc OR likelihood* OR likelihood* OR measur* OR scale* OR validit* OR validat* OR reliab* OR repeatab* OR reproducib* OR efficacy OR "Jong-Gierveld") OR AB (sensitivit* OR specificit* OR screening OR accura* OR "reference value*" OR "false positive" OR "false negative" OR "predictive value*" OR roc OR likelihood* OR likelihood* OR measur* OR scale* OR validit* OR validat* OR reliab* OR repeatab* OR reproducib* OR efficacy OR "Jong-Gierveld") OR KW (sensitivit* OR specificit* OR screening OR accura* OR "reference value*" OR "false positive" OR "false negative" OR "predictive value*" OR roc OR likelihood* OR likelihood* OR measur* OR scale* OR validit* OR validat* OR reliab* OR repeatab* OR reproducib* OR efficacy OR "Jong-Gierveld")	1,345,702
S4	S2 OR S3	599,257
S3	Limiters - Age Groups: Aged (65 yrs & older), Very Old (85 yrs & older)	296,669
S2	DE "Geriatrics" OR DE "Gerontology" OR DE "Geriatric Psychiatry" OR DE "Geropsychology" OR DE "Gerontological Counseling" OR TI (elder* OR eldest OR frail* OR geriatri* OR geront* OR "old age*" OR "oldest old*" OR senior* OR senium OR "very old*" OR septuagenarian* OR octagenarian* OR octogenarian* OR nonagenarian* OR centarian* OR centenarian* OR supercentenarian* OR "old people" OR older OR aged OR aging OR ageing OR "late life" OR "later life") OR AB (elder* OR eldest OR frail* OR geriatri* OR geront* OR "old age*" OR "oldest old*" OR senior* OR senium OR "very old*" OR septuagenarian* OR octagenarian* OR octogenarian* OR nonagenarian* OR centarian* OR centenarian* OR supercentenarian* OR "old people" OR older OR aged OR aging OR ageing OR "late life" OR "later life") OR KW (elder* OR eldest OR frail* OR geriatri* OR geront* OR "old age*" OR "oldest old*" OR senior* OR senium OR "very old*" OR septuagenarian* OR octagenarian* OR octogenarian* OR nonagenarian* OR centarian* OR centenarian* OR supercentenarian* OR "old people" OR older OR aged OR aging OR ageing OR "late life" OR "later life")	448,923
S1	DE "Loneliness" OR TI (loneliness OR lonely) OR AB (loneliness OR lonely) OR KW (loneliness OR lonely)	9,865

Search	Query Ebsco / CINAHL Session Results (13 Sep 2018)	Items found
S7	S1 AND S4 AND S5 AND S6	192

Search	Query Ebsco / CINAHL Session Results (13 Sep 2018)	Items found
S6	TI (loneliness OR lonely)	1,050
S5	MH "Sensitivity and Specificity" OR MH "Reproducibility of Results" OR TI (sensitivit* OR specificit* OR screening OR accura* OR "reference value*" OR "false positive" OR "false negative" OR "predictive value*" OR roc OR likelyhood* OR likelihood* OR measur* OR scale* OR validit* OR validat* OR reliab* OR repeatab* OR reproducib* OR efficacy OR "Jong-Gierveld") OR AB (sensitivit* OR specificit* OR screening OR accura* OR "reference value*" OR "false positive" OR "false negative" OR "predictive value*" OR roc OR likelyhood* OR likelihood* OR measur* OR scale* OR validit* OR validat* OR reliab* OR repeatab* OR reproducib* OR efficacy OR "Jong-Gierveld") OR KW (sensitivit* OR specificit* OR screening OR accura* OR "reference value*" OR "false positive" OR "false negative" OR "predictive value*" OR roc OR likelyhood* OR likelihood* OR measur* OR scale* OR validit* OR validat* OR reliab* OR repeatab* OR reproducib* OR efficacy OR "Jong-Gierveld")	663,104
S4	S2 OR S3	562,897
S3	Limiters - Age Groups: Aged: 65+ years, Aged, 80 and over	435,020
S2	MH "Aged+" OR MH "Aged, 80 and Over" OR MH "Frail Elderly" OR MH "Geriatrics" OR MH "Geriatric Psychiatry" OR MH "Gerontologic Nursing+" OR MH "Gerontologic Care" OR MH "Health Services for the Aged" OR TI (elder* OR eldest OR frail* OR geriatri* OR geront* OR "old age*" OR "oldest old*" OR senior* OR senium OR "very old*" OR septuagenarian* OR octagenarian* OR octogenarian* OR nonagenarian* OR centarian* OR centenarian* OR supercentenarian* OR "old people" OR older OR aged OR aging OR ageing OR "late life" OR "later life") OR AB (elder* OR eldest OR frail* OR geriatri* OR geront* OR "old age*" OR "oldest old*" OR senior* OR senium OR "very old*" OR septuagenarian* OR octagenarian* OR octogenarian* OR nonagenarian* OR centarian* OR centenarian* OR supercentenarian* OR "old people" OR older OR aged OR aging OR ageing OR "late life" OR "later life") OR KW (elder* OR eldest OR frail* OR geriatri* OR geront* OR "old age*" OR "oldest old*" OR senior* OR senium OR "very old*" OR septuagenarian* OR octagenarian* OR octogenarian* OR nonagenarian* OR centarian* OR centenarian* OR supercentenarian* OR "old people" OR older OR aged OR aging OR ageing OR "late life" OR "later life")	562,897
S1	MH "Loneliness" OR TI (loneliness OR lonely) OR AB (loneliness OR lonely) OR KW (loneliness OR lonely)	3,518

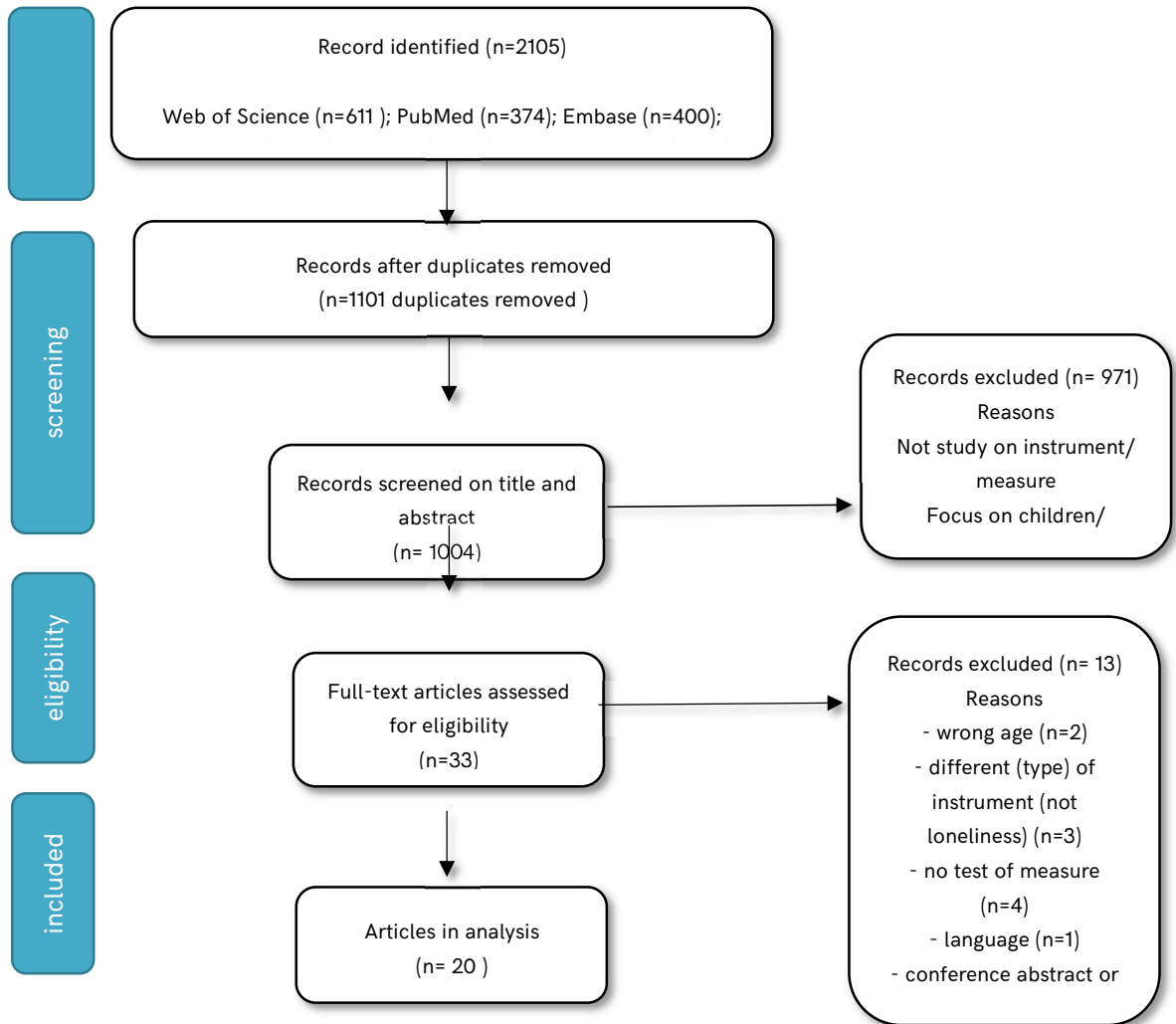
Search	Query Wiley / Cochrane Library Session Results (13 Sep 2018)	Items found
#4	#1 AND #2 AND #3	25
#3	(loneliness OR lonely):ti	65

Search	Query Wiley / Cochrane Library Session Results (13 Sep 2018)	Items found
#2	(sensitivit* OR specificit* OR screening OR accura* OR "reference value*" OR "false positive" OR "false negative" OR "predictive value*" OR roc OR likelihood* OR likelihood* OR measur* OR scale* OR validit* OR validat* OR reliab* OR repeatab* OR reproducib* OR efficacy OR "Jong-Gierveld");ab,ti,kw	622,817
#1	(elder* OR eldest OR frail* OR geriatri*OR geront* OR "old age*" OR "oldest old*" OR senior* OR senium OR "very old*" OR septuagenarian* OR octagenarian* OR octogenarian* OR nonagenarian* OR centarian* OR centenarian* OR supercentenarian* OR "old people" OR older OR aged OR aging OR ageing OR "late life" OR "later life");ab,ti,kw	444,864

Search	Query Web of Science (Core Collection) Session Results (13 Sep 2018)	Items found
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	611
#4	TI=(loneliness OR lonely)	4,664
#3	TS=(sensitivit* OR specificit* OR screening OR accura* OR "reference value*" OR "false positive" OR "false negative" OR "predictive value*" OR roc OR likelihood* OR likelihood* OR measur* OR scale* OR validit* OR validat* OR reliab* OR repeatab* OR reproducib* OR efficacy OR "Jong-Gierveld")	10,464,066
#2	TS=(elder* OR eldest OR frail* OR geriatri* OR geront* OR "old age*" OR "oldest old*" OR senior* OR senium OR "very old*" OR septuagenarian* OR octagenarian* OR octogenarian* OR nonagenarian* OR centarian* OR centenarian* OR supercentenarian* OR "old people" OR older OR aged OR aging OR ageing OR "late life" OR "later life")	3,653,055
#1	TS=(loneliness OR lonely)	10,912

Literatuurselectie

Via beide databases zijn in eerste instantie 2105 artikelen gevonden. Na verwijdering van duplicaten bleven 1004 artikelen over. Na lezing van titels en abstracts bleven 33 publicaties over waarvan het gehele artikel is doorgelezen. Van de 33 artikelen zijn er nog 12 afgevallen. De 21 overgebleven artikelen zijn geselecteerd voor analyse.



Figuur 2.3

Evidence tabel meetinstrumenten

Studie	n	Cliënten Gemiddelde leeftijd (range)	Instrument	Validiteit/ betrouwbaarheid	EBR O	Opmerkingen
Ausin et al., 2018	N=409	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd:NR (65- 84)	UCLA	Cronbach's alpha voor alle items samen = .85; 12 mogelijke factor structuren getest (WLSMV) - model met 4 of 5 (Hojat, 1982) of model met 2 (Borgas) factoren passen het beste.	C	Spanje Factor structuur vergeleken met eerdere studies naar factor structuur UCLA
Buz & Pérez- Arechaederra	N=601	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: 74 (60- 98)	De Jong Gierveld	Reliability (person raw score reliability) =.71 Rasch mode: Person- response validity: infit: MNSQ = 1.00; SD = 0.34; outfit: MNSQ = 0.96, SD = 0.69); Item fit statistics: infit: MNSQ = 1.00, SD = 0.06; outfit: MNSQ = 0.96, SD = 0.11	C	Spanje Schaal blijkt unidimensioneel te zijn, maar mogelijke verklaring is het homogene sample
Buz et al.,2014	N=338	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: 76 (60- 99)	De Jong Gierveld	Reliability=.91 Schaal blijkt unidimensioneel te zijn (RMR=.088, AGFI=.970, NFI=.966	C	Spanje Auteurs benadrukken dat de schaal misschien anders wordt geïnterpreteerd afhankelijk van de cultuur (collectivistisch vs individualistisch)
De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006*	N=9448	Volwassenen en ouderen Leeftijd: (18-99) (analyses opgedeeld naar <45; 45-64;>64)	De Jong Gierveld (6 items)	Cronbach's alpha 65+ = .73 en .61 (NKPS en GGD survey respectievelijk) 3-item emotionele eenzaamheid: .71 en .65; sociale eenzaamheid: .76 en .68	B	Nederland
De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010	7 landen, n tussen de 8151	Volwassenen en ouderen Leeftijd: (60-79 (vs 18-59))	De Jong Gierveld (6 items)	Reliability: Emotional loneliness ≥.81 Social loneliness ≥.85	B	Landen vergelijking

	en 12828 per land					
Durak & Senol-Durak, 2010 (studie 2)	N=166 oudere n	Ouderen die zelfstandig wonen, of bij hun kinderen inwonen Leeftijd 63 (60-79)	UCLA	CFA: 3 factor oplossing geeft beste fit: RMSEA=.063, IFI=.922, TLI=.897, CFI=.919 Reliability: Indeling 3 factoren (loneliness, non- loneliness en global loneliness): Internal consistency loneliness=.84 Non-loneliness=.85 Global loneliness=.90	C	Turkije
Hughes et al., 2004	N studie 1=2182 N studie 2=229	Ouderen Leeftijd studie 1: 67 (55-NR) Leeftijd studie 2: 58 (50-67)	UCLA (20 vs 3 items)	Cronbach's alpha 3 items in zowel studie 1 als 2 =.72 (20 items, alleen in studie 2)=.91	C	VS
Iecovich, 2013	N=2010	Ouderen Leeftijd: 79 (60-102)	De Jong Gierveld	Cronbach's alpha=.84-.87 (3 studie samples los bekeken)	C	Israël
Lee & Cagle, 2017	N=3706	Ouderen Leeftijd: 75 (65-NR)	UCLA (11 items)	Cronbach's alpha=.87 EFA op helft van de data: 3 factor model past het beste (‘feeling isolated’; ‘available for social connections’ en ‘sense of belonging’): χ^2 (df = 25) = 219.03, p < .001; RMSEA (90% CI) = .065 (.057, .073); CFI = .992; TLI = .982; SRMR = .019. In CFA laten zowel 2 als 3 factor model een acceptabele fit zien	C	VS Data gesplitst in 2 random subsamples

Leung et al., 200	N=103	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: 75 (62-89)	De Jong Gierveld (6 items)	Chronbach's alpha=.76	C	China
Moorer & Suurmeijer, 1993	N=723	Ouderen Leeftijd: 75 (66-NR)	De Jong Gierveld	Mokken analyse sluit één item uit - Mokken schaal coëfficiënt 10 items =.37	C	Nederland
Neto,2014	N=1154	Ouderen Leeftijd: 71 (60-90)	UCLA (6 items)	CFA 1 factor model: GFI = .99, NFI = 0.98, CFI = .99, IFI = .99, AGFI = .97, RMSEA = .05 Cronbach's alpha=.82	C	Portugal
Penning et al., 2014	N=243	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: NR (45-84)	UCLA & De Jong Gierveld	Consistency reliability UCLA CFA, 4 factor model: .87; .90; .86; .78 DJG, 2 factor model: .87; .86	C	Canada
Russell,1996	N=301	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: NR (65-NR)	UCLA	Cronbach's alpha=.89	C	VS Er zijn data verzameld bij vier doelgroepen. In de tabel zijn enkel de resultaten van de groep ouderen opgenomen
Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2012	N=2190	Ouderen Leeftijd: NR (65-NR)	UCLA (3 items) & single item vergelijking uit CES-D	Cronbach's alpha=.71 Overlap in indeling lonely vs non-lonely matig (kappa=.27)	C	VS Cut-off punt voor UCLA gezet op 6 - gedichotomiseerd
Tomás et al., 2017	N=335	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: 64 (55-80)	De Jong Gierveld en UCLA	CFA: Het bifactor model (model 3) en 'one trait' model (model 4) hebben de beste fit in de CFA: 3. CFI=.997; RMSEA=.024 [.000-.049] 4. CFI=.990; RMSEA=.039 [.016-.059] Reliability: CRI=.89 (hele schaal)	C	Spanje "Model 3, a bifactor model in which a general trait (loneliness) is assumed to underlie all items, but also domain-specific uncorrelated factors (emotional and social loneliness) are proposed; Model 4, one trait (loneliness) underlying all items plus a method (response bias) factor

				(Cronbach's alpha UCLA=.90)		associated with the negatively worded Items" p432-433
				DJG-UCLA r=.68, p,.01		
Uysal-Bozkir et al., 2017	N=1078	Zelfstandig wonende ouderen	De Jong Gierveld	Cronbach's alpha: Turks=.90 Marokaans=.85 Sranan Tongo=.92 Sarnami Hindoestani=.87 Nederlands=.87	C	Nederland Vertalingen in het Turks, Marokkaans (Arabisch en fonetisch Arabisch) en twee vertalingen in het Surinaams (Sranan Tongo en Sarnami Hindoestani).
		Leeftijd: 65 (55- 94)				
van Tilburg & De Jong Gierveld,199 9	N=3823	Zelfstandig wonende ouderen	De Jong Gierveld vgl met directe vraag	Reliability: KR- 20=.82	C	Nederland Studie bepaalt cesuur van DJG schaal. Score 3 of hoger is indicatie van eenzaamheid
		Leeftijd: (54-89)				
Vassar & Crosby, 2008	N=80 studies	Verschillende populaties	UCLA	Gemiddelde Cronbach's alpha van 80 studies: .87 (SD=.06).	C	Studie naar de geaggregeerde alpha waarde van de UCLA schaal over 80 studies waarin over de Cronbach's alpha is gerapporteerd.
		Leeftijd: NR				
Victor et al., 2005	N=1352	Ouderen	De Jong Gierveld	NR	C	UK & Australië Vergelijking antwoorden op directe vraag met DJG items - geen betrouwbaarheid etc. gerapporteerd
		Leeftijd: NR (65- NR)	vgl. met directe vraag			

*De Jong Gierveld & van Tilburg 2008 gebruikt dezelfde data al De Jong Gierveld & van Tilburg, 2006 en is daarom niet apart in de tabel opgenomen

NR=not reported

De beoordeling in de een na laatste kolom van de tabel is gedaan op basis van de Evidence-based richtlijnontwikkeling handleiding voor werkgroepen (EBRO; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, CBO, 2007¹).

EBRO beoordelingscategoriën voor diagnostisch accuratesse onderzoek (uit EBRO-handleiding, tabel 5.1)	
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test

¹ http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO_handl_totaal.pdf

	en gouden standaard, over een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad
B	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van deskundigen

Noot: in bijlage G van de EBRO handleiding wordt verwezen naar literatuurbeoordelingsformulieren die op cbo.nl te vinden zouden moeten zijn. Deze site is echter niet meer in gebruik. Om die reden is gebruik gemaakt van tabel 5.1 van de handleiding.

Verantwoording module 2

Uitgangsvraag

Wat is de meerwaarde van routinematige screening op eenzaamheid door de wijkverpleegkundige onder oudere, thuiswonende cliënten?

Zoekstrategie

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is breed gezocht naar empirische (overzichts)studies naar screening op eenzaamheid onder ouderen die zijn verschenen in de afgelopen tien jaar. Gezocht is in de databases Web of Science, PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycInfo en de Cochrane database.

Zoekstring

MEDLINE

- S1 MH "GeriatricAssessment"
- S2 MH "Social Isolation+" OR TI (loneliness OR alone OR (social N1 isolat*)) OR SU (loneliness OR alone OR (social N1 isolat*))
- S3 S1 AND S2
- S4 TI ((social N1 (risk* OR frail*)) OR (health N1 risk N1 apprais*)) OR AB ((social N1 (risk* OR frail*)) OR (health N1 risk N1 apprais*)) OR SU ((social N1 (risk* OR frail*)) OR (health N1 risk N1 apprais*))
- S5 (MH "aged+" or MH "Geriatrics" OR MH "Geriatric Psychiatry" OR MH "Geriatric Nursing" OR MH "Geriatric Dentistry" OR MH "Dental Care for Aged" OR MH "Health Services for the Aged" OR MH "Senior Centers" OR MH "Geriatric Assessment" OR MH "Geriatric Psychiatry" OR (TI ((aging N1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old N1 age*) or (oldest N1 old*) or senior* or senium or (very N1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or (older N1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*)))) OR (AB ((aging N1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old N1 age*) or (oldest N1 old*) or senior* or senium or (very N1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or (older N1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*)))) OR (SU ((aging N1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old N1 age*) or (oldest N1 old*) or senior* or senium or (very N1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or (older N1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*))))))
- S6 (MH "Diagnostic Techniques and Procedures") OR (MH "Mass Screening") OR TI (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*) OR AB (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*) OR SU (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)
- S7 S4 AND S5 AND S6
- S8 TI (Loneliness N3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)) OR AB (Loneliness N3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)) OR SU (Loneliness N3 (Measur* OR

Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*))

S9 TI ((De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR DJGLS OR (De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR (UCLA N1 loneliness N1 scale*)) OR AB ((De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR DJGLS OR (De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR (UCLA N1 loneliness N1 scale*)) OR SU ((De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR DJGLS OR (De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR (UCLA N1 loneliness N1 scale*))

S10 S8 OR S9

S11 S5 AND S10

S12 S3 OR S7 OR S11

S13 PM (17394730 OR 21984330 OR 19448387 OR 28340553 OR 18755784 OR 17394729 OR 29117815 OR 19448387)

S14 S13 NOT S12

Publicatiedatum: 20080101- current

CINAHL

S1 MH "Geriatric Assessment+"

S2 MH "Social Isolation" OR MH "Loneliness" OR TI (loneliness OR alone OR (social N1 isolat*)) OR SU (loneliness OR alone OR (social N1 isolat*))

S3 S1 AND S2

S4 TI ((social N1 (risk* OR frail*)) OR (health N1 risk N1 apprais*)) OR AB ((social N1 (risk* OR frail*)) OR (health N1 risk N1 apprais*)) OR SU ((social N1 (risk* OR frail*)) OR (health N1 risk N1 apprais*))

S5 (MH "aged+" or MH "Dental Care for Aged" OR MH "Health Services for the Aged" OR MH "Senior Centers" OR MH "Rehabilitation, Geriatric" OR MH "Gerontologic Nursing+" OR MH "Gerontologic Care" OR MH "Geriatric Functional Assessment" OR MH "Geriatric Psychiatry" OR MH "Geriatric Nutrition" OR MH "Geriatric Nutritional Physiology" OR MH "Geriatric Assessment" OR MH "Gerontologic Nurse Practitioners" OR (TI ((aging N1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old N1 age*) or (oldest N1 old*) or senior* or senium or (very N1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or (older N1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*)))) OR (AB ((aging N1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old N1 age*) or (oldest N1 old*) or senior* or senium or (very N1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or (older N1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*)))) OR (SU ((aging N1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old N1 age*) or (oldest N1 old*) or senior* or senium or (very N1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or (older N1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*))))

S6 MH "Diagnostic Tests, Routine" OR MH "Diagnosis, Psychosocial+" OR MH "DSM" OR MH "Health Screening" OR TI (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*) OR AB (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*) OR SU (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)

S7 S4 AND S5 AND S6

- S8 TI (Loneliness N3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)) OR AB (Loneliness N3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)) OR SU (Loneliness N3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*))
- S9 TI ((De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR DJGLS OR (De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR (UCLA N1 loneliness N1 scale*)) OR AB ((De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR DJGLS OR (De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR (UCLA N1 loneliness N1 scale*)) OR SU ((De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR DJGLS OR (De N1 Jong N1 Gierveld N1 Loneliness N1 Scale*) OR (UCLA N1 loneliness N1 scale*))
- S10 S8 OR S9
- S11 S5 AND S10
- S12 S3 OR S7 OR S11
- Publicatiedatum: 20080101- current

PSYCINFO

- 1 geriatric assessment/
 2 social isolation/ OR loneliness/ OR (loneliness OR alone OR (social ADJ1 isolat*)).ti,id.
 3 1 AND 2
 4 ((social ADJ1 (risk* OR frail*)) OR (health ADJ1 risk ADJ1 apprais*))
 5 exp "aged (attitudes toward)"/ OR exp elder abuse/ or exp elder care/ OR geriatric assessment/ or exp geriatric patients/ or exp geriatric psychotherapy/ or exp geriatrics/ OR exp gerontology/ or geropsychology/ OR ((aging ADJ1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old ADJ1 age*) or (oldest ADJ1 old*) or senior* or senium or (very ADJ1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or (older ADJ1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*))).ti,ab,id.
 6 screening/ or health screening/ OR interview schedules/ or exp diagnostic interview schedule/ OR psychological assessment/ or behavioral assessment/ or cognitive assessment/ or emotional assessment/ or motivation measures/ OR measurement/ or screening tests/ or selection tests/ OR (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*).ti,ab,id.
 7 4 AND 5 AND 6
 S8 (Loneliness ADJ3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*).ti,ab,id.
 S9 ((De ADJ1 Jong ADJ1 Gierveld ADJ1 Loneliness ADJ1 Scale*) OR DJGLS OR (De ADJ1 Jong ADJ1 Gierveld ADJ1 Loneliness ADJ1 Scale*) OR (UCLA ADJ1 loneliness ADJ1 scale*).ti,ab,id.
 10 8 OR 9
 11 5 AND 10
 12 3 OR 7 OR 11
- Publicatiedatum: 20080101- current

WEB OF SCIENCE

- #1 TS=("geriatric" NEAR/1 asses*)
 #2 TS(("social" NEAR/1 "isolation") OR "loneliness")
 #3 #1 AND #2
 #4 TS(("social" NEAR/1 (risk* OR frail*)) OR ("health" NEAR/1 "risk" NEAR/1 apprais*))

- #5 TS=(elder* or "eldest" or frail* or geriatri* or ("old" NEAR/1 age*) or ("oldest" NEAR/1 old*) or senior* or "senium" or ("very" NEAR/1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or ("older" NEAR/1 ("people" or subject* or patient* or age* or adult* or "man" or "men" or "male" or "woman" or "women" or female* or population* or person*)))
- #6 TS=(Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR "test" OR "tests" OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)
- #7 #4 AND #5 AND #6
- #8 TS=("Loneliness" NEAR/1 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score*))
- #9 TS=((De NEAR/1 Jong NEAR/1 Gierveld NEAR/1 Loneliness NEAR/1 Scale*) OR DJGLS OR (De NEAR/1 Jong NEAR/1 Gierveld NEAR/1 Loneliness NEAR/1 Scale*) OR (UCLA NEAR/1 loneliness NEAR/1 scale*))
- #10 #8 OR #9
- #11 #5 AND #10
- #12 #3 OR #7 OR #11
- Publicatiedatum: 20080101- current

EMBASE

- 1 geriatric assessment/
 2 exp social isolation/ OR loneliness/ OR (loneliness OR alone OR (social N1 isolat*)),ti,ab,kw.
 3 1 AND 2
 4 ((social ADJ1 (risk* OR frail*)) OR (health ADJ1 risk ADJ1 apprais*)),ti,ab,kw.
 5 exp aged/ or exp aged hospital patient/ or exp geriatrics/ or exp elderly care/ or exp geriatric assessment/ or exp geriatric care/ OR gerontopsychiatry/ OR ((aging ADJ1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old ADJ1 age*) or (oldest ADJ1 old*) or senior* or senium or (very ADJ1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or (older ADJ1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*))),ti,ab,kw.
 6 screening/ or exp mass screening/ or rescreening/ or screening test/ OR (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*).ti,ab,kw.
 7 4 AND 5 AND 6
 8 (Loneliness ADJ3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)),ti,ab,kw.
 9 ((De ADJ1 Jong ADJ1 Gierveld ADJ1 Loneliness ADJ1 Scale*) OR DJGLS OR (De ADJ1 Jong ADJ1 Gierveld ADJ1 Loneliness ADJ1 Scale*) OR (UCLA ADJ1 loneliness ADJ1 scale*)),ti,ab,kw.
 10 8 OR 9
 11 5 AND 10
 12 3 OR 7 OR 11
 13 limit 12 to conference abstract status
 14 12 not 13
 15 limit 14 to yr="2008 -Current"
- Publicatiedatum 20080101- current

COCHRANE

- #1 ((social NEAR/1 (risk* OR frail*)) OR (health NEAR/1 risk NEAR/1 apprais*)):ti,ab,kw
 #2 ((aging NEAR/1 adult*) OR elder* or eldest or frail* or geriatri* or (old NEAR/1 age*) or (oldest NEAR/1 old*) or senior* or senium or (very NEAR/1 old*) or septuagenarian* or octagenarian* or octogenarian* or nonagenarian* or centarian* or centenarian* or supercentenarian* or

(older NEAR/1 (people or subject* or patient* or age* or adult* or man or men or male or woman or women or female or population* or person*)):ti,ab,kw

#3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*):ti,ab,kw

#4 #1 AND #2 AND #3

#5 (Loneliness NEAR/3 (Measur* OR Assess* OR Scale* OR Tool* OR instrument* OR screen* OR test OR tests OR survey* OR questionnaire* OR score* OR apprais*)):ti,ab,kw

#6 ((De NEAR/1 Jong NEAR/1 Gierveld NEAR/1 Loneliness NEAR/1 Scale*) OR DJGLS OR (De NEAR/1 Jong NEAR/1 Gierveld NEAR/1 Loneliness NEAR/1 Scale*) OR (UCLA NEAR/1 loneliness NEAR/1 scale*)):ti,ab,kw

#7 #5 OR #6

#8 #2 AND #7

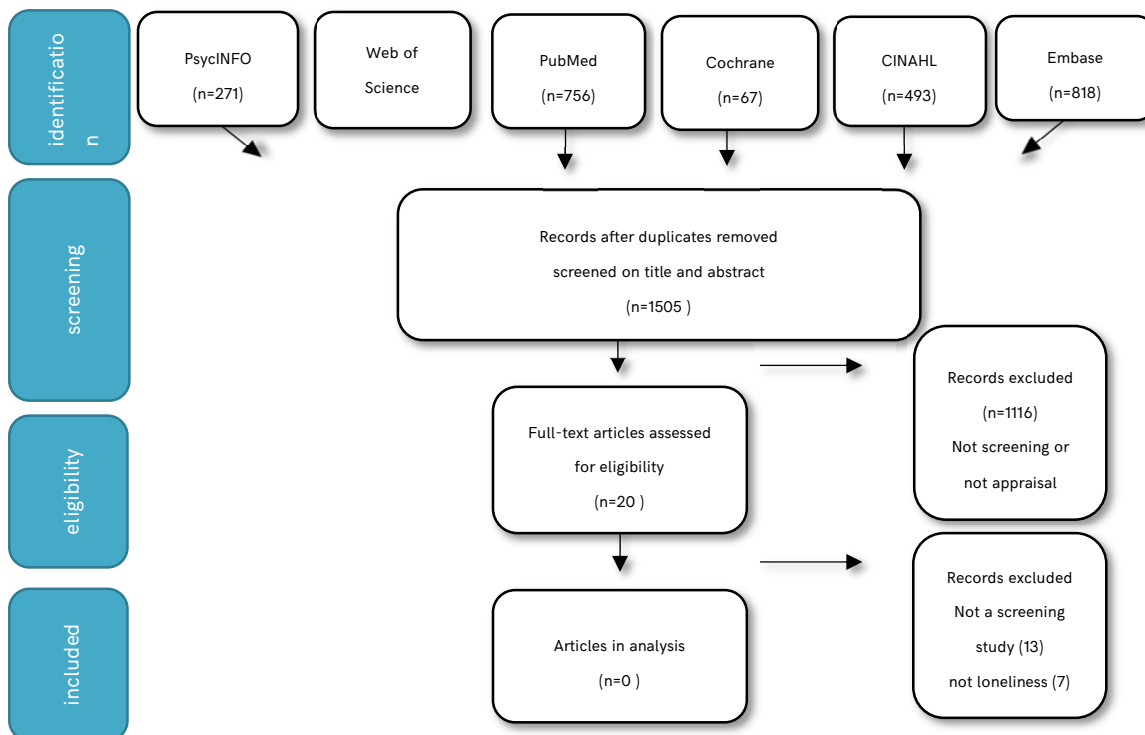
#9 #4 OR #8

Publicatiedatum 20080101- current

Literatuurselectie

Na verwijdering van de duplicaten en selectie van artikelen die in de afgelopen 10 jaar zijn gepubliceerd bleven 1133 artikelen over, die vervolgens zijn geïmporteerd in het programma Rayyan (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016). Hieruit werden op basis van titel en abstract 17 artikelen geselecteerd. Na lezing van deze zeventien artikelen bleef er geen relevant artikel over.

Figuur 3



Uitgangsvraag

Welke wetenschappelijke bewijs bestaat er over de werkzaamheid van benaderingen of interventies die tot doel hebben eenzaamheid onder ouderen te verminderen?

Zoekstrategie

Om de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies op het gevoel van eenzaamheid in kaart te brengen is een systematische literatuursearch uitgevoerd in de volgende databases: Pubmed, Embase, PsychInfo, CINAHL, Cochrane library en Web of Science.

Zoekstring

Search	Query PubMed Session Results (11 Oct 2018)	Items found
#4	#1 AND #2 AND #3	94
#3	review[ti] OR meta-analys*[ti]	450,875
#2	intervention*[ti] OR program*[ti] OR course*[ti] OR support[ti] OR advice[ti] OR counseling[ti] OR counselling[ti] OR training[ti] OR coaching[ti] OR motivational interview*[ti] OR reduc*[ti] OR alleviat*[ti] OR reminiscen*[ti] OR psychoeducat*[ti] OR life review*[ti] OR cognitive therap*[ti] OR pet therap*[ti] OR psychotherap*[ti] OR behavioral therap*[ti] OR behavior therap*[ti] OR behavioural therap*[ti] OR behaviour therap*[ti] OR dance therap*[ti] OR music therap*[ti] OR exercise therap*[ti] OR occupational therap*[ti] OR exercise train*[ti] OR cognitive intervent*[ti] OR educational intervention*[ti] OR educational therap*[ti] OR behavioral manag*[ti] OR behavior manag*[ti] OR behavioural manag*[ti] OR behaviour manag*[ti] OR cognitive stimulat*[ti] OR animal assisted[ti] OR pet[ti] OR pets[ti] OR companion animal*[ti] OR robot*[ti] OR community[ti] OR intervention*[ot] OR program*[ot] OR course*[ot] OR support[ot] OR advice[ot] OR counseling[ot] OR counselling[ot] OR training[ot] OR coaching[ot] OR motivational interview*[ot] OR reduc*[ot] OR alleviat*[ot] OR reminiscen*[ot] OR psychoeducat*[ot] OR life review*[ot] OR cognitive therap*[ot] OR pet therap*[ot] OR psychotherap*[ot] OR behavioral therap*[ot] OR behavior therap*[ot] OR behavioural therap*[ot] OR behaviour therap*[ot] OR dance therap*[ot] OR music therap*[ot] OR exercise therap*[ot] OR occupational therap*[ot] OR exercise train*[ot] OR cognitive intervent*[ot] OR educational intervention*[ot] OR educational therap*[ot] OR behavioral manag*[ot] OR behavior manag*[ot] OR behavioural manag*[ot] OR behaviour manag*[ot] OR cognitive stimulat*[ot] OR animal assisted[ot] OR pet[ot] OR pets[ot] OR companion animal*[ot] OR robot*[ot] OR community[ot]	1,138,080
#1	"Loneliness"[Mesh] OR loneliness[tiab] OR lonely[tiab] OR social isolation[tiab] OR social connectedness[tiab]	12,693

Search	Query PsyclINFO Session Results (11 Oct 2018)	Items found
S4	S1 AND S2 AND S3	117
S3	TI (review OR "meta-analys*")	156,023
S2	TI (intervention* OR program* OR course* OR support OR advice OR counseling OR counselling OR training OR coaching OR "motivational interview*" OR reduc* OR alleviat* OR reminiscen* OR psychoeducat* OR "life review*" OR "cognitive therap*" OR "pet therap*" OR psychotherap* OR "behavioral therap*" OR "behavior therap*" OR "behavioural therap*" OR "behaviour therap*" OR "dance therap*" OR "music therap*" OR "exercise therap*" OR "occupational therap*" OR "exercise train*" OR "cognitive intervent*" OR "educational intervention*" OR "educational therap*" OR "behavioral manag*" OR "behavior manag*" OR "behavioural manag*" OR "behaviour manag*" OR "cognitive stimulat*" OR "animal assisted" OR pet OR pets OR "companion animal*" OR robot* OR community) OR KW (intervention* OR program* OR course* OR support OR advice OR counseling OR counselling OR training OR coaching OR "motivational interview*" OR reduc* OR alleviat* OR reminiscen* OR psychoeducat* OR "life review*" OR "cognitive therap*" OR "pet therap*" OR psychotherap* OR "behavioral therap*" OR "behavior therap*" OR "behavioural therap*" OR "behaviour therap*" OR "dance therap*" OR "music therap*" OR "exercise therap*" OR "occupational therap*" OR "exercise train*" OR "cognitive intervent*" OR "educational intervention*" OR "educational therap*" OR "behavioral manag*" OR "behavior manag*" OR "behavioural manag*" OR "behaviour manag*" OR "cognitive stimulat*" OR "animal assisted" OR pet OR pets OR "companion animal*" OR robot* OR community)	672,718
S1	DE "Loneliness" OR TI (loneliness OR lonely OR "social isolation" OR "social connectedness") OR AB (loneliness OR lonely OR "social isolation" OR "social connectedness") OR KW (loneliness OR lonely OR "social isolation" OR "social connectedness")	16,738

Search	Query CINAHL Session Results (11 Oct 2018)	Items found
S4	S1 AND S2 AND S3	37
S3	TI (review OR "meta-analys*")	99,952
S2	TI (intervention* OR program* OR course* OR support OR advice OR counseling OR counselling OR training OR coaching OR "motivational interview*" OR reduc* OR alleviat* OR reminiscen* OR psychoeducat* OR "life review*" OR "cognitive therap*" OR "pet therap*" OR psychotherap* OR "behavioral therap*" OR "behavior therap*" OR "behavioural therap*" OR "behaviour therap*" OR "dance therap*" OR "music therap*" OR "exercise therap*" OR "occupational therap*" OR "exercise train*" OR "cognitive intervent*" OR "educational intervention*" OR "educational therap*" OR "behavioral manag*" OR "behavior manag*" OR "behavioural manag*" OR "behaviour manag*" OR "cognitive stimulat*" OR "animal assisted" OR pet OR pets OR "companion animal*" OR robot* OR community) OR KW (intervention* OR program* OR course* OR support OR advice OR counseling OR counselling OR training OR coaching OR "motivational interview*" OR reduc* OR alleviat* OR reminiscen* OR psychoeducat* OR "life review*" OR "cognitive therap*" OR "pet therap*" OR psychotherap* OR "behavioral therap*" OR "behavior therap*" OR "behavioural therap*" OR "behaviour therap*" OR "dance therap*" OR "music therap*" OR "exercise therap*" OR "occupational therap*" OR "exercise train*" OR "cognitive intervent*" OR "educational intervention*" OR "educational therap*" OR "behavioral manag*" OR "behavior manag*" OR "behavioural manag*" OR "behaviour manag*" OR "cognitive stimulat*" OR "animal assisted" OR pet OR pets OR "companion animal*" OR robot* OR community)	313,180

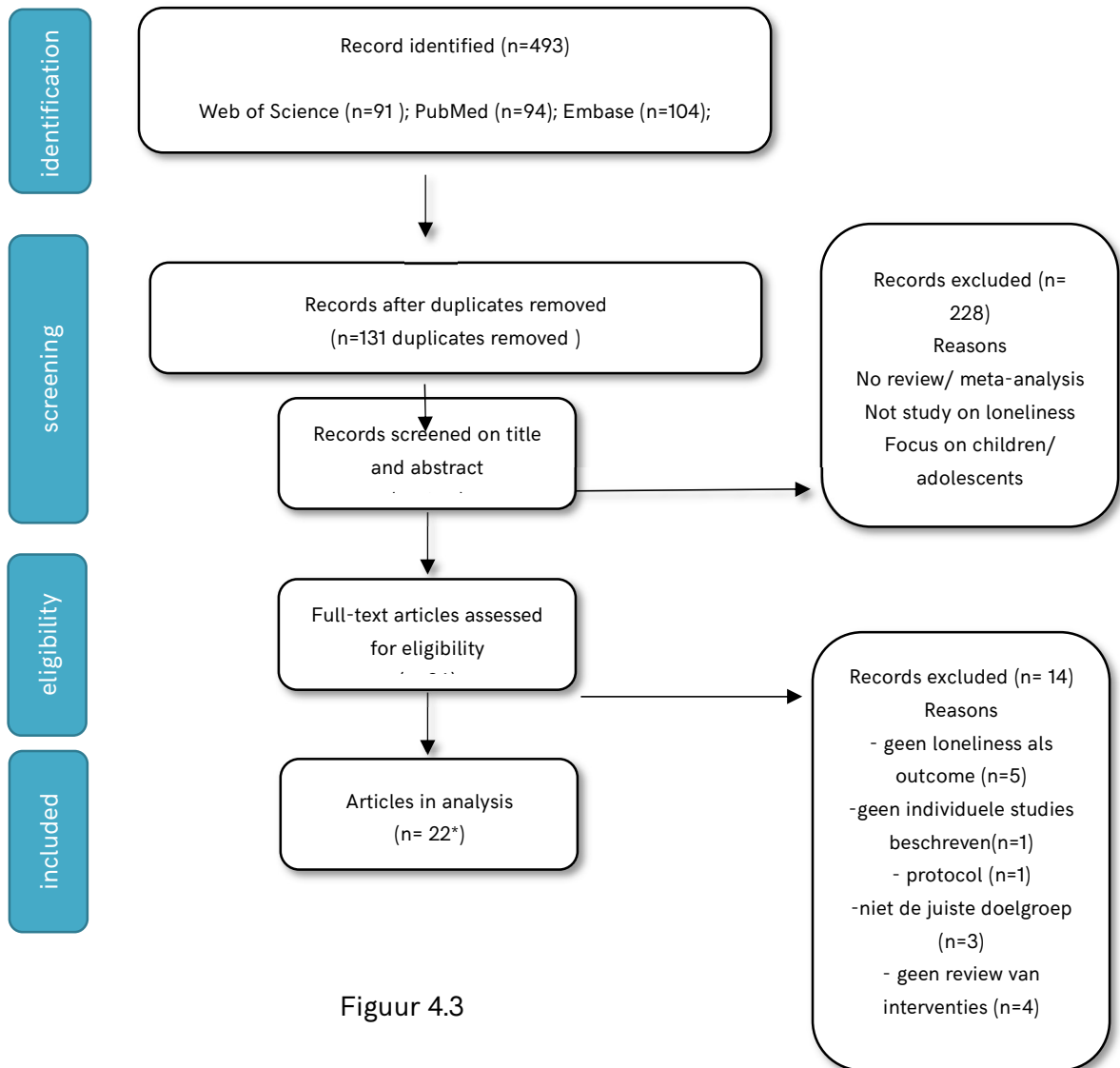
	OR "cognitive intervent*" OR "educational intervention*" OR "educational therap*" OR "behavioral manag*" OR "behavior manag*" OR "behavioural manag*" OR "behaviour manag*" OR "cognitive stimulat*" OR "animal assisted" OR pet OR pets OR "companion animal*" OR robot* OR community)	
S1	(MH "Loneliness") OR TI (loneliness OR lonely OR "social isolation" OR "social connectedness") OR AB (loneliness OR lonely OR "social isolation" OR "social connectedness") OR KW (loneliness OR lonely OR "social isolation" OR "social connectedness")	5,489

Search	Query Cochrane Library Session Results (11 Oct 2018)	Items found
#3	#1 AND #2	50
#2	(intervention* OR program* OR course* OR support OR advice OR counseling OR counselling OR training OR coaching OR "motivational interview*" OR reduc* OR alleviat* OR reminiscen* OR psychoeducat* OR "life review*" OR "cognitive therap*" OR "pet therap*" OR psychotherap* OR "behavioral therap*" OR "behavior therap*" OR "behavioural therap*" OR "behaviour therap*" OR "dance therap*" OR "music therap*" OR "exercise therap*" OR "occupational therap*" OR "exercise train*" OR "cognitive intervent*" OR "educational intervention*" OR "educational therap*" OR "behavioral manag*" OR "behavior manag*" OR "behavioural manag*" OR "behaviour manag*" OR "cognitive stimulat*" OR "animal assisted" OR pet OR pets OR "companion animal*" OR robot* OR community):ti,kw	205,447
#1	(loneliness OR lonely OR "social isolation" OR "social connectedness"):ti	88

Search	Query Web of Science Session Results (11 Oct 2018)	Items found
#4	#1 AND #2 AND #3	91
#3	TI=(review OR "meta-analys*")	584,876
#2	TI=(intervention* OR program* OR course* OR support OR advice OR counseling OR counselling OR training OR coaching OR "motivational interview*" OR reduc* OR alleviat* OR reminiscen* OR psychoeducat* OR "life review*" OR "cognitive therap*" OR "pet therap*" OR psychotherap* OR "behavioral therap*" OR "behavior therap*" OR "behavioural therap*" OR "behaviour therap*" OR "dance therap*" OR "music therap*" OR "exercise therap*" OR "occupational therap*" OR "exercise train*" OR "cognitive intervent*" OR "educational intervention*" OR "educational therap*" OR "behavioral manag*" OR "behavior manag*" OR "behavioural manag*" OR "behaviour manag*" OR "cognitive stimulat*" OR "animal assisted" OR pet OR pets OR "companion animal*" OR robot* OR community)	2,111,083
#1	TS=(loneliness OR lonely OR "social isolation" OR "social connectedness")	18,512

Literatuurselectie

De zoekopdracht richtte zich op reviews van eenzaamheidsinterventies omdat op deze wijze een gezaghebbende beoordeling van effectstudies beschikbaar was. Omdat oudere studies mogelijk niet meer valide resultaten geven, is gekozen voor reviews die zijn verschenen na 2000, inclusief de oudere studies die in deze reviews zijn opgenomen. Uiteindelijk hebben twee onderzoekers 23 reviews geselecteerd voor het leveren van individuele studies: 21 reviews uit de search en één systematic review van systematische reviews (Chippis, Jarvis, & Ramlall (2017). Deze laatste leverde twee nog niet gevonden reviews op (Khosravi, Rezvani, & Wiewiora, 2016; Morris et al., 2014).



Figuur 4.3

Deze twee reviews zijn aan de 21 overgebleven reviews toegevoegd, want het totaal aantal gebruikte reviews op 23 brengt.

Evidence tabel

In de Summary of Findings tabel zijn opgenomen alle studies, uitgezonderd de studies waarin de leeftijd van de deelnemers ver onder de 50 jaar lag of omdat er geen eenzaamheid of direct aanverwante concepten zijn gemeten (bijvoorbeeld studies die alleen depressie meten zijn buiten beschouwing gelaten).

Reviewstudie	Hoofdonderwerp	Doelgroep	zoekperiode	Gebruikte review methode	databases	Pubmed, Embase, CINAHL, PsycINFO, Cochrane library	Methodoloog/ search specialist geraadpleegd?	zoektermen beschreven?	aantal gevonden artikelen (incl duplicates)	aantal geïnccludeerde studies/ artikelen
Bemmelmans et al. 2012	Effect van socially assistive robots	Elderly	t/m september 2009	systematic literature review based on the Cochrane Handbook	CINAHL, MEDLINE, Cochrane, BIOMED, PUBMED, PsycINFO, EMBASE, IEEE Library	allemaal	NR	ja, p115	2891 + 30	41 publicaties waarin 17 studies gerapporteerd zijn
Cattan et al., 2005	Interventies gericht op sociaal isolement en eenzaamheid	Older people	1970-2002	Undertaking Systematic Reviews (Centre for Reviews and Dissemination, 1996) Review Guidelines on Data Collection (EPICentre, 1996) Recommendations from the International Union of Health Promotion and Education effectiveness project (1994)	Medline, BIDS SCI and SSCI, EMBASE, PsycINFO, ASSIA, CINAHL, SweMed, FirstSearch, Academic Search Elite, SIGLE, the Cochrane Library, and LILACS	Pubmed ontbreekt	NR	ja, p44	680	30 kwantitatieve studies en 12 observationele studies; verdeeld over 76 artikelen
Chen & Schulz, 2016	ICT interventies voor verminderen van sociale isolatie	Elderly	2002-2015	NR	PsycINFO, PubMed, MEDLINE, EBSCO, SSCI, Communication Studies: a SAGE Full-Text Collection, Communication & Mass Media Complete, Association for Computing Machinery Digital Library, and IEEE Xplore	EMBASE, CINAHL en Cochrane niet	NR	ja, p2	424	25
Choi et al., 2012	Computer and internet interventions	Older adults	Januari 2001 tot juli 2012	NR	PubMed, CINAHL, Scopus, the Cochrane Library, PsycINFO + Koreaanse db: KoreaMed, KMBase, KISS, MEDLIS, RISS	EMBASE niet	NR	ja, p192	2518	6

Cohen-Mansfield & Perach, 2014	Loneliness interventions	Older persons	1996-2011	NR	PsycINFO, MEDLINE, ScienceDirect, AgeLine, PsycBOOKS, Google Scholar	Pubmed, Embase, CINAHL en Cochrane niet		ja, p3	NR	28
Coll-Planas et al., 2017	Impact of social capital interventions on health	Older people	Januari 1980-juli 2015	PRISMA statement	MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Web of Science	Pubmed ontbreekt	NR	nee	20544	73 publicaties die over 36 RCTs rapporteren
Dickens et al., 2011	Social isolation interventions	Older people	Tot mei 2009	NR	MEDLINE, EMBASE, ASSIA, IBSS, PsycINFO, PubMed, DARE, Social Care Online, the Cochrane Library and CINAHL	allemaal	NR	ja, p3-4	7067	32
Franck et al. 2016	Social isolation and depression	Aged care clients	Januari 2009 tot December 2013	PRISMA guidelines	MEDLINE, CINAHL with Full Text, SocINDEX with Full Text, Health Source: Nursing/ Academic Edition, PsycARTICLES, PsycINFO, Academic Search Complete, and the Psychology and Behavioral Sciences Collection. Gray literature searches included Google, government health and aging websites, and aged care organization websites	Pubmed, Embase, en Cochrane niet	NR	nee	828	6
Gardiner et al., 2016	Social isolation and loneliness interventions	Older people	2013 tot januari 2016	integrative review method	PubMed, Medline, CINAHL, PsycINFO, ScienceDirect, EMBASE	Cochrane mist	ja	ja, p148-149	2420	39
Gilbey & Tani, 2015	gezelschapsdieren	Geen specificatie	Tot begin januari 2014	"Akobeng's (2005) basic principles of systematic reviews and Khan et al.'s (2003) protocol for conducting a systematic review"	Pubmed, Medline, Web of Science, Academic Search Premier, and PsycINFO	EMBASE, CINAHL, en Cochrane missen	NR	ja, p182	290	21
Hagan et al., 2014	Effectiveness of social therapeutic interventions	Older people	t/m eind april 2012	"systematic search followed by a narrative approach"	PsycINFO, Medline, CINAHL, ASSIA (Applied Social Sciences Index and Abstracts), Scopus, Social Services Abstracts and Sociological Abstracts	pubmed, EMBASE en Cochrane niet	ja	ja, p684	1114	17
Khosravi et al., 2016	Technologie en sociaal isolement	Older adults	2000-2015	PRISMA guidelines	Science Direct, ProQuest, PubMed, IEEE Xplore, PsycINFO and Scopus	pubmed, EMBASE, CINAHL en Cochrane niet		ja, maar beperkt - zie p595	6886	34

Masi et al., 2011	Loneliness interventions	Geen specificatie	1970 t/m september 2009	APA guidelines for meta-analysis	PubMed and PsycINFO	EMBASE, CINAHL en Cochrane niet	NR	ja, maar beperkt - zie p224	928	50
Morris et al., 2014	Smart technologies to enhance social connectedness	Older people	Januari 2000 tot februari 2013	NR	MEDLINE, Web of Science, Scopus, SocINDEX, PsycINFO and Sociological Abstracts	pubmed, EMBASE, CINAHL en Cochrane niet	NR	ja, maar beperkt - zie p2	1405	18
Pool et al., 2017	Interventies gericht op sociale determinanten van gezondheid	Elderly ethnic minorities	t/m februari 2016	PRISMA statement	PumMed	EMBASE, CINAHL, PsycINFO en Cochrane niet	NR	ja, in supplementary files	5620	6
Poscia et al., 2018	Social isolation and loneliness interventions	Older people	Januari 2011 t/m Februari 2016	PICO model	PubMed, ISI Web of science, SCOPUS, The Cochrane Library, and CINAHL	EMBASE en PsycINFO missen	NR	ja, p134	1815	20
Pu et al., 2018	Social robots	Older adults	t/m september 2017	PICO principals	Scopus, ProQuest (Nursing & Allied Health Database and Psychology Database), PubMed, Medline and CINAHL (via EBSCO), PsychINFO (via OVID), Science Direct, Web of Science, and Cochrane Library	EMBASE mist	NR	ja, p2 en supplement	2204	10 artikelen, 9 studies
Siette et al. 2017	Effectiveness of befriending interventions	Mensen met fysieke of mentale problemen	t/m februari 2017	Centre for Reviews and Dissemination and the Cochrane Collaboration	MEDLINE; EMBASE; PsycINFO; Cochrane Central Register of Controlled Trials; CINAHL; Web of Knowledge; BI, Web of Science and Google Scholar	pubmed mist	NR	ja, p2	20706	14
Sims-Gould et al., 2017	Reablement, reactivation, rehabilitation and restorative interventions in long term care	Older adults	t/m augustus 2017	PROSPERO guidelines	MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health), SPORTDiscus, and The Cochrane Library	Pubmed en PsycINFO missen	NR	ja, p655	2613	15

Snowden et al., 2015	Later-life emotional health	50+	t/m juni 2012	Guide to Community Preventive Services	PubMed, PsycINFO, CINAHL	EMBASE en Cochrane missen	"This review was guided by an eight-member expert panel of health services and mental health researchers from around the United States representing psychology, psychiatry, geriatrics, public health, and social work."	ja, p3	3373	148 intervention studies in 64 pairings
Syed-Ellias et al., 2015	Group reminiscence therapy	Older adults in long term care (60+)	2002-2014	Joanna Briggs Institute's (JBI) method for a comprehensive systematic review	Medline, Embase, Cinahl, PsychInfo, Cochrane, Scopus and Science direct	PubMed mist	NR	ja, maar beperkt op p374	3521	8
Van der Aa et al., 2016	psychosocial interventions to improve mental health in visually impaired adults	Adults ≥ 18	1981-2015	NR	Medline, Embase and Psychinfo	PubMed, CINAHL en Cochrane missen	NR	ja, appendix	3298	27 publicaties, 22 studies
Virués-Ortega et al., 2016	Animal-assisted therapy	Elderly	Januari 1975 t/m januari 2009	NR	Medline, PsycINFO, Cochrane	Pubmed, CINAHL en EMBASE missen	NR	ja, appendix	2065	21

Samenvatting gevonden studies

Bemelmans et al. (2012) beoordelen studies naar het effect van 'socially assistive robots'. De review gebruikt alle relevante databases en de search is gestructureerd opgezet. De review beschrijft één studie die eenzaamheid als uitkomstmaat heeft (Banks et al., 2008). Effectmaten ontbreken.

Cattan et al. (2005) beoordelen studies naar interventies die als doel hebben sociaal isolement of eenzaamheid te voorkomen of verminderen. De search is duidelijk beschreven en de meeste relevante databases zijn geraadpleegd, alleen Pubmed ontbreekt in de zoekstrategie. De review beschrijft 21 studies die eenzaamheid als uitkomstmaat hebben. De meeste studies zijn van beperkte kwaliteit of niet effectief. De conclusie van de auteurs is dat interventies met een educatief en een groepscomponent die zich op specifieke doelgroepen richten eenzaamheid kunnen verlichten. De effecten van huisbezoeken en befriending interventies zijn onduidelijk.

Chen en Schulz (2016) reviewden vijftientig studies naar de effecten van ICT op sociale isolatie onder ouderen. Er is niet gerapporteerd welke review methode is gebruikt. Niet alle relevante databases zijn doorzocht. Van de in de review opgenomen studies zijn vier publicaties als methodologisch sterk beoordeeld. Van de studies testen 18 studies eenzaamheid als afhankelijke variabele. De review laat zien dat het effect van ICT interventies op eenzaamheid niet eenduidig is; veel studies laten een positief effect zien (15 van de 18) maar er zijn ook studies die niet significant zijn (3). Daarnaast heeft een deel van de opgenomen studies een kwalitatief design.

Choi, Kong en Jung (2012) reviewen zes studies naar ICT training voor ouderen. Er is niet gerapporteerd welke review methode is gebruikt. Bijna alle relevante databases zijn doorzocht, alleen ontbreekt EMBASE. Bij vijf van de zes studies wordt ook gekeken naar het effect op

eenzaamheid. Choi et al. (2012) beoordelen alleen RCT's en quasi-experimentele studies. Op basis van de vijf interventie studies die eenzaamheid meten, concluderen Choi et al. (2012) dat de internettraining interventies een effect hebben op de afname van eenzaamheid met een overall mean weighted effect size voor eenzaamheid over de vijf studies heen: 0.546 (95% CI: 0.033-1.059), $Z = 2.085$, $p = 0.037$.

Cohen-Mansfield en Perach (2015) deden een review van 34 studies. Er is niet gerapporteerd welke review methode is gebruikt. Slechts één van de relevante databases is doorzocht. De studies zijn ingedeeld naar doelgroep: interventies voor zelfstandig wonende ouderen, voor ouderen in zorginstellingen en interventies voor beide categorieën. De studies zijn niet op kwaliteit van het design beoordeeld, maar vermeld wordt of de groepen zijn gerandomiseerd en of er een controlegroep is. Twaalf van de opgenomen interventies zijn beoordeeld als effectief en vijftien als mogelijk effectief. Bij de laatste vindt ofwel een significante afname in eenzaamheid plaats die niet significant verschilt van die van de baseline meting, dan wel een afname in eenzaamheid, maar geen significant verschil met de controlegroep. Cohen-Mansfield en Perach concluderen dat de resultaten niet consistent zijn, maar dat er desondanks een aantal aanpakken zijn die veelbelovend lijken. Bij veel studies laat de kwaliteit van het design te wensen over.

Coll-Planas et al. (2017) richten zich specifiek op sociaal kapitaal interventies. De gebruikte review methode is de PRISMA richtlijn en op Pubmed na zijn alle relevante databases doorzocht. Coll-Planas et al. (2017) voeren een narrative review uit van 73 artikelen van in totaal 36 trials. Van de gereviewde studies hebben er acht eenzaamheid als uitkomstmaat, zeven daarvan richten zich op thuiswonende ouderen en één op ouderen in een verzorgingshuis. De review concludeert dat de trials over het algemeen geen effect hadden op eenzaamheid. Wel vinden ze een effect van interventies die zich specifiek complexe eenzaamheid en depressie richten. Als ze alleen kijken naar de methodologisch beste studies (low risk of bias) is er geen effect op eenzaamheid. De review geeft geen overzicht van effectmaten.

Dickens et al. (2011) reviewen 32 interventies op sociale isolatie en eenzaamheid onder ouderen. Er is niet gerapporteerd welke review methode is gebruikt. Alle relevante databases zijn doorzocht. Studies hebben een gerandomiseerd (n=16) of een quasi-experimenteel design (n=16).

Na een uitvoerige beschrijving van de methodologische kwaliteit van de studies concluderen de auteurs dat studies met een theoretische basis en studies die sociale activiteiten en/of ondersteuning bieden in groepsverband, mogelijk effectief kunnen zijn. Ook interventies waaraan ouderen actief deelnemen, bleken meer kans van slagen te hebben. De review geeft geen effectmaten.

Franck et al. (2016) beschrijven 6 studies, waarvan 5 studies eenzaamheid onder ouderen proberen te verminderen. De gebruikte review methode is de PRISMA richtlijn. 3 van de relevante databases zijn niet doorzocht. De auteurs waren expliciet op zoek naar studies die zich op bewoners van landelijke gebieden richten, maar in die categorie werden geen studies gevonden. Van de beoordeelde studies laat alleen een onderzoek naar groepsreminiscentie een effect op eenzaamheid zien.

Gardiner et al. (2016) reviewen 39 studies naar een interventie voor ouderen. De review maakt gebruik van de 'integrative review method'. Op de Cochrane library na zijn alle relevante databases doorzocht. Gardiner et al. (2016) beoordelen zowel kwalitatieve als kwantitatieve studies waarin eenzaamheid of sociaal isolement een uitkomst is. De kwaliteit van de studies is beoordeeld aan de hand van drie criteria: methodologische kwaliteit en betrouwbaarheid van de resultaten; methodologische relevantie (in hoeverre is de gekozen methode geschikt om

de onderzoeksvraag te beantwoorden?); relevantie van het topic (in relatie tot de review). Op elk criteria werd een score 1-3 gegeven, waarmee de studie voor kwaliteit een score tussen 3 en 9 kreeg. Gardiner et al. concluderen dat de kwaliteit van de effectstudies naar eenzaamheidsinterventies te wensen overlaat.

Gilbey & Tani (2015) beschrijven 5 studies naar het effect van eenzaamheidsinterventies met dieren bij ouderen. De overige studies in de reviews betreffen studies naar dierbezit. De review is gedaan volgens de Akoberg principes voor systematische reviews en Kahn's protocol. Van de relevante databases zijn er drie niet doorzocht. Gezien de kwaliteit van de studies, bevelen de auteurs aan dat er meer en grootschaligere studies moeten worden gedaan naar de effecten van gezelschapsdieren en animal assisted therapy.

Hagan et al. (2014) beoordelen 17 studies naar sociaal therapeutische interventies voor ouderen op effectiviteit. De gebruikte review methode is omschreven als 'systematic search followed by a narrative review'. Van de relevante databases zijn er drie niet doorzocht. Er is geen expliciete beschrijving van de kwaliteit van de studies gegeven in de review. Hagan et al. (2014) concluderen dat vier studies een afname van eenzaamheid aantonen, drie daarvan betreffen studies naar nieuwe technologie en één studie naar een groepsprogramma.

Khosravi et al. (2016) beschrijven 34 studies naar het gebruik van verschillende vormen van ICT bij het verminderen van eenzaamheid en sociaal isolement onder ouderen. De gebruikte review methode is de PRISMA richtlijn. Slechts één van de relevante databases is doorzocht. De gebruikte technologieën in de geïnccludeerde studies lopen zeer uiteen (ingedeeld in acht typen, o.a. robotics, video games en digitale social support). Er lijken een aantal veelbelovende technologische toepassingen tussen te zitten, maar er is meer onderzoek nodig om de effectiviteit goed in kaart te brengen.

De studie van Masi et al. (2011) betreft een meta-analyse van 50 studies naar eenzaamheidsinterventies. De studies betreffen alle leeftijdsgroepen. De meta-analyse is uitgevoerd

aan de hand van de APA richtlijn voor meta-analyse. Drie van de relevante databases zijn niet doorzocht. Er wordt niet per studie een beoordeling van de kwaliteit gegeven, maar studies met een randomized design worden door Masi en collega's als hoogste kwaliteit gezien. Ze concluderen dat interventies die zich richten op 'maladaptive social cognition' het meest effectief zijn in het verminderen van eenzaamheid.

Morris et al. (2014) beschrijven 18 studies waarin 'smart technologies' worden ingezet om social connectedness onder ouderen te stimuleren. Zes van de geïncludeerde studies hebben het verminderen van eenzaamheid als uitkomstmaat. Er is niet gerapporteerd welke review methode is gebruikt. Slechts één van de relevante databases is doorzocht. Morris en collega's concluderen dat smart technologies zoals op maat gemaakte internet toepassingen kunnen bijdragen aan het controleren van gezondheid en zodoende gevolgen kan hebben voor sociale verbondenheid.

Pool et al. (2017) reviewen 6 studies, waarvan één studie die betrekking heeft op het verminderen van eenzaamheid onder ouderen. De gebruikte review methode is de PRISMA richtlijn. Slechts één van de relevante databases is doorzocht.

Poscia et al. (2018) beschrijven 20 studies, waarvan elf studies de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies beschrijven. De review is een aanvulling op de eerdere studie van Cohen-Mansfield & Perach (2015). De auteurs gebruiken de PICO methode voor de review. Van de relevante databases zijn er 3 doorzocht. De gevonden studies laten zien dat nieuwe technologieën en kunst gerelateerde interventies wellicht veelbelovend zijn. Poscia en collega's concluderen echter ook dat de methodologische kwaliteit van de meeste studies tekortschiet.

Pu et al. (2018) beoordelen 10 artikelen, waarvan 2 relevante studies naar de inzet van robotdieren bij het verminderen van eenzaamheid onder ouderen. De auteurs gebruiken de PICO methode voor de review. Van de relevante databases zijn er vier doorzocht. Sociale robots hebben potentie in het verminderen van eenzaamheid, maar de kwaliteit van de studies is te beperkt om conclusies te trekken.

Siette et al. (2017) reviewen veertien RCTs naar 'befriending' interventies. In 5 studies is eenzaamheid ook meegenomen als uitkomstmaat. De auteurs gebruiken de handleiding van Cochrane voor hun review. 4 van de 5 relevante databases zijn doorzocht. Bij geen van de 5 geïncludeerde studies wordt een effectmaat gerapporteerd (SMD = -.3 (95% CI .12 tot -.18; I² = 0%).

Sims-Gould et al. (2017) reviewen vijftien studies naar interventies in langdurige zorg, waarvan in één studie eenzaamheid een (secundaire) uitkomstmaat is. De auteurs gebruiken de PROSPERO richtlijn voor review. Van de relevante databases zijn er twee niet doorzocht. Er wordt in de review niet specifiek over de resultaten van de interventie gerapporteerd. In de originele studie (Melis et al., 2008) blijkt dat er geen effect was.

Snowden et al. (2015) hebben 148 studies met 'emotional health' als uitkomst beoordeeld. De review maakt gebruik van de 'Guide to Community Preventive Services'. Van de vijf relevante databases zijn er 2 niet doorzocht. De geïncludeerde studies zijn niet individueel beschreven in het artikel van Snowden et al. (2015), maar gegroepeerd op interventie categorie en uitkomstmaat. Eenzaamheid wordt gemeten in 4 studies, twee in de categorie social support en twee in de categorie strength/resistance interventions. De studies in de categorie strength/resistance interventions blijken bij bestudering van de publicaties zelf geen eenzaamheid te meten en zijn dus niet opgenomen in de tabel. Er wordt geen conclusie over de effectiviteit van de interventies getrokken, omdat er daarvoor volgens de auteurs te weinig studies zijn.

Syed-Elias et al. (2015) beschrijven 8 studies naar reminiscentie groepstherapie voor ouderen in een verzorgingshuis of verpleeghuis. De auteurs gebruiken de 'Joanna Briggs Institute's (JBI) method for

a comprehensive systematic review' als methode voor de review. Van de relevante databases is er één niet doorzocht. Eén van de 8 studies heeft eenzaamheid gemeten. Deze studie liet een significante afname in eenzaamheid zien, maar kende ook hoge uitval. Omdat het maar één studie betreft, is het niet mogelijk goed onderbouwde conclusies te trekken over het effect van reminiscentie therapie op eenzaamheid. De kwaliteit van de studies is beoordeeld met de Joanna Briggs Institute's Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MAtSARI).

Van der Aa et al. (2017) hebben 27 artikelen over psychosociale interventies om de mentale gezondheid van mensen met visuele beperkingen in kaart gebracht. Er is niet gerapporteerd welke reviewmethode is gebruikt. Slechts één van de relevante databases is doorzocht. Van de 22 studies (beschreven in 27 artikelen) onderzoekt één studie ook eenzaamheid. In deze studie werd een afname van eenzaamheid gevonden.

Virués-Ortega et al. (2012) beoordelen 21 studies naar animal-assisted therapy (AAT). In 4 van deze studies wordt AAT ingezet bij het verminderen van eenzaamheid onder ouderen. De auteurs hebben niet gerapporteerd welke reviewmethode gebruikt is. Van de 5 relevante databases is slechts één doorzocht. In de geïncludeerde studies worden wisselende resultaten gevonden en de kwaliteit van de studies is laag. Daarnaast zijn de studies zeer wisselend in het gebruik van methodologie, wat de beoordeling bemoeilijkt en maakt dat de bevindingen voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden.

Risk of bias tabel

studie	sequence generation	allocation concealment	blinding participants and personnel	Blinding of outcome	Incomplete Data	selective reporting	other bias	sco re	Risk of Bias
Andersson, 1985	unclear	unclear	unclear	unclear	High	unclear	high	-2	high
Banks & Banks, 2002	unclear	unclear	high	high	Low	unclear	low	-1	high
Banks & Banks, 2005	unclear	unclear	high	high	Unclear	unclear	unclear	-1,5	high
Banks et al., 2008	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	unclear	-1,5	high
Bickmore et al., 2005	unclear	unclear	high	high	Low	unclear	high	-1	high
Caserta & Lund, 1996	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	low	-1,5	high
Charlesworth et al., 2008	unclear	unclear	high	unclear	Low	unclear	low	-1	high
Chiang et al., 2010	low	unclear	unclear	high	Unclear	unclear	high	-1	high
Clarke et al., 1992	unclear	unclear	unclear	low	High	unclear	high	-2	high
Coleman et al., 2005	unclear	low	unclear	low	High	unclear	low	-1,5	high
Cox et al., 2007	high	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	high	-2	high
Creswell et al., 2012	low	unclear	low	low	Unclear	unclear	unclear	-1	high
de Craen et al., 2006	low	low	unclear	unclear	Unclear	low	high	-0,5	moderate
Fukui et al., 2003	unclear	unclear	high	unclear	Low	unclear	unclear	-1	high
Hall et al., 1992	low	unclear	unclear	low	High	unclear	high	-1,5	high
Heckman & Barcikowski, 2006	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	unclear	-1,5	high
Heller et al., 1991	unclear	unclear	unclear	unclear	High	unclear	high	-2	high
Hill et al., 2006	unclear	unclear	unclear	unclear	High	unclear	low	-2	high
Hind et al., 2014	low	low	high	low	Low	low	low	0	low
Jessen et al., 1996	unclear	unclear	unclear	unclear	Low	unclear	high	-1	high
Kahlbaugh et al., 2011	high	unclear	high	unclear	Unclear	unclear	low	-2	high
Kremers et al., 2006	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	unclear	-1,5	high
Lokk et al., 1990	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	unclear	-1,5	high
McEwan et al., 1990	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	high	-1,5	high
Melis et al., 2008	low	low	unclear	low	Low	low	low	0	low
Morrow-Howell et al., 1998	high	high	unclear	unclear	Unclear	unclear	high	-2,5	high
Mountain et al., 2014	low	low	high	low	Low	low	low	0	moderate
Ollonqvist et al., 2008	low	low	unclear	unclear	High	unclear	unclear	-1	high
Robinson et al., 2013	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	high	-1,5	high
Routasalo et al., 2008	low	low	unclear	unclear	Unclear	unclear	low	-0,5	moderate
Saito et al., 2012	unclear	high	high	high	Unclear	unclear	unclear	-2	high
Samarel et al., 2002	low	low	high	unclear	High	unclear	low	-1	high
Savelkoul & Witte, 2004	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	unclear	-1,5	high
Savelkoul et al., 2001	unclear	low	low	low	Unclear	unclear	low	-1	moderate

Savikko et al., 2009	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	high	-1,5	high
Sheridan et al, 2015	low	low	unclear	unclear	Unclear	unclear	high	-0,5	moderate
Slegers et al., 2008	unclear	unclear	high	high	Unclear	unclear	low	-1,5	high
Sorensen et al., 1988	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	low	-1,5	high
Tse, 2010	unclear	high	high	high	Unclear	unclear	high	-2	high
van Rossum et al., 1993	low	high	high	low	High	unclear	low	-2	high
Walshe et al., 2016	low	low	high	high	Unclear	low	high	-0,5	high
Weinert et al., 2008	unclear	unclear	unclear	unclear	High	unclear	low	-2	high
Weinert et al., 2011	unclear	unclear	unclear	unclear	High	unclear	low	-2	high
White et al., 2002	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	unclear	-1,5	high
Woodward et al., 2011	unclear	unclear	unclear	unclear	Unclear	unclear	high	-1,5	high

Summary of findings tabel

Studie ^{reviews}	Type studie	Patiënten Gemiddelde leeftijd (range) Setting	Interventie	Controle	Duur Follow-up (in maanden, na afloop van de interventie)	Eenzaamheidsmaat Effect size*	Risk of Bias	Opmerkingen
Interventietype 1: Het faciliteren van ontmoetingsmogelijkheid								
Löck, 1990 ^g	RCT N=65	Gehandicapte ouderen Leeftijd: NR (71-78) Setting: thuiswonend	Groepsgesprekken over doelen en re-activatie (decision making). 2 keer per week gedurende 3 maanden	Gebruikelijke zorg	6	Directe vraag "do you feel lonely?" never/seldom/sometimes/often Effect size: NR	Hoog	Alleen gerapporteerd hoeveel procent welke van de vier antwoorden op de eenzaamheidsmeting gaf op de vier meetmomenten
Interventietype 2: Het faciliteren van betekenisvol contact								
Andersson, 1985 ^{b,f}	RCT N=108	Alleenwonende vrouwen die op de wachtlijst voor seniorenwoningen staan Leeftijd: 77 (60-80) Setting: thuiswonend	Groepsbijeenkomsten in de buurt onder leiding van professionals die deelnemers stimuleren hun netwerk te versterken - doel is vertrouwensband creëren	Wachtlijst	6	UCLA short (4-items) Effect size: mean difference (within intervention group)=.30; mean difference (within control group)=.15	Hoog	

Banks & Banks, 2002 ^{e,m}	RCT N=45	Bewoners van verzorgingshuizen, zonder cognitieve beperkingen of psychiatrische problemen met een score van ≥ 30 op de UCLA schaal Leeftijd: 78 (NR); afgeleid door ^m Setting: verzorgingshuis	Dierentherapie: aangeliende hond 30 minuten bij deelnemer op de kamer (1 of 3x per week, afhankelijk van de conditie) gedurende 6 weken	Geen sessies met hond	NR	UCLA Effect size No AAT vs AAT (95% CI)= -.20 (-.92, .52) ^m	Hoog	
Banks & Banks, 2005 ^{i,w}	RCT N=37	Ouderen in verzorgingshuis. Leeftijd: 80 (NR) Setting: verzorgingshuis	Dierentherapie individueel of in groep (2-4 personen). Wekelijkse sessies van een half uur, gedurende 6 weken	Geen zuivere controlegroep, vergelijking alleen tussen individuele AAT en groeps -AAT	0	UCLA Effect size: NR	Hoog	Geen verschillen tussen de twee interventies; wel significante afname eenzaamheid voor beide condities
Banks et al., 2008 ^{a,i,j,k,l,m,q} ^w	RCT N=38	Ouderen in verzorgingshuis. Leeftijd: NR (75-90) Setting: verzorgingshuis	Dierentherapie met een echte hond of een robothond. Wekelijkse sessies van een half uur gedurende 8 weken	Geen sessies met echte of robot-hond	0	UCLA Effect size No AAT or robot AAT vs real dog AAT (95% CI)= -.88 (-1.68, -.07) ^m	Hoog	

Coleman et al., 2005 ^m	RCT N=106	Vrouwen revaliderend na borstkanker operatie. Leeftijd: 57 (NR) Setting: thuiswonend	Sociale steun van oncologie verpleegkundigen (telefonisch). Interventie duurt 13 maanden, telefonisch contact wordt afgebouwd van wekelijks naar maandelijks.	Informatiepakket	0	UCLA Effect size (95% CI)= -.29 (-.67, .09) (Masi et al., 2011) ^m	Hoog	
Jessen et al., 1996 ^{j,m}	RCT N=40	Revaliderende ouderen Leeftijd:76 (65-91) Setting: revalidatiecentrum	Sociale steun van een huisdier (vogel in kooi). De vogel werd 10 dagen bij de deelnemer op de kamer geplaatst. Verzorging van de vogel werd gedaan als de deelnemer niet op de kamer was.	Geen interventie	0	UCLA Effect size (95% CI): .40 (-.23, 1.02) ^m	Hoog	

Mountain et al., 201 ^r	RCT N=70	Sociaal geïsoleerde ouderen Leeftijd: 81 (74-NR) Setting: thuiswonend	Telefonisch <i>befriending</i> programma. Vrijwilliger belt deelnemer 1 keer per week voor 10-20 minuten gedurende 6 weken. Daaropvolgend vinden groepstelefoongesprekken plaats gedurende 1 uur voor 12 weken.	Geen interventie	6	DJG Effect size: mean difference=0 (range -1, 1); adjusted difference=0.6 (range -0.4, 1.6)	Matig	
Riddick, 1985 ^{j,w}	Quasi-experimenteel N=22	Ouderen met laag inkomen in gesubsidieerde woningen Leeftijd: NR (57-94) Setting: thuiswonend	Vissen als huisdier verzorgen of huisbezoeken	Geen interventie	6	UCLA Effect size: NR	Hoog	Huisbezoekgroep significante afname eenzaamheid vergeleken met de aquariumgroep en controlegroep (F(2,12)=2,86, p=.08)
Ring et al., 2013 ^l	Quasi-experimenteel N=14	Geïsoleerde ouderen Leeftijd: NR (55-NR) Setting: thuiswonend	digitale <i>conversational agent</i> in huis gedurende één week. Het systeem heeft een sensor waardoor de <i>conversational agent</i> actief op de deelnemer reageert.	digitale <i>conversational agent</i> in huis gedurende één week. Het systeem heeft geen sensor en reageert passief	<1	UCLA Effect size: t(12)=-1.67, NS	Hoog	
Ring et al. 2015 ^l	Quasi-experimenteel N=14	Ouderen Leeftijd: 65 (56-75) Setting: thuiswonend	digitale <i>conversational agent</i> in huis gedurende één week. Het systeem heeft een sensor waardoor de <i>conversational agent</i> actief op de deelnemer reageert.	digitale <i>conversational agent</i> in huis gedurende één week. Het systeem heeft geen sensor en reageert passief	<1	UCLA Effect size: NR	Hoog	Eenzaamheid in proactieve groep vs. Passieve groep: t(12)=-1.67; p=.13

Sheridan et al, 2015 ^r	RCT N=107	Mensen met langdurige mentale aandoeningen. Leeftijd:51 (18-NR) Setting: thuiswonend	Vrijwillige <i>befrienders</i> die mensen bezoeken. Wekelijkse bezoeken van 2 uur gedurende 9 maanden	Gebruikelijke zorg aangevuld met een vergoeding om activiteiten te ondernemen	1	SELSA-s Effect size: NR	Matig	ANOVA effecten (group x time): SELSA-S social: F=1.33, p=.36; SELSA-S family: F=1.33, p=.27; SELSA-S romantic: F=0.10, p=.90
Tsai & Tsai, 2011 ^{c,e,k,l}	Quasi-experimenteel N=55	Verpleeghuisbewoners Leeftijd: 74 (60-NR) Setting: verpleeghuis	Video bellen met familie gedurende 3 maanden. Hulp bij het bellen geboden door onderzoeksassistent	Geen interventie	3, 12	UCLA Effect size: adjusted beta (experimental vs control group, group x time effect) = 3.27, p=.14	Hoog	
Tsai et al., 2010 ^{c,e,i}	Quasi-experimentaal N=57	Verpleeghuisbewoners zonder cognitieve beperkingen Leeftijd: 77 (NR) Setting: verpleeghuis	Deelnemers door middel van videobellen in contact brengen met familieleden. Deelnemers werden ten minste 5 minuten per week ondersteund door een getrainde onderzoeksassistent gedurende 3 maanden	Gebruikelijke zorg	0	UCLA Effect size: GEE beta -2.84, p<.05	Hoog	
Interventietype 3: Het verlenen van praktische (materiële of instrumentele) ondersteuning								
Charlesworth et al., 2008 ^{fr}	RCT N=236	Mantelzorgers van mensen met dementie Leeftijd: 68 (NR) Setting: mantelzorgers van thuiswonende ouderen	Vrijwilligers bieden mantelzorgers vriendschappelijk contact, emotionele steun. Wekelijkse bezoeken gedurende ten minste 6 maanden	Gebruikelijke zorg	9, 18	emotionele eenzaamheid, 2 items en sociale eenzaamheid, 2 items (uit Stroebe et al., 1996) Effect size: Least squares mean difference (intervention vs. Control group): 0.320 [-0.20 to 0.84] p=.230 0.173 [-0.37 to 0.72] p=.529	Hoog	

Clarke et al., 1992 ^b	RCT N=523	Alleenwonende ouderen Leeftijd: NR (75-NR) Setting: thuiswonend	Huisbezoeken door vrijwilliger die allerhande hulp/ ondersteuning bood	Geen interventie	36	Wenger's loneliness scale (Wenger, 1984) Effect size: NR	Hoog	Alleen gerapporteerd dat er geen significante verschillen zijn tussen de groepen
De Craen et al,m 2006 ^e	RCT N=402	Vijfentachtigjarigen uit omgeving Leiden Leeftijd: 85 (85-85) Setting: thuiswonend	Deelnemers kregen ergotherapie aangeboden. Tijdens de therapie kregen deelnemers training over hulpmiddelen en informatie over community-based services. Niet gerapporteerd hoeveel sessies en hoe lang.	Gebruikelijke zorg	12, 24	DJG Effect size: Mean difference between groups .01 (-0.5 to 0.4), ns	Matig	
Hall et al., 1992 ^b	RCT N=167	Kwetsbare ouderen die zelfstandig wonen maar thuiszorg ontvangen Leeftijd: 78 (65-NR) Setting: thuiswonend	Huisbezoeken waarbij allerhande hulp/ ondersteuning geboden wordt	Gebruikelijke zorg	12, 36	UCLA Effect size: t=0.80, p<.35 (change intervention group -1.1; change control group -1.7)	Hoog	
McEwan et al., 1990 ^b	RCT N=296	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: NR (75-NR) Setting: thuiswonend	Huisbezoek door verpleegkundigen, duur 45 minuten. Gezondheidsissues worden in kaart gebracht en waar nodig wordt doorverwezen	Gebruikelijke zorg	20	Unspecified measure of loneliness Effect size: Man Whitney U test test group vs controle group na 20 maanden p<.05 (1.01 vs 1.42)	Hoog	

Melis et al., 2008 ^s	RCT N=151	Ouderen die recent uit het ziekenhuis zijn ontslagen Leeftijd: 82 (69-99) Setting: thuiswonend	EASYcare interventie, uitgevoerd door verpleegkundigen. In de interventie wordt een individueel behandelplan opgesteld met o.a. aandacht voor cognitie, stemming, gedrag, voeding en mobiliteit.	Gebruikelijke zorg	6	DJG Effect size: NR	Laag	Alleen gerapporteerd dat het effect 'close to zero' is
Sorensen et al., 1982-1988 ^b	RCT N=1555	Ouderen Leeftijd NR (75-85) Setting: thuiswonend	Huisbezoeken door maatschappelijk werker en huisarts om gezondheids- en sociale behoeften in kaart te brengen	Gebruikelijke zorg	12	Unspecified measure of loneliness Effect size: NR	Hoog	"No significant difference could be demonstrated between participants and controls"
Tesch-Römer, 1997 ^e	Quasi-experimenteel N=140	Ouderen met matig gehoorverlies Leeftijd: 71 (NR) Setting: thuiswonend	Gebruik hoortoestel voor nieuwe gebruikers.	Geen hoortoestel (controle groep 1) of geen gehoorverlies (controle groep 2)	0	UCLA Effect size: Group x Time effect (Pillai's criterion = .2160, F[2,46] = 6.34, p < .01 (n=50, reduced sample); full sample (N = 140) the multivariate Group x Time interaction was not significant	Hoog	
Van den Elzen & Fokkema, 2006 ^m	Quasi-experimenteel N=52	Zelfstandig wonende ouderen die zorg ontvangen Leeftijd: 79 (NR) Setting: thuiswonend	Huisbezoeken door vrijwilligers, om sociale behoeften in kaart te brengen en steun te bieden	Geen interventie	NR	DJG Effect size (95% CI): 0 (-.55, -.55) ^m	Hoog	

Van Rossum et al., 1993 ^b	RCT N=580	Ouderen Leeftijd: NR (75-84) Setting: thuiswonend	huisbezoek door verpleegkundige, nadruk op gezondheid en doorverwijzen. Vier bezoeken per jaar, gedurende 3 jaar	Gebruikelijke zorg	18, 36	DJG Effect size: NR	Hoog	"Also we did not find differences between the groups with respect to loneliness"
Interventietype 4: Het verbeteren van interpersoonlijk en/of sociale vaardigheden								
Chiang et al., 2010 ^{h,m,u}	Quasi-experimenteel N=92	Verpleeghuisbewoners Leeftijd: 77 (NR) Setting: verpleeghuis	Sociaal cognitieve training. Deelnemers volgden 8 wekelijkse sessies met individuele reminiscentie therapie. In elke sessie stond een ander thema centraal.	Wachttijst	3	UCLA Effect size (95% CI): -.97 (-1.40, -.54) ^m	Hoog	
Creswell et al., 2012 ^{i,k}	RCT N=40	Gezonde ouderen Leeftijd: 65 (55-85) Setting: thuiswonend	Mindfulness programma. 8 weken, 2 uur per week + een <i>retreat</i> van 1 dag. Daarnaast 30 minuten huiswerk per dag	Wachttijst	2	UCLA Effect size: $\eta^2=.17$	Hoog	
Fokkema & Van Tilburg, 2007 (2) ^m	Quasi-experimenteel N=72	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: 71 (NR) Setting: thuiswonend	Sociale vaardigheden training. Zes weken lang één bijeenkomst per week (2,5 uur)	Geen interventie	NR	DJG Effect size (95% CI): 0 (-.49; .49) ^m	Hoog	
Tse et al., 2010 ^{e,i}	Quasi-experimenteel N=70	Verpleeghuisbewoners met chronische pijnklachten. Leeftijd: 79 (60-92) Setting: verpleeghuis	Humor therapie, 8 weken lang 1 uur per week in een groep. Doel is pijn verlichten, geluk vergroten, tevredenheid verbeteren en eenzaamheid verminderen	Gebruikelijke zorg	2	ULCA Effect size: Mann-Whitney U Test (experimental vs. control group): p=0.096	Hoog	

Interventietype 5: aanbieden van bezigheden en/of afleiding (vermaak)								
Bergman-Evans et al., 2004 ⁴ⁱ	Quasi-experimenteel N=35	Verpleeghuisbewoners Leeftijd: 80 (NR) Setting: verpleeghuis	Dagelijkse contact met groen, dieren en kinderen gedurende 1 jaar	Gebruikelijke zorg	0	UCLA Effect size: NR	Hoog	<i>No decrease in loneliness</i>
Bickmore et al., 2005 ^{6l}	RCT N=21	Ouderen die ingeschreven staan bij een geriatrische kliniek Leeftijd: 74 (63-85) Setting: thuiswonend	Twee maanden contact met een ' <i>relational agent</i> ' in huis (de agent geeft o.a. digitaal beweegadvies. Tussen de 0 en 54 sessies)	Gebruikelijke zorg (incl. beweeginterventie)	0	UCLA Effect size: NR	Hoog	Afname eenzaamheid in controlegroep; maar geen verschillen tussen de groepen (t(17)=1.635, p=.12)
Brown et al., 2004 ⁱ	Quasi-experimenteel N=66	Verpleeghuisbewoners Leeftijd: 82 (60-96) Setting: verpleeghuis	Binnenshuis tuinieren in een groep, 5 weken lang.	Wekelijks individueel bezoek van 20 minuten	>1	UCLA Effect size: NR	Hoog	Geen verschil tussen groepen
Hopman-Rock et al., 2002 ^b	Quasi-experimenteel N=390 (RCT deel niet relevant, meet geen eenzaamheid)	Oudere inwoners van Leiden Leeftijd: 72 (55-75) Setting: thuiswonend	Ageing well and healthily programma: beweeginterventie in groepen en informatie over gezond leven	Gebruikelijke zorg	4-6	1 item: 'I feel lonely' (1-5, 5=not lonely) Effect size: pretest M=3.9, follow-up M=4.2, Friedman p=.00	Hoog	

Shapira et al., 2007 ^{c,d,e,m}	Quasi-experimenteel N=48	Ouderen die dagopvang naar dagopvang gaan of in een verpleeghuis wonen Leeftijd: 81 (70-93) Setting: thuiswonend en verpleeghuis	Computertraining. 15 weken, 1 à 2 sessie per week. Sessies van een uur	Andere activiteiten	≤1	UCLA Effect size (95% CI): -1.99 (-2.81, -1.17) ^m	Hoog	
Slegers et al., 2008 ^{c,d,e,g,l,n}	Quasi-experimenteel N=191	Zelfstandig wonende ouderen zonder ervaring met computers. Leeftijd: NR (64-75) Setting: thuiswonend	Computer en internet training inclusief beschikbaar stellen PC. Training 3 sessies van vier uur, verdeeld over 2 weken. PC mag 12 maanden gebruikt worden.	Geen PC gebruik of wel training maar geen PC gebruik	4, 12	DJG Effect size: NR	Hoog	Vergelijkingen alleen tussen de 4 groepen gemaakt, group x time p=0.84
Tse, 2010 ^{e,h,i}	Quasi-experimenteel N=53	Ouderen in verpleeghuizen. Leeftijd: 84 (65-95) Setting: verpleeghuis	Binnenshuis tuinieren in een groep. Acht weken lang een wekelijkse bijeenkomst.	Gebruikelijke zorg (ander verpleeghuis)	0	UCLA Effect size: Mann-Whitney U test experimental groups vs. Control groups p=0.00	Hoog	
White et al., 1999 ^{b,e,g,m}	Quasi-experimenteel N=27	Bewoners van een <i>retirement community</i> . Leeftijd: 79 (NR) Setting: thuiswonend	Internet training. In twee wekentijd 9 uur groepstraining. Daarnaast 5 maanden lang computers beschikbaar gesteld.	Geen interventie (geen PC)	5	UCLA Effect size: change scores 5 months post intervention - intervention group: -1.6 (SD=5.7); control group: 2.0 (SD=4.9), NS	Hoog	

White et al., 2002 ^{b,c,d,e,g,l,m}	RCT N=100	Bewoners van aanleunwoningen en verpleeghuizen Leeftijd: 72 (NR) Setting: thuiswonend en verpleeghuis	Internet training. In twee weken tijd 9 uur groepstraining. Daarnaast 5 maanden lang computers beschikbaar gesteld	Gebruikelijke zorg	5	UCLA Effect size: change scores (Wilcoxon rank sum test) - median (interquartile range): intervention group: -2 (-8.3); control group: -1 (5.2), p=.52	Hoog	
Woodward et al., 2011 ^{d,l}	RCT N=83	Zelfstandig wonende zestigplussers Leeftijd: 72 (60-89) Setting: thuiswonend	Computertrainingsprogramma van 6 maanden. In totaal 11 lessen, 1 les per 2 weken in een computer-lab	Gebruikelijke zorg	3, 6, 9	DJG Hedges's g (95% CI), p: 0.049 (-0.383, 0.480), .826	Hoog	
Interventietype 6: aanbieden van een gewaardeerde rol								
Rook & Sorkin, 2003 ^{e,g}	Quasi-experimenteel N=180	Ouderen met weinig inkomen Leeftijd: 71 (60-92) Setting: thuiswonend	Pleeg grootouder programma waarin ouderen als pleeg grootouder optreden voor kinderen met ontwikkelachterstand. 5 ochtenden in de week 4 uur contact met het kind	Geen interventie (groep 1) of deelname aan een programma met leeftijdsgenoten (groep 2)	24	UCLA Effect size: NR	Hoog	ANOVA revealed no effect on loneliness
Interventietype 7: bevorderen van realistische verwachtingen								
Hartke & King, 2003 ^m	Quasi-experimenteel N=88	Partners (en primaire mantelzorgers) van patiënten die een hersenbloeding hebben overleefd. Leeftijd: 70 (60-NR) Setting: thuiswonend	Cognitieve training, 8 weken lang, 1 uur per week, per telefoon. Daarnaast informatie over hersenbloedingen en omgaan met iemand die een hersenbloeding heeft gehad	Gebruikelijke zorg	6	UCLA Effect size (95% CI): -.18 (-.60, .24) ^m	Hoog	

Winningham & Pike, 2007 ^{e,g,l,k,m}	Quasi-experimenteel N=73	Bewoners van verzorgingshuizen. Leeftijd: 82 (61-98) Setting: verzorgingshuis	Cognitieve gedragstherapie, 3 sessies per week gedurende 3 maanden	Gebruikelijke zorg	3	UCLA Effect size (95% CI): -.31 (-.82, .21) ^m	Hoog	
Combinatie interventies (in kolom opmerkingen staan de Interventietypen gespecificeerd met nummers)								
Alaviani et al., 2015 ^{i,p}	Quasi-experimenteel N=150	Oudere vrouwen Leeftijd: NR (60-74) Setting: thuiswonend	Groepsbijeenkomsten om contact te bieden en manieren te leren hun sociale relaties te verbeteren. Vier sessies, 2 per week, 60 minuten.	Geen interventie	1	UCLA Effect size: NR	Hoog	1,4 Intervention vs. Control group independent t-test p<.001
Caserta & Lund, 1996 ^{b2}	RCT N=144	Recent verweduwde Leeftijd: 67 (51-89) Setting: thuiswonend	Steungroep voor recent verweduwde, twee varianten: korte duur (acht wekelijkse zelf zelfhulp groepsbijeenkomsten) en langer programma (idem, maar 10 maanden langer)	Geen interventie	0, 10, 24	Single item Effect size: group x time F ratio = .02 NS	Hoog	1, 2
Cohen et al., 2006 ^{e,m}	Quasi-experimenteel N=166	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd:79 (64-NR) Setting: thuiswonend	Koorlidmaatschap: wekelijkse zangrepetitie, gedurende 30 weken	Geen interventie	12	UCLA Effect size (95% CI): .06 (-.27, .39) ^m	Hoog	1,5

Cox et al., 2007 ^{e,m}	Quasi-experimenteel N=177	Ouderen die minsten 6 uur per week zorg ontvangen Leeftijd: 78 (51-96) Setting: thuiswonend	Sessies waarin deelnemers leren hoe ze hun eigen zorg beter kunnen organiseren en de relaties met hun verzorgenden goed kunnen houden. 10 sessies, 1x per 2 weken, anderhalf a twee uur.	Assessment, doorverwijzing en assistentie. Daarnaast doorlopende telefonische ondersteuning op verzoek	2, 12	Philadelphia Geriatric Morale Scale on Lonely Dissatisfaction Effect size (95% CI): -.19 (-.60, .22) ^m	Hoog	3,4
Evans, et al., 1982 ^{b,g,m,v}	Quasi-experimenteel N=84	Geïsoleerde ouderen die maatschappelijk blind zijn (geselecteerd uit groep veteranen) Leeftijd: 62 (NR) Setting: thuiswonend	Telefonische groeps gesprekken. Acht weken lang, 1 uur per week. Focus o.a. op beschikbare hulpbronnen en probleemoplossend vermogen.	Geen interventie	2	UCLA Effect size (95% CI): -1.42 (-1.90, -.95) ^m	Hoog	1,2,3
Fokkema & Knipscheer, 2007 ^{c,d,e,g,i,l,m,n}	Quasi-experimenteel N=29	Alleenwonende ouderen met mobiliteitsproblemen Leeftijd: 67 (50-NR) Setting: thuiswonend	Training (5 keer 2 uur) in gebruik en beschikbaarheid over een computer (3 jaar)	Geen interventie, data gematched uit ander survey	24, 36	DJG Effect size (95% CI): -.52 (-1.30, .26) ^m	Hoog	1,5
Fokkema & Van Tilburg, 2007(1) ^m	Quasi-experimenteel N=116	Bewoners van een verzorgingshuis Leeftijd: 84 (NR) Setting: verpleeghuis	Groepsactiviteiten in verpleeghuis met ontmoetingsmogelijkheid	Geen interventie	NR	DJG Effect size (95% CI): 0 (-.39, .39) ^m	Hoog	1,5

Fokkem a & Van Tilburg, 2007(3) ^m	Quasi-experimenteel N=52	Zelfstandig wonende oudere homoseksuelen Leeftijd: 67 (NR) Setting: thuiswonend	Bezoeken door vrijwilligers met als doel sociale en emotionele steun te bieden	Geen interventie	NR	DJG Effect size (95% CI): 0 (-.55, .55) ^m	Hoog	2,3
Fokkem a & Van Tilburg, 2007(4) ^m	Quasi-experimenteel N=71	Bewoners van een verzorgingshuis Leeftijd: 84 (NR) Setting: verpleeghuis	Groepsactiviteiten in verpleeghuis met ontmoetingsmogelijkheid	Geen interventie	NR	DJG Effect size (95% CI): 0 (-.56, .56) ^m	Hoog	1,5
Fukui et al., 2003 ^{g,m}	RCT N=50	Vrouwen met borstkanker Leeftijd: 54 (NR) Setting: thuiswonend	Groepsbijeenkomsten met educatieve inhoud, focus o.a. op coping en stress management. Wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur gedurende 6 weken	Wachlijst	>2	UCLA Effect size (95% CI): .15 (-.43, .73) ^m	Hoog	1,4,5
Heckman & Barcikowski, 2006 ^m	RCT N=90	Vijftigplussers met HIV of aids die depressieve symptomen vertonen Leeftijd: 54 (50-73) Setting: thuiswonend	Telefonische sociale steun groeps gesprekken. 12 weken lang, 90 minuten per keer. Focus op o.a. coping.	Delayed treatment	3	UCLA (10 items) Effect size (95% CI): 0 (-.41, .41) ⁱ	Hoog	1,3

Heller et al., 1991 ^{b,f,g,m,r,t}	RCT N=291	Oudere vrouwen met een laag inkomen Leeftijd: 74 (NR) Setting: thuiswonend	Telefonische peer-support in tweetallen.	Geen interventie	<3	Effect size (95% CI): -.12 (-.51, .27) ^m	Hoog	1,2,3
Hill et al., 2006 ^{l,m}	RCT N=100	Vrouwen met chronische aandoeningen die op het platteland wonen Leeftijd: 52(35-65) Setting: thuiswonend	22 weken deelname aan online supportgroep en online educatieve modules. Toegang tot internet in huis.	Geen interventie	<6	UCLA Effect size (95% CI): .004 (-.39, .40) ^m	Hoog	1,3
Hind et al., 2014 ^{f,p}	RCT N=157	Zelfstandig wonende ouderen. Leeftijd: 81(75-NR) Setting: thuiswonend	1-op-1 telefonische vriendschapsdienst gevolgd door telefonische groeps gesprekken. 12 weken lang, 1 uur per week	Geen interventie	12	DJG Effect size: Adjusted mean difference -0.3 [-0.8 to 0.2], p=.255	Laag	1,2,3
Honigh et al., 2013 ^{p, 3}	Quasi-experimenteel N=858	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: 74 (65-NR) Setting: thuiswonend	Interventie met veel verschillende elementen (o.a. informatiebijeenkomsten, psychosociale groepsbijeenkomsten);	Controle community - andere gemeente	24	DJG Effect size: relative effect size %: -2.2 (95% CI: -12.0; 7.7)	Hoog	4,5
Kahlbaugh et al., 2011 ^{c,h,k,l}	RCT N=36	Zelfstandig wonende ouderen. Leeftijd: 82(NR) Setting: thuiswonend	Spellen spelen op een Wii-spelcomputer. 1 uur per week gedurende 10 weken	TV kijken	<3	UCLA Effect size: NR	Hoog	1,5 Repeated measure ANOVA pre- posttest x group: F(2, 30) = 6.24, p < .005

Kremers et al., 2006 ^{e,g,k,m}	RCT N=142	Alleenstaande vrouwen. Leeftijd: 64 (55-NR) Setting: thuiswonend	Zelfmanagement groepscursus met o.a. aandacht voor initiatief nemen, investeren in vriendschap en positief denken. 6 weken lang, 2,5 uur per week.	Geen interventie	<2, 6	DJG Effect size (95% CI): .12 (-.25, .49) ^m	Hoog	1,4
Liu et al., 2007 ⁱ	Quasi-experimenteel N=26	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: NR (65-85) Setting: thuiswonend	Reminiscentie groepstherapie met o.a. aandacht voor het hervertellen en delen van levenservaringen. Sessies van 1 uur gedurende 10 weken	Onbekend	Onbekend	UCLA Effect size: NR	Hoog	2,4 Artikel niet beschikbaar. Uit abstract: <i>non-parametric data analysis</i>
Martina & Stevens, 2006 ^{e,g,l,k,m}	Quasi-experimenteel N=115	Vrouwen Leeftijd: 63 (53-86) Setting: thuiswonend	Vriendschapsverrijkingscursus. 12-weekse cursus met aandacht voor allerlei aspecten van vriendschap	Wachlijst	3, 6	DJG Effect size (95% CI): -.06 (-.42, .31) ^m	Hoog	2,4,7
Morrow-Howell et al., 1998 ^{b,e,m}	RCT N=61	Ouderen die contact hebben gehad met de zelfmoordhulplijn of zijn doorverwezen vanwege depressie of sociaal isolement. Leeftijd:76 (NR) Setting: thuiswonend	Wekelijks telefonisch contact met maatschappelijk werker die een programma volgt met therapeutische elementen. Mediaan van contactduur was 8 maanden	Wachlijst controlegroep	8	Effect size (95% CI): -.09 (-.59, .41) ^m	Hoog	3,4

Ollonqvist et al., 2008 ^{e,g,i,m}	RCT N=741	Kwetsbare ouderen Leeftijd: 78 (65-96) Setting: thuiswonend	Geriatrische rehabilitatie met o.a. groepstraining fysieke activiteit, groepsgesprekken en lezingen. Bijeenkomsten gedurende 8 maanden	Geen interventie	8	3 losse items Effect size (95% CI): -.17 (-.33, -.02) ^m	Hoog	4,5
Robinson et al., 2013 ^{f,l,p,q}	RCT N=40	Verpleeghuisbewoners Leeftijd: NR (55-100) Setting: verpleeghuis	Sessies met robot-zeehond Paro. 12 weken lang, 2x per week.	Busrit door de stad of alternatieve activiteit tijdens de Paro sessies	3	UCLA Effect size: partial Eta squared: 0.18	Hoog	2,5
Rosen & Rosen, 1982 ^{b,g,m}	Quasi-experimenteel N=117	Zelfstandig wonende ouderen die naar 'senior centers' komen Leeftijd: 70 (65-NR) Setting: thuiswonend	Ondersteuning van maatschappelijk werk en groepsbijeenkomsten voor sociale steun	Geen interventie	5	Single item Effect size (95% CI): -.37 (-.89, -.15) ^m	Hoog	1,3
Routasalo et al., 2008 ^{e,f,g,i,k}	RCT N=235	Ouderen Leeftijd: 80 (75-92) Setting: thuiswonend	Groepsbijeenkomsten met psychologische/therapeutische insteek. Doel is deelnemers te empoweren en vriendschap te bevorderen. Wekelijkse bijeenkomsten voor 3 maanden	Geen interventie	3, 6	UCLA Effect size: NR	Matig	1,5 Geen verschil tussen de groepen op eenzaamheid; alleen in figuur gerapporteerd

Saito et al., 2012 ^{f,i,p}	RCT N=60	Ouderen die recent naar de stad zijn verhuisd Leeftijd: 73 (66-84) Setting: thuiswonend	Groepsbijeenkomsten met educatie, cognitieve training en sociale steun. Vier sessies van 2 uur, 1x in de twee weken	wachtlIJst	1, 6	AOK loneliness scale (aangepaste versie UCLA) Effect size: NR (only in figure)	Hoog	1,3 Analyses opgesplitst naar hoog/ laag eenzaam - daardoor zeer kleine, niet vergelijkbare groepen
Samarel et al., 2002 ^m	RCT N=82	Vrouwen die recent borstkankeroperaties hebben ondergaan Leeftijd: 54 (30-83) Setting: thuiswonend	Groepsbijeenkomsten voor steun en educatie over omgaan met de ziekte. Wekelijkse bijeenkomst van 2 uur + wekelijkse individuele telefonische support-sessies.	Educatief informatiepakkett	2, 4, 12	UCLA Effect size (95% CI): -.51 (-.97, -.05) ^m	Hoog	3,5
Savelkoul & De Witte, 2004 ^s	RCT N=75	Patiënten met chronische reuma Leeftijd: 51 (NR) Setting: thuiswonend	Groepsbijeenkomsten met focus op coping. 10 sessies van 2 uur, verdeeld over 13 weken	Steungroep 10 sessies van 2 uur, verdeeld over 13 weken of wachtlIJst	6	DJG Effect size: NR	Hoog	1,2,3,4 Onduidelijk welke analyse er met eenzaamheid is uitgevoerd, alleen vermeld dat er geen effect is
Savelkoul et al., 2001 ^m	RCT N=168	Patiënten van reumatologieklinieken Leeftijd: 51 (35-65) Setting: thuiswonend	Bijeenkomsten met focus op probleemgerichte coping. 10 wekelijkse sessies van 2 uur	Geen interventie	6	DJG Effect size (95% CI): -.04 (-.49, .41) ^m	Hoog	1,2,3,4

Savikko et al., 2009 ^e	RCT N=117	Zelfstandig wonende ouderen Leeftijd: 80 (75-92) Setting: thuiswonend	Deelnemen aan verschillende groepsbijeenkomsten (kunst, bewegen, therapeutisch schrijven). Gedurende 12 weken één bijeenkomst per week (2-6 uur)	Geen interventie	3	Self-report Effect size: NR	Hoog	1,5 Alleen wat percentages gerapporteerd
Scharlach et al. 1987 ^b	Quasi-experimenteel N=37 dochters N=24 moeders	Dochters van verweduwd moeders en hun moeders Leeftijd: - Dochters: 50 (38-68) - Moeders: 78 (69-92) Setting: thuiswonend	2 cognitieve gedragsworkshops Of 2 educatieve workshops gericht op steun geven	wachtlijst	0, <1, <2	Unspecified measure of loneliness Effect size: NR		4,5,7 F van 'variable means before and after intervention (by condition) = 2.68, p<.10
Stevens & van Tilburg, 2000 ^{b,g}	Quasi-experimenteel N=64	Vrouwen Leeftijd: 67 (54-84) Setting: thuiswonend	Vriendschapsverrijkcursus. 12-weekse cursus met aandacht voor allerlei aspecten van vriendschap	Geen interventie (matched controle groep)	3, 6	DJG Effect size: NR	Hoog	2,4,7 t-test for mean change score between groups: t = -1.96, p = .054
Stevens et al., 2006 ^{e,i}	Quasi-experimenteel N=393	Vrouwen Leeftijd: 64 (52-86) Setting: thuiswonend	Vriendschapsverrijkcursus. 12-weekse cursus met aandacht voor allerlei aspecten van vriendschap	Wachtlijst en vergelijking met een ander survey	6, 12	DJG Effect size: NR	Hoog	2,4,7

Walshe et al., 2016 ^r	RCT N=196	Ouderen die palliatieve zorg ontvangen Leeftijd: 72 (37-92) Setting: thuiswonend	Vrijwilligers die als maatje op bezoek komen. Wekelijkse bezoeken van 1-3 uur, 4 weken lang	wachttijd	1, 2	DJG Effect size: condition x time2 Emotional loneliness b=.07 CI[.34, .47] Social loneliness b=.22 CI[-.13, .57]	Hoog	2,3
Weinert et al., 2008 ^{l,n}	RCT N=233	Vrouwen die in plattelandsgebieden wonen en een chronische aandoening hebben Leeftijd: 52 (NR) Setting: thuiswonend	Intensieve groep: Gebruiken van <i>online discussion board</i> voor vrouwen met chronische aandoeningen gedurende 22 weken + elke 2 weken een les over verschillende topics. Minder intensieve groep: alleen lessen	Geen interventie	0	UCLA Effect size: NR	Hoog	2,5 ANCOVA total group: F=1.53, p=.22
Weinert et al., 2011 ⁿ	RCT N=309	Vrouwen die in plattelandsgebieden wonen en een chronische aandoening hebben Leeftijd: 56 (35-65) Setting: thuiswonend	Gebruik van een digitale support groep gedurende 11 weken	Geen interventie	6	UCLA Effect size: intervention effect (95% CI) - -1.8 (-3.6, -0.1), p=.040	Hoog	2,5

In de summary of findings tabel is in de kolom uitkomstmaat ook de effect size gerapporteerd (mits de effect size in de review, of in de originele studie is gerapporteerd). Doordat de effect sizes uit verschillende bronnen komen, zijn er verschillende maten gerapporteerd.

De meeste effect sizes die in de tabel zijn opgenomen, komen uit de meta-analyse van Masi et al. (2011).i. Om effect sizes te kunnen vergelijken hebben Masi et al. (2011) effect sizes berekend binnen drie categorieën research design (single-group pre-post study; non-randomized group comparison en randomized group comparison). De single-group pre-post studies komen niet voor in de SoF tabel. De effect size van de studies die een groepsvergelijking maken, is berekend door het verschil in eenzaamheidscores tussen de groepen te delen door de gepoolde standard deviatie van de twee scores, de Hedges' d (zie Masi et al., 2011, p. 226). Als de interventie en controlegroep op baseline verschilden, is daar door Masi voor gecorrigeerd.

Een veelgebruikte vuistregel bij het interpreteren van de effect size is dat een effect size van 0.2 wordt gezien als een klein effect, 0.5 als een medium effect en 0.8 als een groot effect (Cohen, 1988). Voor de bij sommige studies gerapporteerde partial eta-squared geldt als vuistregel dat 0.001 een klein effect is, 0.06 een medium effect en 0.14 een groot effect. Zie : Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Grade bewijs profiel eenzaamheidsinterventies

Kwaliteit van bewijs							Kwaliteit
Aantal studies	Design	Beperkingen	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere overwegingen	
Interventie type 1: Het faciliteren van ontmoetingsmogelijkheid							
1	RCT	serieus ¹	N/A ²	serieus ³	serieus ⁴	Te weinig bewijs	+000 ZEER LAAG
Interventie type 2: Het faciliteren van betekenisvol contact							
13	RCT; quasi-experimenteel	serieus ⁵	Serieus ⁶	zeer serieus ⁷	serieus ⁸	Geen	+000 ZEER LAAG
Interventie type 3: Het verlenen van praktische (materiële of instrumentele) ondersteuning							
9	RCT	serieus ⁹	serieus ¹⁰	zeer serieus ⁷	Geen serieuze onnauwkeurigheid ¹¹	Geen	+000 ZEER LAAG
Interventie type 4: Het verbeteren van interpersoonlijk en/of sociale vaardigheden							
3	RCT; quasi-experimenteel	serieus ¹²	serieus ¹³	zeer serieus ⁷	serieus ¹⁴	Geen	+000 ZEER LAAG
Interventie type 5: aanbieden van bezigheden en/of afleiding (vermaak)							
10	RCT; quasi-experimenteel	zeer serieus ¹⁵	serieus ⁶	zeer serieus ⁷	serieus ¹⁶	Geen	+000 ZEER LAAG
Interventie type 6: aanbieden van een gewaardeerde rol							
1	Quasi-experimenteel	zeer serieus ¹⁷	N/A ²	Geen indirect bewijs	Geen serieuze onnauwkeurigheid ¹⁸	Geen	+000 ZEER LAAG
Interventie type 7: bevorderen van realistische verwachtingen							
2	RCT; quasi-experimenteel	zeer serieus ¹⁹	serieus ²⁰	zeer serieus ⁷	Serieus ²¹	Geen	+000 ZEER LAAG
Combinatie interventies							
35	RCT; quasi-experimenteel	Zeer serieus ²²	Serieus ⁶	zeer serieus ⁷	Geen serieuze onnauwkeurigheid ²³	Geen	+000 ZEER LAAG

Bijlage 8

Juridische betekenis

De kwaliteitsstandaard bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de kwaliteitsstandaard wordt afgeweken. Wanneer van de kwaliteitsstandaard wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de kwaliteitsstandaard in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

Bijlage 9

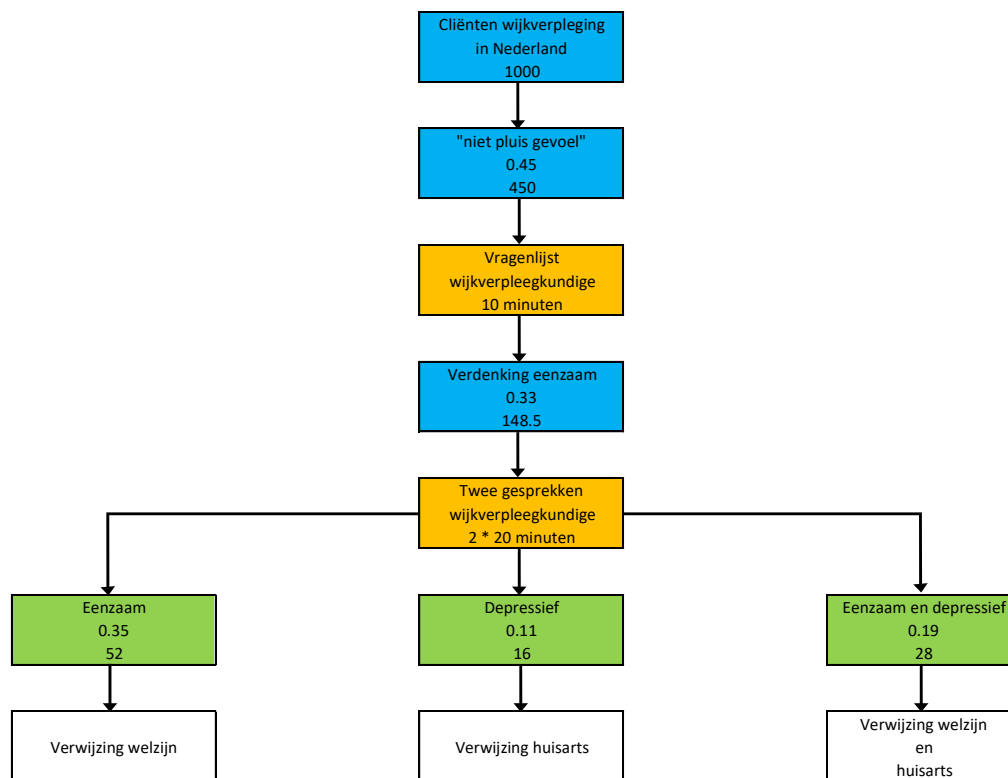
Implementatie

Doelstelling

Een Budget Impact Analyse (BIA) onderzoekt de financiële consequenties van implementatie van een handelingsstrategie. In deze BIA worden de kosten in kaart gebracht van implementatie van de richtlijn "Eenzaamheid bij thuiswonende ouderen". In de BIA worden de kosten berekend per 1000 cliënten die langer dan 2 jaar wijkverpleging krijgen. De BIA wordt gedaan vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar; dit betekent dat enkel kosten die door de zorgverzekeraar betaald worden, zijn meegenomen. Om het BIA model te vullen zijn een aantal aannames gedaan ten aanzien van het zorgpad dat cliënten doorlopen en de parameters van het model. Deze aannames worden in sectie 2 toegelicht waarna in sectie 3 de methoden en in sectie 4 de resultaten beschreven worden. Het stuk sluit af met een korte samenvattende conclusie in sectie 5.

Aannames en parameters

Het zorgpad dat in deze Budget Impact Analyse (BIA) onderzocht wordt staat weergegeven in figuur 1 en heeft betrekking op cliënten die langer dan twee jaar van wijkverpleging gebruik maken. Van deze groep cliënten bestaat bij 45% een "niet pluis gevoel" bij de wijkverpleegkundige. Bij deze groep cliënten neemt de wijkverpleegkundige een vragenlijst af. Als uit deze vragenlijst blijkt dat de cliënt mogelijk eenzaam is, voert de wijkverpleegkundige 2 gesprekken met de cliënt. Tijdens deze gesprekken moet blijken of de cliënt eenzaam (35%), depressief (11%) óf eenzaam en depressief (19%) is. Eenzame cliënten worden naar de welzijnssector verwezen, depressieve cliënten naar de huisarts en eenzame en depressieve cliënten naar beiden. In de berekeningen van de BIA hebben we aangenomen dat eenzame cliënten 6 individuele begeleidingsgesprekken ontvangen, dat depressieve cliënten 6 dubbele consulten met de huisarts hebben en dat eenzame en depressieve cliënten 2 dagdelen per week naar dagbesteding gaan en 6 dubbele consulten met de huisarts hebben. De parameters en kosten die zijn gebruikt in de BIA staan beschreven in tabellen 1 en 2.



Figuur 1 Zorgpad "Eenzaamheid bij thuiswonende ouderen"

Tabel 1 Parameters gebruikt in de Budget Impact analyse

Parameter	Waarde	Verdeling
Niet plus gevoel	0,45	vast
Verdenking eenzaamheid	0,33	vast
Eenzaam	0,35	beta
Depressief	0,11	beta
Eenzaam en depressief	0,19	beta
Implementatiegraad ¹	0; 0,25; 0,5; 0,75; 1	vast
Therapietrouw ²	0; 0,25; 0,5; 0,75; 1	vast

¹ mate waarin de richtlijn geïmplementeerd wordt door wijkverpleegkundigen

² mate waarin de verwijzing naar welzijnssector of huisarts wordt opgevolgd door cliënten

Tabel 2 Kostenschattingen gebruikt in de Budget Impact Analyse

Eenheid	Beschrijving	Totale kosten
Verwijzing eenzaamheid	6 uur individuele begeleiding, €58,18 per uur	€349,08
Verwijzing depressie	6 dubbele consulten huisarts, €9,59 per consult	€115,08

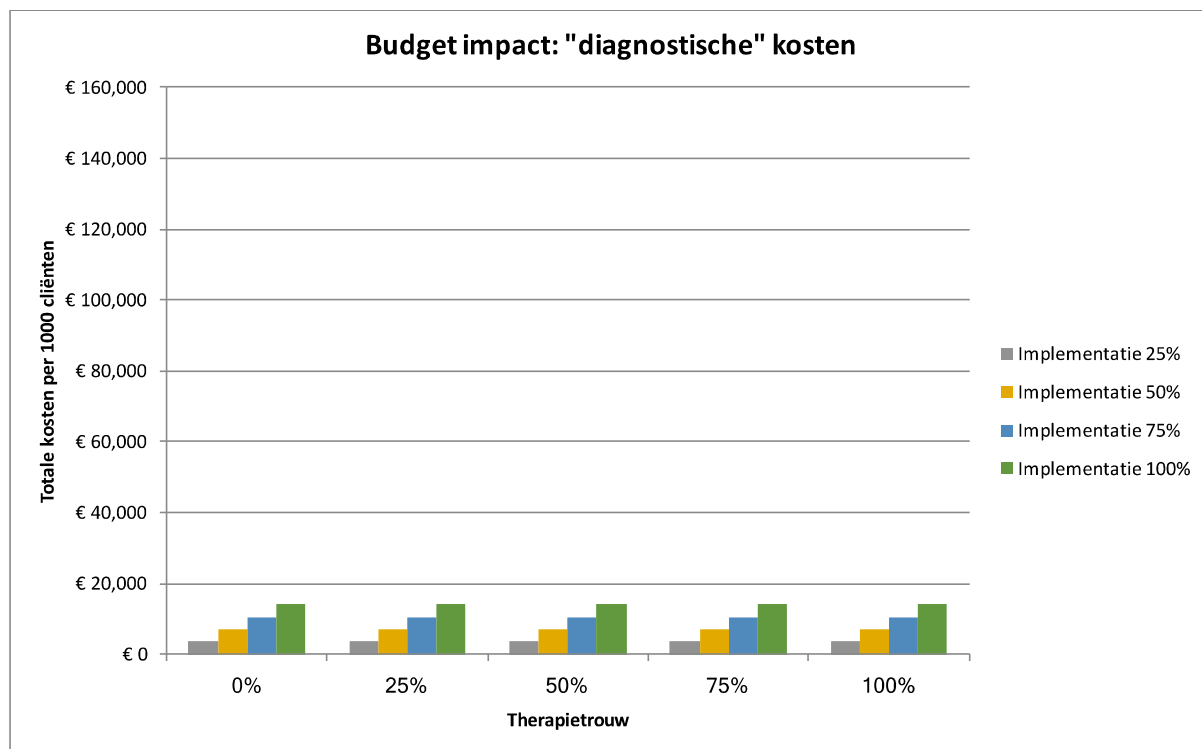
Verwijzing eenzaamheid en depressie	2 dagdelen per week	€4059,80
	dagbesteding basis, €37,39 pe	
	dagdeel + 6 dubbele consulte	
	huisarts, €9,59 per consult	

Methoden

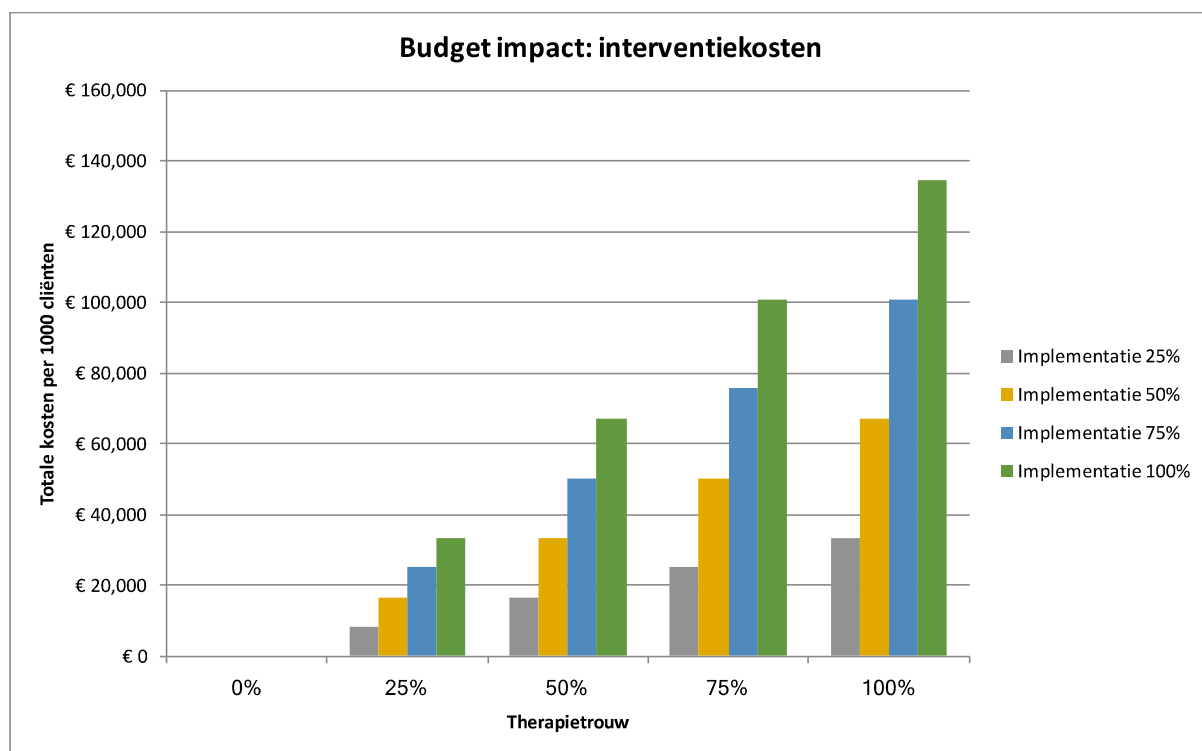
Alle kosten in deze budget impact analyse zijn berekend op basis van een cohort van 1000 cliënten die langer dan 2 jaar wijkverpleging ontvangen. Verschillende scenario's zijn doorgerekend waarbij zowel de implementatiegraad (i.e. de mate waarin de richtlijn geïmplementeerd wordt door wijkverpleegkundigen) en de therapietrouw (i.e. de mate waarin cliënten de verwijzingen opvolgen). Om de statistische onzekerheid rondom de budget impact schattingen te berekenen is gebruik gemaakt van probabilistische sensitiviteitsanalyse. Dit betekent dat voor de onzekere parameters een verdeling wordt gedefinieerd waarna simulatietechnieken gebruikt worden om random waarden uit deze verdeling te trekken. In deze BIA zijn voor de kans dat iemand eenzaam, depressief of eenzaam en depressief bevonden wordt beta verdelingen geschat. Vervolgens zijn 1000 Monte Carlo simulaties gedaan om de onzekerheid te schatten. Deze onzekerheid wordt gepresenteerd met behulp van 95% 'credibility intervals' (Crl).

Resultaten

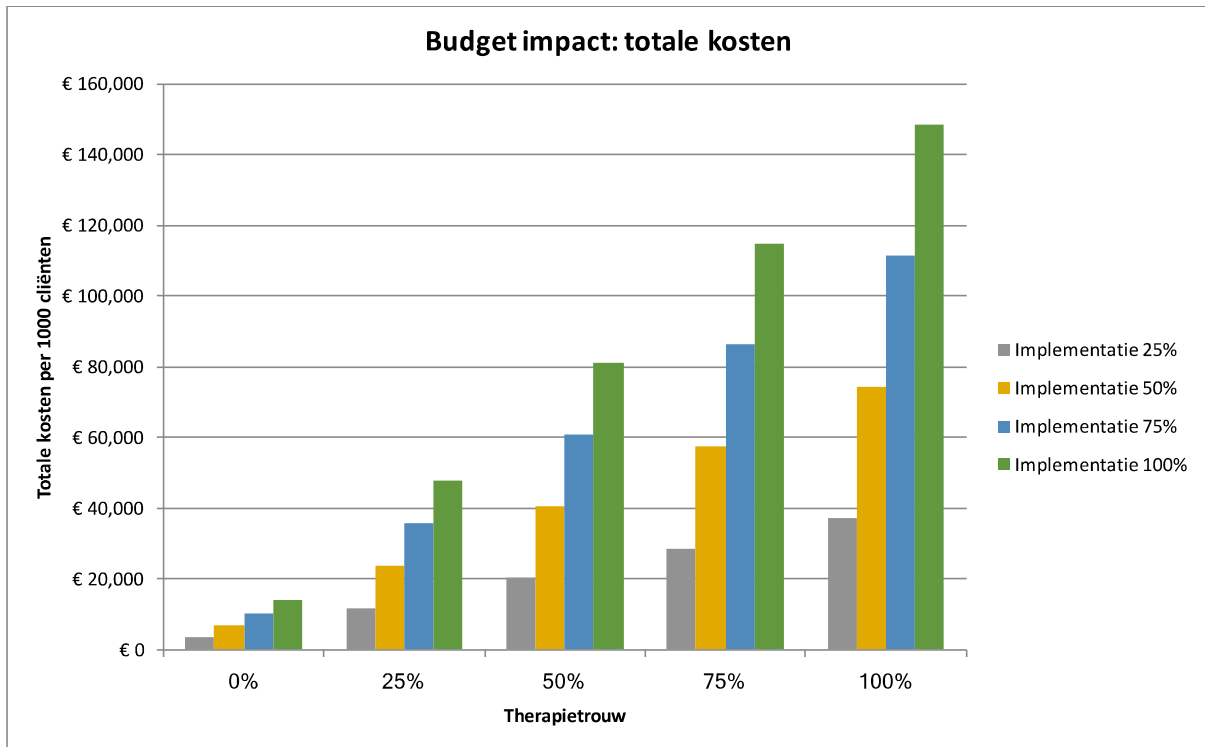
De resultaten van de BIA staan beschreven in tabel 3. Scenario 0 is het huidige scenario waarin de wijkverpleegkundige geen extra handelingen uitvoert om te evalueren of een cliënt eenzaam is. Bij een 100% scenario, dat wil zeggen de wijkverpleegkundige neemt een vragenlijst af en voert twee gesprekken met alle cliënten die verdacht worden van eenzaamheid én de cliënten die eenzaam, depressief of eenzaam en depressief blijken te zijn volgen de begeleidingsadviezen van de wijkverpleegkundige 100% op, zijn de verwachte extra kosten per 1000 cliënten € 148.619 (95% Crl € 115.841 tot € 181.308). De totale diagnostiekkosten komen in dit scenario op €14.049 en de interventiekosten op € 134.571 (95% Crl € 101.792 tot € 167.259). Figuren 2 tot en met 4 laten de verdeling van de diagnostische, interventie- en totale kosten in histogrammen zien. Figuur 2 laat zien dat de diagnostische kosten alleen afhankelijk zijn van de implementatiegraad en niet van de therapietrouw. Figuur 3 laat zien dat de interventiekosten toenemen met toenemende therapietrouw. Figuur 4 laat het gecombineerde effect van de implementatiegraad en therapietrouw op de totale kosten zien.



Figuur 2 Budget impact schattingen voor diagnostische kosten



Figuur 3 Budget impact schattingen voor interventiekosten



Figuur 4 Budget impact schattingen voor totale kosten

Tabel 3 Budget impact schattingen voor de verschillende scenario's met bijbehorende 95% geloofwaardigheidsintervallen

Scenario	Impl me n- tatie	Thera pie- trouw	Diagnostie			Interventies			Totaal
			Vragenlijst	Gespr ekken	Totaal	Welzijn	Huisarts	Totaal	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0.25	0	€1514	€1998	€3512	0	0	0	€3512
2	0.25	0.25	€1514	€1998	€3512	€8090 (€6130 ; €10038)	€320 (€232 ; €416)	€8411 (€6362 ; €10454)	€11.923 (€9874 ; €13966)
3	0.25	0.5	€1514	€1998	€3512	€16180 (€12261 ; €20076)	€641 (€463 ; €831)	€16821 (€12724 ; €20907)	€20334 (€16236 ; €24420)
4	0.25	0.75	€1514	€1998	€3512	€24271 (€18391 ; €30114)	€961 (€695 ; €1247)	€25232 (€19086 ; €31361)	€28744 (€22598 ; €34873)
5	0.25	1	€1514	€1998	€3512	€32361 (€24522 ; €40153)	€1282 (€926 ; €1662)	€33643 (€25448 ; 41815)	€37155 (€28960 ; €45327)
6	0.5	0	€3028	€3997	€7024	0	0	0	€7024
7	0.5	0.25	€3028	€3997	€7024	€16180 (€12261 ; €20076)	€641 (€463 ; €831)	€16821 (€12724 ; €20907)	€23846 (€19748 ; €27932)
8	0.5	0.5	€3028	€3997	€7024	€32361 (€24522 ; €40153)	€1282 (€926 ; €1662)	€33643 (€25448 ; €41815)	€40667 (€32472 ; €48839)
9	0.5	0.75	€3028	€3997	€7024	€48541 (€36783 ; €60229)	€1923 (€1389 ; €2493)	€50464 (€38172 ; €62772)	€57488 (€45196 ; €69746)
10	0.5	1	€3028	€3997	€7024	€64722 (€49043 ; €80305)	€2563 (€1852 ; €3324)	€67285 (€50896 ; €83629)	€74310 (€57920 ; €90654)
11	0.75	0	€4542	€5995	€10537	0	0	0	€10537
12	0.75	0.25	€4542	€5995	€10537	€24271 (€18391 ; €30114)	€961 (€695 ; €1247)	€25232 (€19086 ; €31361)	€35769 (€29623 ; €41898)
13	0.75	0.5	€4542	€5995	€10537	€48541 (€36783 ; €60229)	€1923 (€1389 ; €2493)	€50464 (€38172 ; €62772)	€61001 (€48709 ; €73259)
14	0.75	0.75	€4542	€5995	€10537	€72812 (€55174 ; €90343)	€2884 (€2084 ; €3740)	€75696 (€57258 ; €94083)	€86232 (€67794 ; €104620)
15	0.75	1	€4542	€5995	€10537	€97083 (€73565 ; €120458)	€3845 (€2779 ; €4986)	€100928 (€76344 ; €125444)	€111464 (€86880 ; €135981)
16	1	0	€6056	€7993	€14049	0	0	0	€14049

17	1	0.25	€6056	€7993	€14049	€32361 (€24522 ; €40153)	€1282 (€926 ; €1662)	€33643 (€25448 ; €41815)	€47691 (€39497 ; €55863)
18	1	0.5	€6056	€7993	€14049	€64722 (€49043 ; €80305)	€2563 (€1852 ; €3324)	€67285 (€50896 ; €83629)	€81334 (€64945 ; €97678)
19	1	0.75	€6056	€7993	€14049	€97083 (€73565 ; €120458)	€3845 (€2779 ; €4986)	€100928 (€76344 ; €125444)	€114977 (€90393 ; €139493)
20	1	1	€6056	€7993	€14049	€129444 (€98087 ; €160610)	€5127 (€3705 ; €6648)	€134571 (€101571 ; €167529)	€148619 (€115841 ; €181308)

Conclusie

Deze BIA laat zien dat de extra kosten voor het evalueren en behandelen van eenzaamheid en depressie onder cliënten die langer dan twee jaar wijkverpleging krijgen oplopen tot € 148619 per 1000 cliënten wanneer alle cliënten gescreend worden en de behandeladviezen opvolgen. Bij screenings- en behandelpercentages van 50% komen de kosten op € 40667 per 1000 cliënten. Hieruit blijkt dat de budget impact van implementatie van de richtlijn met substantiële kosten gepaard gaat. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of implementatie van de richtlijn leidt tot betere cliëntuitkomsten en/of lagere kosten in andere zorgsectoren (psychische en somatische zorg, mantelzorg, etcetera).

Bijlage 10

Onderwerpen voor verder onderzoek

De voor de richtlijn verzamelde gegevens laten zien dat er weinig goed uitgevoerd voorhanden is naar de benadering van eenzaamheid. Er komt uit de wetenschappelijke literatuur daarom komt niet duidelijk naar voren of en welke ondersteuning bijdraagt aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid. Gezien de omvang van de problematiek en de verwachting van een groeiend aantal ouderen dat zich eenzaam voelt, is dit in de ogen van de commissie een belangrijke kennislacune

De werkgroep kon geen wetenschappelijke studies vinden naar het nut van het systematisch signaleren van eenzaamheid onder ouderen. De werkgroep is van mening dat, mits ondersteuning daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van de eenzaamheid, nader onderzoek naar het nut van screening op eenzaamheid onder ouderen nodig is.

De werkgroep vindt het raadzaam om vervolgonderzoek uit te voeren naar:

- 1) de effecten van de implementatie van de richtlijn op cliëntuitkomsten en de kosten in andere zorgsectoren;
- 2) het ontwikkelen van een effectieve gesprekstraining van wijkverpleegkundigen en het gebruik van de gesprekshandreiking.

Bijlage 11

Literatuurlijst

Inleiding

Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.

Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. *Handbook of Positive Psychology*.

Boss, L., Kang, D.-H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553.

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. (2015). The Neuroendocrinology of Social Isolation. SSRN.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1054-1085.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453-463.

Campen van, C., Vonk, F., & van Tilburg, T. (2018). *Kwetsbaar en - eenzaam ?* Den Haag.

Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18(4), 504-514.

De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 391-404). Cambridge: Cambridge University Press.

Derkx, P., Bos, P., Laceulle, H., & Machielse, A. (2019). Meaning in life and the experience of older people. *International Journal of Ageing and Later Life*, Dec. 1-30.

Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in Older Adult Loneliness: Results From a Seven-Year Longitudinal Study. *Research on Aging*, 27(6), 725-747.

Ettema, E. J., Derksen, L. D., & van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31(2), 141-169.

Field, D., Minkler, M., Falk, R. F., & Leino, E. V. (1993). The influence of health on family contacts and family feelings in advanced old age: A longitudinal study. *Journals of Gerontology*, 1, 18-28

- Fokkema, T., Welschen, S., Tilburg, T. Van, Thomese, F., Sajatcentrum, B., & Universiteit, V. (2016). *Eenzaamheid onder oudere migranten: literatuuronderzoek en interviews*. Amsterdam.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 10.1007/s12160-010-9210-9218.
- Holmén, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 35(3), 261-274.
- Holwerda, T. J., Van Tilburg, T. G., Deeg, D. J. H., Schutter, N., Dekker, J., Stek, M. L., ... Rien, V. (2016). Impact of loneliness and depression on mortality: Results from the longitudinal ageing study Amsterdam. *British Journal of Psychiatry*. 209(2), 127-134
- Jorna, A. A. M. (2012). *Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam: Humanistics University Press.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Pronk, M., Deeg, D. J. H., Smits, C., van Tilburg, T. G., Kuik, D. J., Festen, J. M., & Kramer, S. E. (2011). Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: Identification of subgroups. *International Journal of Audiology*, 50(12), 887-896.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview. *Journal of Social and Personal Relationships*. 8(1), 99-127.
- Thurston, R. C., & Kubzansky, L. D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 836-842.
- van Tilburg, T. G., & Klok, J. (2018). Factoren van eenzaamheid: Een literatuuroverzicht. In C. van Campen, F. Vonk, & T. G. Van Tilburg (Eds.), *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (pp. 25-34). Sociaal en Cultureel Planbureau.
- van Tilburg, T.G., & de Jong-Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: van Gorcum.
- van Tilburg, Theo G, & Fokkema, T. (2018). Hogere eenzaamheid onder Marokkaanse en Turkse ouderen in Nederland: Op zoek naar een verklaring. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 49(6), 263-273.
- van Wijngaarden, E., & The, A.-M. (2017). Luisteren als belangrijkste interventie bij eenzaamheid. *Bijblijven*, 33(4-5), 296-306.
- Verstraten, P. F. J., Brinkmann, W. L. J. H., Stevens, N. L., & Schouten, J. S. A. G. (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *International Congress Series*.
- Wahl, H. W., Heyl, V., Drapaniotis, P. M., Hörmann, K., Jonas, J. B., Plinkert, P. K., & Rohrschneider, K. (2013). Severe vision and hearing impairment and successful aging: A multidimensional view. *Gerontologist*.

Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kurata, J., & Kaplan, G. A. (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. (M. Press, Ed.). Cambridge.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. a, Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Bennett, D. a. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 64(2), 234-240.

Zorginstituut Nederland. (2014). *Leidraad voor Kwaliteitsstandaarden door Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA)*.

Module 1:

Ausín, B., Muñoz, M., Martín, T., Pérez-Santos, E., & Castellanos, M. Á. (2018). Confirmatory factor analysis of the Revised UCLA Loneliness Scale (UCLA LS-R) in individuals over 65. *Aging & mental health*, 1-7.

Beuningen, J. van, Coumans, M., & Moonen, L. (2018). *Het meten van eenzaamheid*, Centraal Bureau voor de Statistiek - CBS, Den Haag/Heerlen/Bonaire, 2018 ,1-24.

Buz, J., & Pérez-Arechaederra, D. (2014). Psychometric properties and measurement invariance of the Spanish version of the 11-item de Jong Gierveld loneliness scale. *International psychogeriatrics*, 26(9), 1553-1564.

Buz, J., Urchaga, D., & Polo, M. E. (2014). Factor structure of the de Jong Gierveld loneliness scale in Spanish elderly adults. *Anales de Psicología*, 30(2), 588-596.

De Jong Gierveld, J. , & van Tilburg, T. G. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582-598.

De Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 39(1), 4-15.

De Jong Gierveld, J. & van Tilburg, T. G. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*, 7(2), 121-130.

Dowrick, C. (Ed.). (2018). *Person -centred primary care* (1st ed.). New York: Routledge

Durak, M., & Senol-Durak, E. (2010). Psychometric qualities of the UCLA Loneliness Scale-Version 3 as applied in a Turkish culture. *Educational Gerontology*, 36(10), 988-1007.

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research in Aging*, 26(6), 655-672.

Lecovich, E. (2013). Psychometric Properties of the Hebrew Version of the de Jong Gierveld Loneliness Scale. *Educational Gerontology*, 39(1), 12-27.

Lee, J., Cagle, J. G. (2017). Validating the 11-Item Revised University of California Los Angeles Scale to Assess Loneliness Among Older Adults: An Evaluation of Factor Structure and Other Measurement Properties. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(11), 1173-1183.

Leung, G. T. Y., de Jong Gierveld, J., & Lam, L. C. W. (2008). Validation of the Chinese translation of the 6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale in elderly Chinese. *International Psychogeriatrics*, 20(6), 1262-1272.

Moorer, P., & Suurmeijer, T. P. B. M. (1993). Unidimensionality and cumulativeness of the Loneliness Scale using Mokken Scale Analysis for polychotomous items. *Psychological Reports*, 73(3), 1324-1326.

Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing*, 11(4), 313-319.

Penning, M. J., Liu, G., & Chou, P. H. B. (2014). Measuring loneliness among middle-aged and older adults: The UCLA and De Jong Gierveld Loneliness Scales. *Social Indicators Research*, 118(3), 1147-1166.

Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294.

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.

Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2012). Use of Direct Versus Indirect Approaches to Measure Loneliness in Later Life. *Research on Aging*, 34(5), 572-591.

van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (1999). Cescuurbepaling van de eenzaamheidsschaal. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 30, 158-163.

van Tilburg, Th. G., & Fokkema, T. (2018). Hogere eenzaamheid onder Marokkaanse en Turkse ouderen in Nederland: Op zoek naar een verklaring. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 49(6), 263-273

Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M., & Hontangas, P. M. (2017). Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: Competitive structural models and item response theory. *European journal of ageing*, 14(4), 429-437.

Uysal-Bozkir, Ö., Fokkema, T., MacNeil-Vroomen, J. L., van Tilburg, T. G., & de Rooij, S. E. (2017). Translation and validation of the De Jong Gierveld Loneliness Scale among older migrants living in the Netherlands. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(1), 109-119.

Vassar, M., & Crosby, J. W. (2008). A reliability generalization study of coefficient alpha for the UCLA Loneliness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 90(6), 601-607.

Victor, C., Grenade, L., & Boldy, D. (2005). Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15(1), 63-70.

Module 2:

Aa, H. P. A. van der, Margrain, T. H., van Rens, G. H. M. B., Heymans, M. W., & van Nispen, R. M. A. (2016). Psychosocial interventions to improve mental health in adults with vision impairment: systematic review and meta-analysis. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 36(5), 584-606.

- Alaviani M., Khosravan S., Alami A. & Moshki M. (2015) The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on Pender's health promotion model to prevent loneliness of old women referred to Gonabad Urban Health Centers. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 3(2), 132-140.
- Anderson, L. (1985). Intervention against loneliness in a group of elderly women: an impact evaluation. *Social science & medicine*, 20(4), 355-364.
- Banks, M. R., & Banks, W. A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *The journals of gerontology series A: biological sciences and medical sciences*, 57(7), M428-M432.
- Banks, M. R., & Banks, W. A. (2005). The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozoös*, 18(4), 396-408.
- Banks, M. R., Willoughby, L. M., & Banks, W. A. (2008). Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: use of robotic versus living dogs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 173-177.
- Bemelmans, R., Gelderblom, G. J., Jonker, P., & de Witte, L. (2012). Socially assistive robots in elderly care: a systematic review into effects and effectiveness. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2), 114-120.
- Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics: Effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *Journal of gerontological nursing*, 30(6), 27-34.
- Bickmore, T. W., Caruso, L., Clough-Gorr, K., & Heeren, T. (2005). 'It's just like you talk to a friend' relational agents for older adults. *Interacting with Computers*, 17(6), 711-735.
- Bouwman, T.E., & Van Tilburg, T.G. Naar een gerichtere aanpak van eenzaamheid: Zeven werkzame elementen in eenzaamheidsinterventies, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, aangeboden 2019.
- Brown V.M., Allen A.C., Dwozan M., Mercer I. & Warren K. (2004). Indoor gardening and older adults: effects on socialization, activities of daily living, and loneliness. *Journal of Gerontological Nursing* 30 (10), 34-42.
- Caserta, M. S., & Lund, D. A. (1996). Beyond bereavement support group meetings: Exploring outside social contacts among the members. *Death studies*, 20(6), 537-556.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67.
- Charlesworth, G., Shepstone, L., Wilson, E., Reynolds, S., Mugford, M., Price, D., ... & Poland, F. (2008). Befriending carers of people with dementia: randomised controlled trial. *Bmj*, 336(7656), 1295-1297.
- *Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review. *Journal of Medical Internet research*, 18(1), e18.

- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of geriatric psychiatry*, 25(4), 380-388.
- Chipps, J., Jarvis, M. A., & Ramlall, S. (2017). The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(10), 817-827.
- Choi, M., Kong, S., & Jung, D. (2012). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: A meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*, 18(3), 191-198.
- Clarke, M., Clarke, S. J., & Jagger, C. (1992). Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial. *American journal of epidemiology*, 136(12), 1517-1523.
- Coalitie Erbij. (2018). Signaleringskaart Eenzaamheid.
- Cohen-Mansfield, J., & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), e109-125.
- Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. M., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46(6), 726-734.
- Coleman, E. A., Tulman, L., Samarel, N., Wilmoth, M. C., Rickel, L., Rickel, M., & Stewart, C. B. (2005). The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. *Oncology nursing forum* 32(4), 822-829.
- Coll-Planas, L., Nyqvist, F., Puig, T., Urrutia, G., Sola, I., & Monteserin, R. (2017). Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *Journal of epidemicology and community health*, 71(7), 663-672.
- Cox, E. O., Green, K. E., Hobart, K., Jang, L. J., & Seo, H. (2007). Strengthening the late-life care process: Effects of two forms of a care-receiver efficacy intervention. *The Gerontologist*, 47(3), 388-397.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., ... & Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, behavior, and immunity*, 26(7), 1095-1101.
- De Craen, A. J., Gussekloo, J., Blauw, G. J., Willems, C. G., & Westendorp, R. G. (2006). Randomised controlled trial of unsolicited occupational therapy in community-dwelling elderly people: the LOTIS trial. *PLoS Clinical Trials*, 1(1), e2.
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11, 647.
- Dieltjens, T., Heylen, L., Hanegreefs, L., Buck, E. D. E., & Vandekerckhove, P. (2007). GUIDELINES TO TACKLE THE FEECoalitie Erbij. (2018). Signaleringskaart Eenzaamheid.
- Evans, R. L., & Jaureguy, B. M. (1982). Phone therapy outreach for blind elderly. *The Gerontologist*, 22(1), 32-35.

- Franck, L., Molyneux, N., & Parkinson, L. (2016). Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. *Quality of Life Research*, 25(6), 1395-1407.
- Fokkema, T., & Knipscheer, K. (2007). Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging & Mental Health*, 11(5), 496-504.
- Fokkema, C. M., & van Tilburg, T. G. (2007). Loneliness interventions among older adults: Sense or nonsense? *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 185-203.
- Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2003). The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncology nursing forum*, 30(5), 823-830.
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2016). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 1-11.
- Gilbey, A., & Tani, K. (2015). Companion animals and loneliness: A systematic review of quantitative studies. *Anthrozoös*, 28(2), 181-197.
- Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: A systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health*, 18(6), 683-693.
- Hall, N., De Beck, P., Johnson, D., Mackinnon, K., Gutman, G., & Glick, N. (1992). Randomized trial of a health promotion program for frail elders. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du vieillissement*, 11(1), 72-91.
- Hartke, R. J., & King, R. B. (2003). Telephone group intervention for older stroke caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(4), 65-81.
- Heckman, T. G., Barcikowski, R., Ogles, B., Suhr, J., Carlson, B., Holroyd, K., & Garske, J. (2006). A telephone-delivered coping improvement group intervention for middle-aged and older adults living with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 27-38.
- Heller, K., Thompson, M. G., Trueba, P. E., Hogg, J. R., & Vlachos-Weber, I. (1991). Peer support telephone dyads for elderly women: Was this the wrong intervention? *American Journal of Community Psychology*, 19(1), 53-74.
- Hill, W., Weinert, C., & Cudney, S. (2006). Influence of a computer intervention on the psychological status of chronically ill rural women: Preliminary results. *Nursing research*, 55(1), 34.
- Hind, D., Mountain, G., Gossage-Worrall, R., Walters, S. J., Duncan, R., Newbould, L., ... & Cairns, A. (2014). Putting Life in Years (PLINY): a randomised controlled trial and mixed-methods process evaluation of a telephone friendship intervention to improve mental well-being in independently living older people. *Public Health Research*, 2(7), 1-252.
- Honigh, R., 2013. *Healthy Ageing: Prevention of Loneliness among Elderly People* (PhD Dissertation). Wageningen University & Research, Wageningen, Nederland.
- Hopman-Rock, M., & Westhoff, M. H. (2002). Development and evaluation of "aging well and healthily": a health-education and exercise program for community-living older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10(4), 364-381.

- Jessen, J., Cardiello, F., & Baun, M. M. (1996). Avian companionship in alleviation of depression, loneliness, and low morale of older adults in skilled rehabilitation units. *Psychological reports*, 78(1), 339-348.
- Kahlbaugh, P. E., Sperandio, A. J., Carlson, A. L., & Hauselt, J. (2011). Effects of playing Wii on well-being in the elderly: Physical activity, loneliness, and mood. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(4), 331-344.
- Khosravi, P., Rezvani, A., & Wiewiora, A. (2016). The impact of technology on older adults' social isolation. *Computers in Human Behavior*, 63, 594-603.
- Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., & Slaets, J. P. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging and Mental Health*, 10(5), 476-484.
- Liu S.J., Lin C.J., Chen Y.M. & Huang X.Y. (2007). The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. *Mid-Taiwan Journal of Medicine* 12(3), 133-142.
- Löck, J. (1990). Emotional and social effects of a controlled intervention study in a day-care unit for elderly patients. *Scandinavian journal of primary health care*, 8(3), 165-172.
- Martina, C. M. S., & Stevens, N. L. (2006). Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging and mental health*, 10(5), 467-475.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- McEwan, R. T., Davison, N., Forster, D. P., Pearson, P., & Stirling, E. (1990). Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 40(332), 94-97.
- Melis, R. J., Van Eijken, M. I., Teerenstra, S., Van Achterberg, T., Parker, S. G., Borm, G. F., ... & Rikkert, M. G. (2008). A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *Journals of Gerontology A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(3), 283-290.
- Morris, M. E., Adair, B., Ozanne, E., Kurowski, W., Miller, K. J., Pearce, A. J., ... & Said, C. M. (2014). Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. *Australasian journal on ageing*, 33(3), 142-152.
- Morrow-Howell, N., Becker-Kemppainen, S., & Judy, L. (1998). Evaluating an intervention for the elderly at increased risk of suicide. *Research on Social Work Practice*, 8(1), 28-46.
- Mountain, G. A., Hind, D., Gossage-Worrall, R., Walters, S. J., Duncan, R., Newbould, L., & Cairns, A. (2014). 'Putting Life in Years'(PLINY) telephone friendship groups research study: pilot randomised controlled trial. *Trials*, 15(1), 141.
- Ollonqvist, K., Palkeinen, H., Aaltonen, T., Pohjolainen, T., Puukka, P., Hinkka, K., & Pöntinen, S. (2008). Alleviating loneliness among frail older people-findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(2), 26-34.

- Omlo, J. (2018). Nog een wereld te winnen. Reflecties op de theoretische onderbouwing van eenzaamheidsinterventies. Utrecht, Movisie.
- Pool, M. S., Agyemang, C. O., & Smalbrugge, M. (2017). Interventions to improve social determinants of health among elderly ethnic minority groups: a review. *The European Journal of Public Health, 27*(6), 1048-1054.
- Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., ... & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Experimental gerontology, 102*, 133-144.
- Pu, L., Moyle, W., Jones, C., & Todorovic, M. (2018). The Effectiveness of Social Robots for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *The Gerontologist, gny046*.
- Riddick, C. C. (1985). Health, aquariums, and the non-institutionalized elderly. *Marriage & Family Review, 8*(3-4), 163-173.
- Ring, L., Barry, B., Totzke, K., & Bickmore, T. (2013). Addressing loneliness and isolation in older adults: Proactive affective agents provide better support. *Affective Computing and Intelligent Interaction (ACII), Humaine Association Conference*, 61-66.
- Ring, L., Shi, L., Totzke, K., & Bickmore, T. (2015). Social support agents for older adults: longitudinal affective computing in the home. *Journal on Multimodal User Interfaces, 9*(1), 79-88.
- Robinson, H., MacDonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The psychosocial effects of a companion robot: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*(9), 661-667.
- Rook, K. S., & Sorkin, D. H. (2003). Fostering social ties through a volunteer role: Implications for older-adults' psychological health. *The International Journal of Aging and Human Development, 57*(4), 313-337.
- Rosen, C. E., & Rosen, S. (1982). Evaluating an intervention program for the elderly. *Community Mental Health Journal, 18*(1), 21-33.
- Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2008). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing, 65*(2), 297-305.
- Saito, T., Kai, I., & Takizawa, A. (2012). Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan. *Archives of gerontology and geriatrics, 55*(3), 539-547.
- Samarel, N., Tulman, L., & Fawcett, J. (2002). Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Research in nursing & health, 25*(6), 459-470.
- Savelkoul, M., De Witte, L. P., Candel, M. J., Van Der Tempel, H., & Van Den Borne, B. (2001). Effects of a coping intervention on patients with rheumatic diseases: results of a randomized controlled trial. *Arthritis Care & Research, 45*(1), 69-76.

- Savelkoul, M., & De Witte, L. P. (2004). Mutual support groups in rheumatic diseases: Effects and participants' perceptions. *Arthritis Care & Research*, 51(4), 605-608.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., & Pitkälä, K. (2009). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International journal of older people nursing*, 5(1), 16-24.
- Scharlach, A. E. (1987). Relieving feelings of strain among women with elderly mothers. *Psychology and Aging*, 2(1), 9-22
- Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11, 477-484.
- Sheridan, A. J., Drennan, J., Coughlan, B., O'Keeffe, D., Frazer, K., Kemple, M., ... & O'Callaghan, E. (2015). Improving social functioning and reducing social isolation and loneliness among people with enduring mental illness: Report of a randomised controlled trial of supported socialisation. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3), 241-250.
- Siette, J., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). Effectiveness of befriending interventions: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(4), e014304.
- Sims-Gould, J., Tong, C. E., Wallis-Mayer, L., & Ashe, M. C. (2017). Reablement, reactivation, rehabilitation and restorative interventions with older adults in receipt of home care: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8), 653-663.
- Slegers, K., Van Boxtel, M. P., & Jolles, J. (2008). Effects of computer training and Internet usage on the well-being and quality of life of older adults: A randomized, controlled study. *The journals of gerontology series B: Psychological sciences and social sciences*, 63(3), 176-184.
- Snowden, M. B., Steinman, L. E., Carlson, W. L., Mochan, K. N., Abraido-Lanza, A. F., Bryant, L. L.,... Anderson, L. A. (2014). Effect of physical activity, social support, and skills training on late-life emotional health: A systematic literature review and implications for public health research. *Frontiers in Public Health*, 2, 213.
- Sørensen, K. H., & Sivertsen, J. (1988). Follow-up three years after intervention to relieve unmet medical and social needs of old people. *Comprehensive gerontology. Section B, Behavioural, social, and applied sciences*, 2(2), 85-91.
- Stevens N.L., Martina C.M. & Westerhof G.J. (2006) Meeting the need to belong: predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *Gerontologist* 46(4), 495-502.
- Stevens, N.L., & Van Tilburg, T.G. (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26(1), 15-35.
- Syed Elias, S. M., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372-380.
- Tesch-Römer, C. (1997). Psychological effects of hearing aid use in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(3), 127-138.

- Tsai, H. H., & Tsai, Y. F. (2011). Changes in depressive symptoms, social support, and loneliness over 1 year after a minimum 3-month videoconference program for older nursing home residents. *Journal of medical Internet research*, 13(4).
- Tsai H.H., Tsai Y.F., Wang H.H., Chang Y.C. & Chu H.H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 14 (8), 947-954.
- Tse, M. M. Y. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 19(7-8), 949-958.
- Tse M., Lo A., Cheng T., Chan E., Chan A. & Chung H. (2010). Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*, 34, 35-74.
- Van den Elzen, A. J., & Fokkema, C. M. (2006). Home visits to the elderly in Leiden: An investigation into the effect of loneliness. *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, 142-146.
- Van Rossum, E., Frederiks, C. M. A., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J., & Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people. *Bmj*, 307(6895), 27-32.
- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, Van Avendonk MJP, Van der Weele GM., 2012, NHG-Standaard Depressie (2de herziening).
- Virúés-Ortega, J., Pastor-Barriuso, R., Castellote, J. M., Población, A., & de Pedro-Cuesta, J. (2012). Effect of animal-assisted therapy on the psychological and functional status of elderly populations and patients with psychiatric disorders: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 6(2), 197-221.
- Walshe, C., Dodd, S., Hill, M., Ockenden, N., Payne, S., Preston, N., & Algorta, G. P. (2016). How effective are volunteers at supporting people in their last year of life? A pragmatic randomised wait-list trial in palliative care (ELSA). *BMC medicine*, 14, 203-215.
- Weinert, C., Cudney, S., Comstock, B., & Bansal, A. (2011). Computer intervention impact on psychosocial adaptation of rural women with chronic conditions. *Nursing research*, 60(2), 82-91.
- Weinert, C., Cudney, S., & Hill, W. G. (2008). Rural women, technology, and self-management of chronic illness. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 40(3), 114-134.
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Bynum, L., Teague, C., Navas, L., ... & Halbrecht, H. (1999). Surfing the net in later life: A review of the literature and pilot study of computer use and quality of life. *Journal of Applied Gerontology*, 18(3), 358-378.
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L. G., Sloane, R., Pieper, C., & Box, T. L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging & mental health*, 6(3), 213-221.
- Winningham, R. G., & Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & mental health*, 11(6), 716-721.
- Woodward, A. T., Freddolino, P. P., Blaschke-Thompson, C. M., Wishart, D. J., Bakk, L., Kobayashi, R., & Tupper, C. (2011). Technology and aging project: Training outcomes and efficacy from a randomized field trial. *Ageing International*, 36(1), 46-65.

Zwet, R. van der, J.W. van de Maat (2016) Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid, Utrecht, Movisie.

Module 3:

Bemelmans, R., Gelderblom, G. J., Jonker, P., & de Witte, L. (2012). Socially assistive robots in elderly care: a systematic review into effects and effectiveness. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2), 114-120.

Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67.

Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review. *Journal of Medical Internet research*, 18(1), e18.

Choi, M., Kong, S., & Jung, D. (2012). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: A meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*, 18(3), 191-198.

Cohen-Mansfield, J., & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), e109-125

Coll-Planas, L., Nyqvist, F., Puig, T., Urrutia, G., Sola, I., & Monteserin, R. (2017). Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 71(7), 663-672.

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

Franck, L., Molyneux, N., & Parkinson, L. (2016). Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. *Quality of Life Research*, 25(6), 1395-1407.

Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2016). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review. *Health & Social Care in the Community*.

Gilbey, A., & Tani, K. (2015). Companion animals and loneliness: A systematic review of quantitative studies. *Anthrozoös*, 28(2), 181-197.

Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: A systematic search and narrative review. *Ageing & Mental Health*, 18(6), 683-693.

Khosravi, P., Rezvani, A., & Wiewiora, A. (2016). The impact of technology on older adults' social isolation. *Computers in Human Behavior*, 63, 594-603.

Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.

Morris, M. E., Adair, B., Ozanne, E., Kurowski, W., Miller, K. J., Pearce, A. J., ... & Said, C. M. (2014). Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. *Australasian journal on ageing*, 33(3), 142-152.

- Pool, M. S., Agyemang, C. O., & Smalbrugge, M. (2017). Interventions to improve social determinants of health among elderly ethnic minority groups: a review. *The European Journal of Public Health*, 27(6), 1048-1054.
- Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., ... & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Experimental gerontology*, 102, 133-144.
- Pu, L., Moyle, W., Jones, C., & Todorovic, M. (2018). The Effectiveness of Social Robots for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *The Gerontologist*, gny046.
- Siette, J., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). Effectiveness of befriending interventions: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(4), e014304.
- Sims-Gould, J., Tong, C. E., Wallis-Mayer, L., & Ashe, M. C. (2017). Reablement, reactivation, rehabilitation and restorative interventions with older adults in receipt of home care: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8), 653-663.
- Snowden, M. B., Steinman, L. E., Carlson, W. L., Mochan, K. N., Abraido-Lanza, A. F., Bryant, L. L., . . . Anderson, L. A. (2014). Effect of physical activity, social support, and skills training on late-life emotional health: A systematic literature review and implications for public health research. *Frontiers in Public Health*, 2, 213.
- Syed Elias, S. M., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372-380.
- Van der Aa, H. P. A., Margrain, T. H., van Rens, G. H. M. B., Heymans, M. W., & van Nispen, R. M. A. (2016). Psychosocial interventions to improve mental health in adults with vision impairment: systematic review and meta-analysis. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 36(5), 584-606.
- Virués-Ortega, J., Pastor-Barriuso, R., Castellote, J. M., Población, A., & de Pedro-Cuesta, J. (2012). Effect of animal-assisted therapy on the psychological and functional status of elderly populations and patients with psychiatric disorders: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 6(2), 197-221.