

Wat de wetenschappelijke literatuur zegt over Het verband tussen sociaal isolement en welzijn- gezondheid

Dit dossier is samengesteld door het team dat verantwoordelijk is voor de wetenschappelijke ondersteuning van Brusano. Het gekozen thema was een van de vragen die door de Zorgzones waren geformuleerd voor het werk van de WG (werkgroep) Gegevens (Cf. de verslagen van de WG Gegevens). Het doel van dit dossier is om thematische informatie te verstrekken ter ondersteuning van het denkproces van de besluitvormende en operationele teams. Deze informatie is niet uitputtend en dit dossier zal worden aangevuld met specifieke gegevens van elke zorgzone.

Deze synthese van de wetenschappelijke literatuur over de relatie tussen sociaal isolement en gezondheid wordt uitgevoerd vóór het onderzoek van de studies en gegevens over het thema sociaal isolement in het Brussels Gewest.

Specifieke gegevens over de **Zorgzone Noord-Oost** zullen dit dossier aanvullen.

Inhoudsopgave

Context	3
Wat is sociaal isolement?	3
Wat is de omvang van het fenomeen?	4
Wat zijn de voorspellers en risicofactoren van sociaal isolement en eenzaamheid?	5
Wat zijn de gevolgen van sociaal isolement en eenzaamheid?	6
Gevolgen van sociaal isolement en eenzaamheid op de aanpak van andere welzijns- en gezondheidsproblemen	7
Welke interventies zijn er om sociaal isolement en eenzaamheid te bestrijden?	7
Welke lessen kunnen we trekken uit deze resultaten op gewestelijk niveau en op het niveau van de Zorgzones?	9
Wat zijn de mogelijke implicaties voor de acties die moeten worden ondernomen op het niveau van het gewest of van de Zorgzone?	10
Bijlage: lijst van 14 literatuuronderzoeken, onderwerpen, aantal opgenomen studies en doelgroepen	12

Context



Waarom het probleem van sociaal isolement aanpakken? Sociaal isolement keert vaak terug als een transversaal thema in het thematisch overleg van de Zorgzones. De facto is **sociaal isolement een concept met meerdere dimensies, dat vermoedelijk op verschillende manieren gerelateerd is aan de gezondheid en het welzijn van de bevolking.**

Als we het verband tussen sociaal isolement en de gezondheid in het algemeen beter begrijpen, kunnen we de bevolkingsgroepen identificeren die makkelijker getroffen worden, onderzoeken op welke manier het aanbod hulp en zorgverlening aan hun behoeften kan voldoen, en de gezondheids- en welzijnsactoren in kaart brengen die een rol kunnen spelen op dit gebied.

De informatie in dit document is het resultaat van een synthese van 14 tussen 2012 en 2025 gepubliceerde internationale wetenschappelijke literatuuronderzoeken **over het verband tussen sociaal isolement en gezondheid**, die op hun beurt zijn gebaseerd op in totaal meer dan 600 verschillende studies¹.

Volgens een correspondentie gepubliceerd in The Lancet⁽¹⁾ is de bezorgdheid bij de gezondheidsprofessionals over de negatieve effecten van sociaal isolement toegenomen sinds de COVID-19-pandemie en de maatregelen inzake social distancing die toen zijn ingevoerd.

Wat is sociaal isolement?

In de wetenschappelijke literatuur is er geen consensus over de definitie van sociaal isolement. Dat betekent dat er ook meer dan één manier is om het te identificeren, op te sporen en te meten, en dat er geen eensgezindheid is over de aanpak. Maar in de verschillende voorgestelde definities is er toch één element dat steeds terugkeert: het verschil tussen **'objectief' en 'subjectief' sociaal isolement**. Het eerste fenomeen heeft betrekking op het daadwerkelijk sociaal isolement, dat meetbaar is, terwijl het tweede eerder betrekking heeft op een gevoel van isolement, d.w.z. het gevoel van eenzaamheid.

Wat (objectief) sociaal isolement betreft, verwijzen de meeste definities naar het gebrek aan sociale contacten, en soms naar de waargenomen kwaliteit ervan. Bij andere definities gaat het eerder om de afwezigheid van sociale activiteiten. Wat eenzaamheid betreft (subjectief sociaal isolement), wijzen de meeste definities op het verschil tussen de verwachting van en het verlangen naar sociale relaties en de werkelijkheid, een verschil dat als onaangenaam of negatief wordt ervaren.

Als deze twee fenomenen tegelijkertijd voorkomen, is het uiteraard mogelijk dat sociaal isolement niet als negatief wordt ervaren, terwijl men ook eenzaam kan zijn zonder dat er sprake is van objectief sociaal isolement. In het algemeen blijkt uit de studies dat vooral eenzaamheid negatieve effecten en associaties heeft voor de gezondheid. Objectief sociaal isolement wordt ook op een negatieve manier in verband gebracht met de gezondheid, maar in mindere mate.

¹ In dit document geven we niet veel details over de methodologie, maar vóór deze synthese is een technisch rapport geschreven dat kan worden geraadpleegd bij het wetenschappelijke ondersteuningsteam..

Paradoxaal genoeg hebben de interventies die gericht zijn op deze fenomenen en die in de literatuur worden genoemd, vaker te maken met sociaal isolement dan met eenzaamheid⁽²⁾. In ieder geval zijn een aantal statistische verbanden tussen sociaal isolement, zowel objectief als subjectief, en gezondheidsproblemen zeer duidelijk gedocumenteerd. Er is echter niet voldoende informatie waaruit blijkt dat gezondheidsprofessionals zich (voldoende) bezighouden met sociaal isolement of dit proberen te beoordelen in het kader van algemene interventies⁽³⁾.

Wat is de omvang van het fenomeen?

Omdat er geen consensus is over de definitie van objectief of subjectief sociaal isolement en over de middelen om de prevalentie ervan te meten, hebben we onvoldoende gegevens om die fenomenen in hun totaliteit te meten bij de algemene bevolking. De studies zijn eerder gericht op specifieke doelgroepen, met name **ouderen^(4,5), personen die om internationale bescherming verzoeken en vluchtelingen** die naar hoge-inkomenslanden migreren⁽⁶⁾.

Men schat dat ongeveer een derde van de 80-plussers **te maken heeft met (objectief) sociaal isolement**. Ongeveer evenveel, dus ongeveer een derde, **zou eenzaam zijn**, al kan dat om verschillende personen gaan. Bovendien schat men dat, als we eenzaamheid in de loop van de tijd bekijken, chronische eenzaamheid **een vijfde van de ouderen treft⁽⁴⁾**.

Tal van factoren kunnen deze globale schatting beïnvloeden. Enerzijds zou er bij vrouwen boven de 80 (22%) veel meer eenzaamheid zijn dan bij mannen (16%). Anderzijds zou bijna twee derde van de ouderen met dementie of andere cognitieve problemen te maken hebben met sociaal isolement, terwijl 38 tot 43% van deze groep last zou hebben van eenzaamheid.

Bij vluchtelingen en personen die om internationale bescherming verzoeken, **zou de eenzaamheid tussen 16 en 48% schommelen, en het sociaal isolement tussen 10 en 61%**. De marges zijn hier dus vrij ruim, ongetwijfeld door de verscheidenheid aan situaties, zowel met betrekking tot de leeftijd en de sociaal-economische status van de betrokken bevolkingsgroepen en de gastlanden, als door culturele verschillen en andere meer individuele factoren⁽⁶⁾. De schattingen draaien echter ook rond **ongeveer een derde van de bevolking**.

We hebben niet voldoende gegevens om fenomenen als sociaal isolement en eenzaamheid bij de hele bevolking of bij specifieke bevolkingsgroepen te meten.

Wat zijn de voorspellers en risicofactoren van sociaal isolement en eenzaamheid?

Zoals vaak is het moeilijk om met zekerheid vast te stellen of er een oorzakelijk verband is tussen twee fenomenen. Het is vrij eenvoudig om een positief verband te zien tussen twee fenomenen als het ene aanwezig is, is het andere dat meestal ook – of een negatief verband – als het ene aanwezig is, is het andere afwezig. Maar het is moeilijker om vast te stellen of er een oorzakelijk verband is tussen twee fenomenen. Wat sociaal isolement of eenzaamheid en risicofactoren betreft, zijn er bijvoorbeeld geen oorzakelijke verbanden vastgesteld^(1,2). We weten wel dat sociaal isolement duidelijk verbonden is met een groot aantal risicofactoren.

- **Op lichamelijk vlak** worden **overgewicht en het negatieve beeld van overgewicht** vaak in verband gebracht met minder sociale contacten. Dit fenomeen wordt nog versterkt door het feit dat veel sociale activiteiten cultureel rond eten draaien, of het nu gaat om het bereiden en delen van een maaltijd – zoals op restaurant gaan, een banket organiseren of het vieren van belangrijke momenten in het leven zoals geboorte, doopsel, huwelijk en begrafenis. In het Frans betekent het woord copain letterlijk “*diegene met wie we het brood delen*”... **De thema's sociaal isolement en eten zijn dus sterk met elkaar verweven**¹. Bovendien tonen recente studies aan dat er een verband is tussen gewichtstoename en bepaalde gebruiken van sociale netwerken⁽³⁾. Bovendien gaat sociaal isolement gepaard met **een opeenstapeling van chronische aandoeningen, zintuiglijke achteruitgang**, voornamelijk **het zicht en het gehoor**^(3,7), en **urinaire incontinentie**⁽³⁾.
- **Op psychisch vlak** zijn sociaal isolement en eenzaamheid op een complexe manier geassocieerd met **depressie**. Die associatie is complex, in zoverre dat het verlies van sociale relaties (bv. bij ouderen) kan leiden tot een gevoel van eenzaamheid of objectief sociaal isolement, en dit objectief sociaal isolement of gevoel kan op zijn beurt symptomen van depressie meebrengen, zoals zich terugtrekken en sociaal isolement⁽³⁾. We weten dat vooral bij ouderen het overlijden van de partner een risicofactor voor chronische eenzaamheid is. Vervolgens zou chronisch sociaal isolement een voorspeller zijn van een hoger risico op depressie⁽⁴⁾, en dit zou nog worden versterkt door **dementie of andere cognitieve problemen**⁽⁸⁾.
- **Bij jongeren** wordt eenzaamheid in verband gebracht met een groot aantal gezondheidsproblemen, van astma of migraine tot rugpijn, tinnitus enz. Sterker nog, bij adolescenten en jonge volwassenen zijn sociale activiteiten doorslaggevend, en alle gezondheidsproblemen kunnen moeilijkheden bij die activiteiten teweegbrengen. Op psychisch vlak wordt er specifieke aandacht besteed aan duidelijke verbanden tussen sociaal isolement en eenzaamheid en **symptomen van depressie, angst en alcoholproblemen**, die kunnen uitgroeien tot langdurige psychische aandoeningen. De studie bevestigt echter dat somatische aandoeningen meer verband houden met eenzaamheid dan met sociaal isolement⁽⁹⁾.
- **Bij vluchtelingen en personen die om internationale bescherming verzoeken**, zijn de risicofactoren die gerelateerd zijn aan eenzaamheid en sociaal isolement onder andere **het verlies van familiebanden, acculturatiestress en een reeds bestaande psychische aandoening**⁽⁶⁾. Ten slotte kunnen omgevingsfactoren een effect hebben op sociaal isolement, bijvoorbeeld de veiligheid in een buurt⁽³⁾.

Wat zijn de gevolgen van sociaal isolement en eenzaamheid?

Net als bij de risicofactoren zijn er geen duidelijke oorzakelijke verbanden tussen sociaal isolement of eenzaamheid en de gevolgen voor het welzijn en de gezondheid vastgesteld. De gezondheidsproblemen die het meest bestudeerd zijn in verband met sociaal isolement en eenzaamheid zijn **depressie en cardiovasculaire problemen**. De wetenschappelijke literatuur brengt sociaal isolement en eenzaamheid in verband met een hogere kans op sterfte (ongeacht de oorzaak). Zo hebben **personen die geïsoleerd zijn, die alleen wonen of die zich eenzaam voelen ongeveer 30% meer risico om te overlijden** ongeacht de oorzaak (en exclusief het risico op zelfmoord). De belangrijkste doodsoorzaak is gelinkt aan cardiovasculaire aandoeningen⁽¹⁰⁾. Die hangen nauw samen met een al of niet gezonde voeding. Het complexe verband tussen voeding en sociaal isolement wordt zo nog versterkt.

Er is bovendien een correlatie tussen sociaal isolement en verkoudheden, en tussen sociaal isolement en het aantal valpartijen, vooral bij ouderen⁽³⁾. Maar geen enkele studie vindt een verband tussen sociaal isolement en kwetsbaarheid bij ouderen. Het is eerder **eenzaamheid die een belangrijke voorspeller is van kwetsbaarheid bij ouderen**, en niet objectief sociaal isolement⁽¹¹⁾.

Bovendien lopen ouderen die geïsoleerd zijn, zonder de steun van een sociaal netwerk, **meer risico op overmatig alcoholgebruik, tabaksgebruik, een sedentaire levensstijl** (die tot nog meer isolement leidt), **overmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, en voedingsproblemen**⁽³⁾.

Op psychisch vlak lopen personen die weinig sociale contacten hebben en aan weinig sociale activiteiten deelnemen meer risico op cognitieve achteruitgang. Omgekeerd zouden personen met een uitgebreid sociaal netwerk beter beschermd zijn tegen dementie⁽³⁾. Bij vluchtelingen en personen die om internationale bescherming verzoeken worden eenzaamheid en sociaal isolement beschouwd als risicofactoren voor depressieve stoornissen, posttraumatische stress, psychische en psychosomatische problemen zoals slapeloosheid, duizeligheid, migraine en andere pijnen⁽⁶⁾.

Ten slotte **houdt sociaal isolement verband met inkomensverlies**, vooral op het scharniermoment waarop men met pensioen gaat, wat vaak leidt tot directe inkomensverliezen en minder sociale contacten, want de werkomgeving biedt ook veel sociale contacten en middelen⁽³⁾.

Gevolgen van sociaal isolement en eenzaamheid op de aanpak van andere welzijns- en gezondheidsproblemen

Naast de gevolgen die rechtstreeks verband houden met sociaal isolement en eenzaamheid, wijst de wetenschappelijke literatuur ook op de correlatie van die fenomenen met negatieve gevolgen voor de aanpak van andere problemen, vooral met betrekking tot kanker⁽³⁾.

Over het algemeen zijn personen die sociaal geïsoleerd zijn minder therapietrouw, vooral wat het innemen van medicatie betreft. We merken ook dat **personen die geïsoleerd zijn 4 tot 5 keer meer kans hebben om binnen een jaar na hun eerste ziekenhuisopname opnieuw opgenomen te worden**. Wat ouderen en personen met psychiatrische aandoeningen betreft, is sociaal isolement een voorspeller van opname in een instelling (RVT, PVT), en omgekeerd verkleint dit risico als ze een sociaal netwerk hebben⁽³⁾.

Welke interventies zijn er om sociaal isolement en eenzaamheid te bestrijden?

De wetenschappelijke literatuur stelt vast dat er een kloof is tussen de wetenschappelijke kennis over sociaal isolement en eenzaamheid, en het beleid en de interventies. Die houden vaak niet voldoende rekening met de wetenschappelijke kennis⁽⁴⁾. Diverse interventies zijn wetenschappelijk beoordeeld. Ze zijn ingedeeld in **6 grote categorieën**. De overgrote meerderheid van de interventies is ontwikkeld voor ouderen, maar we kunnen deze categorieën ook toepassen op interventies voor andere doelgroepen⁽¹²⁾. Zo identificeren we:

1. Interventies gericht op sociale facilitatie: dit zijn de meest voorkomende interventies.

Ze bestaan uit het organiseren van groepsactiviteiten, al dan niet uitdrukkelijk gericht op ontmoeting, waarbij personen die geïsoleerd zijn elkaar kunnen ontmoeten en aan activiteiten kunnen deelnemen. Deze activiteiten worden gepresenteerd als interventies tegen objectief sociaal isolement en tegen eenzaamheid.

2. Psychologische therapie: dit zijn psychotherapeutische interventies, vaak in de vorm van groepstherapie, maar ook dikwijls met een individuele component. Dit zijn de meest bestudeerde interventies in de wetenschappelijke literatuur. Er zijn een aantal specifieke benaderingen onderzocht, zoals humorthapie, mindfulness en stressverminderende therapie. Die interventies zijn hoofdzakelijk gericht op eenzaamheid, en in mindere mate op objectief sociaal isolement.

3. Interventies van welzijns- en gezondheidsorganisaties: dit zijn interventies die verankerd zijn in samenwerkingsverbanden tussen welzijnsactoren en gezondheidsactoren om ondersteuning te bieden aan ouderen. Een voorbeeld is de oprichting van een buurtnetwerk rond ouderen dat toeziet op het isolement in een buurt. Een ander voorbeeld is een geriatriesch revalidatieprogramma. Een derde voorbeeld is het programma "Carelink", waarbij in een bepaalde buurt bezoeken door verpleegkundestudenten aan ouderen worden georganiseerd.

4. Interventies met huisdieren: dit zijn interventies met behulp van gezelschapsdieren.

In een van de studies werden virtuele dieren gebruikt.

5. Befriending-interventies: deze interventies zijn vergelijkbaar met de interventies gericht op sociale facilitatie, maar in dit geval biedt een vrijwilliger vriendschap en tijd aan een persoon die geïsoleerd of eenzaam is. Het verschil is dat het bij befriending vaker gaat om individuele bijeenkomsten en niet om groepsbijeenkomsten, en de personen die ondersteuning bieden, zijn over het algemeen geen personen die zelf geïsoleerd zijn. Bij sommige van die interventies vindt het contact hoofdzakelijk op afstand plaats (bv. telefonisch), terwijl het in de andere versies om persoonlijke bijeenkomsten gaat of om gezamenlijke deelname aan activiteiten (bv. naar de bioscoop gaan).

6. Interventies gebaseerd op de ontwikkeling van vaardigheden en vrijetijdsactiviteiten: dit zijn interventies die de vorm kunnen aannemen van sociale facilitatie of van befriending, maar waarvan het doel is deel te nemen aan vrijetijdsactiviteiten (bv. een reis organiseren en op reis vertrekken) of vaardigheden te verwerven (leren koken, een sport beoefenen, toneelspelen). Van die laatste werden het leren omgaan met een computer, digitale geletterdheid en het leren gebruiken van digitale communicatiemiddelen het hoogst gewaardeerd door de deelnemers⁽¹²⁾.

In de meeste onderzoeken naar deze activiteiten is er sprake van enige doeltreffendheid, maar omdat het om complexe interventies gaat, is er meer onderzoek nodig. De meest veelbelovende interventies combineren drie kenmerken. Ten eerste is de kans groter dat de interventies doeltreffend zijn als de **begunstigden een zekere invloed kunnen uitoefenen op de modaliteiten van de interventie**, bijvoorbeeld op de keuze van de inhoud van de activiteiten bij de interventies gericht op sociale facilitatie. Ten tweede zijn interventies, volgens dezelfde logica, ook veelbelovender als de **begunstigden bij de hele ontwikkeling worden betrokken**: niet alleen bij de inhoud, maar ook bij de uitwerking, de organisatie en het uitvoeren van de interventie, in de geest van ontwikkeling van gemeenschappen.

Tot slot zouden de interventies doeltreffender zijn wanneer ze **productief** zijn. Groepslessen bijvoorbeeld helpen in zekere mate bij het bestrijden van sociaal isolement, maar computerlessen voor ouderen die beter willen leren omgaan met communicatiemiddelen om contact te houden met hun familie (productieve betrokkenheid), zijn doeltreffender dan kooklessen, omdat ze de deelnemers iets nuttigs bijbrengen dat verder gaat dan gewoon de directe aanpak van sociaal isolement of eenzaamheid. Zo kunnen eenmalige, maar productieve interventies doeltreffend zijn om het gevoel van eenzaamheid te verminderen. Op dezelfde manier lijken “actieve” activiteiten (sporten of spelletjes spelen) doeltreffender dan “passieve” activiteiten (naar de bioscoop gaan). **Actieve groepsactiviteiten gericht op een gemeenschappelijk doel dat door de deelnemers als belangrijk wordt beschouwd, hebben daarom de grootste kans om doeltreffend te zijn, vooral als er sprake is van een uitdaging**⁽¹²⁾. Wat betreft de vluchtelingen en personen die om internationale bescherming verzoeken, bestonden de meest gewaardeerde specifieke interventies uit culturele uitwisselingen en leersessies, bijvoorbeeld over de taal van het gastland of over andere culturele en administratieve competenties⁽⁶⁾.

Interventies die tot cognitieve veranderingen kunnen leiden, zoals psychotherapie, zijn waarschijnlijk doeltreffend tegen eenzaamheid. Andere soorten interventies hebben daarentegen waarschijnlijk wel effect op objectief sociaal isolement, maar minder op eenzaamheid⁽¹³⁾.

Welke lessen kunnen we trekken uit deze resultaten op gewestelijk niveau en op het niveau van de Zorgzones?

We zien dat we allereerst **een onderscheid moeten maken tussen objectief sociaal isolement en eenzaamheid**. Eenzaamheid is een subjectief gevoel dat lijkt voort te komen uit een verschil tussen de perceptie van het sociaal isolement en de verwachtingen van een persoon. De twee fenomenen kunnen samen of afzonderlijk voorkomen. De twee fenomenen hebben hun eigen risicofactoren en hun eigen gevolgen op het gebied van welzijn en gezondheid. Toch bleek dat niet objectief sociaal isolement maar wel eenzaamheid de grootste negatieve impact heeft, terwijl de bestaande interventies doeltreffender lijken bij het bestrijden van objectief sociaal isolement dan bij het bestrijden van eenzaamheid. Gezien de aard van deze twee fenomenen **zijn er geen directe routinegegevens over sociaal isolement en/of eenzaamheid**. Daardoor zijn het problemen die moeilijk rechtstreeks op te sporen zijn bij de algemene bevolking, en er is geen systeem om objectief of subjectief sociaal isolement op het niveau van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te monitoren, en al helemaal niet op meer lokale niveaus (Zorgzones, gemeentes, buurten). Het is mogelijk dat er recent studies over dit onderwerp zijn uitgevoerd in het Brussels Gewest. Het identificeren van dergelijke studies is een van de taken van de WG Gegevens.

Bovendien richtte het wetenschappelijk onderzoek zich specifiek op de problemen rond sociaal isolement en eenzaamheid bij bepaalde bevolkingsgroepen: ouderen, en zelfs hoogbejaarden, personen met psychische aandoeningen, slechthorenden of slechtzienden, vluchtelingen en personen die om internationale bescherming verzoeken, en meer recent, adolescenten en jongvolwassenen. Er is dus een gebrek aan gedetailleerde kennis over andere mogelijke groepen.

In het algemeen is naar schatting een derde van de ouderen eenzaam of sociaal geïsoleerd, met evenwel aanzienlijke verschillen. Dat is ook de schatting voor de vluchtelingen, al liggen die ramingen verder uit elkaar. Er zijn redenen om aan te nemen dat deze prevalentie hoger is bij vrouwen dan bij mannen, en we kunnen ervan uitgaan dat die waarschijnlijk een sociaal-economische gradiënt volgt: sociaal isolement en eenzaamheid komen waarschijnlijk vaker voor bij lagere sociaal-economische groepen en groepen met een lager opleidingsniveau.

Bij gebrek aan meer specifieke gegevens kunnen we er dus van uitgaan dat de fenomenen sociaal isolement enerzijds, en eenzaamheid anderzijds **ongeveer een derde van de bevolking** treffen, en de prevalentie is mogelijk nog hoger in gebieden met: (1) een oudere bevolking, (2) een zwakkere sociaal-economische situatie, (3) meer vluchtelingen of personen die om internationale bescherming verzoeken, of meer in het algemeen, meer 'onzichtbare' bevolkingsgroepen. Het risico is waarschijnlijk ook hoger bij vrouwen dan bij mannen. Dat betekent dat **bij gebrek aan directe gegevens de sociaal-demografische en sociaal-economische gegevens op het niveau van de gemeenten, Zorgzones en buurten, ons kunnen helpen om de totale omvang van deze problemen in te schatten**.

De wetenschappelijke literatuur wijst ook op diverse **risicofactoren van sociaal isolement en eenzaamheid**. De best gedocumenteerde risicofactoren hebben betrekking op overgewicht, en meer in het algemeen, problemen met gezonde voeding. We kunnen ook de opstapeling van chronische aandoeningen en het verlies van zintuigen, in het bijzonder het zicht en het gehoor, aanhalen. Op psychisch vlak zijn depressie en middelengebruik, met name alcohol, de pathologieën die het meest in verband worden gebracht met sociaal isolement en eenzaamheid. Op sociaal vlak zijn specifieke levensgebeurtenissen belangrijke risicofactoren, zoals het verlies van de partner bij ouderen, het wegvallen van familiebanden of de acculturatiestress bij vluchtelingen, of de pensionering die tegelijk leidt tot inkomensverlies en een verlies van werkgerelateerde sociale relaties. Op het vlak van omgeving ten slotte is het gevoel van onveiligheid een risicofactor voor sociaal isolement. **Bij gebrek aan directe gegevens moeten de hierboven vermelde indirecte gegevens over de pathologieën en/of de levensgebeurtenissen worden beschouwd als risico-indicatoren voor sociaal isolement en eenzaamheid.**

Wat zijn de mogelijke implicaties voor de acties die moeten worden ondernomen op het niveau van het gewest of van de Zorgzone?

Gezien de correlaties die zijn vastgesteld tussen sociaal isolement en/of eenzaamheid en hart- en vaatziekten, valpartijen bij ouderen, meervoudige chronische aandoeningen en problemen met overmatig tabaks-, alcohol- en medicatiegebruik, voedingsproblemen en een sedentaire levensstijl, is het noodzakelijk dat professionals die aan al deze problemen werken zich systematischer gaan bezighouden met het opsporen en ondersteunen van problemen met sociaal isolement en/of eenzaamheid. Sommige van deze risicofactoren zijn immers met elkaar verbonden: problemen met voeding/overgewicht, tabaksgebruik en overmatig alcoholgebruik en een sedentaire levensstijl komen vaak samen voor en worden in verband gebracht met bepaalde problematische gedragingen op het gebied van een gezonde levenswijze en een gezonde voeding. Ze maken deel uit van het metabolisch syndroom, waartoe ook problemen als type II diabetes en hoge bloeddruk behoren. Dat wordt bevestigd door de verbanden die zijn vastgesteld tussen sociaal isolement en/of eenzaamheid en het eetgedrag⁽³⁾.

Dit probleem moet dus aandacht krijgen van de welzijns- en gezondheidsprofessionals die zich bezighouden met bevolkingsgroepen met deze levensstijlen en deze gezondheidsproblemen, met het oog op het **ontwikkelen van interventies om sociaal isolement en/of eenzaamheid te kunnen monitoren bij bevolkingsgroepen en personen die vatbaar zijn voor deze verschillende met elkaar samenhangende pathologieën**. Dat kan gebeuren via het opzetten van een informatiesysteem (buurtnetwerk, opsporen van sociaal isolement/eenzaamheid door gezondheidsprofessionals die personen ondersteunen met problemen die kenmerkend zijn voor het metabolische syndroom, en/of opsporen van problemen met gezonde voeding bij personen die sociaal geïsoleerd/eenzaam zijn, opzetten van een meer systematische samenwerking tussen die professionals, promotie-/preventieacties gericht op deze problemen...).

Wat betreft de **specifieke doelgroep van ouderen**, zouden de problemen van sociaal isolement en/of eenzaamheid systematisch **aandacht moeten krijgen van de professionals die werken rond dementie**. Bovendien zouden welzijnsprofessionals zich meer moeten bezighouden met sociaal isolement/eenzaamheid bij **personen die hun werk hebben verloren** (werkloos of gepensioneerd) en een **groot inkomensverlies lijden**. Tot slot **moeten we meer aandacht schenken aan geïsoleerde personen die het ziekenhuis verlaten, want die hebben 4 tot 5 keer meer kans om opnieuw te worden opgenomen**. Op dezelfde manier zou de preventie van sociaal isolement ook een middel moeten zijn om de opname in een instelling te voorkomen, bijvoorbeeld bij ouderen.

De indirecte gegevens over deze samenhangende factoren en de betrokkenheid van professionals die in een meer systematische vorm aan al deze fenomenen werken, zijn allemaal hulpmiddelen die kunnen dienen om de problemen rond sociaal isolement/eenzaamheid te onderzoeken.

Tot slot, zoals aangegeven in de vermelde vragen en thema's, impliceert de kennis rond sociaal isolement en eenzaamheid ook **een onderzoek naar het bestaande ondersteuningsaanbod**.

Naast de kennis van het directe aanbod in termen van sociaal isolement en/of eenzaamheid, moet er ook **onderzoek gebeuren naar het gebruik van dit aanbod**. Dat is nog een andere taak voor de WG Gegevens. Naast de diensten die specifiek gericht zijn op de problemen van sociaal isolement en/of eenzaamheid kunnen we aanbieders en diensten identificeren die interventies uitvoeren die binnen de 6 interventie categorieën vallen. Bij gebrek aan dergelijke interventies kunnen we die activiteiten voorstellen aan de professionals van die Zorgzones waarvan we op basis van de sociaal-demografische en sociaal-economische kenmerken kunnen vermoeden dat er ernstige problemen zijn met sociaal isolement en/of eenzaamheid.

Bijlage: lijst van 14 literatuuronderzoeken, onderwerpen, aantal opgenomen studies en doelgroepen

	Jaar van publicatie	Naam auteur	Titel	Onderwerp en doelgroep	Aantal opgenomen artikelen	Krant
1 (3)	2012	Nicholson NR.	A Review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults.	Verband tussen sociaal isolement en gezondheid, ouderen	70	Journal of Primary Prevention
2 (2)	2017	Courtin E. & Knapp M.	Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review.	Verband tussen sociaal isolement of eenzaamheid en gezondheid, bestaande interventies, ouderen	128	Health & Social Care in the Community
3 (10)	2017	Leigh-Hunt N. et al.	An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness.	Overzicht van beoordelingen, algemeen	40	Public Health
4 (12)	2018	Gardiner C., Geldenhuys G. & Gott M.	Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review.	Bestaande interventies tegen sociaal isolement en eenzaamheid, ouderen	38	Health & Social Care in the Community
5 (13)	2020	Ma R. et al.	The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review.	Bestaande interventies tegen sociaal isolement en eenzaamheid, personen met psychische problemen	30	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
6 (11)	2020	Mehrabi F. & Béland F.	Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review.	Verband tussen sociaal isolement, eenzaamheid en kwetsbaarheid, ouderen	26	Archives of Gerontology and Geriatrics
7 (7)	2020	Shukla A. et al.	Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review.	Verband tussen gehoorverlies en sociaal isolement of eenzaamheid, slechthorenden	14	Otolaryngology-Head and Neck Surgery

	Jaar van publicatie	Naam auteur	Titel	Onderwerp en doelgroep	Aantal opgenomen artikelen	Krant
8 (9)	2021	Christiansen J. et al.	Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults.	Gevolgen van sociaal isolement en eenzaamheid op de gezondheid van adolescenten en jongvolwassenen	2	Perspectives in Public Health
9 (14)	2022	Brandt L. et al.	The effects of social isolation stress and discrimination on mental health.	Neurobiologische en fysieke effecten van sociaal isolement, diverse risicogroepen (ouderen, personen met psychische problemen, migranten).	127	Translational Psychiatry
10 (5)	2023	Hajek A., Volkmar A., König HH.	Prevalence and correlates of loneliness and social isolation in the oldest old: a systematic review, meta-analysis and meta-regression.	Prevalentie van sociaal isolement en eenzaamheid bij ouderen	22	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
11 (15)	2024	Hounkpatin H. et al.	Multiple long-term conditions, loneliness and social isolation: A scoping review of recent quantitative studies	Verband tussen sociaal isolement of eenzaamheid en meervoudige aandoeningen bij ouderen	17	Archives of Gerontology and Geriatrics
12 (6)	2024	Nguyen TP. et al.	Loneliness and social isolation amongst refugees resettled in high-income countries: A systematic review.	Prevalentie en risicofactoren van/voor sociaal isolement en eenzaamheid bij vluchtelingen en personen die om internationale bescherming verzoeken	69	Social Science & Medicine
13 (4)	2025	Hajek A. et al.	Chronic loneliness and chronic social isolation among older adults. A systematic review, meta-analysis and meta-regression.	Prevalentie van chronische eenzaamheid bij ouderen	17	Aging & Mental Health
14 (8)	2025	Hajek A. et al.	Prevalence of loneliness and social isolation among individuals with mild cognitive impairment or dementia: systematic review and meta-analysis.	Prevalentie van eenzaamheid en sociaal isolement bij personen met dementie en verwante aandoeningen	10	British Journal of Psychiatry Open

Bibliografie

- (1). Fried L, Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkey L, et al. A unified approach to loneliness. *The Lancet*. 2020;395(10218):114.
- (2).Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*. 2017;25(3):799-812.
- (3). Nicholson NR. A Review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults. *The Journal of Primary Prevention*. 2012;33(2):137-52.
- (4). Hajek A, Sutin AR, Posi G, Stephan Y, Peltzer K, Terracciano A, et al. Chronic loneliness and chronic social isolation among older adults. A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Aging & Mental Health*. 2025;29(2):185-200.
- (5). Hajek A, Volkmar A, König HH. Prevalence and correlates of loneliness and social isolation in the oldest old: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2023; <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02602-0>
- (6). Nguyen TP, Al Asaad M, Sena M, Slewa-Younan S. Loneliness and social isolation amongst refugees resettled in high-income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2024;360:117340.
- (7). Shukla A, Harper M, Pedersen E, Goman A, Suen JJ, Price C, et al. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2020;162(5):622-33.
- (8). Hajek A, König HH. Prevalence of loneliness and social isolation among individuals with mild cognitive impairment or dementia: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2025;11(2):e44.
- (9). Christiansen J, Qualter P, Friis K, Pedersen S, Lund R, Andersen C, et al. Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults. *Perspectives in Public Health*. 2021;141(4):226-36.
- (10). Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-71.
- (11). Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020;90:104119.
- (12). Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*. 2018;26(2):147-57.
- (13). Ma R, Mann F, Wang J, Lloyd-Evans B, Terhune J, Al-Shihabi A, et al. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(7):839-76.
- (14). Brandt L, Liu S, Heim C, Heinz A. The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Translational Psychiatry*. 2022;12(1):398.
- (15). Hounkpatin H, Simpson G, Santer M, Farmer A, Dambha-Miller H. Multiple long-term conditions, loneliness and social isolation: A scoping review of recent quantitative studies. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2024;120:105347.