De huisarts als eenzaamheidscoach?

Kwalitatief onderzoek naar de rol van de huisarts bij de detectie en aanpak van eenzaamheid

Uvin Charlotte, Universiteit Gent

Promotor: Schrans Diego, Universiteit Gent

Co-promotor: Declercq Tom, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Twee jaar geleden startte ik als huisarts. Gewapend met de nodige theoretische kennis, enthousiasme, goesting en het verlangen om mensen te helpen, stapte ik mijn kabinet binnen. Al snel merkte ik echter dat de realiteit anders is dan wat in schoolboeken staat beschreven en dat creatieve oplossingen bedenken deel uitmaakt van het standaard takenpakket. Niet zelden leken patiënten geen duidelijke hulpvraag te stellen maar wel hun hart te willen luchten. Ook belden sommige mensen voor eerder vage problemen en bleek er bij controle niets aan de hand. Na enige tijd kreeg ik in de gaten dat eenzaamheid bij velen de verklaring was voor het soms moeilijk te kaderen gedrag. Dit zette mij aan het denken. Vaak durfde ik het onderwerp niet te benoemen of probeerde ik patiënten te stimuleren om het probleem aan te pakken. Maar was dit wel de juiste aanpak? Ik miste adviezen en tips om mensen te begeleiden en ondersteunen. Vanuit het gebrek aan informatie groeide het idee om 'iets' te doen rond eenzaamheid. Daarom besloot ik mijn masterproef aan dit thema te wijden.

Hoe langer ik mij in de problematiek verdiepte, hoe meer ik ervan overtuigd raakte dat er dringend actie ondernomen moest worden. Gelukkig konden mijn promotoren mij af en toe intomen en helpen bij het formuleren van concrete doelstellingen. Ondanks mijn interesse in eenzaamheid als gezondheidsprobleem, waren er ook momenten dat ik deze masterproef vervloekte en mij afvroeg: 'Waar ben ik mee bezig?' en 'Waarom koos ik niet gewoon een eenvoudig onderwerp?' Toch ben ik blij dat ik heb doorgezet, onder meer omwille van de warmte die ik voelde tijdens de focusgroepen en de vragen van collega's en vrienden: 'Heb je al tips voor ons?' Hoewel ik vele uren ploeterend, schrijvend en alleen doorbracht, heb ik mij steeds omringd gevoeld. Deze masterproef zou niet tot stand gekomen zijn zonder de hulp van een heleboel mensen. Daarom dit dankwoord.

In de eerste plaats wil ik alle deelnemers aan de focusgroepen bedanken voor hun aanwezigheid en inbreng. Hoewel het niet steeds vanzelfsprekend was, deelden ze hun ervaringen en verhalen om mij en andere patiënten te helpen. Ook de vrijwilligers van het lokaal dienstencentrum Het Hoeksken en de eigenaars van café Den Heksenketel wil ik bedanken voor het ter beschikking stellen van de accommodatie.

Speciale dank gaat uit naar mevrouw Els Maselis en professor Lieven Annemans. Als experts hielpen ze mij de problematiek beter te begrijpen, brachten mij in contact met andere hulpverleners en gaven bruikbare tips wat betreft het organiseren van de gesprekken. Verder heb ik veel gehad aan de informatie die mij door tal van professionele zorgverleners en vrijwilligers werd opgestuurd.

Uiteraard wil ik een woord van dank richten aan mijn promotoren, Diego Schrans en Tom Declercq. Ze hielpen mij om alles in goede banen te leiden en remden mij te gepasten tijde af. Zoals verschillende keren werd benadrukt: 'Het is een masterproef en geen doctoraat.' Oprechte dank gaat uit naar mijn praktijkopleider, Isabelle Vanderstraeten, en de andere collega's in de praktijk voor de hulp bij het rekruteren van patiënten, nalezen en begrip voor de masterproef-issues.

Graag wil ik mijn vrienden en HAIO's uit de seminariegroep bedanken om alle twijfels en frustraties te aanhoren, alsook voor de ontspanning en verstrooiing.

Tot slot wil ik mijn familie bedanken voor alle steun, bemoedigende woorden, avondwandelingen en accepteren van mijn nukkige buien wanneer ik de zinnen niet op papier kreeg. Daarom zonder veel woorden en zoals steeds: 'Moedig voorwaarts.'

Inhoud

1 Abstract 3
2 Inleiding 5
3 Literatuurstudie 7
3.1 Definitie 7
3.1.2 Soorten eenzaamheid 7
3.2 Prevalentie 8
3.2.1 Leeftijd 8
3.2.2 Evolutie doorheen tijd 9
3.3 Ontstaan 9
3.3.1 Verklaringsmodellen 9
3.3.2 Eenzaamheid en de evolutietheorie 10
3.4 Oorzaken 11
3.5 Gevolgen 13
3.6 Meetbaarheid 14
3.6.1 Vragenlijsten 15
3.7 Aanpak 15
3.7.1 Stappenplan 16
3.7.2 Soorten interventies 16
3.8 De huisarts 17
3.8.1 Taakomschrijving 17
3.8.2 Eenzaamheid in de huisartsenpraktijk 17
4 Methodologie 19
4.1 Vorming en gesprekken 19
4.2 Literatuuronderzoek 19
4.3 Studiedesign 19
4.3.1 Verloop 19
4.3.2 Vragenlijst 20
4.4 Deelnemers 20
4.4.1 Hulpverleners 20
4.4.2 Patiënten 20
4.5 Analyse 21
4.6 Ethische aspecten 21
5 Resultaten 22
5.1 Rekrutering 22
5.5.1 Hulpverleners 22
5.5.2 Patiënten 22
5.2 Bevindingen hulpverleners 23
5.2.1 Demografische gegevens 23
5.2.2 Vragenlijsten 23
5.2.3 Focusgroep 24
5.2.3.1 Eenzaamheidsepidemie?! 25
5.2.3.2 Hulpverlening 26

5.2.3.3 De huisarts 28
5.3 Bevindingen patiënten 30
5.3.1 Demografische gegevens 30
5.3.2 Vragenlijsten 30
5.3.3 Focusgroep 31
5.3.3.1 Oorzaken 31
5.3.3.2 Bespreekbaarheid 33
5.3.3.4 De huisarts 35
6 Discussie 37
6.1 Eenzaamheid als maatschappelijk fenomeen 37
6.2 De rol van de huisarts 38
6.3 Sterktes en beperkingen van het onderzoek 40
7 Conclusie 42
7.1 Adviezen voor de huisarts 42
8 Referenties 43
9 Bijlagen 45

1 Abstract

Situering: Eenzaamheid is alom tegenwoordig. In interviews met ervaringsdeskundigen, artikels in populaire tijdschriften, documentaires en grootschalige bewustwordingscampagnes wordt het omschreven als een epidemie die zich snel uitbreidt en overal slachtoffers maakt. Deze mening wordt gestaafd door wetenschappelijk onderzoek. Zo blijkt uit een recente studie dat maar liefst 46% van de Belgen zich eenzaam voelt. Bovendien leidt eenzaamheid tot een verminderd algemeen welbevinden en is het geassocieerd met tal van psychische en somatische aandoeningen.

Als eerste aanspreekpunt en vertrouwenspersoon worden huisartsen dagelijks geconfronteerd met eenzaamheid. Toch heerst bij velen onduidelijkheid wat betreft hun taak inzake de problematiek waardoor het onderwerp niet zelden gemeden wordt. Frustratie en machteloosheid bij zowel arts als patiënt zijn hiervan het gevolg.

De aanzienlijke prevalentie en nefaste gevolgen op individueel en maatschappelijk niveau maken van eenzaamheid een majeur gezondheidsprobleem. Dit onderstreept het belang van en nood aan een handleiding met praktische adviezen en tips voor de huisarts teneinde eenzaamheid in de eerste lijn het hoofd te kunnen bieden.

Onderzoeksvraag: Wat is de rol van de huisarts in de aanpak en detectie van eenzaamheid?

Het doel van het onderzoek is nagaan of en hoe huisartsen betrokken kunnen worden in het opvangen van mensen die zich eenzaam voelen. Er wordt onderzocht welke verwachtingen patiënten koesteren van 'hun' dokter en of deze worden ingelost. Tevens wordt aandacht besteed aan de moeilijkheden en belemmeringen die de artsen ondervinden.

Methodologie: Aan de hand van literatuuronderzoek en oriënterende gesprekken worden de prevalentie, oorzaken en gevolgen van eenzaamheid in kaart gebracht. Vervolgens wordt een kwalitatief onderzoek opgezet. In twee focusgroepen worden respectievelijk 11 hulpverleners uit verschillende disciplines en sectoren en 7 patiënten bevraagd over hun ervaringen met en visie op eenzaamheid. De gegevens worden nadien gecodeerd en geanalyseerd.

Resultaten: In aansluiting met de literatuur beamen alle deelnemers dat eenzaamheid een aanzienlijk probleem vormt. Het ontstaan ervan is vrijwel steeds te wijten aan een combinatie van factoren. Over de invloed van maatschappelijke veranderingen ontbreekt consensus al zijn de meeste participanten en wetenschappers van mening dat het toenemende individualisme gevoelens van eenzaamheid in de hand werkt.

Onbegrip en onwetendheid blijken dagelijkse kost voor mensen die zich eenzaam voelen. Niet zelden wordt hierdoor een 'neerwaartse spiraal' in gang gezet waardoor men steeds dieper wegzakt. Hoewel het taboe rond eenzaamheid geleidelijk afbrokkelt, is er nog dikwijls sprake van schaamte. Dat verklaart waarom het onderwerp doorgaans pas na enige tijd wordt besproken met hulpverleners. Er moet een vertrouwensrelatie worden opgebouwd alvorens mensen zich bloot durven geven. Geduld en betrokkenheid zijn hierbij van groot belang.

Zowel hulpverleners als patiënten zijn van mening dat huisartsen vooral een luisterend oor moeten bieden en signalen moeten opvangen. Bij een vermoeden van eenzaamheid kan een gesprek worden aangeknoopt op

voorwaarde dat de persoon in kwestie ervoor openstaat. Er wordt niet verwacht dat de arts eenzaamheid oplost. Wel kan hij patiënten verwijzen naar gespecialiseerde instanties indien daar vraag naar is. Kennis van de sociale kaart alsook intensieve samenwerking zijn vereist.

Conclusie: Huisartsen worden veelvuldig geconfronteerd met mensen die zich eenzaam voelen. Gebaseerd op de bevindingen van twee focusgroepen wordt aangenomen dat ze hierin vooral een signaalfunctie vervullen. Betrokkenheid en empathie zijn cruciaal, net zoals het rekening houden met de persoon achter de lichamelijke klachten en symptomen. Maatwerk, afgestemd op de mogelijkheden en verwachtingen van de persoon in kwestie is noodzakelijk.

De rol van de huisarts inzake eenzaamheid werd tot op heden nauwelijks onderzocht. Hoewel kleinschalig tracht deze studie hier verandering in te brengen. De resultaten zijn gebaseerd op twee focusgroepen en kunnen niet zonder meer worden veralgemeend. Toch kunnen de inzichten dienen als opstap naar verder onderzoek en aanvullende analyses.

2 Inleiding

Een woensdagmiddag in januari. Een jongeman komt omwille van een etterende wonde op zijn rug. Waarom hij het zo ver heeft laten komen, vraag je. Beschaamd geeft hij toe dat hij zich twee weken geleden kwetste aan een loshangende spijker. In de veronderstelling dat het spontaan zou genezen wachtte hij af. Bovendien kon hij de snee niet zien en dus niet verzorgen. Achteloos zeg je: 'Kon je het niet aan je partner vragen?' waarop hij zijn ogen neerslaat en slikt.

Wat later rinkelt de telefoon. Het is een oudere dame die je al enkele keren op huisbezoek zag. 'Kunt u mij een bepaald merk van honing aanbevelen, dokter?' Verbaasd en wat geïrriteerd geef je antwoord en vermeldt dat ze hiervoor eigenlijk niet bij de huisarts moet zijn. Je besluit haar de volgende keer aan te spreken op het frequent telefoneren tot je bedenkt dat ze niemand heeft om zulke dingen aan te vragen.

Twee voorbeelden van situaties waarmee hulpverleners dagelijks worden geconfronteerd. Eenzaamheid is overal en van alle tijden. Een aanzienlijk deel van de bevolking gaat eronder gebukt en niemand blijft gespaard: jong en oud, mannen en vrouwen, alleenstaanden en gehuwden, mensen met en zonder beperkingen of financiële moeilijkheden[1]. Lange tijd werd het onderwerp gemeden en het belang ervan ontkend. Afgelopen decennia kwam hier geleidelijk aan verandering in[2]. Door middel van bewustwordingscampagnes, grootschalige projecten en talrijke burgerinitiatieven tracht men het fenomeen onder de aandacht te brengen. Desondanks is het stellen van de vraag: 'Voelt u zich eenzaam?' niet vanzelfsprekend.

Ook in de huisartsenpraktijk is eenzaamheid 'dagelijkse kost'. Toch wordt het zelden als dusdanig benoemd. Niet alleen patiënten maar ook dokters voelen vaak enige schroom om het onderwerp aan te kaarten. Hoewel zonder problemen over winderigheid en andere intieme kwalen wordt gepraat, brengen psychosociale klachten een zeker onbehagen met zich mee. Uit angst voor de reacties van patiënten en onwetendheid wat betreft mogelijke oplossingen wordt eenzaamheid dikwijls doodgezwegen. Een eenduidige handleiding met praktische adviezen en tips voor de huisarts ontbreekt. Het warme water moet telkens opnieuw worden uitgevonden. Kan dit ook anders?

In kranten en populaire tijdschriften verschijnen nagenoeg wekelijks interviews en opiniestukken over eenzaamheid. Getuigenissen belichten de impact van het fenomeen op het geluk en welzijn van de betrokkenen. Niet zelden worden ze aangevuld met tips van, al dan niet zelfverklaarde, experts. De bruikbaarheid hiervan staat dan ook ter discussie. Anderzijds verrichten wetenschappers uit verschillende disciplines onderzoek naar de prevalentie, mogelijke oorzaken en gevolgen van eenzaamheid. In gevalideerde studies trachten zij de omvang, verklaringsmodellen, invloed op de gezondheid van het individu en maatschappelijke consequenties in kaart te brengen. In The Lancet[1] wordt eenzaamheid omschreven als epidemie die wereldwijd om zich heen grijpt en steeds meer slachtoffers maakt. Geassocieerd met onder meer verschillende psychiatrische ziektebeelden, cardiovasculair lijden en hypertensie is het verantwoordelijk voor een toegenomen risico op vroegtijdig

overlijden. Auteurs zoals Spitzer[2] vergelijken eenzaamheid met overgewicht, het roken van sigaretten of luchtvervuiling om het belang en de schadelijke gevolgen ervan te benadrukken.

Volgens internationaal onderzoek zou een derde van de volwassenen zich eenzaam voelen. Recente studies betwisten dit cijfer. Zo blijkt uit het Nationaal Geluksonderzoek[3] dat maar liefst 46% van de Belgen kampt met gevoelens van eenzaamheid. Ook in Nederland[4] worden dergelijke waarden gerapporteerd.

Als eerste aanspreekpunt bij tal van problemen, worden huisartsen dagelijks geconfronteerd met mensen die zich eenzaam voelen. Bovendien toonden onderzoekers[5,6] aan dat eenzame patiënten vaker een huisarts raadplegen. Toch is er weinig wetenschappelijke literatuur omtrent de detectie en aanpak van eenzaamheid in de eerstelijnszorg. Uit enkele kleinschalige studies[7-9] bleek dat huisartsen het eenzaam zijn van patiënten niet zelden verkeerd inschatten, zich onzeker voelen wat betreft hun taak in het ondersteunen en onvoldoende op de hoogte zijn van mogelijke oplossingen.

De aanzienlijke prevalentie en nefaste gevolgen op individueel en maatschappelijk niveau onderstrepen het belang van eenzaamheid als majeur gezondheidsprobleem. De onduidelijkheid bij huisartsen omtrent de rol die ze hierin kunnen en mogen vervullen, maakt aanvullend onderzoek dan ook noodzakelijk. In combinatie met persoonlijke interesse vormden deze bevindingen de basis van de studie. Het resulteerde in volgende onderzoeksvraag:

Wat is de rol van de huisarts in de aanpak en detectie van eenzaamheid?

Teneinde bepaalde aspecten verder toe te lichten, werden bijkomend enkele deelvragen gesteld:

- Wat verwachten mensen die zich eenzaam voelen van de huisarts? Worden de verwachtingen bevraagd, correct ingeschat en ingelost?
- Welke moeilijkheden ervaren huisartsen in het omgaan met eenzame patiënten? Wordt hun handelen erdoor beïnvloed?
- Voelen huisartsen zich voldoende onderlegd om met eenzaamheid om te gaan? Is samenwerking gewenst en/of vereist?

Op basis van literatuuronderzoek werd eenzaamheid in kaart gebracht. Prevalentiecijfers, verklaringsmodellen en een opsomming van bestaande interventies boden inzicht in de omvang en ontstaan van het probleem. Vervolgens werden hulpverleners en patiënten bevraagd teneinde de visie van beide 'partijen' aan bod te laten komen. Aan de hand hiervan werd getracht enkele concrete adviezen te formuleren inzake het begeleiden van mensen die zich eenzaam voelen en zo bij te dragen aan een betere zorg.

3 Literatuurstudie

3.1 Definitie

Het begrip 'eenzaamheid' kan op ontelbare wijzen worden ingevuld. Eigen ervaringen, normen, waarden en culturele invloeden spelen hierbij een belangrijke rol. Naarmate het taboe langzaam afbrokkelt en het probleem meer bespreekbaar wordt, dringt het belang van een algemeen aanvaarde definitie zich op. Een duidelijke omschrijving is namelijk essentieel, zowel in het kader van onderzoek als voor het ontwikkelen en opvolgen van interventies.

In wetenschappelijke literatuur wordt eenzaamheid op talrijke manieren gedefinieerd. Hoewel, afhankelijk van de discipline van de betreffende onderzoekers, andere aspecten belicht worden en de formulering verschilt, heerst consensus over drie gemeenschappelijke elementen: eenzaamheid is een subjectieve en negatieve ervaring, te wijten aan een tekort aan sociale relaties. De Jong en Gierveld[10] bundelden deze punten tot volgende definitie: *'Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig en ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties.'*

Hieruit blijkt dat alleen zijn geen synoniem is voor eenzaamheid, noch dat de aanwezigheid van anderen gevoelens van eenzaamheid voorkomt. Zo zijn mensen die vaak en graag alleen zijn niet noodzakelijk eenzaam. Omgekeerd kunnen mensen met een omvangrijk netwerk zich heel eenzaam voelen. Diekstra[11] benadrukt dat eenzaamheid niet objectief kan worden vastgesteld. Ook andere auteurs[12] wijzen op het onderscheid tussen sociaal isolement en eenzaamheid. De omvang van iemands netwerk is geen indicator voor hoe relaties worden beleefd en de kwaliteit ervan. Het onterecht gelijkstellen van isolatie en eenzaamheid is een valkuil die moet worden vermeden.

In een aantal studies wordt vermeld dat eenzaamheid tevens een heilzaam en positief effect kan hebben. Het betreft een zelfgekozen vorm van isolement die als betekenisvol en deugddoend wordt ervaren. Aangezien wordt aangenomen dat eenzaamheid in se een negatief en onaangenaam gevoel is, wordt de term 'existentiële eenzaamheid' bij voorkeur niet gebruikt. Men geeft de voorkeur aan het Engelse begrip 'solitude' om een dergelijk alleen zijn, behoefte aan bezinning en meditatie te omschrijven.

3.1.2 Soorten eenzaamheid

In de definitie wordt tevens aandacht besteed aan het multidimensionele karakter van eenzaamheid. Mensen hebben verschillende soorten relaties. Gekenmerkt door een wisselende mate van verbondenheid dragen deze, elk op eigen wijze, bij tot het vervullen van sociale behoeftes. Een tekort aan of afwezigheid van bepaalde contacten resulteert dan ook in een ander 'type' eenzaamheid. In 1973 onderscheidde Weiss[13] twee belangrijke dimensies: emotionele en sociale eenzaamheid. Deze indeling wordt nog steeds door de meeste auteurs gehanteerd. Emotionele eenzaamheid verwijst naar het gemis van een emotioneel hechte band en/of intieme relatie. Het betreft een partner of vriend(in) waarbij men steeds terecht kan, iemand om gevoelens mee te delen.

Een gebrek aan kwalitatieve vriendschappen en/of familierelaties resulteert in sociale eenzaamheid. Men mist betekenisvolle relaties met familieleden, vrienden, buren en collega's. Hierbij is niet zozeer het aantal maar wel de kwaliteit van de contacten van belang. Sommige onderzoekers[14] vermelden een derde dimensie, met name: collectieve eenzaamheid. Het deel uitmaken van en zich verbonden voelen met een groep van gelijkgestemden gaat dit gemis tegen.

Tot slot moet ook rekening worden gehouden met het temporele karakter van eenzaamheid. Naargelang de duur is er sprake van tijdelijke en chronische eenzaamheid[11,13]. Het hanteren van een tijdschaal is niet onbelangrijk gezien voorbijgaande eenzaamheid een andere aanpak vereist en doorgaans een gunstige prognose kent in tegenstelling tot chronische vormen van eenzaamheid.

Het hanteren van een eenduidige definitie is noodzakelijk om een probleem als eenzaamheid te benoemen en in kaart te brengen. Toch moet ook rekening worden gehouden met verschillende uitingsvormen, oorzaken en beïnvloedende factoren. Eenzaamheid laat zich niet eenvoudig in een vakje stoppen. Dit heeft onder meer tot gevolg dat interventies niet algemeen kunnen worden toegepast op 'de eenzame'. Zo heeft iemand wiens echtgenoot is overleden vaak geen behoefte aan en baat bij een nieuwe hobby of praatgroep. Anderzijds kan een partner de rol van een afwezige vriendenkring niet overnemen.

3.2 Prevalentie

In The Lancet[1] wordt eenzaamheid omschreven als epidemie die blindelings toeslaat en wereldwijd talloze slachtoffers maakt. In geïndustrialiseerde landen zou naar schatting een derde van de inwoners zich eenzaam voelen. Bij 8% is er sprake van ernstige eenzaamheid met belangrijke impact op de gezondheid en het functioneren.

Prevalentiecijfers verschillen naargelang de geraadpleegde bron. Oudere publicaties[10,12,15] vermelden dikwijls dat een op drie volwassenen zich eenzaam voelt. Uit recent onderzoek in België en Nederland blijkt echter dat eenzaamheid vaker voorkomt dan oorspronkelijk gedacht. Het Nationaal Geluksonderzoek[3] toonde aan dat niet minder dan 46% van de Belgen zich soms tot altijd eenzaam voelt. Onder de Nederlandse bevolking[4] bleek dit gemiddeld 43% te bedragen. Binnen deze groep voelt ongeveer een op vier zich ernstig eenzaam.

3.2.1 Leeftijd

Algemeen wordt aangenomen dat eenzaamheid inherent is aan ouder worden. Zo werd het door een aanzienlijk deel van de Belgische bevolking aangestipt als een van de voornaamste aandachtspunten bij bejaarden[13]. In werkelijkheid blijken echter jongvolwassenen en mensen tussen 35 en 50 jaar het grootste risico te lopen. Maar liefst 54% onder hen voelt zich eenzaam[3]. Een lineair verband tussen eenzaamheid en leeftijd ontbreekt. Uit de meeste studies blijkt wel dat de prevalentie toeneemt bij 75-plussers. Een opeenstapeling van gebeurtenissen en omstandigheden, zoals verlies van de partner, verminderde mobiliteit en cognitieve achteruitgang, wordt hiervoor verantwoordelijk geacht. Door Belgische onderzoekers[3] wordt de kwetsbaarheid van ouderen betwist. Volgens

cijfers van het Nationaal Geluksonderzoek voelt slechts 28% van de 70-plussers zich eenzaam. Gezien deze tegenstrijdigheid is verder onderzoek vereist.

Ook voor kinderen en jongeren is eenzaamheid een harde realiteit. Internationaal onderzoek toont dat ongeveer 20% van de kinderen zich eenzaam voelt. In de late adolescentie varieert het cijfer van 20 tot 70%, afhankelijk van de geraadpleegde bron.

3.2.2 Evolutie doorheen tijd

De Wachter[11] beklemtoont dat eenzaamheid van alle tijden is. Toch lijkt het probleem de laatste decennia steeds vaker voor te komen. Zo rapporteerde een Britse studie een verdubbeling van de prevalentie over een verloop van 40 jaar[14]. Of deze toename daadwerkelijk het gevolg is van maatschappelijke evoluties, zoals vaak wordt aangenomen, is niet duidelijk. Een verhoogde mate van bewustzijn, het doorbreken van taboes en ontwikkelen van gevalideerde meetinstrumenten lijken eveneens een, al dan niet belangrijke, rol te spelen.
In recente publicaties[16,17] ontkennen onderzoekers aan de Universiteit van Oxford het epidemisch voorkomen van eenzaamheid met klem. Volgens Ortiz-Ospina berust de stelling dat mensen nu vaker eenzaam zijn dan vroeger louter op veronderstellingen en ontbreken overtuigende bewijzen. Deze tegenstrijdigheid dient verder te worden onderzocht.

3.3 Ontstaan

Het ontstaan van eenzaamheid kan op verschillende manieren worden verklaard. Afhankelijk van de wetenschappelijke achtergrond en discipline van de onderzoeker in kwestie verschilt de optiek waaruit het probleem bekeken wordt. Dit resulteert in een diversiteit aan verklaringsmodellen. De meest gehanteerde zijn: de sociale noden theorie, de cognitieve theorie en de gedrags- of persoonlijkheidsbenadering.

3.3.1 Verklaringsmodellen

Mensen hebben behoefte aan sociaal contact. In een poging zich verbonden te voelen met anderen gaan ze verschillende soorten relaties aan. Deze dragen, elk op eigen wijze, bij tot het vervullen van behoeftes en verlangens. Zo biedt een ouder-kindrelatie onvoorwaardelijke acceptatie en steun, terwijl men bij vrienden eerder herkenning en zelfvertrouwen vindt. Weiss[13] onderscheidt zes noden die in sociaal contact worden vervuld. Indien dit niet het geval is, ontstaan gevoelens van eenzaamheid. De sociale noden theorie hanteert een deficitbenadering en verklaart eenzaamheid louter op basis van een tekort aan bepaalde contacten en netwerken.

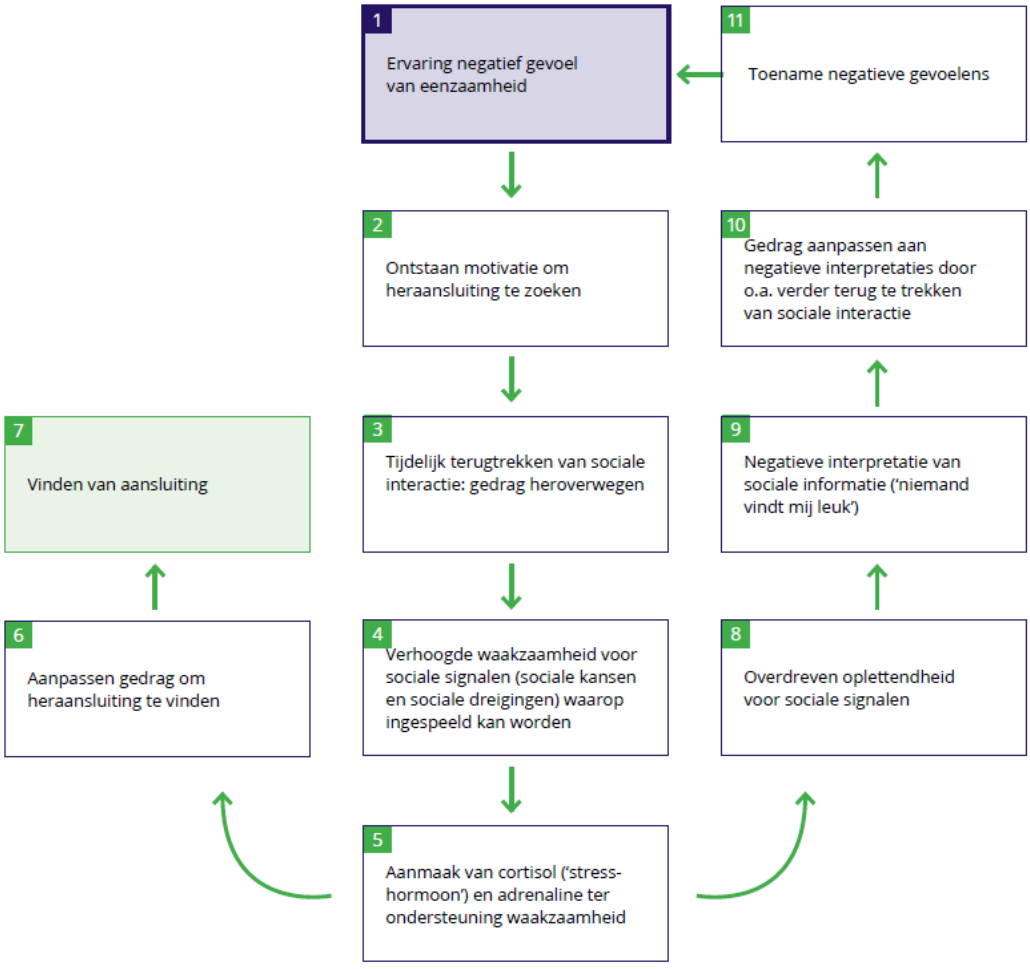
De cognitieve theorie stelt dat eenzaamheid het gevolg is van een onevenwicht tussen gewenste en werkelijke sociale relaties. Het niet voldoen van contacten aan de verwachtingen of een negatieve beoordeling van het eigen netwerk ten opzichte van dat van anderen resulteert in gevoelens van eenzaamheid. De denkprocessen die hiervoor verantwoordelijk zijn, dragen tevens bij tot instandhouding van het probleem. Zo verandert de visie van eenzamen op zichzelf en anderen, zijn ze gevoeliger voor afwijzing met gedragswijzingen tot gevolg. Deze theorie

focust niet op een tekort aan sociale contacten maar stelt de invulling die eraan wordt gegeven centraal. Cognitieve processen liggen aan de basis van eenzaamheid.

De gedrags- of persoonlijkheidsbenadering vertrekt vanuit het individu om het ontstaan van eenzaamheid te verklaren. Bepaalde kenmerken en beperkte sociale vaardigheden leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid. Zo kunnen een negatief zelfbeeld, verlegenheid, gebrek aan zelfvertrouwen en achterdocht mensen sterk belemmeren in het aangaan en onderhouden van contacten met eenzaamheid tot gevolg.

De besproken modellen leveren zinvolle elementen en bieden elk een mogelijke verklaring voor het ontstaan van eenzaamheid. Toch gaan er steeds meer stemmen op om het complexe fenomeen niet vanuit één perspectief te benaderen. Vooral de combinatie van en interactie tussen ontbrekende contacten, denkwijzen en persoonlijkheidskenmerken lijken bepalend. Door sommige auteurs wordt dan ook voorzichtig geopperd het klassieke onderscheid te verlaten.

3.3.2 Eenzaamheid en de evolutietheorie



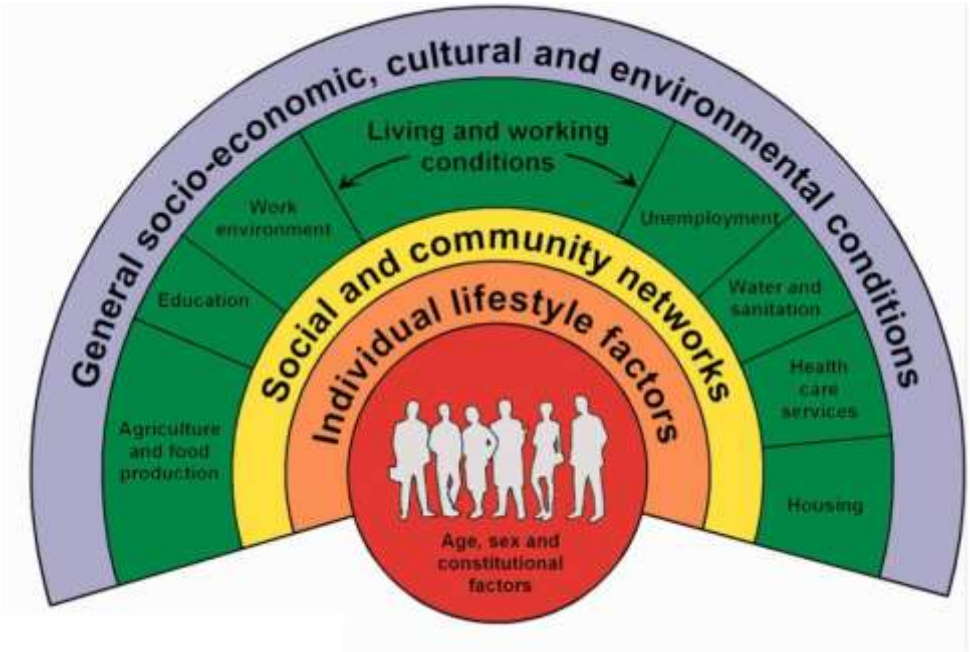
Figuur 1. Proces van vereenzamen en vinden van heraansluiting met anderen (overgenomen uit (12), met toestemming van Movisie).

Tot slot verklaren verschillende onderzoekers[14] eenzaamheid vanuit evolutionair perspectief. Eenzaamheid wordt vergeleken met sensaties zoals pijn en honger. Dergelijke signalen stimuleren mensen om actie te ondernemen met het oog op overleving. In geval van eenzaamheid moet aansluiting met de groep worden gezocht. De betekenis en invulling van de prikkels zijn in de loop van de tijd geëvolueerd. Gezien het risico op verhongering en gevaar om vertrappeld te worden verdwenen zijn, is eenzaamheid een signaal dat mensen moeten investeren in hun sociale relaties en netwerk. Deze bewustwording leidt tot cognitieve, fysiologische en gedragsmatige veranderingen. Als het proces goed wordt doorlopen, kan men betekenisvolle relaties opbouwen. Zo niet ontstaan gevoelens van eenzaamheid en de kenmerkende negatieve spiraal (figuur 1) die het proces onderhoudt. Hoewel vrij nieuw neemt het draagvlak voor de zogenaamde 'evolutionary theory of loneliness' gestaag toe.

3.4 Oorzaken

Talrijke gebeurtenissen kunnen leiden tot gevoelens van eenzaamheid. Bepaalde omstandigheden en maatschappelijke trends lijken het probleem in de hand te werken. De gevolgen van zogenaamde risicofactoren verschillen echter van individu tot individu. Deze vaststelling onderstreept het belang en de invloed van persoonlijkheid en coping.

De oorzaken van eenzaamheid zijn divers en worden ingedeeld in drie categorieën: individuele factoren, factoren met betrekking tot het sociale netwerk en maatschappelijke factoren. Het onderscheid is ruwweg gebaseerd op de determinanten van gezondheid zoals gedefinieerd volgens Dahlgren en Whitehead (figuur 2).



Figuur 2. Determinanten van gezondheid (overgenomen uit (18), met toestemming van Elsevier).

Zoals eerder vermeld worden sommige eigenschappen en persoonlijkheidskenmerken vaak in verband gebracht met eenzaamheid. Zo hebben mensen die introvert zijn, een negatief zelfbeeld of weinig zelfvertrouwen hebben het moeilijker om relaties aan te gaan en te behouden. Anderzijds kunnen fysieke en financiële barrières roet in

het eten gooien. Mensen met gezondheidsproblemen zijn kwetsbaar en voelen zich beduidend vaker eenzaam dan gezonde leeftijdsgenoten. Volgens grootschalig onderzoek in Nederland[12] voelt maar liefst 62% van de volwassenen met een beperking zich eenzaam terwijl het gemiddelde 'slecht' 39% bedraagt. Ook leven in (kans)armoede of met een gering inkomen houdt risico's in. Ruim de helft van de mensen (55%) die moeite hebben om rond te komen geeft aan zich eenzaam te voelen. Bij mensen zonder financiële remmingen is dat 34%. Cijfers van het Nationaal Geluksonderzoek[3] bevestigen het belang van leeftijd als onafhankelijke risicofactor. Niet de bejaarden maar wel jongvolwassenen en mensen tussen 35 en 50 jaar zijn meer vatbaar voor eenzaamheid. Een duidelijke verklaring ontbreekt al suggereren experts[3,11,16] dat ouderen in contact met anderen bewustere keuzes maken. Gebaseerd op ervaring investeren ze in een netwerk dat zorgt voor emotionele steun en stellen kwaliteit boven kwantiteit. Jongeren zouden hier, mede dankzij 'onvoldoende getrainde' sociale vaardigheden, minder goed toe in staat zijn. Deze theorie berust op beperkte evidentie wat verder onderzoek noodzakelijk maakt.
Tot slot toonden studies bij tweelingen dat eenzaamheid niet louter door persoonlijke en omgevingsfactoren wordt beïnvloed. Welke genetische factoren verantwoordelijk zijn is nog onduidelijk maar vast staat wel dat eenzaamheid ten dele erfelijk wordt bepaald.

Ingrijpende gebeurtenissen zoals een ontslag, verhuis of het overlijden van een dierbare gaan gepaard met veranderingen in of verlies van een sociaal netwerk. Hoewel niet noodzakelijk leidt dit vaak tot gevoelens van eenzaamheid. De impact van dergelijke situaties varieert naargelang de relatie die erdoor wordt beïnvloed. Op basis van deze bevindingen konden risicofactoren worden geïdentificeerd. Het overlijden van de partner of echtscheiding maakt mensen zeer kwetsbaar. Iemands burgerlijke staat is dan ook een van de voornaamste indicatoren om het risico op eenzaamheid in te schatten. Ter illustratie: 58% van de gescheiden mensen, weduwen en weduwnaars voelt zich eenzaam ten opzichte van 33% van de getrouwde mensen en 45% van de ongehuwden[12]. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat vooral de kwaliteit van de relatie bepalend is. Mensen in een destructieve relatie voelen zich namelijk vaker eenzaam dan singles. Een andere risicofactor, zeker voor ouderen, is het gebrek aan contact met buren. Onvoldoende cohesie en mogelijkheden om met mensen uit de straat in contact te komen, leiden tot sociale eenzaamheid.

Zoals eerder aangehaald wordt met een beschuldigende vinger naar de veranderende maatschappij gewezen. Wetenschappers uit verschillende disciplines bestuderen het effect van demografische transities, technologische ontwikkelingen en verstedelijking. Hoewel talrijke hypotheses worden geformuleerd, is het vaak onduidelijk of en in welke mate de onderzochte fenomenen de prevalentie van eenzaamheid verklaren.

Kenmerkend voor de huidige maatschappij is een vergaande mate van individualisering. Het buurtgevoel, de contacten op straat en vanzelfsprekendheid waarmee mensen bij elkaar op bezoek gaan, zijn grotendeels verdwenen. Voor veel (oudere) mensen verdwijnt zo een deel van hun netwerk en loert eenzaamheid om de hoek. Ook de explosieve verstedelijking en toegenomen mobiliteit leiden tot het wegvallen van traditionele

sociale verbanden. Mensen worden niet langer automatisch betrokken bij activiteiten of opgenomen in het verenigingsleven. Integendeel, er wordt verwacht dat men zelf instaat voor het opbouwen en onderhouden van relaties. Wie hier niet in slaagt, valt uit de boot. In het kader van de-institutionalisering wordt ingezet op het thuis verzorgen en ondersteunen van kwetsbare groepen zoals ouderen en mensen met een psychische aandoening. Bedoeld om integratie te bevorderen, werkt de maatregel eenzaamheid echter in de hand. De drempel om contact te zoeken is voor deze mensen, gehinderd door allerlei beperkingen, vaak te hoog. Bovendien creëert de negatieve beeldvorming rond bejaarden en mensen met psychische problemen een stigma en schroom bij beide partijen[11-13].

Door enkele auteurs wordt het belang van familie onder de loep genomen. Meer en meer dreigen familieleden elkaar uit het oog te verliezen. Demografische transities en veranderende normen en waarden vormen een mogelijke verklaring. Afgelopen decennia nam het aantal echtscheidingen exponentieel toe. Steeds meer koppels kiezen ervoor niet te trouwen of stellen het huwelijk uit. Ook zijn de gezinnen beduidend kleiner. Het aantal kinderen in een Belgisch gezin bedraagt gemiddeld 1,64 waar dit in 1970 nog 2,25 bedroeg[19]. Anderzijds worden contacten met vrienden maatschappelijk vaak als meer waardevol gezien. Het gezin als instituut lijkt dan ook aan belang te verliezen. Zeker voor ouderen vormt dit een bedreiging.

3.5 Gevolgen

'Is eenzaamheid een ziekte?' Verschillende onderzoekers[14,20] antwoorden ontkennend en benadrukken dat het deel uitmaakt van het leven en mens-zijn. Toch erkennen ze dat ernstige of lang aanslepende gevoelens van eenzaamheid de gezondheid nadelig beïnvloeden en met een heleboel aandoeningen in verband kunnen worden gebracht.

In vrijwel alle studies wordt een negatieve impact op het emotionele welzijn en sociaal functioneren aangetoond. Dit uit zich onder meer onder de vorm van een laag zelfbeeld, wantrouwen en terughoudendheid in contact met anderen. Het Nationaal Geluksonderzoek[3] onderstreept de associatie tussen eenzaamheid en geluk. Mensen die zich eenzaam voelen hebben namelijk vier keer meer kans om ongelukkig te zijn met alle gevolgen van dien. Daarnaast is eenzaamheid een risicofactor voor psychiatrische ziektebeelden zoals depressie, suïcidaliteit, overmatig gebruik van genotsmiddelen en angststoornissen.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat eenzaamheid aanleiding geeft tot versnelde cognitieve achteruitgang. Ook wordt een verhoogd risico op talrijke somatische aandoeningen gerapporteerd, met name hypertensie, cardiovasculair lijden, slaapproblemen en een verminderde immuniteit. Het effect van eenzaamheid wordt door Holt-Lunstad[12] vergeleken met het roken van 15 sigaretten per dag. Cacioppo[1] stelt zelfs dat dit alles de kans op vroegtijdig overlijden met maar liefst 26% verhoogt.

Hoewel consensus ontbreekt, worden doorgaans drie mechanismen beschreven om de negatieve gevolgen van eenzaamheid te verklaren[12]. Gevoelens van eenzaamheid zetten een negatieve spiraal in werking. Vanuit een

verminderd welbevinden kiezen mensen vaker voor bevrediging op korte termijn. Dit uit zich onder meer in ongezond eten, weinig bewegen, gokken en overmatig gebruik van alcohol of drugs. Hierdoor kunnen talrijke problemen optreden die het zelfvertrouwen verder ondermijnen en zo eenzaamheid in de hand werken. Afgezien van de impact op levensstijl, gaat eenzaamheid gepaard met spanning en een verhoogde cortisolproductie. Normaal treden sociale contacten op als 'buffer' om het lichaam te beschermen tegen de nadelige effecten van stress. Hun afwezigheid maakt mensen dan ook bijzonder kwetsbaar. Tot slot wordt verondersteld dat eenzaamheid natuurlijke herstelprocessen, zoals slaap, ondermijnt waardoor deze hun heilzame effect verliezen.

De bewering dat eenzaamheid een louter individueel probleem is, wordt betwist. Enerzijds hebben maatschappelijke evoluties een impact op het ontstaan en de prevalentie. Anderzijds leiden de afwezigheid van een sociaal vangnet en gezondheidsproblemen onder meer tot het frequenter raadplegen van zorgverleners en versnelde opname in verzorgingstehuizen. Dit resulteert in een toename van medische kosten en uitgaven door de overheid. Gezien de endemische proporties en (financiële) gevolgen kan en mag eenzaamheid niet langer worden genegeerd.

Vanuit meerdere hoeken komt protest tegen het overmatig medicaliseren van eenzaamheid. Zowel beleidsmakers als wetenschappers zijn van mening dat niemand baat heeft bij de huidige tendens om eenzaamheid als epidemie te bestempelen. Zo schrijft Berger[21] dat dergelijke omschrijvingen steeds een waardeoordeel inhouden. Bovendien wordt iedereen als mogelijk 'slachtoffer' aanzien. Er wordt geïnvesteerd in grootschalige campagnes en projecten waardoor minder tijd en middelen overblijven voor mensen die ernstig en chronisch eenzaam zijn. Zij hebben nood aan intensieve begeleiding maar glippen vaak door de mazen van het net en worden 'een van de velen'. Stof tot nadenken.

3.6 Meetbaarheid

Of mensen zich eenzaam voelen kan niet objectief worden vastgesteld. Het tijdsgebonden karakter, verschillende uitingsvormen en ontbreken van eenduidige criteria bemoeilijken de detectie en registratie. Omdat eenzaamheid een persoonlijke ervaring is, kunnen onderzoekers en zorgverleners zich uitsluitend baseren op zelfrapportering. Dit is subjectief en onderhevig aan talrijke factoren zoals het ervaren van sociale druk, angst en schaamte. Anderzijds is de vraagstelling van groot belang.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte metingen, single-item vragen en vragenlijsten. Een voorbeeld van een directe vraag is: 'In welke mate voelt u zich eenzaam?' Dergelijke vragen en antwoorden zijn duidelijk en laten geen ruimte voor discussie. Toch zijn er nadelen aan verbonden. Zo vermelden meerdere auteurs[3,13,22] een aanzienlijk risico op onderrapportage ten gevolge van heersende taboes. Vooral bij mannen en mensen die, louter objectief, over een adequaat netwerk beschikken, heerst schroom om het probleem te benoemen. Bovendien is er geen ruimte voor nuancering en wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van eenzaamheid. In indirecte vragen wordt het woord 'eenzaamheid' niet gebruikt om

sociaal wenselijke antwoorden te vermijden. Op deze manier hoopt men ook mensen die gevoelens van eenzaamheid op een andere wijze interpreteren en benoemen te identificeren.

3.6.1 Vragenlijsten

Vragenlijsten genieten de voorkeur boven single-item vragen. Ze bieden inzicht in de gradatie van eenzaamheid en stellen onderzoekers in staat meerdere aspecten te belichten. Door verschillende wetenschappelijke instanties werden dergelijke vragenlijsten ontwikkeld. Wereldwijd worden de UCLA Loneliness scale en de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld het meest gebruikt. Beiden baseren zich op de cognitieve benadering van eenzaamheid, met name dat eenzaamheid berust op een onevenwicht tussen de relaties die men heeft en wat men zou wensen. De UCLA-schaal stelt echter de negatieve ervaring ten gevolge van een ontoereikend netwerk centraal terwijl De Jong-Gierveld focust op het gemis dat dit met zich meebrengt. Een tweede verschil is dat de UCLA-schaal geen onderscheid maakt tussen verschillende soorten eenzaamheid. De schaal van De Jong-Gierveld daarentegen behandelt emotionele en sociale eenzaamheid als aparte entiteiten. Beide schalen zijn betrouwbaar en valide bevonden als meetinstrument. Toch geven Nederlandse onderzoekers[22] de voorkeur aan de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld omwille van het multidimensionele karakter. In praktijk wordt voornamelijk de verkorte versie van deze vragenlijst gebruikt.

Tot slot moet bij bovenstaande meetinstrumenten een belangrijke kanttekening worden geplaatst. Gezien het telkens een momentopname betreft, onderhevig aan de omstandigheden, kunnen deze vragenlijsten en schalen niet worden gebruikt om de diagnose van eenzaamheid te stellen. Ze bieden een betrouwbare afspiegeling van de mate van eenzaamheid binnen groepen maar zijn ongeschikt om uitspraken te doen over een bepaald individu.

3.7 Aanpak

Naarmate het bewustzijn rond de maatschappelijke impact van eenzaamheid toeneemt, worden steeds meer projecten en initiatieven op poten gezet om het fenomeen een halt toe te roepen. Toch slagen beleidsmakers en hulpverleners er niet in om eenzaamheid op duurzame en systematische manier aan te pakken. Dit is onder meer te wijten aan de complexiteit van het probleem. Dat ontelbare gebeurtenissen, denkprocessen en persoonlijkheidskenmerken aan de basis kunnen liggen en eenzaamheid verschillende uitingsvormen kent, maakt het onmogelijk een universele aanpak te hanteren. Voor veel mensen blijft het een taboeonderwerp waardoor het niet of pas na lange tijd onrechtstreeks en schoorvoetend wordt benoemd. Verder heeft eenzaamheid gevolgen op het hele mens-zijn wat de betrokkenheid van verschillende hulp- en zorgverleners en dus samenwerking vereist. Dit verloopt niet steeds even vlot, temeer omdat het hen aan professionele scholing en kennis over beschikbare en werkzame oplossingen ontbreekt. Tot slot is eenzaamheid niet in een-twee-drie opgelost. Een project ontwikkelen en uitvoeren kost tijd en energie. Het uitblijven van een snel resultaat werkt vaak ontmoedigend waardoor mensen afhaken[3].

3.7.1 Stappenplan

In een poging de aanpak van eenzaamheid te verbeteren stelden Nederlandse onderzoekers een stappenplan[12] op. Het is gebaseerd op de veronderstelling dat geduld, maatwerk en samenwerking essentieel zijn om resultaat te boeken. De eerste stap bestaat uit het analyseren van het probleem. Uit literatuuronderzoek blijkt namelijk dat gerichte interventies, afgestemd op de oorzaken en ernst van eenzaamheid, het meest effectief zijn[15]. Op basis van risicofactoren kiest men vervolgens een specifieke doelgroep. De tweede stap is nagaan in welke mate de mensen die men wil bereiken gemotiveerd en in staat zijn om deel te nemen. Een interventie kan uitsluitend slagen als de deelnemers zich bewust zijn van het probleem, er iets aan willen veranderen en daar ook de mogelijkheden toe hebben: 'weten, willen en kunnen'. Eenmaal deze informatie is verzameld, kan de oplossingsrichting worden bepaald (zie verder). De derde stap bestaat uit het in kaart brengen van bestaande interventies waarna, rekening houdend met de effecten, kosten en mogelijke risico's een keuze wordt gemaakt. Bij de uitvoering is het van belang de deelnemers te blijven ondersteunen, multidisciplinaire samenwerking te stimuleren en het project bij sturen waar nodig.

Van hulpverleners wordt verwacht dat ze deze taken op zich nemen. In praktijk zijn er echter een aantal struikelblokken. Zo wordt in de meeste opleidingen nauwelijks aandacht besteed aan het thema. Volgens van der Klein[11] ontbreekt het velen onder hen dan ook aan theoretische kennis en vaardigheden om met het probleem om te gaan. Daarnaast wordt weinig systematisch onderzoek verricht. Effect- en procesevaluaties gebeuren slechts sporadisch waardoor gegevens omtrent de effectiviteit van interventies ontbreken[23]. Experts pleiten daarom voor het oprichten van kennisinstituten die data verzamelen en hulpverleners ondersteunen bij het maken van keuzes[11]. De Wachter onderstreept de rol van de overheid. In tegenstelling tot de hulpverleners kan deze structurele aanpassingen doorvoeren. Zo wijst hij op de impact van maatschappelijke fenomenen zoals armoede en sociale ongelijkheid op het ontstaan van eenzaamheid.

3.7.2 Soorten interventies

Eenzaamheidsinterventies worden ingedeeld in drie categorieën, ook wel oplossingsrichtingen genoemd. De eerste is gericht op het aangaan van nieuwe en versterken van bestaande relaties. Concreet wordt steun verleend aan mensen die zich eenzaam voelen, worden activiteiten georganiseerd die aanzetten tot sociaal contact of focust men op het aanleren van sociale vaardigheden. De tweede groep interventies focust zich op de cognitieve processen die aan de basis liggen van eenzaamheid. Het verlagen van standaarden en bijstellen van onrealistische verwachtingen vermindert het onevenwicht tussen de relaties die men heeft en wat men wenst. De laatste oplossingsrichting is het leren omgaan met gevoelens van eenzaamheid door middel van acceptatie, relativering of het zoeken van afleiding.

Het merendeel van de bestaande interventies zet in op netwerkontwikkeling. Een praatgroep oprichten of vrijwilligers zoeken om thuiswonende ouderen te bezoeken is namelijk gemakkelijker dan het stimuleren van mensen die zich eenzaam voelen om psychologische begeleiding te zoeken. Toch blijken deze interventies weinig

tot geen effect te hebben. Een mogelijke verklaring is het niet aansluiten bij de wensen en behoeftes van de doelgroep. Andere bemerkingen zijn een overmatige focus op de kwantiteit in plaats van kwaliteit van het sociale netwerk en het gebrek aan wederkerigheid in relaties. Om eenzaamheid tegen te gaan is namelijk het niet voldoende om steun te krijgen maar moeten mensen zelf ook in staat zijn hulp en steun te bieden. Cognitieve gedragstherapie waarin mensen disfunctionele gedachten over zichzelf en anderen leren erkennen en aanpakken zou wel effect hebben, al is verder onderzoek nodig[12,14].

3.8 De huisarts

3.8.1 Taakomschrijving

Verschillende instanties beschrijven de competenties en taken van de huisarts. De wereldorganisatie van huisartsgeneeskunde of WONCA[24] stelt het volgende: *'Huisartsen zijn persoonsgeoriënteerde artsen, verantwoordelijk voor het verlenen van integrale en continue zorg. Ze zorgen voor individuen in de context van hun familie, leefomgeving en cultuur, met respect voor de autonomie van de patiënt.'* Dit veronderstelt inzicht in de sociale relaties en welbevinden van patiënten. Ook volgens het CanMEDS-model[25] is het van belang op de hoogte te zijn van het functioneren van mensen binnen hun netwerk en de maatschappij. Zo niet, is het onmogelijk om op een respectvolle manier te communiceren en patiënten de nodige ondersteuning te bieden. Als gezondheidsbevorderaar, een van de zeven CanMEDS-rollen, wordt aandacht besteed aan factoren die iemands gezondheid nadelig (kunnen) beïnvloeden. Zoals eerder beschreven zijn, naast persoonlijke kenmerken en eigenschappen, ook de leefomgeving en het al dan niet deel uitmaken van sociale netwerken hierbij van groot belang. Om aan preventie te doen, moeten deze elementen dan ook in kaart worden gebracht wat inhoudt dat de onderwerpen 'sociale relaties' en 'eenzaamheid' besproken dienen te worden.

3.8.2 Eenzaamheid in de huisartsenpraktijk

Sinds 1994 verzamelen Leuvense onderzoekers informatie over de prevalentie en incidentie van gezondheidsproblemen binnen de eerstelijnszorg. Hiervoor baseren ze zich op de medische dossiers van een 50-tal huisartsenpraktijk in Vlaanderen. De gegevens worden verzameld in een centrale databank en weergegeven onder de vorm van ICPC-codes wat vergelijking met het voorkomen in gespecialiseerde setting en/of andere landen toelaat[26].

Eenzaamheid maakt deel uit van de veelomvattende groep 'sociale problemen', ook wel hoofdstuk Z genoemd. Samen met onder andere discriminatie en het empty nest syndrome vormt het de rubriek 'sociaal-culturele problemen'. Hoewel erg verscheiden worden ze in de Intego-databank als geheel beschouwd en ontbreken afzonderlijke incidentiecijfers. Onder meer omwille van een aanzienlijk verschil in impact op de gezondheid en het functioneren, is interpretatie van deze gegevens echter vrijwel onmogelijk.
Volgens Intego bedroeg de incidentie van sociaal-culturele problemen in 2015 gemiddeld minder dan 1 per 10.000 patiënten. Een duidelijke toename ten opzicht van 2004 ontbreekt. Een snelle vergelijking met alledaagse klachten

zoals hoesten (14,8 per 1000 patiënten) en slaapstoornissen (5,6 per 1000 patiënten) doet vermoeden dat de zogenaamde sociaal-culturele problemen vaak niet worden vermeld of niet als dusdanig worden herkend en geregistreerd door huisartsen. Deze hypothese wordt gesteld na het vergelijken van bovenstaande cijfers met de bevindingen van het Nationaal Geluksonderzoek[3] en eerder aangehaalde studies.

De huisarts wordt als eerste geraadpleegd bij tal van problemen. Eerder werd benadrukt dat dit deel uitmaakt van de kerntaken van het beroep. Bevorderende factoren zoals de opgebouwde vertrouwensrelatie, holistische benadering en laagdrempeligheid werden aangehaald. Toch blijkt uit verschillende onderzoeken dat eenzaamheid zelden concreet wordt benoemd door arts en patiënt. Hiervoor worden niet alleen angst en schaamte maar ook tijdsgebrek en onzekerheid verantwoordelijk gesteld. Een kwalitatieve studie bij Nederlandse artsen[7] leert dat bij de meeste onder hen onduidelijkheid heerst wat betreft hun taak in de detectie en aanpak van eenzaamheid waardoor ze het onderwerp uit de weg gaan. Deense auteurs[8,9] kwamen tot dezelfde conclusie. Uit hun onderzoek blijkt bovendien dat huisartsen het al dan niet eenzaam zijn van patiënten dikwijls verkeerd inschatten. Vooral mensen die niet alleen wonen of over een sociaal netwerk lijken te beschikken worden vaak ten onrechte als niet-eenzaam bestempeld. Hierdoor blijven aanvullende zorgen uit met alle gevolgen van dien.

Tot slot vermelden verschillende auteurs hoe eenzaamheid het consultatiegedrag van mensen beïnvloedt. Grootschalig onderzoek in de VSA[5] toonde dat eenzaamheid leidt tot het vaker raadplegen van de huisarts en bezoek aan de spoedgevallendienst. Britse auteurs[6] kwamen tot een gelijkaardige conclusie. Bovendien roepen eenzame patiënten bepaalde gevoelens op. Vooral aanslepende, schijnbaar uitzichtloze vormen van eenzaamheid leiden dikwijls, weliswaar ongewild, tot machteloosheid en frustratie bij artsen. Dit resulteert in het vaker verrichten van technische onderzoeken en verwijzen van patiënten, alsook tot een toegenomen risico op burn-out[7]. Hoewel ondergeschikt aan de impact van het probleem voor de persoon in kwestie, mag ook de belasting voor zorgverleners niet worden onderschat.

De aanzienlijke prevalentie van eenzaamheid, impact op de levenskwaliteit en gezondheid van patiënten in combinatie met de heersende taboesfeer, belasting voor en onzekerheid van hulpverleners wat betreft detectie en beleid onderstrepen nogmaals het belang van een systematische aanpak en handleiding voor huisartsen.

In deze studie wordt onderzocht of de huisarts betrokken mag en moet worden in de aanpak van eenzaamheid. Welke taken kan hij opnemen, rekening houdend met de verwachtingen van patiënten? Welke moeilijkheden en belemmeringen duiken hierbij op? Er wordt getracht de positie van de huisarts in kaart te brengen alsook enkele concrete adviezen en tips te formuleren.

4 Methodologie

4.1 Vorming en gesprekken

Voorafgaand aan wetenschappelijke studies werden 'populaire' tijdschriften en kranten doorgenomen. Interviews met experten en getuigenissen van mensen die zich eenzaam voelen boden meer inzicht in de impact van het probleem en mogelijke risicofactoren. Hoewel niet gestoeld op evidentie werd op basis van deze verhalen de richting van het onderzoek stilaan duidelijk. Het panelgesprek 'Samen tegen eenzaamheid' in december 2018, waaraan onder meer Eric Schoenmakers deelnam, schiep meer duidelijkheid omtrent de aanpak van eenzaamheid. Uitgebreide gesprekken met Els Maselis, manager zorgbeleid bij Familiehulp, en professor Lieven Annemans, verantwoordelijk voor het Nationaal Geluksonderzoek, leverden niet alleen boeiende inzichten maar ook tips inzake de aanpak en organisatie van dit onderzoek.

4.2 Literatuuronderzoek

De eigenlijke literatuurstudie vond plaats in het voorjaar van 2019. Er werden verschillende kanalen geraadpleegd. In PubMed werd gezocht naar overzichtsartikelen rond eenzaamheid en studies toegespitst op de eerstelijnszorg. Volgende zoektermen werden gebruikt: 'loneliness', 'solitude', 'clinical impact' en 'general practice'. Aan de hand van de sneeuwbalmethode werd verder gescreend naar relevante literatuur. Uitsluitend artikels gepubliceerd in 2005 of later waarvan de volledige tekst beschikbaar was, werden weerhouden. Verschillende boeken en proefschriften werden doorgenomen. Zo fungeerde het naslagwerk 'Zicht op eenzaamheid' als basis voor de inleiding omwille van de heldere en gestructureerde toelichting van het probleem. Ook enkele websites, waaronder movisie.nl en eenzaam.nl, leverden bijkomende inzichten. Prevalentie- en incidentiecijfers werden verkregen via de websites van Belgische en Nederlandse overheidsinstanties. Tot slot werd de Intego-databank geraadpleegd om het voorkomen van eenzaamheid binnen de huisartsenpraktijk in kaart te brengen.

4.3 Studiedesign

Er werd gekozen voor een exploratief kwalitatief onderzoek. De impact van eenzaamheid, verwachtingen ten aanzien van hulpverleners en mogelijke rol van de huisarts zijn namelijk niet in gestructureerde vragenlijsten en abstracte cijfers te vatten. Door middel van focusgroepen werd bij respectievelijk patiënten en hulpverleners gepeild naar hun visie op eenzaamheid. De gesprekken die hierdoor ontstonden leverden interessante informatie en boden meer inzicht in het onderwerp. De focusgroepen hadden niet tot doel om tot een consensus te komen maar wel om meningen uit te wisselen, gedachten en gevoelens te delen met gelijkgestemden. De onderlinge interactie tussen de deelnemers vormde een meerwaarde.

4.3.1 Verloop

Ter voorbereiding werden handleidingen inzake het organiseren en leiden van een focusgroep doorgenomen. Er werd een uitgebreid draaiboek opgesteld om de gesprekken in goede banen te leiden.

De focusgroepen werden georganiseerd in het najaar van 2019. De hulpverleners kwamen samen in het lokaal dienstencentrum van Evergem. Het gesprek met patiënten vond plaats in een afzonderlijke ruimte in een brasserie te Belzele omwille van de vlotte bereikbaarheid en centrale ligging. Om een huiselijke en open sfeer te creëren werden versnaperingen en drank voorzien voor de deelnemers. Beide gesprekken werden geleid door de auteur als moderator. Ze werd bijgestaan door een observator die instond voor het verslag en zich toelegde op niet-verbale uitingen en interactie. De duur bedroeg gemiddeld 90 minuten. Er werden telkens geluidsopnames gemaakt.

Voorafgaand aan het groepsgesprek werd aan alle deelnemers gevraagd een informed consent te ondertekenen. Hierin werd nogmaals benadrukt dat alle gegevens anoniem zouden worden verwerkt. Daarnaast werd iedereen op het hart gedrukt om op een discrete en respectvolle wijze met elkaar om te gaan.

4.3.2 Vragenlijst

Teneinde de sociodemografische kenmerken van de deelnemers in kaart te brengen, werd hen gevraagd een vragenlijst in te vullen. Hierin werd onder meer gepeild naar leeftijd, burgerlijke staat, gezinssituatie, opleiding en beroep. In de vragenlijst van patiënten werd ook de verkorte versie van de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld opgenomen.

4.4 Deelnemers

4.4.1 Hulpverleners

De hulpverleners werden gerekruteerd binnen de regio van de opleidingspraktijk, met name Evergem. De gegevens van mogelijke kandidaten werden verkregen via de sociale kaart. Betrokken personen werden telefonisch of via e-mail gecontacteerd. Na uitgebreide uitleg over het opzet en verloop van de studie werd hen de mogelijkheid geboden deel te nemen aan de focusgroep. Bij toestemming werd een bijkomende informatiebrief opgestuurd. Aangezien verschillende hulpverleners betrokken zijn bij de zorg rond eenzame patiënten en multidisciplinaire samenwerking moet worden gestimuleerd, werden niet alleen huisartsen geïncludeerd. Er werd getracht een diverse groep, bestaande uit artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen en beleidsmakers samen te stellen. Er werd getracht een minimum van 8 kandidaten te includeren om discussie mogelijk te maken.

4.4.2 Patiënten

Voor de rekrutering van patiënten werd beroep gedaan op huisartsen binnen de opleidingspraktijk. Ze werden ingelicht over het opzet en verloop van het onderzoek. Er werd hen gevraagd eenzaamheid en de mogelijkheid om deel te nemen aan een focusgroep aan te kaarten bij patiënten die hiervoor in aanmerking kwamen. De mensen die interesse toonden en toestemming gaven, werden vervolgens door de onderzoeker gecontacteerd. Eventuele vragen werden uitvoerig beantwoord. Er werd benadrukt dat het een vrijwillige deelname betrof die

op ieder moment kon worden stopgezet. Ook hier bedroeg het beoogde aantal deelnemers minimaal 8 met variatie wat betreft leeftijd en geslacht. Bij de selectie werden geen kinderen jonger dan 18 jaar weerhouden. Dementerende patiënten werden niet geïncludeerd. In een poging een diverse groep samen te stellen, werd erop toegekeken dat niet alle deelnemers tot dezelfde leeftijdscategorie en geslacht behoorden.

4.5 Analyse

Aan de hand van de opnames en notities van de observator werd het verzamelde materiaal anoniem neergeschreven. Vervolgens werden deze transcripties gecodeerd. Als eerste stap werd aan alle opmerkingen en quotes die aansloten bij een van de onderzoeksvragen een specifieke code toegewezen. Irrelevante informatie werd hierbij weggelaten. Indien de uitspraak niet aansloot bij de bestaande categorieën werd een nieuwe (sub)code aangemaakt. Vervolgens werden de fragmenten binnen elke categorie met elkaar vergeleken op zoek naar verschillen en overeenkomsten. Tot slot werd de samenhang tussen de codes geanalyseerd en geïnterpreteerd.

Tevens werd een beschrijvende matrix opgesteld waarin alle deelnemers werden opgelijst en een unieke code kregen toegewezen. Deze codes werden gebruikt om uitspraken op anonieme wijze te kunnen citeren of te kaderen aan de hand van bepaalde sociodemografische kenmerken zoals leeftijd en geslacht. De matrix werd niet opgenomen in de rapportering, noch met iemand gedeeld teneinde de privacy te bewaren.

4.6 Ethische aspecten

De studie werd voorgelegd en goedgekeurd door de Commissie voor medische ethiek van Universiteit Gent. De goedkeuring, alsook informatiebrieven en toestemmingsformulieren werden als bijlage toegevoegd.

5 Resultaten

5.1 Rekrutering

5.5.1 Hulpverleners

Het rekruteren van hulpverleners stelde geen problemen. Er werd contact opgenomen met diensten voor thuisverpleging, gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Enkele psychologen en huisartsen uit de regio werden benaderd. Ook medewerkers van instanties gespecialiseerd in jeugd- of ouderenzorg, vrijwilligersorganisaties en sociale diensten van omliggende gemeentes en ziekenhuizen werden uitgenodigd om deel te nemen. Vrijwel alle hulpverleners onderkenden de ernst en omvang van het probleem, alsook de noodzaak tot een adequate aanpak en ondersteuning. Vanuit verschillende disciplines toonden een twintigtal mensen zich bereid. Op basis van beschikbaarheid werden er uiteindelijk 13 weerhouden. Enkele dagen voor de focusgroep verontschuldigden 2 van hen zich omwille van persoonlijke redenen.

5.5.2 Patiënten

Het includeren van patiënten verliep minder vlot. Ondanks de aanzienlijke prevalentie vonden de bevraagde artsen het moeilijk potentiële kandidaten voor een focusgroep aan te duiden.

Slechts bij een beperkt aantal patiënten kwam 'eenzaamheid' in eerdere consultaties of huisbezoeken aan bod. Eenmaal de eerste stap gezet, voelden artsen minder schroom het onderwerp aan te kaarten en te informeren naar bereidheid tot deelname. Vrijwel alle bevraagden reageerden positief en benadrukten de noodzaak van een dergelijk project. Toch bleek niet iedereen zich te kunnen en willen engageren. Gebrekkige mobiliteit en angst voor deelname aan een groepsgesprek vormden, vooral voor ouderen, een bezwaar. Zo gaf een 90-jarige man te kennen dat de verplaatsing en het lawaai voor hem te belastend zouden zijn. Wel stond hij open voor een een-op-eengesprek. Een andere man gaf schoorvoetend toe dat hij zich schaamde om in groep te spreken. Zelf verwoordde hij het als volgt: *'Je zou niets aan mij hebben want ik klap dicht als er te veel mensen naar mij kijken.'* De spanning die een dergelijke bijeenkomst teweegbrengt, was voor hem een onoverkomelijke hindernis. Dat focusgroepen mensen afschrikken, lijkt aannemelijk, temeer gezien eenzaamheid niet zelden gepaard gaat met een negatief zelfbeeld en beperkte sociale vaardigheden zoals reeds eerder werd aangehaald.

Anderzijds blijkt het voor artsen niet vanzelfsprekend eenzaamheid te herkennen. Dikwijls worden alleenstaanden en singles automatisch als 'eenzaam' bestempeld terwijl dit niet noodzakelijk het geval is. Enkele patiënten die door hun arts werden aangesproken, reageerden verrast en ontkennend: *'Ik weet niet waarom u aan mij denkt. Ik ben soms alleen maar voel mij niet eenzaam.'* In welke mate schroom en taboe dit antwoord beïnvloeden is echter onduidelijk.

Volgens grootschalig onderzoek zijn er nauwelijks verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de prevalentie van eenzaamheid. Dit werd niet weerspiegeld in de focusgroep. Hoewel verschillende pogingen

werden ondernomen om hen te motiveren, waren er geen mannelijke deelnemers. Naar een duidelijke verklaring blijft het gissen. Mogelijk speelt het hoofdzakelijk vrouwelijke artsencorps een rol. Al voelen mannen zich vermoedelijk sowieso geremd om onderwerpen zoals eenzaamheid te bespreken, ongeacht het geslacht van de hulpverlener. Daarnaast leeft het idee dat vrouwen van nature meer open zijn in het uiten en benoemen van emoties. Dit zijn echter veronderstellingen.

Er werd contact opgenomen met huisartsen uit een nabijgelegen praktijk. Ze reageerden enthousiast op het voorstel maar brachten geen patiënten aan. Er werd niet gepolst naar de achterliggende reden, al lijken de werkdruk en dagelijkse beslommeringen de voornaamste oorzaken.

In een poging extra deelnemers te rekruteren werden in oktober affiches opgehangen in de wachtzaal. Met de boodschap "Ik voel me zo verdomd alleen" werd de aandacht van mensen getrokken. In de weken die volgden vermeldden drie patiënten tijdens de consultatie dat ze zich aangesproken voelden. Onder hen een oudere man die omwille van toenemende slechthorendheid niet in staat was aan te sluiten bij een groepsgesprek. De twee anderen patiëntes waren bereid tot deelname. Een van hen liet later weten dat ze, omwille van familiale omstandigheden, toch niet aanwezig kon zijn.

Na talrijke telefonische contacten en gesprekken werden uiteindelijk 9 vrouwen weerhouden. Enkele dagen voor het gesprek lieten 2 patiëntes echter weten dat ze andere, persoonlijke en professionele bezigheden hadden wat het totale aantal op 7 deelnemers bracht.

5.2 Bevindingen hulpverleners

5.2.1 Demografische gegevens

Aan de eerste focusgroep namen 11 hulpverleners uit verschillende disciplines deel. Het betrof 2 huisartsen, 2 verpleegkundigen, 1 verzorgende, 1 vrijwilliger, 1 psycholoog, 1 maatschappelijk werker en 3 beleidsmedewerkers binnen organisaties in de zorgsector. Allen waren of zijn werkzaam in Gent, Evergem en/of omliggende gemeentes. Onder hen waren 3 mannen en 8 vrouwen. De leeftijd varieerde van 27 tot 69 jaar. De gemiddelde werkervaring als hulpverlener bedroeg 16,5 jaar. Zes deelnemers komen met mensen uit alle leeftijdscategorieën in aanraking. Bij 4 is de doelgroep beperkt tot volwassenen. Een dame begeleidt uitsluitend ouderen. Drie participanten werken louter op basis van doorverwijzing. Bij de anderen komen cliënten/patiënten (ook) op eigen initiatief terecht.

5.2.2 Vragenlijsten

Met behulp van een korte vragenlijst werd gepeild naar de visie op eenzaamheid als maatschappelijk fenomeen. Verder werd gevraagd enkele stellingen te beoordelen omtrent de aanpak en impact op het functioneren als hulpverlener. Tot slot werd nagegaan of en in welke mate er wordt samengewerkt met andere disciplines.

Alle hulpverleners onderkennen de omvang van het probleem in de huidige samenleving. Ook de negatieve invloed van eenzaamheid op het welzijn en gezondheid van mensen wordt niet betwist. Wat betreft mogelijke oorzaken en risicofactoren zijn de meningen verdeeld. Zo houdt de helft van de deelnemers maatschappelijke veranderingen verantwoordelijk voor de toegenomen prevalentie terwijl dit door 1 persoon met klem wordt ontkend. Enkele participanten aanzien ouderen als meest kwetsbare groep. De meerderheid beschouwt leeftijd echter niet als onderscheidende factor. Unaniem wordt benadrukt dat het al dan niet eenzaam zijn niet berust op persoonlijkheid en/of levenskeuzes. Hiermee ontkent men de stelling dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hoe ze zich voelen. Dat het probleem niet gemakkelijk op te lossen is, wordt tevens door alle bevraagden bevestigd. Op 1 dame na vinden de hulpverleners dat er niet voldoende initiatieven zijn die zich bezighouden met de preventie en aanpak van eenzaamheid. Daarnaast benadrukken ze dat de ondersteuning en zorg voor mensen die zich eenzaam voelen deel uitmaakt van hun eigen takenpakket.

De deelnemers worden wekelijks tot dagelijks geconfronteerd met eenzaamheid. Hoe ze hiermee omgaan, of ze zich voldoende onderlegd voelen om mensen te ondersteunen en hoe eenzaamheid hun handelen beïnvloedt, is erg verschillend. Vrijwel alle hulpverleners geven aan dat cliënten/patiënten beschaamd zijn om het onderwerp aan te kaarten. Anderzijds brengen de geheimzinnigheid en taboesfeer ook bij professionelen een zekere mate van schroom met zich mee. Zo geeft een derde van de participanten aan het moeilijk te vinden het probleem te benoemen en mensen erop aan te spreken. De psychologe ervaart hierbij als enige geen drempels of innerlijke weerstand. Uit de antwoorden blijkt dat de meerderheid van de hulpverleners twijfelt of ze het al dan niet eenzaam zijn van mensen correct inschat. Het gebrek aan educatie en opleiding betreffende het onderwerp draagt hier vermoedelijk toe bij. Gecombineerd met onvoldoende kennis van de sociale kaart en mogelijke initiatieven, in mindere of meerdere mate aanwezig bij de meeste respondenten, leidt eenzaamheid bij een kleine minderheid van de hulpverleners tot frustraties. Desondanks haalt de helft voldoening uit het omgaan met eenzame cliënten/patiënten. Het kunnen bespreken van indrukken en delen van gevoelens met collega's blijkt hierbij van groot belang. De meeste deelnemers geven aan dat de interactie met, beleid en opvolging van mensen worden beïnvloed door eenzaamheid. Slechts enkele merken geen verschil in hun handelen en manier van aanpak. Waaruit de verschillen bestaan en hoe dit tot uiting komt, werd besproken tijdens de eigenlijke focusgroep.

Binnen de eerstelijnszorg wordt steeds vaker de hulp en expertise van andere disciplines ingeroepen. Dit wordt weerspiegeld in de antwoorden van de deelnemers. Zonder uitzondering geven ze aan op regelmatige basis samen te werken. Huisartsen, thuisverpleging en diensten voor gezins- en aanvullende thuiszorg worden het vaakst aangesproken en ingeschakeld. De tevredenheid omtrent deze samenwerking is doorgaans goed tot zeer goed.

5.2.3 Focusgroep

Om hulpverleners toe te laten dieper in te gaan op de thema's die werden aangehaald in de vragenlijst en hun antwoorden toe te lichten, werd een focusgroep georganiseerd. Tijdens het gesprek kregen de deelnemers de kans ervaringen uit te wisselen. In een veilige omgeving konden ze hun mening uiten en toetsen aan de visie van

collega's. Aan de hand van enkele sturende vragen werd getracht verschillende aspecten van eenzaamheid te belichten. In het bijzonder werd gefocust op de rol van de huisarts binnen de eenzaamheidsproblematiek. De uitspraken werden vervolgens gegroepeerd in thema's die hieronder afzonderlijk worden besproken. Enkele opmerkingen worden expliciet vermeld om de mening van de personen in kwestie te ondersteunen.

5.2.3.1 Eenzaamheidsepidemie?!

Eenzaamheid wordt omschreven als een gevoel. Het is een subjectieve gewaarwording wat het herkennen en objectiveren bemoeilijkt. Verschillende deelnemers benadrukken het verschil tussen alleen en eenzaam zijn. Vaak worden deze begrippen ten onrechte als synoniemen aanzien terwijl dit allerminst het geval is.

Alle hulpverleners geven aan regelmatig met eenzaamheid geconfronteerd te worden en onderkennen de aanzienlijke **prevalentie**. Door de oudere deelnemers wordt gesuggereerd dat er vroeger weinig aandacht aan werd besteed. Het onderwerp kwam toen niet of nauwelijks ter sprake. Twee participanten schrijven dit toe aan schaamte en taboe die, vooral onder bejaarden, nog dikwijls aanwezig zijn. Een dame beweert dat er vroeger minder mogelijkheden waren om eenzaam te zijn: *'Mensen werkten tot 's avonds. Men was voortdurend druk bezig waardoor er geen tijd was voor eenzaamheid.'* Deze stelling wordt door een collega genuanceerd: *'Of mensen zich vroeger minder eenzaam voelden, weet ik niet maar nu is er sowieso meer ruimte om te piekeren en te reflecteren over zulke zaken.'*

Tijdens het gesprek wordt vermeld dat bepaalde **gebeurtenissen en omstandigheden** aanleiding kunnen geven tot gevoelens van eenzaamheid. Zo beschouwen alle deelnemers langdurig ziek zijn en verminderde mobiliteit als risicofactoren. Een van de hulpverleners haalt aan dat niet alleen chronisch zieken maar ook een heleboel mantelzorgers dreigen te vereenzamen. De zorg voor een partner, kind of ouder vergt erg veel waardoor er nauwelijks tijd en energie overblijven om te investeren in het eigen netwerk. Als ook de communicatie met de persoon in kwestie moeilijk verloopt, zoals bij mensen met dementie, raken mantelzorgers niet zelden volledig geïsoleerd. Bovendien is er vanuit maatschappelijk standpunt vaak weinig aandacht, begrip en ondersteuning voor wie zich in een dergelijke situatie bevindt.

Het verband tussen armoede en eenzaamheid wordt aangehaald door een van de participanten. Als maatschappelijk werker en ervaringsdeskundige in armoede merkt hij dagelijks dat vooral mensen in kansarmoede moeilijk aansluiting vinden in de maatschappij. Ze dreigen verstrikt te raken in een web van sociale uitsluiting met eenzaamheid tot gevolg. Zelf acht hij een gebrek aan basiskennis en sociaal kapitaal hiervoor verantwoordelijk: *'Als je een sterk netwerk hebt, is het gemakkelijk om mensen aan te raden wat ze moeten doen omdat je het van jongs af aan hebt meegekregen. Bij veel mensen ontbreekt deze basiskennis. Er is een blinde vlek op vlak van interesses en weten wat mogelijk is, zoals jeugdbeweging of muziekschool.'* Anderzijds kosten de meeste activiteiten geld wat investeren in relaties extra bemoeilijkt.

Voor de verpleegkundigen vormen ouderen een belangrijke risicogroep. Het benoemen van en praten over gevoelens is voor deze mensen niet vanzelfsprekend. Ze worden dan ook vaak met een kluitje in het riet gestuurd wanneer ze dergelijke onderworpen aankaarten. Regelmatig ervaren ze weerstand of vinden patiënten niet de 'juiste woorden' om te beschrijven wat hen bezighoudt en waar ze mee worstelen. Zo dreigt een vicieuze cirkel te ontstaan die moeilijk kan worden doorbroken.

In welke mate **maatschappelijke veranderingen** verantwoordelijk zijn voor de zogenaamde eenzaamheids-epidemie ontlokt een hevige discussie.

De jongere deelnemers focussen onder meer op de invloed van sociale media. Ze beschouwen websites zoals Facebook en Instagram, niet als oorzaak van eenzaamheid. Wel veronderstellen ze dat adolescenten en jongvolwassenen misleid kunnen worden door de ideale wereld die hen hier wordt voorgespiegeld. De drempel om toe te geven dat hun leven niet uitsluitend uit leuke momenten bestaat, wordt bijgevolg erg hoog. Een hulpverlener voegt nog toe dat deze kanalen vaak aanleiding geven tot, al dan niet verborgen, pestgedrag en de daarbij horende eenzaamheid.

De wat oudere hulpverleners staan stil bij de toenemende individualisering. Ze geven aan dat er beduidend minder sociale cohesie is dan vroeger. Zo zijn we niet meer op de hoogte van het wel en wee van de buren en voelen we ons nauwelijks verantwoordelijk voor wat zich buiten onze eigen 'cirkel' afspeelt. De oudste deelneemster verwoordt het als volgt: *'Vroeger gingen buren vaak eens bij elkaar langs. De jongere generatie staat daar niet voor te springen. Ze zijn meer bezig met hun eigen activiteiten en kleine dingen, zoals een bezoekje brengen aan de buurman, schieten erbij in.'* Dit wordt unaniem erkend maar lokt bij een van de deelnemers volgende repliek uit: *'Het is niet dat we niet willen helpen maar tweeverdieners hebben zo veel dingen te doen dat er geen tijd overblijft.'*

5.2.3.2 Hulpverlening

De rol van hulpverleners werd uitvoerig besproken. Verschillende aspecten kwamen aan bod. Zo werd onder meer aandacht besteed aan hoe eenzaamheid ter sprake kan worden gebracht, eventuele weerstand bij cliënten/patiënten, mogelijke alternatieven, (gebrek aan) kennis en struikelblokken.

Alle deelnemers zijn het erover eens dat delicate onderwerpen, zoals eenzaamheid, niet aan bod komen zolang mensen zich niet op hun gemak voelen. Er moet een **vertrouwensrelatie** worden opgebouwd. Dit neemt vaak maanden tot jaren in beslag. Vooral de hulpverleners die aan huis komen, bevestigen dat het ervaren van geborgenheid en wederzijds respect mensen ertoe brengt hun gevoelens bespreekbaar te maken. Toch blijft het moeilijk en klapt men niet zelden dicht. Een deelneemster vertelt: *'Je moet opletten dat je de bruggen niet opblaast. Als je te diep probeert binnen te dringen bij mensen, kan je het deksel op je neus krijgen.'* Het blijkt een evenwichtsoefening te zijn waarbij men voorzichtig moet aftasten of iemand openstaat voor een gesprek of niet. Anderzijds halen verschillende aanwezigen aan dat ook zij een drempel moeten overwinnen. Professionele hulpverleners hebben tijd nodig om zich aan te passen en zicht te krijgen op hoe mensen zijn, waar ze nood aan

hebben en signalen op te pikken. Verschillende uitspraken onderstrepen het belang van wederzijds vertrouwen: *'Het duurt vaak lang vooraleer mensen zoiets zullen lossen'* en *'Eerst moet het ijs gebroken worden. Dat gaat, ook voor ons, stap voor stap.'*

Naast geduld en tijd lijkt eerlijke, open communicatie een noodzakelijke voorwaarde. Het verbloemen van emoties en hanteren van betuttelende begrippen werkt averechts. Een evenwichtige relatie, gebaseerd op gelijkwaardigheid, werkt drempelverlagend en vermindert de schroom die nog vaak aanwezig is.

Het **begeleiden** van eenzame mensen wordt door een van de participanten omschreven als 'hindernissenparcours'. Vrijwel steeds botsen ze op weerstand. Een van de huisartsen laat zich volgende uitspraak ontvallen: *'Mensen hebben honderden excuses.'* Dit weerspiegelt de dagelijkse realiteit maar is tevens een uiting van het belang van een aanpak op maat. Men moet zich baseren op de behoeftes en doelstellingen van de persoon in kwestie en niets opdringen. Anderzijds bevestigen de deelnemers unaniem dat het onmogelijk is de sociale kaart tot in detail te kennen. Het aanbod is zo ruim dat men door het bos de bomen niet meer ziet. Bovendien zijn veel projecten afhankelijk van subsidies waardoor ze vaak na enkele jaren worden stopgezet en mensen opnieuw in een leegte terechtkomen. Ook de samenwerking en verwijzing tussen verschillende disciplines blijkt niet steeds vlekkeloos te verlopen. Voornamelijk vanuit tijdsgebrek worden mensen doorverwezen zonder verder overdracht en opvolging. Dergelijke 'koude verwijzingen' hebben zelden een gunstig effect, integendeel: bij veel mensen versterkt het gevoelens van hulpeloosheid en het idee dat men niet geholpen kan worden. Belangrijker dan de verwijzing op zich blijkt het helpen van mensen om bepaalde drempels te overwinnen. Iemand de contactgegevens van een vereniging bezorgen is gedoemd om te mislukken tenzij hulpverleners of vrijwilligers zelf mee gaan om de stap kleiner te maken.

Tijdens de focusgroep wordt lang stilgestaan bij het onderscheid tussen **aanbod- en vraaggerichte zorg**. De meeste instanties hebben bepaalde diensten en voorzieningen ter beschikking en profileren zich als dusdanig. Van zodra ze zich buiten het vaste takenpakket begeven, worden ze op de vingers getikt. Zo wordt het verzorgenden zelden in dank afgenomen dat ze tijd nemen om koffie te drinken met hun cliënten. Het wordt als inefficiënt beschouwd want 'de persoon in kwestie wordt betaald voor huishoudelijk werk'. Het valt verschillende zorgverleners zwaar om met deze druk om te gaan en voortdurend de afweging te moeten maken tussen wat gedaan moet worden en waar mensen nood aan hebben. Vraaggerichte zorg biedt een antwoord. Hierbij wordt niets aangereikt maar luistert men naar wat mensen nodig hebben. Er moet dan ook geen verantwoording worden afgelegd voor wat men doet. De suggestie om meer te investeren in vraaggerichte zorg wordt echter niet door alle deelnemers enthousiast onthaald. Er is enige scepsis en twijfel, onder meer omtrent de haalbaarheid van een dergelijke aanpak. Een van de participanten, gepokt en gemazeld binnen een vraaggerichte organisatie, verdedigt haar visie met verve maar benadrukt dat aanbodgerichte zorg sowieso noodzakelijk blijft. Volgens haar is het cruciaal om te vertrekken vanuit de vraag van mensen en vervolgens gericht te verwijzen en samen te werken. Dit onderwerp verdient verdere aandacht.

Het merendeel van de hulpverleners erkent dat ze in hun doen en laten worden **beïnvloed** door eenzaamheid bij cliënten/patiënten. Vaak proberen ze mensen te stimuleren om deel te nemen aan allerlei activiteiten of reiken andere oplossingen aan. Dat dergelijke suggesties niet zelden worden afgewimpeld of soms botweg worden geweigerd, kan leiden tot frustratie en machteloosheid. Een deelnemer geeft aan dat afwijzing hem zwaar valt. *'We hebben goede bedoelingen en proberen mensen te helpen maar als ze zelf niet willen veranderen, kunnen wij niets doen. Nee is en blijft nee. Het is lastig om dat te accepteren en los te laten.'* Ook in het afbakenen van de persoonlijke levenssfeer ervaren sommige deelnemers moeilijkheden. Een jonge huisarts vertelt dat ze voor veel mensen een vriend of vriendin zou willen zoeken maar dat is onmogelijk. *'Als huisarts kan je niet wekelijks koffie gaan drinken met patiënten. Je bent hun dokter, geen vriend.'*

5.2.3.3 De huisarts

In het gesprek werd getracht de rol van de huisarts binnen de huidige eenzaamheidsproblematiek in kaart te brengen. Of en in welke mate dokters betrokken zijn en een rol spelen in het ondersteunen van patiënten werd bevraagd. Tevens werden de deelnemers aangemoedigd om, vanuit hun ervaring, suggesties en tips te formuleren.

De huisarts wordt omschreven als vertrouwenspersoon. De hulpverleners verwachten dat hij inzicht heeft in louter medische problemen maar ook in de familiale context, financiële toestand en persoonlijkheid van patiënten. Deze informatie stelt hem in staat eenzaamheid te detecteren. Meermaals wordt vermeld dat huisartsen voornamelijk een **signaalfunctie** hebben. Als ze vermoeden dat iemand zich eenzaam voelt, moet dit ter sprake worden gebracht. Ook moet contact worden opgenomen met de omgeving om de situatie beter te kunnen inschatten. Dit blijkt onder meer uit volgende uitspraken: *'De huisarts heeft een plaats in het signaleren van eenzaamheid' en 'Men verwacht dat hij terugkomt op dingen die zijn verteld.'* Een verpleegster formuleert het als volgt: *'De huisarts moet opmerken wat er speelt en informeren, niet alleen bij de patiënt zelf maar ook bij mensen die regelmatig over de vloer komen, mantelzorgers en andere hulpverleners.'* Het aanreiken van oplossingen behoort volgens de participanten minder tot het takenpakket van de huisarts. Wel benadrukken ze het belang van opvolging bij het verwijzen naar gespecialiseerde instanties.

Dit is echter niet zo eenvoudig als het op papier lijkt. De huisarts botst op dezelfde **drempels en moeilijkheden** als andere hulpverleners die met eenzaamheid in aanraking komen. Unaniem bevestigt men het belang van een vertrouwensrelatie alvorens zaken zoals eenzaamheid worden besproken. Patiënten moeten zich erkend, gehoord en veilig voelen bij hun huisarts. Zo niet, blijven de contacten eerder oppervlakkig. Een dergelijke relatie opbouwen kost tijd. Tijd die er, volgens verschillende deelnemers, steeds minder is. Zo zijn enkele hulpverleners van mening dat consultaties steeds functioneler worden. Er is geen ruimte om over koetjes en kalfjes te praten, de gezinssituatie te bespreken of je hart te luchten. Maatschappelijke veranderingen zouden hierin een niet te onderschatten rol spelen. Meerdere deelnemers hekelen de toenemende administratie en de focus op snelheid en efficiëntie. Een zorgkundige vertelt: *'Als ik bij mijn cliënten een huisarts zie, is het "schrijven en weg". De dokter*

moet alles snel afhandelen. Communicatie verloopt via een schriftje of een teambespreking waarop de huisarts, na lang aandringen, aanwezig is maar vaak te laat toekomt en als eerste weer vertrekt.'

Anderzijds worden de toenemende verstedelijking en gebrek aan sociale cohesie aangehaald als belemmerende factoren. Men is het erover eens dat het gemeenschapsgevoel is afgenomen. Vroeger kenden dorpsgenoten elkaar en ontsnapte niets aan de aandacht van de buren. Nieuwtjes werden uitgewisseld waardoor men op de hoogte was van elkaars gezondheidstoestand en eventuele problemen. Huisartsen kenden hun patiënten door en door en pikten veel nuttige informatie op door het voeren van 'informele gesprekken'. Voor de huidige generatie artsen is het minder evident dergelijke kennis te vergaren omdat mensen vaker verhuizen waardoor inzicht in hun ontwikkeling en (familiale) context wegvalt. Ook het groter wordende werkingsgebied van vele praktijken en een stedelijke context zorgen ervoor dat huisartsen niet langer zicht hebben op netwerken van hun patiënten en wat in de regio speelt.

Over de voor- en nadelen van **groepspraktijken** werd lange tijd gediscussieerd. Verschillende deelnemers beklemtonen het belang van een vast aanspreekpunt. Zowel vanuit persoonlijk als professioneel standpunt wordt het niet weten welke dokter beschikbaar is als vervelend ervaren. Patiënten en hulpverleners weten vaak niet tot wie ze zich moeten richten wat het opbouwen van een vertrouwensband bemoeilijkt. Een thuisverpleegster verwoordt het als volgt: *'Ik heb steeds een vaste huisarts gehad. Nu moet ik op het lijstje kijken welke dokter vrij is. Het is voor mij al een aanpassing, laat staan voor onze patiënten.'* Dit wordt algemeen beaamd. Het gebrek aan continuïteit in de hulpverlening blijkt een algemeen en gekend probleem te zijn. Zo vertelt een participant dagelijks volgende uitspraken te horen: *'Hoe vaak moet ik mijn verhaal nog doen?'* en *'Ik heb dit al tegen 30 verschillende mensen verteld maar er is nog altijd geen oplossing.'* De jonge huisarts erkent dat het verdwijnen van solopraktijken voor veel mensen niet vanzelfsprekend is. Anderzijds moet ook de haalbaarheid voor artsen in acht worden genomen. Voortdurend beschikbaar zijn, brengt een aanzienlijke belasting met zich mee. Door samen te werken kunnen verantwoordelijkheden worden gedeeld waardoor de zorgcontinuïteit wordt gewaarborgd en artsen niet worden overspoeld.

'Moet eenzaamheid in elke consultatie aan bod komen?' vraagt een van de huisartsen zich af. Rekening houdend met de aanzienlijke prevalentie en de schroom die veel patiënten voelen, is **systematisch screenen** te overwegen. Dit zou drempelverlagend kunnen werken. De suggestie wordt echter niet door alle participanten enthousiast onthaald. Het ontbreken van een vertrouwensband waardoor men patiënten dreigt te bruuskeren, wordt als voornaamste tegenargument aangehaald. De psychologe in het gezelschap suggereert het aanbieden van de mogelijkheid tot gesprek. Vervolgens wordt de verantwoordelijk bij de patiënt zelf gelegd. *'Hier mag je vertellen over dingen waarmee je het moeilijk hebt maar als je dat niet wil, is het ook goed. Ik zal er af en toe naar vragen maar als je er niet op wilt ingaan, mag je dat gewoon zeggen.'* Zelf hanteert ze deze aanpak met succes. Of dit zonder meer kan worden geëxtrapoleerd naar de huisartsenpraktijk wordt echter in vraag gesteld.

5.3 Bevindingen patiënten

5.3.1 Demografische gegevens

Zeven patiëntes namen deel aan de tweede focusgroep. Allemaal gaven ze tijdens een of meerdere bezoeken te kennen zich soms of regelmatig eenzaam te voelen. De leeftijd varieerde van 29 tot 82 jaar en bedroeg gemiddeld 67 jaar. Drie deelneemsters zijn gehuwd. Twee dames verloren hun echtgenoot enkele jaren geleden. Een vrouw is gescheiden, de andere alleenstaand. Met uitzondering van de jongste patiënte, hebben allen een of meerdere kinderen. Slechts een deelneemster is actief op de arbeidsmarkt. Vier onder hen zijn reeds op pensioen, de overige 2 kunnen omwille van medische redenen hun job niet meer uitoefenen. Alle participanten wonen zelfstandig in een appartement of (rij)woning in een straal van 10 km rond de opleidingspraktijk.

5.3.2 Vragenlijsten

Aan de hand van een korte vragenlijst werd getracht het sociale netwerk van de deelnemers in kaart te brengen. Verder werden enkele vragen gesteld met betrekking tot hun algemene gezondheid, het contact met de huisarts en andere hulpverleners. Tot slot werd gevraagd 6 stellingen rond eenzaamheid te beoordelen. Deze vormen de verkorte versie van de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, zoals eerder beschreven.

Het sociale netwerk van de patiënten verschilt wat betreft omvang en samenstelling. Desondanks worden een heleboel gelijkenissen aangetroffen. Zo blijkt de partner een essentiële rol te vervullen. Unaniem bevestigen de dames dat het verlies van een partner leidt tot eenzaamheid. Anderzijds vermelden de jongere deelneemsters dat ook het uitblijven van een langdurige relatie gepaard gaat met gemis en gevoelens van eenzaamheid. Kinderen nemen een belangrijke plaats in. Het merendeel van de vrouwen ziet haar kind(eren) meermaals per week en omschrijft de band als goed tot zeer goed. De dames geven echter aan dat het rollenpatroon en verwachtingen veranderen naarmate ze zelf ouder worden. Zo vervullen kinderen steeds vaker de rol van steunfiguur en nemen niet zelden administratieve of huishoudelijke taken op zich. Zelden is er sprake van het zogenaamde ‘buurtgevoel’. Slechts een patiënte onderhoudt een vriendschappelijke relatie met haar buren. De overige hebben geen of uitsluitend oppervlakkige contacten met mensen uit de buurt. De meerderheid van de participanten is lid van een of meerdere verenigingen. De betekenis en waarde hiervan werden niet bevraagd.

De meeste dames omschrijven hun algemene gezondheid als ‘redelijk’. Dit is te wijten aan de aanwezigheid van chronische, psychische en/of somatische, aandoeningen. Enkele deelneemsters hebben moeilijkheden om zich buitenshuis te begeven en moeten hiervoor beroep doen op anderen. De verminderde mobiliteit leidt tot belangrijke beperkingen in het dagelijkse functioneren. Ongeacht daarvan ondervinden ook de overige patiënten hinder en problemen bij talrijke activiteiten en bezigheden ten gevolge van hun gezondheidstoestand.

Alle deelnemers beschouwen een van de artsen in de opleidingspraktijk als vaste huisarts. Het merendeel geeft aan een vertrouwensrelatie opgebouwd te hebben met ‘hun’ dokter. Uit de antwoorden blijkt dat de meeste patiënten het belangrijk vinden dat de huisarts weet dat ze zich eenzaam voelen. Ook zijn ze van mening dat de

huisarts een aanspreekpunt moet zijn voor zowel lichamelijk als psychische problemen. Er is echter onenigheid wat betreft de verantwoordelijk om onderwerpen zoals eenzaamheid aan te kaarten. Zo vindt de helft van de respondenten dat dit de taak is van de huisarts, terwijl de andere helft oordeelt dat patiënten zelf de keuze moeten krijgen om zulke zaken te bespreken.

Alle vrouwen zijn het erover eens dat huisartsen in de eerste plaats een luisterend oor moeten bieden. Het geven van advies om met gevoelens van eenzaamheid om te gaan behoort volgens enkelen onder hen eveneens tot hun takenpakket. Een minderheid van de deelnemers vindt dat huisartsen andere hulpverleners moeten inschakelen om patiënten te ondersteunen. De meeste dames komen zelf weinig tot nooit in aanraking met andere zorgverstrekkers. Slechts 2 patiënten doen beroep op thuisverpleegkundigen, 1 dame wordt begeleid door een psycholoog. Hoewel deze contacten als waardevol worden ervaren, lijkt er geen behoefte te zijn tot uitbreiding in aantal en/of frequentie.

De vragenlijst bevestigt dat alle participanten zich enigszins tot sterk eenzaam voelen. Uit de stellingen blijkt dat alle deelneemsters hoog scoren wat betreft emotionele eenzaamheid. Zo wordt de stelling 'Ik ervaar een leegte om mij heen' unaniem bevestigd. Vrijwel alle dames geven aan mensen rondom zich te missen. De helft voelt zich regelmatig in de steek gelaten. Wat betreft sociale eenzaamheid worden twee groepen onderscheiden. De vrouwen in de eerste groep geven aan weinig betekenisvolle relaties te hebben en zich niet verbonden te voelen met anderen. Zij worden dan ook beschouwd als 'sociaal eenzaam'. De anderen ondervinden geen problemen wat dit betreft.

5.3.3 Focusgroep

Hoewel een deelnemersaantal van ten minste 10 patiënten werd beoogd, namen uiteindelijk slechts 7 dames deel aan de focusgroep. Dit leidde tot een gesprek waarin iedereen aan bod kwam. De patiëntes werden aangemoedigd hun ervaringen te delen indien gewenst. Achteraf omschreven de vrouwen de sfeer als 'vertrouwd' en 'veilig'. Ze gaven aan zich niet geremd te voelen hun verdriet te tonen en moeilijke onderwerpen aan te kaarten. In een grotere groep was dat vermoedelijk minder vanzelfsprekend geweest. Tijdens het gesprek werd dieper ingegaan op verschillende aspecten van eenzaamheid, mogelijke oorzaken en reacties van de omgeving. Verder werd aandacht besteed aan de relatie met hulpverleners en de huisarts in het bijzonder. De bevindingen en uitspraken werden nadien gegroepeerd in onderstaande thema's.

5.3.3.1 Oorzaken

Ondanks verschillen in leeftijd en leefwereld vertonen de verhalen van de deelnemers opvallende gelijkenissen. Zo blijkt eenzaamheid steeds het gevolg te zijn van meerdere factoren die onderling verbonden zijn en elkaar versterken.

Verschillende patiëntes geven aan zich door een gebrek aan zelfvertrouwen en angst voor de mening van anderen eerder op de achtergrond te houden. Sociaal contact wordt bewust gemeden of blijft oppervlakkig om

teleurstelling te vermijden. Een dame vertelt dat ze beseft dat dergelijk gedrag eenzaamheid in de hand werkt maar er toch aan blijft vasthouden om niet gekwetst te worden.

Er wordt benadrukt dat gezondheidsproblemen vaak gepaard gaan met eenzaamheid. Vooral mobiliteitsverlies en het onvermogen om zich zelfstandig te verplaatsen blijken belangrijke factoren. Een oudere patiënte verwoordt het als volgt: *'Ik volgde kalligrafie en zong in het koor. Van zodra ik begon te sukkelen, lukte dat niet meer. Ik kom niet meer buiten en alles valt weg.'* Schoorvoetend haalt een andere dame aan dat ook een beperkt inkomen eenzaamheid bevordert. Haar uitspraak wordt instemmend onthaald. Voor veel mensen, zeker alleenstaanden, mensen met een beperking en gepensioneerden, is het niet vanzelfsprekend rond te komen waardoor activiteiten en uitstapjes niet haalbaar zijn. De mogelijkheden om het netwerk uit te breiden en bestaande contacten te onderhouden wordt dan ook beknot.

De sessie startte met een korte kennismaking. Aan de deelnemers werd gevraagd zich voor te stellen waarbij ze zelf mochten bepalen wat ze belangrijk vonden om te delen. Allemaal vertelden ze of ze een partner (gehad) hadden of niet. Later in het gesprek kwam dit thema uitvoerig aan bod.

De meerderheid is van mening dat een **liefdesrelatie** mensen beschermt tegen eenzaamheid. Verschillende dames vertellen dat ze het verlies van hun partner moeilijk te boven komen: *'Het voelt alsof alles stopt. Je wereld stort in: je hebt geen toekomst en geen vooruitzichten meer.'* Eenzaamheid lijkt in dergelijke situaties onvermijdelijk. Ook het ziek worden van de partner wordt als risicofactor aangehaald. Zo vertellen enkele patiëntes dat ze, door het verzorgen van hun man, minder tijd hebben voor familie en vrienden. Bovendien schrikt het ziek zijn veel mensen af waardoor contacten verwateren en koppels geïsoleerd raken. Anderzijds brengt het aftakelingsproces veel verdriet met zich mee omdat men afscheid moet nemen van de partner zoals hij/zij vroeger was en nadien nogmaals bij het overlijden.

Toch is het hebben van een partner niet afdoende als 'bescherming' tegen eenzaamheid. Uit de getuigenissen blijkt dat de kwaliteit van de relatie tevens van groot belang is. Zo laat een dame zich volgende uitspraak ontvallen: *'Het is niet omdat je een man hebt dat hij jou begrijpt.'*

Contact met **familie en vrienden** wordt eveneens als waardevol omschreven. Zonder uitzondering vermelden de dames zich gesteund te voelen door broers, zussen, kinderen en/of vrienden. Desondanks geven ze aan selectief te zijn wat betreft de keuze en het toelaten van mensen. Ze ondervinden dat niet iedereen bereid is te luisteren en begrip op te brengen voor de situatie van anderen. Meerdere dames merken op dat het oordeel van anderen vaak kwetsend is en hen onzeker maakt. Mensen bij wie ze zich niet op hun gemak voelen, worden dan ook gemeden.

Maatschappelijke evoluties worden ook in deze focusgroep aan de kaak gesteld. Verschillende deelnemers geven aan dat mensen nauwelijks tijd nemen om hun buren te begroeten, laat staan hulp aan te bieden. Ze vinden dat er sprake is van egoïsme: *'Iedereen gaat zijn eigen gang, zonder zich iets van elkaar aan te trekken.'*

De toenemende digitalisering vormt vooral voor oudere patiënten een struikelblok. Een dame begrijpt dat de computer niet weg te denken is uit de huidige samenleving. Toch ervaart ze het als kwetsend en storend dat het gebruik ervan door velen als vanzelfsprekend wordt ervaren. Ze geeft aan dat veel instanties niet langer te bereiken zijn voor wie niet over een computer beschikt. Dit leidt tot frustraties: *'Ik ben niet dom omdat ik er niet vertrouwd mee ben.'* Anderzijds dreigen een heleboel mensen hierdoor geïsoleerd te raken met eenzaamheid tot gevolg.

De jongste patiënte gooit het over een andere boeg. Ze vertelt hoe ze dagelijks geconfronteerd wordt met wat door de maatschappij als 'normaal' wordt beschouwd. Wie niet aan de **traditionele verwachtingspatronen** voldoet, valt uit de boot want *'alles is gericht op koppels of gezinnen'*. Vaak wordt men terecht gewezen en staan mensen met een oordeel klaar: *'Wordt het niet tijd om aan kinderen te beginnen? Heb je nog steeds geen vriend? Het zal wel aan jou liggen: je bent te kieskeurig.*' De dame in kwestie geeft aan dat dergelijke opmerkingen haar onzeker maken en doen twijfelen. De getuigenis lokt verontwaardiging en erkenning uit bij de overige deelnemers. Allemaal werden ze reeds geconfronteerd met kritiek en onverbloemde meningen van anderen. Het zogenaamde 'hokjesdenken' lijkt eigen aan onze cultuur. Desondanks wordt het vrijwel steeds als kwetsend ervaren en wakkert gevoelens van eenzaamheid aan.

5.3.3.2 Bespreekbaarheid

De reacties van mensen blijken bepalend in het al dan niet ter sprake brengen van eenzaamheid. Tijdens het gesprek werd uitvoerig aangehaald hoe kwetsend sommige uitlatingen kunnen zijn. Anderzijds vertellen verschillende deelnemers dat ze veel steun ervaren door het benoemen van hun gevoelens.

Alle dames geven aan geconfronteerd te worden met **onbegrip en onwetendheid**. Zo worden alleen en eenzaam zijn vaak verward. Vanuit deze redenering werkt het hebben van een partner, familie of vriendenkring beschermend. Een patiënte die zich in een dergelijke situatie bevindt, hoort dan ook regelmatig: *'Hoe kan jij je eenzaam voelen als je zo veel vrienden hebt?*' Vrouwen die geconfronteerd werden met het overlijden van hun echtgenoot kregen meermaals afkeurende blikken en de commentaar *'dat ze lang genoeg gerouwd en geweend hadden'*. Ook de impact van het zorgen voor een partner wordt voor velen miskend. Zo vertellen verschillende deelneemsters dat slechts zelden werd geïnformeerd hoe zij zich voelden. Mensen zeggen vaak: *'Amai, je ziet er goed uit. Wat houd je je sterk.'* Hierdoor is er geen ruimte meer om toe te geven dat het zwaar is en dat hulp welkom zou zijn.

Hoewel het stigma rond psychische problemen geleidelijk afbrokkelt, wordt mensen die ermee te kampen hebben regelmatig be- en veroordeeld: *'Ze is gestoord. Er mankeert iets in haar hoofd.*' Men is het erover eens dat zulke uitspraken het aankaarten van eenzaamheid bemoeilijken. Uit angst voor afwijzing wordt het onderwerp dikwijls gemeden. Ervaring leert dat de meeste mensen geen zin hebben om echt te luisteren en niet geconfronteerd willen worden met verdriet. Sommige deelnemers geven aan een masker op te zetten en zich anders voor te doen in gezelschap. Anderen trekken zich terug en raken zo nog meer geïsoleerd.

De meerderheid bevestigt dat eenzaamheid gepaard gaat met **schaamte**. Het benoemen vergt moed en is pas mogelijk als men zich geborgen en veilig voelt: *'Er moet een klik zijn.'* Het tonen van begrip en luisteren zijn voor alle deelnemers van essentieel belang. Anderzijds geven een paar dames aan dat ze hopen dat anderen de eerste stap zullen zetten en het gesprek op gang brengen. Het onderwerp steeds zelf moeten aanhalen, vergt namelijk veel van hen: *'Als je altijd de eerste stap moet zetten, durf je dat na een tijd niet meer.'*

5.3.3.3 Aanpak

Opvallend zijn de verschillen in hoe mensen invulling geven aan en omgaan met eenzaamheid. Uit de verhalen blijkt dat sommige deelnemers nood hebben aan gezelschap terwijl anderen rust vinden in het alleen thuis zijn. Het ontwikkelen van een kant-en-klaar stappenplan lijkt onrealistisch en waardeloos. Binnen de focusgroep wordt gesteld dat het belangrijk is om verschillende interventies aan te bieden zodat men zelf bewuste keuzes kan maken. Unaniem wordt dan ook gepleit voor een aanpak op maat. Over de doelstellingen en het beoogde effect zijn de meeste dames stellig: *'Er bestaat geen oplossing. Eenzaamheid hoort bij het leven.'* Toch geven ze aan zich in bepaalde omstandigheden minder eenzaam te voelen. Sommige activiteiten, gesprekken en initiatieven helpen om verdriet een plaats te geven. Enkele hiervan werden toegelicht.

Begrip en ondersteuning door familieleden en vrienden worden door alle patiënten als helpend ervaren. Het merendeel aanziet vooral broers en zussen als belangrijke steunfiguren. De rol van kinderen neemt toe naarmate de participanten ouder worden. Ondanks de vaak nauwe band en gevoel van verbondenheid wordt benadrukt dat familie en vrienden de gevoelens van eenzaamheid niet kunnen wegnemen. Omwille van een eigen gezin en/of andere bezigheden zijn ze niet voortdurend aanwezig en bereikbaar. De voornaamste reden is echter dat relaties niet onderling inwisselbaar zijn. Zo kunnen kinderen de betekenis en taken van een partner niet overnemen. Anderzijds is het hebben van een echtgenoot niet voldoende om het gemis van een vriend(in) op te lossen. Een dame wiens echtgenoot overleden is, verwoordt het als volgt: *'Ik heb een brave zoon aan wie ik alles kan vragen maar het is niet hetzelfde.'*

Sommige participanten zoeken bewust gezelschap op. Deelnemen aan activiteiten en 'onder de mensen komen' verzet hun gedachten. Het horen van verhalen van anderen toont dat iedereen met bepaalde moeilijkheden te kampen heeft. Dit besef helpt hen om hun eigen verdriet in perspectief te plaatsen en te relativeren. Deze mening wordt echter niet algemeen gedeeld. Zo vertellen meerdere dames dat ze er op bepaalde momenten niet in slagen om te praten: *'Soms voel ik zo eenzaamheid dat ik geen mensen wil zien. Ik ben tot niets in staat en kom niet buiten. Op zulke momenten kan niemand mij helpen.'* Voor velen is het niet vanzelfsprekend om nieuwe mensen te leren kennen. Het vergt moed om je kwetsbaar op te stellen en houdt steeds een risico op afwijzing in. In verenigingen wordt men geconfronteerd met koppels en reeds gevormde vriendengroepen wat onzekerheid en twijfel in de hand kan werken. Ook roepen dergelijke situaties vaak herinneringen op die gevoelens van eenzaamheid aanwakkeren: *'Vroeger kwam ik hier altijd met mijn man. Nu blijft zijn plaats aan tafel leeg.'*

Het bestaan van gespecialiseerde organisaties en diensten die zich toeleggen op eenzaamheid is gekend onder de deelnemers. Toch heeft slechts een minderheid er reeds een beroep op gedaan. Een dame vertelt schoorvoetend dat ze af en toe belt naar vrijwilligers van Tele-Onthaal om haar hart te luchten. Toegeven dat ze er nood aan heeft, valt haar echter zwaar waardoor ze het verzwijgt voor haar omgeving. Het raadplegen van een psycholoog blijkt minder stigmatiserend. Zo komt de helft van de patiënten er onmiddellijk voor uit dat ze door een psychologe begeleid worden. Men is zich niet steeds bewust van de aanwezigheid van lokale initiatieven. Vaak komen mensen er pas mee in aanraking op advies van kennissen of buren. De meeste participanten geven aan wel interesse te hebben voor dergelijke projecten maar onvoldoende geïnformeerd te worden over het bestaan ervan.

5.3.3.4 De huisarts

In enkele getuigenissen werd de aanwezigheid van een huisarts expliciet vermeld. In het kader van het onderzoek werd het onderwerp later opnieuw aangehaald en uitgebreid besproken. Aan de deelnemers werd onder meer gevraagd hun verwachtingen ten opzichte van de arts te formuleren. Ook werd aandacht besteed aan eigenschappen van dokters die patiënten afschrikken, dan wel uitnodigen om zaken zoals eenzaamheid ter sprake te brengen.

Wat reeds tot uiting kwam in de vragenlijst, wordt nogmaals bevestigd. Patiënten verwachten in de eerste plaats dat de huisarts luistert en zich begripvol opstelt. Tijd nemen is hierbij essentieel. Verschillende deelnemers geven aan zich geremd te voelen wanneer de arts onder tijdsdruk staat of voortdurend gestoord wordt. Aandacht hebben voor het welzijn van mensen blijkt tevens van belang. Niet zelden komen uitsluitend lichamelijke klachten aan bod. Ingaan op hoe iemand zich voelt, schiet er dikwijls bij in. Toch verwachten de meeste patiënten dat ze ook bij de huisarts terecht kunnen voor het bespreken van hun gevoelens. Meerdere dames benadrukken hoe belangrijk ze het vinden te merken dat de arts hiervoor openstaat: *'Het hoeft niet in grote woorden en met veel uitleg maar als je begrip voelt, is het al goed.'*

De helft van de deelnemers is van mening dat het aanbieden van ondersteuning en patiënten wegwijs maken in het complexe netwerk van gespecialiseerde instanties behoort tot het takenpakket van de huisarts. Dit impliceert niet alleen een grondige kennis van de sociale kaart, alsook inzicht in het functioneren van de patiënt in kwestie. Zonder aandringen kan de arts mensen helpen gepaste begeleiding te vinden: *'Een oplossing kan de huisarts niet geven maar hij kan wel helpen zoeken.'*

Het vertrouwen tussen mensen groeit naarmate men zich verbonden voelt. Uit verhalen van de deelnemers blijkt dat ze veel belang hechten aan **verbondenheid**. Het ervaren van betrokkenheid van de arts is daarbij een noodzakelijke voorwaarde. Dokters die patiënten het gevoel geven er voor hen te zijn, worden als meer open en betrokken beschouwd waardoor onderwerpen zoals eenzaamheid gemakkelijker worden benoemd. Of patiënten zich goed voelen bij een bepaalde arts, wordt echter in belangrijke mate bepaald door het karakter en

de persoonlijkheid van beide partijen. Een van de oudere dames vertelt: *'Je voelt meteen of je je goed voelt bij iemand en of er een klik is.'*

Unaniem geven alle patiënten aan minder voeling te hebben met artsen die uit de hoogte doen. De oudste deelneemster herinnert zich hoe dokters vroeger bovenaan de maatschappelijke ladder stonden. Ze gedroegen zich vaak afstandelijk en waren minder bereikbaar. Deze drempel lijkt, vooral ten aanzien van jonge artsen, steeds meer te vervagen. Het gevoel van **gelijkwaardigheid** leidt ertoe dat patiënten zich meer op hun gemak voelen wat de relatie ten goede komt.

In navolging van de discussie onder hulpverleners, werd bij patiënten geïnformeerd naar hun visie op **groepspraktijken**. Waar de evolutie van solo- naar groepspraktijken in de eerste focusgroep als onoverkomelijk werd beschouwd, vinden de meeste patiënten het geen probleem. Verschillende dames geven aan dat het stoppen van hun oorspronkelijke huisarts niet evident was en een aanpassing vergde omwille van de jarenlange band die ze hadden opgebouwd. Het aansluiten bij een groepspraktijk wordt echter doorgaans niet als problematisch ervaren. De meeste participanten geven aan binnen de praktijk een of twee 'vaste' artsen te kiezen. Indien de dokter in kwestie niet beschikbaar is, kunnen ze steeds bij iemand anders terecht. Dit levert meestal geen problemen op, integendeel: in uiterste nood wordt men sowieso geholpen door een arts die inzage heeft in het dossier. Volgende uitspraak verwoordt de visie van de deelneemsters: *'Ik heb al verschillende dokters gehad maar voelde mij niet bij iedereen even goed. Daarom heb ik gezegd dat ik het liefst dokter X en Y wil maar als het niet lukt en ik hulp nodig heb, begrijp ik dat iemand anders moet komen.'*

6 Discussie

Eenzaamheid is een 'hot topic'. In een stroom aan artikels en documentaires worden de omvang, oorzaken en impact van het fenomeen belicht. Gespecialiseerde hulpverlening blijkt, althans voor een aanzienlijk aantal mensen, van belang wat betreft aanpak en opvolging. De huisarts wordt hierin echter zelden genoemd. Fungeert hij niet langer als steun en toeverlaat? Is zijn rol als eerste aanspreekpunt binnen de gezondheidszorg uitgespeeld?

Aan de hand van focusgroepen werd getracht na te gaan of en in welke mate huisartsen betrokken zijn en/of moeten worden bij de detectie en aanpak van eenzaamheid. Hulpverleners en patiënten werden afzonderlijk bevraagd. Tijdens beide sessies werd aandacht besteed aan eenzaamheid als maatschappelijk fenomeen en de rol van de huisarts. De gesprekken leverden een heleboel informatie en tal van inzichten op. De voornaamste bevindingen worden hieronder besproken en getoetst aan de literatuur.

6.1 Eenzaamheid als maatschappelijk fenomeen

Dat eenzaamheid wijdverspreid is, wordt unaniem erkend door de participanten. Of er sprake is van een toenemende prevalentie staat echter ter discussie. De meerderheid is van mening dat mensen nu vaker eenzaam zijn dan vroeger. Hiervoor worden vooral maatschappelijke veranderingen verantwoordelijk geacht. In het debat hieromtrent is een generatiekloof merkbaar. De wat oudere deelnemers benadrukken de impact van de toenemende individualisering. Ze zijn van mening dat mensen steeds meer op zichzelf gericht zijn en weinig aandacht besteden aan hetgeen zich rondom hen afspeelt. Ook digitalisering en verstedelijking worden als mogelijke oorzaken aangeduid. De jongere hulpverleners en patiënten leggen eerder de nadruk op de negatieve invloed van sociale media en verwachtingspatronen, zoals het heersende huisje-tuintje-kindje-ideaal. De onenigheid wat betreft de evolutie doorheen de tijd wordt weerspiegeld in de literatuur. Een aanzienlijk deel van de onderzoekers[1,2,14] stelt dat eenzaamheid zich als een epidemie uitbreidt en willekeurig slachtoffers maakt. Anderen[11,16,21] geven aan dat niet zozeer de prevalentie maar wel het bewustzijn rond het probleem groeit.

In de focusgroepen wordt duidelijk dat eenzaamheid vrijwel steeds berust op een combinatie van factoren. Het verlies van een partner, verminderde sociale cohesie, armoede en gebrekkige mobiliteit worden veelvuldig genoemd. De lijst van mogelijke oorzaken is echter aanzienlijk. Overeenstemmend met wetenschappelijke studies[10,12,15] wordt een onderscheid gemaakt tussen factoren gekoppeld aan het individu, de sociale context en de maatschappij. Hoewel bepaalde eigenschappen en kenmerken leiden tot verhoogde kwetsbaarheid, is eenzaamheid geen bewuste keuze of fout. De hulpverleners beklemtonen dan ook dat schuldinductie onterecht is. Toch is er vaak sprake van schaamte. Alle patiënten geven aan geconfronteerd te worden met onbegrip en kwetsende reacties. Dit leidt niet zelden tot verdriet en het vermijden van sociaal contact. De negatieve spiraal van eenzaamheid, beschreven in verschillende publicaties[11,12], is voor veel mensen bijgevolg een harde realiteit.

Dé oplossing voor eenzaamheid bestaat niet. Uit eerder onderzoek[3,12,15] bleek dat een individuele aanpak, aangepast aan de mogelijkheden en noden van de patiënt, het meeste kans op slagen biedt. Er wordt gesuggereerd

een stappenplan[12] te volgen waarbij zorgvuldig alle aspecten van het probleem in kaart worden gebracht teneinde een passende interventie te kiezen. Deze visie wordt door de deelnemers aan de focusgroepen gedeeld. Allen beamen dat maatwerk noodzakelijk is. Ondersteuning door gespecialiseerde instanties wordt als zinvol ervaren al kunnen hulpverleners en vrijwilligers de rol van familie, vrienden en buren niet overnemen. Door enkele participanten wordt nadrukkelijk vermeld dat het onvoldoende betrekken van het bestaande netwerk van mensen in eenzaamheid een valkuil vormt. Onder hulpverleners werd gediscussieerd over aanbod- en vraaggerichte zorg. Hoewel meerdere professionals van mening zijn dat een vast aanbod, zij het onbedoeld, beperkingen met zich meebrengt, lijkt louter vraaggericht werken niet haalbaar. Zo brengt het ontbreken van concrete doelen en een duidelijke taakomschrijving administratieve moeilijkheden teweeg. Ook roept het bij talrijke beleidsmakers twijfels op inzake de besteding van financiële middelen. Uiteindelijk werd in de focusgroep een consensus bereikt waarin samenwerking centraal staat. In eerste instantie dienen de noden van het individu in kaart te worden gebracht. Vervolgens kan men gericht zoeken naar hulpverleners die de vereiste zorg aanbieden. Het onderscheid tussen aanbod- en vraaggerichte zorg wordt in de literatuur zelden gemaakt. Ook de voor- en nadelen van beide 'strekkingen' werden tot op heden niet onderzocht. Dat het onderwerp in de focusgroep uitvoerig aan bod kwam, pleit echter voor de noodzaak tot het verrichten van aanvullende analyses en uitwerking.

Samenwerking is onlosmakelijk verbonden met opvolging en overleg. Uit de gesprekken blijkt dat het doorsturen van mensen die zich eenzaam voelen zelden het beoogde effect heeft. Niet zozeer omdat de verkeerde instanties worden aanbevolen maar wel omdat de persoon in kwestie niet of onvoldoende wordt begeleid en ondersteund. Zogenaamde 'koude' verwijzingen, waarbij mensen niet actief geholpen worden om drempels te overwinnen, versterken gevoelens van afwijzing en hulpeloosheid eerder dan ze te verminderen. Bovendien moet telkens opnieuw een vertrouwensrelatie worden opgebouwd waardoor het proces van voren af aan begint. Er wordt geopperd een soort coach aan te stellen die instaat voor persoonlijke begeleiding en tevens een coördinerende rol op zich neemt. Uiteraard steeds in samenspraak met en afgestemd op de behoeftes van eenzame mensen. Dit strookt met de aanbevelingen van verschillende experten. Zo benadrukken Nederlandse onderzoekers[12] dat een intensieve samenwerking tussen hulpverleners en gespecialiseerde organisaties noodzakelijk is om duurzame interventies te kunnen aanbieden.

Gekend is dat het een heleboel professionals ontbreekt aan kennis en vaardigheden inzake de problematiek[7,11,12]. Dit wordt weerspiegeld in de vragenlijsten en gesprekken. De meeste hulpverleners geven aan zich vaak onzeker te voelen en onvoldoende op de hoogte te zijn van de sociale kaart. Bijgevolg pleit men voor meer aandacht voor eenzaamheid in de opleidingen en nadien, onder meer door middel van bijscholingen en cursussen.

6.2 De rol van de huisarts

Met oog op de praktijk werd de rol van de huisarts binnen de eenzaamheidsproblematiek in dit kwalitatief onderzoek verder uitgediept. Het aantal studies hieromtrent is namelijk beperkt. In een drietal publicaties[7-9] werd

aangehaald dat eenzaamheid voor vele huisartsen onbekend terrein is. Enerzijds zijn ze slecht in het herkennen ervan en anderzijds voelen ze zich dikwijls onzeker wat betreft de aanpak. Aangezien werd aangetoond[5,6] dat mensen die eenzaam zijn vaker een dokter raadplegen en het risico op tal van aandoeningen toeneemt[1,2], is bewustwording van groot belang.

In beide focusgroepen werden de verwachtingen ten aanzien van de huisarts besproken. Opvallend is hoe 'luisteren' als voornaamste taak wordt omschreven. Patiënten en hulpverleners beklemtonen dat openstaan en begrip tonen voor gevoelens van eenzaamheid essentieel is. Betrokkenheid, empathie en tijd nemen blijken onmisbare eigenschappen. Van een huisarts wordt verwacht dat hij aandacht heeft voor alle aspecten van het mens-zijn, rekening houdt met de persoon achter de lichamelijke klachten. Ook respect tonen voor alle mensen en hen als gelijken behandelen worden als belangrijke en noodzakelijke kenmerken naar voren geschoven. Een opvallende bevinding is dat slechts een minderheid van de patiënten verwacht dat dokters oplossingen voor eenzaamheid aanreiken. Op de hoogte zijn van het bestaan van gespecialiseerde instanties wordt als meerwaarde gezien maar blijkt geen must. Samenwerken wordt door de meeste hulpverleners wel als zinvol ervaren. Zoals eerder vermeld benadrukt de meerderheid dat een verwijzing zonder meer niet volstaat. Communicatie en opvolging zijn cruciaal.
De rol van de huisarts inzake eenzaamheid werd, voor zover bekend, niet eerder ten gronde onderzocht. In enkele studies[8,9] werd aan patiënten gevraagd of het onderwerp ter sprake komt tijdens de consultaties. Dit bleek zelden het geval te zijn. De onderliggende redenen werden echter niet in kaart gebracht. Wat patiënten met psychische klachten verwachten van de huisarts werd bestudeerd door Demoen[27]. Het bieden van een luisterend oor komt als voornaamste verwachting naar voren. Hoewel uitgevoerd in een gelijkaardige setting kunnen deze bevindingen niet zonder meer worden overgenomen gezien eenzaamheid niet als afzonderlijk item werd behandeld. Ook de kleinschaligheid van het onderzoek bemoeilijkt het veralgemenen van de resultaten. In een Nederlandse studie[7] werden huisartsen geïnterviewd over hun houding ten aanzien van mensen die te kampen hebben met eenzaamheid. Hoewel de dokters van mening zijn dat het relevant is om op de hoogte te zijn van dergelijke gevoelens, vinden ze het moeilijk hun taak in deze problematiek te definiëren. Een kwalitatief onderzoek waarbij de rol van de huisarts in de aanpak en detectie van eenzaamheid in kaart wordt gebracht, levert bijgevolg nieuwe inzichten. Temeer omdat de aanbevelingen gebaseerd zijn op de verwachtingen van patiënten en suggesties van een multidisciplinair panel van hulpverleners.

Het ter sprake brengen van eenzaamheid is voor de meeste hulpverleners niet vanzelfsprekend. Tijdens het gesprek geven de meesten onder hen toe zich vaak onwennig te voelen. Angst om mensen te kwetsen speelt hierbij een rol, naast het idee dat men onvoldoende onderlegd is in de aanpak van eenzaamheid. In het licht van de onderzoeksvragen werd tevens geïnformeerd naar eventuele belemmeringen bij de professionals. Hoewel het werken met eenzame mensen voldoening biedt, gaat het niet zelden gepaard met frustraties en machteloosheid. Weerstand bij patiënten blijkt de voornaamste oorzaak, al dragen ook het gebrek aan ondersteuning en onzekerheid wat betreft het voortbestaan van projecten hiertoe bij. Op basis van interviews met 20 huisartsen

kwam van der Zwet[7] tot een gelijkaardige conclusie. Om artsen te ondersteunen werd gesuggereerd te investeren in bijkomende opleidingen en intervisiegroepen te organiseren. Rekening houdend met de verzuchtingen van de hulpverleners in de focusgroep moet dit voorstel dan ook ter harte worden genomen.

Opvallend is dat systematisch screenen naar eenzaamheid wordt ontraden. Men is van mening dat mensen zelf mogen beslissen wat ze wanneer en aan wie toevertrouwen. Zoals door het merendeel van de patiënten aangehaald, is het ervaren van een zogenaamde 'klik' met de arts van groot belang. Het opdringen van een gesprek rond eenzaamheid heeft niet het beoogde effect indien de persoon in kwestie er geen behoefte aan heeft of zich niet op zijn/haar gemak voelt. Om de schaamte te doorbreken kan door hulpverleners echter wel worden vermeld dat het onderwerp besproken kan en mag worden. Kaderend binnen het concept van vraaggerichte zorg, legt dit de verantwoordelijkheid bij de patiënt in de wetenschap dat hij/zij omringd is. Dit sluit aan bij wat in de literatuur[12] wordt omschreven als 'weten, willen en kunnen'. Het bespreken en aanpakken van eenzaamheid is slechts mogelijk als de persoon in kwestie hiermee instemt.

De vraag of eenzaamheid gemedicaliseerd moet worden blijft onbeantwoord. Aansluitend bij kritische stemmen in de media[21] en wetenschappelijk onderzoek[11,16,17] lijkt het pathologiseren van een fenomeen dat onlosmakelijk deel uitmaakt van het leven niet opportuun. Of de huisarts er een behandeling voor moet instellen kan worden betwist. Anderzijds is het zijn verantwoordelijkheid om mensen bij te staan in alle aspecten en fases van hun leven[24,25]. Aandacht hebben voor eenzaamheid en een luisterend oor bieden worden daarom niet als overbodig beschouwd.

6.3 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

De belangstelling voor eenzaamheid als maatschappelijk probleem neemt toe. Ook wordt meer aandacht besteed aan en geïnvesteerd in de eerste lijn als basis voor de gezondheidszorg. Desondanks werd de rol van de huisarts binnen de eenzaamheidsproblematiek tot nog toe weinig onderzocht. Deze studie tracht hier verandering in te brengen door zowel artsen, hulpverleners uit verschillende disciplines als patiënten uit te nodigen tot deelname aan focusgroepen. Het organiseren van dergelijke gesprekken stelt mensen in staat op een meer genuanceerde en vrije manier te praten. De discussies die volgen bieden meer inzicht dan vragenlijsten en laten toe bepaalde items meer in detail toe te lichten.

Toch moet bij het interpreteren van de resultaten rekening gehouden worden met een aantal beperkingen met als voornaamste de kleinschaligheid van de studie. Er werden twee focusgroepen georganiseerd waaraan respectievelijk 11 en 7 mensen deelnamen. Bij de hulpverleners werd een evenwichtige verdeling wat betreft achtergrond, beroep, leeftijd en geslacht bekomen. Onder de patiënten was dit niet het geval. Zo kon geen enkele man worden gemotiveerd tot deelname en was het merendeel van de patiënten ouder dan 60 jaar. Aan geen van beide focusgroepen namen mensen van niet-Belgische origine deel. Verder moet rekening gehouden worden met mogelijke selectiebias. Uitsluitend patiënten wiens lichamelijke toestand een groepsgesprek toeliet werden gevraagd om deel te nemen. Ook werd gebruik gemaakt van affiches in de wachtzaal. Vermoedelijk

werden hiermee eerder extraverte persoonlijkheid gerekruteerd en vielen schuchtere mensen uit de boot. Dat de onderzoeker tevens huisarts is van het merendeel van de deelnemende patiënten is een derde beperking. Er is geen sprake van neutraliteit en de kans op sociaal wenselijke antwoorden neemt toe.

Hoewel kleinschalig werpt deze studie licht op de rol van de huisarts inzake eenzaamheid. De resultaten kunnen wellicht niet worden veralgemeend maar vormen wel een springplak naar grootschalig onderzoek waarin een groot aantal mensen wordt bevraagd. De inzichten kunnen reeds worden gebruikt als leidraad maar dienen verder te worden aangevuld en onderbouwd.

7 Conclusie

Eenzaamheid is alom tegenwoordig. Wetenschappers benadrukken dat het deel uitmaakt van het leven en niet gemedicaliseerd dient te worden. Toch kan niet worden ontkend dat een aanzienlijk deel van de bevolking ermee te kampen heeft. Bovendien gaan ernstige vormen van eenzaamheid gepaard met talrijke gezondheidsproblemen, alsook een negatieve impact op de maatschappij. Dit pleit voor een systematische aanpak en bewustwording. Uit deze studie blijkt dat de huisarts hierbij betrokken kan en moet worden. Als vertrouwenspersoon en aanspreekpunt voor tal van, al dan niet medische, problemen wordt hij vooral geacht een luisterend oor te bieden en signalen op te vangen. Betrokkenheid, empathie en het tonen van begrip zijn noodzakelijke voorwaarden. Het is belangrijk steeds het tempo van de patiënt te volgen. Zo wordt systematisch screenen naar eenzaamheid niet aanbevolen teneinde mensen niet te bruuskeren of de zorgvuldig opgebouwde relatie te schenden. Kennis van de sociale kaart wordt als meerwaarde beschouwd. Samenwerken met gespecialiseerde instanties verhoogt namelijk de kans op 'slagen' van interventies gericht op het verminderen of voorkomen van eenzaamheid. Vanuit verschillende hoeken wordt benadrukt dat het verwijzen op zich niet volstaat. Het moet steeds gepaard gaan met opvolging en intensief overleg. Tot slot wordt vermeld dat het werken met eenzame mensen niet steeds vanzelfsprekend is. Huisartsen en andere hulpverleners worden bijgevolg aangemoedigd hun gevoelens te bespreken met collega's. Ook wordt aangedrongen op het organiseren van bijkomende opleidingen en overlegmomenten om de kennis en vaardigheden van alle betrokkenen te vergroten.

In deze studie werd de rol van de huisarts binnen de eenzaamheidsproblematiek bestudeerd. Het betrof een kleinschalig onderzoek waarvan de resultaten niet zonder meer geëxtrapoleerd kunnen worden. De omvang en impact van eenzaamheid binnen de huidige maatschappij onderstrepen echter het belang van bijkomende analyses en bevragingen.

7.1 Adviezen voor de huisarts

- Wees betrokken en empathisch. Maak tijd voor patiënten en informeer ook naar het algemene welzijn. Beperk je niet tot lichamelijke klachten en symptomen.
- Wees alert voor signalen van eenzaamheid en benoem deze.
- Houd rekening met de behoeftes en verwachtingen van de patiënt. Probeer hem/haar niet te forceren.
- Dé oplossing voor eenzaamheid bestaat niet. Het is steeds maatwerk, aangepast aan de oorzaken van het problemen en de mogelijkheden en verwachtingen van de patiënt.
- Verwijs naar gespecialiseerde instanties als de patiënt hiervoor openstaat en toestemming geeft. Blijf mee opvolgen na de verwijzing. Werk intensief samen met andere hulpverleners.

8 Referenties

1. Cacioppo J, Cacioppo S. The growing problem of loneliness. Lancet 2018 Feb 3;391(10119):426
2. Spitzer M. Eenzaamheid. Amsterdam: Atlas Contact; 2019. p. 256.
3. Annemans L, T'Jaeckx J. Persdossier: resultaten Nationaal Geluksonderzoek 2018, sociale relaties; 2018. Beschikbaar via: https://gelukkigebelgen.be/wp-content/uploads/Persdossier_180705.pdf. Geraadpleegd 2019 januari 19.
4. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid: eenzaamheid. Beschikbaar via: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid. Geraadpleegd 2019 juli 20.
5. Mullen R, Tong S, Sabo R, Liaw W, Marshall J et al. Loneliness in Primary Care Patients: A Prevalence Study. Ann Fam Med 2019 Mar;17(2):108-115
6. Ellaway A, Wood S, Macintyre S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. Br J Gen Pract 1999 May;49(442):363-7
7. Van der Zwet J, Koelewijn-van Loon M, van den Akker M. Lonely patients in general practice: a call for revealing GP's emotions? A qualitative study. Fam Pract 2009 Dec;26(6):501-9
8. Due T, Sandholdt H, Siersma V, Waldorff F. How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? BMC Fam Pract 2018 Feb 26;19(1):34
9. Due T, Sandholdt H, Waldorff F. Social relations and loneliness among older patients consulting their general practitioner. Dan Med J 2017 Mar;64(3)
10. Van Tilburg T, de Jong Gierveld J, redactie. Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum; 2007. p. 113.
11. Engbersen R. Onderbelichte aspecten van eenzaamheid: 5 experts aan het woord. Beschikbaar via: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2019-06/Onderbelichte-aspecten-eenzaamheid-essays.pdf. Geraadpleegd 2019 juli 14.
12. Van der Zwet R, van der Maat J. Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid. Beschikbaar via: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Wat-werkt-bij-eenzaamheid%20%5BMOV-10927840-1.2%5D.pdf. Geraadpleegd 2019 juli 14.
13. Heylen L. Oud en eenzaam? Een studie naar de risicofactoren voor sociale en emotionele eenzaamheid bij ouderen [proefschrift]. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2011.
14. Cacioppo S, Gripp A, London S, Goossens L, Cacioppo J. Loneliness: clinical import and interventions. Perspect Psychol Sci 2015 Mar;10(2):238-49
15. Schoenmakers E, Fokkema T, Van Tilburg T. Eenzaamheid is moeilijk op te lossen en treft niet alleen ouderen. Demos 2014;30:5-7
16. Ortiz-Ospina E. Is there a loneliness epidemic? Our World in Data 2019. Beschikbaar via: https://ourworldindata.org/loneliness-epidemic. Geraadpleegd 2020 januari 14.
17. Ortiz-Ospina E. Are people more likely to be lonely in so-called 'individualistic' societies? Our World in Data 2019. Beschikbaar via: https://ourworldindata.org/lonely-not-alone. Geraadpleegd 2020 januari 14.
18. Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health 2010 Apr;64(4):284-91

19. Statbel. Geboorten en vruchtbaarheid. Beschikbaar via: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboorten-en-vruchtbaarheid. Geraadpleegd 2019 juli 24.

20. Heinrich L, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. Clin Psychol Rev 2006 Oct;26(6):695-718

21. Berger L. Eenzaamheid een epidemie noemen, maakt van het leven een ziekte (en van ernstige eenzaamheid een vergeten probleem). De Correspondent 2019. Beschikbaar via: https://decorrespondent.nl/10704/eenzaamheid-een-epidemie-noemen-maakt-van-het-leven-een-ziekte-en-van-ernstige-eenzaamheid-een-vergeten-probleem/356646576-bf43a04d. Geraadpleegd 2020 januari 14.

22. Van Beuningen J, Coumans M, Moonen L. Het meten van eenzaamheid [rapport]. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2018.

23. Brabantse Vereniging van instellingen voor Welzijn Ouderen (BVWO). Maatwerk bij de aanpak van eenzaamheid, methodieken voor een passende inzet. Beschikbaar via: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Maatwerk%20aanpak%20eenzaamheid%20%5BMOV-840233-00%5D.pdf. Geraadpleegd 2019 juli 14.

24. WONCA Europe. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2003.

25. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. Can Meds 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

26. Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde, KU Leuven. Intego-project. Beschikbaar via: https://intego.be. Geraadpleegd 2019 augustus 04.

27. Demoen S. Psychische klachten in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar de verwachtingen en de beleving van patiënt en huisarts [masterproef]. Gent: UGent; 2018.

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1 - Goedgekeurd protocol

Introductie

Mensen hebben behoefte aan sociaal contact, interactie en betekenisvolle relaties. Dankzij het aanzienlijke aanbod aan clubs, verenigingen, georganiseerde activiteiten, groepsreizen, technologische vooruitgang en sociale media kan dit geen probleem vormen. Of toch? Uit cijfers van het Nationaal Geluksonderzoek blijkt dat 46% van de Belgen zich eenzaam voelt. In tegenstelling tot wat algemeen wordt verondersteld, zijn niet ouderen maar wel volwassenen tussen 20 en 50 jaar het meest kwetsbaar. Verschillende studies wijzen op de nadelige gevolgen van eenzaamheid op de levenskwaliteit, psychisch welzijn, cognitief functioneren en het optreden van somatische aandoeningen. Dat het fenomeen endemische proporties aanneemt en gepaard gaat met toegenomen morbiditeit en risico op vroegtijdig overlijden maakt het tot een belangrijk gezondheidsprobleem. Desondanks wordt het nog te vaak miskend en gestigmatiseerd. Omwille van de heersende taboesfeer durven veel mensen eenzaamheid niet ter sprake te brengen en blijven constructieve oplossingen uit.

Als aanspreekpunt voor (medische) problemen komen huisartsen dagelijks in aanraking met eenzaamheid. Uit recent onderzoek blijkt echter dat ze zelden in staat zijn het al dan niet eenzaam zijn van mensen correct in te schatten, te benoemen en bespreekbaar te maken. Hoewel deze informatie als belangrijk wordt aanzien, heerst onduidelijkheid omtrent de taak die voor de huisarts is weggelegd. Ook geven artsen aan over onvoldoende kennis te beschikken wat betreft therapeutische mogelijkheden en eventuele samenwerking. Hiertegenover staat dat eenzame patiënten vaker een arts raadplegen, technische onderzoeken ondergaan en onnodig verwezen worden. Dit alles leidt tot gevoelens van frustratie en machteloosheid bij beide partijen.

Talrijke kleinschalige initiatieven en projecten worden opgezet om eenzaamheid te verminderen en voorkomen. Of en in welke mate hiermee het beoogde doel wordt bereikt, blijft echter onduidelijk. Objectieve metingen van het effect van bestaande interventies zijn nodig maar moeilijk uit te voeren en daardoor gering. In enkele meta-analyses wordt cognitieve gedragstherapie als oplossing aangereikt, al wordt benadrukt dat bijkomend kwalitatief en systematisch onderzoek nodig is.

Kortom, eenzaamheid is een wijdverspreid fenomeen met belangrijke implicaties voor de eerstelijnszorg. Gebrek aan gerichte opleiding, inzicht in verwachtingen van patiënten, communicatieve vaardigheden om het onderwerp aan te kaarten en kennis van mogelijke oplossingen vormt voor huisartsen een belangrijk struikelblok. Een handleiding met zowel achtergrondinformatie als praktische tips zou hen kunnen ondersteunen in het omgaan met eenzaamheid.
In deze masterproef tracht ik een aanzet te geven voor de inhoud van deze handleiding. Ik hoop bruikbare adviezen te kunnen formuleren omtrent de detectie en aanpak van eenzaamheid in de huisartsenpraktijk.

Methodologie

Literatuuronderzoek

Aan de hand van literatuuronderzoek wordt het onderwerp "eenzaamheid" afgebakend. Er wordt aandacht besteed aan de definitie, prevalentie, risicofactoren en het effect van bestaande interventies. Vervolgens worden bestaande studies inzake de rol van en interactie met de huisarts aangehaald en verder uitgediept.

Focusgroepen

Om nieuwe inzichten te verwerven in wat van de huisarts wordt verwacht, worden 2 focusgroepen georganiseerd. Er zal bij respectievelijk patiënten en hulpverleners worden gepeild naar hun visie op eenzaamheid, of en hoe huisartsen hierin een rol kunnen spelen. Door middel van discussie en overleg tracht ik een antwoord te formuleren op volgende vragen:

- Heerst er een taboe rond eenzaamheid? Wordt het onderwerp door hulpverleners benoemd? Hebben patiënten daar nood aan?
- Wat verwachten patiënten van hun huisarts: een luisterend oor, advies, ondersteuning of iets anders?

- Welke gevoelens brengt eenzaamheid bij hulpverleners teweeg? Wordt hun gedrag en handelen hierdoor beïnvloed?
- Voelen huisartsen zich voldoende in staat met eenzame patiënten om te gaan? Zo nee, wat zou hen kunnen helpen?
- Is er nood aan en mogelijkheid tot interdisciplinaire samenwerking? Hoe zou deze kunnen worden georganiseerd?

De patiënten worden gerekruteerd binnen de opleidingspraktijk en enkele nabijgelegen praktijken. Aan de huisartsen van deze praktijken wordt gevraagd het onderwerp aan te kaarten bij patiënten waarbij sprake is van (een vermoeden van) eenzaamheid. Als de betrokken patiënten hiermee instemmen, zullen ze door mij worden gecontacteerd. Er zal bijkomende informatie worden gegeven omtrent het onderwerp en doel van de studie. Tevens zal er mogelijkheid zijn tot het stellen van vragen. Indien akkoord, zal gevraagd worden een toestemmingsformulier in te vullen. Er wordt getracht minstens 8 patiënten te includeren voor de focusgroep.

De hulpverleners worden gerekruteerd binnen de regio van de opleidingspraktijk. Er wordt gestreefd naar een diverse groep bestaande uit huisartsen en mensen werkzaam in de sociale sector, zoals: thuisverpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker en jongerenbegeleider. De betrokken zullen telefonisch worden gecontacteerd. Ook aan hen zal, na het geven van informatie, gevraagd worden een toestemmingsformulier in te vullen.

Analyse

Van beide focusgroepen zullen elektronische geluidsopnames worden gemaakt. Vervolgens zal het verzamelde materiaal anoniem worden neergeschreven en verwerkt. Er zal geprobeerd worden de bekomen resultaten te bundelen volgens thema en terug te koppelen naar de gekende literatuur. Tot slot zal ik proberen conclusies en (aanzet tot) praktische adviezen te formuleren.

9.2 Bijlage 2 - Goedkeuring Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Dr. Diego SCHRANS
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2019/0344		26-apr-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

De huisarts als eenzaamheidscoach?
Kwalitatief onderzoek naar de rol van de huisarts bij de detectie en aanpak van eenzaamheid (MaNaMa Charlotte Uvin)

Belgisch Registratienummer: B670201939596

* Antwoord onderzoekers
  ontv. 19/04/2019 op opmerkingen EC dd. 01/04/2019
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 18/04/2019
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 5/04/2019
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier hulpverleners (versie 2) dd. 5/04/2019
* Themalijst focusgroepen (versie 2) dd. 5/04/2019

Advies werd gevraagd door:
Dr. D. SCHRANS ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 66 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Hasenbalche
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 19/04/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 18/04/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 19/04/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 18/04/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/05/2019

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/05/2019

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. D. SCHRANS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

9.3 Bijlage 3 - Informatiebrief en toestemmingsformulier hulpverleners

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze brief aandachtig te lezen en dit te bespreken met uw eigen huisarts en de arts-onderzoeker. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmings-formulier te ondertekenen.

Titel van de studie

De huisarts als eenzaamheidscoach?

Kwalitatief onderzoek naar de rol van de huisarts bij de detectie en aanpak van eenzaamheid

Doel van de studie

Uit recent onderzoek blijkt dat bijna de helft van de Belgen zich eenzaam voelt. Toch vindt men het moeilijk om dit onderwerp ter sprake te brengen. Vaak heerst er angst of schaamte wat leidt tot afzondering en het niet krijgen van de nodige hulp en steun. Bij huisartsen wordt eenzaamheid zelden als dusdanig benoemd. Hoewel er na verloop van tijd een vertrouwensrelatie ontstaat tussen arts en patiënt blijft het 'taboe'. Hoe komt dit? Vinden patiënten het zinvol deze informatie met hun huisarts te delen? En hoe kunnen beide partijen zich meer op hun gemak voelen?

We vermoeden dat de huisarts een rol zou kunnen spelen bij het opsporen en signaleren van eenzaamheid. Ook zouden ze mensen die zich eenzaam voelen kunnen begeleiden of met andere hulpverleners in contact brengen. Verschillende studies tonen echter aan dat de huisartsen het al dan niet eenzaam zijn en de verwachtingen van patiënten dikwijls verkeerd inschatten. Verder geven ze aan onvoldoende op de hoogte te zijn van wat binnen hun mogelijkheden ligt en welke instanties kunnen worden ingeschakeld.

Met deze studie hopen we een beter zicht te krijgen op wat patiënten verwachten van hun huisarts. We willen nagaan in welke mate de huisarts betrokken is of moet worden binnen de problematiek van eenzaamheid. Tot slot trachten we eventuele mogelijkheden tot multidisciplinaire samenwerking in kaart te brengen. Zo willen we bijdragen aan het ontwikkelen van een praktische richtlijn voor huisartsen rond eenzaamheid.

Deze studie kadert binnen de master-na-masteropleiding 'Huisartsgeneeskunde' aan de Universiteit Gent.

Beschrijving van de studie

U wordt gevraagd deel te nemen aan een focusgroep rond eenzaamheid. Gedurende 60 - 90 minuten zal u uw ervaringen en mening over het onderwerp met andere hulpverleners kunnen bespreken. Aan de hand van videofragmenten en stellingen wordt een discussie op gang gebracht. Een moderator zal het gesprek leiden. Het is echter de bedoeling dat de inhoud door de deelnemers zelf wordt aangebracht. Het gesprek wordt opgenomen via digitale audio-opnames. Vervolgens worden de opnames geanalyseerd en verwerkt.

Voorafgaand aan het groepsgesprek wordt gevraagd een korte vragenlijst in te vullen. Dit zal niet meer dan 10 minuten in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van prof. dr. Sara Willems.

Deelname en beëindiging

Deelname aan deze studie gebeurt op vrijwillige basis. U kan op ieder moment beslissen toch niet deel te nemen of u terug te trekken zonder hiervoor een reden te moeten geven.

Indien u de beschreven procedures niet opvolgt of onvoldoende respect betuigt voor andere deelnemers, kan u voortijdig uit de studie worden teruggetrokken.

Indien u deelneemt, zal gevraagd worden het toestemmingsformulier te tekenen.

Risico's en voordelen

Aan uw deelname zijn geen voorspelbare risico's of ongemakken verbonden.

Het delen van uw ervaringen en gevoelens kan helpen om meer inzicht te verwerven in de problematiek en mogelijke verbeterpunten te formuleren.

Kosten en vergoeding

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten met zich mee.

Er wordt geen vergoeding voor deelname voorzien.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Als u akkoord gaat aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens en alle informatie die tijdens het onderzoek wordt verkregen, worden gepseudonimiseerd. Hierbij wordt een code toegekend aan de gegevens waardoor deze kunnen worden teruggekoppeld naar uw persoonlijk dossier. De sleutel tot deze codes zal uitsluitend toegankelijk zijn voor de onderzoeker. Bij rapportage en eventuele publicatie van het onderzoek worden enkel gepseudonimiseerde gegevens gebruikt. Uw identiteit zal op geen enkele wijze kenbaar worden gemaakt. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt te allen tijde gegarandeerd.

De Functionaris Gegevensbescherming van de Universiteit Gent, bereikbaar via privacy@ugent.be, kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmings-formulier te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevens-bescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 - 1000 Brussel
telefoonnummer: +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Verzekering

Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 07 mei 2004 werd een verzekering met foutloze aansprakelijkheid afgesloten. In geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze studie wordt door de opdrachtgever, Universiteit Gent, een vergoeding en/of medische behandeling voorzien.

Allianz Global Corporate & Speciality
Uitbreidingsstraat 86 - 2600 Berchem
telefoonnummer: +32 33 04 16 00
polisnummer: BEL000862

Contactpersoon

Als er problemen optreden tijdens de studie, als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Dr. Charlotte Uvin
Huisartsenpraktijk Aan de Lieve
Kuitenbergstraat 25
9940 Evergem
telefoonnummer: +32 9 258 27 37

Ik, _____ , verklaar hierbij dat ik:

- het document "Informatiebrief voor hulpverleners" gelezen en begrepen heb. Ik heb een kopij van het document ontvangen.
- uitleg heb gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over mogelijke risico's en voordelen. Men heeft mij de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen waarop ik een duidelijk antwoord heb gekregen.
- begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment kan besluiten mij, zonder nadelige gevolgen en zonder een reden voor deze beslissing op te geven, uit de studie terug te trekken.
- begrijp dat er geen vergoeding wordt voorzien voor deelname.
- weet dat de studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent en dat deze studie zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten.
- toestemming geef aan de onderzoeker om mijn gegevens op vertrouwelijke wijze te bewaren, verwerken en erover te rapporteren. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang tot en verbetering van deze gegevens en zal mij hiervoor, indien nodig, richten tot de onderzoeker.
- bereid ben deel te nemen aan deze studie.

Gelezen en goedgekeurd op _____ (datum), te _____ (plaats).

Handtekening:

Ik, _____ , verklaar hierbij dat:

- ik aan bovenvermelde vrijwilliger informatie heb gegeven inzake de aard, het doel, de duur en te voorziene effecten van de studie. Dit gebeurde zowel mondeling als aan de hand van de "Informatiebrief voor hulpverleners" die aan de vrijwilliger werd overhandig.
- geen enkele druk werd uitgeoefend op de vrijwilliger om hem/haar te doen toestemmen tot deelname.
- ik bereid ben op alle bijkomende vragen te antwoorden.

Gelezen en goedgekeurd op _____ (datum), te _____ (plaats).

Handtekening:

9.4 Bijlage 4 - Informatiebrief en toestemmingsformulier patiënten

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze brief aandachtig te lezen en dit te bespreken met uw eigen huisarts en de arts-onderzoeker. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmings-formulier te ondertekenen.

Titel van de studie

De huisarts als eenzaamheidscoach?

Kwalitatief onderzoek naar de rol van de huisarts bij de detectie en aanpak van eenzaamheid

Doel van de studie

Uit recent onderzoek blijkt dat bijna de helft van de Belgen zich eenzaam voelt. Toch vinden we het moeilijk om dit onderwerp ter sprake te brengen. Vaak zijn we bang of beschaamd waardoor we ons afzonderen en niet de nodige hulp en steun krijgen. Bij huisartsen wordt eenzaamheid zelden als dusdanig benoemd. Hoewel er na verloop van tijd een vertrouwensrelatie ontstaat tussen arts en patiënt blijft het 'taboe'. Hoe komt dit? Vindt u het zinvol deze informatie met uw huisarts te delen? En hoe kunnen zowel u als de dokter zich meer op hun gemak voelen?

We vermoeden dat uw huisarts een rol zou kunnen spelen bij het opsporen en signaleren van eenzaamheid. Ook zou hij/zij mensen die zich eenzaam voelen kunnen begeleiden of met andere hulpverleners in contact brengen. Verschillende studies tonen echter aan dat de huisartsen het al dan niet eenzaam zijn en de verwachtingen van patiënten dikwijls verkeerd inschatten. Verder geven ze aan onvoldoende op de hoogte te zijn van wat binnen hun mogelijkheden ligt en welke instanties kunnen worden ingeschakeld.

Met deze studie hopen we een beter zicht te krijgen op wat u verwacht van uw huisarts. We willen nagaan in welke mate de huisarts betrokken is of moet worden binnen de problematiek van eenzaamheid. Tot slot trachten we eventuele mogelijkheden tot multidisciplinaire samenwerking in kaart te brengen. Zo willen we bijdragen aan het ontwikkelen van een praktische richtlijn voor huisartsen rond eenzaamheid.

Deze studie kadert binnen de master-na-masteropleiding 'Huisartsgeneeskunde' aan de Universiteit Gent.

Beschrijving van de studie

U wordt gevraagd deel te nemen aan een focusgroep van patiënten. Gedurende 60 - 90 minuten zal u met 8 tot 15 anderen uw ervaringen, gevoelens en mening rond eenzaamheid kunnen delen. Aan de hand van videofragmenten en stellingen wordt een discussie op gang gebracht. Een moderator zal het gesprek leiden. Het is echter de bedoeling dat de inhoud door de deelnemers zelf wordt aangebracht. Het gesprek wordt opgenomen via digitale audio-opnames. Vervolgens worden deze opnames geanalyseerd en verwerkt.

Voorafgaand aan het groepsgesprek wordt gevraagd een korte vragenlijst in te vullen. Dit zal niet meer dan 10 minuten in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van prof. dr. Sara Willems.

Deelname en beëindiging

Deelname aan deze studie gebeurt op vrijwillige basis. U kan op ieder moment beslissen toch niet deel te nemen of u terug te trekken zonder hiervoor een reden te moeten geven. Dit zal op geen enkele wijze uw relatie met de behandelende arts en/of onderzoeker beïnvloeden. Noch zal het een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verder opvolging.

Indien u de beschreven procedures niet opvolgt of onvoldoende respect betuigt voor andere deelnemers, kan u voortijdig uit de studie worden teruggetrokken.

Risico's en voordelen

Aan uw deelname zijn geen voorspelbare risico's of ongemakken verbonden.

Het delen van uw ervaringen en gevoelens kan u helpen op een later tijdstip de drempel om eenzaamheid ter sprake te brengen te overwinnen. Tevens helpt het uw huisarts en andere hulpverleners meer inzicht te verwerven in de problematiek en mogelijke verbeterpunten te formuleren.

Kosten en vergoeding

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten met zich mee.

Er wordt geen vergoeding voor deelname voorzien.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Als u akkoord gaat aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens en alle informatie die tijdens het onderzoek wordt verkregen, worden gepseudonimiseerd. Hierbij wordt een code toegekend aan de gegevens waardoor deze kunnen worden teruggekoppeld naar uw persoonlijk dossier. De sleutel tot deze codes zal uitsluitend toegankelijk zijn voor de onderzoeker. Bij rapportage en eventuele publicatie van het onderzoek worden enkel gepseudonimiseerde gegevens gebruikt. Uw identiteit zal op geen enkele wijze kenbaar worden gemaakt. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt te allen tijde gegarandeerd.

De Functionaris Gegevensbescherming van de Universiteit Gent, bereikbaar via privacy@ugent.be, kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmings-formulier te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevens-bescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 - 1000 Brussel
telefoonnummer: +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Verzekering

Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 07 mei 2004 werd een verzekering met foutloze aansprakelijkheid afgesloten. In geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze studie wordt door de opdrachtgever, Universiteit Gent, een vergoeding en/of medische behandeling voorzien.

Allianz Global Corporate & Speciality
Uitbreidingsstraat 86 - 2600 Berchem
telefoonnummer: +32 33 04 16 00
polisnummer: BEL000862

Contactpersoon

Als er problemen optreden tijdens de studie, als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Dr. Charlotte Uvin
Huisartsenpraktijk Aan de Lieve
Kuitenbergstraat 25
9940 Evergem
telefoonnummer: +32 9 258 27 37

Ik, _____ , verklaar hierbij dat ik:

- het document "Informatiebrief voor patiënten" gelezen en begrepen heb. Ik heb een kopij van het document ontvangen.
- uitleg heb gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over mogelijke risico's en voordelen. Men heeft mij de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen waarop ik een duidelijk antwoord heb gekregen.
- begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment kan besluiten mij, zonder nadelige gevolgen en zonder een reden voor deze beslissing op te geven, uit de studie terug te trekken.
- begrijp dat er geen vergoeding wordt voorzien voor deelname.
- weet dat de studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent en dat deze studie zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten.
- toestemming geef aan de onderzoeker om mijn gegevens op vertrouwelijke wijze te bewaren, verwerken en erover te rapporteren. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang tot en verbetering van deze gegevens en zal mij hiervoor, indien nodig, richten tot de onderzoeker.
- bereid ben deel te nemen aan deze studie.

Gelezen en goedgekeurd op _____ (datum), te _____ (plaats).

Handtekening:

Ik, _____ , verklaar hierbij dat:

- ik aan bovenvermelde vrijwilliger informatie heb gegeven inzake de aard, het doel, de duur en te voorziene effecten van de studie. Dit gebeurde zowel mondeling als aan de hand van de "Informatiebrief voor patiënten" die aan de vrijwilliger werd overhandig.
- geen enkele druk werd uitgeoefend op de vrijwilliger om hem/haar te doen toestemmen tot deelname.
- ik bereid ben op alle bijkomende vragen te antwoorden.

Gelezen en goedgekeurd op _____ (datum), te _____ (plaats).

Handtekening:

9.5 Bijlage 5 - Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld

Aan respondenten wordt gevraagd onderstaande 11 stellingen te beoordelen. Op basis van de antwoorden wordt een score berekend. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen niet eenzaam (0 - 2), matige eenzaam (3 - 8) en sterk eenzaam (≥ 9). Aanvullend kunnen verschillende dimensies van eenzaamheid afzonderlijk worden beoordeeld. Er is sprake van respectievelijk emotionele of sociale eenzaamheid bij een score ≥ 2 op de bijhorende vragen.

stelling	*ja*	*min of meer*	*nee*	*dimensie**
Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.	0	1	1	S
Ik mis een echt goede vriend of vriendin.	1	1	0	E
Ik ervaar een leegte om me heen.	1	1	0	E
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.	0	1	1	S
Ik mis gezelligheid om me heen.	1	1	0	E
Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.	1	1	0	E
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.	0	1	1	S
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.	0	1	1	S
Ik mis mensen om me heen.	1	1	0	E
Vaak voel ik me in de steek gelaten.	1	1	0	E
Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.	0	1	1	S

* E = emotionele eenzaamheid, S = sociale eenzaamheid

Vaak wordt een verkorte versie van deze schaal gebruikt. De mate van eenzaamheid wordt ingeschat aan de hand van 6 vragen. Ook hier wordt een indeling gemaakt in niet eenzaam (0 - 1), enigszins eenzaam (2 - 4) en sterk eenzaam (≥ 5).

stelling	*ja*	*min of meer*	*nee*	*dimensie**
Ik ervaar een leegte om me heen.	1	1	0	E
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.	0	1	1	S
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.	0	1	1	S
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.	0	1	1	S
Ik mis mensen om me heen.	1	1	0	E
Vaak voel ik me in de steek gelaten.	1	1	0	E

* E = emotionele eenzaamheid, S = sociale eenzaamheid