Gevoelens van eenzaamheid bij patiënten met een migratieachtergrond in een wijkgezondheidscentrum

Vander Putten Bart: Ugent

Promotor: Prof. Dr. M. Deveugele, Ugent

Co-promotor: Drs. K. Aelbrecht, Ugent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde Academiejaar 2014-2015

De voltooiing van dit eindwerk was niet mogelijk geweest zonder de begeleiding en steun van een aantal mensen. Mijn dank gaat dan ook uit naar iedereen die rechtstreeks of onrechtstreeks deel uitmaakt van dit werk. In eerste instantie wens ik de patiënten te bedanken voor hun participatie en openheid. Hiernaast bedank ik graag de promotor, copromotor en Dr. M. Sercu voor hun deskundige begeleiding alsook mijn fantastische collega's die op tal van manieren bijgedragen hebben. Mijn praktijkopleider Dr. Annelies Lonnée verdient lof voor de opleiding en alle extra inspanningen daarbuiten. In het bijzonder wens ik mijn collega Dr. Katrien De Troeyer en Melissa Vandermeeren te bedanken voor hun niet-aflatende interesse en kritische blik. Uiteraard mogen ook mijn ouders, familie en vrienden niet ontbreken in het dankwoord van een eindwerk over eenzaamheid.

ABSTRACT

Context:
Eenzaamheid komt wijdverspreid voor in onze maatschappij. Op ieder moment voelt 20 tot 40 % van de globale volwassen populatie zich eenzaam en bij 5 tot 7 % gaat het over uitgesproken en langdurige eenzaamheid[1,2]. Toch heerst er een zekere taboe over en valt het ons moeilijk er openlijk over te praten[1]. Bovendien blijkt eenzaamheid een onafhankelijke risicofactor te zijn voor tal van gezondheidsproblemen[3,7,12,13,16-19]. Uit een wensboomactie van 2014 in het wijkgezondheidscentrum kwam eenzaamheid als meest prominent thema naar voor. Gezien het merendeel van de patiënten in het wijkgezondheidscentrum recent is gemigreerd naar België leek het aangewezen om dit domein in eerste instantie te exploreren en te proberen kaderen.

Onderzoeksvragen:
In de literatuurstudie werd eerst nagegaan hoe eenzaamheid kan gedefinieerd en gemeten worden. Verder werd nagegaan of het om een prevalent probleem gaat en hoe groot de impact is van eenzaamheid op gezondheid. Tot slot werd vanuit de literatuur de relatie tussen migratie en eenzaamheid onderzocht. In het kwalitatief onderzoek werd gepeild of het thema eenzaamheid aan bod komt tijdens gesprekken met patiënten met een migratieachtergrond en welke oorzaken de deelnemers aan de studie zelf aanbrengen.

Methode:
Voor dit literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van de elektronische databank PubMed. Gebruikte zoektermen waren- “loneliness”, “social isolation”, “solitude”, “aloneness” “refugee”, “human migration” en “movement”. Synoniemen werden opgezocht via Thesaurus. Waar beschikbaar werd met Mesh-termen gewerkt. De zoektocht werd aangevuld met geciteerde artikels in ander onderzoek (sneeuwbalstrategie).

Vervolgens werd gekozen voor een kwalitatief exploratief onderzoek gezien het onderwerp door zijn specifieke karakter zich hiertoe het meest leent. Dataverzameling gebeurde via drie groepsgesprekken, waarbij werd gewerkt met een muzikaal pakket met daarin thema’s geassocieerd aan eenzaamheid. Hier namen 21 mensen aan deel, waarvan het merendeel een recente migratieachtergrond (minder dan 5j in België) heeft. Daarnaast werden acht semigestructureerde interviews rond eenzaamheid afgenomen. De bekomen data werd thematisch geanalyseerd.

Resultaten:
Vanuit het elektronisch medisch dossier valt op dat eenzaamheid slechts bij 1% van de patiënten gecodeerd staat. In het EMD vinden we eveneens terug dat op basis van de meest belangrijke risicofactoren 10% van de patiëntenpopulatie at risk is voor eenzaamheid. De oorzaken en determinanten van eenzaamheid die het meest prominent aanwezig waren in de bekomen data werden afgetoetst met deze gevonden in literatuur. Een verrassende en nieuwe vaststelling is dat er een groot wantrouwen blijkt te heersen tussen mensen met een migratieachtergrond onderling, en dit vooral naar mensen van dezelfde origine toe. Dit lijkt eenzaamheid in de hand te werken. Hiernaast komt, minder verrassend, het belang van de Nederlandse taal als sleutel voor een betere toekomst herhaaldelijk terug in de gesprekken.
De thema’s die in dit onderzoek als meest prominent naar voor komen zijn eveneens onder te brengen in het theoretisch model van het micro-, meso- en macroniveau van oorzaken van eenzaamheid na migratie[8].

Conclusie:
Onder meer deze hypotheses kunnen een aanzet betekenen voor verder exploratief en in tweede fase kwantitatief onderzoek. Ultiem kan dit leiden dit tot een meer doortastende opsporing van eenzaamheid aan de hand van het opstellen van een risicoprofiel alsook tot interventies die beter afgestemd zijn op deze doelgroep.

INHOUDSTAFEL

Dankwoord 2
Abstract 3
Inhoudstafel 4
1 Inleiding 6
2 Overzicht uit de literatuur 6
2.1 Onderzoeksvragen 6
2.2 Methode van de literatuurstudie 7
2.3 Resultaten van de literatuurstudie 7
2.3.1 Antwoord op OV 1. Hoe kan men het begrip eenzaamheid definiëren? 7
2.3.2 Antwoord op OV 2. Hoe wordt eenzaamheid gemeten? 8
2.3.3 Antwoord op OV 3. Wat is de prevalentie van eenzaamheid? 9
2.3.3.1 Prevalentie in de algemene populatie 9
2.3.3.2 Prevalentie van eenzaamheid in de levensloop, in de algemene populatie 9
2.3.3.3 Prevalentie na migratie 10
2.3.4 Antwoord op OV 4. Wat is de impact van eenzaamheid op gezondheid? 11
2.3.5 Antwoord op OV 5. Oorzaken van eenzaamheid in de algemene populatie? 11
2.3.5.1 Sociaal demografische factoren 11
2.3.5.2 Sociaaleconomische factoren 13
2.3.5.3 Lichamelijke en geestelijke gezondheid 13
2.3.5.4 Woonomstandigheden 13
2.3.5.5 Persoonlijkheidskenmerken 14
2.3.5.6 Maatschappelijke factoren 14
2.3.6 Antwoord op OV 6. Is er een relatie tussen migratie en eenzaamheid? 14
3 Kwalitatief onderzoek 15
3.1 Onderzoeksvragen 15
3.2 Methode van het kwalitatief onderzoek 15
3.2.1 Groepsgesprekken 16
3.2.1.1 Onderzoeksdesign 16
3.2.1.2 Dataverzameling 16
3.2.2 Interviews 16
3.2.2.1 Onderzoeksdesign 16
3.3 Resultaten 17
3.3.1 Migratie gebonden oorzaken van eenzaamheid. 17
3.3.1.1 Wantrouwen van mensen met dezelfde origine 17

3.3.1.2 Sociale isolatie 18
3.3.1.3 Taal als sleutel tot een beter leven 19
3.3.1.4 Gemis van familie 19
3.3.1.5 Aanpassingsperiode 20
3.3.1.6 Fysieke en psychische kwetsbaarheid 20
3.3.2 Overige thema's 21
3.3.2.1 Woonomgeving 21
3.3.2.2 Zelfvertrouwen 21
3.3.2.3 Werkloosheid 21
3.4 Conclusie van resultaten 22
3.4.1 Antwoord op OV 1. Praten mensen over eenzaamheid ? 22
3.4.2 Antwoord op onderzoeksvraag 2. Determinanten van eenzaamheid. : 22
4 Geïntegreerde discussie 23
4.1 Kritische reflectie 23
4.1.1 Keuze van methodiek 23
4.1.2 Validiteit van het onderzoek 23
4.1.3 Kwetsbaarheden van het onderzoek 23
4.2 Discussie 24
5 Conclusie en aanbevelingen voor de praktijk 25
6 Referenties 26
7 Bijlagen 28

1) Inleiding

"Solitude is fine but you need someone to tell that solitude is fine" (Honoré De Balzac).

Eenzaamheid lijkt wijdverspreid te zijn in onze maatschappij. Toch heerst er een zekere taboe over. Hoewel iedereen hier ooit in mindere of meerdere mate mee geconfronteerd wordt, valt het ons moeilijk er openlijk over te praten[2].

In onze huisartsenpraktijk hadden we het vermoeden dat er onder de patiënten een aantal thema's als taboe werden gezien en dat deze onuitgesproken bleven. Daarom werd in 2013 een wensboomactie in de wachtzaal van de praktijk georganiseerd, waarbij patiënten uitgenodigd werden om anoniem en dus laagdrempelig hun verzuchtingen of wensen voor de toekomst op kaartjes neer te schrijven. Zo werden honderden exemplaren verzameld en gecategoriseerd.

Als grootst gemene deler kwam eenzaamheid het meest frequent terug. Daarom besloten we om ons volgend project van gezondheidspromotie hieraan te wijden.

Mensen met een migratieachtergrond worden algemeen beschouwd als een kwetsbare populatie, en dit voor tal van lichamelijke en psychosociale gezondheidsindicatoren[10,20]. Eveneens lopen ze een verhoogd risico op inadequate zorg[7]. Bovendien neemt volgens UN in Europa de proportie van mensen met een migratieachtergrond ten opzichte van de autochtone bevolking steeds toe, van 7% in 1990 tot 10% in 2013[21].

Om deze redenen en gezien het feit dat we ook in het WGC talrijke patiënten met een migratieachtergrond zien hebben we gekozen om specifiek in deze doelgroep het begrip eenzaamheid te exploreren. Een migratieachtergrond wordt in dit werk opgevat als het opgegroeid zijn in een ander land dan België, met een eigen normen-en waardenkader. Quasi alle deelnemers hebben een recent verleden van migratie (minder dan vijf jaar in België). Het gaat dus niet om mensen wiens ouders zijn gemigreerd of die als kind zijn aangekomen in België. Migratie uit ander Europese landen werd eveneens geïncludeerd. Hiernaast werd geopteerd om enkel meerderjarige mensen te includeren omdat kinderen en tieners deze abstracte begrippen mogelijks anders interpreteren en bevraging hierrond een andere aanpak vereist.

Deze studie is als volgt opgebouwd: Eerst wordt een literatuurstudie voorgesteld rond eenzaamheid in het algemeen en na migratie. Vervolgens zullen de migratie gebonden oorzaken van eenzaamheid uit de literatuur via kwalitatief onderzoek verder afgetoetst worden met oorzaken die patiënten in het WGC aanbrengen. Er lijkt immers weinig explorerend kwalitatief onderzoek rond gebeurd te zijn.

2) Overzicht uit de literatuur

2.1) Onderzoeksvragen

1) Hoe kan men het begrip eenzaamheid definiëren?

2) Hoe wordt eenzaamheid gemeten?

3) Wat is de prevalentie van eenzaamheid?

3.1) Wat is de prevalentie in de algemene populatie?

3.2) Wat is de prevalentie van eenzaamheid in de levensloop, in de algemene populatie?

3.3) Wat is de prevalentie onder mensen met een migratieachtergrond?

4) Wat is de impact van eenzaamheid op gezondheid?

5) Wat zijn oorzaken van eenzaamheid in de algemene populatie?

6) Is er een relatie tussen migratie en eenzaamheid?

2.2) Methode van de literatuurstudie

Voor dit literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van de elektronische databank Pubmed. Gebruikte zoektermen waren- "loneliness", "social isolation", "solitude", "aloneness" "refugee", "human migration" en "movement". Synoniemen werden opgezocht via Thesaurus[24]. Waar beschikbaar werd met Mesh-termen gewerkt. Er werden geen restricties toegepast betreffende publicatiedatum. Het onderzoek omvatte alle mogelijke artikels tussen 1973 en 2015. De volgende zoektermen werden gebruikt in alle mogelijke combinaties:

"Human Migration" OR "Movement" OR "Refugee" AND "Isolation" OR "Loneliness" OR "Social isolation" or "Solitude" or "Aloneness".

Er werd gebruik gemaakt van de sneeuwbalstrategie. De zoektocht werd aangevuld met geciteerde artikels in ander onderzoek

Verder werd het handboek "Zicht op eenzaamheid, achtergronden, oorzaken en aanpak" van Theo van Tilburg en Jenny de Jong Gierveld geraadpleegd[2]. Vanuit tal van bronnen werd immers naar hen verwezen als pioniers in onderzoek naar eenzaamheid.

2.3) Resultaten van de literatuurstudie

2.3.1) Antwoord op onderzoeksvraag 1. Hoe kan men het begrip eenzaamheid definiëren?

Eenzaamheid is een subjectief en complex gegeven waar ieder individu een andere invulling aan geeft. Er zijn talloze oorzaken en gevolgen van eenzaamheid beschreven en er bestaat niet altijd consensus of ze oorzaak dan wel gevolg zijn, zoals bijvoorbeeld laag zelfbeeld of depressie[2,3,4]. Een begrip als eenzaamheid kan je niet definiëren en objectiveren zonder het subjectieve ervan te onderstrepen. Daarom worden tal van verschillende definities gehanteerd in de literatuur, sommige zijn heel beschrijvend zoals bijvoorbeeld: "Eenzaamheid is het gevoel alleen te staan, ondanks het verlangen naar anderen. De eenzamen ervaren een gevoel van extreem alleen zijn en verveling"[4]. Andere zijn meer methodisch zoals die van De Jong Gierveld: "eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan bepaalde sociale relaties of de kwaliteit er van." De definitie die zij in haar boek "Zicht op eenzaamheid (2007)" hanteert valt uiteen in drie delen[2]:

1. Eenzaamheid is een persoonlijke en subjectieve ervaring. Het gaat om een subjectieve sociale isolatie wat niet per se ook een objectieve sociale isolatie inhoudt. De vraag luidt:

in hoeverre “voelt” deze persoon zich alleen eerder dan in hoeverre “is” deze persoon alleen. Het is duidelijk dat de begrippen eenzaamheid en alleen zijn met mekaar te maken hebben maar geen synoniemen zijn.
2. Eenzaamheid is negatief en onvrijwillig. Het gaat gepaard met gemis en teleurstelling en verschilt aldus van “gezochte eenzaamheid” of “privacy”.
3. Eenzaamheid is een gebrek aan betekenisvolle sociale relaties: het kan gaan om het missen van betekenisvolle partner-, familie-, of vriendschappelijke relaties. Welk type relatie het meest gemist wordt en welke kwantiteit aan relaties nodig is hangt sterk af van persoon tot persoon. Kwantiteit is in ieder geval ondergeschikt aan kwaliteit van relaties. Louter richtinggevend blijkt uit onderzoek dat gemiddeld gesproken vier tot vijf personen met wie men frequent contact onderhoudt de beste protectie biedt tegen eenzaamheid. Idealiter worden deze meer hechte relaties aangevuld met meer oppervlakkige contacten, zoals met buren, kennissen[2].

Er bestaan verschillende vormen van eenzaamheid. Een onderscheid dient gemaakt te worden tussen emotionele en sociale eenzaamheid, zoals voor het eerst beschreven door Weiss in 1973. Bij emotionele eenzaamheid ervaart de persoon het gemis van een intieme relatie met een partner of een hartsvriend(in). Volgens Weiss zou enkel het vinden en aangaan van een nieuwe hechte emotionele band kan deze vorm van eenzaamheid kunnen tegengaan[6]. Hiernaast is er sociale eenzaamheid. Hier gaat het om het gemis van betekenisvolle, niet-intieme relaties met een meer diverse groep mensen om je heen zoals buren, collega’s, kennissen, familie, enz. . Deze vorm komt frequent voor na verhuizing.

Deze twee vormen van eenzaamheid maken het bevattelijk waarom mensen binnen een intieme relatie zoals een goed huwelijk zich toch (sociaal) eenzaam kunnen voelen of waarom mensen met veel kennissen en oppervlakkige contacten zich toch (emotioneel) eenzaam kunnen voelen[2].

2.3.2) Antwoord op onderzoeksvraag 2. Hoe wordt eenzaamheid gemeten?

Vroeger werd naar eenzaamheid gepeild aan de hand van directe vragen zoals: “Voelt u zich wel eens eenzaam?” of “als we de mensen zouden indelen in niet eenzaam, matig eenzaam, sterk eenzaam en zeer sterk eenzaam, waar zou u zich dan toe rekenen?” Dit noemt men zelfbeoordeling of self-labelling. Aan de verschillende antwoordmogelijkheden kan een score toegekend worden en zo komt men tot verschillende groepen.

Het grote voordeel van directe vragen is dat je onmiddellijk weet of iemand zichzelf ziet als een eenzaam persoon. Omwille van de vele nadelen wordt deze manier van peilen naar eenzaamheid echter maar zelden meer gebruikt.

Zo is een directe vraagstelling vatbaar voor sociale wenselijkheid. In onze samenleving rust namelijk een taboe op eenzaamheid waardoor dit meestal leidt tot onderrapportage. Dat er sprake is van een taboe, sociale wenselijkheid en onderrapportage bij directe bevraging wordt duidelijk als we bij dezelfde personen eenzaamheid opsporen via een rechtstreekse vraagstelling en vervolgens via een meetinstrument waarin het woord eenzaamheid niet voorkomt[2]. Bovendien is de mate van onderrapportage verschillend voor verschillende bevolkingsgroepen. Zo zijn de antwoorden van weduwen en weduwnaars op beide bevragingen vrij gelijklopend. Blijkbaar speelt sociale wenselijkheid bij hen minder en geven ze makkelijk toe dat ze eenzaam zijn, zelfs bij rechtstreekse bevraging. Dit ligt bijvoorbeeld

anders bij gehuwde mensen, deze groep zal op een rechtstreekse vraag naar eenzaamheid eerder terughoudend reageren. Het hoort namelijk niet om als gehuwd persoon eenzaam te zijn[2].

Verder is het zo dat antwoorden ook beïnvloed worden door de wijze van dataverzameling. Bij schriftelijke ondervraging wordt systematisch een meer intense eenzaamheid vastgesteld dan bij een mondelinge ondervraging van dezelfde persoon[2].

Een bijkomend bezwaar voor een directe vraagstelling is het feit dat de term eenzaamheid door verschillende mensen anders wordt ingevuld. Sommige ondervraagden stellen dit bijvoorbeeld gelijk aan alleen zijn of denken aan positief verschijnsel[2].

Om bovenstaande redenen gaat de voorkeur meer en meer naar een onrechtstreekse vraagstelling, aan de hand van een vragenlijst waar het woord "eenzaamheid" niet voorkomt.

In de literatuur komen 2 instrumenten het meest naar voor: Enerzijds de schaal ontwikkeld door De jong Gierveld en haar collega's in Nederland (Bijlage 1) en anderzijds de UCLA eenzaamheidsschaal (Bijlage 2). Beide instrumenten maken het mogelijk om te differentiëren naar zowel graad als type eenzaamheid.

Hoe deze beide instrumenten precies gescoord worden valt buiten het bestek van dit werk. Beiden maken het mogelijk om te differentiëren naar zowel graad als type eenzaamheid[2].

2.3.3) Antwoord op onderzoeksvraag 3. Wat is de prevalentie van eenzaamheid?

2.3.3.1) Prevalentie in de algemene populatie

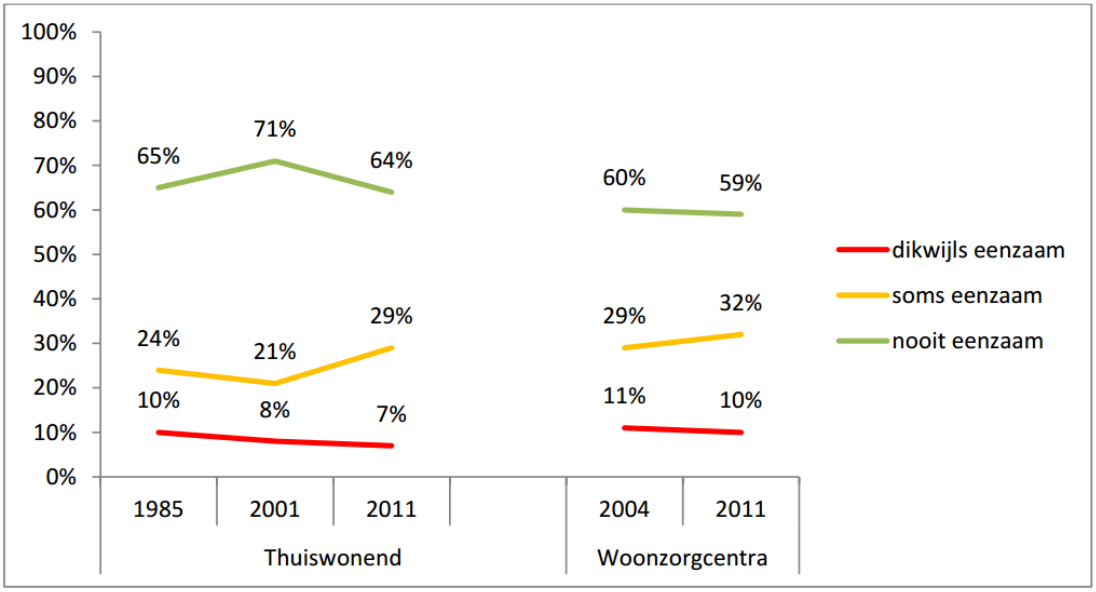
Onderzoek naar eenzaamheid, voornamelijk uitgevoerd in Westerse landen, geeft aan dat op ieder moment 20 tot 40 % van de volwassen populatie zich eenzaam voelt. Vaak gaat het om een tijdelijk ervaren van eenzaamheid, na een relatiebreuk of een verhuizing bijvoorbeeld. Bij 5 tot 7 % van de volwassen populatie is er echter sprake van uitgesproken en langdurige eenzaamheid[1-2]. Volgens de literatuur wordt eenzaamheid binnen Europa het meest gerapporteerd in voormalige Sovjetlanden (25-30%), het minst in Noord-Europese landen (10%) en tussenin wat Zuid-Europese landen betreffen (15-20%)[5]. Dit is consistent met de bevindingen uit een recente Britse studie, die een prevalentie noteerde van 8-10%[5].

2.3.3.2) Prevalentie van eenzaamheid in de levensloop, in de algemene populatie

Het voorkomen van eenzaamheid in de levensloop van een persoon is heel normaal. De meeste mensen voelen zich dus wel eens eenzaam[2].

Uit een grote, prospectieve studie, waarbij 605 mensen gedurende 18 jaar gevolgd werden, blijkt dat eenzaamheid bij veel mensen chronisch en stabiel in de tijd voorkomt[6].
Zo is er ook is prospectief onderzoek gebeurd in de jaren '90 in Nederland waarbij mensen tussen 55 en 85 jaar oud 10 jaar lang gevolgd werden[2]. Elke 2 jaar werden zij ondervraagd en werd vastgesteld of ze al of niet sterk eenzaam waren. 88 % was op geen van de 5 momenten sterk eenzaam. 12% was op 1 of meer van die momenten wel sterk eenzaam. Deze 12% kan verder opgedeeld worden. 1% was elk van de meetmomenten sterk eenzaam en dus chronisch eenzaam. Bij 6 % was er ofwel vroeger sprake van eenzaamheid en nu niet meer of andersom. De overige 5 % gaf aan episodisch sterk eenzaam te zijn[2]. Hoewel

eenzaamheid dus meestal van voorbijgaande aard is komt het dus bij een aanzienlijk deel van de populatie ook chronisch voor.
In figuur 1 worden de meeste recente gegevens over de prevalentie van eenzaamheid bij 65-plussers in België weergegeven[22].



Figuur 1. Dit geeft weer hoe 65-plussers in Vlaanderen antwoorden op de volgende vraag: 'Voelt u zich soms, dikwijls of nooit eenzaam?'. Daarbij wordt een opdeling gemaakt tussen thuiswonende ouderen en ouderen die verblijven in woonzorgcentra. N. Spruytte, I. De Coster et al. Anders ouder worden, eindrapport 2013.

Hieruit blijkt dat de prevalentie van ernstige eenzaamheid in België met 7-11% overeenkomt met die van andere Westerse landen. Ten tweede zijn bejaarden in woonzorgcentra iets meer eenzaam dan thuiswonende bejaarden.
Tot slot is het zo dat bejaarde mensen anno 2011 niet méér eenzaam zijn dan anno 2004. Het is dus een mythe dat ouderen de laatste jaren eenzamer zijn geworden[22].

2.3.3.3) Prevalentie na migratie

Wat de prevalentie van uitgesproken eenzaamheid na migratie betreft, zijn de schattingen consistent en beduidend hoger dan in de autochtone populatie. Een studie die peilde naar de graad van eenzaamheid onder migranten ouder dan 65 en van verscheidene origine jaar in Engeland kwam tot een hoge prevalentie van 24-50 % terwijl die voor de autochtone Britse populatie ouder dan 65 jaar op 8-10% werd geschat[5]. Deze laatste schatting van 10% komt overeen met de schatting van De Jong Gierveld wat betreft de algemene Nederlandse populatie en met de meest recente gegevens uit België[2,22]. Recent onderzoek bij oudere mensen met een migratieachtergrond in Canada toonde aan dat deze groep echter niet uniform is wat betreft het voorkomen van eenzaamheid. Zo is gebleken dat migranten die de taal reeds beheersen en zich cultureel gezien niet moeten aanpassen niet vaker of erger eenzaam zijn dan de autochtone bevolking[8,10]. Ander onderzoek stelt dat de andere etniciteit zelfs helemaal geen invloed heeft op het welzijn. Enkel het zich al of niet eenzaam voelen en het fysiek of geestelijk ziek zijn zou het welbevinden van het individu beïnvloeden, de afkomst van de persoon in kwestie niet[9].

2.3.4) Antwoord op onderzoeksvraag 4. Wat is de impact van eenzaamheid op gezondheid?

Het meten van een abstract begrip als eenzaamheid is reeds jaren onderwerp van debat [2,6,13,14,15,17]. Over de gevolgen van eenzaamheid bestaat echter meer consistentie.

Zo zijn studies consistent in hun conclusie dat eenzaamheid geassocieerd is met een afname van welzijn, en dit los van het gekozen meetinstrument of de onderzochte populatie[3, 12,13, 16,17,18,19]. Meer specifiek is eenzaamheid een belangrijke risicofactor voor depressie en suïcidaliteit, maar evenzeer voor andere gezondheidsindicatoren zoals een afname van cognitieve functies, progressie van Alzheimer, hypertensie en mortaliteit[2,3,12,13]. De manier waarop eenzaamheid impact heeft op welzijn valt buiten de focus van dit werk en is tot op heden een controversieel onderwerp. Het gaat over een combinatie van toegenomen risicogedrag, psychosociale gezondheid en fysiologische veranderingen. Verscheidene studies brengen biopsychosociale verklaringen aan[2,3,17,19].

Luo en collega's, beschrijven in hun recente studie uitgevoerd in Noord-Amerika, dat personen, ouder dan 50 jaar, die zichzelf als "vaak eenzaam" omschrijven bijna dubbel zoveel risico lopen (een relatief risico van 1.96) om de komende zes jaar te sterven dan mensen die zichzelf als "nauwelijks eenzaam" omschrijven[12]. Deze bevinding is consistent met de studie van Patterson en Veenstra die bij de algemene populatie van 21 jaar en ouder een relatief risico op mortaliteit weerhoudt van 1,63 bij de meest eenzame t.o.v. de minst eenzame mensen[13]. Deze twee studies concluderen dus dat eenzaamheid op iedere leeftijd een belangrijke risicofactor vormt[12,13]. Hierbij aansluitend stelt de meta-analyse van Holt-Lunstad en collega's, op basis van 148 studies, dat mensen met een adequaat sociaal netwerk 50% meer kans op overleving hebben, en dat dit effect onafhankelijk is van leeftijd, geslacht en de gezondheidstoestand bij aanvang[18]. Met andere woorden blijkt uit bovenstaande onderzoeken dat de meeste auteurs eenzaamheid als een onafhankelijke risicofactor zien[18]. Anderen concluderen dat eenzaamheid en mortaliteit op zich niet statistisch significant gecorreleerd zijn maar dat het effect op mortaliteit gemedieerd wordt via depressie en bepaald risicogedrag, zoals afname van fysieke activiteit[12,13].

2.3.5) Antwoord op onderzoeksvraag 5. Wat zijn oorzaken van eenzaamheid in de algemene populatie?

Volgens onderzoek zijn er verschillende risicofactoren. Hieronder volgt een overzicht van de meest voorkomende[2].

2.3.5.1) Sociaal demografische factoren

Het gaat om de factoren leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Wanneer we kijken naar de prevalentie van eenzaamheid bij specifieke bevolkingsgroepen valt op dat de grootste eenzaamheid voorkomt bij volwassenen van 50-64 jaar oud. (Tabel 3)[2]. In onderstaande tabel gaat het steeds om sterke eenzaamheid (score van 9 of hoger op de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld).

		Mannen		**Vrouwen**	
Leeftijd	**Burgerlijke**	**Omvang van**	**Sterk**	**Omvang van**	**Sterk**
	staat	**de bevolking**	**eenzaam (%)**	**de bevolking**	**eenzaam (%)**

18-29	Nooit gehuwd	1080409	9	939291	10
	Gehuwd	108889	4	216191	4
	Gescheiden	4246		12380	
	Weduwstaat	108		440	
30-49	Nooit gehuwd	828806	13	568627	16
	Gehuwd	1528160	6	1647984	7
	Gescheiden	190692	22	253628	25
	Weduwstaat	7407		21991	
50-64	Nooit gehuwd	137999	14	91780	16
	Gehuwd	1177781	6	1094693	7
	Gescheiden	162775	23	193216	26
	Weduwstaat	32364	16	103354	19
65-74	Nooit gehuwd	35084	11	35882	13
	Gehuwd	461727	5	387745	6
	Gescheiden	41006	18	53832	21
	Weduwstaat	42630	13	178943	15
75-90	Nooit gehuwd	17062	11	45397	12
	Gehuwd	241241	5	165076	5
	Gescheiden	13898		29226	
	Weduwstaat	78276	12	368658	14

Tabel 1: Schatting van "sterke" eenzaamheid (score van 9 of hoger) in verschillende categorieën van de Nederlands bevolking in 2003[2].

Als we de impact van een verandering in de drie sociaal-demografische factoren leeftijd, geslacht en burgerlijke staat op het voorkomen van sterke eenzaamheid vergelijken vinden we het grootste verschil bij burgerlijke staat. Uit tabel 1 komt duidelijk naar voor dat eenzaamheid het meest toeneemt als men de partner verliest, zoals bij echtscheiding of overlijden. Na verlies van een levenspartner is het de emotionele vorm van eenzaamheid die fors toeneemt en gemiddeld piekt op negen maand na het verlies. Deze neemt vervolgens gradueel af, maar onderzoek wees uit dat emotionele eenzaamheid bij weduwen en weduwnaars na negen jaar nog sterker aanwezig is dan voor het afscheid. Hierbij moet vermeld worden dat het afscheid van een partner vrijwel geen impact heeft op sociale eenzaamheid. Het kan door het opnemen van allerlei sociale banden in het rouwproces net de sociale eenzaamheid tegengaan[2]. Sterke eenzaamheid komt bij gehuwden zo'n zes percent minder voor dan bij nooit gehuwden. Hiernaast hebben gescheiden mensen en weduwen en weduwnaars respectievelijk elf en zeventien percent meer kans op sterke

eenzaamheid dan gehuwden. Het verliezen van een partner is dus een ingrijpende gebeurtenis en brengt een grote kwetsbaarheid voor eenzaamheid met zich mee. Gescheiden vrouwen van middelbare leeftijd zijn het meest eenzaam (26%). Misschien ligt een verklaring hiervoor in het feit dat leven zonder partner onder oudere mensen vaker voorkomt en dus eerder geaccepteerd wordt dan bij jongere mensen, waar het taboe nog sterker aanwezig is[2]. Het laagste percentage sterk eenzame mensen (4%) vinden we terug onder jonge gehuwde mannen en vrouwen.

Wanneer we inzoomen op geslacht kunnen we concluderen dat er geen grote verschillen zijn tussen beide seksen wat betreft het voorkomen van sterke eenzaamheid.
Een grote prospectieve studie waarbij 605 mensen gedurende 18 jaar gevolgd werden suggereert, in tegenstelling tot De Jong Gierveld[2] dat eenzaamheid op alle meetmomenten meer voorkomt bij vrouwen dan bij mannen (op 70j gemeten 46 vs. 20%, op 78j 43 vs. 21% en op 85j gemeten 48 vs. 23%)[6].
De literatuur over deze genderverschillen is echter niet unaniem.
Specifiek bij vrouwen met een migratieachtergrond onderstrepen verschillende studies het fenomeen “controlerende partner of familielid” als barrière om een sociaal netwerk uit te bouwen[16,25,26]. Tot slot, met betrekking tot leeftijd is het enigszins verrassend dat ouderen (65+) over het algemeen niet meer eenzaam zijn dan jongeren (18-29j). Leeftijd op zich is dus geen rechtstreekse risicofactor maar het is wel zo dat met het ouder worden het verlies van dierbaren en gezondheidsproblemen vereenzaming onrechtstreeks in de hand kan werken[2].

Belangrijke noot bij bovenstaande gegevens is dat deze voortkomen uit de algemene populatie van Nederland in 2003.

2.3.5.2) Sociaaleconomische factoren
Werkloosheid, het met pensioen gaan en een laag inkomen worden geassocieerd met eenzaamheid. Het aangaan of verbeteren van sociaal contacten vereist een minimum aan materiële middelen[2,10,16].

2.3.5.3) Lichamelijke en geestelijke gezondheid
Chronisch-evolutieve ziekten of het verlies van mobiliteit kan het risico op eenzaamheid doen toenemen. Ook achteruitgang van het gezichtsvermogen of het gehoor speelt hier een rol. Ook het omgekeerde is echter waar. Zo heeft prospectief onderzoek aangetoond dat gevoelens van eenzaamheid ook goede voorspellers zijn van depressieve symptomen, een verstoord nacht/waakritme, het afnemen van ADL en cognitieve functies[1].

2.3.5.4) Woonomstandigheden
Contacten in de woonbuurt zijn van belang. Het aantal buurtcontacten hangt van drie variabelen af: woningtype, samenstelling van de buurt en of het om een woonst in de stad of op het platteland gaat.
Wat woningtype betreft heeft onderzoek in Nederland aangetoond dat autochtone mensen ouder dan 65 jaar, wonend in een flat gemiddeld meer eenzaam zijn dan mensen in andere woningtypen. Ouderen in een flat hebben namelijk gemiddeld één buurtrelatie minder. Ten tweede heeft de samenstelling van de buurt eveneens een invloed. Buurtkenmerken zijn mogelijk nog belangrijker dan kenmerken van de woning zelf. Belangrijk is of de bewoner de perceptie heeft dat er voldoende interessante mensen in de buurt wonen. Het principe van “soort zoekt soort” gaat hier op. Jongeren trekken graag op met jongeren,

ouderen met ouderen, arm en rijk zullen zelden mengen, net zo min als mensen met én zonder een migratieachtergrond. De impact op eenzaamheid van de woonomgeving, de architectuur van openbare ruimten, het al of niet afgelegen wonen, de toegankelijkheid van het openbaar vervoer en zelfs het klimaat wordt ook door andere studies onderschreven[10].

Wat de samenstelling van de buurt betreft is het zo dat Nederlandse autochtone ouderen meer eenzaam zijn in etnisch diverse buurten. Hun eenzaamheid neemt toe vanaf de proportie van 10% bewoners met een migratieachtergrond in de buurt[2]. Deze laatste stelling wordt bevestigt door verscheidene andere studies[10]. Ook het recentelijk verhuisd of geëmigreerd zijn, is een onafhankelijke risicofactor. Opvallend is dat mensen in rust-en verzorgingstehuizen meer eenzaam zijn dan mensen die nog zelfstandig wonen (zie ook figuur 2). Het achterlaten van de vertrouwde omgeving versterkt eenzaamheid, maar mogelijks is dit fenomeen te wijten aan het feit dat eenzaamheid bij mensen die naar een RVT verhuizen reeds verhoogd is (door een achteruitgaande gezondheid en zelfredzaamheid) en misschien zelfs een reden is om te verhuizen[2]. Dieper onderzoek hierrond wees uit dat ouderen die in woonzorgcentra verblijven niet vaker eenzaam zijn dan thuiswonende ouderen die zorgafhankelijk zijn en/of ernstige geheugenproblemen hebben[22].

Tot slot heeft de verstedelijking van de woonplaats ook een invloed op eenzaamheid. Ouderen blijken meer eenzaam te zijn in grootsteden dan in dorpen. Eerder paradoxaal hebben ouderen in steden gemiddeld twee relaties minder dan in een dorp[2].

2.3.5.5) Persoonlijkheidskenmerken

Hiertoe rekenen we beperkte sociale vaardigheden, een beknot zelfvertrouwen, sociale angst, beperkte assertiviteit, introversie en verlegenheid. Ook belangrijk is waar de relatiestandaard ligt. Hoe hoger, hoe groter de kans dat er niet aan wordt voldaan en hoe groter de kans dat dit aanleiding geeft tot eenzaamheid[2].

2.3.5.6) Maatschappelijke factoren

De trend van individualisering speelt hier een rol: Het wegvallen van referentiekaders zoals de kerk of familiepatronen en de toegenomen verantwoordelijkheid om zelf het leven te leiden die men vooropstelt. Het niet slagen in persoonlijk of maatschappelijk vooropgestelde doelen wordt door de persoon zelf en de maatschappij meer en meer als mislukking gezien. De schaamte, minderwaardigheidsgevoelens en uitsluiting die hier mee gepaard gaan kunnen onder meer naar eenzaamheid leiden. In andere woorden is de sociale autonomie toegenomen maar de solidariteit afgenomen[2].

2.3.6) Migratie gebonden oorzaken van eenzaamheid

Het mag duidelijk zijn dat migratie gecorreleerd is met vele van bovenstaande risicofactoren zoals een onzeker inkomen, niet-optimale woonomstandigheden, enzovoort. Ook is migratie soms een (noodgedwongen) gevolg van oorzaken die op zich al lichamelijke of geestelijke letsel met zich meebrengen[2]. Hiernaast is het zo dat eenzaamheid op zich ook een risicofactor vormt die bovenstaande determinanten kan versterken[2]. Zo wijst een studie over het voorkomen van eenzaamheid bij geïmmigreerde vrouwen op langdurig ziekteverlof in Noorwegen op de vicieuze cirkel waar mensen dreigen in te komen na migratie. Zaken als huiselijk geweld en minder optimale arbeidsomstandigheden werken schaamte en minderwaardigheidsgevoelens in de hand en houden via vermijdingsgedrag mede sociale eenzaamheid, en het ziekteverlof, in stand[10].

In een recente studie bij oudere mensen met een migratieachtergrond in Canada (N=3692) stelt De Jong Gierveld een theoretisch kader voor op drie niveaus – micro, meso en macro - voor, waarbinnen de verschillende determinanten van eenzaamheid na migratie geordend kunnen worden[8]. Op een eerste niveau, het microniveau, bevinden zich familiale banden zoals die met kinderen die voor je zorgen, met broers of zussen en ook hechte vriendschappen.

Het mesoniveau gaat over de context van de gemeenschap of maatschappij waar men deel van uitmaakt, meer bepaald hoe groot de kans is om in contact te komen met andere mensen en vriendschappen aan te gaan. Voorbeelden hiervan zijn participatie in lokale clubs of organisaties, burencontacten en dergelijke meer.

Op het macroniveau gaat het over socio-culturele verankering. Hoofdzakelijk omringd zijn door mensen die jouw moedertaal spreken, is geassocieerd met een hoger risico op eenzaamheid. Terwijl zulke contacten ondersteunend kunnen zijn, wordt op die manier gefocust op de achtergelaten cultuur, in plaats zich cultureel te integreren in de nieuwe context. Van de drie niveaus is het microniveau veruit de belangrijkste, gevolgd door het macroniveau. In deze studie blijkt het mesoniveau geen impact te hebben op de zelf gerapporteerde eenzaamheid[8]. Deze studie concludeert dat, in algemene termen gesproken, de belangrijkste voorspeller of een individu eenzaam zal zijn na migratie zijn/haar 'tevredenheid over het sociale netwerk' is. Deze tevredenheid is zoals boven beschreven echter afhankelijk van heel wat variabelen. De tweede belangrijkste voorspeller, en dit is enigszins verrassend, blijkt 'etnische verankering" te zijn.. In andere woorden, hoe meer men na migratie vasthoudt aan de cultuur van het geboorteland hoe vatbaarder men is voor eenzaamheid[11,8,23].

3) Kwalitatief onderzoek

3.1) Onderzoeksvragen

1)Praten mensen over eenzaamheid? Komt het thema "eenzaamheid" aan bod tijdens gesprekken met patiënten met een migratieachtergrond?

2)Migratie gebonden determinanten van eenzaamheid. Welke oorzaken brengen de deelnemers zelf aan?

-Wat zeggen ze over niet-migratie specifieke oorzaken (universele oorzaken van eenzaamheid zoals besproken onder 2.3.5)?
-Wat zeggen ze over migratie gebonden oorzaken van eenzaamheid?

3.2) Methode van het kwalitatief onderzoek

Om het thema eenzaamheid te onderzoeken bij een patiëntenpopulatie met een migratieachtergrond in de huisartsenpraktijk werd geopteerd voor een kwalitatief exploratief onderzoeksdesign. Inclusiecriteria waren het meerderjarig zijn en een voldoende beheersing van de Nederlandse, Franse of Engelse taal. Als exclusiecriterium werd een migratieachtergrond binnen Europa en minderjarigheid gehanteerd. Deze groep komt in de patiëntenpopulatie echter weinig voor.

3.2.1) Groepsgesprekken

3.2.1.1) Onderzoeksdesign

Er werden drie groepsgesprekken georganiseerd waar eenzaamheid als thema aan bod kwam. Aan iedere sessie namen 5-10 personen met een migratieachtergrond deel. De avonden gingen door in de huisartsenpraktijk en werden gemodereerd door de sociaal verpleegkundigen en mezelf.

Er werd getracht om een huiselijke sfeer te creëren. Aan de hand van een "muzikaal pakket" werd op muziek een doos rondgegeven waarin alledaagse symbolen en illustraties zitten. Deze werden gekozen op basis van het referentiehandboek rond eenzaamheid van De Jong Gierveld en Van Tilburg. Informatie omtrent de groepsgesprekken werd verspreid via de wachtzaal alsook de artsen en de sociaal verpleegkundigen tijdens consultaties. Mensen konden zich met andere woorden spontaan aanmelden of werden opportunistisch uitgenodigd vanuit de kabinetten. Vanuit het elektronisch medisch dossier trokken we lijsten op "eenzaamheid" of "sociale isolatie", mensen die specifiek in aanmerking kwamen werden eveneens uitgenodigd. De deelname gebeurde vrijwillig, zonder misbruik te maken van de vertrouwensrelatie, om mensen zo de ruimte te geven open te vertellen over wat hen bezig houdt. Bijkomend werden mensen met een migratieachtergrond maar zonder het vermoeden van eenzaamheid eveneens uitgenodigd voor een interview. Dit alles om een maximum variatie in onze onderzoekspopulatie te bekomen.

Enkele dagen voor de avonden werden de deelnemers telefonisch gecontacteerd . Als reminder maar eveneens om informatie over het onderzoek te geven en het belang van hun deelname hieraan te onderstrepen. De derde groep werd in tegenstelling tot de twee voorgaande in de voormiddag georganiseerd, met als doel een aantal geïnteresseerden die de eerste editie door ouderlijke verplichtingen niet bij konden wonen toch aan bod te laten komen. Dit terwijl de kinderen naar school gingen.

3.2.1.2) Dataverzameling

Bij het stoppen van de muziek werd aan de persoon met de doos in handen gevraagd worden om, hieraan gerelateerd, iets vanuit zijn of haar leefwereld te delen. Er werd gewerkt rond vier thema's, die vanuit de literatuur allen kunnen geassocieerd zijn met gevoelens van eenzaamheid. Deze zijn "familie en kinderen", "relatie", "vriendschap en vrije tijd" en tot slot "thuisland". Voor ieder thema voorzien we in de muzikale doos één afbeelding en één spreuk. De vragen die per thema gesteld werden zijn gebaseerd op de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld, een internationaal erkend instrument in het op indirecte wijze peilen naar eenzaamheid. De inhoud van het muzikaal pakket is terug te vinden onder bijlage 5. Voor een voorstelling van de deelnemers wordt verwezen naar bijlage 3.

De gehele avonden werden opgenomen op video en achteraf via thematische analyse verwerkt. De analyse van de hoofdonderzoeker B.V.P. werd afgetoetst met die van een tweede onderzoeker K.D.T.

3.2.2) Interviews

3.2.2.1) Onderzoeksdesign

Na de groepsbijeenkomsten werden er 8 semigestructureerde interviews afgenomen waarbij werd getracht om zowel mensen te bereiken die deelgenomen hebben aan de groepen alsook nieuwe deelnemers. Interviews als aanvulling op de groepsgesprekken was zinvol

naar triangulatie van methodieken toe maar was eveneens noodzakelijk gezien er nog geen saturatie was bereikt na de groepsbijeenkomsten. Bovendien kregen we op die manier een idee of er meer thema's aan bod komen tijdens individuele dan wel groepsgesprekken. Het is echter zo dat in de groepsgesprekken gebruik gemaakt werd van indirecte bevraging van eenzaamheid aan de hand van de thema's in het muzikaal pakket terwijl in de interviews ook rechtstreeks naar eenzaamheid werd gepeild.
Welke methodiek zich het meeste leent is interessant naar eventuele acties in de toekomst toe.

3.3) Resultaten

In totaal namen 21 personen met een migratieachtergrond deel aan de groepsgesprekken. Van de 21 deelnemers werden uiteindelijk 6 personen gecontacteerd voor een bijkomend interview. Na twee interviews vond er een eerste, globale codering van de interviews plaats en op basis van deze resultaten werd het interviewprotocol aangepast. Deze eerste twee geïnterviewde personen werden opnieuw uitgenodigd voor een interview.

Met uitzondering van 1 deelnemer, hadden alle deelnemers een migratieachtergrond. Van de 20 deelnemers met een migratieachtergrond zijn 16 mensen minder dan 5 jaar in België.

Hieronder worden, vanuit de data, de meest prominent aanwezige determinanten voor het ontstaan van eenzaamheid na migratie weergegeven.

De oorzaken van eenzaamheid uit de bekomen data worden in de geïntegreerde discussie afgetoetst met die uit de literatuurstudie. Opvallende discrepanties of nieuwe karakteristieken worden besproken.

In bijlage 3 worden de deelnemers voorgesteld.

Als reden van migratie kwamen herhaaldelijk echtscheiding en het vluchten van een conflictsituatie terug. Minder frequent kwam migratie om gezondheidsredenen, om economische motieven of omwille van een schending van vrouwenrechten en emancipatie naar voor.

Tabel 2 (bijlage 3) maakt duidelijk dat dit, vooral in de groepsgesprekken, niet altijd ter sprake is gekomen.

3.3.1) Migratie gebonden oorzaken van eenzaamheid

Hieronder worden de oorzaken van eenzaamheid na migratie besproken zoals teruggevonden in de data. De besproken thema's worden geïllustreerd aan de hand van uitspraken van de deelnemers aan het onderzoek. Voor verdere demografische gegevens zie bijlage 3.

3.3.1.1) Wantrouwen van mensen met dezelfde origine

Een oorzaak die vaak expliciet aan bod kwam was het wantrouwen dat deelnemers voelden naar personen van dezelfde origine. In die mate dat ze personen van dezelfde origine zelfs mijden.

"Ik weet niet hoe dat komt maar ik voel altijd dat Belgische mensen, of mensen die niet dezelfde afkomst hebben, die begrijpen mij meer. Ik weet niet, heeft met interesse te

maken (Interview 2, vrouw, Marokkaanse origine, 19j)".
"Belgische mensen goed, goed hart, respect, correct, Arabische mensen nee (interview 1, man Syrische origine, 49j)".
"Liever Belgische mensen, zij kunnen mij beter helpen, Nederlands leren praten en advies krijgen. Arabische mensen niet allemaal goede mensen (interview 5, man, Syrische origine, 44j)".
"Ik vind de Belgen beter dan andere mensen, bijvoorbeeld dan Marokkanen, dan zwarte mensen, Belgen beter (deelnemer 3 groepsgesprek 1, vrouw, Marokkaanse origine, 38j)".
"Ik ging toen ik hier net was veel naar de Afrikaanse kerk, maar op de duur wisten mensen dat ik geen papieren had en werd er geroddeld. Ik ben vernederd, fysiek bedreigd, genegeerd. Voor mij is discriminatie door Afrikanen een groter probleem dan racisme. Toen ik geen papieren had ging ik eens schilderen bij Afrikaanse man thuis, toen ik klaar was en mijn geld vroeg zei hij: Ik geef je niets, en als je moeilijk doet bel ik de politie..(deelnemer 5 groepsgesprek 3, man, Angolese origine, 37j)".

3.3.1.2) Sociale isolatie

Meer dan de helft van de deelnemers gaven informatie over hun sociaal netwerk in Antwerpen en hun inschatting daarover. Deze laatste was altijd negatief gekleurd.

"…Maar voor mij was alles daar goed, mijn café, vrienden, familie, goed geld, muziek spelen. De tijd ging snel, ik dacht niet na, hier heb ik dat niet. (deelnemer 9 uit groepsgesprek 1, man, Syrische origine, 49j)". *"En daarom ben ik naar hier gekomen, maar iedereen hier zo alleen. Als ik heb problemen in thuisland dan iedereen helpt mij, familie, vrienden, hier helemaal anders (deelnemer 9 groepsgesprek 1, man, Syrische origine, 49j)".*
"Ik zoek een vrouw maar elke vrouw zegt nee. Ik was altijd mooi gekleed, maar in mijn land wordt altijd eerst gepraat met de papa, de mama. Maar ik had geen familie". "Mijn hart is gebroken, nooit nog deze vrouw, zelfs bij miljoen keer sorry zeg ik neen (deelnemer 9 groepsgesprek 1, man, Syrische origine, 49j)".
"Ik vertrouw niemand meer, ik heb meer tijd nodig om met mannen te kunnen spreken. Alles kan opgelost worden, maar een nieuwe relatie is lastig (interview 2, Marokkaanse origine, 19j)".
"De meeste mannen nu zoeken vrouwen met geld, die hén kunnen onderhouden. Heb je geen geld dan ben je geen goede vrouw (deelnemer 11 groepsgesprek 2, vrouw, Surinaamse origine, 56j)".

3.3.1.3) Taal als sleutel tot een beter leven

Een vaak terugkerend thema was hoe belangrijk de deelnemers het vinden om snel Nederlands te leren. Door meerdere mensen werd dit als cruciaal gezien om ofwel te integreren en Belgische vrienden te kunnen maken of om werk te kunnen vinden en zo de familie te kunnen herenigen.

"In Antwerpen, belangrijk om eerst Nederlands leren, dan werk zoeken, 2 dingen heel belangrijk, Nederlands is sleutel (deelnemer 5 groep 3, man, Angolese origine, 37j)".
"Ik verkies Belgisch, om snel Nederlands te leren praten en advies te krijgen. Daarbuiten is het voor mij eender, als ik ze maar kan respecteren (interview 5, man, Syrische origine, 44j)".
"Ik lees elke dag Nederlands, drie of vier uur per dag, kinderboeken ook. Ik wil werken, mensen leren kennen, iets terug geven aan België (interview 5, man, Syrische origine, 44j)".
"Ik wil geen vrienden van Afghanistan ik wil alleen zo snel mogelijk Nederlands leren, ik heb Belgische vrienden nodig (interview 4, man, Marokkaanse origine, 27j").
"Hier vreemd, geen familie, altijd alleen. Door ik taal ik niet spreken (deelnemer 8 groepsgesprek 1, man, Syrische origine, 31j)".

3.3.1.4) Gemis van familie

Het gemis van familie kwam in ieders verhaal terug, zowel in groep als individueel. Bij verschillende deelnemers bleek het contact met familie of hun partner in het buitenland zowel een steun als een kwelling. Zo bleek het voor verschillende mensen moeilijk om over de telefoon aan hun naasten de waarheid te vertellen over hun situatie hier. Vaak kozen ze voor een eufemisme om het thuisfront niet ongerust te maken en droegen ze hun leed hierrond liever zelf.

"Ik kon mijn familie niet bellen want ik wilde niet dat mijn ouders te weten kwamen waar ik was. Ze zouden naar mijn man kunnen bellen of me komen halen (interview 2, vrouw, Marokkaanse origine, 19j)".
"Ik mis familie ja. In slechte tijden in Syrië, als iemand ziek wordt of pijn heeft dan wordt de familie als één persoon. Daardoor voel ik hier alleen. (interview 5, man, Syrische origine, 44j)".
"Ik heb geen enkel probleem in België, het enige probleem is mijn familie, ik wil ze hier brengen! (interview 4, man, Afghaanse origine, 27j)".
"Op moeilijke momenten mis ik familie, zoals paar weken geleden toen ik ziekenhuis lag voor operatie. Helemaal alleen, geen bezoek (deelnemer 10 groepsgesprek 2, vrouw, Marokkaanse origine, 27j)".

3.3.1.5) Aanpassingsperiode

Hoewel dit waarschijnlijk een normaal verschijnsel is na migratie en een individueel variabele duur kent lijkt eenzaamheid in deze periode sterker voor te komen.

"Alles was nieuw voor mij, ik wist niet eens hoe ik de deuren van de tram moest open doen. Ik voelde me zo alleen. Ik was de hele tijd aan het wenen (interview 2, vrouw, Marokkaanse origine, 19j)".
"Nee ik heb in heel mijn leven altijd gegeven, nooit ontvangen, maakt het voor mij moeilijk in België, toen begon ook het probleem, ik kon niet lang bij mijn Afghaanse vriend blijven in Antwerpen want hij leefde van OCMW-steun, was arm en werd opgeroepen voor de rechtbank. Dit was de start van een heel moeilijk plan; Hoe moest het verder, ik ken hier geen mensen, hoe kan ik huis vinden, hoe ga ik huur betalen, ik ken de wet niet.. Ik kende zelfs OCMW niet, niemand had mij iets over OCMW verteld. Ik heb 7 dagen in het centraal station geslapen. In het begin in België voelde het aan als een oorlog. Eten alleen, slapen alleen, lezen alleen. Ik en deze spiegel en die muur (interview 5, man, Syrische origine, 44j)"
"Mijn vrouw gaat nooit mee, blijft thuis bij kinderen, rustig" Interviewer: "Is zij dan niet eenzaam hier in België?" "Ja, maar dat is normaal zo, de man gaat elke avond naar buiten, alleen als er iets belangrijk is blijft de man thuis (deelnemer 8 groepsgesprek 1, man, Syrische origine, 31j)".
"Ik heb vaste job nodig om familie hier te krijgen maar gaat niet, misschien duurt twee of drie jaar voor vaste job. Ik kan niet wachten (interview 4, man, Afghaanse origine, 27j)".

3.3.1.6) Fysieke en psychische kwetsbaarheid

Ziekte, al of niet psychisch lijden ten gevolge van een doorgemaakt trauma, kan eenzaamheid in de hand werken en omgekeerd kan eenzaamheid op zijn beurt ook ziek maken.

"Het waren grote leugenaars, mij hebben ze 49 dagen in de gevangenis gegooid, in een kelder, ik zag geen zonlicht. Maar beetje eten en drinken (interview 5, man, Syrische origine, 44j)".
"Waarom kan je geen nieuwe vrienden maken denk je? Hart kapot dokter, ik zeg altijd neen, ben ziek, door verdriet (deelnemer 9 groep 1, man, Syrische origine, 49j)".
"Ik ben met de boot gekomen, heb mensen zien verdrinken, wij ook in water gevallen, maar dicht bij het strand", "mijn vrouw kon niet mee op de boot, die was te klein (interview 4, man, Afghaanse origine, 27j)".
"Ik heb geen plezier, Ik ben altijd moe, slecht slapen, hele lichaam doet pijn, hoofd doet pijn, kan nu niet met mensen praten, andere mensen zelf problemen (interview 4, man, Afghaanse origine, 27j)".

3.3.2) Overige thema's.

De volgende thema's kwamen minder prominent naar voor maar worden voor de volledigheid besproken

3.3.2.1) Woonomgeving

Twee mensen beschreven mooi hoe ze het wonen in een stad vs. op het platteland ervaren.

"In dorp in Limburg één apotheek, één dokter, een grote stad is beter voor mij, ik ben ziek, ik wil met mensen praten (deelnemer 9 groep 1, man, Syrische origine, 49j)".
"Ik hou van mensen, ik wil in een stad wonen, niet in een dorp. Daar te alleen. Ik wil praten met mensen want iedereen heeft eigen cultuur. Je kan leren van kinderen en van oudere mensen, elke dag dat je niets leert is verloren (interview 5, man, Syrische origine, 44j)".

3.3.2.2) Zelfvertrouwen

Een laag zelfbeeld lijkt het vermogen om vriendschappen aan te gaan te ondermijnen.

"Het is niet makkelijk om goede vrienden te vinden. Ik heb soms het gevoel dat ik niet interessant genoeg ben om naar te luisteren (interview 2, vrouw, Marokkaanse origine, 19j)".

3.3.2.3) Werkloosheid

Werkloos zijn kan onrechtstreeks tot vereenzaming leiden gezien het gezinshereniging in de weg kan staan enerzijds en anderzijds omdat het kan leiden tot een laag zelfbeeld.

"Ik heb vaste job nodig om familie hier te krijgen maar gaat niet, misschien duurt twee of drie jaar voor vaste job. Ik kan niet wachten (interview 4, man, Afghaanse origine, 27j)".

Noot. Als beschermingsfactor tegen eenzaamheid brachten verschillende mensen religie en culturele waarden aan. Dit kwam echter niet bij iedereen spontaan aan de oppervlakte, ook niet als er gepeild werd naar wat mensen nodig hadden of uit welke manier ze steun vinden.

"Ik deed niet anders dan bidden, zoeken naar huis en rusten (interview 5, man, Syrische origine, 44j)".
"Voor mij geen probleem dokter. Ik heb mijn Koran en ik kan bidden en ooit zal Allah de kraan in Jordanië dichtdraaien voor mijn familie en hier opendraaien. Dat geloof ik. En alles is een examen voor mij (interview 5, man, Syrische origine, 44j)".
"Ik ga niet meer naar de kerk, niet door mijn geloof maar door de mensen daar. Maar thuis lees ik elke dag in de Bijbel, dat maakt mij rustig (deelnemer 5 groep 3, man, Angolese origine, 37j)".
"Komt wel goed, alles wachten voor God, als je bidden alles kom goed (deelnemer 13

groepsgesprek 2, vrouw, Nigeriaanse origine, 41j)".
"Weet je dokter, ik heb geen geld om aan België te geven, maar België gaf mij een nieuw leven! België zal mijn familie terugbrengen! Het enige dat ik kan geven is mijn bloed, daarom doe ik dit elke 3 maand (interview 5, Syrische origine, 44j)".
"I: Voel je je in Antwerpen al deel van de gemeenschap? "Ja, door mensen te helpen, ik laat de mensen weten wat een goede moslim is, ik wil tonen dat echte Islam om vrede draait (interview 5, Syrische origine, 44j)".

3.4) Conclusie van resultaten

3.4.1) Antwoord op onderzoeksvraag 1. Praten mensen over eenzaamheid? Komt het thema "eenzaamheid" aan bod tijdens gesprekken met patiënten met een migratieachtergrond?

Tabel 3 geeft aan dat slechts 9 van de 21 deelnemers aan de groepsgesprekken na indirecte bevraging benoemen of ze zich al niet eenzaam voelen. Soms gaven deze mensen een duidelijke oorzaak op, vaak echter bleef het gesprek rond eenzaamheid oppervlakkig. Hiernaast heeft thematische analyse van de data duidelijk gemaakt dat mensen eerder in bedekte termen over eenzaamheid praten, zoals via het uiten van wantrouwen of het uiten van een gemis van familie, dan wel rechtstreeks. Peilen naar eenzaamheid en naar precieze oorzaken verloopt met andere woorden idealiter niet via groepsgesprekken maar individueel.

In persoonlijke interviews komt echter meer informatie naar boven dan in groep, zelfs bij indirecte bevraging. Zo gaven alle 4 persoonlijk geïnterviewde deelnemers reeds na indirecte bevraging aan of ze zich eenzaam voelen Direct bevraging van eenzaamheid werkte helemaal niet in groep, geen enkele deelnemer is hier op in gegaan, terwijl dit wel werkte in bij 3 van de 4 geïnterviewde mensen.

3.4.2) Antwoord op onderzoeksvraag 2. Determinanten van eenzaamheid. Welke oorzaken brengen de deelnemers zelf aan?

-Wat zeggen ze over niet-migratie specifieke oorzaken (universele oorzaken van eenzaamheid zoals besproken onder 2.3.5)?
-Wat zeggen ze over migratie gebonden oorzaken van eenzaamheid?

Niet-migratie specifieke oorzaken van eenzaamheid die in de literatuur terug te vinden zijn zoals werkloosheid, ziekte en woonomgeving zijn in de gesprekken weinig naar voor gekomen. Wat betreft woonomgeving spraken 2 deelnemers de stelling uit de literatuur tegen die zegt dat mensen meer eenzaam zijn in steden gezien ze er minder persoonlijke relaties hebben[2].

Mensen brengen bij bevraging vooral thema's naar boven die in dit onderzoek "migratie gebonden oorzaken van eenzaamheid" worden genoemd. De meest consistente oorzaken zijn het wantrouwen naar mensen van de eigen origine en het verkiezen van contact met de autochtone populatie. Daarnaast zien de meeste deelnemers de taalbarrière als een grote belemmering in het uitbouwen van een leven en sociaal netwerk. Het gemis van familie is

een constante in de data en werkt eenzaamheid sterk in de hand. Tot slot kunnen moeilijkheden bij het zich aan passen aan de nieuwe cultuur, de zogenaamde acculturatie, leiden tot sociale isolatie en eenzaamheid.

4) Geïntegreerde discussie

De verschillende aspecten van dit onderzoek worden apart besproken.

4.1) Kritische reflectie

4.1.1) Keuze van methodiek

Om dit thema, bij een specifieke populatie als die in het wijkgezondheidscentrum, te exploreren, werd geopteerd voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Eerst werd gekozen om data te verzamelen via groepsgesprekken waarbij naar analogie met literatuur op een indirecte manier werd gepeild naar eenzaamheid[1]. Een bijkomend argument om voor een indirecte benadering te kiezen is het gegeven dat het om een groep mensen gaat die mekaar niet kennen en dat het begrip van de term eenzaamheid door de taalbarrière verschillend kan zijn. Mogelijks kunnen mensen zich met mekaar vereenzelvigen en zou dit de dynamiek van het gesprek ten goede komen. Omgekeerd is het mogelijk dat mensen gezien de aard van het onderwerp net meer teruggetrokken blijven.
Na analyse van de data werd besloten om aanvullend nog semi-gestructureerde interviews af te nemen om tot saturatie te proberen komen.

4.1.2) Validiteit van het onderzoek

De validiteit van dit onderzoek werd op verschillende manieren bewaakt. Vooreerst via triangulatie van methodieken waarbij gebruik gemaakt werd van een respondent afhankelijke (de wensboom) en twee verschillende respondent onafhankelijke methodieken (groepsgesprekken en persoonlijke interviews). Zo zal de dynamiek van de groepsgesprekken of juist de intimiteit van de interviews een invloed hebben op de bekomen data. Ook kunnen mensen mogelijks andere elementen aanbrengen op papier (de wensboom) dan wanneer ze persoonlijk bevraagd worden.
Tijdens het verloop van het onderzoek werd regelmatig door mezelf als door mijn supervisors gereflecteerd over de gevonden data, eventuele bias en nodige aanpassingen. Hiernaast is het zo dat de techniek van het analyseren van uitgeschreven materiaal me werd aangeleerd en gedemonstreerd door een huisarts werkzaam op de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent. Zij heeft ruime ervaring in het uitvoeren van kwalitatief onderzoek via thematische analyse. Tot slot werd de validiteit van de analyse bewaakt door een derde van de data mede te laten analyseren door een collega uit de praktijk, die eveneens een erkende opleiding rond kwalitatief onderzoek heeft gevolgd. Nog interessanter is dat zij en als vrouw en als nieuwe arts, die de groepsgesprekken niet meemaakte en de patiënten nog niet kende, met een andere bril naar de data heeft kunnen kijken.

4.1.3) Kwetsbaarheden van het onderzoek

Een mogelijke tekortkoming in dit onderzoek ligt in de te beperkte steekproef waardoor saturatie bijgevolg niet werd bereikt. Reeds bij aanvang hadden we om de validiteit te verhogen verschillende methodieken voor ogen. Het bleek echter niet makkelijk om de initieel opgegeven kandidaten ook effectief te laten deelnemen aan de groepsgesprekken,

ondanks de telefonische reminder.
Zo rees gaandeweg de vraag of de beleving van eenzaamheid als man of als vrouw in onze specifieke doelgroep ook geen rol speelt.

Dit werd bij aanvang van het onderzoek niet als thema opgenomen. Zo werd er slechts één vrouw persoonlijk geïnterviewd. Hoewel er volgens de literatuur in de autochtoon Nederlandse populatie weinig verschil is tussen mannen en vrouwen wat betreft eenzaamheid [2,6]. Met andere woorden kon het interessant geweest zijn om te peilen naar genderspecifieke belevingen van eenzaamheid.

Deze studie kan geen uitsluitsel geven over welke methode zich het meest leent om eenzaamheid te bevragen, groepsgesprekken dan wel individuele interviews. Hoewel de data suggestief is in het voordeel van individuele interviews vereist dit namelijk rechtstreeks vergelijkend onderzoek.

In sommige groepsgesprekken bleken sommige mensen ook minder goed het Nederlands, Frans of Engels machtig te zijn dan vooraf werd gedacht. In het eerste groepsgesprek beheersten slechts 4 van de 7 deelnemers Nederlands, Engels of Frans (zie tabel 2). Deze taalbarrière bracht met zich mee dat er in beperkte mate door andere deelnemers getolkt moest worden, wat de dynamiek van het gesprek soms negatief beïnvloedde. Langs de andere kant was het wel mooi om te zien hoe de deelnemers mekaar spontaan hielpen om zich te uiten.

De vraag dient gesteld te worden of er eveneens sprake is van een soort preventieparadox: lopen mensen die het Nederlands nog niet machtig zijn, en je aldus moeilijk bereikt, ook niet het meest risico om eenzaam te zijn? Zeker gezien de constante vaststelling dat er heel wat wantrouwen leeft onder mensen van eenzelfde origine en deze mensen vermoedelijk minder contact hebben met Nederlandstalige mensen. En hoe zou je deze groep kunnen aanzetten om over eenzaamheid te praten? Het gebruik van een tolk om eenzaamheid te bevragen lijkt gezien de discretie van het onderwerp namelijk niet evident.

4.2) Discussie

Eenzaamheid is een prevalent en belangrijk gezondheidsprobleem, bij autochtone populaties in het algemeen en bij mensen met een migratieachtergrond in het bijzonder.

Intuïtief en vanuit literatuur (zie 2.3.5) lijken niet-migratie specifieke oorzaken zoals ziekte, werkloosheid, beperkte financiële middelen, niet-opportune woonomstandigheden de grootste oorzaken van eenzaamheid.

Dit zijn echter niet de determinanten die mensen bij bevraging zelf aanbrengen. Wel is het zo dat vele niet-specifieke oorzaken van eenzaamheid verweven zijn met de migratiestatus.

Bovendien zijn de bevindingen in dit onderzoek verzoenbaar met het theoretisch kader dat De Jong Gierveld in een recente studie bij mensen met een migratieachtergrond in Canada voorstelt[8]. De thema's die in dit onderzoek als meest prominent naar voor komen zijn onder te brengen in wat De Jong Gierveld het micro-, meso- en macroniveau van oorzaken van eenzaamheid na migratie noemt (zie 2.3.6). Het gemis van familie gaat over het microniveau. Taal als sleutel of barrière en wantrouwen naar mensen van dezelfde origine gaat over het mesoniveau, meer bepaald over de kansen dat een individu heeft om in contact te komen

met mensen en vriendschappen aan te gaan. Tot slot geven veel deelnemers aan dat ze zich moeilijk kunnen aanpassen aan de nieuwe cultuur en zich hierdoor alleen voelen. Dit gaat over het macroniveau. Dit leidt vaak tot het terugvallen op wat bekend is en het vasthouden aan de cultuur van het land van herkomst. Deze "etnische verankering" uit zich in de neiging om zich te omringen met mensen die dezelfde taal spreken en dezelfde cultuur kennen. Het is aangetoond dat dit, eerder contra-intuïtief, eenzaamheid in de hand werkt[8,11,23].

Ook dit is karakteristiek voor de wijk Antwerpen-Noord, waar mensen van eenzelfde etniciteit vaak heel dicht bij mekaar leven.

Gezien er echter andere krachten spelen lijkt het louter inspelen op deze universele oorzaken van eenzaamheid (zie 2.3.5) ontoereikend om de uitgesproken eenzaamheid onder mensen met een migratieachtergrond tegen te gaan.

Ondanks de tekortkomingen in de sampling kwamen heel wat interessante determinanten van eenzaamheid naar boven, sommige eerder intuïtief voorspelbaar zoals het verlies van een partner, andere elementen bleken eerder verrassend.

Gaandeweg het onderzoek rees ook het idee om te peilen naar de concrete momenten of context van eenzaamheid. Dit bleek bij veel mensen het avondeten te zijn of feestdagen. Het zou interessant kunnen zijn om hier meer zicht op te krijgen.

Het is wenselijk dat deze topics in de toekomst verder geëxploreerd worden, te meer omdat het onderwerpen zijn waar je concrete interventies aan kan koppelen (bv. Samen eten).

Dit onderzoek suggereert dat mensen louter in groep laten praten over eenzaamheid en ze zo met mekaar in contact brengen ontoereikend is en dat dit enkel kans op slagen heeft als mensen zich comfortabel voelen en zich kunnen vereenzelvigen met andere deelnemers. Uiteraard kunnen groepsactiviteiten mensen met mekaar brengen maar dan zonder dat eenzaamheid dient geëxpliciteerd te worden. Groepsactiviteiten die inzetten op taal of wantrouwen naar mensen van dezelfde origine toe lijken zinvol in het tegengaan van eenzaamheid.

5) Conclusie en aanbevelingen voor de praktijk

De prevalentie van eenzaamheid op basis van het EMD bedraagt in onze praktijk 1%. Het staat buiten discussie dat dit een onderschatting is. Wanneer ik de scoop op basis van het onderzoek verbreed met de volgende termen: "Sociale isolatie", "alleenstaand", "werkloosheid", "taalbarrière" en "armoede" dan weerhoud ik zo'n 300 patiënten of 10 % van de populatie. Vanuit het EMD lijkt 10% dus at risk te zijn voor eenzaamheid, ook dit lijkt nog een onderschatting.

Wat zijn mogelijke verklaringen hiervoor?

-Of we zijn ons als team zich voldoende bewust van een onderliggende eenzaamheid maar coderen niet in het EMD.
-Of het wordt gecodeerd als "stress, PTSD, depressie, surmenage,.. Het coderen op eenzaamheid is echter van belang gezien het een onafhankelijke risicofactor is en een andere aanpak vereist dan bijvoorbeeld surmenage of PTSD.
-Of eenzaamheid als entiteit op zich wordt te weinig opgepikt.

De prevalentie en graad van eenzaamheid onder de patiënten van het WGC kan verder onderzoek aan de hand van een enquête uitwijzen.

Wel is het zo dat hoewel eenzaamheid als entiteit onder gerapporteerd lijkt er vanuit de praktijk reeds concrete acties genomen worden met verschillende partners. Zo denk ik onder meer aan de bewegingsexpressie en yoga die we aanbieden, onze samenwerking met het Buddy project van vzw "Armen Tekort" in Antwerpen en de Nederlandse les die we in de praktijk aanbieden.

Een volgende stap lijkt me het eerst verder kwalitatief exploreren van een aantal wederkerende elementen uit dit onderzoek zoals het wantrouwen voor mensen van de eigen origine en de prioriteit van het aanleren van Nederlands. Onderzoeken wat precies de meest eenzame momenten zijn kan eveneens zinvol blijken naar acties in de toekomst toe. Het peilen naar de genderspecifieke verschillen in beleving en voorkomen van eenzaamheid in de patiëntenpopulatie lijkt ook een interessant onderzoeksdomein. Om volledig te zijn zou ook gepeild moeten worden naar eenzaamheid bij mensen waar de taalbarrière het meest aanwezig is en bij oudere mensen met een migratieachtergrond.

Idealiter kom je zo tot het opstellen van een soort risicoprofiel voor eenzaamheid na migratie. Zeker gezien de patiënt het onderwerp eenzaamheid vaak zelf niet aanbrengt en de hulpverlener via bepaalde associaties onderliggende eenzaamheid moet vermoeden (taalproblematiek, wantrouwen, armoede,..). Op die manier zou de hulpverlener zich in het kabinet sneller bewust worden van een eventueel onderliggende eenzaamheid. Verder kwantitatief onderzoek is noodzakelijk om de causaliteit tussen de voorgestelde oorzaken van eenzaamheid na migratie kracht bij te zetten. Zo zou je de populatie at risk voor vereenzaming kunnen definiëren en de reeds bestaande initiatieven kunnen uitbreiden en adequaat afstemmen.

"In the end we retain from our studies only that which we practically apply."
Johann Wolfgang von Goethe (German author, 1749-1832)

6) Referenties

1) Ye Luo, Louise C Hawkley et al. Loneliness, health and mortality in old age: A national longitudinal study. Soc Sci Med (2012) March; 74(6): 907-914.

2) Jenny de Jong Gierveld, Theo van Tilburg. Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak. Van Gorcum (2007): p. 113.

3) Rachel Seginer, Efrat Lilach. How adolescents construct their future: the effect of loneliness on future orientation. Journal of adolescence 27 (2004): 625-643.

4) Colin Killeen. Loneliness: an epidemic in modern society. Journal of advanced nursing (1998): 28(4), 762-770.

5) Victor C.R. et al. Loneliness and ethnic minority elders in great Britain: An exploratory study. J Cross Cult Gerontol (2012): 27:65-78.

6) Robert Weiss. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA, US: The MIT Press (1973): P. 236.

7) K.P.Derose et al. Immigrants and health care: Sources of vulnerability. Health affairs no.5 (2007): 1258-1268.

8) J. De Jong Gierveld et al. Loneliness of older immigrant groups in Canada: Effects of ethnic-cultural background. J Cross Cult Gerontol DOI 10.1007/s10823-015-9265-x.

9) Verhagen et al. Ethnicity does not account for differences in the health-related qualty of lige of Turkish, Moroccan and Moluccan elderly in the Netherlands. Int J Qualitative Stud Health Well Being (2014) 9: 25217.

10) Nortveldt, Lohne et al. A lonely life-A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave in Norway. Int. J. Nurs. Stud (2015).

11) Kim Oksoo. Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the United States of America. Journal of Advanced Nursing (1999): 29(5), 1082-1088.

12) Luo, Hawkley et al. Loneliness, health and mortality in old age: A national longitudinal study. Social Science and medicine 74 (2012): 907-914.

13) Patterson A.C and Veenstra G. Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. Social Science and medicine 71 (2010): 181-186.

14) Ponizovsky A.M. and Ritsner M.S. Patterns of loneliness in an immigrant population. Comprehensive Psychiatry, Vol 45,No. 5 (2004): pp 408-414.

15) Bucholz E.M. and Krumholz M.H. Loneliness and living alone :What are we really measuring? Arch Intern med. (2012) July 23 ;172(14): 1084-1085.

16) A. Hurtado-de-Mendoza ,F.A. Gonzales et al. Social isolation and perceived barriers to establishing social networks among Latina Immigrants. Am J Community psychol (2014) 53: 73-82.

17) J.T. Calcioppo and S.Cacioppo. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. Soc Personal Psychol Compass. (2014) February 1; 8(2): 58-72.

18) J. Holt-Lunstad, T.B.Smith et al. Social relationships and mortality risk: a meta –analytic review. PLoS Med (2010): 7(7).

19) S. Houghton, J. Hattie et al. Conceptualising loneliness in adolescents: Development and validation of a self-report instrument. Child Psychiatry Hum Dev (2014) 45:604-616.

20) M. Carballo and A.Nerukar. Migration, refugees and health risks. Emerging Infectious Diseases (2001) Vol 7, No.3 Supplement

21) UN, 2013. The number of international migrants worldwide reaches 232 million. Population facts. New York

22) N. Spruytte, I. De Coster et al. Anders ouder worden, eindrapport 2013

23) E. Morawa and Y. Erim. Acculturation and Depressive Symptoms among Turkish Immigrants in Germany. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11, 9503-9521; doi:10.3390/ijerph110909503

24) http://www.thesaurus.com/

25) C. Menjivar. Fragmented ties: Salvadoran immigrant networks in America. Berkeley: University of California Press (2000).

26) E.E.A. Parrado et al. Migration and relationship power among Mexican women. Demography (2005) 42: 347-372.

7) Bijlagen

7.1) Bijlage 1: De eenzaamheidsschaal ontwikkeld door De Jong Gierveld en collega's

	Ja! Geheel mee eens	Ja	Min of meer	Nee	Nee! Geheel mee oneens	Ernst 1 = matig 2 = ernstig 3 = zeer ernstig
1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Ik mis een echt goede vriend of vriendin	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Ik ervaar een leegte om mij heen	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Ik mis gezelligheid om mij heen	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	☐	☐	☐	☐	☐	
8. Er zijn voldoende mensen met wie ik mij nauw verbonden voel	☐	☐	☐	☐	☐	
9. Ik mis mensen om me heen	☐	☐	☐	☐	☐	
10. Vaak voel ik me in de steek gelaten	☐	☐	☐	☐	☐	
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	☐	☐	☐	☐	☐	

7.2) Bijlage 2:UCLA loneliness scale

INSTRUCTIONS: Indicate how often each of the statements below is descriptive of you.

C indicates "I often feel this way"
S indicates "I sometimes feel this way"
R indicates "I rarely feel this way"
N indicates "I never feel this way"

1.	I am unhappy doing so many things alone	O S R N
2.	I have nobody to talk to	O S R N
3.	I cannot tolerate being so alone	O S R N
4.	I lack companionship	O S R N
5.	I feel as if nobody really understands me	O S R N
6.	I find myself waiting for people to call or write	O S R N
7.	There is no one I can turn to	O S R N
8.	I am no longer close to anyone	O S R N
9.	My interests and ideas are not shared by those around me	O S R N
10.	I feel left out	O S R N
11.	I feel completely alone	O S R N
12.	I am unable to reach out and communicate with those around me	O S R N
13.	My social relationships are superficial	O S R N
14.	I feel starved for company	O S R N
15.	No one really knows me well	O S R N
16.	I feel isolated from others	O S R N
17.	I am unhappy being so withdrawn	O S R N
18.	It is difficult for me to make friends	O S R N
19.	I feel shut out and excluded by others	O S R N
20.	People are around me but not with me	O S R N

Scoring:

Make all O's =3, all S's =2, all R's =1, and all N's =0. Keep scoring continuous.

7.3) Bijlage 3: Deelnemers

Deelnemer	Demografische gegevens	Reden van migratie	Gesprek	Taal
1)Vrouw 38j	Marokkaanse, 6j in België, gescheiden	?	Groep	Marokkaans
	5 kinderen en 1 zus hier			
2)Meisje 14j	Dochter van (3)	?	Groep	Nederlands
3)Vrouw 40j	Marokkaanse, 1j in België, 2 dochters	Veiligheid	Groep	Marokkaans
4)Man 31j	Syrische, <1jaar in België, 1 zoon hier	Veiligheid	Groep	Syrisch
	7 zussen en 1 broer in buitenland		Groep	
5)Man 49j	Syrische, 5 jaar in België, gescheiden	Veiligheid	Groep	Nederlands
	4 kinderen in Syrië		+ interview	
6)Vrouw 45j	Tibetaanse, 12 j in België, gescheiden	?	Groep	Nederlands
	1 zoon, geen familie hier			
7)Vrouw 54	Belgische, geen migratieachtergrond	n.v.t.	Groep	Nederlands
	gescheiden, 2 zonen in Antwerpen			
8)Man 54j	Marokkaanse, sinds 2 jaar in België	?	Groep	Marokkaans
	3 kinderen hier			
9)Vrouw 50j	Marokkaanse, 4j in België	?	Groep	Marokkaans
	2 dochters in Marokko			
10)Man 52j	Marokkaanse, 24j in België, gescheiden	?	Groep	Nederlands
	4 kinderen in België			

11)Vrouw 38j	Marokkaanse, 4 j in België, gescheiden	?	Groep	Nederlands
12)Vrouw 41j	Marokkaanse, 12j in België, gescheiden	? Weggelopen		Nederlands
	2 dochters in Marokko, geen contact mee			
13)Vrouw 27j	Marokkaans, 1 jaar in België, mama en 2	Veiligheid	Groep	Nederlands
	broers wonen hier, gescheiden			
14)Vrouw 56j	Surinaamse. 2 keer gescheiden. 3 kinderen	Veiligheid	Groep	Nederlands
	oudste dochter hier			
15)Man 37j	Bengaalse, 4j in België. Geen vrouw of	?	Groep	Nederlands
	kinderen, Dakloos		Groep	
16)Vrouw 36j	Nigeriaanse, 4j in België. 4 kinderen hier	?	Groep	Nederlands
	gescheiden			
17)Man 42j	Marokkaanse, sinds 2 jaar in België. Alleen-	Veiligheid	Groep	Nederlands
	staand. Familie in Marokko	stigma		
18)Vrouw 34j	Pakistaanse. Gescheiden. Geen kinderen	Economisch	Groep	Nederlands
	Nieuwe partner in Italië			
19)Man 37j	Angolese. 9j in België. 4 kinderen, 2 j hier	Veiligheid	Groep	Nederlands
	Vriendin hier, beide ouders dood		+ interview	
20)Vrouw 22j	Vriendin van 19), Congolese, sinds 4j hier	Veiligheid	Groep	Nederlands
	1 kind. Geen contact familie			
21)Man 51j	Pakistaanse, 15j in België ,vrouw	?	Groep	Nederlands
	en 3 kinderen hier			
22)Vrouw 19j	Marokkaanse, 3j in België, Gescheiden	Veiligheid	Interview	Nederlands
	Geen familie hier	Intrafamilaal geweld		
23)Man 52j	Syrische ,Koerd. 6 maand in België. Vrouw	Veiligheid	Interview	Nederlands
	en 6 dochters in Aleppo.			
24)Man 27j	Afghaanse. 2 jaar in België, familie in Iran	Veiligheid	Interview	Nederlands
25)Man 44j	Syrische, 1j in België. Vrouw en	Veiligheid	Interview	Nederlands
	3 kinderen Jordanië.			

Tabel 2: Demografie, reden van migratie, taal, gespreksvorm en manier van aanmelding van de deelnemers. Een "?" betekent dat dit onderwerp niet aan bod is gekomen.

Deelnemers groep 1:

1. Sociaal verpleegkundige
2. Coördinator van het WGC
3. Vrouw van 38j, Marokkaanse origine, 6 jaar in België, vier broers en twee zussen. Eén zus hier. Heeft zich aangemeld via de wachtzaal.
4. Mezelf
5. Meisje 14j , dochter van deelnemer drie, twee broers en twee zussen, spontaan aangemeld. Sinds 4 jaar in België.
6. Vrouw van 40j, Marokkaanse origine, sinds één jaar in België, bevriend met deelnemer 3, geen patiënte bij ons, heeft twee dochters. Mevrouw is spontaan meegekomen met deelnemer 3.
7. Onthaalverantwoordelijke
8. Vriend van deelnemer 9, 31 jaar, Syrische nationaliteit. Sinds minder dan één jaar in België. Heeft één zoon in België. Heeft zeven zussen en één broer, allen gevlucht naar

verschillende landen, hijzelf is geen patiënt bij ons, meneer is spontaan meegekomen met deelnemer 9.

9. Man 49 jaar oud, Syrische nationaliteit, sinds vijf jaar hier, vier kinderen, gescheiden sinds acht jaar, allen in Syrië bij zijn ex-vrouw. Werd vanuit een consultatie aangesproken.
10. Vrouw van 45 jaar, Tibetaanse nationaliteit, twaalf jaar alleen in België, heeft één zoon en twee zussen, man door paspoortproblemen niet kunnen meekomen, geen familie in België. Werd vanuit een consultatie aangesproken over de activiteit.

Deelnemers groep 2:

1. Sociaal verpleegkundige
2. Mevrouw, 54 jaar oud. Heeft geen migratie-achtergrond maar wou de activiteit graag meevolgen. Is gescheiden. Heeft twee zonen, van 26 en 28 jaar oud. Zij wonen beide in Antwerpen.
3. Mezelf
4. Onthaalmedewerker
5. Man 54 jaar, geen patiënt, spontaan meegekomen met deelnemer 8. Spreekt geen Nederlands, er wordt voor hem getolkt. Is sinds twee jaar in België. Heeft twee zonen van 18 jaar en 14 jaar oud en een dochter van 13 jaar oud, allen in België.
6. Vrouw, 50 jaar oud. Heeft 2 dochters in Marokko. 4 jaar in België. Meegekomen met 2
7. Man 52 jaar, Marokkaanse origine, reeds 24 jaar in België. In 2007 gescheiden. Vier kinderen. Oudste is 21, jongste is 9. Aangesproken tijdens de consultatie
8. Vrouw 38 jaar. Uit Marokko afkomstig. Sinds 4 jaar in België met één van haar twee dochters (14 jaar). Haar dochter van 19 jaar woont bij haar ex-man in Marokko. Mevrouw is gescheiden. Aangesproken tijdens de consultatie.
9. Vrouw, 41 jaar. Marokkaanse origine. Sinds 12 jaar in België. Is gescheiden. Heeft twee dochters, 23 jaar en 25 jaar oud. Zij zijn getrouwd en hebben kinderen. Ze wonen in Marokko, ze heeft nog zelden contact met hen. Mevrouw is gescheiden. Aangesproken tijdens de consultatie.
10. Vrouw 27 jaar. Sinds één jaar in België. Heeft in België een broer van 40 jaar oud, een broer van 19 jaar en een zus van twee jaar. In Marokko woont nog een broer van 38 jaar oud. Is sinds acht maanden gescheiden. Aangesproken tijdens de consultatie.
11. Vrouw 56 jaar. Afkomstig van Suriname, twee keer getrouwd geweest. Lang in Nederland gewoond en gewerkt. 3 kinderen, 2 zonen in Suriname, oudste zoon heeft kleinkind, dochter van 30j woont bij haar in. Heeft zich spontaan aangemeld
12. Man, 37 jaar. Afkomstig van Bangladesh. Sinds vier jaar in België. Geen vrouw of kinderen. Dakloos, verblijft telkens heel kortstondig bij vrienden. Aangesproken tijdens de consultatie.
13. Vrouw, 36 jaar, Nigeriaanse origine. Sinds vier jaar in België. Heeft vier kinderen. Alle kinderen zijn hier. Is gescheiden van haar man in Nigeria. Uitgenodigd vanuit de consultaties.

Deelnemers groep 3:

1. Mezelf

2. Man, 42 jaar, Marokkaanse nationaliteit. In België sinds twee jaar. Alleenstaand. Nog nooit getrouwd geweest. Ouders en twee broers in Marokko, hier enkel één zus in Brussel. Uitgenodigd vanuit de consultaties.
3. Praktijkopleider
4. Vrouw, 34 jaar, afkomstig uit Pakistan. Met man naar België gekomen twee jaar geleden, gescheiden nu, heeft nieuwe partner die in Italië woont. Misschien verhuist ze binnenkort naar Italië. Uitgenodigd vanuit de consultaties.
5. Man, 37 jaar, Angolese nationaliteit. Sinds negen jaar in België, heeft vier kinderen, twee bij hem in België en twee bij de mama in Angola. Heeft hier een vriendin. Spontaan aangemeld.
6. Vrouw 22 jaar, vriendin van deelnemer 5, sinds 4 jaar in België. 1 kind samen met deelnemer 5. Hier verblijfkaart voor 5 jaar op basis van haar vader die de Nederlandse nationaliteit heeft. Geen contact meer met vader door ruzie met zijn nieuwe vriendin. Spontaan meegekomen met haar vriend.
7. Man 51j, Pakistaanse nationaliteit, sinds 15j in België, vrouw en 3 kinderen wonen hier. Spontaan aangemeld.

Deelnemer	Eenzaam?	Oorzaken eenzaamheid
1) Vrouw 38j	?	?
2) Meisje 14j	?	?
3) Vrouw 40j	Ja	Gemis partner en kinderen
4) Man 31j	?	? Geeft enkel aan dat hij zijn land mist
5) Man 49j	Ja	Gemis familie, weinig vrienden, verdriet scheiding
6) Vrouw 45j	ja	Man en zoon nog in tibet, mist hen, heel moeilijk om vrienden te maken
7) Vrouw 54j	n.v.t.	n.v.t.
8) Man 54j	?	Amper iets gezegd in groepsgesprek
9)Vrouw 50j	?	?
10) Man 52j	?	?
11) vrouw 38j	?	?
12)Vrouw 41j	Zegt van niet	? Geeft enkel aan dat een goede man vinden moeilijk is, heel actief, kent mensen
13)Vrouw 27j	Ja	Voelt zich vaak alleen, weinig vrienden, conflict familie
14)Vrouw 56j	Ja	Op zoek naar partner, geeft aan dat het moeilijk is
15)Man 37j	?	Amper iets gezegd in groepsgesprek
16) Vrouw 36j	?	? Geeft enkel aan dat vrienden maken moeilijk is
17)Man 42j	Ja	Problemen thuisland en problemen hier, weinig vrienden, geen, partner
18)Vrouw 34j	Niet meer	Eenzaam binnen relatie
19)Man 37j	Nee	"Alleen maar niet eenzaam"
20)Vrouw 22j	?	?
21) Man 51j	?	?
22)Vrouw 19j	Ja	Geen vrienden door wantrouwen, trauma
23)Man 52j	Nee	Gemis familie maar optimistisch over toekomst en genoeg vrienden
24)Man 27j	Ja	Gemis familie, wantrouwen
25)Man 44j	Ja	Gemis familie, gemis partner, wantrouwen

Tabel 3: Komt het thema eenzaamheid en de oorzaken hiervan aan bod? Blauw = Groep 1, Groen = Groep 2, Geel = Groep 3, Oranje = interviews, onderlijnd: Zowel groepsgesprek als interview.

7.4) Bijlage 4: Deelnemers aan interview

1. Deelnemer nummer negen uit groep 1.
2. Vrouw, 19j, sinds 3jaar in België. Getrouwd op 16-jarige leeftijd met Marokkaanse man en dan naar België gekomen. Na één jaar huwelijk gescheiden omwille van intra familiaal geweld. Uitgenodigd vanuit de consultaties.
3. Man, 52 jaar, Syrische nationaliteit, Koerd, zes maand in België, komt nu uit opvangcentrum in Sint-Truiden. Heeft een vrouw en zes dochters, drie volwassen dochters en een dochter van zestien jaar, tien jaar en zes jaar oud. Zij verblijven momenteel bij familie in Iran.
4. Man, 27 jaar, afkomstig uit Afghanistan, sinds twee jaar in België. Vrouw en kind wonen nu in Iran.
5. Man, 44 jaar, Syrische nationaliteit, sinds één jaar in België. Vrouw en drie kinderen verblijven in Jordanië. Gevlucht omwille van conflict, vrouw en kinderen moesten achterblijven omwille van problemen onderweg.
6. Deelnemer 5 uit groep 3.

7.5) Bijlage 5: Methodiek tijdens de groepgesprekken: muzikaal pakket

Thema 1: Familie/kinderen:

Foto:





Spreuk: “Having a place to go is a home. Having someone to love is a family. Having both is a blessing.”

“Een plaats hebben waar je steeds naar toe kan is een thuis. Iemand die je kan liefhebben is familie. Beide hebben is een zegen”

“D’avoir un endroit ou on peut aller est une maison, d’avoir quelqu’un que on peu aimer est une famille. D’avoir les deux est une bénédiction.”

Of “In time of test, family is best.” “In moeilijke tijden is familie is het beste medicijn.”

Extra vragen:
-Wat betekenen je partner en familie voor je hier in Antwerpen? -Hoe ga je om met het feit dat er bepaalde familieleden of kinderen in het land van herkomst achtergebleven zijn?
-Mis je hen soms?

Thema 2: Relatie

Foto:



Spreuk: “It is astonishing how little one feels alone when one loves”
“Het is verbazend hoe weinig eenzaam iemand is die liefde kent”
“Il est surprenant comment peu seul on se senti si on aime quelqu’un”

(Brits Dokter en filosoof uit de 17e eeuw)

Extra vragen:
-Hoe ervaar je het zoeken naar een partner in een vreemd land?
-In welke mate zijn er mensen die je echt begrijpen?
-Hoe ga je om met het feit dat je levenspartner hier niet bij jou is?

Thema 3: Vriendschap/vrije tijd

Foto



Spreuk: “Wandel je liever met een vriend in het donker of alleen in het licht?” (Amerikaanse schrijfster en taalkundige)
“Est-ce que vous preferez d’etre heureux mais seul ou d’etre malheureux a deux?”
of “Eén enkele roos kan mijn tuin zijn….één enkele vriend mijn wereld” (Leo Buscaglia, Amerikaans schrijver en professor)

Extra vragen:
“Mening vragen over quote: “Als iemand anders is, is hij gedoemd om eenzaam te zijn” (Aldous Huxley, schrijver/dichter)

-Hoe ervaar je het maken van vrienden hier in Antwerpen?
-Kan je je vrienden spreken als je daar behoefte aan hebt?
-In welke mate kan je als je hier behoefte aan hebt bij vrienden terecht?
-Verveel je je soms?
-Mocht je één iets kunnen veranderen in je leven, wat zou dat dan zijn?
-Mis je soms gezelligheid om je heen?
-Mocht je één iets kunnen veranderen in je leven, wat zou dat dan zijn?

Thema 4: “Thuis”

Foto:





Spreuk: “Home isn’t a place, it’s a feeling” (Cecelia Ahern, Iers schrijfster)
“Een thuis is geen plaats, het is een gevoel”
“Une maison n’est pas une place, c’est un sentiment”

Extra vragen:
-Mis je je thuisland soms? Op welke momenten?
-Hoe ga je met deze gevoelens om?
-Wat is jouw idee over een thuis? Voel je je thuis in Antwerpen?
-Hoe ervaar je het aanpassen aan het leven in België? Gaat dit eerder vlot of moeizaam? Is het wat je ervan verwachtte?
-Wat betekent België voor jou?
-Heb je het gevoel dat je een deel van jezelf hebt achtergelaten?
-Wat mis je het meest?

Bijlage: Interview guide

Thema 1: Familie/kinderen:
-Wat betekenen je partner en familie voor je hier in Antwerpen?
-Hoe ga je om met het feit dat er bepaalde familieleden of kinderen in het land van herkomst achtergebleven zijn? Mis je hen soms?

Thema 2: Relatie:
-Hoe ervaar je het zoeken naar een partner in een vreemd land?
-In welke mate zijn er mensen die je echt begrijpen?
-Hoe ga je om met het feit dat je levenspartner hier niet bij jou is?

Thema 3: Vriendschap:
-Hoe ervaar je het maken van vrienden hier in Antwerpen?
-Kan je je vrienden spreken als je daar behoefte aan hebt?
-In welke mate kan je als je hier behoefte aan hebt bij vrienden terecht?
-Verveel je je soms?
-Mocht je één iets kunnen veranderen in je leven, wat zou dat dan zijn?
-Mis je soms gezelligheid om je heen?

Thema 4: heimwee/ Thuis
-Mis je je thuisland soms? Op welke momenten?
-Hoe ga je met deze gevoelens om?
-Wat is jouw idee over een thuis? Voel je je thuis in Antwerpen?
-Hoe ervaar je het aanpassen aan het leven in België? Gaat dit eerder vlot of moeizaam? Is het wat je ervan verwachtte?

-Wat betekent België voor jou?
-Heb je het gevoel dat je een deel van jezelf hebt achtergelaten?
-Wat mis je het meest?

Vragen naar eenzaamheid specifiek:
-Hoe ga je om met dagelijkse zorgen? Kan je hier bij iemand voor terecht?
-Mis je een goede vriend of vriendin?
-Ervaar je een leegte om je heen?
-Zijn er genoeg mensen op wie je in geval van narigheid kan terugvallen?
-Mis je gezelligheid om je heen?
-Vind je je kring van kennissen te beperkt?
-Heb je veel mensen op wie je volledig kan vertrouwen?
-Zijn er voldoende mensen met wie je je nauw verbonden voelt?
-Mis je mensen om je heen?
-Voel je je soms in de steek gelaten?
-In welke mate voel je je deel van een groep?
-In welke mate zijn er mensen met wie je je nauw verbonden voelt?
-Kan je wanneer je daar behoefte aan hebt bij vrienden terecht?
-Ben je iemand die zichzelf snel alleen of eenzaam voelt
-We weten dat mensen in een gelijkaardige situatie als de jouwe zicht soms eenzaam voelen.
-Zie jij jezelf nu als eenzaam persoon? Wat denk je nodig te hebben om niet eenzaam te zijn?
-Heb je het idee dat jouw ideeën en interesses gedeeld worden door mensen rondom jou?

7.6) Bijlage : Informed consentformulier

Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten

Titel van de studie:

Gevoelens van eenzaamheid bij patiënten met een migratieachtergrond in een wijkgezondheidscentrum.

Doel van de studie:

Zoals jullie misschien al weten gaan er binnenkort in de Regent activiteiten door als vervolg van onze wensboomactie van vorig jaar. Weet je nog, de wensen die jullie op gekleurde kaartjes konden schrijven in de wachtzaal vorig jaar? We hebben gekozen voor het thema “Home Sweet Home”. Het komt er op neer dat we op verschillende avonden in groep op een gezellige manier en aan de hand van muziek en afbeeldingen zullen praten met elkaar. Alles kan aan bod komen. Een bijkomende bedoeling is om na te gaan hoe jullie denken over het leven in België en over jullie geboorteland. Als huisarts weten we immers dat migratie een grote en belangrijke verandering is in iemands leven. Omdat we vermoeden dat dit ook belangrijk is voor iemands gezondheid willen we daarom de impact van migratie beter leren kennen en begrijpen.

Als nieuwe arts in de praktijk en huisarts-in-opleiding zou ik rond deze avonden graag wetenschappelijk onderzoek doen. Dit in het kader van mijn masterthesis die ik in het laatste jaar van de huisartsenopleiding schrijf.

Beschrijving van de studie:

Deelname houdt in dat u aanwezig bent op één van de groepsavonden (telkens twee uur durend).

Over hoe iemand zijn leven op een nieuwe plaats, met een compleet andere cultuur en tradities soms, heropbouwt is nog weinig bekend. Vooral over hoe mensen hier mee omgaan. Aan de hand van een doos met foto's en spreuken in kunnen we de gesprekken volgens grote thema's, gelinkt aan migratie, structureren en iedereen aan bod laten komen. Hoe dan ook kunnen jullie uiteraard vrijuit vertellen.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?

Voor het welslagen van de studie, is het uitermate belangrijk dat u na inschrijving aanwezig bent op het groepsgesprek.

Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.

U kunt ook voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven onderwerpen niet respecteert.

Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Procedures:
De avonden zullen doorgaan in de Regent zelf, boven in de vergaderzaal. Wij hebben er drie gepland, op 17/11/2014, 11/12/2014 (beide van 19u-21u) en op 22/1/2015 van 09u-11u. Als u geïnteresseerd bent mag u zich aan het onthaal opgeven.

Ik zal jullie enkele dagen voor de groepsgesprekken persoonlijk contacteren om verder uitleg te geven en om al jullie vragen hierrond te beantwoorden.

Om de gesprekken achteraf goed te kunnen bestuderen zal een video-opname van de groepsavonden worden georganiseerd en zullen de persoonlijke gesprekken op bandopnemer opgenomen worden. De bekomen informatie wordt strikt vertrouwelijk en anoniem behandeld.

Naast de groepsgesprekken zullen een aantal mensen uitgenodigd worden voor een persoonlijk gesprek rond deze thema's om zo extra en meer diepgaande inzichten te verwerven.

Risico's en voordelen:
Aan de deelname aan dit onderzoek zijn geen voorspelbare risico's of ongemakken verbonden.

Een mogelijk voordeel van deelname aan deze activiteit is de mogelijkheid om ervaringen, ideeën en gevoelens te delen met mensen die gelijkaardige ervaringen hebben. Misschien kan op deze manier de drempel om deze te bespreken in de toekomst verlaagd worden. Eveneens kan dit ons als hulpverleners helpen om jullie in de toekomst hierin beter te begeleiden.
Door de persoonlijke gesprekken kan uw arts achterliggende ideeën beter begrijpen.

U hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's, nadelen van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op uw bereidheid om te blijven deelnemen aan deze studie, zult u daarvan op de hoogte worden gebracht. Mocht u door uw deelname toch enig nadeel ondervinden, zal u een gepaste behandeling krijgen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en 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. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Verzekering: UGent No Fault

Kosten:
Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Vergoeding:

Bij deze studie is geen vergoeding voor deelname voorzien.

Vertrouwelijkheid:
In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde persoonsgegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden 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 toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt U in met deze toegang.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terug koppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier).

Verslagen waarin U kan worden geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet betreffende experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Contactpersoon:
Als er letsel optreedt ten gevolge van de studie, of 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.Bart Vander Putten

Regentstraat 1

2060 Antwerpen

03/217.97.90

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten” gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en van datum voorziene “Toestemmingsformulier”. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende arts. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar.

Men heeft mij ingelicht over het bestaan van een verzekeringspolis in geval er letsel zou ontstaan dat aan de studieprocedures is toe te schrijven.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie

zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de arts. Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid, ras en seksuele leven worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 30 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Omdat deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende arts, die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle.

Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de deelnemer:

Datum:

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon die voorafgaande uitleg heeft gegeven:

Datum:

Handtekening:

Annexe: Formulaire Informed consent

Lettre d'information pour les participants aux expériences

Titre de l'étude :
Sentiments de solitude chez des patients issus de l'immigration dans un centre de santé de quartier.

Objectif de l'étude :
Comme vous le savez peut-être déjà, dans le Regent il y aura des activités suite à notre action 'arbre de vœux' de l'année passée. Vous vous rappelez des souhaits que vous pouviez écrire sur les cartes coloriées dans la salle d'attente l'année passée? Nous avons choisi le thème « Home sweet home ». Concrètement, nous allons parler ensemble, de manière conviviale, à l'aide de musique et de dessins, pendant plusieurs soirées. On peut aborder tout sujet. Un objectif supplémentaire est de savoir comment vous voyez la vie en Belgique et votre pays d'origine. En tant que médecins généralistes, nous savons que la migration constitue un changement important dans la vie de quelqu'un. Parce que nous supposons que c'est aussi important pour la santé d'une personne, nous voulons mieux comprendre et connaître l'impact de la migration.

En tant que nouveau médecin et médecin généraliste en formation, j'aimerais faire une recherche scientifique autour de ces soirées. Ceci dans le cadre de ma thèse que j'écris dans la dernière année de ma formation de médecin généraliste.

Description de l'étude:
La participation implique que vous soyez présent à une des soirées en groupe (à chaque fois pendant deux heures).

On ne sait que très peu sur la manière dont quelqu'un reconstruit sa vie ailleurs, avec une culture et des traditions parfois complètement différentes. On sait surtout très peu de la manière dont les personnes gèrent ce changement. A l'aide d'une boîte avec des photos et des proverbes, nous pouvons structurer les conversations selon des grands thèmes, liés à la migration, et faire parler tout le monde. De toute façon, vous pourrez raconter librement.

Qu'est-ce qu'on attend du participant?
Pour la réussite de l'étude, il est très important que vous soyez présent à la discussion en groupe après votre inscription.

Participation et fin:
La participation à cette étude se fait sur base volontaire.

Vous pouvez refuser de participer à l'étude, et vous pouvez vous retirer à chaque moment sans que vous deviez donner une raison ou sans que ceci influence d'une manière ou d'autre votre relation future et/ou traitement avec l'enquêteur ou le médecin traitant.

Il est également possible que vous soyez retiré de l'étude si vous ne suivez pas correctement les procédures décrites dans la lettre informative ou si vous ne respectez pas les sujets décrits.

Si vous participez, on vous demande de signer le formulaire d'autorisation.

Procédures:

Les soirées auront lieu dans 'de Regent', en haut dans la salle de réunion. Nous en avons planifié trois, le 17/11/2014, le 11/12/2014 (les deux de 19h à 21h) et le 22/1/2015 de 9h à 11h. Si vous êtes intéressé, vous pouvez vous inscrire à l'accueil.

Quelques jours avant les discussions en groupe, je vous contacterai afin de vous donner plus d'explications et de répondre à vos questions.

Afin de bien étudier les discussions par après, on organisera un enregistrement vidéo des soirées en groupe et nous enregistrerons les conversations personnelles sur magnétophone. Les informations obtenues seront traitées de manière strictement confidentielle et anonyme.

A côté des discussions en groupe, certaines personnes seront invitées pour une conversation personnelle autour de ces thèmes afin d'obtenir une compréhension plus profonde.

Risques et avantages:
Aucun risque ou inconvénient prévisible n'est lié à la participation à cette étude.

La possibilité de partager des expériences, idées et sentiments avec des personnes qui ont vécu des expériences comparables est un avantage possible de la participation à cette activité. La participation peut mener à baisser le seuil pour parler de tout cela dans le futur. En plus, cela peut nous aider à mieux vous accompagner dans le futur en tant que personnes soignantes.

Grâce aux conversations personnelles, votre médecin comprendra mieux vos idées sous-jacentes.

A tout moment, vous avez le droit de poser des questions concernant les risques possibles et/ou connus de cette étude. Si durant l'étude, des données sont révélées qui pourraient influencer votre disposition à participer à cette étude, vous en serez mis au courant. Si vous souffrez quand même d'un désavantage à cause de votre participation, vous recevrez un traitement convenable.

La présente étude a été approuvée par une Commission indépendante pour l'Ethique Médicale liée à l'hôpital universitaire de Gand et est exécutée selon les directives pour une bonne pratique clinique (ICH/GCP) et la déclaration de Helsinki, rédigée en vue de la protection des personnes qui participent aux études cliniques. Vous ne devez, dans aucun cas, considérer l'approbation de la Commission pour l'Ethique Médicale comme une incitation à participer à cette étude.

Assurance : UGent No Fault.

Frais:

Votre participation à cette étude n'entraîne pas de frais supplémentaires pour vous.

Rémunération:

Aucune rémunération n'est prévue pour la participation à cette étude.

Confidentialité:
Conformément à la loi belge du 8 décembre 1992 et à la loi belge du 22 août 2002, votre vie privée sera respectée et vous aurez accès aux données personnelles collectionnées. Chaque donnée incorrecte sera corrigée à votre demande.

Des représentants du commanditaire, des auditeurs, la Commission de l'éthique médicale et les gouvernements compétents ont un accès direct à vos dossiers médicaux afin de contrôler les procédures de l'étude et/ou les données, sans nuire à la confidentialité. Ceci n'est possible qu' à l'intérieur des limites posées par les lois. Vous acceptez cet accès en signant le formulaire d'inscription, après l'explication qui précède.

Si vous êtes d'accord à participer à cette étude, vos données personnelles seront collectionnées et anonymisées durant l' étude (ici, aucun retour vers votre dossier personnel ne sera possible).

Des comptes rendus dans lesquels vous pouvez être identifié, ne seront pas disponibles publiquement Si les résultats de l'étude seront publiés, votre identité restera de l'information confidentielle.

Lésions en conséquence de la participation à l'étude:
L'enquêteur prévoit une récompense et/ou un traitement médical en cas de dommage et/ou lésion en conséquence de la participation à l'étude. Une assurance a été conclue à cette fin avec une responsabilité sans faute conformément la loi concernant les expériences sur la personne humaine du 7 mai 2004. A ce moment, vos données peuvent être transmises à l'assureur.

Personne à contacter:
Si une lésion survient en conséquence de l'étude, ou si vous souhaitez plus d'information concernant l'étude ou concernant vos droits et devoirs, vous pouvez contacter à chaque moment durant l'étude :

Dr.Bart Vander Putten

Regentstraat 1

2060 Antwerpen

03/217.97.90

Formulaire d'autorisation

Moi, _____ ai lu le document « lettre d'information pour les participants aux expériences » et j'en ai reçu une copie. Je suis d'accord avec le contenu du document et je suis d'accord de participer à l'étude.

J'ai reçu une copie de ce « formulaire d'autorisation » signée et prévue de la date. J'ai reçu des informations concernant la nature, l'objectif, la durée et les effets prévisibles de l'étude et de ce qu'on attend de ma part. J'ai reçu de l'information concernant les risques et avantages éventuels de l'étude. On m'a donné l'opportunité et suffisamment de temps afin de poser des questions concernant l'étude, et j'ai reçu des réponses satisfaisantes sur toutes mes questions.

J'accepte de collaborer complètement avec le médecin subrogé. Je lui mettrai au courant si je ressens des symptômes inattendus ou inhabituels.

On m'a informé de l'existence d'une police d'assurance au cas où surviendrait une lésion qui peut être attribuée aux procédures d'étude.

Je suis conscient du fait que cette étude a été approuvée par une Commission indépendante pour l'Ethique Médicale liée à l'hôpital universitaire de Gand et que cette étude sera exécutée selon les directives pour une bonne pratique clinique et la déclaration de Helsinki, rédigée pour la protection des personnes qui participent aux études cliniques. Cette approbation n'a été, dans aucun cas, une incitation pour décider de participer à cette étude.

Je peux me retirer à chaque moment de l'étude, sans donner une raison pour cette décision ou sans que ceci influence d'une manière ou d'autre ma relation future avec le médecin traitant. On m'a également informé que mes données personnelles tant que les données concernant ma santé, race et vie sexuelle peuvent être traitées et gardées pendant au moins 30 ans. Je suis d'accord et je suis au courant du fait que j'ai le droit d'accéder et de corriger ces données. Parce que ces données sont traitées en fonction d'objectifs médico-scientifiques, je comprends que l'accès à mes données peut être reporté jusqu' à la fin de l'étude. Si je veux l'accès à mes données, je me dirigerai vers le médecin subrogé, qui est responsable du traitement.

Je comprends que des représentants du commanditaire, des auditeurs, la Commission de l'éthique médicale ou les gouvernements compétents veulent éventuellement inspecter mes données afin de contrôler les informations obtenues. En signant ce document, je donne l'autorisation pour ce contrôle.

En plus, je suis au courant que certaines données sont transmises au commanditaire. Je donne mon autorisation pour ceci, même si cela veut dire que mes données sont transmises à un pays en dehors de l'Union Européenne. Ma confidentialité sera respectée à tout moment.

Je suis prêt à participer volontairement à cette étude.

Nom du participant: _____

Date: _____

Signature:

Je confirme que j'ai expliqué la nature, l'objectif et les effets prévisibles de l'étude au volontaire mentionné ci-dessus.

Le volontaire était d'accord de participer en signant par sa signature personnelle avec la date.

Nom de la personne qui a donné des informations précédentes:

Date:

Signature:

Attachment: Informed consent form

Letter of information to participants of experiments

Title of the study :

Feelings of loneliness of patients with a migration background in a district health centre.

Purpose of the study :

You might have heard that soon activities as a result of last year's 'wishing tree action' will go on. Do you still remember the wishes you have written on coloured cards in the waiting room last year? We have selected the topic 'Home Sweet Home'. This means that during a number of evening sessions we will be communicating in a relaxed way using music and pictures. All kind of subjects can be talked about. A secondary intention is to find out your opinion about the way of living in Belgium and in your country of origin. As physicians we are aware that migration is a huge and important change in one's life. Because we presume that these changes have an influence on someone's health condition we want to understand the impact of migration better.

As a starting physician and general practitioner in training I would like to do some scientific research about those evening sessions. This within the context of my master essay I'm writing in the last year of my general practice training.

Description of the study

Participating includes that you will be present on one of the group sessions which last two hours. Little is known about the way someone restarts his life in a new, unknown environment with other traditions and cultural values. It is challenging to discover how people deal with that. A box with pictures and proverbs is used to guide the conversations about migration and to facilitate participants to talk about their experiences freely.

What's expected from the participant?

After registration it is extremely important for the success of the study that you attend the group discussions.

Participation and accomplishment

Participation in this study is completely voluntary. You can refuse to participate in this study or you can end the cooperation at any time without explaining. It will not influence your further relation or treatment with the researcher or physician either. Your participation can be stopped when you do not follow the described procedures or when you do not respect the described subjects. If you participate, you will be asked to sign the consent form.

Procedures

The evenings will go on at 'the Regent', upstairs in the meeting room. Three sessions are scheduled on 17/11/2014 and on 11/12/2014 each time from 19h till 21h and on 22/1/2015 from 9h till 11h. If you are interested, you can register at the reception desk.

I will personally contact you a few days before the start of the group discussions to provide more information or to answer any possible questions about the matter. The discussions will be video recorded which enables to study them more carefully afterwards. Personal conversations will be registered on tape recorder. All acquired information is confidential and anonymous and will be treated with great care. In addition to the conversations some people will be invited for a personal interview about the topics in order to obtain supplementary and profound insights.

Risks and advantages

No predictable risks or discomforts are related to participation in this research. A possible advantage of participating in this activity is the opportunity to share experiences, ideas and feelings with people with comparable experiences. Maybe in the future this experience will facilitate to discuss about it. It can also help social workers to understand you better and to coach you more accurately. By means of personal interviews your physician may understand inherent ideas better.

At any time you have the right to ask questions about possible or known risks or about disadvantages of the study. If data which can influence your willingness to continue participating in the study occur in the course of the study, you will be notified. Any sort of disadvantage you may encounter will be handled appropriately.

This study was approved by an independent 'Commission for Medical Ethical Code' related to UZ Gent, is executed according to the guidelines for a correct clinical practice (ICH/GCP) and respects the declaration of Helsinki made to protect participants in clinical studies. By no means the approval by the 'Commission for Medical Ethical Code' should be the trigger to make you participate in the study.

Insurance : UGent No Fault

Charges

No charges for the participants.

Compensation

No compensations will be awarded.

Confidentiality

In accordance with the Belgian laws of 8 December 1992 and 22 August 2002 your privacy will be respected and you will get access to the collected personal data. Each incorrect input can be rectified at your request.

Representatives of the client, auditors, the Commission for Medical Ethical Code and competent authorities have direct access to your medical files to check the procedures or the data of the study without violating the confidentiality. This within the limits allowed by the corresponding laws. By signing the consent form, after thorough explanation, you agree with this access.

If you agree to participate in this study, your personal data will be collected during the study and they will be anonymised. There is absolutely no link to your personal file.

Reports that can identify you will not be openly available. If the results of the study will be published, your identity will remain confidential information.

Traumas as a result of participation in the study

The researcher foresees a compensation or medical treatment in case of damage or trauma as a result of participation in the study. For this purpose an insurance with no-fault liability is taken in accordance with the law concerning experiments on the human person of 7 May 2004. At this moment your data can be passed to the insurer.

Contact

If any trauma occurs as a result of the study or if you wish extra information about the study or about your rights and obligations, at any time during the study you can contact

Dr. Bart Vander Putten

Regentstraat 1

2060 Antwerpen

03/ 217. 97. 90

CONSENT FORM

I, _____ have read the document 'Letter of information to participants of experiments' and I received a copy of it. I agree with the content and I also agree to participate in the study.

I have received a copy of this signed and dated 'Consent form'. I have received information about the nature of the study, the purpose, the length, the predictable effects of the study and about what is expected from me. I have got information about possible risks and advantages of the study. I was given the opportunity and enough time to ask questions about the study. I have got a satisfying answer to all my questions.

I agree to fully cooperate with the supervising physician. I will inform him/her if I experience unexpected or unusual symptoms.

I was informed about the existence of an insurance policy in case any trauma would arise due to the study procedures.

I am aware of the fact that this study was approved by an independent 'Commission for Medical Ethical Code' related to UZ Gent and that this study will be executed according to the guidelines for a correct clinical practice (ICH/GCP) respecting the declaration of Helsinki made to protect participants in clinical experiments. By no means this approval was the trigger to decide to participate in this study.

At any time I can withdraw from the study without justifying my decision. This withdrawal will have no impact on my further relation to the physician.

I was informed that my personal data as well as data concerning my health, race or sexual life will be processed and kept for at least 30 years. I agree with this and I am aware that I have the right to access and to correct the data. Because these data are processed in the context of medical-scientific purposes I understand that access to my data can be postponed until the research has ended. If I want access to my data I will address to the supervising physician who is responsible for the processing.

I understand auditors, representatives of the client, the Commission for Medical Ethical Code or competent authorities may inspect my data to check the collected information. By signing this document I give permission for this check.

Furthermore I am aware that certain data will be passed to the client. I hereby give permission to do that even if this means that my data will be passed to a country outside the European Union. At any time my privacy will be respected.

I am prepared to participate in this study voluntarily.

Name of the participant :

Date :

Signature :

I confirm I explained the nature, the purpose and the predictable effects of the study to the above volunteer.

The volunteer agreed to participate by placing his dated personal signature.

Name of the person who provided the explanation in advance :

Date :

Signature :

Bijlage: Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Attn: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Mathys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0046	04-mei-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Gevoelens van eenzaamheid bij patiënten met een migratieachtergrond in een wijkgezondheidscentrum -
MAnaMA Bart Vander Putten

Belgisch Registratienummer: B670201523307

* Vragenlijsten Home Sweet Home
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 07/04/2015 (ontv. 08/04/2015) op opmerkingen EC dd. 15/01/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv.dd. 08/04/2015)
* Diverse
  - Flyer Home Sweet Home (extra editie dd. 22/01/2015)
  - Goedkeuring directie Wijkgezondheidscentrum De Regent dd. 07/04/2015
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 28/04/2015 (ontv. 29/04/2015) op opmerkingen EC dd. 09/04/2015
* Informatie- en toestemmingsformulier voor deelnemers - N., F. en E. (aangepaste versie ontv. dd. 29/04/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 29/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 29/04/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Voorafeer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 90).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 29/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 29/04/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 90).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/05/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 25 56
sandra.depaepe@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2015/0046	04-mei-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0046

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité bekijkenkomt 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 hoofdlijn 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 lijst 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 promoter 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
De heer P. VAN ROMPAEY - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. M. DEVEUGELE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be