UNIVERSITEIT ANTWERPEN
Academiejaar 2021 - 2022

Sociaal isolement bij ouderen in niet-stedelijk gebied.

Onderzoeker: Dr. Lauwers Robin, HAIO Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Co-Promotor: Prof. Kris Van den Broeck, Universiteit Antwerpen

Universiteit Antwerpen

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

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

Abstract

Context

Wereldwijd is de vergrijzing van de bevolking een maatschappelijk en belangrijk thema geworden. In België is dit met 20% van de bevolking, waarvan de leeftijd 65 jaar of ouder is, ook het geval. In een enquête uit 2011 werd aangetoond dat 46% van deze populatie zich eenzaam voelt en 23% zelfs sociaal geïsoleerd is. Sociaal isolement bij ouderen is belangrijk omdat het gepaard gaat met een negatieve fysieke en psychologische gezondheidstoestand. Een goed en onderbouwd sociaal netwerk is een beschermende factor voor de gezondheid van ouderen. Om verdere interventies voor sociaal isolement bij ouderen tot bruikbare oplossingen te brengen moeten we meer informatie hebben over de drempels en problemen die ouderen ondervinden om hun sociaal isolement te doorbreken.

Onderzoeksvraag

“Welke drempels en moeilijkheden ondervinden ouderen in niet-stedelijk gebied om uit hun sociaal isolement te geraken?”.

Methode

De studie is een kwalitatieve studie waarin semi-gestructureerde interviews werden uitgevoerd bij ouderen in het niet-stedelijk gebied in de gemeenten Dendermonde en Bornem. Voor de studie werd in de literatuur gezocht naar bestaand onderzoek in dit vakgebied. De studie werd uitgevoerd tussen 01/11/2021 t.e.m. 30/03/2022. Patiënten uit verschillende huisartsenpraktijken werden geselecteerd via hun huisarts. De patiënten tekenden een informed consent waarna het interview werd afgenomen. De interviews werden uitgetypt en opgeschoond waarna een thematische analyse gebeurde.

Resultaten

Tijdens deze studie werden bij negen patiënten een semi-gestructureerd interview afgenomen. Sociaal geïsoleerde ouderen hadden wel frequente maar vaak weinig kwaliteitsvolle contacten De voornaamste oorzaak van sociaal isolement is het verkleinen van de kennissenkringen door overlijdens, de verminderde gezondheid en de achteruitgang van de mobiliteit. Drempels om uit het sociaal isolement te geraken zijn mobiliteit, algemene gezondheid, het karakter, de verwachtingen en interesses van een patiënt en het onvermogen om zelf praktische afspraken te maken. Het aanreiken van informatie en contactadressen van organisaties is dan ook geen oplossing om het isolement te doorbreken. De drempel voor het leggen van contacten blijft te hoog. Een persoonsgerichte aanpak dringt zich op.

Conclusie

Sociaal geïsoleerde ouderen ervaren elk hun eigen drempels om uit sociaal isolement te geraken. Een oudere met ogenschijnlijk veel contacten is vaak ook eenzaam. Elke oudere is uniek en een persoonsgerichte aanpak is belangrijk waarbij er vooral aandacht moet zijn voor de verwachtingen en interesses van de patiënt. Sociaal geïsoleerde ouderen initiëren niet graag zelf een gesprek over de eenzame situatie. Tijd maken en het onderhouden van een goede arts – patiëntrelatie zijn belangrijke factoren in het bespreken van sociaal isolement.

Inhoud

Abstract 3

Woord van dank 5

Inleiding 6

Literatuurstudie 7

Methodologie 14

Resultaten 18

Discussie 22

Literatuurlijst 24

Bijlagen 27

Woord van dank

Deze masterproef kon tot stand komen dankzij de begeleiding en ondersteuning van prof.
Van de Broeck Kris en prof. Dr. Peremans Lieve. Mijn oprechte dank voor de begeleiding en de vele dingen die ik heb bijgeleerd.

Ook wil ik de huisartsen en thuisverpleegkundigen bedanken die patiënten hebben gevraagd om mee te doen aan de studie en hen met mij in contact te brengen. Daarom dank aan dr. Van Audenhove Guy, dr. Secuianu Erik, dr. Wauter Sarah, Mertens Geert, Tim Cools, dr. Heirman Isabelle, dr. Van Landeghem Charlotte, dr. Van Damme Jirka, dr. Vanwezer Ludo, dr. Guidi Marco, dr. Malfliet Jeroen, dr. Pauwels tom en dr. Verbiest Stijn.

Tenslotte wil ik mijn vriendin bedanken voor de grote dosis geduld en het opgeven van veel weekends samen zodat ik patiënten kon interviewen en aan deze masterproef kon schrijven.

Dank je wel!

Inleiding

Wereldwijd is de vergrijzing van de bevolking een maatschappelijk en belangrijk thema geworden. In België is 20% van de bevolking ouder dan 65 jaar (1). De vergrijzing zal in de eerstkomende jaren sterk toenemen door de groep van 'babyboomers' die deze leeftijd zal bereiken, waardoor de aandacht voor deze leeftijdsgroep nog zal toenemen.

Ouderen met gezondheidsproblemen, met milde tot ernstige complexiteit, vragen een multidisciplinaire benadering. Ondanks de goede medische zorgen en mogelijkheden om veel zieke ouderen te verzorgen en te begeleiden bij hun steeds minder wordende zelfredzaamheid, ben ik in de praktijk geconfronteerd met het probleem van sociaal isolement bij ouderen.

In een enquête uit 2011 (2) werd aangetoond dat 46% van deze populatie zich eenzaam voelt en 23% zelfs sociaal geïsoleerd is, wat wil zeggen dat ze eenzaam zijn en onvoldoende kwalitatieve sociale contacten hebben binnen een sociaal netwerk rond hen. Kwetsbare groepen in deze populatie zijn 85-plussers, vrouwen, weduwen en weduwenaars, ouderen met gezondheidsproblemen en ouderen die het financieel moeilijk hebben.

Sociaal isolement bij ouderen is belangrijk omdat het samengaat met een negatieve fysieke en psychologische gezondheidstoestand. Het hebben van een goed sociaal netwerk is een beschermende factor voor de gezondheid van ouderen. Uit onderzoek blijkt dat eenzaamheid gepaard gaat met depressie, cognitieve achteruitgang, slaapproblemen, hogere bloeddruk en hartziekten (3) (4) (5). Dit kan verklaard worden doordat sociaal geïsoleerde ouderen minder met hun gezondheidstoestand begaan zijn en minder aan zelfzorg doen. Deze ouderen hebben een minder gezonde levensstijl, gebruiken meer alcohol, zijn niet altijd therapietrouw en gaan minder consequent naar de dokter. (6) Om deze redenen zijn preventie en interventies tegen sociaal isolement bij ouderen belangrijk.

In Nederland werden reeds verschillende, niet altijd even succesvolle interventies uitgeprobeerd. Uit evaluatiestudies (7) leerde men dat een groot deel van de sociaal geïsoleerde populatie niet wordt bereikt, of slechts op het ogenblik dat de situatie al vergevorderd is en oplossingen veel complexer worden. Een tweede probleem dat zich stelt, is de heterogeniteit van de groep. Er is nood aan op maat gemaakte interventies.

Om verdere interventies voor sociaal isolement bij ouderen tot bruikbare oplossingen te brengen moeten we meer informatie hebben over de drempels en problemen die ouderen ondervinden om hun sociaal isolement te doorbreken.

Zo kwamen we bij de onderzoeksvraag voor deze masterproef: "Welke drempels en moeilijkheden ondervinden ouderen in niet-stedelijk gebied om uit hun sociaal isolement te geraken?". Voorafgaand ondernemen we een literatuurstudie met als onderzoeksvraag: "Welke samenhang heeft sociaal isolement met gezondheid en zelfredzaamheid?".

Literatuurstudie

Methode

De zoekmethode voor het literatuuronderzoek werd uitgevoerd eind augustus 2020. Initieel werd gekeken of er relevante richtlijnen beschikbaar waren in de NHG-standaarden en de Domus Medica richtlijnen, deze werden niet gevonden.

De gebruikte zoektermen werden opgesteld door middel van volgende PEO (Patient-Exposure-Outcome)

P: ouderen met middelmatige complexiteit*.
E: Sociaal isolement.
O: de zelfredzaamheid, de gezondheid van patiënten.

* volgens de Kaiser-Permanente piramide: patiënten die afhankelijk zijn geworden van de expertise van professionelen om de begeleiding van hun chronische aandoening(en) optimaal te laten verlopen. Omdat medische complexiteit heel uiteenlopend is, werd geopteerd voor de algemene zoekterm: “Ouderen 65+”. De andere zoektermen werden behouden.

Nederlandse zoektermen:

P	Ouderen 65+
E	Sociaal isolement
O	Zelfredzaamheid OF Gezondheid

De Engelse zoektermen werden bekomen door de Nederlandse zoektermen te vertalen en hiermee bruikbare MeSH termen te zoeken met gebruik van de Cochrane Library.

Engelse zoektermen:

P	“Aged” (MeSH) OR “Aged, 80 and over” (MeSH)
E	“Social isolation” (MeSH) OR “Loneliness” (MeSH)
O	“Self-management” (MeSH) OR “Health” (MeSH)

Er werd gebruik gemaakt van de Cochrane Database en PubMed. Er werd kort gezocht in Google Scholar.

In de Cochrane databsase en PubMed werd gezocht met de zoekterm “(Aged OR Aged,80 and over) AND (Social isolation) AND (Self-management OR Health)”. We selecteerden op taal, publicatiedatum, abstract en free fulltext beschikbaar. We vonden aanvankelijk 1029 papers.

Na screening op titel en abstract weerhielden we 43 papers op full tekst.

Een bijkomende zoektocht in de Nederlandstalige grijze literatuur met Google Scholar met de zoekterm:”(Ouderen 65+) EN (Sociaal isolement) EN (Zelfredzaamheid OF Gezondheid)” leverde 4 bijkomende artikels op. Bijkomend werden nog 2 bronnen bekend bij de onderzoeker eb relevant voor het onderwerp geïncludeerd.

In totaal werden 49 artikels geïncludeerd in deze literatuurstudie.
De zoekopdracht wordt visueel voorgesteld in bijlage 1.

Resultaten

1. Definitie sociaal isolement en eenzaamheid

Er is geen eenduidige, algemeen aanvaarde definitie van het concept 'eenzaamheid'. Dit maakt het moeilijk om studies onderling te vergelijken. (8-10) Studies betreffende de ontwikkeling van definities binnen dit kader zijn momenteel nog steeds lopende. (11) In de literatuur wordt vaak gebruik gemaakt van zowel sociaal isolement als eenzaamheid. Sociaal isolement wordt gebruikt als objectieve merker voor het aantal sociale contacten en de grootte van het sociaal netwerk. Sociaal isolement betreft de afwezigheid van vrienden en familie en het niet participeren aan sociale activiteiten. Eenzaamheid, ook soms gerefereerd als waargenomen sociaal isolement, wordt gebruikt wanneer de perceptie die een persoon heeft van zijn sociale contacten niet voldoet aan zijn sociale verwachtingen. Eenzaamheid komt voor wanneer een persoon minder sociale contacten heeft dan dat hij zou willen. (12)

2. Predisponerende factoren sociaal isolement en eenzaamheid

Persoonlijke karakteristieken die de kans verhogen op sociaal isolement en eenzaamheid zijn: oudere leeftijd, alleenstaand, alleenwonend, laag geëduceerd, gezondheidsproblemen, verminderde mobiliteit en een laag inkomen of schulden. Gender heeft in sommige studies ook een invloed maar komt niet consistent voor. (12)

Geografische factoren die een rol spelen in het voorkomen van sociaal isolement of eenzaamheid zijn minder goed bestudeerd. Mogelijks vormen niet-stedelijke gebieden een risico op sociaal isolement of eenzaamheid gezien de grotere afstanden, minder grote populaties en minder verplaatsingsmogelijkheden. Echter, het omgekeerde zou waar kunnen zijn, gezien de sterke connecties tussen mensen in niet-stedelijk gebied. De literatuur weerspiegelt deze discussie met inconsistente resultaten tussen onderzoek in stedelijk en niet-stedelijk gebied. De inconsistentie zou mogelijk te verklaren zijn doordat andere factoren van het gebied bepalend zijn, zoals de aanwezigheid van laag socio-economische buurten in een stad. (12) Geografisch andere indelingen van woongebieden zouden in de toekomst een verschil kunnen maken in de prevalentie van sociaal isolement bij ouderen maar is gezien de inconsistenties niet bewezen. (13)

Functionele factoren als meer sociale contacten en minder familiale problemen worden minder geassocieerd sociaal isolement en eenzaamheid, onafhankelijk van andere problematische structurele factoren. (14)

Eenzaamheid op oudere leeftijd lijkt verder gelinkt aan de opvattingen die mensen hebben in een vroeger moment in het leven. Eenzame ouderen verwachtten namelijk dat ze ooit eenzaam zouden worden, wat doet vermoeden dat de ingesteldheid op jongere leeftijd een voorspellende factor is. Het kan dus nuttig zijn om hier al rekening mee te houden om zo eenzaamheid en sociaal isolement op oudere leeftijd te voorkomen. (15)

3. Geassocieerde aandoeningen met sociaal isolement en eenzaamheid

Sociaal isolement en eenzaamheid zijn geassocieerd met een groot aantal verschillende gezondheidsproblemen en chronische ziekten. In studies werden verbanden gezien met slaapkwaliteit, beweging, diabetes, cardiovasculaire ziekten, depressie en urinaire incontinentie. Sociaal isolement en eenzaamheid hebben ook een invloed op het gebruik van de gezondheidszorg en de mortaliteit. (28,29)

3.1 Sociaal isolement, eenzaamheid en slaapkwaliteit

Eenzaamheid hangt samen met een verminderde slaapkwaliteit. Mensen die eenzaam zijn liggen langer in bed terwijl ze evenveel slapen. Een onveilig aanvoelende omgeving zou de oorzaak zijn van micro-ontwaken en effectief wakker liggen. Andere studies hebben aangetoond dat verminderde slaapkwaliteit zorgt voor een slechtere geheugenfunctie. Sociale isolatie wordt daarom beschouwd als een risicofactor voor cognitieve achteruitgang en ontwikkeling van dementie op latere leeftijd. (16)

De studie van Liana M. Kurina et. al bevestigt de slaapfragmentatie in de populatie van sociaal geïsoleerden, met een meer gefragmenteerde slaap naarmate de grotere ernst van eenzaamheid. In deze populatie is eenzaamheid sterk geassocieerd met objectieve en subjectieve slaapkwaliteit. Het is echter niet duidelijk of eenzaamheid de oorzaak of het gevolg is van de verminderde slaapkwaliteit. (3)

3.2 Sociaal isolement, eenzaamheid en beweging

Een betere mobiliteit bij ouderen wordt gezien bij groepen waar sociale steun is, waarbij familie een belangrijke rol speelt. (17) Het negatief verband van sociaal isolement op de dagelijkse fysieke activiteit is onafhankelijk van socio-economische status, materiële status, mentale gezondheid en verminderde mobiliteit. Een rechtstreeks causaal verband tussen sociaal isolement en de graad van activiteit of andersom is niet aangetoond. Minder bewegen gaat gepaard met verhoogd cardiovasculair risico, frailty, verminderde zelfredzaamheid wat leidt tot een toegenomen verminderde levenskwaliteit. Eenzaamheid had minder invloed op de fysieke activiteit. (18) Verminderd dagelijks functioneren wegens sociaal isolement of eenzaamheid resulteert in een groter gevoel van eenzaamheid waardoor deze groep in een vicieuze cirkel belandt. (16)

Artrose verhoogt het risico op sociale isolatie. Het risico is erger bij het voorkomen van pijn en verminderde mobiliteit. Belangrijk is dus in de populatie met artrose in te zetten op fysieke activiteit, sociale participatie en psychologische begeleiding. (19)

Sociaal isolement en eenzaamheid zijn dus risicofactoren voor spierzwakte. Interventies die ook focussen op beweging kunnen zorgen voor een verbetering van frailty en uitbreiding van dagelijkse activiteiten. (20)

3.3 Sociaal isolement, eenzaamheid en diabetes

De studie van Stephanie Brinkhues et al. toont aan dat sociaal isolement wordt geassocieerd met een hogere prevalentie van type 2 diabetes. Alleenwonende mannen kenden een hoger risico op diabetes. Weinig emotionele steun voor belangrijke beslissingen en minder praktische steun voor ziekte waren algemene risicofactoren op het ontwikkelen van type 2 diabetes bij sociaal geïsoleerden. De invloed

van sociaal isolement was onafhankelijk van BMI, educatieniveau, werkstatus, alcoholgebruik, roken, algemene gezondheid en andere chronische ziekten. Sociale participatie is daarom een mogelijk doel als preventieve maatregel op het ontwikkelen van diabetes. (21)

Voetulcera zijn gekende complicaties van diabetes en brengen een grote morbiditeit en mortaliteit met zich mee. Sociaal isolement is een onafhankelijke predictieve factor voor mortaliteit bij diabetici met voetulcera, alsook is het een risicofactor om diabetische voetulcera te ontwikkelen. Eenzame mensen moeten dus extra gestimuleerd worden om zelf de ulcera op te volgen en educatie is in deze groep zeer belangrijk. (22)

3.4 Sociaal isolement, eenzaamheid en cardiale problematiek

Patiënten met hartfalen zijn vaker sociaal geïsoleerd. Deze groep van sociaal geïsoleerde patiënten met hartfalen hebben een verhoogd risico op hospitalisatie, meer contacten bij de huisarts en hebben een hogere mortaliteit. Opsporen van deze patiëntengroep en een goede behandelstrategie zou kunnen helpen de uitkomsten van deze patiëntengroep te verbeteren. (23) Alleen wonen zorgt niet voor slechtere prognose van majeure cardiale aandoeningen zoals overlijden, hartinfarct en beroerte. Alleenstaande mannen doen het echter wel slechter dan alleenstaande vrouwen. Mogelijk is er toch een sociaal verschil dat verklaart waarom bepaalde groepen een minder goede prognose hebben na majeure cardiale aandoeningen. (5)

3.5 Sociaal isolement, eenzaamheid en depressie

Subjectieve sociale isolatie is geassocieerd met depressieve symptomen. De afwezigheid van vrienden blijkt een grotere risicofactor dan het gebrek aan omkadering van familie. Familie wordt verondersteld aanwezig te zijn in tegenstelling tot vrienden, alsook dat er in vele families bepaalde problemen zijn en de contacten meer stress bezorgen. Ouderen kunnen zelf hun vrienden kiezen waarmee ze een goede relatie en zinvolle contacten hebben. Objectieve sociale isolatie is enkel significant voor het hebben van depressieve symptomen indien de ouderen ook een subjectief gevoel van eenzaamheid ervaren. Ouderen zonder zinvolle contacten ervaren psychologische stress. Sociale omkadering is belangrijk voor het mentaal welzijn, maar het werkt alleen indien de contacten als zinvol worden ervaren. (4) Depressieve ouderen hebben vaker cognitieve problemen. Subjectieve sociale isolatie vergroot dit effect, meer dan objectieve isolatie. Eenzaamheid is dan ook geassocieerd met het ontwikkelen van dementie. Ook voor de cognitieve functie is het hebben van vrienden, terwijl familie geen protectieve factor is. Vermoed wordt dat indien het geheugen achteruitgaat het sociaal netwerk van vrienden verkleint maar familie blijft in een soort van obligate functie. Causale verbanden tussen depressie, subjectieve isolatie en cognitieve functies werd nog niet beschreven. (24)

3.6 Sociaal isolement, eenzaamheid en urinaire incontinentie

Urinaire en fecale incontinentie komen frequent voor op oudere leeftijd en worden als beschamend ervaren, waardoor het effect heeft op verschillende aspecten van het dagelijks leven en de algemene gezondheid. Urinaire incontinentie gaat gepaard met subjectief sociaal isolement en eenzaamheid, waarbij vrouwen hier meer problemen van blijken te ondervinden. Een causaal verband werd nog niet aangetoond. (25)

3.7 Sociaal isolement, eenzaamheid en het gebruik van gezondheidszorg

Sommige sociaal geïsoleerde ouderen, en voornamelijk die met weinig sociale participatie, komen minder frequent bij de huisarts. Het zijn voornamelijk familiale problemen, weinig tot geen sociale contacten, weinig sociale steun en alleen wonen die ervoor zorgen dat patiënten minder goed hun weg vinden tot de gezondheidszorg. (26) Sociaal geïsoleerde ouderen waarvan de partner is overleden, hebben wel meer medische kosten, waarbij het grootste verschil met anderen de extra kost van verpleegkundigen is. (27)

Eenzame ouderen, in tegenstelling tot sociaal geïsoleerden, consulteerden de huisarts frequenter, een reden is dat eenzaamheid samengaat met een minder gezonde levensstijl en slechtere algemene gezondheid met het meer voorkomen van chronische ziekten. (28) Langdurig eenzame ouderen zoeken ook vaak contact met de huisarts voor sociale steun en niet enkel voor somatische problemen. (29) Vaak wordt er een goede relatie opgebouwd tussen huisarts en patiënt waardoor ouderen de huisarts zien als een vertrouwenspersoon en men langsgaat voor emotionele steun. Het resultaat is dat deze ouderen 2 maal zo vaak naar de huisarts komen als een vergelijkbare niet eenzame populatie. Medische kosten van eenzame ouderen die beroep doen op de gezondheidszorg zijn ook hoger door naast meer verpleging ook meer beroep te doen op kookhulp. (30)

Eenzaamheid kan ook een barrière zijn om hulp te zoeken van de gezondheidszorg met daarom minder medische kosten voor de patiënt. Veel eenzame ouderen vinden niet dat de eerste lijn gezondheidszorg de plaats is om hun eenzaamheid te bespreken, dit betekent dat slechts weinigen uit deze populatie zich zullen presenteren met dit probleem. Vaak willen ze dit zelf aanpakken. (31) Zorgverleners hebben veel bezorgdheden en frustraties over sociaal isolement omdat ze vaak machteloos staan om deze populatie te helpen. Hierdoor voelen sociaal geïsoleerde personen die wel met de klacht eenzaamheid komen zich minder goed geholpen en hebben ze een negatievere kijk hebben op de eerstelijnszorg. (32) Een hogere frequentie van huisbezoeken, bij een persoon met een hoog risico op sociaal isolement en een slechte gezondheid, door een medische professional zoals huisarts of verpleegkundige, blijkt geen effect te hebben op de fysieke of mentale gezondheidssituatie van ouderen. Heden is het onduidelijk waarom een verhoogd aantal contacten met de zorg geen effect heeft op de gezondheid. (33)

In de tweede lijn ziet men een toename in medische kosten bij de sociaal geïsoleerde ouderenpopulatie. Het niet hebben van sociale relaties is geassocieerd met vroegtijdige opnames in ziekenhuizen, alsook zorgt het voor snellere heropnames en langere verblijfduur. (34) Sociaal isolement is geassocieerd met een verhoogd risico op opnames in het ziekenhuis omwille van chronische respiratoire aandoeningen. Mogelijke redenen zijn een slechtere levensstijl, met minder bewegen en roken, en het minder vroeg opzoeken van medische hulp bij luchtwegproblemen. Vaak werden alleenwonenden langer in het ziekenhuis gehouden omdat artsen het ontslagrisico hoger inschatten, gezien de associatie met een minder goede gezondheid en een hoger valrisico. Sociaal contact wordt echter niet gezien als een protectieve factor voor opnames in het ziekenhuis met luchtwegproblematiek gezien het verhoogd infectierisico. (35)

Afhankelijk van de onderzochte populatie resulteren sociaal isolement en eenzaamheid in meer of net minder contact met de gezondheidszorg en medische kosten. De aanpak van sociaal isolement en eenzaamheid zou vermoedelijk resulteren in een vermindering van het gespendeerde gezondheidsbudget en een verbetering de gezondheid van deze populatie. (27)

3.8 Sociaal isolement, eenzaamheid en mortaliteit

Verschillende studies suggereren dat sociaal isolement een risicofactor is voor mortaliteit.

Sociale relaties zijn belangrijk voor de gezondheid van de mens. Uit de studies van Andrew Steptoe et. al en Jussi Tanskanen et al. blijkt dat zowel sociale isolatie als eenzaamheid predictieve factoren zijn voor mortaliteit. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen. Het niet hebben van een partner vergroot de kans op mortaliteit. Alleenwonende mensen hebben een hogere mortaliteit, onafhankelijk van de eenzaamheid die ontstaat door alleen te wonen (36). De ouderen die alleen wonen hebben een relatief hoger risico om te sterven aan een aan alcoholgerelateerde problematiek dan mensen die samenwonend zijn. (6) De omgekeerde causaliteit, dat de algehele gezondheidstoestand het sociaal isolement verklaart, wordt deels ontkracht doordat bij niet terminale sociaal geïsoleerde ouderen ook een grotere mortaliteit is. Sociaal isolement op zich is een meer bepalende factor dan eenzaamheid. Eenzame mensen hebben voornamelijk een verhoogde mortaliteit door meer mentale en fysieke gezondheidsproblemen. Eenzaamheid zorgt voor een verhoogde mortaliteit door de verminderde mobiliteit en chronische ziekten. Sociaal geïsoleerde mensen hebben onafhankelijk van deze factoren een hogere mortaliteit. Het aanpakken of voorkomen van sociaal isolement zou dus meer invloed hebben op de mortaliteit in de oudere populatie dan het aanpakken of voorkomen van eenzaamheid. (37) (38) (39) Prospectieve studies stellen vast dat sociaal isolement een voorspellende factor is voor depressieve symptomen, gestoorde slaap, dagelijks moeilijk functioneren, verminderde fysieke activiteit, cardiovasculaire morbiditeit, verminderde mentale gezondheid en geheugen. Biochemisch zorgt sociaal isolement voor een verhoogde vasculaire resistentie, verhoogde bloeddruk, verhoogde werking van de Hypothalamus-hypofyse-bijnier-as, verhoogde expressie pro-inflammatoire respons, verminderde expressie anti-inflammatoire respons en verminderde immuniteit. De manier waarop deze factoren bijdragen tot het effect van sociaal isolement op mortaliteit is niet gekend.

De invloed van sociaal isolement op mortaliteit is dus zowel onrechtstreeks, gezien de verminderde gezondheid zorgt voor een hogere mortaliteit, als rechtstreeks aangetoond. De studie van Ye Luo et al. (41) toont zelfs aan dat ouderen die weinig sociaal contact hebben, eenzaam zijn en een ongezonde levensstijl hebben een mortaliteit kennen die bijna 2 keer hoger is over een tijdsperiode van 6 jaar.

De invloed van sociaal isolement en eenzaamheid, welke resulteren in negatieve gevolgen, worden deels verklaard door de slechtere levensstijl die wordt aangenomen, zoals minder bewegen, roken, ongezonde voeding en geen medische opvolging. (37) De weinige sociale controle in deze populatie werkt de slechtere levensstijl meer in de hand. (40) Echter is er vermoeden dat het verder gaat dan enkel de levensstijl omdat niet iedereen die sociaal geïsoleerd is een slechte levensstijl aanneemt (41) en dat vroege studies aantonen dat weeskinderen, met een gezonde levensstijl en geen bijzondere gezondheidsproblemen, een verhoogde mortaliteit hebben. (42)

Culturele normen, socio-economische status en het gezondheidssysteem zouden een invloed kunnen hebben op het effect dat sociaal isolement heeft op de mortaliteit. Sociale isolatie hangt samen met 60-70% verhoogde mortaliteit indien men alle oorzaken mee rekent. (40) (43)

4. Interventies voor eenzaamheid

Dat ‘ouderen’ in verschillende studies op een andere manier worden gedefinieerd, maakt het niet eenvoudig om interventies te vergelijken. Specifiek voor sociale isolatie en eenzaamheid is het probleem dat rekrutering van ouderen gebeurd door massa media, posters en kranten. Het probleem vormt zich in een geselecteerde populatie van ouderen die zichzelf identificeren als sociaal geïsoleerd of eenzaam. Het zijn vaak ouderen, die nog een netwerk rond zich hebben, die meedoen aan de studies. Het is moeilijk om volledige sociaal geïsoleerde ouderen te vinden om hierop interventies te baseren, terwijl het de populatie is die dit het meest nodig heeft. Momenteel is de beste oplossing het uitnodigen van de sociaal geïsoleerde onderzoekspopulatie door middel van verschillende rekruteringsvormen. (44)

Desondanks blijken sommige interventies voordelige effecten te hebben, afhankelijk van hun karakter. Interventies op groepsniveaus bleken effectiever dan 1 op 1 interventies. Interventies op basis van een theorie zijn effectiever dan niet op theorie gebaseerde interventies. Echter wordt de achterliggende theorie niet altijd beschreven. De onderliggende mechanismen van een positief effect zijn daarom niet duidelijk. Ouderen hebben hun eigen hulpvraag. Deze is niet altijd begrepen en groepen worden niet hierop geselecteerd. Een gepaste interventie kan pas plaatsvinden indien deze wordt afgestemd op de hulpvraag. De hulpvraag kan afhankelijk zijn van de beleving van sociaal isolement of eenzaamheid of de socio-economische situatie waarin men zich bevindt. Specifieke interventies kunnen op deze manier worden ontwikkeld voor specieke populaties ouderen, met eenzelfde hulpvraag. (45) Interventies met participatie en sociale activiteiten werden ook effectiever gescoord. Een echte conclusie van de beste interventie blijft moeilijk omdat een ruim aanbod aan verschillende interventies zich kunnen kaderen als participerend of sociaal en er weinig studies zijn betreffend elk van deze concrete interventies. Een ander probleem in interventionele studies is het selecteren van een correcte studiepopulatie. Vaak wordt gekozen voor een bepaalde karakteristiek, zoals verminderde mobiliteit, laag inkomen of alleenstaand, in plaats van eenzaamheid of sociaal isolement. (46) Interventies zijn ook moeilijk te vergelijken gezien onderzoekers vaak verschillende theorieën hebben over de eindpunten van hun interventies ter verbetering van eenzaamheid of sociaal isolement, waardoor inconsistentie ontstaat waarin interventies worden onderverdeeld. Daarbovenop veronderstellen onderzoekers dat 1 interventie effect heeft op verschillende eindpunten gerelateerd aan eenzaamheid of sociaal isolement zonder rekening te houden met het onderling effect van de afzonderlijke componenten op elkaar. Het is hierdoor niet altijd duidelijk wat het effect is van de interventie op een bepaalde uitkomst. (47)

Interventies hebben verschillende en wisselende effecten op sociaal isolement en eenzaamheid. Theoretisch onderzoek naar het effect van een interventie is nodig om na te gaan welke aspecten de positieve resultaten veroorzaken. (48) Voordelen van interventies voor sociaal isolement die reeds behaald werden zijn uiteenlopend. Interventies zorgden voor het opbouwen van structureel sociale netwerken tot verminderen van eenzaamheid en hadden positieve effecten op de fysieke en mentale gezondheid. (49) De grootste voordelen worden behaald bij vroegtijdige interventies, wat maakt dat het vroegtijdig opsporen van ouderen met risico op sociaal isolement of net in sociaal isolement zijn beland belangrijk is voor het slagen van een interventie. Netwerkontwikkeling en activeren leveren als preventieve maatregelen positievere resultaten op dan wanneer ze worden toegepast op ouderen die al lang in hun sociaal isolement zitten. (7)

Methodologie

Setting

De studie is een kwalitatieve studie waarin semi-gestructureerd interviews werden uitgevoerd bij ouderen in het niet-stedelijk gebied rond de gemeenten 9200 Dendermonde en 2880 Bornem. De studie werd uitgevoerd tussen 01/11/2021 t.e.m. 30/03/2022.

Studiepopulatie

Er werd gezocht naar ouderen met volgende inclusie- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

- Ouderen 65 +
- Score van 3 of meer op de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld (zie bijlage 2).
- De patiënt tekent een informed consent (bijlage 3) over het gebruik van opgenomen materiaal voor deze studie.

Exclusiecriteria

- Palliatieve patiënten
- Patiënten met fysieke of mentale beperking waarbij een interview niet mogelijk is.
- Patiënten in woonzorgcentra

Huisartsen in de gemeenten en deelgemeenten van Dendermonde en Bornem werden initieel gecontacteerd via mail verspreid door de betrokken wachtpost. Hierna werd nogmaals persoonlijk contact genomen met de huisartsen in deze regio's middels mail of telefoon. Op deze manier werd gevraagd of zij patiënten, die mogelijks in aanmerking zouden komen voor de studie, te vragen om deel te nemen aan de studie. Bij een positieve respons werden hun gegevens overgemaakt aan de onderzoeker van de studie.

Patiënten werden opgebeld om een korte toelichting te geven en een moment af te spreken om een interview af te nemen. Het interview ging steeds door bij de patiënt thuis. Op deze afspraak werd de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld afgenomen om te peilen naar de eenzaamheid van de oudere. Bij een score van 3 of meer kon dan een patiënt worden geïncludeerd in de studie. Nadien werd het informed consent overlopen en gevraagd om bij akkoord het informed consent te ondertekenen.

Datacollectie

Na het includeren van een participant werd direct overgegaan op het interview of werd een nieuwe afspraak gemaakt om het interview af te nemen. Alvorens te beginnen met het interview werd telkens opnieuw meegedeeld aan de participant dat die op elk gewenst moment het gesprek mocht afbreken, of dat als een vraag te moeilijk was of hij/zij niet wenste te antwoorden op een vraag dit ook niet verplicht was. Ook werd benadrukt dat dit interview geen invloed zou hebben op de zorg die de participant zou ontvangen nadien. Tenslotte werd ook nog een laatste keer gepolst naar vragen bij de participant.

Het interview werd semi-gestructureerd afgenomen aan de hand van volgende topics:

- Kwaliteit en kwantiteit van sociale contacten
- Instanties
- Oorzaken sociaal isolement
- Gevolgen sociaal isolement
- Drempels om uit sociaal isolement te geraken
- Contact met de huisarts

Op basis van deze topics werden hoofdvragen gesteld (bijlage 4) aan de participanten. Subvragen werden gesteld op basis van de antwoorden van de participanten.

Tijdens deze studie werden 9 patiënten geïncludeerd en geïnterviewd op basis van dit script. Er werd besloten om niet verder te zoeken naar patiënten wegens wederkerende antwoorden. De interviews duurden gemiddeld 60 minuten en werden door de onderzoeker opgenomen met toestemming van de participant.

Data-analyse

Na afronden van het interview werd dit verbatim uitgetypt . Deze letterlijke neerslag van de interviews werd eerst grondig gelezen en nadien opgekuist tot enkel de relevante stukken overbleven. Sommige uitspraken werden in het interview een beetje opgeschoond, zodat zij voldeden aan de vereisten voor een Nederlandstalige volzin.

Met het oog op de werkelijkheid van de respondent zo goed mogelijk te benaderen worden deze aangevuld met de persoonlijke notities van de interviewer. De interviews werden meermaals gelezen en via gemaakte aantekeningen verder geanalyseerd. De transcripten werden vervolgens gecodeerd.

In een eerste stap werden open codes toegekend aan de transcripten. Deze codes werden gereorganiseerd onder hogere axiale of interpretatieve codes. Deze codes werden geordend in een codeboek. Het codeboek werd de leidraad voor het verdere coderingsproces. Nadien werden alle codes geordend in thema's. De analyse gebeurde manueel via het programma Excel. Het analyseren gebeurde tijdens het onderzoek om een cyclisch proces van dataverzameling en analyseren te verwezenlijken.

Voor rapportering van het geanalyseerde materiaal wordt gebruikgemaakt van citaten zodat het originele verhaal van de respondent behouden blijft.

Tussen de verschillende interviews wordt gezocht naar verbanden die informatie geven over de transfereerbaarheid van de data.

Ethische beschouwingen

Een gunstig advies van het ethisch comité werd aangevraagd en goedgekeurd op 29/03/2021.

Deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig en de gegevens worden gepseudonimiseerd. De deelnemers kregen een codenummer toegewezen zodat hun identiteit niet achterhaald kan worden. Iedere persoon die wenste deel te nemen heeft een informed consent gekregen waarin nog eens het

recht op privacy wordt gegarandeerd en hebben deze ondertekend. De data blijven eigendom van de universiteit Antwerpen en worden na het onderzoek gedurende minstens 20 jaar bewaard door de promotoren.

Resultaten

Deelnemers profiel

Tijdens deze studie werden tussen 01/11/2021 t.e.m. 30/03/2022 9 patiënten geïncludeerd en geïnterviewd op basis van deze vragenlijst. De interviews gebeurden telkens thuis, alleen met de patiënt.

Tabel 1: Demografische gegevens van de deelnemers

Interview	Geslacht	Leeftijd	Score eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld
1	Vrouw	90 jaar	5
2	Man	83 jaar	4
3	Vrouw	83 jaar	3
4	Vrouw	84 jaar	3
5	Vrouw	82 jaar	4
6	Vrouw	91 jaar	5
7	Man	88 jaar	3
8	Man	83 jaar	7
9	Vrouw	80 jaar	5

Uit de analyse komen 6 aantal thema's aan bod met name:

- Kwaliteit en kwantiteit van sociale contacten
- Instanties
- Oorzaken sociaal isolement
- Gevolgen sociaal isolement
- Drempels om uit sociaal isolement te geraken
- Contact met de huisarts

Veel contacten, maar weinig kwaliteitsvol

Eenzame ouderen hebben vaak weinig verschillende contacten. De meeste contacten die worden genoemd zijn deze door professionals zoals thuisverpleging, poets- en gezinshulp en de huisarts. Thuisverpleging is ook zeer belangrijk, hierbij wordt veel waarde gehecht aan de relatie. Ouderen hebben het gevoel dat ze bij hen terecht kunnen met dagelijkse problemen. Alleen is er niet veel tijd om deze te bespreken.

"Soms komt er iemand om mij te wassen van de thuisverpleging, maar dat is binnen en buiten. De kuisvrouw komt elke 2 weken. Familiehulp komt 1 keer per week. Mijn zoon komt ook soms langs."

Interview 1, vrouw, 90 jaar

Familie en buren komen ook op bezoek en vormen het voornaamste sociaal contact. Sommige eenzame ouderen vermelden direct veel verschillende contacten, waaronder namen van familieleden en buren, maar deze blijken dan weinig frequent langs te komen waardoor ze nog steeds veel alleen zijn:

"Als ik die uren optel in vergelijking met de hele week is dat weinig. Dan zit ik feitelijk nog veel alleen."

Interview 8, man, 83 jaar

"Er zijn weken dat ik niemand zie"

Interview 1, vrouw, 90 jaar

Als er dan toch mensen over de vloer komen dan is dit vaak om te babbelen of een koffie te drinken. Familieleden komen ook samen op bezoek en praten dan met elkaar over het hoofd van de oudere heen. Ouderen die in staat zijn voor zichzelf te zorgen vermelden ook spontane contacten zoals op café of in de winkel.

"Ik ondervind dat de jongere mensen een gesprek hebben tussen hun beiden. Bijvoorbeeld mijn zoon die hier soms is, komt tezamen met een dochter en dan spreken ze tegen elkaar."

Interview 8, man, 83 jaar

In de ergste gevallen is er een slechte kwaliteit en kwantiteit van contacten zoals bij familieruzies. De participanten hebben vaak dagen dat ze niemand zien.

"Ik denk dat ik het meeste heb afgezien dat ik mijn kinderen niet meer zie. Ik heb 4 kinderen en zie er maar 1. Dan waren er problemen na de verkoop van mijn huis, dat is een proces geworden met mijn kinderen. Daarom zie ik ze niet meer."

Interview 5, vrouw, 82 jaar

Oorzaken sociaal isolement

Participanten wijden het tekort van kwalitatieve contacten aan het feit dat familie onvoldoende komt. Dit kan komen doordat ze weinig tijd hebben, doordat ze te ver weg wonen of er een slechte verstandhouding is. Sommige ouderen hebben geen directe familie waardoor ze weinig familiale contacten hebben.

"Kinderen heb ik zelf niet. Andere familie is zo bezet dat het enkel eens toevallig is als ik ze zie. Ze hebben zelf hun huishouden en hun kinderen en kleinkinderen."

Interview 2, man, 83 jaar

De deelnemers hadden niet verwacht zo weinig frequente of kwaliteitsvolle contacten te hebben met hun familie. De ouderen vinden zelf dat ze veel hebben gedaan voor hun kinderen en kleinkinderen en

hadden verwacht dat andersom meer aandacht zou worden gegeven aan hen wanneer ze alleen kwamen te staan.

"Ik stond altijd klaar voor iedereen, maar zij staan niet klaar voor mij. Ik weet niet hoe dat kan." Eigenlijk had je niet verwacht dat je er alleen zou komen voor te staan. Kinderen en kleinkinderen altijd geholpen maar nooit bij stilgestaan dat ze er niet voor mij gingen zijn. Ze kunnen ook niet helpen want ze hebben hun eigen huishouden. Maar nooit bij stilgestaan dat ze mij weinig kunnen helpen. Ik dacht altijd dat als er iets ging zijn, dat ik meer hulp ging krijgen. Ik ben toch wel teleurgesteld."

Interview 7, man, 88 jaar

De ouderen zien ook hun kennissen één voor één overlijden. De kennissenkring verarmt snel en sommigen hadden ook voorheen een beperkt sociaal leven met weinig kennissen.

"Via de duivensport had ik een hele meute vrienden maar, dat is het moeilijke aan ouder worden, ben ik de laatste die overblijft. Je verliest toch veel vrienden en kennissen doordat ze overleden zijn."

Interview 8, man, 83 jaar

Bijna alle participanten zijn weduwnaar, weduwe of zijn nooit getrouwd geweest. Vrienden die nog wel leven zijn soms verhuisd waardoor afspreken moeilijk is geworden. Een andere reden dat kennissen wegvallen is de gezondheid. Op oudere leeftijd is men minder zelfredzaam door een verminderde mobiliteit. Vaak kan men niet meer met de auto rijden met als gevolg dat ergens afspreken of naar iemand thuis gaan moeilijk is zonder hulp. Anderzijds zijn lange afstanden moeilijk waardoor buiten komen niet meer gaat. De oudere durft vaak niet meer buiten te komen uit schrik om te vallen, zeker als dit reeds is voorgevallen.

"Ik heb ook nog 2 vriendinnen en we gingen om de zoveel weken samen naar Opdorp een koffie drinken maar dat is nu al meer dan 2 jaar geleden en we zeggen altijd het zal een keer beteren dat we terug naar Opdorp kunnen gaan, maar ondertussen is er een van de twee al aan haar hart geopereerd dus het zal ook moeilijker gaan. De andere is verhuisd naar ergens waar ik mijn niet goed ken. Het is niet meer zoals vroeger, het is hard veranderd."

Interview 3, vrouw, 83 jaar

Covid-19 maakte dit alleen maar erger doordat familie of kennissen hieraan overleden zijn. Anderzijds durfde men niet meer te komen uit angst de oudere persoon te besmetten. De fysieke contacten werden soms vervangen door telefonische contacten maar dit heeft een mindere waarde voor de ouderen.

"We hebben ons aan de regels gehouden en laten vaccineren. De contacten met andere mensen daar moesten we altijd mee oppassen, dat we niet te veel in de menigte terecht komen. Het was moeilijk, ik heb gedurende lockdown mijn vriendin persoonlijk niet gezien. Tot ik vernomen heb dat ik toch contact terug kon opnemen."

Interview 2, man, 83 jaar

Gezondheid en sociaal isolement

Ouderen hebben veel fysieke klachten die het moeilijk maken om af te spreken. De verminderde mobiliteit speelt hier een grote rol in. Men kan nergens spontaan naartoe gaan. Er moet altijd op voorhand worden afgesproken zodat er vervoer kan geregeld worden. Als men zich dan niet goed voelt op dat moment door een medische of mentale reden dan kan het zijn dat de weinige afspraken ook niet doorgaan. Algemeen merken de ouderen dat ze door het ouder worden minder energie hebben om af te spreken. Een hele dag ergens praten met anderen of gezamenlijke activiteiten doen gaan vaak niet meer omdat het te vermoeiend is.

Ik heb ook enkele operaties ondergaan, het vraagt me moeite om ergens naartoe te gaan. De goesting is minder en dan blijf je sneller in je zetel zitten.

Interview 2, man, 83 jaar

Gezondheid en sociaal isolement hangen dus duidelijk samen. Bijna alle participanten vermelden een zeker mobiliteitsprobleem als oorzaak of gevolg van sociaal isolement. Met ouder te worden gaat de mobiliteit achteruit. Hierdoor zijn de participanten minder geneigd om af te spreken buiten hun eigen huis. Het gaat vaak ook gewoon niet meer. Ouderen belanden in een vicieuze cirkel daar ze minder afspreken en buiten komen merken ze dat de mobiliteit ook verder achteruit gaat.

"Ja ik heb een rollator, dat is moeilijker."

Interview 4, vrouw, 84 jaar

"Door meer alleen te zitten, is de mobiliteit verminderd waardoor het moeilijker is om ergens naartoe te gaan."

Interview 3, vrouw, 83 jaar

Andere lichamelijke klachten zoals verminderd gehoor, draaierigheid, maagklachten, hartproblemen enz. maken dat de ouderen zich niet goed voelen en op dat moment hebben ze niet de energie om af te spreken met anderen. Verminderd gehoor maakt converseren moeilijk. Als niemand naar hen toekomt zijn ouderen genoodzaakt om zelf te telefoneren en dit is moeilijker als ze niet goed horen.

"Ik heb vaak last van mijn maag en dan heb ik niet direct de zin om ergens naartoe te gaan."

Interview 2, man, 83 jaar

"*Telefoneren is soms moeilijker en dan moet ik vragen om wat luider te roepen."*

Interview 3, vrouw, 83 jaar

De invloed op de gezondheid is duidelijk te merken aan de gemoedstoestand van de patiënt.

De participanten voelen zich triest of zelfs depressief. Door veel alleen te zijn hebben ze veel tijd om na te denken over de negatieve zaken in het leven. Hierdoor geraakt men gefrustreerd of ligt men een

hele dag te piekeren. Sommige momenten van de dag zijn ze alleen aan het wenen omdat er niemand is rondom hen. Een participant kon duidelijk haar rookgedrag linken aan het sociaal isolement.

"Ik kan soms zeggen dat het triestig is alleen."

Interview 1, vrouw, 90 jaar

"Ja, ik rook meer als ik alleen ben."

Interview 4, vrouw, 84 jaar

Verwachtingen sociaal isolement – nood aan een 'ouderen centraal' gerichte aanpak

Ouderen hebben hun eigen eisen en verwachtingen als het gaat om relaties en persoonlijke contacten. Het is niet gelijk met wie ze afspreken en er moet een zekere klik zijn met de personen met wie ze omgaan. Het is belangrijk voor de ouderen dat er gemeenschappelijke interesses zijn. Zo zal iemand met een bepaalde hobby makkelijker afspreken met iemand die hier ook interesse in heeft. Langs de andere kant zijn gelijkaardige relaties met familie en vrienden belangrijk. Er is een zekere jaloezie als het komt op het hebben van goede relaties met de familie. Als de éne persoon een goed contact heeft met de familie en deze wil hierover spreken, zal dit niet goed overkomen op een persoon met slechte familiale relaties of familieruzies. Hun eisen en verwachtingen maken het dus ook moeilijker om nieuwe mensen te leren kennen.

"Toen ik in het ziekenhuis lag naast een andere mevrouw vertelde ze mij dat ze kinderen had die ze graag zag en dat de kinderen haar graag zagen. Ik was hier dan jaloers op want bij mij was dat zo niet en dan stop je snel met praten."

Interview 3, vrouw, 83 jaar

Er is een zeker verschil tussen introverte en extraverte persoonlijkheden. Zo hebben introverte ouderen het moeilijk om in grote groepen mensen te leren kennen. Vaak hebben ze altijd moeilijkheden gehad om af te spreken en was hun kennissenkring niet uitgebreid.

"Ik ben geen kuddebeest, ik heb het vroeger gemerkt. Er wordt veel geroddeld, dit heb ik ondervonden in mijn job als verhuizer. Als je met vrienden of kennissen bezighoudt, is dat een roddelmachine. Vroeger hebben we het geprobeerd. We nodigden mensen uit en dan kwamen ze langs maar andersom gebeurde dit nooit."

Interview 7, man, 88 jaar

"Ik heb niet graag vreemde mensen."

Interview 1, vrouw 90 jaar

Extraverte personen kunnen makkelijker de stap zetten om in groepen mensen te leren kennen. Voor sociaal geïsoleerde ouderen is het ook de gewoonte van alleen te zitten die het moeilijker maakt om de stap te zetten naar een activiteit om nieuwe mensen te leren kennen.

Nieuwe mensen leren kennen is moeilijk om sociale redenen. Ouderen zijn minder geneigd om zelf af te spreken. Ze weten niet waar ze andere mensen kunnen vinden en ondervinden dat anderen te weinig tijd hebben voor hen. Vroeger konden ze makkelijker met de buren afspreken maar nieuwe buren zijn vaak jonger. De jongere buren hebben weinig of geen tijd doordat ze moeten werken of geen zin hebben om af te spreken met de ouderen. De participanten geven zelf aan dat ze minder affiniteit hebben met de jongere buren:

"Ik weet niet of jongere mensen nog zo een oud iemand willen leren kennen en de mensen op ouderdom zijn er niet meer."

Interview 8, man, 83 jaar

Als ze willen afspreken met iemand moet er liefst iemand bij zijn. Het is praktisch moeilijk om ergens naartoe te gaan omdat ze niet met de auto kunnen rijden. Vele participanten waren ook angstig over hoe een eerste kennismaking zou zijn waardoor ze ook om die reden graag iemand bekend mee zouden willen nemen.

"Er moet altijd iemand met mij meegaan en iedereen heeft zijn eigen huishouden bijvoorbeeld mijn kinderen ook. Mijn man zou mij een beetje moeten overtuigen."

Interview 9, vrouw, 80 jaar

Ouderen vinden het moeilijk om sociaal isolement te bespreken. Dit maakt het moeilijk om hulp te vragen of te krijgen. Het is confronterend en iets waar ze te trots voor zijn om toe te geven. Sommigen hebben dit wel besproken met familie, de huisarts of de thuisverpleging maar ze vinden het belangrijk dat iemand anders hierover het gesprek begint. Zelf durven ze het gesprek niet aangaan uit trots of schrik voor de oplossingen dat men zal bieden bijvoorbeeld medicatie voorschrijven.

"De huisarts is er over begonnen. Ik spreek er niet graag over."

Interview 9, vrouw, 80 jaar

Het is ook niet gelijk met wie ze het onderwerp sociaal isolement bespreken. Zo was op te merken dat er niet vaak of graag verder op in werd gegaan bij een nieuwe huisarts of bij groepspraktijken waarin men niet elke arts even goed kende.

"Het hangt ervan af wie het is, tegen iedereen zou ik dat niet zeggen. Ik kan ook niet met iedereen zo goed babbelen."

Interview 2, man, 83 jaar

"Dat het een groepspraktijk is wel een vervelende zaak. Je was gewoon van een bij een arts te gaan maar nu moet je pakken wie dat er is. Dat is moeilijker om het te bespreken."

Interview 7, man, 88 jaar

Sommige ouderen vertelden dat het goed ging en hielden de werkelijkheid verborgen, ook als ze actief werden bevraagd. Soms werd er niets gezegd over de eenzaamheid omdat men niet wist wat iemand anders zou kunnen betekenen. Daarom hadden ze geen reden om er over te beginnen. Doordat familie of de huisarts weinig tijd maakt, is het ook moeilijker om het sociaal isolement te bespreken.

Wanneer ze toch het onderwerp hadden besproken kwamen verschillende oplossingen of aanpakken naar boven. Familie moedigde vaak aan van nieuwe mensen te leren kennen en neemt soms zelfs het initiatief om dit te organiseren. Sommige families hebben een huisdier gekocht voor de oudere om op deze manier toch de hele dag gezelschap te hebben. De huisdieren zijnde hond, kat of vogel hielpen de ouderen met de eenzaamheid en functioneerde als gesprekspartner.

"Ik heb nu mijn hondje. Als die er niet meer zou zijn, dan ben ik echt eenzaam."

Interview 5, vrouw, 84 jaar

Familie probeert moeite te doen om meer aanwezig te zijn maar pas nadat hen erop gewezen is, dat ze te weinig aanwezig zijn.

"Ik heb het tegen de zonen verteld en die proberen dan wel eens met mij te gaan wandelen in de rolstoel."

Interview 9, vrouw, 80 jaar

Het sociaal isolement wordt bijna nooit besproken met vrienden of vriendinnen. Indien dit toch werd besproken, wordt er niet verder op ingegaan.

De huisartsen stelden een psycholoog of instanties voor, schreven medicatie voor of stelden voor nieuwe mensen te leren kennen. De thuisverpleging moedigde ook aan om nieuwe mensen te leren kennen of stelden instanties voor. Echter werden geen concrete plannen gemaakt en er werd niets gedaan met de voorgestelde oplossingen.

"Ik heb nog niets gedaan, de oplossing was even verloren gegaan.".

Interview 6, vrouw, 91 jaar

De participanten gaven aan dat ze niet weten hoe ze zelf nieuwe mensen leren kennen en dat ze niet weten hoe ze contact moeten nemen met de genoemde instanties. De opvolging bleef daarom bij gesprekken over het sociaal isolement zonder iets te ondernemen. De medicatie die werd opgestart had geen effect en zorgde eerder voor een slechter resultaat door de neveneffecten.

"Ik heb de medicatie genomen dat ze ervoor hebben gegeven maar daar kon ik minder van slapen en kreeg ik hartkloppingen van. Het hielp mij niet vooruit maar zelfs achteruit."

Interview 7, man, 88 jaar

De kennis van de participanten over instanties, die kunnen helpen bij sociaal isolement, is beperkt. De meeste ouderen weten niet dat er instanties zijn waar ze bij terecht kunnen, noch aan wie ze kunnen vragen om hier meer informatie over te krijgen. Instanties die wel gekend zijn, zijn diensten van het OCMW, verenigingen voor ouderen en thuishulp. Het raadplegen van instanties is voor de ouderen moeilijk. De gewoonte doorbreken van veel alleen te zitten, de onzekerheid van de mensen die ze gaan tegenkomen en hun gezondheid houdt hen hierin tegen. Het opzoeken van contactgegevens en het regelen van een concrete afspraak is moeilijk en houdt hen tegen hulp te zoeken. De participanten brachten naar voren dat ze verwachten dat de instanties hen zelf contacteren.

“Ik krijg soms het boekje van Baasrode en daar staat dat in, dat er mensen zijn die willen bellen als je eenzaam bent. Via Het Pleintje, ik heb dat nog nooit geprobeerd omdat zij meer zouden moeten bellen.”

Interview 1, vrouw, 90 jaar

Sommige instanties hadden dit reeds gedaan onder de vorm van een lokaal blaadje of een telefoongesprek. Door Covid-19 gingen vele activiteiten bij de instanties niet door waardoor het op deze manier nog moeilijker maakte om relaties op te bouwen.

Al deze drempels maken het moeilijk om uit het sociaal isolement te geraken. Als we besluiten met de laatste vraag wat we voor de patiënten zouden kunnen doen, komt hieruit dat men meer familie of vrienden wil laten komen. Verder wenst men een betere gezondheid en mobiliteit zodat men buiten kan komen en zelfstandig kan afspreken. Dat de thuisverpleging meer tijd heeft om niet enkel hen te verzorgen maar ook te praten. Het moeilijke is dat sommigen het ook niet weten wat men meer kan doen voor hen.

Discussie

In deze studie merken we op dat sociaal geïsoleerde ouderen weinig frequente en/of weinig kwalitatieve contacten hebben. Contacten zijn vaak beperkt tot familie en zorgverlening. De ouderen hechten hier vaak veel waarde aan maar familie en zorgverleners hebben het zeer druk waardoor de contacten zeer vluchtig zijn. Zo zitten de geïsoleerde ouderen veel alleen en hebben ze vaak eenzame dagen. Terugkoppelend naar de literatuur zien we dat familiale problemen een grote impact hebben op het sociaal functioneren van de oudere persoon gezien familie van grote waarde is als contactpersoon. Alleen zijn op een vroeg moment in het leven is, zoals uit de literatuur reeds naar voren komt, een predisponerende factor om op latere leeftijd sociaal geïsoleerd te worden (15). Dit kan mogelijks verklaard worden door de gewoonte die de persoon creëert om alleen te zijn en mogelijks ook door de introverte persoonlijkheid en de moeite waarmee er nieuwe contacten worden gemaakt.

In de literatuur worden verschillende redenen, waaronder diabetes, incontinentie, enz. aangehaald die in verband kunnen worden gebracht waardoor sociaal geïsoleerde ouderen weinig en/of kwalitatieve contacten hebben (12,13,14,15). In deze studie blijkt dat de voornaamste reden die ze zelf ondervinden, het overlijden is van familie en vrienden waardoor de kennissenkring kleiner wordt. Sommige ouderen waren reeds eenzaam en zijn bij het ouder worden verder geïsoleerd geraakt. Achteruitgang van de mobiliteit speelt een grote rol. Verre verplaatsingen worden moeilijk waardoor afspreken met vrienden niet meer gaat. Men kan niet meer zelf langsgaan bij familie. Het komt dan neer om te hopen dat familie en vrienden zelf willen langskomen. Echter hebben deze hier ook niet altijd tijd voor.

Gezondheid en sociaal isolement hebben invloed op elkaar, dat was reeds duidelijk in de literatuur (41). Door de interviews stellen we vast dat de algemene gezondheid en hoe men zich voelt belangrijk zijn om af te spreken met anderen. Indien men zich niet goed voelt, zal een oudere persoon sneller thuisblijven en niet afspreken met anderen. In de literatuur wordt gesproken over associaties tussen gezondheid en sociaal isolement waarbij sociaal isolement voornamelijk de oorzaak is van een slechte gezondheid in plaats van een gevolg. (35,36). Deze studie toont aan dat de gezondheid een belangrijke rol speelt in de zin en energie die de patiënt heeft om relaties op te bouwen. Een hele dag activiteiten doen met anderen is niet meer mogelijk voor elke oudere. Hierdoor stellen we vast dat gezondheid ook een risicofactor is voor sociaal isolement en een drempel vormt om hieruit te geraken.

Uit de literatuur leren we dat verminderd dagelijks functioneren wegens sociaal isolement of eenzaamheid resulteert in een groter gevoel van eenzaamheid en dat men hierdoor in een vicieuze cirkel belandt. Sociaal isolement en eenzaamheid zijn dus risicofactoren voor spierzwakte en verminderde mobiliteit (16). Interventies die ook focussen op beweging kunnen zorgen voor een verbetering van frailty en uitbreiding van dagelijkse activiteiten. (20) In deze studie bevestigen we deze vicieuze cirkel. Mobiliteit zorgt voor een vereenzaming door het moeilijker afspreken met kennissen. Doordat men minder buitenkomt, gaat men minder bewegen en wordt men angstiger om te vallen. Mobiliteit is dus een belangrijke drempel om uit het sociaal isolement te geraken. Indien de oudere zich niet meer goed kan verplaatsen, moet men hiermee rekening houden bij het voorstellen van bepaalde oplossingen.

In de literatuur merkt men op dat sommige interventies voordelige effecten te hebben, afhankelijk van hun karakter. Interventies op groepsniveaus bleken effectiever dan 1 op 1 interventies (45). Vermoedelijk door het feit dat de voornaamste rekrutering voor interventies gebeurt door massa media, posters en kranten. (44). Interventies hebben wisselende effecten zonder dat men weet waardoor interventies wel of niet werken (48). In deze studie stellen we vast dat de mentaliteit en karakter belangrijke drempels vormen om uit het sociaal isolement te geraken. Dit zou een mogelijke reden kunnen zijn voor de wisselende resultaten van interventies. Uit de interviews blijkt dat er bepaalde eisen zijn van ouderen en dat ze een bepaald beeld hebben van een nieuw persoon waar ze een vriendschap of relatie mee willen opbouwen. Het moet uiteraard klikken met een nieuw persoon, dit betekent dat er toch overeenkomende interesses moeten zijn. Liefst zijn er ook geen factoren aanwezig die jaloersheid uitlokken. Bij het voorstellen van nieuwe contacten dient men rekening te houden met het introverte of extraverte karakter van de persoon. Het is vermoedelijk makkelijker om nieuwe mensen te leren kennen in grote groepen voor extraverte personen, terwijl introverte personen vermoedelijk meer een 1-op-1 kennismaking verkiezen. Dit zou een mogelijke verklaring zijn voor de wisselende effecten van de interventies beschreven in de literatuur.

Het is moeilijk om volledige sociaal geïsoleerde ouderen te vinden om hierop interventies te baseren, terwijl het de populatie is die dit het meest nodig heeft. De voornaamste reden zou zijn dat ze minder omkadering hebben waardoor ze minder snel worden bereikt (44). In deze studie merken we op dat het belangrijk is rekening te houden met de omkadering en omgeving van de sociaal geïsoleerde ouderen. Indien er nog familie is die goed contact heeft met de patiënt zou het nuttig kunnen zijn deze te betrekken om meer op bezoek te gaan of hen mee te laten helpen om de patiënt in contact te brengen met nieuwe personen. Vaak hebben ouderen niet de praktische kennis om zelf in contact te komen met instanties of andere hulpverleners. Sociaal geïsoleerde ouderen verwachten dat zij worden geïnformeerd en dat ze concrete oplossingen krijgen. Uit de interviews blijkt dat ouderen vaak angstig zijn om zelf verder af te spreken en iemand willen die hen begeleid in het maken van nieuwe contacten. Ook komt naar voren dat sociaal geïsoleerde ouderen niet graag zelf beginnen over de eenzame situatie waardoor ze ook op deze manier niet worden bereikt en er geen gepaste interventie kan worden gevonden. Vaak uit trots maar ook omdat ze denken dat er toch niemand hen hierbij kan helpen. Soms laten ze het gespreksonderwerp wel vallen maar ze verwachten dat de zorgverlener zelf het gesprek over het sociaal isolement initieert. Tijd maken en het onderhouden van een goede arts – patiënt relatie zijn belangrijke factoren in het bespreken van sociaal isolement. Ouderen vinden het op deze manier makkelijker om open te spreken over de situatie en gaan minder liegen of zich beter voordoen dan dat ze zich effectief voelen.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

De sterkte van het onderzoek is dat de patiënt centraal staat. Door middel van de semi-gestructureerde interviews krijgen we inzicht in de visie van de patiënt op zijn eigen situatie. De interviews werden face-to-face afgenomen waardoor de communicatie duidelijk was. De interviews gebeurden bij de patiënt thuis zonder anderen waardoor de ouderen gemakkelijk praatten over de soms moeilijke onderwerpen. De interviews werden afgenomen door één onderzoeker waardoor de interviews peilen naar dezelfde topics in een gesprek. Een minpunt dat er maar één onderzoeker is, is dat er weinig discussie of verschillen in interpretatie naar voren komen uit de resultaten.

De onderzoekspopulatie is zeer specifiek gekozen waardoor men een goed beeld krijgt hoe de situatie is in niet-stedelijk gebied bij een blanke populatie. Alsook werd een mooie verdeling verkregen met betrekking tot de leeftijd en het geslacht van de patiënt. Echter konden geen participanten gevonden worden met zeer hoge scores op de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld. Mogelijks doordat deze personen zeer sociaal geïsoleerd zijn of dat er in de regio dit geen zeer sociaal geïsoleerde personen zijn. De onderzoekspopulatie is beperkt, deels door de weinige respons van huisartsen om patiënten te zoeken voor de studie. Echter werd er voornamelijk gestopt met zoeken naar nieuwe patiënten wegens theoretische saturatie. Een negatief punt is dat de studie geen inkijk geeft in de situatie in stedelijk gebied of bij een multiculturele leefomgeving. De ouderen in de onderzoekspopulatie hebben weinig tot geen chronische ziekten. Specifieke oorzakelijke of causale verbanden tussen sociaal isolement en gezondheid kunnen hierdoor niet gemaakt worden in vergelijking met de literatuur. De onderzoekspopulatie omvat patiënten van verschillende huisartsen waardoor een verschil in aanpak merkbaar wordt. Een minpunt is dat enkel de visie van de patiënt werd bevraagd en niet die van de huisarts. Een vergelijking is hierdoor niet mogelijk.

Positief aan de studie is dat er geen financiële betrokkenheid is van instanties.

Wat betekent dit voor de huisarts?

Sociaal geïsoleerde ouderen hebben elk hun eigen drempels hebben om uit sociaal isolement te geraken. Het is belangrijk om de patiënt biopsychosociaal te benaderen en centraal te stellen om te bekijken welke mogelijke opties er bestaan om de patiënt uit het sociaal isolement te helpen. Aandachtig luisteren naar de drempels, verwachtingen en interesses van de patiënt zullen helpen om manieren te vinden om meer kwalitatieve contacten te bekomen voor de patiënt. Dit vraagt tijd en het is belangrijk om hier bij de routine huisbezoeken echt een aandachtspunt van de te maken. De huisarts moet hierbij rekening houden dat er veel verschillende contacten kunnen worden genoemd door een oudere maar hierbij mag er niet direct van worden uitgegaan dat hij of zij niet sociaal geïsoleerd is. Belangrijk is om te polsen naar de duur van de contacten en de frequentie van alleen te zitten. Het is ook belangrijk dat dit wordt opgenomen door de huisarts die al lang een vertrouwensrelatie heeft met de patiënt. De ouderen hebben dan een lagere drempel om hierover te praten.

We kunnen stellen dat er nog onderzoek nodig is naar een goede begeleiding van mensen uit het sociaal isolement. Gezien de verschillende drempels gaan we ervan uit dat er geen eenzijdige oplossing bestaat om mensen meer kwalitatieve contacten te geven.

Conclusie

Ondanks de goede medische zorgen en mogelijkheden om veel zieke ouderen te verzorgen en te begeleiden bij hun steeds minder wordende zelfredzaamheid, is sociaal isolement bij ouderen een onderkend probleem.

Sociaal geïsoleerde ouderen ervaren elk hun eigen drempels om uit sociaal isolement te geraken. Mobiliteit en gezondheid zijn belangrijke fysieke factoren die het moeilijk maken om meer sociale contacten te leggen. Het karakter van de oudere persoon vormt ook een drempel om nieuwe contacten te leggen. Zo zal een introvert persoon moeilijker nieuwe sociale contacten leggen en voornamelijk 1-op-1 contacten willen in tegenstelling tot een extravert persoon die openstaat voor in groep nieuwe personen te leren kennen. Een slechte omkadering van familie of hulpverlening kan een drempel zijn omdat ouderen niet zelf in staat zijn het probleem sociaal isolement aan te pakken. Hierbij stoten ze op verschillende praktische problemen waardoor mogelijk interventies niet worden geprobeerd.

Elke oudere is dus uniek en een persoonsgerichte aanpak is belangrijk waarbij er vooral aandacht moet zijn voor de verwachtingen en interesses van de patiënt. Een oudere met ogenschijnlijk veel contacten is vaak ook eenzaam. Dit is een mogelijke valkuil voor huisartsen waardoor het probleem van sociaal isolement bij sommige van hun oudere patiënten verdoken blijft en niet wordt aangepakt. Echter zijn hier nadelige gevolgen voor de gezondheid aan verbonden. Een andere valkuil voor huisartsen is dat sociaal geïsoleerde ouderen niet graag zelf een gesprek over de eenzame situatie initiëren. Belangrijk is dus zelf te vragen naar de thuissituatie betreffende hun dagelijkse contacten. Tijd maken en het onderhouden van een goede arts – patiëntrelatie zijn belangrijke factoren in het bespreken van sociaal isolement.

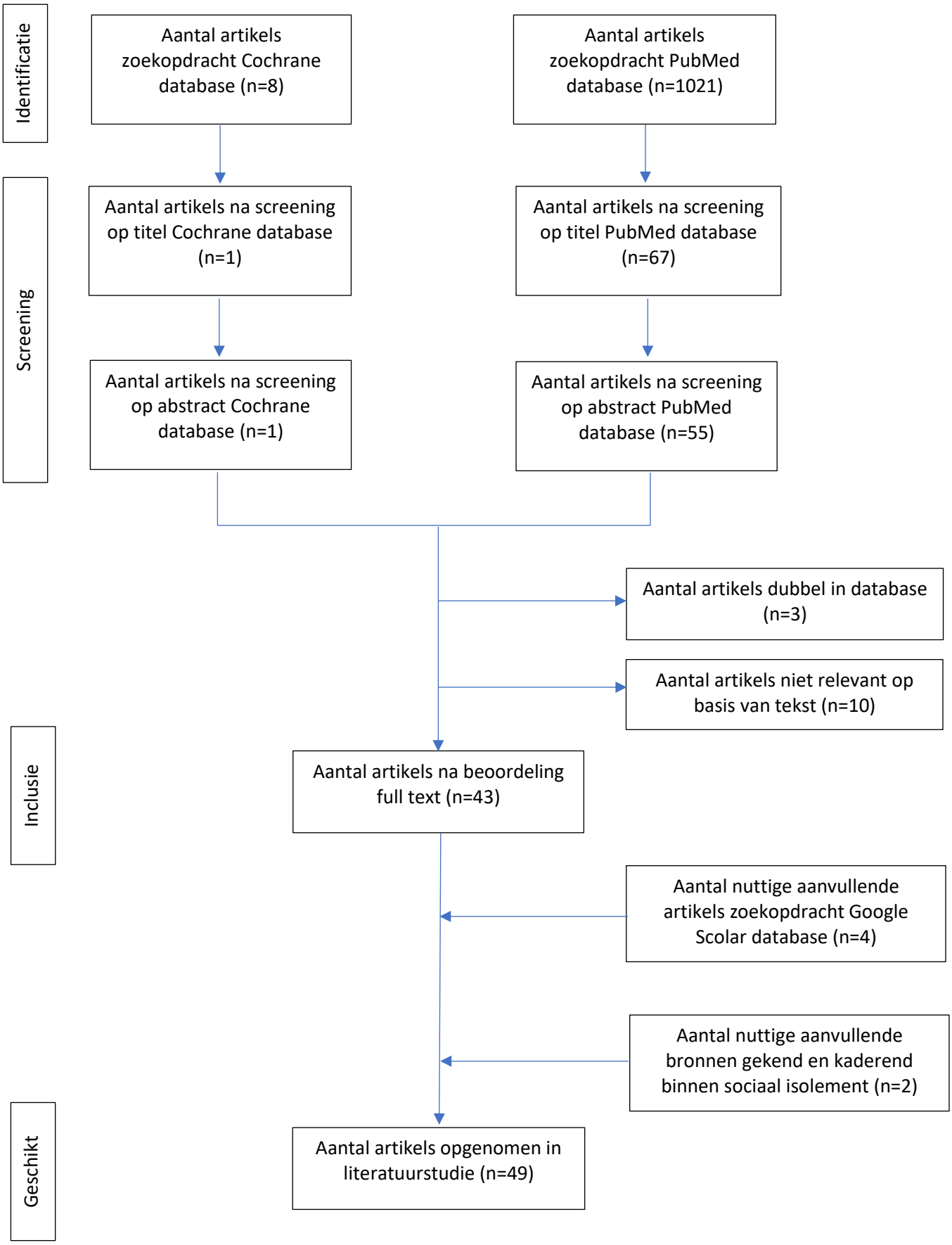
Literatuurlijst

1. https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht#vlaamse_bevolking_vergrijst:_1_op_5_is_65-plusser.
2. IPSOS: Sylvia Vandenbroucke J-ML LKLBVP, Département des Sciences de Santé Publique UdLPM, Sam Delye, Prof. Dr. Christiane Gosset. Oud word je niet alleen. 2012.
3. Kurina LM, Knutson KL, Hawkley LC, Cacioppo JT, Lauderdale DS, Ober C. Loneliness is associated with sleep fragmentation in a communal society. Sleep. 2011;34(11):1519-26.
4. Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. J Aging Health. 2018;30(2):229-46.
5. Gandhi S, Goodman SG, Greenlaw N, Ford I, McSkimming P, Ferrari R, et al. Living alone and cardiovascular disease outcomes. Heart. 2019;105(14):1087-95.
6. Herttua K, Martikainen P, Vahtera J, Kivimaki M. Living alone and alcohol-related mortality: a population-based cohort study from Finland. PLoS Med. 2011;8(9):e1001094.
7. DA. M. Sociaal isolement bij ouderen: een typologie als richtlijn voor effectieve interventies. 2011.
8. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. Gerontology. 2016;62(4):443-9.
9. Hammig O. Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. PLoS One. 2019;14(7):e0219663.
10. Malcolm M, Frost H, Cowie J. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. Syst Rev. 2019;8(1):48.
11. Bandari R, Khankeh HR, Shahboulaghi FM, Ebadi A, Keshtkar AA, Montazeri A. Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review. Syst Rev. 2019;8(1):26.
12. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. PLoS One. 2019;14(2):e0211143.
13. Doekhie KD, Veer AJEd, Rademakers JJDJM, Francke FoGSAL. Ouderen van de toekomst. 2014.
14. Hawkley LC, Kocherginsky M. Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project. Res Aging. 2018;40(4):365-87.
15. Pikhartova J, Bowling A, Victor C. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? Aging Ment Health. 2016;20(5):543-9.
16. Hawkley LC, Preacher KJ, Cacioppo JT. Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. Health Psychol. 2010;29(2):124-9.
17. Lindsay Smith G, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, van Uffelen JGZ. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017;14(1):56.
18. Schrempft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. BMC Public Health. 2019;19(1):74.
19. Siviero P, Veronese N, Smith T, Stubbs B, Limongi F, Zambon S, et al. Association Between Osteoarthritis and Social Isolation: Data From the EPOSA Study. J Am Geriatr Soc. 2020;68(1):87-95.

20. Ozic S, Vasiljev V, Ivkovic V, Bilajac L, Rukavina T. Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. Medicine (Baltimore). 2020;99(8):e19145.
21. Brinkhues S, Dukers-Muijrers N, Hoebe C, van der Kallen CJH, Dagnelie PC, Koster A, et al. Socially isolated individuals are more prone to have newly diagnosed and prevalent type 2 diabetes mellitus - the Maastricht study. BMC Public Health. 2017;17(1):955.
22. Anderson SG, Shoo H, Saluja S, Anderson CD, Khan A, Livingston M, et al. Social deprivation modifies the association between incident foot ulceration and mortality in type 1 and type 2 diabetes: a longitudinal study of a primary-care cohort. Diabetologia. 2018;61(4):959-67.
23. Manemann SM, Chamberlain AM, Roger VL, Griffin JM, Boyd CM, Cudjoe TKM, et al. Perceived Social Isolation and Outcomes in Patients With Heart Failure. J Am Heart Assoc. 2018;7(11).
24. Tan JH, Abdin E, Shahwan S, Zhang Y, Sambasivam R, Vaingankar JA, et al. Happiness and Cognitive Impairment Among Older Adults: Investigating the Mediational Roles of Disability, Depression, Social Contact Frequency, and Loneliness. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(24).
25. Yip SO, Dick MA, McPencow AM, Martin DK, Ciarleglio MM, Erekson EA. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. Am J Obstet Gynecol. 2013;208(2):146 e1-7.
26. Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. Can Fam Physician. 2014;60(6):e322, e4-9.
27. Shaw JG, Farid M, Noel-Miller C, Joseph N, Houser A, Asch SM, et al. Social Isolation and Medicare Spending: Among Older Adults, Objective Social Isolation Increases Expenditures while Loneliness Does Not. J Aging Health. 2017;29(7):1119-43.
28. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Schmid M, Barth J, Eichholzer M. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. PLoS One. 2017;12(7):e0181442.
29. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. Am J Public Health. 2015;105(5):1013-9.
30. Wang H, Zhao E, Fleming J, Dening T, Khaw KT, Brayne C, et al. Is loneliness associated with increased health and social care utilisation in the oldest old? Findings from a population-based longitudinal study. BMJ Open. 2019;9(5):e024645.
31. Kharicha K, Iliffe S, Manthorpe J, Chew-Graham CA, Cattan M, Goodman C, et al. What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. Health Soc Care Community. 2017;25(6):1733-42.
32. Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Urushibara-Miyachi Y, Kise M, Fujinuma Y, et al. Social Isolation and Patient Experience in Older Adults. Ann Fam Med. 2018;16(5):393-8.
33. Saskia Welschen FTs. SOCIALE INTERVENTIES GERICHT OP HET VERMINDEREN OF UITSTELLEN VAN HULPBEHOEVENDHEID BIJ KWETSBARE OUDEREN. 24/01/2016.
34. Valtorta NK, Moore DC, Barron L, Stow D, Hanratty B. Older Adults' Social Relationships and Health Care Utilization: A Systematic Review. Am J Public Health. 2018;108(4):e1-e10.

35. Bu F, Philip K, Fancourt D. Social isolation and loneliness as risk factors for hospital admissions for respiratory disease among older adults. Thorax. 2020;75(7):597-9.
36. O'Suilleabhain PS, Gallagher S, Steptoe A. Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. Psychosom Med. 2019;81(6):521-6.
37. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl Acad Sci U S A. 2013;110(15):5797-801.
38. Tanskanen J, Anttila T. A Prospective Study of Social Isolation, Loneliness, and Mortality in Finland. Am J Public Health. 2016;106(11):2042-8.
39. Pantell M, Rehkopf D, Jutte D, Syme SL, Balmes J, Adler N. Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. Am J Public Health. 2013;103(11):2056-62.
40. Laugesen K, Baggesen LM, Schmidt SAJ, Glymour MM, Lasgaard M, Milstein A, et al. Social isolation and all-cause mortality: a population-based cohort study in Denmark. Sci Rep. 2018;8(1):4731.
41. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. Soc Sci Med. 2012;74(6):907-14.
42. Bowlby J. Maternal care and mental health. 1952.
43. Smith SG, Jackson SE, Kobayashi LC, Steptoe A. Social isolation, health literacy, and mortality risk: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Health Psychol. 2018;37(2):160-9.
44. Ige J, Gibbons L, Bray I, Gray S. Methods of identifying and recruiting older people at risk of social isolation and loneliness: a mixed methods review. BMC Med Res Methodol. 2019;19(1):181.
45. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health. 2020;20(1):129.
46. Honigh-de Vlaming R, Haveman-Nies A, Heinrich J, van't Veer P, de Groot LC. Effect evaluation of a two-year complex intervention to reduce loneliness in non-institutionalised elderly Dutch people. BMC Public Health. 2013;13:984.
47. O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2018;18(1):214.
48. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health Soc Care Community. 2018;26(2):147-57.
49. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11:647.

Bijlage 1: zoekopdracht literatuurstudie



Bijlage 2: eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld

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 me nauw verbonden voel.
9. Ik mis mensen om mij heen.
10. Vaak voel ik me in de steek gelaten.
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.

De schaal geeft een score van 0 t.e.m 11 op 11. De patiënt is niet eenzaam indien men een score haalt van 0 t.e.m. 2. Een score van 3 t.e.m. 8 wijst op matige eenzaamheid. Er is sprake van ernstige eenzaamheid indien de patiënt een score behaalt van 9 t.e.m. 10. Een score van 11 betekent zeer ernstige eenzaamheid.

Bijlage 3: informed consent

Informed consent

Sociaal isolement bij ouderen in niet-stedelijk gebied.
Versie 3: 28/11/2020

Geachte Mevrouw
Geachte Heer

In het kader van mijn opleiding “Master na Master in de huisartsgeneeskunde” wordt u uitgenodigd om deel te nemen aan een interviewstudie omtrent uw welbevinden.
Veel oudere mensen zijn eenzaam en zijn in tijden van Covid-19 is dit niet verbeterd. Als toekomstig huisarts voel ik mij erg betrokken bij dit probleem. We zien dat mensen die vaak alleen zijn ook meer gezondheidsproblemen hebben.

Dit onderzoek gebeurt aan de hand van gesprekken. Ik zou graag van u leren wat het betekent om alleen te wonen. Uw deelname aan het onderzoek is dan ook erg belangrijk. Door het delen van uw ervaringen, kennis en opinies met en over uw sociale contacten, thuissituatie, gezondheid, enz. hoop ik inzicht te verwerven in de problemen die ouderen ondervinden om uit hun sociaal isolement te geraken. Dit onderzoek geeft mij de mogelijkheid om in mijn latere loopbaan als huisarts op een gepaste manier oudere patiënten te ondersteunen.
De interviews zullen 60 tot 90 minuten duren. De gesprekken zullen worden opgenomen door middel van een audiorecorder. Het onderzoek zal lopen van januari 2021 tot februari 2022. Praktische afspraken (locatie, tijdstip) zullen telefonisch of per mail met u worden gemaakt. De data zullen verwerkt worden met recht op uw privacy en de interviews worden enkel door de onderzoeker beluisterd en geanalyseerd.
Deze studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) en zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki (2000), opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan wetenschappelijk onderzoek.
In geen geval dient u deze goedkeuring te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
Hoewel het in het geheel niet te verwachten is dat u door het onderzoek schade zou kunnen oplopen, is er een verzekering afgesloten. Uiteraard zijn er aan uw deelname geen kosten verbonden. Er is geen vergoeding voorzien voor de deelnemers.
Uw deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Verder zijn de bekomen gegevens strikt vertrouwelijk.
Na afronding van de studie kan u indien u dit wenst een exemplaar van de verwerkte gegevens krijgen. Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming verklaart u zich bereid mee te werken aan deze studie.
Uw medewerking wordt van harte op prijs gesteld. Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kan u steeds contact opnemen met onderstaande onderzoeker.
Alvast bedankt voor uw deelname,

Robin Lauwers

Contactgegevens: +32 4 75 82 63 57

Toestemmingsformulier

Sociaal isolement bij ouderen in niet-stedelijk gebied.

Versie 3 28/11/2020

In te vullen door de deelnemer:

1. Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.
2. Ik heb de gelegenheid en de nodige tijd gehad om aanvullende vragen te stellen en kreeg een bevredigend antwoord op mijn vragen.
3. Ik heb voldoende tijd gehad om over mijn deelname na te denken.
4. Ik geef toestemming om de gegevens naamloos te verwerken voor doeleinden zoals hierboven beschreven. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens en hierbij mijn persoonlijke leefsfeer gerespecteerd wordt.
5. Ik weet dat ik recht heb op inzage tot de gecodeerde gegevens die vastgelegd zijn over mij en dat elk onjuist gegeven op mijn verzoek verbeterd kan worden.
6. Ik begrijp dat het opnamemateriaal en de bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal gebruikt worden.
7. Ik ben er mij van bewust dat de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit van Antwerpen dit onderzoek heeft goedgekeurd.
8. Ik weet dat een deelname aan deze bevraging geen verdere invloed heeft en geen risico's inhoudt.
9. Ik ben in kennis gesteld dat voor deze studie, conform met de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering werd afgesloten, die naar de wet inhoudt dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig tot bijna onbestaande kans op risico in.
10. Ik verklaar hierbij dat ik geheel vrijwillig instem met deelname aan dit onderzoek en behoud me daarbij het recht om op elk moment, zonder het opgeven van een reden af te zien van mijn deelname en dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:……

Datum:……. Handtekening deelnemer:…….

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker:

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.
Ik bevestig hierbij dat ik de aard, methode en doel van het onderzoek aan bovenvermelde respondent schriftelijk en mondeling heb uitgelegd. Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit onderzoek, zoals beschreven staat in het informatieformulier voor de deelnemer, volledig uitgelegd aan de bovengenoemde deelnemer.
Naam onderzoeker:…….
Datum:……. Handtekening onderzoeker:……..

Bijlage 4: Topics en hoofdvragen

Kwaliteit en kwantiteit van sociale contacten

- Hoeveel verschillende contacten heeft u doorheen de week?
- Wie zijn deze contacten?
- Wat gebeurt er tijdens deze contacten?
- Welke contacten vindt u het meest belangrijk?
- Welke andere contacten zou u willen?
- Welke familieleden komen er op bezoek?
- Hoe heb jij de coronacrisis in je dagelijkse leven al ervaren?

Instanties

- Zijn er instanties die u kent, waarbij u hiervoor terechtkan?
- Weet u bij wie u terecht kan voor meer informatie betreffende de juiste instanties?
- Wie heeft u al proberen te helpen en hoe?

Oorzaken sociaal isolement

- Wat maakt dat uw situatie zo veranderd is?
- Wat had volgens u het meeste invloed op het verminderen van de sociale contacten?

Gevolgen sociaal isolement

- Heeft u bepaalde chronische ziekten?
- Welke invloed hebben deze ziekten invloed op uw sociale contacten?
- Hoe beïnvloedt uw sociaal isolement invloed uw chronische ziekte(n)?”
- Welke gevoelens wekt deze situatie als alleenstaande bij u op?

Drempels om uit sociaal isolement te geraken

- Wat maakt het voor u moeilijk om meer contacten te leggen?
- Wat heeft u reeds ondernomen om meer contacten te kunnen leggen?
- Wat zijn volgens u de redenen waarom u weinig sociale contacten heeft?
- Heeft u het onderwerp sociaal isolement al met iemand besproken?

Contact met de huisarts

- Heeft u uw huisarts er al over aangesproken?

Indien patiënt er over gesproken heeft met de huisarts:

- Wie heeft het gesprek hierover geïnitieerd?
- Wat is er uit dit gesprek voortgekomen?
- Hoe bekeek uw huisarts de oorzaken van uw sociaal isolement?
- Welke oplossingen stelde hij/zij voor?
- Wat heeft u ermee gedaan?
- Volgt uw huisarts dit verder op?

Indien patiënt er niet over gesproken heeft met de huisarts:

- Hoe komt het dat dit niet ter sprake is gekomen?
- Wat zou uw huisarts kunnen betekenen voor u ?

Besluitvraag

- “Als we één ding zouden kunnen doen om de kwaliteit van uw contacten te verbeteren, wat zou dit dan zijn?”