

Samenvatting

Inleiding: Wereldwijd wordt eenzaamheid, en vooral eenzaamheid onder ouderen, beschouwd als een steeds groter probleem. Het is daarom belangrijk om interventies in te zetten om de gevolgen van eenzaamheid onder ouderen te verminderen en/of te voorkomen. Binnen de Klinische Geriatrie en één afdeling van de Geriatrische Revalidatie Zorg, in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard, lijkt het verminderen en/of voorkomen van eenzaamheid naar eigen inzicht van de betrokken disciplines uitgevoerd te worden. Het doel van dit onderzoek is om in de periode van 10 februari 2021 tot 21 mei 2021 interventies in kaart te brengen, die in het Zuyderland MC ingezet kunnen worden om eenzaamheid bij patiënten, ouder dan 65 jaar, te verminderen en/of te voorkomen. De bijbehorende vraagstelling luidt: ‘Welke interventies kunnen eenzaamheid voorkomen en/of verminderen bij patiënten ouder dan 65 jaar, die minimaal tien dagen binnen één afdeling van de Geriatrische Revalidatie Zorg of Klinische Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard worden opgenomen?’

Methode: Als eerste stap heeft er een literatuuronderzoek plaatsgevonden. De onderzoeksvraag werd vervolgens primair middels kwalitatief onderzoek en secundair middels kwantitatief onderzoek benaderd. Het kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden in de vorm van twee focusgroepen. Deze werden letterlijk getranscribeerd en vervolgens gecodeerd. Het kwantitatief onderzoek heeft plaatsgevonden in de vorm van een dossierstudie en een online enquête. De online enquête werd gecodeerd aan de hand van dezelfde labels als de focusgroepen. De gegevens uit de dossierstudie werden verwerkt in drie cirkeldiagrammen.

Resultaten: Uit de literatuurstudie is gebleken dat eenzaamheid verminderd en/of voorkomen kan worden door interventies te baseren op de ‘acht werkzame elementen’. Uit de dossierstudie is gebleken dat een derde van de geïncludeerde patiënten vragen over eenzaamheid positief beantwoordt. Uit de focusgroepen en enquête kwam naar voren dat de zorgverleners onvoldoende kennis hebben over de soorten eenzaamheid waardoor interventies niet afgestemd kunnen worden op één specifiek type eenzaamheid. Het communiceren met de patiënt over eenzaamheid vindt een derde van de respondenten moeilijk. De interventies zijn niet gebaseerd op beschikbare literatuur en de inzet van meetinstrumenten ontbreekt. Betrokken disciplines ervaren onvoldoende bekendheid bij andere zorgverleners.

Discussie en conclusie: Eventueel vervolgonderzoek kan worden gericht op de invloed van COVID-19 op eenzaamheid en op de aanpak van eenzaamheid binnen één team. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat interventies ten aanzien van eenzaamheid gebaseerd kunnen worden op de ‘acht werkzame elementen’, waarbij interventies individueel worden afgestemd.

Advies en inbedding: Er wordt aanbevolen om de kennis van betrokken zorgverleners met betrekking tot de soorten eenzaamheid en het voeren van het gesprek over eenzaamheid te vergroten. Daarnaast wordt geadviseerd om de huidige interventies te onderbouwen met de ‘acht werkzame elementen’. Als laatste wordt geadviseerd om de bekendheid over de rol van verschillende disciplines, in de zorg rondom eenzaamheid, te vergroten.

Abstract

Introduction: Globally, loneliness and especially loneliness among elderly, is considered to become a bigger problem. It is important to use interventions to reduce and/or prevent the consequences of loneliness among elderly. Within the Clinical Geriatrics department and one department of the Geriatric Rehabilitation Care, in Zuyderland Medical Center in Sittard, the reduction and/or prevention of loneliness seems to be carried out at the discretion of the disciplines involved. The aim of this research is to map out, in the period from February 10, 2021 to May 21, 2021, which interventions the Zuyderland Medical Center can use to reduce and/or prevent loneliness in patients over 65 years of age. The associated main question is: ‘Which interventions can prevent and/or reduce loneliness in patients older than 65 years who are admitted for at least ten days within one department of the Geriatric Rehabilitation Care or the Clinical Geriatrics at the Zuyderland Medical Center in Sittard?’

Methods: Literature research was conducted first. The research question was approached primarily through qualitative research and secondarily through quantitative research. The qualitative research was conducted by two focus groups. These focus groups were transcribed and coded. The quantitative research was conducted in a file study and online survey. The online survey was coded using the same labels as the focus groups. The data from the file study were processed in three pie charts.

Results: The literature study has shown that loneliness can be reduced and/or prevented by interventions based on the ‘acht werkzame elementen’. The file study has shown that one third, of the included patients, answered questions about loneliness positively. The focus groups and survey have shown that health care professionals do not have enough knowledge about types of loneliness, whereby interventions cannot be tuned to one specific type of loneliness. One third of the respondents stated that communicating about loneliness with a patient is difficult. Interventions are not based on available literature. There is a lack of using measuring instruments. Involved disciplines experienced insufficient publicity to other health care professionals.

Conclusion and discussion: Follow-up research can be focused on the influence of COVID-19 on loneliness and on the approach of loneliness within one team. It was concluded that interventions regarding to loneliness can be based on the ‘acht werkzame elementen’, whereby interventions are tailored to the individual.

Advice and embedding: Recommended is to increase the knowledge of concerned caregivers, with regard to different types of loneliness and how to conduct the conversation about loneliness. In addition, it is recommended to substantiate the current interventions with the ‘acht werkzame elementen’. The final recommendation is to increase awareness of the role of different disciplines in the care of loneliness.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	
Abstract	
Inleiding	8
Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	11
1.1 Methodiek.....	11
1.2 Eenzaamheid	12
1.3 Multidisciplinaire samenwerking	14
1.4 Interventies ter voorkoming/vermindering eenzaamheid.....	15
1.4.1. Voorkomen van eenzaamheid	15
1.4.2 Verminderen van eenzaamheid	16
Hoofdstuk 2: Methoden	18
2.1 Onderzoeksbenadering	18
2.2 Kwantitatief onderzoek	19
2.2.1 Retrospectieve dossierstudie.....	19
2.2.1.1 <i>Setting en participanten</i>	19
2.2.1.2 <i>Data verzameling</i>	19
2.2.1.3 <i>Data-analyse</i>	20
2.2.2 Enquête	20
2.2.2.1 <i>Setting en participanten</i>	20
2.2.2.2 <i>Data verzameling</i>	21
2.2.2.3 <i>Data-analyse</i>	21
2.3 Kwalitatief onderzoek	21
2.3.1 <i>Setting en participanten</i>	21
2.3.2 <i>Dataverzameling</i>	22
2.3.3 <i>Data-analyse</i>	22

Hoofdstuk 3: Resultaten.....	24
3.1 Retrospectieve dossierstudie	24
3.2 Responsratio en onderzoekspopulatie enquête middels ‘Questback’	24
3.3 Resultaten uit de focusgroepen en enquête	25
3.3.1 Definitie eenzaamheid	25
3.3.2 Soorten eenzaamheid.....	25
3.3.3 Oorzaken eenzaamheid.....	26
3.3.4 Herkennen eenzaamheid.....	26
3.3.5 Meetinstrumenten	28
3.3.6 Interventies eenzaamheid	28
3.3.7 Multidisciplinaire samenwerking	30
3.3.8 Overige selectieve codes	30
Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie	32
4.1 Discussie.....	32
4.2 Conclusie.....	34
Hoofdstuk 5: Advies en inbedding	35
Bronnenlijst.....	36
Bijlage 1: Toestemmingsformulier benoemen naam en afdelingen organisatie.....	41
Bijlage 2: Zoekstrategie	42
Bijlage 3: Signaleringskaart eenzaamheid	45
Bijlage 4: Teamspecificatie west 46 en west 52	46
Bijlage 5: Toestemmingsformulier en informed consent focusgroep.....	47
Bijlage 6: Toestemmingsformulier en informed consent enquête	50
Bijlage 7: Lijst Dossierstudie.....	53
Bijlage 8: Topiclijst focusgroep.....	54
Bijlage 9: Enquête.....	56
Bijlage 10: Beslissing WMO-plichtig onderzoek.....	62

Bijlage 11: Codeboom enquête	63
Bijlage 12: Codeboom Focusgroep.....	64
Bijlage 13: Resultaten dossierstudie	65
Bijlage 14: Demografische kenmerken respondenten enquête	66
Bijlage 15: Figuren enquête	67

Inleiding

Mondiaal wordt eenzaamheid, en vooral eenzaamheid onder ouderen, beschouwd als een steeds groter probleem (Bles, van Loon, Maathuis & Mohammadi, 2020). Eenzaamheid is een subjectief gevoel als gevolg van een waargenomen afwezigheid of het verlies van gezelschap (Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011). Weiss (in Cacioppo, Grippo, London, Goossens & Cacioppo, 2015) maakt onderscheid tussen emotionele en sociale eenzaamheid. Eenzaamheid kan ontstaan wanneer iemand een gebrek aan belangrijke en intieme contacten ervaart, ook wel emotionele eenzaamheid genoemd (Ong, Unchino & Wethington, 2016). Daarnaast kan eenzaamheid ontstaan wanneer iemand meer sociale contacten wenst zoals vrienden, familie en kennissen. In dit geval wordt van sociale eenzaamheid gesproken (Ong et al., 2016). In de Gezondheidsmonitor Volwassen en Ouderen van 2016 gaf 43% van de Nederlandse volwassen bevolking aan eenzaam te zijn. Uit dit onderzoek blijkt bijna 31% van de ondervraagden zich emotioneel eenzaam te voelen en 43% sociaal eenzaam (Centraal Bureau Statistiek, 2016). In het algemeen neemt het percentage mensen die eenzaamheid ervaren toe naarmate de leeftijd stijgt. Andere vormen van eenzaamheid zijn: existentiële eenzaamheid en collectieve eenzaamheid. Existentiële eenzaamheid betreft een verminderd gevoel van zingeving in het leven (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Bij collectieve eenzaamheid is er verlangen om verbinding te maken met een groep/gemeenschap met gelijksoortige interesses en waarden (Cacioppo et al., 2015).

Risicofactoren voor het ontstaan van eenzaamheid onder ouderen zijn het verspreid wonen van familieleden, afgenomen mobiliteit en inkomen, verlies van dierbaren, en een slechte gezondheid (Fakoya, McCorry & Donnelly, 2020). Mogelijk wordt dit risico ook vergroot door gevoelens van afhankelijkheid en gebrek aan zingeving (Bles et al., 2020). Het gebrek aan sociale relaties vormt een grote risicofactor voor de gezondheid. De invloed op sterfte is vergelijkbaar met hoge gezondheidsrisico's zoals roken, beperkte fysieke activiteiten en obesitas (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Indien eenzaamheid voor een langere periode aanhoudt, kan dit leiden tot mentale en fysieke problemen zoals depressies en hartaandoeningen, die de kans op vroegtijdig overlijden vergroten (Bles et al., 2020).

Daarnaast wordt eenzaamheid geassocieerd met een verhoogd risico op klinische dementie op latere leeftijd (Creswell et al., 2012; Holwerda et al., 2014). Uit een randomized controlled trial blijkt dat kwetsbare ouderen die eenzaam zijn meer ambulante zorgdiensten gebruiken dan kwetsbare ouderen die niet eenzaam zijn, waaronder het bezoeken van spoedeisende hulpdiensten (Taube, Kristensson, Sandberg, Midlöv & Jakobsson, 2015). Het is dus

belangrijk om interventies in te zetten om de gevolgen van eenzaamheid onder ouderen te verminderen en/of te voorkomen.

Binnen het Zuyderland Medisch Centrum (Zuyderland MC) te Sittard, op één afdeling van de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) en de afdeling Klinische Geriatrie, kunnen activiteitenbegeleiders/therapeuten op indicatie ingezet worden om het welzijn van patiënten te bevorderen. Verpleegkundigen en verzorgenden besteden binnen het afnemen van de anamnese aandacht aan het in kaart brengen van eenzaamheid. Daarnaast kan een maatschappelijk werker, psycholoog of pastorale medewerker ingeschakeld worden. Desondanks benoemen zorgverleners dat sommige patiënten een gevoel van eenzaamheid ervaren. Ook ontbreken er richtlijnen over hoe eenzaamheid te signaleren en te voorkomen is (Jansen, 2017). Binnen de GRZ en Klinische Geriatrie lijkt het verminderen en/of voorkomen van eenzaamheid naar eigen inzicht van de betrokken disciplines verleend te worden. In de literatuur worden veel uiteenlopende interventies of vormen van ondersteuning, gericht op de aanpak van eenzaamheid, onder ouderen beschreven. Volgens Van der Sande, De Leeuw en Silverentant (2019) zijn er acht typen ‘werkzame elementen’ in eenzaamheidsinterventies te onderscheiden. Het is echter onduidelijk in hoeverre deze elementen worden toegepast in het Zuyderland MC. Het is dus ook nog onduidelijk hoe de zorgverlening ten aanzien van eenzaamheid verbeterd kan worden.

Het onderzoek zal binnen één afdeling van de GRZ en de Klinische Geriatrie plaatsvinden. Binnen deze afdelingen worden ouderen opgenomen voor behandeling en revalidatie. Het centraal bureau voor de statistiek (2021) hanteert een leeftijdsgrens van vijfenzestigplus om onder de categorie ouderen ingeschaald te worden. De gemiddelde opnameduur op de Klinische Geriatrie is negen tot elf dagen, en binnen de GRZ gemiddeld twee weken tot drie maanden. Om het onderzoek op beide afdelingen te kunnen uitvoeren is gekozen voor een opnameduur van minimaal tien dagen. Het toestemmingsformulier, om de namen van het ziekenhuis en afdelingen te mogen benoemen in de thesis, is weergegeven in bijlage 1.

Het doel van dit onderzoek is om in de periode van 10 februari 2021 tot 21 mei 2021 interventies in kaart te brengen, die in het Zuyderland MC ingezet kunnen worden om eenzaamheid bij patiënten, ouder dan 65 jaar, te verminderen en/of te voorkomen. Het doel van dit onderzoek wordt vertaald in de volgende vraagstelling:

Welke interventies kunnen eenzaamheid voorkomen en/of verminderen bij patiënten ouder dan 65 jaar, die minimaal tien dagen binnen één afdeling van de Geriatrische Revalidatie Zorg of Klinische Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard worden opgenomen?

Om de vraagstelling te beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Welke signalen ten aanzien van eenzaamheid komen binnen de huidige zorgverlening op beide afdelingen, aan patiënten ouder dan 65 jaar met een minimale opnameduur van tien dagen, naar voren?
- Welke huidige interventies worden ingezet op beide afdelingen om eenzaamheid te verminderen en/of te voorkomen bij patiënten, ouder dan 65 jaar, met een minimale opnameduur van tien dagen?
- In hoeverre wordt multidisciplinaire zorg ingezet binnen de huidige zorgverlening op beide afdelingen om eenzaamheid onder patiënten, ouder dan 65 jaar met een minimale opnameduur van tien dagen, te verminderen en/of te voorkomen?

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 brengt het theoretisch kader in kaart. Binnen hoofdstuk 2 worden de methoden beschreven. In hoofdstuk 3 worden de verkregen resultaten weergegeven. Hoofdstuk 4 beschrijft de discussie en conclusie. Binnen hoofdstuk 5 wordt er een advies en inbedding gegeven.

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de kernbegrippen van de vraagstelling nader toegelicht. Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling dienen de begrippen eenzaamheid en multidisciplinaire samenwerking verder uitgewerkt te worden. Als laatste wordt ook literatuur besproken over interventies omtrent het voorkomen en/of verminderen van eenzaamheid.

1.1 Methodiek

Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de begrippen eenzaamheid en multidisciplinaire samenwerking. Om zoektermen te selecteren zijn eerst verschillende Engelstalige artikelen gelezen. Uit deze artikelen zijn de volgende begrippen gehaald over eenzaamheid: loneliness, loneliness interventions. Zoektermen die gekozen zijn voor het zoeken naar literatuur over multidisciplinair zorg zijn: multidisciplinary. Voor het zoeken naar literatuur over het voorkomen en/of verminderen van eenzaamheid zijn de volgende zoektermen geselecteerd: loneliness interventions, elderly, cure, hospital.

Bij het zoeken naar literatuur is gebruik gemaakt van de booleaanse operatoren AND, OR en NOT om de verschillende zoektermen te koppelen (University of Groningen, 2019). Zowel Nederlandstalige als Engelstalige literatuur is bestudeerd. In tabel 1 worden de inclusie- en exclusiecriteria weergegeven voor het selecteren van artikelen. Verschillende databanken zijn gebruikt voor het zoeken naar artikelen, onder andere Springerlink, Pubmed en Google Scholar. Door gebruik te maken van de sneeuwbalmethode, het kiezen van nieuwe bronnen in gevonden artikelen, zijn nieuwe relevante bronnen geselecteerd en meegenomen. De uitgebreide zoekstrategie wordt weergegeven in bijlage 2.

Tabel 1: In- en exclusiecriteria voor literatuuronderzoek

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Bronnen zijn niet ouder dan tien jaar	
Auteur is bekend	
Volledige tekst beschikbaar	

Artikelen zijn beoordeeld op relevantie en betrouwbaarheid aan de hand van de Libgide van Zuydbibliotheek. De relevantie is beoordeeld door te kijken of verkregen informatie aansluit bij de doel- en vraagstelling, volledigheid en actualiteit. Het beoordelen van de

betrouwbaarheid van artikelen is uitgevoerd door naar de autoriteit, juistheid, objectiviteit, kwaliteit en controleerbaarheid te kijken. Artikelen zijn afzonderlijk van elkaar beoordeeld. Indien de gebruikte zoekstrategieën veel resultaten opleverden, is er gekeken hoe vaak desbetreffend artikel geciteerd is. De Universiteit Utrecht (2021) stelt dat citaten iets over de kwaliteit en wetenschappelijkheid van artikelen zeggen.

1.2 Eenzaamheid

Door Wethington en Pillemer (in Ong et al., 2016) wordt onderscheid gemaakt tussen eenzaamheid en verwante termen zoals sociaal isolement. Sociale isolatie is het objectieve gebrek aan sociale contacten en interacties met familieleden, vrienden en anderen (Valtorta & Hanratty, 2013). Deze toestand is van buitenaf waarneembaar. Sociaal isolement is niet hetzelfde als eenzaamheid. Zo kan iemand sociaal geïsoleerd zijn zonder gevoelens van eenzaamheid te ervaren en andersom. Eenzaamheid en sociaal isolement kunnen tegelijkertijd voorkomen.

Eenzaamheid is een complex begrip dat in drie facetten onderverdeeld kan worden: intieme eenzaamheid, relationele eenzaamheid en collectieve eenzaamheid (Cacioppo et al., 2015; Hawkey, Gu, Luo, & Cacioppo, 2012). Intieme eenzaamheid, of wat volgens Weiss (in Cacioppo et al., 2015, p. 239) overeenkomt met emotionele eenzaamheid, verwijst naar de afwezigheid van belangrijke en/of intieme contacten. Deze vorm van eenzaamheid komt overeen met wat Dunbar (2014) omschrijft als de innerlijke kern. Tot de innerlijke kern behoren maximaal vijf personen, en omvat personen waarop we vertrouwen en die zorgen voor emotionele steun tijdens een crisis. Volgens Hawkey (in Cacioppo et al., 2015, p. 243) blijkt dat de belangrijkste voorspeller voor het ontstaan van intieme eenzaamheid de burgerlijke staat is. Het hebben van een intieme relatie, bijvoorbeeld een echtgenoot, blijkt een belangrijke bron voor sociale steun en emotionele connectie (Van Tilburg, 2019).

Relationele eenzaamheid, of wat volgens Weiss (in Cacioppo et al., 2015, p. 239) beschreven wordt als sociale eenzaamheid, heeft betrekking op het aantal sociale contacten. Iemand die sociale eenzaamheid ervaart heeft minder contact met andere individuen dan hij/zij wenst. Deze vorm van eenzaamheid heeft volgens Dunbar (2014) betrekking op de sympathie groep. De sympathie groep kan uit vijftien tot vijftig mensen bestaan. Deze groep mensen wordt regelmatig gesproken en draagt bij aan kostbare ondersteuning zoals kinderopvang, ondersteuning bij projecten etc. Een belangrijke factor in het voorspellen van relationele

eenzaamheid is volgens Hawkey de frequentie van het contact met belangrijke vrienden en familie (in Cacioppo et al., 2015).

Bij collectieve eenzaamheid is er verlangen om verbinding te maken met een groep/gemeenschap met gelijksoortige interesses en waarden. Dunbar (2014) omschrijft dit als de buitenste sociale laag, die honderdvijftig tot duizendvijfhonderd personen kan bevatten. De belangrijkste voorspeller van collectieve eenzaamheid is het aantal vrijwillige groepen waartoe individuen behoren. Hoe meer aansluiting bij vrijwillige verenigingen, hoe lager de collectieve eenzaamheid (Cacioppo et al., 2015).

Ouderen zijn kwetsbaar voor het ervaren van eenzaamheid (Fakoya et al., 2020). In de literatuur worden verschillende factoren benoemd die bijdragen aan eenzaamheid. Risicofactoren onder ouderen zijn het verspreid wonen van familieleden, afgenomen mobiliteit en inkomen, verlies van dierbaren, en een slechte gezondheid (Fakoya et al., 2020). Belangrijke, intieme contacten verliezen ouderen steeds meer, waardoor de kans op intieme eenzaamheid vergroot wordt. Door het verspreid wonen van familieleden en de afgenomen mobiliteit is er een verhoogde kans op relationele eenzaamheid, omdat de frequentie van bezoek aan familieleden afneemt. Daarnaast wordt ook gedacht dat sociale veranderingen, zoals de vermindering van het inwonen van een oudere generatie, meer geografische bewegingen en een minder samenhangende gemeenschap, bijdragen aan hogere niveaus van eenzaamheid bij de oudere populatie (Fakoya et al., 2020). Doordat de verbinding met andere personen steeds minder wordt, neemt het risico op collectieve eenzaamheid toe.

Naast risicofactoren bestaan er ook beschermende factoren die de kans op eenzaamheid verkleinen zoals het hebben van een partnerrelatie. Een partnerrelatie biedt namelijk geborgenheid en instrumentale en emotionele steun (Van Tilburg, 2019). Het hebben van grote netwerken biedt ook bescherming tegen eenzaamheid. Wanneer er met ongeveer vier personen frequent persoonlijk contact is zou dit de kans op eenzaamheid verkleinen (De Jong Gierveld, Van Tilburg & Dykstra, 2016). Ook zorgen voor een ander verkleint de kans op eenzaamheid. Het geven van steun en zorg aan anderen zorgt voor een gevoel van waardering en respect (Van Tilburg, 2019).

Eenzaamheid heeft een negatieve impact op zowel de fysieke als mentale gezondheid. Er is een grotere kans op verschillende gezondheidsproblemen zoals een hoge bloeddruk, cardiovasculaire ziekte, cognitieve achteruitgang, depressie en vroegtijdig overlijden (Quan, Lohman, Resciniti & Friedman, 2019). Ook wordt eenzaamheid geassocieerd met een

verhoogd risico op klinische dementie op latere leeftijd (Creswell et al., 2012; Holwerda et al., 2014). Er wordt verondersteld dat eenzaamheid cognitie en geheugensystemen kan beïnvloeden door cognitieve activiteit te verminderen en afgenomen neurale reserves. Deze verminderingen vinden plaats door een afname van de dendritische arborisatie (vertakkingen) in de hippocampus en prefrontale gebieden. De hippocampus heeft een belangrijke rol bij het opslaan van informatie in het geheugen, ruimtelijke oriëntatie en controleert gedrag dat van belang is om te overleven. De prefrontale cortex is verantwoordelijk voor zowel cognitieve, emotionele en motivationele processen (Hersenstichting, 2021). Door het afnemen van de arborisatie vindt een neerwaartse regulering van stoffen plaats die in de hersenen geproduceerd worden (neurotrofines), leidend tot verminderd geheugen en conceptvorming (Holwerda et al., 2014).

Op dit moment is er geen richtlijn met betrekking tot eenzaamheid (Janssen, 2017). Een richtlijn 'eenzaamheid voor wijkverpleegkundigen' komt wel in 2021 ter beschikking. Eén aanbeveling uit deze aanstaande richtlijn is het gebruik van de 6-item eenzaamheidsschaal, van De Jong-Gierveld. Ook de praktijkondersteuner van de huisarts gebruikt de 6-item eenzaamheidsschaal (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2021).

Naast de 6-item eenzaamheidsschaal bestaat ook een signaleringskaart met betrekking tot eenzaamheid. Op deze signaleringskaart staan verschillende signalen beschreven die kunnen duiden op eenzaamheid in vier gebieden; lichamelijk, psychisch, sociaal en gedragsmatig (Zorg voor Beter, 2020). Deze signalen hoeven niet altijd te wijzen op eenzaamheid, maar kunnen wel als opening dienen om het gesprek over eenzaamheid aan te gaan. In bijlage 3 wordt de signaleringskaart weergegeven.

1.3 Multidisciplinaire samenwerking

Ouderen in een instelling hebben vaak een complexe problematiek. De zorg voor deze patiënten vraagt om samenwerking tussen verschillende disciplines. In de zorg gebruikt men daarvoor de term 'multidisciplinaire samenwerking'. Verschillende disciplines werken samen bij het stellen van een diagnose, het opstellen van een zorg- of behandelplan en de evaluatie daarvan. Dit voorkomt herhalingen en onnodige belasting van de toch al kwetsbare patiënt (Zorg voor Beter, 2019).

Volgens Van der Zwet en Van de Maat (2018) hebben verschillende disciplines een signalerende functie ten aanzien van eenzaamheid, namelijk: fysiotherapeuten,

ergotherapeuten, verpleegkundigen en pastoraal werkers. Een maatschappelijk werker begeleidt patiënten met psychische, sociale en emotionele problemen die samenhangen met de ziekte en/of behandeling. Op psychosociaal gebied helpen zij ook bij gevoelens van eenzaamheid (Zuyderland, 2021). Ook kunnen psychologen en activiteitenbegeleiders betrokken worden bij de zorg rondom kwetsbare ouderen (Verlee et al., 2017).

1.4 Interventies ter voorkoming/vermindering eenzaamheid

Er is gezocht naar literatuur over interventies ter voorkoming en/of vermindering van eenzaamheid in het ziekenhuis bij ouderen. Literatuur over eenzaamheidsinterventies in het ziekenhuis heeft in de databanken geen resultaten opgeleverd. Er is wel literatuur gevonden over eenzaamheidsinterventies in verpleeghuis en thuissituatie. Deze interventies worden onderstaand beschreven.

1.4.1. Voorkomen van eenzaamheid

Om eenzaamheid te voorkomen is een preventieve aanpak nodig. Deze aanpak werkt volgens Van der Zwet en Van de Maat (2018) op drie niveaus:

Als eerste worden interventies beschreven die inzetten op beschermende factoren bij mensen zonder bekende risicofactoren of eenzaamheidsgevoelens om te voorkomen dat zij risicofactoren ontwikkelen. Eenzaamheidsexperts stellen dat een divers sociaal netwerk, bestaande uit contacten die emotionele steun bieden en minder diepgaande contacten, het beste middel is om eenzaamheid te voorkomen (De Jong-Gierveld & Fokkema, 2016). Ook is het belangrijk dat mensen zich bewust zijn van de risicofactoren. Dit is namelijk de eerste stap richting preventie. Uit onderzoek van Kearns, Whitley, Tannahill en Ellaway (2015) blijkt dat investeren in contact met burens ook een manier is om in te zetten op beschermende factoren.

Het tweede niveau betreft het ondersteunen van mensen met risicofactoren voor het krijgen van eenzaamheidsgevoelens. Hierbij is belangrijk inzicht te geven in bestaande risicofactoren om te voorkomen dat eenzaamheid ontwikkeld wordt. Preventieve activiteiten kunnen hierbij helpen.

Het derde niveau betreft het voorkomen van verergering van eenzaamheid. Hierbij is het van belang om eenzaamheid vroegtijdig te signaleren en te bespreken. Om eenzaamheid te herkennen hebben zorgverleners en vrijwilligers kennis nodig over de signalen van eenzaamheid. Door middel van een signaleringskaart kunnen deze signalen opgemerkt worden. De tweede stap in het signaleren van eenzaamheid is het bespreken van de signalen

en het verkennen van de aard en ernst van problemen. Bij het in kaart brengen van de situatie van de persoon dienen de behoeften en mogelijkheden van de persoon meegenomen te worden. Hierbij is een rustige, open houding en goed luisteren belangrijk (Den Hollander, Talma & Heessels, 2020). Een derde stap is het opvolgen van signalen. Voor een goede opvolging is het van belang dat bij zorgverleners en vrijwilligers duidelijke afspraken zijn over wie, wat gaat doen als signalen binnenkomen en waar signalen gemeld kunnen worden (Van der Zwet & Van de Maat, 2018).

1.4.2 Verminderen van eenzaamheid

Movisie heeft een onderzoek uitgevoerd waarbij één meta-analyse en dertien systematische reviews over eenzaamheidsinterventies bestudeerd zijn voor de doelgroep ouderen. Uit de systematische reviews is niet vast te stellen of groepsinterventies effectiever zijn dan een-op-een interventies of andersom. Volgens Machielse en Hortulans (2011) hangt de effectiviteit van groepsinterventies of een-op-een interventies af van het soort eenzaamheid, sociaal of emotioneel.

Cohen-Mansfield en Perach (in Van der Zwet, De Vries & Van de Maat, 2020) stellen dat interventies, (zowel groepsinterventies als een-op-een interventies) met een educatief aspect gericht op het onderhouden en verbeteren van het sociale netwerk eenzaamheid bij ouderen verminderen. Uit de review van Cattan et al. (in Van der Zwet et al., 2020) komt ook naar voren dat groepsinterventies met een educatief of trainingsaspect effectief zijn.

Volgens Dickens et al. (2011) en Frank, Molyneux en Parkinson (2016) is voor groepsinterventies, die gericht zijn op sociale activiteiten en sociale steun, enig bewijs voor effectiviteit bij ouderen. Ook Cattan et al. (in Van der Zwet et al., 2020) stellen dat groepsinterventies, die gericht zijn op sociale activiteiten, effectief zijn bij ouderen. De groepsinterventies zijn vooral effectief bij specifieke groepen zoals vrouwen, personen die minder actief zijn, mantelzorgers, weduwen en weduwnaren of mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen. Franck, Molyneux en Parkinson (2016) voegen in hun review het belang van betrokkenheid van goed opgeleid personeel toe. Het personeel faciliteert de ondersteuning en biedt sociale interactie door middel van het delen en creëren van een gemeenschappelijke basis. Sociale interactie kan geoptimaliseerd worden door het onderling delen van verhalen.

Interventies waarbij deelnemers actief meedoen zijn effectiever gebleken dan interventies waarbij deelnemers slechts ‘ontvangers’ zijn (Dickens et al., 2011). Gardiner et al. (2018)

stellen ook dat interventies met een specifiek doel meer succesvol zijn dan passieve activiteiten, bijvoorbeeld ergens naar kijken of luisteren.

Uit een overzicht van deze reviews blijkt dat interventies die afgestemd worden op de omstandigheden en behoeften van het individu en op een specifiek type van eenzaamheid, een grotere kans hebben om eenzaamheid te verminderen. Zoals bovenstaand beschreven bestaan er veel uiteenlopende interventies gericht op de aanpak van eenzaamheid bij ouderen. Van der Sande et al. (2019) beschrijven op basis van de literatuur acht typen ‘werkzame elementen’ in eenzaamheidsinterventies:

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

Hoofdstuk 2: Methoden

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag werd methodologisch onderzoek verricht. In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksbenadering, de setting en participanten, de manier van dataverzameling, de data-analyse en de ethische overwegingen nader beschreven.

2.1 Onderzoeksbenadering

Alvorens de onderzoeksvraag beantwoord kon worden diende de huidige zorgverlening met betrekking tot het verminderen en/of voorkomen van eenzaamheid in kaart gebracht te worden. Ook diende onderzocht te worden hoe vaak eenzaamheid zich voordeed bij mensen ouder dan 65 jaar tijdens een opname van minimaal tien dagen op de betreffende afdelingen. Binnen dit onderzoek werd zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek verricht om bovenstaande vragen helder te krijgen. Kwalitatief onderzoek richt zich vooral op het verkrijgen van inzichten volgens Baarda (2014). Het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek was explorerend van karakter. Kwalitatief explorerend onderzoek heeft als doel inzicht te krijgen in het onderwerp (Baarda, 2014). Er werd voor deze onderzoeksmethode gekozen omdat de onderzoeksvraag breed en complex van aard was. In het Zuyderland MC was nooit eerder onderzoek uitgevoerd naar eenzaamheid. Binnen het kwalitatief explorerend onderzoek werden data verzameld door middel van twee focusgroepen. Het voordeel van focusgroepen is dat deelnemers met elkaar in gesprek gaan over het onderwerp, waardoor meningen en ideeën kunnen worden uitgewisseld (Raats, 2019). Het kwantitatieve deel van dit onderzoek was beschrijvend van karakter. Volgens Baarda (2014) gaat deze vorm van onderzoek vooral over het bepalen van frequenties. Binnen dit onderzoek werd het beschrijvend kwantitatieve onderzoek uitgevoerd door middel van een retrospectieve dossierstudie. Aan de hand van de retrospectieve dossierstudie kon achterhaald worden in welke mate eenzaamheid op beide afdelingen voor kwam zonder patiënten te bevragen. Retrospectief betekent dat reeds beschikbare informatie gebruikt wordt voor het uitvoeren van onderzoek (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2016). Daarnaast werden er online enquêtes afgenomen om de huidige zorgverlening met betrekking tot het voorkomen en/of verminderen van eenzaamheid in kaart te brengen.

Om de betrouwbaarheid van een onderzoek te verhogen is het belangrijk om zo veel mogelijk databronnen en invalshoeken te gebruiken, ook wel triangulatie genoemd (Baarda, 2014). Triangulatie werd binnen dit onderzoek toegepast door meerdere disciplines te betrekken en meerdere onderzoeksmethoden te gebruiken.

2.2 Kwantitatief onderzoek

In dit subhoofdstuk worden de setting, participanten, de manier van dataverzameling en data-analysen van de kwantitatieve onderzoeksmethode nader toegelicht.

2.2.1 Retrospectieve dossierstudie

2.2.1.1 Setting en participanten

Het onderzoek vond plaats binnen één afdeling van de GRZ en de afdeling Klinische Geriatrie in het Zuyderland MC te Sittard. Binnen één afdeling van de GRZ zijn 30 bedden beschikbaar. De GRZ richt zich op herstel of verbetering van functioneren van mensen die blijvende gevolgen ondervinden van een ziekte, een aangeboren afwijking of ongeval. Binnen de Klinische Geriatrie zijn 25 bedden beschikbaar, waar ouderen opgenomen kunnen worden voor preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten. In bijlage 4 is de teamspecificatie van beide afdelingen weergegeven.

Een dossierstudie heeft plaatsgevonden bij vijvenzestigplussers, met een minimale opnameduur van tien dagen, op één afdeling van de GRZ en de Klinische Geriatrie. In tabel 2 zijn de in- en exclusiecriteria voor deze onderzoekspopulatie weergegeven. Binnen de afdeling Klinische Geriatrie werd ook zorg geboden aan patiënten in een palliatieve fase. Deze patiëntengroep was niet aanwezig binnen de GRZ. Om resultaten en aanbevelingen te geven die voor beide afdelingen van toepassing waren, werd gekozen om patiënten in de palliatieve fase te excluderen.

Tabel 2: In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie dossierstudie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Opname duur van minimaal tien dagen	Patiënten in de palliatieve fase
Leeftijd > 65 jaar	
Opgenomen binnen GRZ of Klinische Geriatrie	

2.2.1.2 Data verzameling

Het beschrijvend kwantitatief onderzoek, in de vorm van een retrospectieve dossierstudie, heeft plaatsgevonden tussen 9 april 2021 en 16 april 2021. Aan de hand van de dossierstudie diende helder te worden hoe vaak eenzaamheid voorkwam binnen de onderzoekspopulatie. De benodigde informatie werd verkregen uit de anamnese in het elektronisch patiëntendossier. Het Zuyderland MC gebruikt de Functionele Gezondheidspatronen van

Gordon als anamnesekader. Het zelfbelevingspatroon heeft betrekking op de houding van een patiënt. Zijn vaardigheden en emoties staan hierin centraal (Sassen, 2017). In de dossierstudie werd er gericht gekeken naar het zelfbelevingspatroon in de anamnese. De antwoorden op de vragen of iemand leegte ervaart, nauwe contacten mist en zich in de steek gelaten voelt werden meegenomen in de dossierstudie. Aan de hand van deze vragen werd een lijst opgesteld die gehanteerd werd bij de dossierstudie. In bijlage 7 is de lijst weergegeven.

2.2.1.3 Data-analyse

Binnen de data-analyse van het beschrijvend kwantitatief onderzoek werd er geteld hoeveel vijvenzestigplussers, met een minimale opname duur van tien dagen, betreffende vragen met ja beantwoordden. Deze resultaten werden in een cirkeldiagram uitgezet tegen het aantal vijvenzestigplussers, met een minimale opname duur van tien dagen, die betreffende vragen met nee beantwoordden. Bij het verwerken van de resultaten werden de vragen onafhankelijk van elkaar verwerkt in een cirkeldiagram.

2.2.2 Enquête

2.2.2.1 Setting en participanten

De onderzoekspopulatie van de enquête bestond uit stagiaires, leerlingen, helpenden, verzorgenden MBO-verpleegkundigen en HBO-verpleegkundigen die werkzaam waren binnen betreffende afdelingen. De enquête werd naar 61 geïncludeerde medewerkers uitgestuurd. Voor deze onderzoeksgroep werden belangrijke in- en exclusiecriteria opgesteld, weergegeven in tabel 3. Er werd een minimale werkervaring van zes maanden gehanteerd, onder vaste medewerkers, in verband met de inwerkperiode. Exclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie van de enquête waren flexmedewerkers. Dit omdat flexmedewerkers maar voor korte duur aanwezig waren en hierdoor geen of moeilijk uitspraak konden doen over de zorgverlening met betrekking tot eenzaamheid op deze afdelingen.

Tabel 3: In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie enquêtes

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Functie: Stagiaire, leerling, helpende, verzorgende, mbo-verpleegkundige, hbo-verpleegkundige	Flexmedewerkers
Minimaal zes maanden werkervaring op de GRZ of Klinische Geriatrie (vaste medewerkers)	

2.2.2.2 Data verzameling

Het doel van de enquêtes was om de huidige zorg in kaart te brengen. De enquêtes werden online afgenomen via ‘Questback’ van 9 april 2021 tot 25 april 2021. Respondenten van de enquête werden via mail benaderd, waarin ze een uitnodiging ontvingen om deel te nemen aan de enquêtes. De mail verschaftte informatie over het doel en de werkwijze van het onderzoek, zie bijlage 6. Het invullen van de ‘Questback’ gebeurde anoniem. Om de representativiteit van de enquête te vergroten werd er na vijf dagen een reminder via e-mail verstuurd. Waar nodig werden respondenten persoonlijk aangesproken. Binnen het onderzoek werd er gestreefd naar een minimale responsratio van 70,0 procent. Oberjé (2017) stelt dat een responsratio vanaf 70,0 procent als representatief beschouwd kan worden. De betrouwbaarheid van het onderzoek werd gehandhaafd doordat er controle was op het beantwoordingsproces. Respondenten konden geen vragen overslaan en dienden de vragen in de vooraf vastgestelde volgorde te beantwoorden.

De enquête werd aan de hand van het theoretisch kader, de deelvragen en de topiclijst van de focusgroep opgesteld, zie bijlage 9. Vragen over interventies werden met behulp van de ‘acht werkzame elementen’, beschreven in Van de Sande et al. (2019), opgesteld.

2.2.2.3 Data-analyse

De verkregen resultaten werden geanalyseerd middels het programma ‘Questback’. Het programma vertaalde de verkregen data naar grafieken en tabellen. Enquêtes die niet volledig werden ingevuld, werden buiten beschouwing gelaten. De open vragen werden open, axiaal en selectief gecodeerd aan de hand van de labels die bij de focusgroepen verkregen werden. De stappen van het coderen worden bij de data-analyse van de focusgroepen verder toegelicht. De selectieve en axiale codes werden in een codeboom verwerkt, zie bijlage 11.

2.3 Kwalitatief onderzoek

Binnen dit subhoofdstuk zal nader toegelicht worden binnen welke setting en onderzoekspopulatie het kwalitatief onderzoek plaatsvond. Daarnaast wordt beschreven hoe de dataverzameling en data-analyse heeft plaatsgevonden.

2.3.1 Setting en participanten

De setting voor het uitvoeren van het kwalitatieve deel van het onderzoek betrof één afdeling binnen de GRZ en de afdeling Klinische Geriatrie, gelegen in het Zuyderland MC te Sittard. De onderzoekspopulatie van de focusgroepen bestonden uit disciplines die betrokken zijn bij

de zorgverlening aan vijftien zestigplussers die minimaal tien dagen worden opgenomen. Twee maatschappelijk werkers, één pastorale medewerker, één psycholoog en één activiteitentherapeut namen deel aan de focusgroepen. Voor het selecteren van de onderzoekspopulatie werd er gebruik gemaakt van doelgerichte steekproeven vanwege de gestelde inclusiecriteria. Doelgerichte steekproeven zijn steekproeven die de onderzoeker bewust zelf samenstelt (Baarda, 2014). De in- en exclusiecriteria zijn weergegeven in tabel 4. Flexmedewerkers, stagiaires en leerlingen werden geëxcludeerd vanwege de korte tijdsduur die zij aanwezig waren op deze afdelingen.

Tabel 4: In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie focusgroep

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Betrokken bij zorg binnen GRZ of Klinische Geriatrie	Flexmedewerkers, stagiaires en leerlingen
Zes maanden werkervaring binnen de GRZ of Klinische Geriatrie	

2.3.2 Dataverzameling

Respondenten werden via mail benaderd, waarin ze een uitnodiging ontvingen om deel te nemen aan de focusgroep. De mail verschaftte informatie over het doel en de werkwijze van het onderzoek, zie bijlage 5. Door middel van twee focusgroepen werd er informatie verkregen over de huidige zorgverlening met betrekking tot het verminderen en/of voorkomen van eenzaamheid. Op 20 april hebben twee focusgroepen plaatsgevonden met verschillende disciplines. De focusgroepen vonden plaats via videobellen met behulp van Microsoft Teams in verband met de corona maatregelen. Er werd van beide focusgroepen een audio opname gemaakt. Volgens Baarda (2014) kan door middel van videobellen dezelfde informatie worden verzameld als door middel van een face-to-face focusgroep interview. De focusgroep interviews hebben circa 45 minuten geduurd.

Volgens Baarda (2014) is een interview valide wanneer er gebruikt gemaakt wordt van een topiclijst, zie bijlage 8. De topiclijst werd aan de hand van het theoretisch kader en de deelvragen opgesteld. De validiteit werd gewaarborgd door per topic na te gaan of de vooraf opgestelde vragen daadwerkelijk de informatie vergaarden die de onderzoekers wilden weten.

2.3.3 Data-analyse

De eerste stap binnen het analyseren van de verkregen data, was het letterlijk transcriberen van de focusgroepen. Bij letterlijk transcriberen worden stopwoorden, gestotter en aarzelingen

ook meegenomen in de transcriptie. Letterlijk transcriberen is de meest nauwkeurige methode, waardoor geen informatie verloren gaat (Schoot, z.d.). Het transcript werd toegestuurd aan de respondenten, zodat zij dit op waarheid konden beoordelen. Tijdens de tweede stap van de data-analyse werd er gebruik gemaakt van open coderen. Hierbij werden de getranscribeerde focusgroepen doorgelezen en labels aan tekstfragmenten toegekend. Deze labels gaven per tekstfragment aan wat het hoofdonderwerp was. Als derde stap werd axiaal coderen toegepast. Bij axiaal coderen worden verschillende tekstfragmenten die hetzelfde label hebben met elkaar vergeleken (Baarda, 2014). Hierbij werd gekeken naar de inhoud. De labels die bij elkaar hoorden werden samengevoegd onder één code. De laatste stap binnen de data-analyse was het selectief coderen. Met de onderzoeksvraag in het achterhoofd werd er bij het selectief coderen een laatste ordening aangebracht (Baarda, 2014). De codeboom van de focusgroep is weergegeven in bijlage 12.

2.4 Ethische overwegingen

Binnen het onderzoek werden gegevens verkregen via verschillende disciplines en reeds beschikbare informatie. Patiënten werden niet direct bij het onderzoek betrokken. De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (2021) stelt dat een onderzoek pas WMO-plichtig kan zijn, wanneer een proefpersoon zelf bij het onderzoek betrokken wordt. Een retrospectieve dossierstudie valt hierdoor niet onder WMO-plichtig onderzoek, omdat gegevens niet in het kader van onderzoek verzameld zijn. Uit bijlage 10 blijkt dat de Medisch Ethische Toets Commissie (METC) niet ingeschakeld hoeft te worden wanneer een onderzoek niet WMO-plichtig is.

Deelnemers van de focusgroepen en enquête dienden voorafgaand aan het onderzoek een toestemmingsformulier met informed consent te ondertekenen, zie bijlage 5 en bijlage 6. Door het toestemmingsformulier met informed consent te ondertekenen, bevestigden de respondenten op de hoogte te zijn van het doel en de werkwijze en vrijwillig deel te nemen aan het onderzoek. De respondenten hadden de gelegenheid om eventuele vragen naar de onderzoekers te mailen. Verzamelde gegevens werden vertrouwelijk behandeld en in geanonimiseerde vorm bewaard en verwerkt. Binnen de focusgroepen en enquête werden geen persoonlijke vragen aan de deelnemers gesteld. Deelname aan het onderzoek was geheel vrijblijvend en had geen verdere consequenties wanneer deelname geweigerd werd.

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de verschillende vormen van methodologisch onderzoek weergegeven. Bij het uitwerken van de enquête zal er behalve voor de resultaten, ook aandacht zijn voor de responsratio.

De dossierstudie geeft een antwoord op de eerste deelvraag, waarbij gekeken wordt welke signalen van eenzaamheid op beide afdelingen naar voren komen. Bij de focusgroepen en enquête zijn de selectieve coderingen gelinkt aan de deelvragen. De eerste drie codes *definitie, soorten en oorzaken*, zijn gelinkt aan het algemene begrip eenzaamheid. De volgende code *herkennen* hoort bij de eerste deelvraag over signalen van eenzaamheid. De coderingen *interventies* en *meetinstrumenten* horen bij de tweede deelvraag over de huidige interventies op beide afdelingen. De code *multidisciplinaire samenwerking* hoort bij de derde deelvraag over de mate van multidisciplinaire zorg ten aanzien van eenzaamheid. Er is ook nog een kop *overige selectieve coderingen*. Deze kop is niet gelinkt aan een deelvraag.

3.1 Retrospectieve dossierstudie

Binnen de dossierstudie werden negentien dossiers binnen west 46, één afdeling van de GRZ, en elf dossiers binnen west 52, de Klinische Geriatrie, geïnccludeerd. In totaal zijn dertig dossiers geïnccludeerd, $N = 30$. Tien patiënten antwoordden ja op de vraag, ervaart u wel eens leegte om u heen? Tien patiënten antwoordden ja op de vraag, mist u wel eens mensen om u heen? Zeven patiënten antwoordden ja op de vraag, voelt u zich wel eens in de steek gelaten? In figuur 1, 2, en 3, die bijgevoegd zijn in bijlage 13, zijn bovengenoemde resultaten in cirkeldiagrammen weergegeven.

3.2 Responsratio en onderzoekspopulatie enquête middels ‘Questback’

De link van de online enquête werd in totaal naar $N = 61$ potentiële respondenten verstuurd. 44 respondenten hadden de gehele enquête middels ‘Questback’ ingevuld. In tabel 5 is te zien dat de responsratio van het onderzoek daardoor 72,1 procent was.

Tabel 5: Responspercentage

Aantal genodigde respondenten	Aantal deelnemende respondenten	Percentage respons
N = 61	44	72,1%

Op basis van de eerste vijf vragen werd de onderzoekspopulatie in kaart gebracht. In tabel 6, bijgevoegd in bijlage 14, zijn de demografische kenmerken weergegeven. Drie van de 44 respondenten waren mannen, de rest was vrouw. Onder de respondenten bevonden zich negen stagiaires (20,5%), geen helpende (0%), twaalf verzorgende IG (27,3%), zestien mbo-verpleegkundigen (36,4%) en zeven hbo-verpleegkundigen (15,9%). Van de 35 gediplomeerde collega's waren er tien tussen de vijf en tien jaar werkzaam binnen de zorgsector (28,6%). De 35 gediplomeerde medewerkers werkten allemaal langer dan zes maanden op de afdeling Klinische Geriatrie of één afdeling van de GRZ.

3.3 Resultaten uit de focusgroepen en enquête

In deze paragraaf komen de resultaten uit de twee focusgroepen en enquête aan bod. Deze resultaten zijn beschreven aan de hand van de selectieve coderingen.

3.3.1 Definitie eenzaamheid

Focusgroepen: Alle vijf de respondenten gaven aan dat eenzaamheid een breed begrip is, maar kort kan worden omschreven als een subjectief ervaren gevoel waarbij zinvolle verbindingen worden gemist. Twee respondenten, elk in één van de twee focusgroepen, voegden hieraan toe dat eenzaamheid een emotie is, en dat het niet alleen gaat over het feitelijk aantal contacten die een persoon heeft. Zo benoemde respondent R1: “Sommige mensen kunnen uhm ja... alleen zijn en niet eenzaam zijn en andere mensen kunnen in een groep zijn en zich toch eenzaam voelen”.

Eén respondent gaf aan dat eenzaamheid niet als diagnose wordt beschreven in de DSM-V.

Enquête: Van de 44 respondenten gaven 37 respondenten aan het begrip eenzaamheid te kunnen omschrijven. Van deze 37 respondenten gaven zeven respondenten aan dat eenzaamheid een subjectief gevoel is. Twaalf respondenten gaven ook het missen van contact aan. Acht respondenten betrokken bij eenzaamheid het missen van verbinding. Drie respondenten omschreven eenzaamheid als het voelen van een leegte. Twee respondenten gaven aan dat een persoon feitelijk geen/weinig contacten heeft en twee respondenten beschreven een gemis aan waardering. Eén respondent gaf als omschrijving behoefte aan aandacht. Eén het ervaren van een gemis, en één dat een persoon zich onbegrepen voelt.

3.3.2 Soorten eenzaamheid

Focusgroepen: Twee respondenten gaven aan niet bekend te zijn met soorten eenzaamheid. In de eerste focusgroep gaf één respondent aan te denken aan sociaal isolement en emotionele

eenzaamheid. Volgens deze respondent betrof emotionele eenzaamheid een gevoel, emotie. In de tweede focusgroep werd door één respondent de existentiële eenzaamheid benoemd, waar volgens deze respondent mensen erg aan konden lijden.

Enquête: 32 respondenten gaven aan bekend te zijn met het begrip sociale eenzaamheid en dit begrip te kunnen omschrijven. Twintig respondenten gaven bij de omschrijving feitelijk geen/weinig contact aan, vier respondenten het missen van contact. Drie respondenten benoemden een subjectief gevoel en drie respondenten benoemden de wens tot meer contact. Eén op de 32 respondenten gaf bij de omschrijving van een sociale eenzaamheid een van de volgende kenmerken aan: verliezen contact, geen praktische ondersteuning, gebrek sociale vaardigheden, geen steun, weinig ontspanning, bewust geen contact willen.

Het begrip emotionele eenzaamheid gaven 25 respondenten aan te kunnen omschrijven. Zeven respondenten gaven aan dat emotionele eenzaamheid een subjectief gevoel is. Zes respondenten benoemden het missen van een intieme/hechte band. Zes respondenten benoemden dat een persoon zich niet goed kan uiten. Drie respondenten gaven aan dat het missen van overledenen ook hoorde bij emotionele eenzaamheid. Drie respondenten gaven aan dat een persoon zich onbegrepen kan voelen. De volgende kenmerken werden door één respondent benoemd: feitelijk geen/weinig contact, missen verbinding en verlies partner.

3.3.3 Oorzaken eenzaamheid

Focusgroepen: Eenzaamheid kan worden veroorzaakt door een verlies van gezondheid volgens vier respondenten. Vier respondenten gaven ook aan dat externe factoren oorzaak kunnen zijn. Door twee van de vijf respondenten werd het verlies van naasten, wegvallen van netwerk en psychische problemen als oorzaak genoemd. Eén van de vijf respondenten gaf aan dat een opname in het ziekenhuis, verschillende verwerkingsprocessen of een arbeidsmigrant zijn, oorzaken kunnen zijn van eenzaamheid.

Enquête: Een verminderde mobiliteit, psychische beperkingen en het verliezen van contact werden door één op de 44 respondenten benoemd als oorzaak voor eenzaamheid.

3.3.4 Herkennen eenzaamheid

Focusgroepen: Drie respondenten gaven aan dat een patiënt vaak zelf aangeeft zich alleen te voelen. Dit komt naar voren tijdens een gesprek met de patiënt.

Respondent R1 gaf aan dat eenzaamheid niet alleen te observeren is:

Het is niet iets wat je kunt observeren... als ik ook nog even denk aan mijn werk in het verpleeghuis in het verleden dan had ik wel eens situaties waarin werd verondersteld door een team, die man die is eenzaam want die zit altijd op zijn kamer. Maar dat was iemand die zich daar heel prettig bij voelde. Die man was helemaal niet eenzaam. Dus het is niet iets wat je kunt observeren vanuit je eigen sociale bril zeg maar. Je kunt het alleen maar ontdekken door het gesprek daarover te voeren met iemand, van hoe voelt dit.

Eén andere respondent, R2, gaf aan dat uiterlijke signalen een vermoeden kunnen zijn om te denken aan eenzaamheid. Een gesprek en verbinding met de patiënt zijn hierbij wel nodig om eenzaamheid daadwerkelijk te kunnen vaststellen. Ook werden door respondent, R4, de oogopslag en het krijgen van weinig bezoek als signalen gezien die kunnen wijzen op eenzaamheid.

Alle vijf respondenten gaven aan geen meetinstrument te kennen of te gebruiken om eenzaamheid in kaart te brengen. Eén respondent gaf aan eenzaamheid meer als een symptoom te zien en hiervoor geen meetinstrument in te zetten. Eén andere respondent gebruikt zijn/haar intuïtie om eenzaamheid te herkennen. Eén respondent gaf aan juist de term eenzaamheid niet te gebruiken in de rapportage maar de situatie te beschrijven waaruit zou kunnen worden opgemaakt dat dit eenzaamheid betreft. Deze respondent, R2, gaf aan:

Uhm ja goed... ik denk dat... dat we sowieso in een maatschappij leven waarin het heel snel gebeurt dat er stickertjes of labeltjes of hoe je het ook wilt noemen geplakt worden. Ik denk dat we vanuit uh... vanuit de klinische blik na de patiënt uhm... ons ja vooral... heel erg bij de feiten proberen te houden en termen als eenzaamheid en dat soort zaken, benoem ik niet heel vaak in mijn rapportages in de decursus.

Enquête: 39 respondenten gaven aan signalen te kunnen benoemen die kunnen wijzen op eenzaamheid. Alle 39 respondenten gaven bij het benoemen van de signalen een secundaire emotie aan. Basisemoties werden door 22 respondenten beschreven. Veertien respondenten benoemden terugtrekken als een signaal, zeven een verminderde eetlust en zeven feitelijk geen/weinig contact hebben. Zeven respondenten gaven het vragen van aandacht aan als signaal. Vijf respondenten benoemden uiterlijk kenmerken, drie respondenten gaven aan dat personen negatief zijn over verschillende dingen. Fysieke klachten en psychische klachten werden elk door twee respondenten als signaal benoemd. Twee respondenten gaven aan dat

een persoon zich doelloos kan voelen. Weinig sociale interactie en geen bezigheden werden elk door één respondent benoemd.

In figuur 4, weergegeven in bijlage 15, is te zien dat 23 respondenten vaak letten op signalen van eenzaamheid tijdens de zorgverlening (52,3%).

Signalen van eenzaamheid werden in een verschillende hoeveelheid gerapporteerd. Veertien personen rapporteerden signalen van eenzaamheid soms (31,8 procent), dertien personen vaak (29,5 procent), tien personen altijd (22,7 procent), 21 respondenten maakten signalen van eenzaamheid vaak bespreekbaar met de patiënt (47,7 procent). Vijftien respondenten bespraken signalen soms met de patiënt (34,1 procent).

Het beginnen van het gesprek met een patiënt over eenzaamheid vonden 28 respondenten niet lastig (63,6 procent). Zestien respondenten gaven aan dat ze dit wel lastig vonden (36,4 procent). Het gesprek beginnen over eenzaamheid werd door zes respondenten als lastig ervaren omdat het een gevoelig onderwerp betreft. Drie respondenten gaven aan het moeilijk bespreekbaar te vinden. Drie respondenten gaven aan onvoldoende informatie te hebben over de patiënt en drie andere respondenten gaven aan dat het gesprek emoties kan oproepen bij de patiënt. Eén respondent gaf aan te weinig kennis te hebben over wat hij/zij kan aanbieden aan de patiënt. Eén respondent gaf aan dat eenzaamheid voor iedereen een persoonlijke betekenis heeft.

24 respondenten gaven aan te weten welke vervolgstappen ze kunnen ondernemen, nadat signalen van eenzaamheid zijn herkend bij een patiënt (54,5 procent). Dit betreft net iets meer dan de helft van de respondenten. Vervolgstappen werden door achttien respondenten vaak ondernomen als eenzaamheid wordt herkend (40,9 procent).

3.3.5 Meetinstrumenten

Focusgroepen: Vier respondenten gaven aan dat meetinstrumenten over eenzaamheid ontbreken. Eén respondent gebruikt de sociale kaart als hulpmiddel om de omgeving in kaart te brengen.

3.3.6 Interventies eenzaamheid

Focusgroepen: Alle vijf respondenten gaven aan dat in gesprek gaan met de patiënt de eerste vervolgstap is, indien eenzaamheid wordt herkend. Zo zei respondent R4:

Het feit dat je aandacht geeft aan iemand, aandacht hebt voor iemand, ook de tijd neemt voor iemand, dat je rustig even bij iemand op de kamer gaat zitten, uhm..nou dat kan wel goed doen denk ik. Ja tenminste zo ervaar ik dat wel.

Eén respondent voegde toe dat tijdens het gesprek de hulpvraag van de patiënt achterhaald wordt en aan de hand van de hulpvraag gekeken kan worden naar hulp/benodigdheden. Eén respondent gaf aan te onderzoeken of de eenzaamheid ook al in de thuissituatie speelde, en indien nodig andere disciplines in te schakelen zoals een algemeen maatschappelijk medewerker.

Verschillende interventies worden ingezet om eenzaamheid te verminderen. Vier respondenten gaven aan persoonlijk en betekenisvol contact in te zetten. Sociale interactie werd ook door vier respondenten benoemd. Drie respondenten gaven aan naar een andere discipline te verwijzen. Drie respondenten zeiden dat zij geen protocol gebruiken voor het uitvoeren van de interventies. Praktische ondersteuning wordt aangeboden door twee respondenten. Door twee respondenten werd toegevoegd dat interventies persoonlijk afgestemd moeten worden. Het geven van bezigheden werd door twee respondenten benoemd. Door twee respondenten werd als kanttekening geplaatst dat de begeleiding soms van korte duur is door de duur van de opname. De volgende interventies werden door één van de vijf respondenten benoemd: ontmoeten, motiveren/overhalen, realistische verwachtingen geven, signaleren, erkennen, belemmeringen wegnemen, en het onderzoeken wanneer eenzaamheid bij de patiënt voorkomt.

Enquête: De respondenten gaven verschillende vervolgstappen aan die zij inzetten na signalen van eenzaamheid herkend te hebben. Deze vervolgstappen zijn ook de interventies die de respondenten uitvoeren. Alle 44 respondenten gaven aan dat er binnen de afdelingen groepsactiviteiten worden aangeboden. 35 respondenten schakelen andere disciplines in die of naar andere disciplines verwijzen of zelf bepaalde interventies uitvoeren. Achttien respondenten gaven aan dat er individuele activiteiten worden aangeboden. Tien respondenten maken contact met de patiënt. Zeven respondenten bespreken de signalen ook met de patiënt. Vijf respondenten raadplegen het team/collega's om signalen te delen, en vier respondenten bespreken de signalen ook met het netwerk van de patiënt. Het aanbieden van bezigheden en/of afleiding werd door drie respondenten benoemd. Telkens één respondent benoemde de volgende interventies: aanbieden van praktische ondersteuning, rapportage schrijven, observeren, onderzoeken van het netwerk.

Zestien respondenten benoemden dat er op de afdeling soms ontmoetingsmogelijkheden worden aangeboden aan patiënten (36,4%), veertien respondenten gaven aan dat dit vaak gebeurt (31,8%). De helft van de respondenten, 22, gaf aan dat interventies soms worden

ingezet om betekenisvol contact te faciliteren. 25 respondenten gaven aan dat er op de afdeling vaak praktische ondersteuning wordt aangeboden (56,8%). 21 respondenten spreken hun waardering altijd uit naar patiënten (47,7%), achttien respondenten doen dit vaak (40,9%). 28 respondenten weten vaak welke verwachtingen een patiënt heeft op het gebied van contact met de zorgvrager (63,6%). 30 respondenten benoemden dat zij vaak rekening houden met de verwachtingen van een patiënt ten aanzien van frequentie van contact (68,2%) en 44 respondenten houden vaak rekening met de verwachtingen ten aanzien van inhoud van het contact (77,3%).

3.3.7 Multidisciplinaire samenwerking

Focusgroep: Drie respondenten uit één focusgroep benoemden dat het binnen multidisciplinair samenwerken belangrijk is om bekendheid te geven aan je eigen vakgebied. Het volgende citaat, van respondent R1, geeft dit ook aan: “Maar ik denk wel dat het goed is jezelf op de kaart te houden en bijvoorbeeld als pastoraal medewerker, die hebben dat gedaan door dan een keer in het jaar gaan ze dan even bij een RPB erbij zitten”.

Drie respondenten benoemden samen te werken met een arts, waarbij de arts de disciplines in consult vraagt. Samenwerking met verpleegkundigen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werk, pastoraal medewerker en activiteitentherapeuten werd door één van de vijf respondenten benoemd. Respondent R4, benoemde zelf aanwezig te zijn: “Ik kom daar regelmatig gewoon op de afdelingen en uhm, kijk rond en uhm, nou dat is mijn insteek zeg maar. Gewoon ook uh present zijn”.

Enquête: 23 respondenten gaven aan bekend te zijn met de rol van andere disciplines bij de zorgverlening rondom eenzaamheid (52,3%). In figuur 5, weergegeven in bijlage 15, is te zien welke disciplines worden ingeschakeld. Naast de genoemde disciplines voegden twee respondenten toe dat zij collega's spreken, één respondent geeft aan zelf contact te leggen met de patiënt en één respondent geeft aan contact te zoeken met het netwerk van de patiënt.

3.3.8 Overige selectieve codes

Focusgroep: In beide focusgroepen is de invloed COVID-19 aan bod gekomen. Twee respondenten benoemden dat er door COVID-19 maar een beperkt aanbod aan interventies is. Twee respondenten benoemden dat er door de maatregelen maar beperkte sociale interactie mogelijk is. Respondent R3 gaf aan een toename van eenzaamheid te zien gedurende deze periode. Eveneens benoemde deze één respondent een toename van passiviteit, verwardheid, verdriet en een gevoel van in de steek lating onder de patiënten.

In één focusgroep is het voorkomen van eenzaamheid besproken. Alle twee de respondenten van deze focusgroep benoemden dat het voorkomen van eenzaamheid niet mogelijk is. In één focusgroep zijn belemmerende factoren voor interventies besproken. Eén respondent benoemde dat verbale afasie en anderstaligen belemmeringen zijn om interventies uit te voeren. In één focusgroep zijn beïnvloedende factoren voor multidisciplinair samenwerken besproken. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen belemmerende en bevorderende factoren. Eén respondent benoemde dat tijd een belemmerende factor is. Dezelfde respondent benoemde het belang van multidisciplinaire samenwerking te zien, wat als bevorderende factor beschouwd kan worden.

Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden verbanden gelegd tussen de resultaten en literatuur uit het theoretisch kader. Ook zullen de sterke en zwakke punten van het onderzoek worden toegelicht.

Implicaties worden beschreven voor het verpleegkundige vakgebied en toekomstig onderzoek. Als laatste wordt een bondige conclusie gegeven op de hoofdvraag.

4.1 Discussie

Wanneer de verkregen resultaten worden vergeleken met de beschikbare literatuur over eenzaamheid zijn een aantal verschillen op te merken. Uit de resultaten, van zowel de enquête als de focusgroepen, is gebleken dat de beschrijving van het begrip emotionele eenzaamheid niet overeenkomt met de beschrijving die Cacioppo et al. (2015) geeft. Met behulp van de signaleringskaart eenzaamheid kunnen signalen worden herkend (Zorg voor Beter, 2020). Uit de resultaten komt naar voren dat de signalen, die benoemd worden door de respondenten, ook in de signaleringskaart worden vermeld. In gesprek gaan met de patiënt wordt door alle respondenten van de focusgroep als eerste vervolgstap benoemd. De respondenten van de enquête benoemen juist als eerste stap het aanbieden van groepsactiviteiten en het verwijzen naar andere disciplines. In de literatuur wordt de 6-item eenzaamheidsschaal benoemd als meetinstrument (Van der Sande et al., 2019). Echter geven vier respondenten van de focusgroep aan geen meetinstrument te kennen of te gebruiken. Alleen de sociale kaart wordt benoemd als hulpmiddel om de omgeving in kaart te brengen. Eenzaamheid kan voorkomen en/of verminderd worden door gebruik te maken van de ‘acht werkzame elementen’ bij eenzaamheidsinterventies (Van der Sande et al., 2019). De ‘acht werkzame elementen’ worden in meer of mindere mate aangeboden aan de patiënten. De helft van de respondenten van de enquête geeft aan bekend te zijn met de rol van andere disciplines omtrent eenzaamheid. Voornamelijk de activiteitenbegeleider/therapeut, maatschappelijk werker en pastoraal medewerker worden ingeschakeld bij het herkennen van eenzaamheid. De respondenten uit de focusgroep geven juist aan dat ze soms het gevoel hebben te weinig te worden ingeschakeld. Zij benoemen het belang van bekendheid. Verschillende disciplines werken samen bij het stellen van de diagnose, het opstellen van het zorg- of behandelplan en de evaluatie daarvan (Zorg voor Beter, 2019). De respondenten uit de focusgroep geven daarentegen aan dat zij niet in het multidisciplinaire overleg participeren.

Een sterk punt van dit onderzoek is het gebruik van triangulatie, verschillende dataverzamelingsmethoden. Informatie is verkregen uit verschillende invalshoeken: patiënten,

verpleegkundigen en andere disciplines. Bij de enquête en de twee focusgroepen zijn dezelfde topics gebruikt, hetgeen de kwaliteit van het onderzoek verhoogt.

Het gebruik van recente literatuur in dit onderzoek kan ook worden beschouwd als één van de sterke punten. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van literatuur die na het jaar 2015 gepubliceerd is. Wanneer er literatuur gebruikt is ouder dan vijf jaar, betreft het bronnen die de meest recente informatie bevatten over een bepaald onderwerp.

Vanwege het COVID-19 virus hebben de twee focusgroepen online plaatsgevonden via Teams videobellen. Deze twee focusgroepen zijn niet op de voorgenomen wijze verlopen, doordat bij de eerste focusgroep één respondent door problemen met het programma niet op tijd heeft kunnen deelnemen. Tijdens het interview is zij nog aangesloten waarbij informatie over de voorgaande vragen eerst werd benoemd. Een minder sterk punt van dit onderzoek is dat er geen differentiatie heeft plaatsgevonden tussen beide afdelingen, waardoor onduidelijk is of de resultaten representatief zijn voor beide afdelingen. Daarnaast hebben de disciplines fysiotherapie en ergotherapie niet deelgenomen aan de focusgroepen waardoor er geen informatie van alle betrokken disciplines rondom eenzaamheid is verkregen. De enquête is naar verhouding door veel stagiaires ingevuld, waardoor deze groep overgerepresenteerd is. Helpende zijn ondergerepresenteerd. Hierdoor kunnen resultaten afwijken.

Dit onderzoek impliceert voor het verpleegkundig vakgebied dat de verpleegkundige een belangrijke rol heeft bij het herkennen van eenzaamheid en het nemen van vervolgstappen. Door het nauwe contact met de patiënt en het contact met andere disciplines is de verpleegkundige cruciaal voor het bieden van passende zorg bij eenzaamheid. Dit onderzoek beperkt zich tot het in kaart brengen en onderzoeken van interventies die eenzaamheid kunnen voorkomen en/of verminderen. In de focusgroepen wordt de COVID-19 pandemie geregeld benoemd. Mogelijk kan er een vervolgonderzoek uitgevoerd worden naar de invloed van COVID-19 op eenzaamheid. Ook zou er, om aanbevelingen te kunnen doen per afdeling, vervolgonderzoek gedaan kunnen worden naar het verminderen en/of voorkomen van eenzaamheid per afdeling.

4.2 Conclusie

De vraagstelling van deze thesis is: *Welke interventies kunnen eenzaamheid voorkomen en/of verminderen bij patiënten ouder dan 65 jaar, die minimaal tien dagen binnen één afdeling van de Geriatrische Revalidatie Zorg of Klinische Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard worden opgenomen?* Het antwoord op deze vraag is dat eenzaamheid voorkomen en/of verminderd kan worden aan de hand van interventies die gebaseerd zijn op de ‘acht werkzame elementen’ die in de literatuur worden benoemd. Deze interventies dienen afgestemd te worden op de omstandigheden en behoeften van het individu en op een specifieke soort eenzaamheid.

Uit de resultaten is gebleken dat de zorgverleners algemene kennis hebben over eenzaamheid, maar niet specifiek soorten kunnen omschrijven, waardoor interventies moeilijk kunnen worden afgestemd op een specifiek type eenzaamheid.

De signalen ten aanzien van eenzaamheid die binnen de huidige zorgverlening naar voren komen, zijn op te delen in signalen uit de dossierstudie en signalen die de zorgverleners opmerken. Uit de dossierstudie blijkt dat een derde van de patiënten bij opname, vragen over eenzaamheid positief beantwoordt. Signalen die zorgverleners opmerken komen naar voren uit een observatie zoals uiterlijke kenmerken, maar ook mondelinge uitspraken van patiënten. Daarnaast worden secundaire emoties, basisemoties, sociaal terugtrekken en feitelijk geen/weinig contact hebben veelvuldig benoemd. Deze signalen komen overeen met de literatuur uit het theoretisch kader.

De zorgverleners geven aan als eerste het gesprek aan te gaan na het herkennen van signalen. Echter geeft meer dan een derde van de respondenten bij de enquête aan het lastig te vinden een gesprek te beginnen. De zorgverleners gebruiken geen specifieke meetinstrumenten en interventies worden niet gebaseerd op onderzoek. De huidige interventies betreffen voornamelijk het stimuleren van meer contacten door allerlei activiteiten en bezigheden aan te bieden.

Er is sprake van multidisciplinaire zorg rondom eenzaamheid. Verschillende disciplines geven aan interventies uit te voeren nadat ze worden ingeschakeld door een arts/verpleegkundige. Enkele disciplines nemen zelf initiatief om patiënten op de afdeling te bezoeken. De verschillende disciplines geven echter aan onvoldoende bekendheid te hebben over betrokken disciplines bij de zorg rondom eenzaamheid op deze afdelingen.

Hoofdstuk 5: Advies en inbedding

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen weergegeven met betrekking tot het inzetten van interventies om eenzaamheid te verminderen en/of voorkomen bij patiënten ouder dan 65 jaar, die minimaal tien dagen worden opgenomen. Tevens wordt beschreven hoe deze adviezen ingebed kunnen worden. Er is gekozen om het onderzoek te richten op zowel de Klinische Geriatrie als op één afdeling van de GRZ om een zo breed mogelijk advies te kunnen geven. Hierdoor hebben beide afdelingen de mogelijkheid om voor hun relevante onderdelen van het advies te implementeren.

Scholing/klinische les: Als eerste wordt geadviseerd om de kennis van betrokken zorgverleners rondom eenzaamheid te vergroten. Gelet op de resultaten van de enquête en de focusgroep zou deze scholing/klinische les zich moeten richten op het verbreden van kennis over de verschillende soorten eenzaamheid en het voeren van het gesprek over eenzaamheid. Gelet op de kosten kan ervoor gekozen worden om de scholing/klinische les door één expert, werkzaam binnen het Zuyderland MC, gegeven te laten worden. Deze scholing/klinische les zou op een teamscholingsdag plaats kunnen vinden. Aanbevolen wordt om deze scholing jaarlijks te herhalen.

Onderbouwing interventies: Daarnaast wordt geadviseerd om huidige interventies, in de zorg rondom eenzaamheid, te onderbouwen met literatuur. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de ‘acht werkzame elementen’ die in het theoretisch kader beschreven worden. Deze acht elementen ondersteunen mensen die eenzaamheid ervaren op verschillende gebieden, afhankelijk van het specifiek type eenzaamheid dat ervaren wordt.

Er kan een beslishulpmiddel ontwikkeld worden op basis van de ‘acht werkzame elementen’ en soorten eenzaamheid in de vorm van een poster. Deze poster kan op een zichtbare plaats op de afdeling bevestigd worden. Dit beslishulpmiddel kan ontwikkeld worden door de onderzoekers of een verpleegkundige van desbetreffende afdelingen. Hierdoor brengt deze inbedding geen extra kosten met zich mee.

Contact met andere disciplines: Als laatste wordt geadviseerd bekendheid over de rol van verschillende disciplines, in de zorgverlening rondom eenzaamheid, te vergroten. Dit kan gerealiseerd worden door alle betrokken disciplines, minimaal één keer per jaar, te laten deelnemen aan het multidisciplinaire overleg binnen desbetreffende afdelingen. Binnen dit overleg kan iedere discipline zijn vakgebied op de kaart zetten.

Bronnenlijst

- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek (2e editie)*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bles, R., Van Loon, M., Maathuis, I., & Mohammadi, M. (2020, 11 december). Eenzaamheidsinterventies voor ouderen. *TPO - De Praktijk*, 15, 20–23. doi: 10.1007/s12503-020-0794-6
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249. doi: 10.1177/1745691615570616
- Centraal Bureau Statistiek [CBS]. (2016). *Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen 2016*. Geraadpleegd op 4 maart 2021, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/huidige-situatie#node-eenzaamheid-naar-burgerlijke-staat>
- Centraal Bureau Statistiek [CBS]. (2021). *Ouderen*. Geraadpleegd op 30 maart 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek [CCMO]. (2021). *Uw onderzoek WMO-plichtig of niet?* Geraadpleegd op 27 maart 2021 van, <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., ... & Cole, S.W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, behavior, and immunity*, 26(7), 1095–1101. doi: 10.1016/j.bbi.2012.07.006
- De Jong-Gierveld, J., & Fokkema, T. (2016). Sociaal ‘konvooi’ beste middel tegen eenzaamheid. *Demos: bulletin over bevolking en samenleving*, 32(5). Geraadpleegd op 04 maart 2021, van <http://publ.nidi.nl/demos/2016/demos-32-05-dejonggierveld.pdf>
- De Jong-Gierveld, J., Van Tilburg, T.G., & Dykstra, P.A. (2016). New Ways of Theorizing and Conducting Research in the Field of Loneliness and Social Isolation. In *Anita Vangelisti & Daniel Perlman (eds), The Cambridge Handbook of Personal*

Relationships, second edition, Cambridge University Press (in press) (pp. 1–30).

Geraadpleegd op 12 april 2021, van <http://hdl.handle.net/1765/93235>

Den Hollander, M., Talma, M., & Heessels, M. (2020). *In gesprek over eenzaamheid*. Utrecht: Movisie.

Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J., & Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(647), 1-22. doi: 10.1186/1471-2458-11-647

Dunbar, R. I. M. (2014). The social brain: Psychological underpinnings and implications for the structure of organizations. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 109–114. doi: 10.1177/0963721413517118

Fakoya, O.A., McCorry, N.K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(129), 1-14. doi: 10.1186/s12889-020-8251-6

Franck, L., Molyneux, N., & Parkinson, L. (2016). Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. *Quality of Life Research*, 25(6), 1395-1407. doi: 10.1007/s11136-015-1197-y

Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*, 26(2), 147-157. doi: 10.1111/hsc.12367

Hawkley, L. C., Gu, Y., Luo, Y. J., & Cacioppo, J. T. (2012). The mental representation of social connections: Generalizability extended to Beijing adults. *PloS one*, 7(9), 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0044065

Hersenstichting. (2021). *Functies van onze hersenen*. Geraadpleegd op 24 maart 2021, van <https://www.hersenstichting.nl/dit-doen-wij/voorlichting/werking-van-de-hersenen/functies/>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), 1-15. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316

Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., Van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict

- dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135-142.
doi: 10.1136/jnnp-2012-304479
- Jansen, R. (2017). *Richtlijnen eenzaamheid in de maak*. Geraadpleegd op 18 maart 2021, van <https://www.nursing.nl/richtlijn-wijkverpleging-signaleren-eenzaamheid/>
- Kearns, A., Whitley, E., Tannahill, C., & Ellaway, A. (2015). Loneliness, social relations and health and well-being in deprived communities. *Psychology, health & medicine*, 20(3), 332-344. doi: 10.1080/13548506.2014.940354
- Machielse, A., & Hortulanus, R. (2011). *Sociaal isolement bij ouderen: Op weg naar een Rotterdamse aanpak*. Amsterdam: SWP.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Ministerie van VWS]. (2021). *Soorten eenzaamheid*. Geraadpleegd op 4 maart 2021, van <https://www.eenzaam.nl/over-eenzaamheid/soorten-eenzaamheid>
- Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG]. (2021). *Eenzaamheidsschaal*. Geraadpleegd op 20 maart 2021, van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/eenzaamheidsschaal.pdf
- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. (2016, 21 april). *Wat is het verschil tussen prospectief en retrospectief?* [Videobestand]. Geraadpleegd op 27 maart 2021, van <https://www.youtube.com/watch?v=G5HPvqmcnbw>
- Oberjé, E. (2017). *Kennisclip kwantitatief onderzoek* [Videobestand]. Geraadpleegd op 10 mei 2021, van <https://zuyd.mediasite.com/Mediasite/Play/811f529cc1b3482cafc544082385b74f1d>
- Ong, A.D., Uchino, B.N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443-449. doi: 10.1159/000441651
- Quan, N.G., Lohman, M.C., Resciniti, N.V., & Friedman, D.B. (2019). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*. 24(12), 1945-1955. doi: 10.1080/13607863.2019.1673311
- Raats, I. (2019). *Handleiding Focusgroepen: Een praktische handleiding voor de organisatie, begeleiding en analyse van focusgroepen*. Geraadpleegd op 27

- maart 2021, van https://participatiekompas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april_-tg.pdf
- Sassen, B. (2017). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement: Door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schoot, T. (z.d.). *Kennisclip 4 Data-analyse in kwalitatief beschrijvend onderzoek* [Videobestand]. Geraadpleegd op 10 mei 2021 van, <https://zuyd.mediasite.com/MediaSite/Play/4aa5bff0da4341cbb03b3ea0a74268bb1d>
- Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2015). Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(3), 435-443. doi: 10.1111/scs.12147
- Universiteit Utrecht. (2021). *Bronnen evalueren*. Geraadpleegd op 30 maart 2021, van <https://www.uu.nl/universiteitsbibliotheek/hulp-bij-zoeken/zoekstrategie/bronnen-evalueren>
- University of Groningen. (2019, September 17). *Informatievaardigheden: Zoektechnieken en zoektips*. Geraadpleegd op 24 maart 2021, van <https://libguides.rug.nl/c.phpg=531668&p=3637473>
- Valtorta, N., & Hanratty, B. (2013). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 105(12), 518-522. doi: 10.1258/jrsm.2012.120128
- Van der Sande, R., De Leeuw, M. & Zilverentant, M. (2019). Wijkverpleegkundige richtlijn Eenzaamheid. *TVZ verpleegkd prakt wet* 129, 22–23. doi: 10.1007/s41184-019-0104-3
- Van der Zwet, R., & Van de Maat, J.W. (2018). Preventie van eenzaamheid: bouwstenen voor beleid. Geraadpleegd op 7 maart 2021, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-09/preventie-van-eenzaamheid.pdf>
- Van der Zwet, R., De Vries, S., & Van der Maat, J.W. (2020). *Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid*. Movisie.

- Van Tilburg, T. (2019). Ontevredenheid over netwerk leidt tot eenzaamheid ouderen. *TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, 129(5), 16-18. doi: 10.1007/s41184-019-0102-5
- Verlee, E., Van der Sande, R., Abel, R., Brandon, S., De Groot, J., Quist-Anholts, G.W.L., ... & Vriezen, J.A. (2017). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet*, 60(6), 1- 12. Geraadpleegd op 1 mei 2021, van https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/hw06_lesa_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_lr_1.pdf
- Zorg voor Beter. (2019). *Multidisciplinaire samenwerking*. Geraadpleegd op 15 maart 2021 van, <https://www.zorgvoorbeter.nl/probleemgedrag-ouderen/multidisciplinaire-samenwerking>
- Zorg voor Beter. (2020, 26 september). *Eenzaamheid signaleren*. Geraadpleegd op 20 maart 2021 van, <https://www.zorgvoorbeter.nl/levensvragen-ouderen/eenzaamheid-signaleren>
- Zuyderland. (2021). *Medisch maatschappelijk werk*. Geraadpleegd op 28 maart 2021, van <https://www.zuyderland.nl/specialismen/maatschappelijk-werk/>

Bijlage 1: Toestemmingsformulier benoemen naam en afdelingen organisatie

Toestemmingsverklaring gebruiken naam en afdelingen organisatie

Ik, ondergetekende, geef hierbij toestemming dat in de thesis de organisatie, plaats van organisatie en de afdelingen waar de thesis wordt uitgevoerd kenbaar worden gemaakt. Het gaat hierbij om het benoemen van het Zuyderland ziekenhuis in Sittard en de afdelingen, west 52 (Klinische Geriatrie) en west 46 (Geriatrische Revalidatie Zorg) in de thesis van Floor Duijsens en Sanne Debournoux.

Naam:

Functie:

Edward Frederiks

Teamleider

Datum ondertekening:

3 mei 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Edward Frederiks', written over a light grey rectangular background.

Bijlage 2: Zoekstrategie

Springerlink

<i>Zoekterm</i>	<i>Zoekfilters</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Gebruikte artikelen</i>
Richtlijn eenzaamheid		217	Van der Sande, R., De Leeuw, M. & Zilverentant, M. (2019). Wijkverpleegkundige richtlijn Eenzaamheid. <i>TVZ verpleegkd prakt wet</i> 129, 22 - 23. doi: 10.1007/s41184-019-0104-3

Pubmed

<i>Zoekterm</i>	<i>Zoekfilters</i>	<i>Resultaten</i> <i>n</i>	<i>Gebruikte artikelen</i>
Loneliness AND elderly	Systematic review	53	Fakoya, O.A., McCorry, N.K., & Donnelly, M. (2020, 14 februari). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. <i>BMC Public Health</i> , 20(129), 1-14. doi: 10.1186/s12889-020-8251-6
Loneliness AND older adults	Systematic review	57	Quan, N.G., Lohman, M.C., Resciniti, N.V., & Friedman, D.B. (2019). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. <i>Aging & Mental Health</i> . 24(12), 1945-1955. doi: 10.1080/13607863.2019.1673311
Health consumption AND elderly AND loneliness	2010-2021 Systematic review Randomized controlled trial	15	Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2015). Loneliness and health care consumption among older people. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 29(3), 435-443. doi: 10.1111/scs.12147

Health AND loneliness AND elderly	2015-2021	1930	Ong, A.D., Uchino, B.N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. <i>Gerontology</i> , 62(4), 443-449. doi: 10.1159/000441651
--	-----------	------	---

Google scholar

<i>Zoekterm</i>	<i>Zoekfilters</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Gebruikte artikelen</i>
Gevolgen eenzaamheid ouderen		5.280	Van Tilburg, T. (2019). Ontevredenheid over netwerk leidt tot eenzaamheid ouderen. <i>TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap</i> , 129(5), 16-18. doi: 10.1007/s41184-019-0102-5
Relational loneliness	2010-2021 Sneeuwbal methode	34.600	Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. <i>Perspectives on Psychological Science</i> , 10(2), 238-249. doi: 10.1177/1745691615570616
Werkzame elementen eenzaamheidsinterventies	2010- 2021	19	Bouwman, T.E., & Van Tilburg, T. G. (2020). Naar een gerichtere aanpak van eenzaamheid: Zeven werkzame elementen in eenzaamheidsinterventies. <i>Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie</i> , 51(1), 1-8. doi: 10.36613/tgg.1875-6832/2020.01.01

<i>Zoekterm</i>	<i>Zoekfilters</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Gebruikte artikelen</i>
Eenzaamheids-schaal		4.710	Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG]. (2021). <i>Eenzaamheidsschaal</i> . Geraadpleegd op 20 maart 2021, van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/eenzaamheidsschaal.pdf
Signalerings-kaart eenzaamheid		1.500	Zorg voor Beter. (2020, 26 september). <i>Eenzaamheid signaleren</i> . Geraadpleegd op 20 maart 2021 van, https://www.zorgvoorbeter.nl/levensvragen-ouderen/eenzaamheid-signaleren
Beschikbaarheid richtlijnen eenzaamheid		57.600	Van der Zwet, R., De Vries, S., & Van der Maat, J.W. (2020). <i>Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid</i> . Movisie.

Signaleren van eenzaamheid

Hoe eerder eenzaamheid wordt (h)erkend, hoe meer je kunt doen voor jezelf of een ander. De signalen die hieronder staan beschreven kunnen wijzen op eenzaamheid. Maar let op de signalen kunnen ook wijzen op andere problemen. Toch vraagt signaleren om handelen. Onderstaande punten zijn niet bedoeld om af te vinken, maar zijn aanleiding voor gesprek. Zie ommezijde voor gesprekstips.

Lichamelijke signalen

- verslechterde zelfzorg
- vermoeidheid
- hoofdpijn
- verhoogde spierspanning
- gebrek aan eetlust

Psychische signalen

- negatief zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen
- gevoelens van zinloosheid en uitzichtloosheid
- gevoelens van verlatenheid
- teleurstelling
- verdriet
- boosheid
- verlies van vertrouwen in andere mensen

Sociale signalen

- weinig sociale contacten
- missen van sociale steun

Gedragmatige signalen

- gebrek aan sociale vaardigheden
- mensen op afstand houden
- claimgedrag
- op zichzelf gericht zijn
- overmatig gebruik of verslaving

Levensgebeurtenissen

- overlijden van een naaste
- scheiding
- ziekte of beperking (van een naaste)
- verhuizing, migratie of sterk veranderde woonomgeving
- verlies baan
- financiële problemen

Eenzaamheid is een groot maatschappelijk probleem. Meer dan een miljoen Nederlanders voelt zich *sterk eenzaam*.

Bijlage 4: Teamspecificatie west 46 en west 52

West 46: Geriatrische Revalidatie Zorg

Functie	Aantal
Stagiaires en leerlingen	7 (inclusief Floor)
Helpende	1
Verzorgende	12
MBO-verpleegkundige	8
HBO-verpleegkundige	2
Teamleider	1
Voedingsassistent	6
Afdelingssecretaresse	1
Fysiotherapeuten	2
Ergotherapeuten	2
Activiteitentherapeuten	2

West 52: Klinische Geriatrie

Functie	Aantal
Stagiaires en leerlingen	10 (inclusief Sanne)
Medewerker zorg	1
Verzorgende	1
MBO-verpleegkundige	25
HBO-verpleegkundige	4
Teamleider	2
Voedingsassistent	4
Afdelingssecretaresse	2
Fysiotherapeuten	2
Ergotherapeuten	2
Activiteitenbegeleider	1

Bijlage 5: Toestemmingsformulier en informed consent focusgroep

Beste deelnemer,

Wij, Floor Duijsens en Sanne Debougnoux, zitten in het vierde leerjaar van de opleiding HBO-verpleegkunde te Zuyd Hogeschool. Op dit moment zijn wij bezig met onze thesis met als onderwerp: eenzaamheid bij patiënten, ouder dan 65 jaar, die meer dan tien dagen worden opgenomen binnen de Klinische Geriatrie of GRZ in het Zuyderland MC.

Graag zouden wij u willen vragen om deel te nemen aan een focusgroep. Een focusgroep is een groepsinterview, met in dit geval verschillende disciplines bij elkaar. Het doel van de focusgroep is het uitwisselen van informatie omtrent eenzaamheid aan de hand van vastgestelde onderwerpen. Tijdens de focusgroep zullen de volgende onderwerpen aan bod komen: definitie van eenzaamheid, herkennen van eenzaamheid, interventies en multidisciplinaire samenwerking. De duur van de focusgroep is maximaal 45 minuten, en zal online via Teams plaatsvinden.

Het doel van het onderzoek is het voorstellen van interventies bij deze categorie patiënten die eenzaamheid kunnen voorkomen en/of verminderen. Bij deelname dient u aan onderstaande functiebeschrijving te voldoen:

- Gediplomeerd ergotherapeut, fysiotherapeut, maatschappelijk werker, pastoraal medewerker, psycholoog, activeringstherapeut of activiteitenbegeleider.
- Minimaal zes maanden werkzaam in het Zuyderland ziekenhuis.
- Ervaring met het verlenen van zorg aan patiënten ouder dan 65 jaar.

Om de verkregen informatie uit de focusgroep te analyseren zal er een geluidsopname gemaakt worden van het interview. Het interview zal alleen gebruikt worden voor onderzoeksdoeleinden. Wij, als onderzoekers, hebben alleen toegang tot de verkregen gegevens tijdens het interview. De gegevens zullen verwerkt worden conform huidige wet- en regelgeving. Daarnaast worden de volgende punten in acht genomen:

- De gegevens worden anoniem verwerkt. Antwoorden en gegevens zullen onder geen enkele voorwaarde aan derden verstrekt worden, tenzij hier toestemming door u voor gegeven is.

- U heeft altijd het recht het onderzoek te weigeren of voortijdig te stoppen met het onderzoek zonder hiervoor een geldige reden op te geven. Tevens kunt u 24 uur na het inzenden van dit formulier afzien van deelnemen.
- Indien u geïnteresseerd bent kunt u na afloop van het onderzoek een rapportage met algemene bevindingen ontvangen. U kunt mailen naar één van onderstaande contactpersonen.

Indien u wilt deelnemen aan de focusgroep zouden wij u graag willen vragen het toestemmingsformulier en de informed consent te ondertekenen **voor 17 april**. U geeft hiermee toestemming om deel te nemen, en bevestigt hiermee dat u op de hoogte bent van het doel, de werkwijze en omgang met de gegevens verkregen uit de focusgroep.

Indien u vragen heeft, kunt u contact met ons opnemen door te mailen naar Floor Duijsens (f.duijsens@zuyderland.nl) of Sanne Debougnoux (s.debougnoux@zuyderland.nl)

Alvast hartelijk dank!

Informed consent focusgroep

Toestemmingsformulier deelname focusgroep, onderzoeksvoorstel Zuyd Hogeschool

- 1) Ik heb het informatieformulier gelezen. Ik heb vragen kunnen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om te beslissen over deelname aan de focusgroep.
- 2) Ik weet dat deelname aan de focusgroep vrijwillig is. Ik weet dat ik mijn deelname aan de focusgroep tussentijds kan beëindigen zonder opgave van reden.
- 3) Ik geef toestemming voor het maken van een geluidsopname van de focusgroep. Ik weet dat bepaalde personen mijn gegevens kunnen inzien. Deze personen staan vermeld op het informatieformulier. Zelf heb ik het recht om de wijze waarop mijn gegevens zijn opgeslagen in te zien.
- 4) Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in het informatieformulier worden beschreven. Indien er sprake is van gebruik van gegevens voor een ander onderzoeksdoel, zal er opnieuw toestemming gevraagd worden aan mij.
- 5) Ik geef toestemming om gegevens tot vijftien jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren voor nadere analyse in het kader van dit onderzoek.

Naam deelnemer: _____

Handtekening: _____

Datum: __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik de deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Indien er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, breng ik deze deelnemer hiervan tijdig op de hoogte, zodat de deelnemer in staat is zijn toestemming zo nodig te wijzigen.

Naam onderzoeker: _____

Handtekening: _____

Datum: __ / __ / __

Bijlage 6: Toestemmingsformulier en informed consent enquête

Beste deelnemer,

Wij, Floor Duijsens en Sanne Debougnoux, zitten in het vierde leerjaar van de opleiding HBO-verpleegkunde te Zuyd Hogeschool. Op dit moment zijn wij bezig met onze thesis met als onderwerp: eenzaamheid bij patiënten, ouder dan 65 jaar, die meer dan tien dagen worden opgenomen binnen de Klinische Geriatrie of GRZ in het Zuyderland MC.

Het doel van dit onderzoek is het voorstellen van interventies bij deze categorie patiënten, die eenzaamheid kunnen voorkomen en/of verminderen. Graag zouden wij u willen vragen een enquête in te vullen. Middels deze enquête brengen we in kaart hoe de zorgverlening rondom eenzaamheid momenteel verloopt. Het invullen van de enquête zal ongeveer 10-15 minuten in beslag nemen, en hoeft maar één keer ingevuld te worden. Deelname is geheel vrijwillig.

Indien u de enquête wilt invullen, willen wij u graag vragen vooraf het toestemmingsformulier met informed consent te ondertekenen, en daarna de enquête online in te vullen **voor 17 april**. Het toestemmingsformulier met informed consent ligt in een envelop in de lounge. Het ondertekende formulier kan in de ernaast gelegen envelop gedaan worden. Door het toestemmingsformulier en informed consent te ondertekenen geeft u toestemming om deel te nemen, en wordt bevestigd dat u op de hoogte bent van het doel, de werkwijze en omgang met de gegevens verkregen uit de enquête. In de toegestuurde mail is de link bijgevoegd waarmee u de enquête online kunt invullen.

De volgende punten worden in acht genomen:

- De gegevens worden anoniem verwerkt. Antwoorden en gegevens zullen onder geen enkele voorwaarde aan derden verstrekt worden, tenzij hier toestemming door u voor gegeven is.
- U heeft altijd het recht het onderzoek te weigeren of voortijdig te stoppen met het onderzoek zonder hiervoor een geldige reden op te geven. Tevens kunt u 24 uur na het inzenden van dit formulier afzien van deelnemen.
- Indien u geïnteresseerd bent kunt u na afloop van het onderzoek een rapportage met algemene bevindingen ontvangen. U kunt mailen naar één van onderstaande contactpersonen.

Indien er klachten, vragen of opmerkingen zijn naar aanleiding van deelname aan de enquête, kunt u contact opnemen met Floor Duijsens (f.duijsens@zuyderland.nl) of Sanne Debournoux (s.debournoux@zuyderland.nl).

Alvast hartelijk dank!

Informed consent enquête

Toestemmingsformulier deelname enquête, onderzoeksvoorstel Zuyd Hogeschool

1) Ik heb het informatieformulier gelezen. Ik heb vragen kunnen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om te beslissen over deelname aan de enquête.

2) Ik weet dat deelname aan de enquête vrijwillig is. Ik weet dat ik mijn deelname aan de enquête tussentijds kan beëindigen zonder opgave van reden.

3) Ik weet dat bepaalde personen mijn gegevens kunnen inzien. Deze personen staan vermeld op het informatieformulier. Zelf heb ik het recht om de wijze waarop mijn gegevens zijn opgeslagen in te zien.

4) Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in het informatieformulier worden beschreven. Indien er sprake is van gebruik van gegevens voor een ander onderzoeksdoel, zal er opnieuw toestemming gevraagd worden aan mij.

5) Ik geef toestemming om gegevens tot vijftien jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren voor nadere analyse in het kader van dit onderzoek.

Naam deelnemer: _____

Handtekening: _____

Datum: __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik de deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Indien er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, breng ik deze deelnemer hiervan tijdig op de hoogte, zodat de deelnemer in staat is zijn toestemming zo nodig te wijzigen.

Naam onderzoeker: _____

Handtekening: _____

Datum: __ / __ / __

Bijlage 7: Lijst Dossierstudie

Demografische kenmerken	
Leeftijd	> 65 jaar
Opnameduur	$\geq$ 10 dagen
Vragen	
Ervaart u wel eens leegte om u heen?	• Ja • Nee
Mist u wel eens mensen om u heen?	• Ja • Nee
Voelt u zich wel eens in de steek gelaten?	• Ja • Nee

Bijlage 8: Topiclijst focusgroep

Voor de focusgroep is een topiclijst opgesteld aan de hand van de literatuur uit het theoretisch kader en de vooraf opgestelde deelvragen. Voor de topics zijn de kernbegrippen uit de vraagstelling gekozen, waarbij sommige kernbegrippen nog verder uitgediept zijn in verschillende onderdelen.

Demografische kenmerken	
Onderwerp	Voorbeeldvragen
Introductie	- Wat is uw naam en functie? - Hoeveel jaren bent u werkzaam in de zorg? - Hoe lang bent u werkzaam binnen de afdeling?
Huidige zorgverlening in kaart brengen (feitelijke situatie)	
Onderwerp	Voorbeeldvragen
Definiëring eenzaamheid	- Als u eenzaamheid moet omschrijven, waar denkt u dan aan? - Welke soorten eenzaamheid zijn bij u bekend?
Signalen eenzaamheid	- Hoe herkent u eenzaamheid bij patiënten? - Gebruikt u meetinstrumenten om eenzaamheid in kaart te brengen? Zo ja, welke? - Indien u eenzaamheid opmerkt, wat zijn dan de vervolgstappen die u onderneemt?
Interventies eenzaamheid	- Welke interventies biedt u aan om eenzaamheid te voorkomen? - Welke interventies biedt u aan om eenzaamheid te verminderen? - Zijn deze interventies onderbouwd met richtlijnen/protocol/kwaliteitsstandaard? Zo ja, welke?

Multidisciplinaire samenwerking	- In hoeverre werken de verschillende professionals samen bij de activiteiten rondom eenzaamheid?
---------------------------------	---

Bijlage 9: Enquête

Beste deelnemer,

Deze enquête is opgesteld om informatie te verkrijgen over het onderwerp eenzaamheid, specifiek bij patiënten ouder dan 65 jaar die minimaal tien dagen worden opgenomen in het ziekenhuis. De enquête bestaat zowel uit open als gesloten vragen. Het invullen van de enquête duurt ongeveer tien tot vijftien minuten.

Wij zouden het zéér waarderen als u de enquête zou willen invullen voor **17 april 2021**.

Bedankt voor uw medewerking,

Floor Duijsens en Sanne Debougnoux

Onderwerp	Vraag	Antwoord
Introductie (demografische kenmerken)	1) Wat is uw geslacht?	• Man • Vrouw • Anders, namelijk...
Introductie (demografische kenmerken)	2) Wat is uw leeftijd?	• < 20 jaar • Tussen 20 en 30 jaar • Tussen 30 en 40 jaar • Tussen 40 en 50 jaar • Tussen 50 en 60 jaar • > 60 jaar
Introductie (demografische kenmerken)	3) Wat is uw huidige functie?	• Stagiaire/leerling (ga door naar vraag 6) • Helpende • Verzorgende IG • Verpleegkundige MBO • Verpleegkundige HBO
Introductie (demografische kenmerken)	4) Hoe lang bent u al werkzaam in de zorgsector?	• 0 tot 5 jaar • 5 tot 10 jaar • 10 tot 15 jaar • 15 tot 20 jaar • 20 tot 25 jaar • 25 tot 30 jaar

		• 30 jaar of meer
Introductie (demografische kenmerken)	5) Hoe lang bent u werkzaam binnen de afdeling west 46 (GRZ) of west 52 (Klinische Geriatrie)?	• < 6 maanden • > 6 maanden
Definiëring eenzaamheid De volgende vragen zullen betrekking hebben op het omschrijven van het begrip eenzaamheid. Wanneer u de antwoordmogelijkheid <u>eens, namelijk</u> kiest, dient u een toelichting te geven wat dit begrip volgens u inhoudt.		
Definiëring eenzaamheid	6) Ik kan het begrip eenzaamheid omschrijven.	• Oneens • Eens, namelijk...
Definiëring eenzaamheid	7) Ik ben bekend met het begrip: sociale eenzaamheid.	• Oneens • Eens, namelijk...
Definiëring eenzaamheid	8) Ik ben bekend met het begrip: emotionele eenzaamheid.	• Oneens • Eens, namelijk...
Herkennen van eenzaamheid Onderstaande vragen hebben betrekking op het herkennen van eenzaamheid.		
Toelichting vraag 9 Wanneer u de antwoordmogelijkheid <u>eens, namelijk</u> kiest dient u enkele signalen waaraan eenzaamheid te herkennen is, op te sommen.		
Signalen eenzaamheid	9) Ik kan signalen benoemen die kunnen wijzen op eenzaamheid.	• Oneens • Eens, namelijk...
Signalen eenzaamheid	10) Ik let tijdens de zorgverlening op signalen van eenzaamheid.	• Nooit • Zelden • Soms

		• Vaak • Altijd
Signalen eenzaamheid	11) Signalen van eenzaamheid rapporteer ik in het verpleegplan (rapportage).	• Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd
Signalen eenzaamheid	12) Signalen van eenzaamheid maak ik bespreekbaar met de patiënt.	• Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd
Toelichting vraag 13 Wanneer u de antwoordmogelijkheid <u>eens, omdat</u> kiest dient u een toelichting te geven waarom u het gesprek beginnen over eenzaamheid lastig vindt.		
Signalen eenzaamheid	13) Het gesprek over eenzaamheid beginnen vind ik lastig.	• Oneens • Eens, omdat...
Toelichting vraag 14 Wanneer u de antwoordmogelijkheid <u>eens, namelijk</u> kiest dient u kort toe te lichten wat volgens u de vervolgstappen zijn wanneer u signalen van eenzaamheid hebt herkend.		
Signalen eenzaamheid	14) Ik weet welke vervolgstappen ik kan ondernemen nadat ik signalen van eenzaamheid heb herkend bij een patiënt.	• Oneens • Eens, namelijk...
Signalen eenzaamheid	15) Ik onderneem vervolgstappen wanneer ik signalen van eenzaamheid heb herkend bij een patiënt.	• Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd

Interventies gericht op ontmoeten

Met *ontmoeten* wordt de mogelijkheid om sociale interacties te hebben of nieuwe sociale contacten aan te gaan bedoeld.

Acht werkzame elementen (ontmoeten)

16) Er worden binnen de afdeling ontmoetingsmogelijkheden aangeboden aan patiënten.

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

Interventies gericht op betekenisvol contact

Betekenisvol contact gaat om regelmatig, positief, en duurzaam contact met een persoon die voldoende om hem of haar geeft om tijd en energie in de relatie te steken. Om dit te bereiken, heeft de relatie diepgang en is de relatie persoonlijk: men kent elkaar van mens tot mens.

Acht werkzame elementen (betekenisvol contact)

17) Binnen de afdeling worden interventies ingezet om betekenisvol contact te faciliteren;

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

Interventies gericht op praktische ondersteuning

Praktische ondersteuning betekent dat iemand steun krijgt bij praktische zaken. Iemand kan laagdrempelig hulp vragen.

Acht werkzame elementen (praktisch ondersteunen)

18) Binnen de afdeling wordt praktische ondersteuning aan patiënten aangeboden.

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

Interventies gericht op sociale vaardigheden

Sociale vaardigheden zijn noodzakelijk voor het opbouwen en onderhouden van een relatie. Bij sociale vaardigheden horen onder andere: inzicht hebben in de ander, goed kunnen luisteren, aandacht hebben voor andermans gevoelens en conflicten oplossen.

Acht werkzame elementen

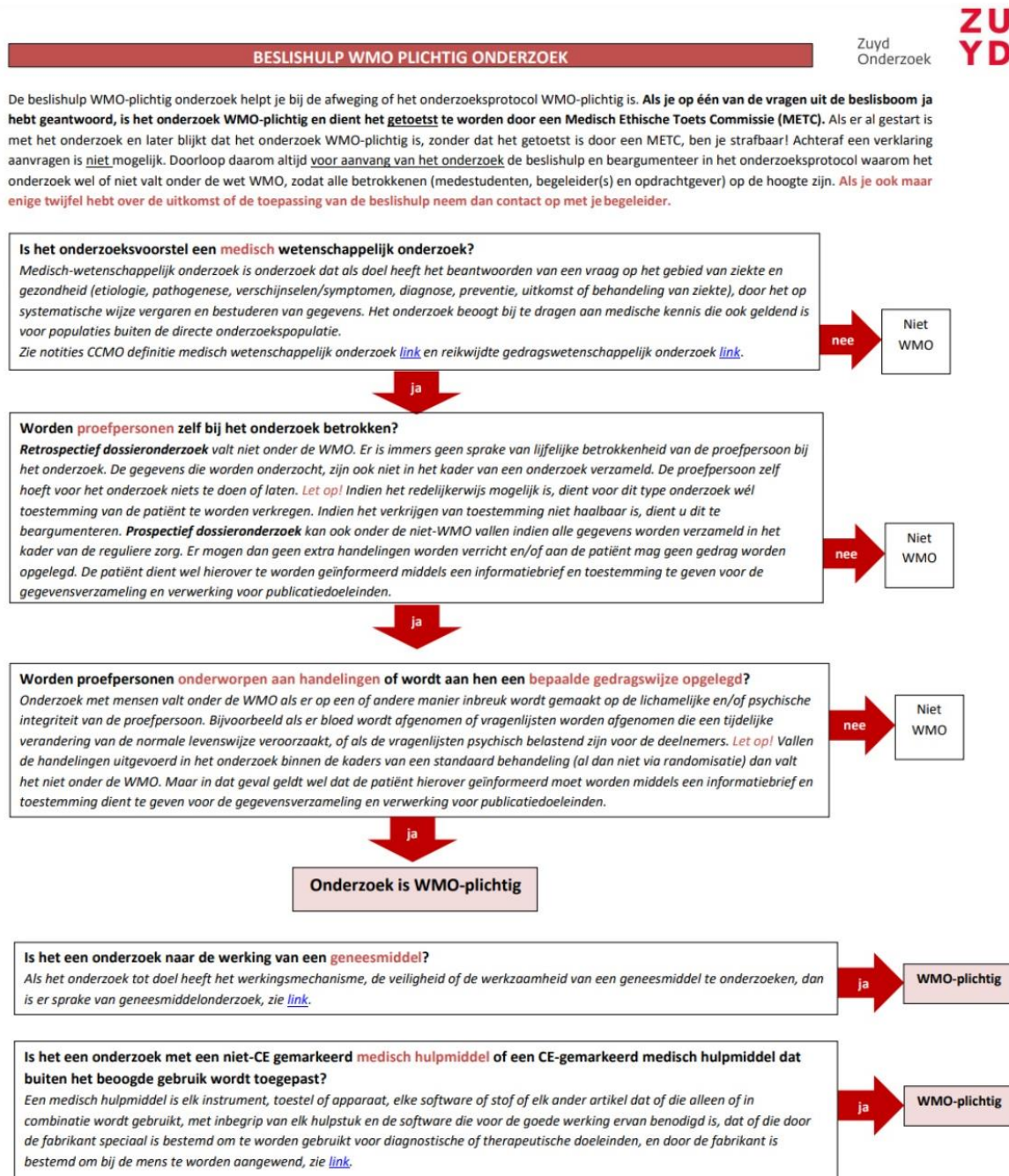
19) Binnen de afdeling worden patiënten ondersteund bij het

- Nooit
- Zelden

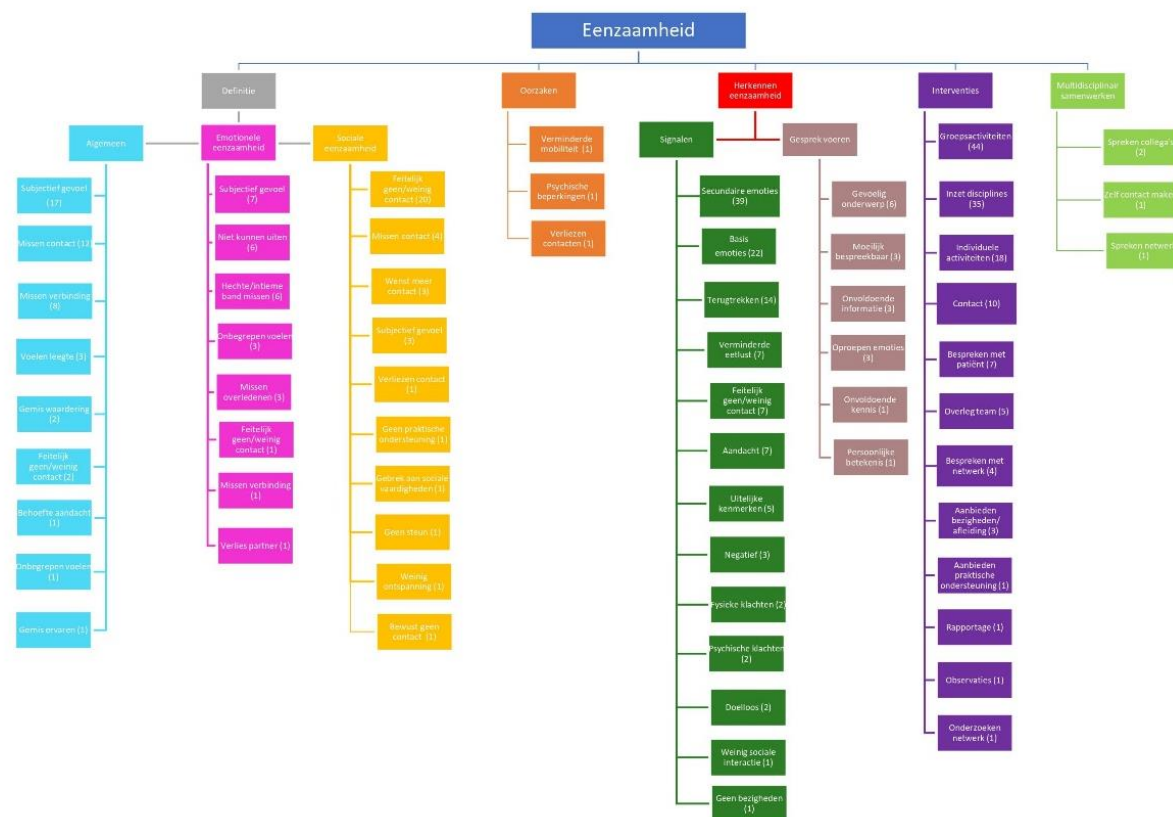
(sociale vaardigheden)	vergroten van hun sociale vaardigheden;	• Soms • Vaak • Altijd
Interventies gericht op bezigheden Met <i>bezigheden</i> worden productieve activiteiten of activiteiten op het gebied van vermaak bedoeld.		
Acht werkzame elementen (bezigheden)	20) Binnen de afdeling worden activiteiten/bezigheden aangeboden aan de patiënten.	• Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd
Acht werkzame elementen (bezigheden)	21) Geef een voorbeeld van deze activiteiten/bezigheden.	
Interventies gericht op betekenisvolle rol Een <i>betekenisvolle rol</i> heeft als doel de ander te laten zijn wie hij of zij is of wil zijn, waarbij zorggever en zorgvrager een relatie aangaan die gelijkwaardig en wederkerig is.		
Acht werkzame elementen (betekenisvolle rol)	22) Binnen de afdeling wordt waardering richting de patiënt uitgesproken, bijvoorbeeld bij het zelfstandig uitvoeren van (zorg)taken.	• Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd
Acht werkzame elementen (betekenisvolle rol)	23) Binnen de afdeling zijn zorgverleners en zorgvragers gelijkwaardig aan elkaar.	• Volledig mee oneens • Mee oneens • Neutraal • Mee eens • Volledig mee eens
Interventies gericht op realistische verwachtingen Bij <i>realistische verwachtingen</i> is het van belang rekening te houden met verwachtingen van de ander: zijn of haar opvattingen over de wenselijke frequentie of inhoud van het contact.		

Acht werkzame elementen (realistische verwachtingen)	24) Ik weet welke verwachtingen een patiënt heeft op het gebied van contact met de zorgverlener.	• Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd
Acht werkzame elementen (realistische verwachtingen)	25) Binnen de zorgverlening houd ik rekening met de verwachtingen van een patiënt op het gebied van frequentie van contact met de zorgverlener.	• Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd
Acht werkzame elementen (realistische verwachtingen)	26) Binnen de zorgverlening houd ik rekening met de verwachtingen van een patiënt op het gebied van inhoud van contact.	• Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd
Multidisciplinair samenwerken Onderstaande vragen zijn gericht op multidisciplinaire samenwerking bij eenzaamheid.		
Multidisciplinair samenwerken	27) Ik ben bekend met de rol van andere disciplines bij de zorgverlening aan patiënten, ouder dan 65 jaar, die eenzaamheid ervaren.	• Volledig mee oneens • Mee oneens • Neutraal • Mee eens • Volledig mee eens
Multidisciplinair samenwerken	28) Ik schakel bij signalen van eenzaamheid andere disciplines in (meerdere antwoorden mogelijk):	• Ik schakel geen andere disciplines in • Fysiotherapeut • Ergotherapeut • Maatschappelijk werker • Activiteitenbegeleider/activiteitentherapeut • Pastoraal medewerker • Psycholoog • Arts • Anders, namelijk...

Bijlage 10: Beslissing WMO-plichtig onderzoek



Bijlage 11: Codeboom enquête



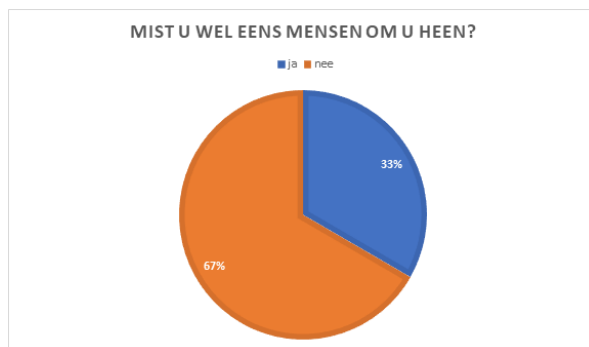
Bijlage 12: Codeboom Focusgroep



Bijlage 13: Resultaten dossierstudie



Figuur 1. Eerste vraag over eenzaamheid op het anamneseformulier van Zuyderland.



Figuur 2. Tweede vraag over eenzaamheid op het anamneseformulier van Zuyderland



Figuur 3. Derde vraag over eenzaamheid op het anamneseformulier van Zuyderland

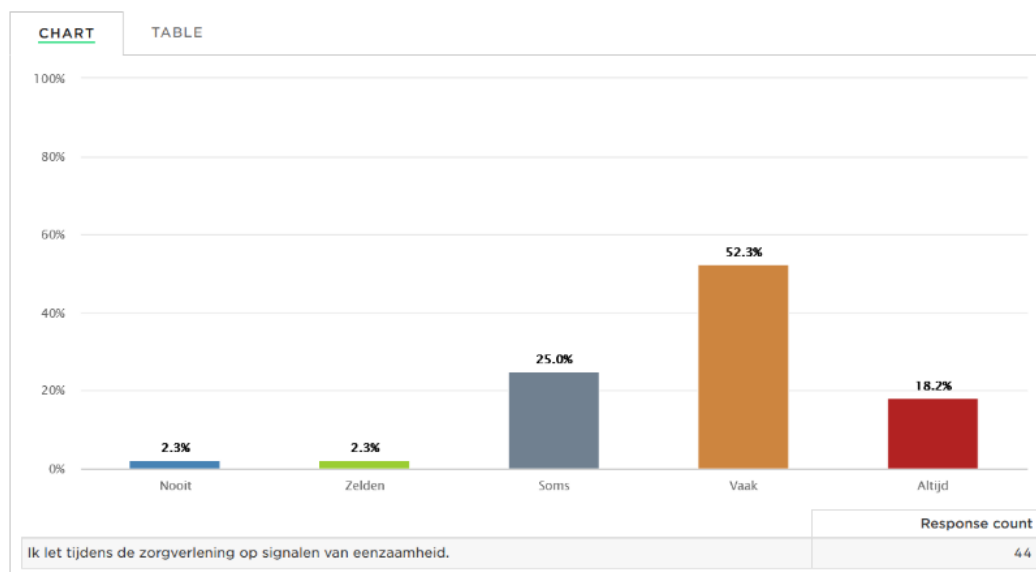
Bijlage 14: Demografische kenmerken respondenten enquête

Tabel 6: Demografische kenmerken

Kenmerk	N = 44
Geslacht	
Man (%)	3 (6,8%)
Vrouw (%)	41 (93,2%)
Leeftijd	
Jonger 20 jaar (%)	2 (4,5%)
Tussen 20 en 30 jaar (%)	17 (38,6%)
Tussen 30 en 40 jaar (%)	11 (25,0%)
Tussen 40 en 50 jaar (%)	5 (11,4%)
Tussen 50 en 60 jaar (%)	8 (18,2%)
Ouder 60 jaar (%)	1 (2,3%)
Aantal jaren werkzaam in zorgsector (enkel gediplomeerde N = 35)	
0 tot 5 jaar (%)	4 (11,4%)
5 tot 10 jaar (%)	10 (28,6%)
10 tot 15 jaar (%)	5 (14,3%)
15 tot 20 jaar (%)	5 (14,3%)
20 tot 25 jaar (%)	4 (11,4%)
25 tot 30 jaar (%)	4 (11,4%)
30 jaar of meer (%)	3 (8,6%)
Aantal maanden werkzaam binnen west 52 of west 46 (enkel gediplomeerde N = 35)	
Minder dan 6 maanden	0 (0%)
Meer dan 6 maanden	35 (100%)
Functieniveau	
Stagiair/leerling (%)	9 (20,5%)
Helpende (%)	0 (0%)
Verzorgende IG (%)	12 (27,3%)
MBO-verpleegkundige (%)	16 (36,4%)
HBO-verpleegkundige (%)	7 (15,9%)

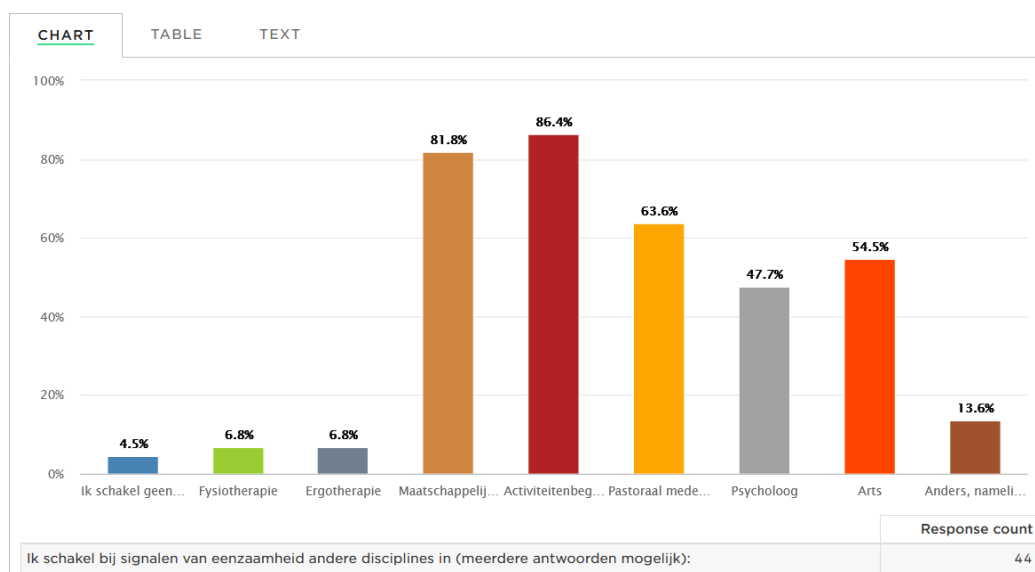
Bijlage 15: Figuren enquête

Ik let tijdens de zorgverlening op signalen van eenzaamheid.



Figuur 4: Vraag 11 enquête via Questback

Ik schakel bij signalen van eenzaamheid andere disciplines in (meerdere antwoorden mogelijk):



Figuur 5. Vraag 29 enquête via Questback