

# De ervaring van eenzaamheid bij chronisch zieken: van cijfers tot aanbevelingen

dr. Leen Heylen,

CELLO, Universiteit Antwerpen

Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (Vonk3) Thomas More



## 1. Inleiding

De aanpak en preventie van eenzaamheid is niet onbelangrijk. Een gebrek aan sociale verankering gaat samen met een hoger risico op een zwakke gezondheid en zelfs een gemiddeld lagere levensverwachting (Holt-Lunstad e.a., 2010). Niet iedereen loopt hetzelfde risico op eenzaamheid. Zo toonden recente cijfers in het kader van de campagne [www.erbij.be](http://www.erbij.be) van Bond Zonder Naam aan dat chronisch zieken een significant hoger risico kennen op eenzaamheid.

In deze bijdrage gaan we in op de ervaring van eenzaamheid bij chronisch zieken. We bekijken binnen de diverse groep van chronisch zieken welke personen het hoogste risico lopen op eenzaamheid dan wel het beste beschermd zijn tegen eenzaamheid. Op basis van deze informatie formuleren we vervolgens specifieke aanbevelingen voor de aanpak en preventie van eenzaamheid bij chronisch zieken. Maar vooreerst is het belangrijk om kort stil te staan bij de definitie van eenzaamheid.

## 2. Definitie eenzaamheid

Eenzaamheid kan gedefinieerd worden als een pijnlijke, negatieve ervaring die zijn oorsprong vindt in een gebrek dat we in onze sociale relaties ervaren (de Jong-Gierveld, van Tilburg, & Dykstra, 2006). Verschillende studies maken daarnaast ook nog een verder onderscheid tussen sociale en emotionele eenzaamheid. *Sociale eenzaamheid* verwijst naar het gemis in een bredere sociale relatielkring, de contacten met vrienden, familie en kennissen. *Emotionele eenzaamheid* heeft betrekking op het gemis aan een hechte, affectieve band met iemand (Weiss, 1973). Deze rol wordt vaak vervuld door de partner. Iemand kan zich sociaal eenzaam voelen zonder zich emotioneel eenzaam te voelen en vice versa. Wanneer sociale en emotionele eenzaamheid samen voorkomen, kent de persoon sterke gevoelens van eenzaamheid.

Ook in de aanpak en preventie van eenzaamheid is het onderscheid tussen sociale en emotionele eenzaamheid relevant. Zowel de kwantiteit als de kwaliteit van de contacten met vrienden, kennissen, burens en familie beschermen tegen sociale eenzaamheid. Voor emotionele eenzaamheid is vooral een goede partnerrelatie belangrijk en bij afwezigheid hiervan, kwaliteitsvolle banden met anderen. Het algemene devies 'meer contacten, minder eenzaamheid' voor de aanpak van eenzaamheid gaat dus voor emotioneel eenzamen niet op (Heylen, 2011).

### 3. Data en methodologie

Voor de analyse maken we gebruik van de data van de Generations & Gender Survey. De dataverzameling voor België had plaats van 2008 tot 2010. In totaal werden 7163 interviews afgenomen en werd een representatieve steekproef gerealiseerd van de Belgische thuiswonende populatie tussen 18 en 79 jaar ([www.ggps.be](http://www.ggps.be)). Van deze 7163 respondenten gaven 1728 respondenten aan te lijden aan een langdurige ziekte of chronische aandoening. In totaal betreft het 24% van de totale Belgische populatie tussen 18 jaar en 79 jaar. Tabel 1 geeft een overzicht van de duur van de langdurige ziekte of chronische aandoening binnen deze groep. Hieruit kunnen we afleiden dat de meerderheid, zo'n 92%, al één jaar of langer met deze aandoening geconfronteerd wordt.

Tabel 1: duur van langdurige ziekte of chronische aandoening in % (N=1726)

	%
Minder dan 6 maanden	3%
6 maanden tot een jaar	5%
Eén tot vijf jaar	25%
Vijf tot tien jaar	20%
Tien jaar of langer	47%

De gemiddelde leeftijd binnen deze populatie is 53 jaar; de jongste is 18 jaar, de oudste 82 jaar. 44% zijn mannen; 56% vrouwen.

De Generations & Gender Survey bevat de verkorte schaal van de Jong-Gierveld e.a. (1984; 2006) om sociale en emotionele eenzaamheid te meten. Aan de hand van zes items, waar het woord eenzaamheid niet in voorkomt, wordt gepolst naar gevoelens van sociale en emotionele eenzaamheid. Drie items verwijzen naar sociale eenzaamheid; drie items naar emotionele eenzaamheid. Op basis hiervan wordt voor beide types eenzaamheid een score berekend. 0 staat voor geen gevoelens van sociale of emotionele eenzaamheid; 3 voor sterke gevoelens van sociale of emotionele eenzaamheid.

Voor de analyses maken we gebruik van bivariate en multivariate analyse. De analyses worden telkens gewogen.

## 4. Eenzaamheid in cijfers bij chronisch zieken

### 4.1. Sociale en emotionele eenzaamheid naar gezondheid

Personen met een langdurige ziekte of chronische aandoening lopen ook een significant hoger risico. 43% van voelt zich helemaal niet sociaal eenzaam versus 53% van diegenen zonder langdurige ziekte of chronische aandoening. Omgekeerd voelt 34% van de personen met langdurige ziekte of een chronische aandoening zich sterk tot zeer sterk sociaal eenzaam tegenover 25% van de Belgische 18 tot 79-jarigen zonder langdurige ziekte of chronische aandoening.

Een zelfde beeld zien we terugkomen bij emotionele eenzaamheid. Van de personen met langdurige ziekte of chronische aandoening voelt 52% zich helemaal niet emotioneel eenzaam en 26% zich sterk tot zeer sterk emotioneel eenzaam. In de categorie zonder langdurige ziekte of chronische aandoening is dit respectievelijk 69% en 15%.

Wanneer we dan binnen de groep van chronisch zieken kijken, is het vooreerst opvallend dat de duur van de ziekte of de chronische aandoening niet samenhangt met de ervaren eenzaamheid. Dit geldt zowel voor sociale als voor emotionele eenzaamheid.

Het hebben van een beperking of handicap hangt wel samen met het risico op emotionele eenzaamheid. Personen met een beperking of handicap voelen zich significant vaker emotioneel eenzaam. Zo voelt 17% van de chronisch zieken met een beperking zich emotioneel eenzaam versus 9% van diegenen die aangeven geen beperking te hebben. Opvallend is dat we voor sociale eenzaamheid er geen significant verschil is (zie tabel 2).

Tabel 2: Sociale en emotionele eenzaamheid naar het hebben van een beperking of handicap in % (gewogen)

	Sociale eenzaamheid		Emotionele eenzaamheid**	
	Beperking	Geen beperking	Beperking	Geen beperking
Niet	72%	44%	44%	58%
Zwak	20%	23%	23%	22%
Eerder sterk	18%	17%	17%	11%
Sterk	20%	16%	17%	9%
<i>N</i>	762	928	760	928

Significantieniveau: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Ook bestaat er een significante samenhang tussen de ervaren gezondheidsstatus en het risico op sociale en emotionele eenzaamheid. Hoe zwakker je je eigen gezondheid inschat, hoe hoger het risico op sociale ( $r=0,18$ ;  $p < 0,01$ ) en emotionele eenzaamheid ( $r=0,28$ ;  $p < 0,01$ ).

## 4.2. Sociale en emotionele eenzaamheid naar sociaal-demografische achtergrondkenmerken

In een volgende paragraaf bekijken we het verband tussen verscheidene sociaal-demografische achtergrondkenmerken en het risico op sociale en emotionele eenzaamheid bij chronisch zieken.

Naar leeftijd bestaat er geen significante samenhang. Het is dus niet zo hoe ouder, hoe hoger het risico op eenzaamheid, ook niet voor chronisch zieken. Het risico op eenzaamheid kan zich op elk moment in je leven manifesteren.

Naar gender bestaat er wel een verschil en dit opnieuw enkel bij emotionele eenzaamheid. Waar 9% van de mannen met chronische ziekte met sterke gevoelens van emotionele eenzaamheid geconfronteerd worden, is dit bij de vrouwen wel 15%. Vrouwen kennen dus een opvallend hoger risico op emotionele eenzaamheid bij chronisch zieken.

Tabel 3: Sociale en emotionele eenzaamheid naar gender in % (gewogen)

	Sociale eenzaamheid		Emotionele eenzaamheid**	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Niet	41%	45%	59%	46%
Zwak	24%	21%	20%	23%
Eerder sterk	17%	17%	11%	16%
Sterk	18%	18%	9%	15%
<i>N</i>	732	931	761	930

Significantieniveau: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Ook naar burgerlijke staat en de partnerstatus bestaan er significante verschillen in het risico op sociale en emotionele eenzaamheid.

Tabel 4 geeft de verdeling van sociale en emotionele eenzaamheid naar burgerlijke staat weer. Voor sociale eenzaamheid bestaat er (opnieuw) geen verschil naar burgerlijke staat. Voor emotionele eenzaamheid geldt dit wel. Gehuwde kennen het laagste risico op emotionele eenzaamheid; verweduwde ouderen het hoogste risico. De situatie van nooit gehuwde en gescheiden chronisch zieken situeert zich ergens tussen beide.

Tabel 4: Sociale en emotionele eenzaamheid naar burgerlijke staat (gewogen)

	Sociale eenzaamheid				Emotionele eenzaamheid**			
	Nooit gehuwd	Gehuwd	Gescheiden	Verweduwd	Nooit gehuwd	Gehuwd	Gescheiden	Verweduwd
Niet	44%	42%	37%	55%	44%	58%	42%	34%
Zwak	20%	24%	23%	13%	25%	21%	22%	25%
Eerder sterk	18%	18%	19%	9%	16%	11%	19%	24%
Sterk	19%	17%	21%	23%	15%	10%	17%	18%
<i>N</i>	372	984	174	74	372	981	175	74

Significantieniveau: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Wanneer we niet de officiële burgerlijke staat maar de aan- of afwezigheid van een partner bekijken, zijn de verschillen nog meer uitgesproken. Naar partnerstatus bestaan er zo wel verschillen in het risico op sociale eenzaamheid. Chronisch zieken zonder partner kennen een significant hoger risico op sociale eenzaamheid. 23% van hen voelt zich sterk sociaal eenzaam versus 16% van diegenen met inwonende partner en 16% van diegenen met niet inwonende partner. Dit bevestigt dat een partnerrelatie niet alleen beschermt tegen emotionele eenzaamheid, maar ook een sociaal integrerende functie kan hebben.

Tabel 5: Sociale en emotionele eenzaamheid naar partnerstatus (gewogen)

	Sociale eenzaamheid*			Emotionele eenzaamheid**		
	Inwonende partner	Niet inwonende partner	Geen partner	Inwonende partner	Niet inwonende partner	Geen partner
Niet	43%	51%	42%	59%	55%	34%
Zwak	23%	20%	19%	21%	23%	24%
Eerder sterk	18%	13%	16%	11%	14%	22%
Sterk	16%	16%	23%	9%	8%	21%
<i>N</i>	1134	122	432	1131	122	433

Significantieniveau: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Voor emotionele eenzaamheid bevestigen de resultaten ook hier de definitie van emotionele eenzaamheid nl. emotionele eenzaamheid is het gemis van een hechte affectieve band met iemand, een rol die vaak vervuld wordt door de partner. Immers, slechts 34% van de singles voelt zich helemaal niet emotioneel eenzaam en 21% voelt zich sterk emotioneel eenzaam. Voor chronisch zieken met partner liggen deze percentages opvallend lager. Belangrijk hierbij om aan te geven is dat het geen verschil uitmaakt of het om een inwonende of een niet-inwonende partner gaat.

Tot slot bekijken we in deze paragraaf de verschillen naar huishoudelijke samenstelling in sociale en emotionele eenzaamheid. Naar sociale eenzaamheid zien we dat qua huishoudelijke samenstelling de alleenwonende en alleenstaande ouders het hoogste risico kennen; bijna een kwart van hen voelt zich sterk sociaal eenzaam. Het laagste risico situeert zich bij diegenen die inwonend zijn bij hun ouders. Diegenen die als koppel wonen, met of zonder inwonende kinderen, situeren zich ergens tussen in.

Tabel 6: Sociale eenzaamheid naar huishoudelijke samenstelling\* (N=1693; gewogen)

	Alleenwonend	Alleenstaande ouder	Inwonend bij ouders	Koppel, geen inwonende kinderen	Koppel, inwonende kinderen	Andere
Niet	40%	45%	53%	44%	41%	53%
Zwak	21%	15%	22%	24%	23%	13%
Eerder sterk	15%	17%	16%	17%	19%	12%
Sterk	24%	23%	9%	15%	17%	21%
<i>N</i>	314	118	99	584	544	34

Significantieniveau: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Bij emotionele eenzaamheid ligt deze verdeling enigszins anders. Hier zijn het diegenen die als koppel samenwonen (in lijn met de partnerstatus) die het laagste risico kennen op emotionele eenzaamheid. Wel zijn het opnieuw de alleenwonende chronisch zieken en de alleenstaande ouders die chronisch ziek zijn die zich het vaakst emotioneel eenzaam voelen. Dit geldt voor één op vijf van hen.

Tabel 7: Emotionele eenzaamheid naar huishoudelijke samenstelling\*\* (N=1691; gewogen)

	Alleenwonend	Alleenstaande ouder	Inwonend bij ouders	Koppel, geen inwonende kinderen	Koppel, inwonende kinderen	Andere
Niet	36%	33%	49%	61%	56%	57%
Zwak	23%	27%	21%	20%	23%	24%
Eerder sterk	21%	22%	18%	11%	10%	6%
Sterk	20%	19%	13%	8%	11%	12%
<i>N</i>	315	117	99	583	542	34

Significantieniveau: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

#### 4.3. Sociale en emotionele eenzaamheid naar socio-economische status

Tabel 8 geeft de verdeling van sociale eenzaamheid naar arbeidsstatus weer. Op dit vlak bestaan geen significante verschillen. Werkend zijn, werkloos, student, gepensioneerde of een ander statuut: het risico op sociale eenzaamheid onder chronisch zieken in gelijklopend.

Tabel 8: Sociale eenzaamheid naar arbeidsstatus (in %) (N=1693; gewogen )

	Werkend	Werkloos	Andere (loopbaanonderbreking / ziek / huisvrouw of – man / andere)	Student	Pensioen
Niet	46%	37%	38%	52%	44%
Zwak	22%	23%	20%	23%	23%
Eerder sterk	17%	20%	19%	14%	15%
Sterk	15%	19%	23%	12%	18%
<i>N</i>	654	110	395	48	493

Significantieniveau: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Dit geldt echter niet voor emotionele eenzaamheid. Deze tabel leert dat vooral werklozen of diegenen in een ander statuut (ziekte of invaliditeit, loopbaanonderbreking, ...) een significant hoger risico op emotionele eenzaamheid kennen. Werkende chronisch zieken kennen het laagste risico op emotionele eenzaamheid.

Tabel 9: Emotionele eenzaamheid naar arbeidsstatus\*\* (in %) (N=1691; gewogen)

	Werkend	Werkloos	Andere (loopbaanonderbreking / ziek / huisvrouw of –man / andere)	Student	Pensioen
Niet	59%	33%	40%	55%	56%
Zwak	23%	26%	20%	20%	21%
Eerder sterk	9%	27%	18%	16%	13%
Sterk	9%	14%	22%	9%	10%
N	645	111	394	50	492

Significantieniveau: \*p<0,05; \*\*p<0,01

De mate waarin chronisch zieken aangeven dat ze moeilijk dan wel makkelijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen in hun huishouden, is, als indicator van de socio-economische situatie, een belangrijke predictor van zowel sociale als emotionele eenzaamheid. Hoe makkelijker men de eindjes aan elkaar kan knopen, hoe lager het risico op sociale ( $r=-0,17$ ;  $p<0,01$ ) en emotionele ( $r=-0,27$ ;  $p<0,01$ ) eenzaamheid.

Dit wordt deels ook bevestigd door een meer objectieve indicator, nl. de inkomensquintielen. Deze maat geeft aan waar het inkomen van de respondent zich situeert t.o.v. de inkomens van de andere respondenten. Hierbij worden vijf categorieën aangemaakt gerangschikt van de laagste tot de hoogste inkomens. Het onderste quintiel betreft dan de 20% laagste inkomens; het bovenste quintiel de 20% hoogste inkomens. Belangrijke noot bij deze verdeling is weliswaar dat deze maat niet voor alle respondenten kon berekend worden omwille van non-respons op de inkomensvragen. 16% beantwoordde deze vraag niet.

Tabel 10: Sociale eenzaamheid naar inkomensquintielen (N=1432; gewogen)

	1	2	3	4	5
Niet	42%	40%	41%	44%	44%
Zwak	19%	22%	21%	27%	24%
Eerder sterk	21%	16%	20%	14%	15%
Sterk	18%	23%	18%	15%	17%
N	283	284	309	268	289

Significantieniveau: \*p<0,05; \*\*p<0,01

Naar sociale eenzaamheid bestaat er geen verschil naar inkomensquintielen. Voor emotionele eenzaamheid wel. Hoe hoger je inkomen, hoe lager je risico op emotionele eenzaamheid. Bij de hoogste inkomensquintielen voelt zes op tien zich niet emotioneel eenzaam. In het laagste inkomensquintiel ligt dit significant lager, nl. 44%.

Tabel 11: Emotionele eenzaamheid naar inkomensquintielen\*\* (N=1432; gewogen)

	1	2	3	4	5
Niet	44%	39%	51%	61%	63%
Zwak	23%	27%	22%	20%	19%
Eerder sterk	17%	17%	16%	10%	9%
Sterk	16%	16%	10%	9%	9%
N	283	284	308	268	289

Significantieniveau: \*p<0,05; \*\*p<0,01

#### 4.4. Multivariate analyses: welke kenmerken zijn bepalend?

In een volgende stap voeren we multivariate analyses uit om na te gaan wat het netto-effect van de verschillende achtergrondkenmerken op sociale en emotionele eenzaamheid.

Het model voor sociale eenzaamheid heeft een goede fit. De verklaarde variantie is 0.10 (Nagelkerke R<sup>2</sup>).

Tabel 12: Oddsratio's multinomiale logistische regressie sociale eenzaamheid

		Zwak (versus niet)	Eerder sterk (versus niet)	Sterk (versus niet)
Intercept				
Leeftijd		1,004	,998	1,010
Geslacht		1,184	1,123	1,170
Partnerstatus (ref. geen partner)	Inwonende partner	2,287*	1,480	1,160
	Niet-inwonende partner	1,125	,883	,957
Huishoudelijke samenstelling (ref. alleenwonend)	Niet alleenwonend	,614	,984	,720
Gezondheid (ref. heel slecht)	Zeer goed	,562	,226*	,154*
	Goed	,576	,320*	,216*
	Matig	,660	,506	,415*
	Slecht	,715	,612	,513*
Duur ziekte of chronische aandoening (10 jaar of langer)	Minder dan zes maanden	,596	,985	1,430
	Zes maanden tot een jaar	1,588	1,320	1,856
	Eén jaar tot vijf jaar	1,054	1,047	1,317
	Vijf jaar tot tien jaar	,942	,747	1,225
Gezondheidsgerelateerde beperking of handicap (ref. nee)	Ja	,764	,842	,760
Inkomensquintiel (ref. 5)	1	,636	,985	,562*
	2	,889	,829	,745
	3	,918	1,251	,843
	4	1,088	,907	,787
Arbeidsstatus (ref. pensioen)	Werkend	,997	1,212	1,225
	Werkloos	1,720	1,670	1,293
	Andere	1,439	1,522	1,880*
	Student	1,057	,805	1,378
Opleidingsniveau	Laag – hoog	1,011	,927	,938
Huishouden eindjes aan elkaar knopen	Erg moeilijk – erg makkelijk	,890*	,853*	,757*

Chi<sup>2</sup>=140,766, df=72, p<0,00

Significantieniveau: \*p<0,05



Wat sociale eenzaamheid betreft, verklaren vooral verschillen in de socio-economische status het risico op sociale eenzaamheid. Chronisch zieken die aangeven het moeilijker te hebben de eindjes aan elkaar te knopen, kennen een opvallend hoger risico op sociale eenzaamheid. Ook de mensen met lagere inkomens voelen zich vaker sociaal eenzaam. Dit bevestigt de hypothese dat voldoende financiële middelen een voorwaarde zijn voor een rijk gevuld sociaal leven. Wie qua arbeidsstatuut binnen de categorie 'ziekte / invaliditeit, loopbaanonderbreking, huisvrouw of huisman of andere' valt, kent bovendien eveneens los van het inkomen en de andere achtergrondkenmerken een hoger risico. Mogelijk beperkt dit statuut, omwille van de stereotypen eraan verbonden, eveneens deelname aan het sociale leven.

Een zwakke subjectieve gezondheid verklaart ook grote verschillen in sociale eenzaamheid. Opvallend hierbij is dat niet zozeer de meer objectieve indicatoren zoals de duur van de chronische aandoening of het al dan niet hebben van een beperking of een handicap bepalend zijn, maar veeleer de subjectieve inschatting van de gezondheid. Dit is in lijn met andere onderzoeken naar risicofactoren voor eenzaamheid (Heylen, 2011) waarin ook vooral hoe men zijn gezondheid inschat het risico op eenzaamheid bepaalt.

Tabel 13: Oddsratio's multinomiale logistische regressie emotionele eenzaamheid

		Zwak (versus niet)	Eerder sterk (versus niet)	Sterk (versus niet)
Leeftijd		,991	,995	,983
Geslacht		,692*	,616*	,498*
Partnerstatus (ref. geen partner)	Inwonende partner	,625*	,428*	,595
	Niet-inwonende partner	,799	,526	,439
Huishoudelijke samenstelling (ref. alleenwonend)	Niet alleenwonend	1,019	,906	,651
Gezondheid (ref. heel slecht)	Zeer goed	,338*	,266*	...
	Goed	,342*	,156*	,084*
	Matig	,518	,413*	,293*
	Slecht	,653	,443*	,267*
Duur ziekte of chronische aandoening (10 jaar of langer)	Minder dan zes maanden	1,018	1,279	1,360
	Zes maanden tot een jaar	,912	,670	,444
	Eén jaar tot vijf jaar	1,010	1,297	1,045
	Vijf jaar tot tien jaar	1,102	1,397	1,073
Gezondheidsgerelateerde beperking of handicap (ref. nee)	Ja	1,079	1,296	1,204
Inkomensquintiel (ref. 5)	1	1,165	1,002	,599
	2	1,489	1,117	,808

	3	1,159	1,450	,647
	4	,932	,893	,690
Arbeidsstatus (ref. pensioen)	Werkend	1,037	,817	1,266
	Werkloos	1,316	2,473*	1,206
	Andere	,900	1,294	1,845*
	Student	,671	1,713	...
Huishouden eindjes aan elkaar knopen	Erg moeilijk – erg makkelijk	1,042	1,078	,828*
Opleidingsniveau	Laag – hoog	,793*	,788*	,686*

Chi<sup>2</sup>=327,678, df=72, p<0,000

Significantieniveau: \*p<0,05

Voor emotionele eenzaamheid ligt de verklaarde variantie van het model met 0,23 (Nagelkerke R<sup>2</sup>) aanzienlijk hoger. Ook hier zien we dat de socio-economische status een belangrijke predictor van emotionele eenzaamheid bij chronisch zieken. Wie het moeilijker heeft de eindjes aan elkaar te knopen, voelt zich significant vaker emotioneel eenzaam. Maar ook het arbeidsstatuut oefent een significant effect uit. Werkloosheid of ziekte, invaliditeit, loopbaanonderbreking of andere maken je, los van je financiële situatie, nog bijkomend kwetsbaar voor emotionele eenzaamheid. Ook opleidingsniveau sorteert een effect: lager opgeleiden voelen zich vaker emotioneel eenzaam.

Daarnaast zien we, in lijn met de hypothese, dat ook hier de aan- of afwezigheid van een partnerrelatie significant bepalend is. Vooral het hebben van een inwonende partner beschermt tegen emotionele eenzaamheid.

Leeftijd sorteert geen effect. Gender wel: los van alle andere achtergrondkenmerken, waaronder ook de partnerstatus, voelen vrouwen die chronisch ziek zijn zich significant vaker emotioneel eenzaam dan chronisch zieke mannen.

Tot slot geldt ook voor emotionele eenzaamheid dat een goede subjectieve gezondheid en een lager risico op emotionele eenzaamheid hand in hand gaan. Belangrijke nuance hierbij is dat een zwakke subjectieve gezondheid niet alleen oorzaak maar ook gevolg kan zijn van de ervaren eenzaamheid.

Algemeen zien we dat de mate waarin de achtergrondkenmerken verschillen in sociale eenzaamheid verklaren bij chronisch zieken opvallend lager ligt dan bij emotionele eenzaamheid. Dit kan er mogelijk op wijzen dat een chronische aandoening of ziekte op zich al zo'n sterke hypotheek kan leggen op je sociale leven dat andere kenmerken "minder relevant" zijn. Voor emotionele eenzaamheid zien we sterkere verschillen binnen de groep van chronisch zieken waar dan naast de socio-economische status, ook de partnerrelatie belangrijk is en vrouwen bovendien een hoger risico kennen.

## 5. Concluderend: 'De' eenzame bestaat niet ...

Een eerste belangrijke conclusie is dat 'de' eenzame niet bestaat. Gemiddeld gezien kennen personen met een langdurige ziekte of een chronische aandoening een significant hoger risico op eenzaamheid (zowel sociale als emotionele eenzaamheid) dan anderen. Binnen deze groep bestaat er echter eveneens een grote diversiteit. Niet iedereen met een chronische aandoening of langdurige ziekte voelt zich sociaal en / of emotioneel eenzaam. 43% voelt zich helemaal niet sociaal eenzaam; 52% helemaal niet emotioneel eenzaam.

Dit maakt echter niet dat we binnen deze al kwetsbare groep een aantal kenmerken kunnen detecteren die chronisch zieken extra kwetsbaar maken voor eenzaamheid. Achtergrondkenmerken die samengaan met een hoger risico op sociale en emotionele eenzaamheid zijn in hoofdzaak kenmerken gerelateerd aan de socio-economische status. Voldoende financiële middelen beschermen tegen sociale en emotionele eenzaamheid. Hoewel dit een open deur, is een pleidooi voor voldoende financiële middelen een eerste aanbeveling in de aanpak en preventie van eenzaamheid bij chronisch zieken. Maar ook de arbeidsstatus op zich speelt een rol. Werkenden, gepensioneerden en studenten zijn minder kwetsbaar dan personen in het statuut van ziekte of invaliditeit, loopbaanonderbreking, werkloosheid of andere en dit onafhankelijk van het eigenlijke inkomen. Dit kan er mogelijk op wijzen dat een bepaalde sociale positie, waar mogelijk ook nog verschillende stigma's aan verbonden zijn, kwetsbaarheid op sociaal vlak bijkomend verhogen, los van de al zwakke gezondheidssituatie. In die zin kan men mogelijk ook in een vicieuze cirkel belanden wanneer je statuut op de arbeidsmarkt en / of je zwakke socio-economische positie je sociale relaties ondermijnen, wat zijn op beurt gevoelens van eenzaamheid verhogen en bijgevolg ook kan resulteren in een zwakkere gezondheid, waardoor uit deze cirkel stappen extra moeilijk is.

Opvallend is ook dat de duur van de chronische aandoening of ziekte noch of men al dan niet een beperking of handicap heeft, een effect sorteert. Veeleer hoe men zijn gezondheid inschat, bepaalt het risico op eenzaamheid. Dit is niet onbelangrijk om in het achterhoofd te houden in de aanpak en preventie van eenzaamheid bij ouderen. Leren omgaan met je ziekte of beperkingen kan er dan bijvoorbeeld voor zorgen dat je je ook beter voelt en indirect mogelijk ook eenzaamheidsgevoelens tegengaan.

Belangrijk ook is dat leeftijd geen verschil uitmaakt. Vaak wordt eenzaamheid geassocieerd met de oude dag. Eerdere analyses toonden reeds aan dat dit in het algemeen niet opgaat. Dit geldt dus ook specifiek voor chronisch zieken. Dit in het achterhoofd houden is niet onbelangrijk. Immers, vaak leeft nog het stereotype beeld dat eenzaamheid iets van de ouderen is en worden andere leeftijdsgroepen, die eveneens een risico kennen op eenzaamheid, uit het oog verloren.

In de volgende paragrafen gaan we op basis van deze conclusies nog dieper in op enkele concrete aanbevelingen voor de praktijk in de aanpak en preventie van eenzaamheid bij chronisch zieken.

## 5.1. Onderscheid sociale en emotionele eenzaamheid, ook in de praktijk

In het opzetten van praktijken gericht op de aanpak en preventie van eenzaamheid, is het onderscheid tussen sociale en emotionele eenzaamheid eveneens aan de orde. Beide types van eenzaamheid vragen een andere aanpak. Sociale eenzaamheid heeft betrekking op de sociale verankering van mensen en vraagt om een oplossing die zich richt op de kwantiteit en kwaliteit van de bredere sociale relaties (of de verwachtingen daaromtrent). Emotionele eenzaamheid betreft het gemis van een hechte, affectieve band iemand; een rol die vaak vervuld wordt door de partner. Het opbouwen van of verbeteren van een hechte band met iemand is dan aan de orde. Dit is vaak geen evidente oefening. Bovendien wordt al te vaak van de premisse uitgegaan 'meer contacten = minder eenzaamheid'. Dat dit voor emotionele eenzaamheid absoluut niet opgaat, mag ondertussen al duidelijk zijn.

## 5.2. Deskundigheidsbevordering van vrijwilligers

In projecten gericht op de aanpak en preventie van eenzaamheid spelen vrijwilligers vaak een belangrijke rol.

De rol van deze vrijwilligers mag niet onderschat worden. Voor het welslagen van een project, kan een goede opleiding van deze vrijwilligers al een belangrijke bijdrage leveren. Elementen die hierin aan bod kunnen zijn: met welk type eenzaamheid wordt men geconfronteerd en welke doelstelling staat voorop? Ook hier geldt dat het inzetten van vrijwilligers voor occasionele contacten niet tot minder eenzaamheid wanneer het probleem zich situeert op het vlak van emotionele eenzaamheid.

In het werken met vrijwilligers schuilen eveneens enkele potentiële struikelblokken. Wanneer initiatieven er zich op richten een hechte band te ontwikkelen met de eenzame persoon, is het van belang dat er van een gelijkwaardige positie vertrokken wordt en niet van de verhouding "hulpverlener" – "cliënt". Doelstelling is immers steunrelaties uit te bouwen; wederkerigheid in deze relaties, het gevoel dat beide partijen er iets aan hebben, is dan cruciaal. Voor het uitbouwen van een langdurige vriendschapsrelatie is dit immers een belangrijke basisvoorwaarde.

Ook is het van belang dat beide partijen duidelijk op de hoogte zijn van het opzet en duur van het project. Wanneer initiatieven bijvoorbeeld eenzijdig door de vrijwilliger stopgezet worden, bestaat het risico van een nog grotere terugval en het uitvergroten van het probleem. Wanneer het niet de doelstelling is om een vriendschapsband tussen de vrijwilliger en de doelpersoon aan te gaan, maar iemand in de mogelijkheid te stellen om meer contacten aan te gaan is het van belang dit ook duidelijk te communiceren. Anders kan dit immers tot foute verwachtingen leiden en grote teleurstellingen. Bovendien bestaat het risico dat er "meer" van de vrijwilliger verwacht wordt dan initieel bedoeld, wat tot erg moeilijke omstandigheden kan leiden.

Een belangrijk positief neveneffect van vrijwilligerswerking dat we zeker niet uit het oog mogen verliezen is dat de vrijwilligers zelf actief betrokken zijn, wat het risico op sociale en ook emotionele eenzaamheid voor deze groep kan reduceren.

### 5.3. Belang van positieve beeldvorming : doorbreken taboes

Rond eenzaamheid heerst nog te vaak een taboe, een sterk stigma. Bovendien leeft nog sterke het stereotype beeld dat eenzaamheid iets van ouderen is. Onze analyses toonden echter aan dat eenzaamheid bij chronisch of langdurig zieken, net als in het algemeen, iedereen kan overkomen en niets met leeftijd te maken heeft. Dit geldt zowel voor sociale als emotionele eenzaamheid.

Dit taboe helpen doorbreken, de problematiek bespreekbaar en aanvaardbaar maken, is een belangrijke stap in de aanpak en preventie van eenzaamheid. Hierdoor kunnen we de mythe van de "lonely loser" doorbreken. Dat binnen de groep van chronisch zieken vooral diegenen met het statuut van ziekte- of invaliditeitsuitkering en werkloosheidsuitkering een opvallend hoger risico lopen op eenzaamheid, en dit ongeacht hun financiële middelen, bevestigt dat dit nog leeft en betekent bovendien een extra aandachtspunt. Het gaat hier om groep van extra kwetsbaren binnen de al kwetsbare groep van chronisch of langdurig zieken die mogelijk omwille van hun sociale positie en de status daaraan verbonden zich mogelijk minder verbonden voelen.

In deze beeldvorming moeten we ook aandacht hebben voor belangrijke structurele oorzaken van eenzaamheid, zoals armoede. Cruciaal is dat we de complexiteit en diversiteit in de paden naar eenzaamheid erkennen, erkennen dat eenzaamheid iets is dat iedereen kan overkomen. Enkel door aandacht te hebben voor de complexiteit van vaak al moeilijke situaties, kunnen we een eerste stap zetten om deze ongelijkheid in onze samenleving aan te pakken.

### Referenties

- Heylen, Leen. (2011). *Oud en eenzaam? Een studie naar de risicofactoren voor sociale en emotionele eenzaamheid bij ouderen*. Doctoraal Proefschrift, Universiteit Antwerpen, Antwerpen.
- Holt-Lunstad, Julianne, Smith, Timothy B. , & Layton, Bradley J. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine* 7(7), e1000316.
- de Jong-Gierveld, Jenny. (1984). *Eenzaamheid. Een meersporig onderzoek*. Amsterdam: Deventer: Van Loghum Slaterus.
- de Jong-Gierveld, Jenny, & Van Tilburg, Theo. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness. *Research on Aging*, 28(5), 582-598.
- Weiss, Robert S. (1973). *Loneliness. The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: The MIT Press.