



NATIONALE COALITIE TEGEN EENZAAMHEID

Versterken aandacht voor eenzaamheid in zorg en de samenwerking met welzijn

Projectomschrijving en resultaten Quicksan

© 2014, Coalitie Erbij, Utrecht

Inhoud

Samenvatting	3
Projectomschrijving	4
Resultaten Quickscan	6
Eerste feiten en cijfers	6
Wat is de uitgangspositie van alle partijen?	8
Voorkomen en bestrijden van eenzaamheid in de praktijk	10
Eerste analyse en conclusies	12

Samenvatting

Coalitie Erbij voert een project uit om te onderzoeken hoeveel aandacht organisaties en professionals in de zorgsector en in samenwerking met welzijnsorganisaties besteden aan eenzaamheid bij hun cliënten, binnen en buiten de muren van zorgorganisaties. Ook wil Coalitie Erbij weten of verbetering of versterking daarvan mogelijk is. Het project maakt deel uit van het Actieplan Eenzaamheidsproblematiek van het ministerie van VWS. Deze publicatie is een projectomschrijving en geeft de resultaten weer van een Quickscan.

Het project richt zich op de ouderen-, gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg en wil een bijdrage leveren aan het verminderen of voorkomen van eenzaamheid bij mensen die zorg of ondersteuning ontvangen. Het onderzoek moet concrete inzichten, handvatten en oplossingen voor organisaties en professionals opleveren. Het project voorziet in onderzoek, expertmeetings en het ontwikkelen van plannen door branche- en beroepsorganisaties.

De zorg kent meer dan 3 miljoen cliënten. De eenzaamheidscijfers voor deze groep zijn hoger dan het Nederlandse gemiddelde. Ouderen, mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking en mensen met een psychische kwetsbaarheid kennen specifieke oorzaken die bijdragen aan eenzaamheid. Alle betrokken branche- en beroepsorganisaties zetten zich in voor het bestrijden en voorkomen van eenzaamheid. De Quickscan constateert dat dit begint met de dagelijkse praktijk, waarin hulpverleners individueel contact met cliënten hebben. Daarnaast identificeert de Quickscan tientallen soorten interventies, instrumenten en ervaringen rond eenzaamheidsbestrijding in de zorg. Veel van de interventies zijn niet exclusief gericht op eenzaamheid, maar zijn daarvoor wél belangrijk.

De Quickscan toont nog niet hoe bewust, wilskrachtig en vaardig organisaties en professionals zijn rond eenzaamheidsbestrijding. Ook kan de scan nog niets zeggen over het bereik, de frequentie, de effectiviteit en de toepasbaarheid van alle interventies. De Quickscan is wel een goede basis voor het vervolg: hoe kunnen we door verdieping en keuzes tot wezenlijke, effectieve verbetering en versterking van de eenzaamheidsaanpak in en vanuit de zorg komen

Projectomschrijving

Steeds meer mensen met een zware zorgvraag wonen steeds langer zelfstandig in wijken en buurten. Eenzaamheid ligt dan op de loer. Tegelijkertijd kijken we als samenleving steeds kritischer naar alle zorguitgaven: zijn er manieren om problemen van mensen goedkoper én beter op te lossen? Daarom voert Coalitie Erbij een project uit om te onderzoeken hoeveel aandacht organisaties en professionals in de zorgsector en in samenwerking met het sociaal werk aan eenzaamheid besteden, binnen en buiten de muren van zorgorganisaties. Ook wil Coalitie Erbij weten of verbetering of versterking daarvan nodig en mogelijk is. Deze publicatie geeft informatie over de achtergrond, aanleiding, doelstelling en het kader van het project. Ook staan de uitkomsten van een Quickscan vermeld.

Eenzaamheid: gemis aan sociale relaties

Eenzaamheid komt voor bij alle lagen van de bevolking. Voor Coalitie Erbij is eenzaamheid: “het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Het kan zijn dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst. Het kan ook zijn dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen.”¹ Als oorzaken van eenzaamheid onderscheidt Coalitie Erbij persoonlijke factoren (levensgebeurtenissen, gezondheid, competenties en vaardigheden) en maatschappelijke factoren (het ontbreken van geld of andere middelen, zoals een goede woning) die de kans op eenzaamheid verhogen.

Eenzaamheid als probleem voor mens en samenleving

Eenzaamheid is een negatieve ervaring voor de mensen die zich eenzaam voelen. Ook heeft eenzaamheid gevolgen voor de samenleving, zoals een welzijnstekort, gevaar voor gedragsproblemen, gezondheidsrisico's en ineffectieve/inefficiënte inzet van professionals en maatschappelijke kosten.

Waarom dit project?

Het onderzoek naar de aandacht voor eenzaamheid in de zorg en de samenwerking met het sociaal werk in de wijk vindt plaats omdat:

- steeds meer mensen langer zelfstandig blijven wonen en de kans op eenzaamheid daarmee toeneemt. De vergrijzing, andere wensen en mogelijkheden van burgers en politieke keuzes, zoals de overheveling van taken naar gemeenten, liggen hieraan ten grondslag;
- steeds meer mensen met een langdurige zorgvraag in wijken en buurten wonen. Daar is ook het sociaal werk actief. Voor een optimale eenzaamheidsaanpak is slimme samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties belangrijk: ze vullen elkaar aan en kunnen activiteiten afstemmen en verbinden. Ook kunnen ze leren van elkaars expertise;
- vaak wordt verondersteld dat sommige eenzaamheidsproblemen vanuit ‘de zorg’ worden bekeken, terwijl deze via andere (welzijns-)interventies beter én goedkoper kunnen worden aangepakt.

Het project maakt deel uit van het Actieplan Eenzaamheidsproblematiek van het ministerie van VWS, dat op 16 juli 2014 is gepresenteerd.²

Doel: eenzaamheid verminderen of voorkomen bij zorg en ondersteuning

Het project wil een bijdrage leveren aan het verminderen of voorkomen van eenzaamheid bij mensen die zorg of ondersteuning ontvangen.

Beoogde resultaten: tastbare oplossingen

Het onderzoek moet concrete inzichten, handvatten en oplossingen voor organisaties en professionals opleveren. Het project bouwt voort op eerder opgedane kennis van eenzaamheidsinterventies. Ook wil Coalitie Erbij aansluiten bij actuele ontwikkelingen, zoals het intensieve gebruik van digitale communicatiemiddelen, nieuwe omgangsvormen en de sterke vergrijzing. Vanuit dit perspectief richt het onderzoek zich nu eerst op succesvolle en minder succesvolle projecten, activiteiten en interventies in de zorg, al dan niet in samenwerking met het sociaal werk die gericht zijn op het voorkomen of terugdringen van eenzaamheid. Met deze initiatieven en ervaringen ontstaat inzicht in succes- en faalfactoren, kansen en belemmeringen. Waarom werken sommige manieren wel of niet, en voor wie dan? Welke lacunes en behoeften kent het zorgcircuit? Vervolgens nodigt Coalitie Erbij de betrokken branche- en beroepsorganisaties uit om zelf en samen tot oplossingen voor verbetering en versterking in de praktijk te komen.

Stap voor stap eenzaamheid verminderen

Het onderzoek is een eerste stap om overzicht en inzicht te krijgen in manieren om eenzaamheidsinterventies in en vanuit de zorgsector te verbeteren of te versterken. Coalitie Erbij maakt daarbij een aantal keuzes. Het onderzoek richt zich nu op de langdurige ouderen-, gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg en de samenwerking met het sociaal werk. Sectoren zoals de verslavingszorg, dak- en thuislozen, jeugd- en jongerenwerk, eerstelijnszorg en medisch-specialistische zorg blijven buiten beschouwing. Dit geldt ook voor andere betrokken partijen, zoals cliënten, vrijwilligers, opleidingen, gemeenten en andere samenwerkingspartners. Tot slot is het meten van de effecten van dit traject niet voorzien.

Organisatie en planning

Coalitie Erbij voert het onderzoek uit van oktober t/m december 2014. Daarna vinden expertmeetings plaats en komen plannen voor verbetering of verandering tot stand. Tijdens het Nationaal Eenzaamheid Congres 2015 presenteert Coalitie Erbij de resultaten. De volgende organisaties ondersteunen het onderzoek door deelname aan een begeleidingsteam:

- ActiZ, organisatie van zorgondernemers;
- GGZ Nederland;
- MOgroep;
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN);
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Resultaten Quicksan

Eerste feiten en cijfers

De informatie die volgt bestaat uit voorlopige gegevens die via een Quicksan naar boven zijn gekomen. Eerst komen landelijke gegevens aan bod; daarna volgen instrumenten, middelen en interventies die gericht zijn op het voorkomen of bestrijden van eenzaamheid bij mensen die afhankelijk zijn van langdurige zorg. Nader onderzoek kan tot nuancering, correctie en aanvulling leiden.

Miljoenen cliënten en honderdduizenden medewerkers

Het onderzoek richt zich op de volgende sectoren, met de volgende kengetallen.

Sector	Aantal cliënten per jaar ³	Aantal medewerkers	Aantal organisaties
Verpleging, verzorging en thuiszorg (in hoofdzaak ouderenzorg),	2 miljoen ⁴	450.000 ⁵	450
Geestelijke gezondheidszorg	bijna 1 miljoen ⁶	85.000 ⁷	100
Gehandicaptenzorg	195.000 ⁸	175.000 ⁹	140
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	enkele miljoenen ¹⁰	50.000 ¹¹	750

De cijfers van werknemers zijn exclusief honderdduizenden vrijwilligers die in deze sectoren actief zijn.

Eenzaamheid komt vaker voor bij mensen in de langdurige zorg

Eenzaamheidsgevoelens komen bij alle lagen van de bevolking voor.¹² Recente lokale GGD-monitoren laten zien dat 38% van de Nederlanders te maken heeft met eenzaamheidsgevoelens.¹³ De doelgroepen van dit onderzoek kennen allemaal hogere eenzaamheidscijfers dan het Nederlandse gemiddelde:

Ouderen

200.000 mensen van 55 jaar of ouder voelt zich extreem eenzaam.¹⁴ Van de groep van 74-84 jaar voelt zich 40% matig eenzaam en 10% sterk eenzaam. De eenzaamheid neemt toe naarmate mensen ouder worden: 14% van de ouderen vanaf 85 jaar voelt zich sterk eenzaam.¹⁵

Gehandicapten

38% van de mensen met een lichamelijke beperking voelt zich matig eenzaam; 17% (zeer) sterk eenzaam. Van de mensen met een verstandelijke beperking geeft 35% aan zich wel eens eenzaam of alleen te voelen. Van deze groep voelt 25% zich vaak of altijd eenzaam.¹⁶

Geestelijke gezondheidszorg

77% van een recent, representatief panel met ggz-cliënten voelt zich matig tot ernstig eenzaam.¹⁷ Een ander panel spreekt over 78%.¹⁸

Bijzondere oorzaken van eenzaamheid

Naast oorzaken zoals eerder omschreven in de algemene definitie van eenzaamheid, zijn voor de doelgroepen van dit onderzoek ook specifieke oorzaken te noemen die bijdragen aan (een verhoogde kans op) eenzaamheid:

Ouderen

Naarmate men ouder wordt, doen ingrijpende levensgebeurtenissen die het risico van vereenzamen met zich meedragen zich vaker en soms gelijktijdig voor. Het verlies van de partner, een afnemend sociaal netwerk en een verslechterende gezondheid zijn risicofactoren voor eenzaamheid bij ouderen.¹⁹ Andere specifieke oorzaken zijn negatieve beeldvorming rond ouderen, toegenomen welvaart en mobiliteit (mensen zijn minder gebonden aan de plaats waar ze wonen en vandaan komen), individualisering, afname van vrije tijd en verzakelijking in de zorg.²⁰

Als het gaat om vereenzaming in verzorgingshuizen, dan worden de volgende mogelijke factoren genoemd²¹: gebrek aan privacy, sterke scheiding tussen verzorgingshuis en buitenwereld, sterke afhankelijkheid van verzorgend personeel, gebrek aan zinvolle bezigheden, een negatieve sfeer en de eigen levenshouding van een bewoner.

Gehandicapten

De beperking van mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking werpt soms drempels op die hun 'meedoen in de samenleving' bemoeilijkt. En andersom is ook de omringende samenleving er niet altijd op ingericht dat mensen met een beperking volwaardig deel kunnen nemen aan het sociale leven. Deze oorzaken kunnen - vaak onbedoeld - mensen uitsluiten en vergroten het risico op eenzaamheid. Specifieke risicofactoren bij diverse groepen mensen met een beperking zijn:

- veel mensen met een beperking hebben een zogenaamd 'disharmonisch profiel': ze functioneren cognitief op een heel ander niveau dan sociaal-emotioneel. Dit kan mensen afschrikken; ook kan het vinden van raakvlakken met andere mensen hierdoor lastig zijn;²²
- mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak meer moeite met het verwerken van informatie, waardoor ze minder prikkels aankunnen en/of minder sociaal weerbaar zijn. Ze kunnen dan bijvoorbeeld niet teveel mensen om zich heen verdragen en trekken zich terug. Dat kan tot eenzaamheid leiden. Ook missen ze soms elementaire informatie of vaardigheden om de omgang met anderen soepel te laten verlopen of vertonen ze onbegrepen gedrag waardoor ze mensen afschrikken die niet weten hoe hierop te reageren;²³
- zelfstandig wonen van mensen met een verstandelijke beperking kan het risico op sociaal isolement en eenzaamheid verhogen. Participatie in de samenleving buiten de muren van hun woning blijkt immers niet altijd even gemakkelijk. Daarnaast zijn deze mensen vaak onzeker over zichzelf en voelen ze zich niet altijd thuis in de 'gewone' maatschappij, met negatieve gevolgen voor hun sociale netwerk;²⁴

- bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kan het verlies van vaardigheden en/of karakterverandering tot gevolg hebben dat men eenzaam wordt omdat men vrienden of familieleden kwijtraakt.²⁵

Mensen met een psychische kwetsbaarheid

Belemmeringen die leden van een onderzoekspanel ervaren bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten, zijn: onvoldoende geld (29%), angst (24%) en psychische problemen (22%).²⁶ Zeker in periodes dat de aandoening opspeelt, is het lastig om vriendschappen te onderhouden omdat het van de ander ook veel begrip, inlevingsvermogen en geduld vraagt om om te gaan met zaken als wantrouwen, angst of stemmen. Ook mensen met een psychische kwetsbaarheid voelen zich vaak eenzaam omdat ze bang zijn voor vooroordelen en afkeuring uit de samenleving.

Tot slot: beperkingen zoals hierboven genoemd gaan niet zelden gepaard met minder inkomsten en hogere kosten voor levensonderhoud.²⁷ Deze maatschappelijke factor verhoogt de kans op eenzaamheid, zoals in de algemene definitie van eenzaamheid is omschreven.

Wat is de uitgangspositie van alle partijen?

In dit onderdeel staat een overzicht van de inzet en positie op collectief en landelijk niveau van alle betrokken branche- en beroepsorganisaties. Dit helpt bij het vinden van aanknopingspunten voor toekomstige versterking en verbetering vanuit deze partijen.

ActiZ

In de ouderenzorg vertegenwoordigt ActiZ de meeste zorgaanbieders. In deze sector geldt het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg als basis voor zorgbeleid van alle leden. Het kader is mede door ActiZ opgesteld met het concept 'Kwaliteit van leven' als uitgangspunt. Het kader kent naast de domeinen 'fysiek welbevinden' en 'woon- en leefomgeving' ook de domeinen 'mentaal welbevinden' en 'sociale participatie'.²⁸ Daarin staat dat, als onderdeel van goede zorg en ondersteuning, cliënten kunnen rekenen op signalering van eenzaamheidsproblematiek, aandacht voor mogelijke oorzaken, en het zo nodig doorverwijzen naar/inschakelen van deskundigheid.²⁹

Voor ActiZ maakt eenzaamheid onderdeel uit van 'mentaal welbevinden'. Volgens ActiZ is dit voor velen een 'ongrijpbaar domein' en daardoor vaak een ondergeschoven kindje in de zorg. ActiZ stelt echter dat mentaal welbevinden geen extraatje in de zorg is, maar dat dit het hart van goede zorg vormt.³⁰ ActiZ heeft daarom in 2010 een brochurereeks 'Werken aan mentaal welbevinden' ontwikkeld en verspreid, in 2012 aangevuld met een brochure over mentaal welbevinden in de zorg thuis.³¹

Ook is ActiZ sinds 2008 kernpartner van het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen.³² Dit Netwerk wil ervoor zorgen dat ouderen kunnen rekenen op aandacht voor en ondersteuning bij hun levensvragen. Bij eenzaamheid gaat het Netwerk uit van onderzoek dat aantoont dat aandacht voor levensvragen bij sociaal geïsoleerde ouderen essentieel is. Activiteiten van het Netwerk bestaan uit een website, publicaties en dossiers, het stimuleren of doen van onderzoek, een trainingswinkel

en bijeenkomsten. Ook werkt het Netwerk in opdracht van het Kwaliteitsinstituut aan een kwaliteitsstandaard 'omgaan met levensvragen voor ouderen in de langdurige zorg' voor organisaties in de ouderenzorg.

Tot slot is ActiZ lid van Coalitie Erbij en participeert ActiZ in het project 'Laat niemand in eenzaamheid sterven', gericht op goede zorg aan stervende bewoners in verzorgings- en verpleeghuizen.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

VGN is de branchevereniging van professionele zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg. De branche staat onder meer voor het bevorderen van de emancipatie en participatie in de samenleving van burgers met een beperking.³³ Een belangrijke en door alle leden onderschreven leidraad is het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Dit kader beschrijft in twaalf domeinen wat de sector verstaat onder kwaliteit van bestaan. Drie van deze domeinen hebben een directe relatie met het thema eenzaamheid: psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties en deelname aan de samenleving. Het Kwaliteitskader stelt dat mensen met een beperking dezelfde kansen verdienen op een kwalitatief goed bestaan als mensen zonder beperking. Verbonden zijn met anderen en vrienden hebben horen daarbij.³⁴ VGN ondersteunt de leden onder andere bij systemen voor individuele ondersteuningsplannen, waarbij dit Kwaliteitskader leidend is.

Naast het kwaliteitsbeleid is ook het VGN-kennisbeleid belangrijk. Dit beleid wil het welbevinden van mensen met een beperking vergroten door alle kennis die hierover is snel en breed in de sector te verspreiden. Het brengt goede praktijken in beeld, vertaalt wetenschappelijke inzichten naar praktische toepassingen en zorgt dat praktijkkennis een wetenschappelijke basis kan krijgen. Vanuit het kennisbeleid is VGN mede-initiatiefnemer van www.kennispleingehandicaptensector.nl, waar informatie te vinden is over het signaleren, verminderen en hanteerbaar maken van eenzaamheid bij oudere cliënten, mensen met niet-aangeboren hersenletsel en het vergroten van eigen regie van mensen met ernstige meervoudige beperkingen.

Tot slot is VGN betrokken bij initiatieven zoals Prokkel, dat meer verbinding tussen mensen met en zonder beperking nastreeft, en de Coalitie voor Inclusie, die het maatschappelijke draagvlak voor een inclusieve samenleving vergroot, beleid gericht op inclusie bevordert en uitsluiting van mensen tegengaat.

GGZ Nederland

In de geestelijke gezondheidszorg vertegenwoordigt GGZ Nederland de zorgaanbieders. In de meerjarenvisie van GGZ Nederland stelt de organisatie dat voor mensen met een blijvende psychische kwetsbaarheid het hebben van een sociaal netwerk heel belangrijk is om te kunnen herstellen, net als een zinvolle dagbesteding en het wonen in de eigen omgeving.³⁵ Daarom investeert de ggz niet alleen in behandeling, maar ook in ondersteuning bij het leren leven met de aandoening en alles wat daarbij nodig is.³⁶

Het maatschappelijk steunsysteem is een instrument dat goed kan helpen bij het opbouwen van een sociaal netwerk. Hierin werken cliënten, ggz-instellingen en

andere lokale partijen samen. GGZ Nederland heeft voor ogen dat elke regio in Nederland een maatschappelijk steunsysteem heeft, waarin gemeenten en andere partijen participeren. Via deze steunsystemen kunnen activiteiten en projecten plaatsvinden ter voorkoming van eenzaamheid.³⁷ GGZ Nederland heeft in een convenant met de VNG afgesproken hierop te investeren.³⁸

Daarnaast draagt GGZ Nederland actief bij aan het maatschappelijk debat over zelfredzaamheid en sociale participatie, om op die manier bij te dragen aan een gastvrijere samenleving.³⁹

MOgroep

Organisaties die werkzaam zijn op het gebied van sociaal werk in het sociaal domein (welzijn & maatschappelijke ondersteuning) zijn verenigd in de MOgroep. Bevorderen van participatie en bestrijden van eenzaamheid is één van de kerntaken van de branche, waarvan de leden van oudsher dicht bij bewoners in de buurten werken. De MOgroep stimuleert zichtbare kwaliteit, onder andere via normen en eisen die gesteld zijn in zogenaamde “HKZ-certificatieschema’s”. Deze stellen dat per cliënt een risico-inventarisatie plaatsvindt die aansluit bij wat in de sector gebruikelijk is, inclusief het signaleren van eenzaamheid en sociaal isolement.⁴⁰

De MOgroep zet het participatie- en eenzaamheidsvraagstuk op de agenda bij diverse stakeholders, pleit voor voldoende investeringen en zorgt voor kennisontwikkeling en -uitwisseling en goed toegeruste professionals. MOgroep is niet alleen kernpartner bij Coalitie Erbij, maar ook kernpartner van het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen, dat hierboven bij ActiZ is genoemd.

V&VN

V&VN stimuleert leden tot inschrijving in het Kwaliteitsregister V&V, waarmee verpleegkundigen en verzorgenden inzichtelijk kunnen maken dat zij staan voor kwaliteit van zorg. Die kwaliteit verwoordt V&VN in een eigen normenkader. Dit kader geeft aan dat ‘eenzaamheid’ behoort tot de kernset van patiëntproblemen en dat de zorgresultaten ook preventie van eenzaamheid kunnen inhouden.⁴¹

Voorkomen en bestrijden van eenzaamheid in de praktijk

Na feiten over de omvang, oorzaken en collectieve inzet rond eenzaamheid in en vanuit de langdurige zorg en het sociaal werk, volgen hier de resultaten van de Quicksan naar de praktijk. Die begint met het benoemen van de praktijk van alledag, waarin veel hulpverleners individueel contact met cliënten hebben. Via individuele ondersteunings- en woonleefplannen, aandacht, activeren, verwijzen en opvolgen zijn elk van deze medewerkers van wezenlijke betekenis bij het voorkomen en bestrijden van eenzaamheid. Na deze constatering richten we ons in dit onderdeel op instrumenten, middelen en interventies in Nederland die:

- óf specifiek gericht zijn op het voorkomen of bestrijden van eenzaamheid bij mensen die afhankelijk zijn van langdurige zorg;

- óf waarvan een sterke overtuiging bestaat dat ze daar nadrukkelijk een bijdrage aan leveren, ook al is het instrument, het middel of de interventie daar niet speciaal voor ontworpen.

Onderverdeeld in drie groepen staan praktijkvoorbeelden die naar voren komen in:

- een brede inventarisatie via informatie van brancheorganisaties, eigen deskresearch en inzendingen voor de Nationale Eenzaamheid Prijs 2014;
- de databank met actuele leefstijlinterventies ‘Gezond en Actief Leven’, een initiatief van het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) in samenwerking met het Trimbos-instituut;
- de databank ‘Effectieve sociale interventies’ van Movisie.

1. Brede inventarisatie

De inzendingen voor de Nationale Eenzaamheid Prijs 2014, inbreng vanuit brancheorganisaties en aanvullend bureauonderzoek leveren een breed beeld op van manieren waarop eenzaamheid in of vanuit de zorg en/of in samenwerking met de welzijnssector kan worden verminderd of bestreden.

Denk hierbij aan: sociale wijkteams waarin zorg- en welzijnsprofessionals samenwerken, buurtnetwerken, netwerkcoaches en cursussen netwerkversterking, voorbeelden van ‘ontmoetingsgericht bouwen’, het beschikbaar stellen van ontmoetingsruimten in zorgorganisaties, digitale marktplaatsen en specifieke toepassingen voor communicatie tussen de buitenwereld en mensen die thuis of intramuraal zorg ontvangen. Andere voorbeelden zijn een eenzaamheidsspel, nazorg voor nabestaanden, een stappenplan om familie actiever te betrekken, activiteiten- en ontmoetingsprogramma’s, een reis of activiteitenbemiddelingsbureau voor zorgcliënten, een vrijetijdcoach, een ‘vriendschapsbank’ en andere matchmakers en middelen, samenwerkingsverbanden tussen zorg en welzijn, oppasdieren, een training voor de 4^e levensfase en bezoekdiensten.

De zorg en ondersteuning in de gehandicaptenzorg is vaak levenslang en levensbreed; interventies die deze sector toepast om eenzaamheid te voorkomen en bestrijden zijn onder andere het zorgen voor (beschermde) woon- en werkplekken, het bevorderen van keuzemogelijkheden, zeggenschap en regie, bijvoorbeeld via de “presentiemethode”. Ook zijn er trainingen, workshops, bijeenkomsten en procesbegeleiding beschikbaar om inclusie en zeggenschap in de samenleving te versterken.

Tot slot zijn er instrumenten die gericht zijn op deskundigheidsbevordering van professionals, onder andere een film, een ‘landkaart mentaal welbevinden en trainingen/modules over signaleren, begeleiden en omgaan met eenzaamheid bij cliënten.

2. Databank ‘Gezond en Actief Leven’

Eenzaamheid heeft te maken met mentaal welbevinden. Daarom is het niet verwonderlijk dat binnen de ggz de meeste praktijkinstrumenten om eenzaamheid te voorkomen of te bestrijden lijken voor te komen. De databank ‘Gezond en Actief

Leven' kent in totaal 141 interventies die gericht zijn op eenzaamheid, waarvan 46 in de ggz/verslavingszorg, 20 in de thuiszorg en één in de langdurige zorg:⁴²

- in de ggz is 'eenzaamheid' vaak één van meerdere onderwerpen waarop de interventies zich richten. Thema's die blijken de interventies samenhangen met eenzaamheid zijn onder andere depressie, rouw, werkloosheid, sociale vaardigheden, leven in meerdere culturen, autisme, dementie en huiselijk geweld. Ook signaleren, verhogen van draagkracht en realistisch denken zijn onderwerp van interventies die zich mede richten op eenzaamheid;
- in de thuiszorg komen onder andere interventies naar voren die zich richten op het omgaan met verlies, rouw, scheiding, veroudering, depressie en dementie, de gevolgen van een CVA en op valpreventie, netwerkversterking en sociale vaardigheden;
- in de langdurige zorg is in deze databank één interventie gevonden; deze richt zich op het vergroten van de weerbaarheid van ouderen die in een verzorgingshuis wonen.

Het overgrote deel van deze interventies bestaat uit workshops/cursussen en voorlichting. Daarnaast zijn lotgenotencontact, empowerment, participatie, het verbeteren van de sociale omgeving, deskundigheidsbevordering en netwerkontwikkeling veelvoorkomende methodes. Twee van de interventies hebben een 'sterke aanwijzing voor effectiviteit'; het betreft de cursus 'In de put, uit de put: zelf depressiviteit overwinnen' in varianten voor volwassenen en 55-plussers.

3. Databank: instrumenten vanuit welzijn in samenhang met zorg

Eenzaamheid of sociaal isolement wordt vaak aangepakt vanuit de welzijnssector. Voor deze sector bestaat de databank 'Effectieve interventies' van Movisie. Voor deze Quicksan is in die databank gezocht naar eenzaamheidsinstrumenten die worden ingezet in samenhang met langdurige zorg en/of zorgaanbieders. De databank noemt veertien eenzaamheidsinterventies, waarvan er zes nadrukkelijk in samenwerking met zorgorganisaties. Het gaat om een aanpak voor wijkbewoners met een psychiatrische achtergrond, een dagbestedingsprogramma voor ouderen, een methode om vrijwilligers te koppelen aan zorgcliënten, een individuele rehabilitatiemethode en een model voor individuele begeleiding.

Eerste analyse en conclusies

De Quicksan leidt tot de volgende voorlopige inzichten en conclusies:

1. alle sectoren zetten zich op diverse manieren in voor het bestrijden en voorkomen van eenzaamheid. Die inzet is niet alleen vaak formeel geborgd maar komt ook tot uiting in verschillende soorten activiteiten;
2. de reguliere, dagelijkse praktijk waarin professionals en cliënten contact hebben is wellicht de belangrijkste manier om (dreigende) eenzaamheid te signaleren en op te volgen;
3. nog onbekend is hoe bewust, wilskrachtig en vaardig organisaties en professionals zijn rond eenzaamheidsbestrijding;
4. er zijn tientallen soorten interventies, instrumenten en ervaringen rond eenzaamheidsbestrijding in de zorg;

5. veel interventies zijn niet exclusief gericht op eenzaamheid, maar zijn daarvoor wél belangrijk;
6. de interventies kunnen bij voorbeeld als volgt worden onderverdeeld:
 - middelen gericht op individuele cliënten, zoals trainingen, workshops, activiteiten aanbod en communicatiemiddelen;
 - middelen gericht op professionals, zoals deskundigheidsbevordering en instrumenten die ze kunnen toepassen bij cliënten;
 - inzet gericht op de samenleving, zoals voorlichtingsbijeenkomsten en activiteiten ter bevordering van een inclusieve maatschappij;
 - inzet gericht op het realiseren van goede structuren, zoals het ontmoetingsgericht bouwen, het bevorderen van (beschermde) woon- en werkplaatsen en het werken vanuit sociale wijkteams van zorgprofessionals en sociaal werkers;
7. het aantal interventies, instrumenten en ervaringen waarin de zorgsector samenwerkt met de welzijnssector is beperkt;
8. er zijn (nog) geen uitspraken mogelijk over het bereik en de frequentie van toepassing van middelen, noch over de effectiviteit of toepasbaarheid bij specifieke doelgroepen of oorzaken van eenzaamheid;
9. het vervolg van dit project is een mooie uitdaging: hoe kunnen we door verdieping en keuzes tot effectieve verbetering en versterking van de eenzaamheidsaanpak in en vanuit de zorg komen?

Colofon

© 2014, Coalitie Erbij, Utrecht



NATIONALE COALITIE TEGEN EENZAAMHEID

1

Definitie van J. de Jong Gierveld (1984) in: Coalitie Erbij (2010). Factsheet Coalitie Erbij; Nationale Coalitie tegen eenzaamheid

2

Ministerie van VWS (2014). Beleidsbrief "Intensiveren en verankeren aanpak eenzaamheid", 16 juli 2014, kenmerk: 196909-117113-DMO

3

De aantallen cliënten zijn de totale cijfers per sector, dus inclusief kortdurende zorg en niet ontdudd.

4

ActiZ (2013): ActiZkrant 2012-2013. Cijfer is inclusief kraamzorg en consultatiebureaus

5

CBS (2013). Zorginstellingen; kerncijfers, financiën en personeel.

6

<http://www.ggznederland.nl/pagina/over-ggz-nederland>, 18 augustus 2014

7

CBS (2013). Zorginstellingen; kerncijfers, financiën en personeel

8

<http://www.vgn.nl/branche/feitenencijfers>, datum: 18 augustus 2014

9

CBS (2013). Zorginstellingen; kerncijfers, financiën en personeel

10

exacte aantallen kan de sector niet noemen vanwege de breedte van het aanbod en de doelgroepen waarvoor de sector werkt, mail 10 september 2014

11

<http://www.mogroep.nl/pagina/s948224>, datum: 18 augustus 2014

12

Coalitie Erbij (2010). Factsheet Coalitie Erbij; Nationale Coalitie tegen eenzaamheid.

13

VWS, 2014. Kamerbrief "Intensiveren en verankeren aanpak eenzaamheid" 16 juli 2014

14

TNS/Nipo 2012, zoals gemeld door Nationaal Ouderenfonds, Feiten en cijfers, op ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers op 18 augustus 2014

15

Brochure Nationale Coalitie tegen Eenzaamheid - Kom erbij (2014)

16

- Meulenkamp, T., Hoek, L. van der & Cardol, M. (2013). Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking; rapportage participatiemonitor 2013. Utrecht: Nivel
- 17
- Trimbos Instituut (2011). Factsheet Panel Psychisch Gezien
- 18
- Gemeente Utrecht (2014). Peiling 2 | Sociale relaties en betrokkenheid
- 19
- Fokkema & de Jong Gierveld (2003), zoals vermeld op Effectieveouderenzorg.nl, 18 augustus 2014
- 20
- Vilans (2006), werkboek Eenzaamheid Ouderen, zoals vermeld op Effectieveouderenzorg.nl, 18 augustus 2014
- 21
- BTSG (2014), Infobulletin eenzaamheid, zoals vermeld op <http://www.btsg.nl/infobulletin/eenzaamheid.html>, 18 augustus 2014
- 22
- Brancheorganisatie VGN, per mail 3 september 2014
- 23
- Brancheorganisatie VGN, per mail 3 september 2014
- 24
- Leemrijse, C.J. & Pisters, M.F. (2009). Quick scan kwaliteit en veiligheid van ambulante zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Nivel
- 25
- Brancheorganisatie VGN, per mail 3 september 2014
- 26
- Gemeente Utrecht (2014). Peiling 2 | Sociale relaties en betrokkenheid
- 27
- <http://www.nivel.nl/nieuws/inkomenspositie-chronisch-zieken-en-gehandicapten-een-kwart-teert-in>, 10 september 2014
- 28
- Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, april 2010. ActiZ heeft zich sindsdien gedistantieerd van de indicatoren en het kwaliteitsdocument, maar deelt de visie op Kwaliteit van Leven
- 29
- Inspectie voor de gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland en LOC Zeggenschap in zorg (2012). Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis
- 30
- ActiZ (2010). Brochurereeks 'Werken aan mentaal welbevinden'

31

ActiZ (2012) Mentaal welbevinden in de zorg thuis. Startpunt voor Innovatie

32

¹ <http://www.netwerklevensvragen.nl>. Partners in het netwerk zijn: ActiZ, Vilans, LOC, MOgroep, Reliëf, Humanistisch Verbond, Agora, PCOB, Unie KBO en Vereniging Het Zonnehuis

33

<http://www.vgn.nl/overdevgn/missievisie>, 4 september 2014

34

CG Raad, LSR, Inspectie voor de Gezondheid e.a. (2013). Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg; visiedocument 2.0. Utrecht: VGN

35

Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020

36

GGZ Nederland, 2009. Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, voor mensen met een ernstige psychische aandoening

37

GGZ Nederland (2009). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap; visie op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen

38

¹ Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en GGZ Nederland (2009). Intentieverklaring 'psychisch kwetsbare burger in de WMO'

39

Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020

40

¹ NEN, opsteller van HKZ-schema's aan MOgroep, zoals vermeld per mail 4 september 2014

41

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2014. Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving

42

¹ Zoekopdracht via www.loketgezondleven.nl, thema 'eenzaamheid', 20 augustus 2014