

Afstudeerwerkstuk over

Eenzaamheid



Student : Anneke Lanser
Groep : MGZ 2003
Afstudeerbegeleidster: M.den Heijer
Datum : 13-06-2006

Voorwoord

Als afsluiting van de Maatschappelijke Gezondheidszorg opleiding heb ik het afstudeerwerkstuk over eenzaamheid geschreven. Ik wil mijn partner en kinderen bedanken voor de ondersteuning die zij mij geboden hebben. Verder wil ik het Rivas bedanken dat zij mij de gelegenheid gaven om de MGZ-opleiding te volgen met de daarbijbehorende begeleiding van Iris van Noort. Bij het schrijven van dit afstudeerwerkstuk ben ik begeleid door Margriet den Heijer, docent van de Haagse Hogeschool. Mede door haar plezierige wijze van begeleiding, de steun en de praktische adviezen is dit afstudeerwerkstuk geworden tot wat het nu is.

Respect

*Ik ben oud,
Mijn benen willen niet goed meer mee,
En mijn handen beven,
Heb geduld met mij.*

*Jullie wereld is zo snel,
Mijn oren zijn verzwakt en doof van het lawaai,
Spreek niet te zacht als je met mij praat,
Mijn ogen zijn niet meer zo helder, ik zie niet alles meer,*

*Wees niet boos als ik mors of ergens iets omver gooi,
Ik heb nooit veel kans gehad om te studeren,
En jullie gebruiken soms moeilijke woorden, ik begrijp ze niet altijd,*

*In mijn geheugen zit de mot,
En morgen ben ik vergeten wat ik vandaag beloofd heb,
Neem het me niet kwalijk dat ik graag over vroeger praat,
En soms twee keer hetzelfde vertel.*

*Het doet me deugd als je vriendelijk bent en even tijd voor me maakt,
Ik ben daar gevoelig voor,
Sluit me niet uit en laat me voelen dat ik je niet tot last ben.*

*Ik leef ook nog graag,
En soms voel ik me eenzaam,
Ik moet nog leren oud te worden met een jong hart.*

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	5
2. Eenzaamheid, Oorzaken en Gevolgen	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Diverse opvattingen over eenzaamheid	7
2.3 Eenzaamheid onder ouderen	8
2.4 Oorzaken van eenzaamheid.....	8
2.5 Gevolgen van eenzaamheid	9
2.6 Het verwerken van eenzaamheid	9
2.7 Voorwaarden voor eenzaamheidsverwerking.....	10
2.8 Het model voor eenzaamheidsverwerking	11
2.9 Samenvatting.....	13
3. Onderzoek naar eenzaamheid bij ouderen.....	14
3.1 Inleiding	14
3.2 Het Gemisintensiteitsschaal	14
3.3 Onderzoek in Nederland.....	15
3.4 Samenvatting.....	18
4. Beleid ten aanzien van de eenzaamheid.....	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Landelijk beleid van samenwerkingsverbanden.....	10
4.3 Gemeentebeleid in de Alblasserwaard	19
4.4 Samenvatting.....	20
5. Preventie.....	21
5.1 Inleiding	21
5.2 Microniveau (intra-individuele oorzaken).....	21
5.3 Mesoniveau (inter-individuele)	21
5.4 Macroniveau (maatschappelijke oorzaken).....	22
5.4 Samenvatting.....	22
6. MGZ-verpleegkundige interventies bij eenzaamheid	23
6.1 Inleiding	23
6.2 Interventies gericht op fasen, stijlen en voorwaarden	23
6.3 De MGZ-verpleegkundige hulp bij de fasen van verwerking	24
6.4 De MGZ-verpleegkundige hulp bij stijlen van verwerking.....	25
6.5 Hulp bij voorwaarden voor verwerking	26
6.6 Valkuilen bij eenzaamheidsinterventies.....	26
6.7 Verpleegkundige visie op interventies.....	27
6.8. Samenvatting.....	29
7. Samenwerking in de hulpverlening	30
7.1 Inleiding	30
7.2 Project samenwerking in Zeeland.....	30
7.3 Vernieuwing in de samenwerking.....	30
7.4 Samenvatting.....	31
8. De rol van de MGZ-verpleegkundige	32
8.1 Inleiding	32
8.2 De MGZ-verpleegkundige	32
8.3 Mijn verpleegkundige visie.....	32
8.4 De rollen en de competenties van de MGZ-verpleegkundige	34
8.5 Samenvatting.....	35
9. Discussiestuk probleemstelling	36
9.1 Probleemstelling	36
9.2 Samenvatting.....	38

10. Conclusies en Aanbevelingen	39
10.1 Inleiding	39
10.2 Conclusies.....	39
10.3 Aanbevelingen.....	41
10.4 Samenvatting	42
11. Nawoord	43
12. Literatuurlijst	44
13. Bijlagen.....	46

1. Inleiding

Dit afstudeerwerkstuk is geschreven in het kader van de MGZ-opleiding. MGZ staat voor Maatschappelijke Gezondheidszorg. Het afstudeerwerkstuk is het laatste onderdeel van de MGZ-opleiding.

Het onderwerp "Eenzaamheid" heb ik gekozen als thema voor dit afstudeerwerkstuk. In mijn werkveld als verpleegkundige in de wijk heb ik regelmatig met eenzaamheid of dreigende eenzaamheid van ouderen te maken. Uit reacties van deze risicogroep signaleer ik verschillende vormen van eenzaamheid. De werkelijke omschrijving van eenzaamheid is voor mij boeiend, want eenzaamheid is uiteindelijk gerelateerd aan een individuele ervaring. Het vraagt creativiteit om binnen de geïndiceerde tijd ook een bijdrage te leveren aan eenzaamheidspreventie, want de geïndiceerde tijd beperkt zich vaak tot de zorg die nodig is. Het oog hebben voor de gehele mens in zijn leefomgeving en niet alleen voor een wond, die behandeld moet worden. Veel ouderen en chronisch zieken stellen het op prijs, als er ook tijd is voor een praatje. Een ander voorbeeld uit de praktijk is dat na overlijden van een partner of echtgenoot de zorg stopt. Afhankelijk van de ernst van de situatie en het inzicht van de verpleegkundige kan er incidenteel na overlijden een huisbezoek afgelegd worden. Tijdens dit huisbezoek wordt er gesproken over rouwverwerking en eenzaamheid.

Vanuit de organisatie moet dit geregistreerd worden onder advies, informatie en voorlichting. Er is wel mogelijkheid om een indicatie aan te vragen bij het CIZ (Centrum Indicatie Zorg) als de cliënt behoefte heeft aan begeleiding, maar hier wordt weinig gebruik van gemaakt.

Tijdens de opleiding heb ik een keer een gesprek met Maatschappelijk Werk van Ouderenwerk gehad ter oriëntatie op dit probleem. In de zorgverlening komt de eenzaamheidsproblematiek regelmatig voor. Uit de informatie bleek dat er vroeger een zorgoverleg was met de thuiszorginstellingen, maar vanwege de concurrentiestrijd is het zorgoverleg opgeheven.

In onze organisatie is er geen beleid of protocol aanwezig om eenzaamheid te diagnosticeren en de daarop volgende stappen te ondernemen.

Als aankomend MGZ-verpleegkundige kan ik concluderen dat deze aspecten leiden tot een probleemsituatie, waartoe ik de behoefte heb om die doelgroep met dreigende eenzaamheid op een goede en constructieve wijze te begeleiden.

Vanwege het ontbreken van deze protocollen of standaarden, wil ik graag dit thema onderzoeken en in de organisatie inbrengen.

Probleemanalyse

Vanuit de praktijk merk ik dat er verschillen zijn in de beleving van eenzaamheid en het gevoel van eenzaamheid door bijvoorbeeld het ontbreken van mantelzorg. De Stichting Ouderenwerk levert een actieve bijdrage zoals signalerende huisbezoeken en het organiseren van bijeenkomsten. Desondanks is er toch een groep ouderen die niet bereikt wordt, mede door onvoldoende kennis en informatie van de thuiszorginstellingen. Niet elke verpleegkundige is op de hoogte van de mogelijkheden in het kader van eenzaamheid.

Een samenwerkingsverband met de thuiszorginstellingen zou een bijdrage kunnen leveren van informatie en die groep ouderen op een snelle en effectieve wijze kunnen benaderen.

Motivatie

In mijn werk voel ik mij aangetrokken tot de ouderen en chronisch zieken. Regelmatig krijg ik te maken met signalen van eenzaamheid. Ik heb het gevoel dat ik tekort schiet, als ik de cliënt niet voldoende ondersteuning kan bieden met betrekking tot eenzaamheid. Eenzaamheidsinterventies zijn zorg op maat en vraagt de nodige kennis en informatie in ondersteuningsmogelijkheden. Ik voel mij gemotiveerd om hier mee aan de slag te gaan en kwam tot de volgende probleemstelling.

Probleemstelling

Hoe kan door een verbeterde samenwerking tussen de eigen thuiszorginstelling en stichting ouderenwerk dreigende eenzaamheid gesignaleerd worden en welke bijdrage kan de MGZ-verpleegkundige hieraan leveren?

Mijn werkwijze was het bestuderen van de literatuur over de definitie van eenzaamheid, het onderzoeken van verschillende verwerkingsstijlen en de verschillende projecten die in Nederland lopen gaven mij kennis en inzicht in de gehele eenzaamheidsproblematiek. De gesprekken met ouderen, de maatschappelijke werkster verbonden aan de Stichting Ouderenwerk, collega wijkverpleegkundigen en studiegenoten van de MGZ-opleiding gaven mij aanvullende informatie over het ervaren van eenzaamheid. Relevant was ook het kenbaar maken van onmogelijkheden van de organisaties en de tekortkomingen van professionals en wijkverpleegkundigen. Al deze aspecten gaven mij goed zicht op de theorie en de praktijk wat leidt tot een aantal aanbevelingen naar de organisatie.

Mijn afstudeerwerkstuk is als volgt opgebouwd:

In hoofdstuk 2 en 3 doe ik verslag van de literatuurstudie, de oorzaken en de gevolgen van eenzaamheid.

Hoofdstuk 4 is gewijd aan het beleid ten aanzien van eenzaamheid en het beleid in de Alblasserwaard.

In hoofdstuk 5 wordt het aspect preventie nader toegelicht.

De hoofdstukken 6 en 7 omvatten de rol van de MGZ-verpleegkundige. In deze hoofdstukken wordt veel aandacht besteed aan de verpleegkundige interventies bij eenzaamheid, de valkuilen en de verpleegkundige visie en welke bijdrage de MGZ-verpleegkundige levert in het samenwerkingsproces.

In hoofdstuk 8 heb ik een casuïstiek gebruikt om de aandacht te vestigen op de rollen en de competenties van de MGZ-verpleegkundige in het kader van eenzaamheid.

In de hoofdstukken 9 en 10 heb ik door middel van resultaten van mijn literatuurstudie een antwoord op de probleemstelling weten te vinden.

Tenslotte heb ik in hoofdstuk 11 in het nawoord mijn ervaringen beschreven voor het maken van dit afstudeerwerkstuk en wat dit opgeleverd heeft voor mij, als MGZ-verpleegkundige.

De laatste hoofdstukken zijn voorzien van een literatuurlijst en de bijlagen.

Voor de leesbaarheid heb ik de verpleegkundige aangeduid met "zij", maar kan ook worden gelezen als "hij".

Ik wens u veel leesplezier.

2. Eenzaamheid, Oorzaken en Gevolgen

2.1 Inleiding

De relaties met anderen waarin genegenheid geboden en ontvangen wordt, zijn onmisbaar in ieders leven. Eenzame mensen verlangen naar verbondenheid, maar dit verlangen wordt niet altijd vervuld.

Eenzaamheid kan vanuit verschillende invalshoeken bekeken worden. De overheersende opvatting is dat bij eenzaamheid een bepaald gemis *aan* contacten of een gemis *in* contacten wordt ervaren.

Eenzaamheid is een ervaring die elk mens wel kent. Iedereen heeft weleens het gevoel gehad eenzaam te zijn, bijvoorbeeld in een ervaring van diep verdriet. Eenzaam zijn is pas een probleem als de eenzaamheid een belangrijke rol gaat spelen in het gevoelsleven, en de situatie zo lang gaat duren dat men eronder lijdt.

2.2 Diverse opvattingen over eenzaamheid

Gevoelens van eenzaamheid zijn over het algemeen menselijk. Iedereen heeft weleens een kortere of langere periode waarin dergelijke gevoelens worden ervaren. Een voorbeeld kan zijn na het verlaten van het ouderlijk huis, na een scheiding of na een verhuizing. Meestal verdwijnen dergelijke gevoelens na verloop van tijd weer.

Voor bepaalde mensen blijkt dit echter niet zo op te gaan, want zij blijven gevoelens van eenzaamheid houden. De meeste mensen proberen alles wat in hun vermogen ligt om de eenzaamheid te verminderen, maar niet iedereen slaagt hierin. Het feit dat eenzaamheid verschillende oorzaken kan hebben, doet niets aan het feit dat eenzaamheid uiteindelijk een individuele ervaring is. Ongeacht de maatschappelijke omstandigheden, persoonlijk verlies of handicaps zijn er altijd wel mensen die zich niet eenzaam voelen, ondanks een buitenstaander oordeelt dat hiervoor alle aspecten aanwezig zijn en daarom alle reden heeft voor eenzaamheid.

Wat ervaren eenzame mensen eigenlijk? Wat houdt eenzaamheid in? Op deze vragen zijn verschillende opvattingen vanuit de wetenschappelijke literatuur.

Een opvatting van Moustakas¹ (1961) is dat "het gevoel van eenzaamheid eigen is aan het menselijke leven". Een andere opvatting is dat eenzaamheid een gezonde honger is naar intimiteit en gemeenschap.

Een natuurlijk teken dat we gebrek hebben aan kameraadschap, gezelschap en een zinvolle plaats op de wereld (Rubenstein & Shaver² 1984, p. 13) .

Men kan van de stelling uit gaan "er is geen gevoel dieper in het wezen van het menselijke bestaan die ingrijpt dan het gevoel van vereenzaming" (Carp³ 1967, p. 86).

Volgens deskundigen in de sociale wetenschappen is eenzaamheid een onplezierige ervaring, die voornamelijk te maken heeft met tekorten in het sociale netwerk. Eenzaamheid wordt echter niet in alle wetenschappelijke literatuur op deze wijze omschreven.

Er zijn ook deskundigen die van mening zijn dat eenzaamheid een positieve ervaring is, die gebruikt kan worden voor het bereiken van doelen die anders niet of nauwelijks te verwezenlijken zijn. Verder zijn er opvattingen dat

¹ Moustakas, C.E., *Lonelineless*, New York, Prentice Hall, 1961.

² Rubenstein, C.M. & P. Shaver, *Loneliness in two Northeastern cities, The Anatomy of Loneliness*. New York, International Universities Press, 1980, p. 319-337

³ Carp, E.A.D.E., *eenzaamheid; schets ener antropologische psychiatrie*, Utrecht, Erven J. Bijleveld 1964

eenzaamheidsgevoelens strikt religieuze eenzaamheidservaringen zijn, die niets met aardse relatienetwerken te maken hebben.

2.3 Eenzaamheid onder ouderen

Eenzaamheid komt onder mensen voor van alle leeftijden voor, maar de oorzaken en gevolgen kunnen verschillen in de verschillende levensfasen. Bij onderzoek naar eenzaamheid onder jongere mensen bleek dat persoonlijkheidskenmerken een belangrijke rol spelen. Bij oudere volwassenen spelen andere factoren een rol, met name het verlies van de partner, een beperkt netwerk van relaties en een verslechterde gezondheid.

(De Jong Gierveld⁴ 1999). Als men ouder wordt, is er meestal geen tijd meer voor nieuwe sociale contacten, terwijl veel mensen actief zijn in het leggen en onderhouden van dergelijke contacten.

Maar ouder worden heeft ook een bittere kant: keer op keer verlies moeten verwerken, telkens jezelf moeten hervinden met iemand minder om je heen. De dood slaat gaten in de sociale netwerken van ouderen. Verminderde gezondheid kan een ingrijpende invloed hebben op de kwaliteit van de contacten die men kan onderhouden. De dood en het leven kunnen zo tot eenzaamheid leiden in het leven van ouderen.

Het verlies van de partner is een van de belangrijkste oorzaken van eenzaamheidsgevoelens (Dugan en Kivett⁵ 1994). Daarnaast speelt het hebben van een vertrouwensrelatie een rol. De aanwezigheid van een of meerdere mensen met wie op vertrouwelijke wijze kan omgaan, zoals een vriendin, een broer of zus, de partner of een kind vermindert de eenzaamheidsgevoelens.

2.4 Oorzaken van eenzaamheid

Met name bij gedragswetenschappers bestaat er aandacht voor oorzaken van eenzaamheid. Dat is op zichzelf genomen niet zo vreemd, omdat de meeste aangegeven oorzaken betrekking blijken te hebben op ongewenste veranderingen in relaties. Deze veranderingen hebben effect op geluk en welbevinden en kunnen iemand zozeer raken, dat de zin van het leven zelf in het geding kan raken.

In studies naar het voorkomen van eenzaamheid wordt vaak aangenomen dat de belangrijkste oorzaak van eenzaamheid ligt in het tekort aan sociale vaardigheden. Deze studies worden meestal gedaan onder personen van alle leeftijden. Is het echter waar dat een gebrek aan sociale vaardigheden ook bij ouderen de belangrijkste oorzaak van eenzaamheid is?

Wie de literatuur op het gebied van eenzaamheid gaat bestuderen wordt vrij snel duidelijk dat het niet alleen gaat om het ontbreken van een sociaal netwerk is of een gebrek aan sociale vaardigheden. Er zijn ook praktische oorzaken te noemen voor het ontstaan van eenzaamheid.

Onderzoek onder oude ouderen (75+ of 80+) toont aan dat eenzaamheid bij deze groep samenhangt met weduwstaat, fysieke beperkingen, gebrek aan geld, problemen met vervoer en ontevredenheid met de woonsituatie.

2.5 Gevolgen van eenzaamheid

Eenzaamheid die intens is en lang aanhoudt kan gevolgen hebben voor de gezondheid. Het kan gemakkelijk leiden tot depressies, die zich vervolgens kunnen uiten in psychosomatische klachten. Eenzaamheid is weliswaar een gevoel, maar

⁴ Prof. dr. Jenny Gierveld, als Honorary Fellow betrokken bij het Nederlands Demografisch Instituut (NIDI) in Den Haag.

⁵ Dugan en Kivett, gerontologist 1994, emotional components of social interactions

het kan gevolgen hebben voor het lichamelijk functioneren. Er blijkt een verband te bestaan tussen eenzaamheid en ziekte wat leidt tot gezondheidsrisico's.

Eenzaamheid is niet een probleem voor betrokkene, maar ook voor de maatschappij. Eenzaamheid maakt mensen vatbaarder voor ziekte, wat kan resulteren in een overmatig gebruik van (medische) voorzieningen (Lynch⁶1977).

Ook is gebleken dat eenzaamheid het herstel van een infectieziekte vertraagt. (Kiecolt-Glaser e.a. 1984: geciteerd in Perlman 1988). En uit een longitudinale studie kwam naar voren dat ouderen die bij de eerste meting eenzamer waren, twee jaar later een slechtere gezondheid hadden dan ouderen die bij de eerste meting minder eenzaam waren (Perlman⁷ 1988).

Verder wordt eenzaamheid in verband gebracht met depressies, angstgevoelens en alcoholmisbruik.

Naast een verhoogde kans op gezondheidsklachten wordt eenzaamheid van ouderen in verband gebracht met de wens om niet meer zelfstandig te wonen. Zo wordt eenzaamheid ook genoemd al reden voor opname in een verzorgingshuis (De Jong-Gierveld & Kamphuis 1985; Steverink 1996).

2.6 Het verwerken van eenzaamheid

Uitgangspunt bij de theorie over eenzaamheidsverwerking is, dat mensen een hun eigen situatie en hun relaties voortdurend interpreteren en beoordelen. Zij beoordelen deze aan de hand van een soort persoonlijke standaard. Deze persoonlijke standaard wordt onder andere beïnvloedt door de normen en waarden die een persoon zelf heeft en de eisen die de omgeving stelt. Hoe men ook omgaat met gevoelens van eenzaamheid, er is altijd onderscheid te maken in verschillende fasen, waarin dat gebeurt.

Het verwerken van eenzaamheid verloopt procesmatig en er kunnen stappen of fasen worden onderscheiden.

Deze fasen worden genoemd als:

1. bewustwordings-of analysefase
2. ontwikkelen van het verwerkingsplan
3. uitvoering van het gekozen verwerkingsplan
4. evaluatie van het gekozen verwerkingsplan

De fasen vormen een cyclus; als een bepaald verwerkingsplan mislukt, kan men een of meer van de fasen doorlopen.

De eerste fase, de bewustwording van eenzaamheid, is heel belangrijk. Als iemand zich onprettig voelt, maar niet beseft dat gevoelens van eenzaamheid daarvan de oorzaak zijn, dan is het moeilijk iets te ondernemen tegen het onprettige gevoel. De eerste fase is ook belangrijk voor het soort oplossing dat iemand gaat toepassen. Het ontdekken welke oorzaken en achtergronden een rol kunnen spelen is bepalend voor het opstellen en uitvoeren van een plan.

Met het beschrijven van het proces van eenzaamheidsverwerking kan de suggestie worden gewekt dat men aan de hand hiervan altijd in zal slagen om het probleem van eenzaamheid volledig op te lossen. Hoewel dit wel de bedoeling is, lukt het vaak in de praktijk niet dit doel te bereiken.

Een eenzame ouder kan, ondanks een methodische aanpak van het probleem en ondanks de hulp die daarbij wordt ontvangen nog steeds eenzaam zijn.

⁶ Lynch, J.J. The broken heart, the medical consequences of loneliness, basic books, New York 1977.

⁷ Perlman, D., Loneliness research; Preventing the Harmful, Peplau, L.A. Goldston Publication, Washington 1984.

Er zijn drie stijlen van verwerking te onderscheiden:

1. Het verbeteren van de kwaliteit van het netwerk. Dit kan worden gedaan door het aangaan van nieuwe relaties of door bestaande relaties te verbeteren.
2. Verlagen van de wensen ten aanzien van het netwerk. Dit kan bijvoorbeeld door irreële wensen te veranderen of (te) hoog gespannen verwachtingen bij te stellen.
3. Het verkleinen van de interpretatie van het verschil tussen de wensen ten aanzien van het netwerk en de kwaliteit van het netwerk. Dit wordt ook wel cognitieve trucage genoemd.

Ad 1)

De eerste stijl van eenzaamheidsverwerking, het verbeteren van de kwaliteit van relaties door middel van uitbreiding en/of verdieping van contacten zal ouderen waarschijnlijk meer problemen opleveren dan jongeren. Ouderen staan vaker buiten het maatschappelijke verkeer dan jongeren.

Hoewel er voor ouderen veel georganiseerde contacten zijn, zullen zij meer moeite moeten doen. Dit betekent dat ouderen drempels moeten nemen, die voor jongeren in mindere mate bestaan. Ouderen worden vaker geconfronteerd met het wegvallen van vrienden of kennissen, bijvoorbeeld door overlijden, verhuizen of pensionering. Veel ouderen op hoge leeftijd hebben vaak lichamelijke klachten die de mobiliteit verminderen of zelfs belemmeren. Het verdiepen van contacten is wordt geen gemakkelijke opgave. Immers voor het leggen en onderhouden van contacten zal de oudere de deur uit moeten gaan. Vaak maken ouderen de keuze om thuis te blijven en komen zij niet toe aan verdieping of verbetering van hun relatienetwerk.

Ad 2)

De tweede stijl van verwerking, het verlagen van de wensen ten aanzien van relaties. Hierbij bestaat het risico dat mensen hun wensen aanpassen onder druk van de omstandigheden, terwijl hun aanvankelijke wensen reële menselijke behoeften vertegenwoordigen. Wensverlaging is aan te bevelen wanneer iemands wensen irreëel zijn. Bij zeer oude mensen die lang alleen zijn, zal het verlangen naar een nieuwe partner niet altijd in overeenstemming komen met wat de realiteit te bieden heeft.

Ad 3)

De derde stijl van verwerking, het verminderen van het belang van het verschil tussen wens en werkelijkheid, komt bij ouderen vaak voor. Uitspraken zoals: "Ach, ik heb in mijn leven al zoveel meegemaakt en ik hoef niet meer zonnig" Met dergelijke uitspraken wordt de pijn van de eenzaamheid weggemasseerd. Het verschil tussen wens en werkelijkheid blijft intussen wel bestaan. Deze wijze van verwerking heeft pas effect als iemand het resultaat van de afweging daadwerkelijk kan accepteren.

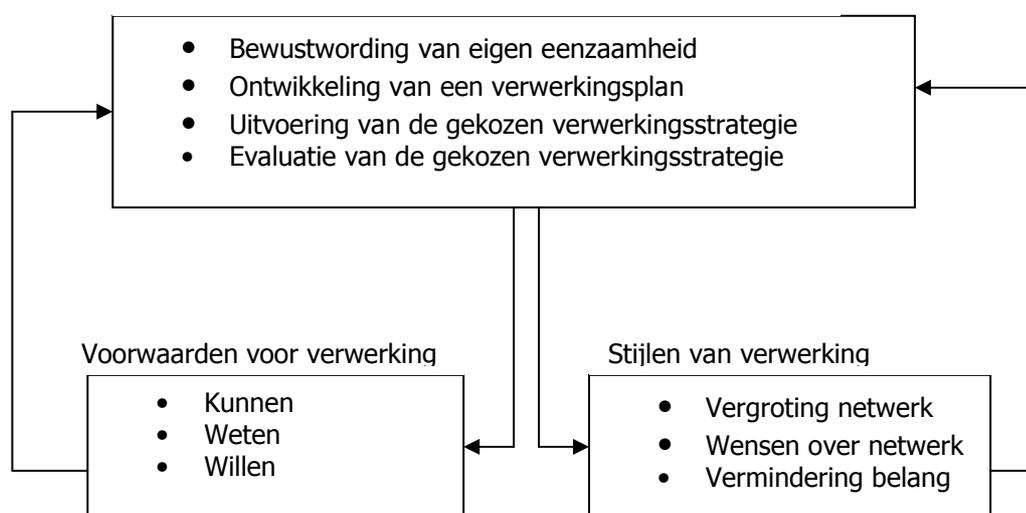
2.7 Voorwaarden voor eenzaamheidsverwerking

Naast de stijlen van verwerking en de fasen waarin verwerking van eenzaamheid verloopt, is er ook een sociaal-psychologisch aspect te noemen dat belangrijk is bij de verwerking van eenzaamheid. Dit derde aspect wordt aangeduid als de voorwaarden voor verwerking. Deze voorwaarden spelen in elke fase van verwerking een rol. Deze voorwaarden worden kortweg aangeduid als weten, wille en kunnen. Dit houdt in dat voor het succesvol doorlopen van een fase van verwerking aangenomen wordt dat een eenzame moet weten hoe hier iets aan te doen en ertoe in staat moet zijn.

De drie stijlen van verwerking, de vier fasen van verwerking en de drie voorwaarden waaraan in elke verwerkingsfase moet voldaan, kunnen in een model worden samengebracht. Dit model wordt ook wel het proces van eenzaamheidsverwerking genoemd (Linnemann & Leene⁸ 1989). M. Linneman (1990) heeft een model ontwikkeld, waarin een poging ondernomen wordt om ideeën over fasen en stijlen over eenzaamheidsverwerking.

In dit model is te zien dat binnen elk van de vier fasen van verwerking (bewustwording, plan opstellen, uitvoering en evaluatie) steeds bij voorkeur moet worden aangesloten bij iemands favoriete stijl en binnen elke fase moet worden voldaan aan de drie voorwaarden van weten, kunnen en willen.

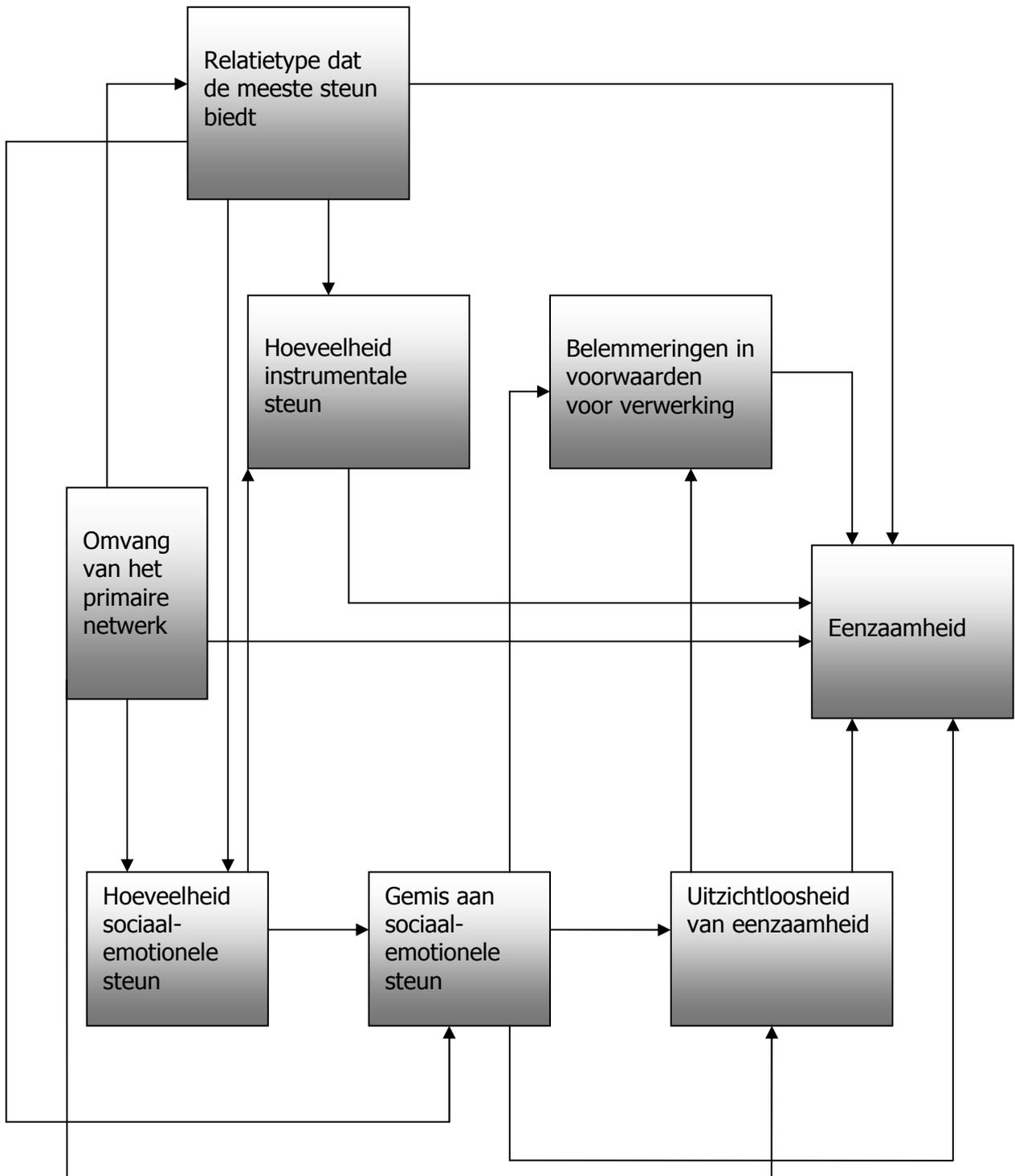
Fasen van eenzaamheidsverwerking figuur 2.7



⁸ Vakgroep Sociologie en Sociale gerontologie, Eenzaamheid onder hoogbejaarden en interventiemogelijkheden van hulpverleners in de eerste lijn, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 21, 161-168

2.8 Het integrale verklaringsmodel

Onderzoek naar eenzaamheid levert een heel gevarieerd beeld op van factoren die met eenzaamheid samenhangen. Recentelijk zijn de meest kenmerkende factoren uit de populairste theorieën in één verklaringsmodel van eenzaamheid ondergebracht.



2.9 Samenvatting

In dit hoofdstuk is het begrip eenzaamheid beschreven. Eenzaamheid komt in elke levensfase voor. De kans op het ervaren van eenzaamheid neemt echter toe naarmate men ouder wordt. De verwerkingsstijl is van invloed op de effectiviteit ter voorkoming van eenzaamheid. Een goed onderbouwde interventie om eenzaamheid aan te pakken kan alleen effectief zijn als men rekening houdt met de verwerkingsstijlen en resultaten gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. In het volgende hoofdstuk worden een aantal onderzoeken naar eenzaamheid beschreven.

3. Onderzoek naar eenzaamheid bij ouderen

3.1 Inleiding

Er zijn verschillende landelijke onderzoeken gedaan naar oorzaken en aantallen. Bij eenzaamheid onder jongeren is gebleken dat, door aandacht te geven aan persoonlijkheidskenmerken, meer effect heeft dan bij ouderen.

Bij ouderen spelen andere factoren een rol, zoals verlies van een partner, familie en vrienden, een beperkt netwerk van sociale relaties en een verslechterd netwerk (De Jong Gierveld, 1999). Maatschappelijke oorzaken zoals gevoelens van onveiligheid in de buurt, toegenomen individualisme, samenstelling van de bevolking in de wijk en zingevingvraagstukken kunnen ook onderdeel zijn van eenzaamheid.

Kortom: er zijn vele soorten eenzaamheid en vele oorzaken. Interventies moeten zoveel mogelijk aansluiten bij de oorzaak van eenzaamheid, daarom is het belangrijk dat er op basis van wetenschappelijk onderzoek de juiste interventie gedaan wordt.

Uit de literatuur (J. de Jong-Gierveld 1984) een meersporig onderzoek naar eenzaamheid blijkt dat eenzaamheid omschreven kan worden als een subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan kwaliteit van sociale relaties. In Europees en Amerikaanse onderzoeken wordt eenzaamheid gedefinieerd als een verschil tussen feitelijk en gewenste contacten. In het volgende hoofdstuk beschrijf ik de onderzoeken van De Jong en Gierveld, omdat in Nederland veel gebruik gemaakt wordt van deze onderzoeken, ook wel de gemisintensiteitschaal genoemd.

Het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) maakt veel gebruik van deze onderzoeken, omdat deze vragen ook mogelijke determinanten van eenzaamheid bevat.

3.2 Het Gemisintensiteitschaal

Uit onderzoek blijkt de gemisintensiteitschaal redelijk robuust voor diverse leeftijden en geeft duidelijke verschillen aan tussen sterk eenzaam, minder eenzaam en de niet-eenzame mensen. (De Jong-Gierveld & van Tilburg, 1987) De schaal bestaat uit de volgende elf uitspraken.

1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.
 2. Ik mis een echt goede vriend of vriendin.
 3. Ik ervaar een leegte om me heen.
 4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terug vallen.
 5. Ik mis gezelligheid om me heen.
 6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.
 7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.
 8. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.
 9. Ik mis mensen om me heen,
 10. Vaak voel ik me in de steek gelaten.
 11. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.
- De antwoordmogelijkheden zijn: ja! (=ja, geheel mee eens), ja (min of meer), nee, en nee!(= nee, geheel mee oneens)

De schaal bestaat uit vijf positief geformuleerde uitspraken (item 1,4,7,8,11) en zes negatief geformuleerde uitspraken (item 2,3,5,6,9 en 10). Het niet instemmen met de positief geformuleerde uitspraken en het instemmen met de negatief geformuleerde uitspraken wordt indicatief geacht voor het ervaren van eenzaamheid. Sommatie van het antwoord op de elf items levert een totaal

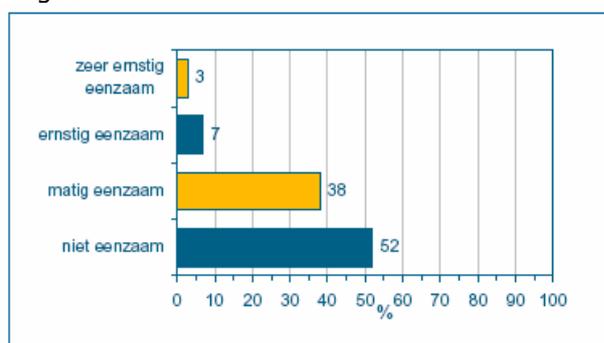
score op die van 0 tot 11 loopt. Hoe hoger de score, des te eenzamer men is. Een score van drie of hoger is indicatief voor de aanwezigheid van matige eenzaamheid, een score van negen of hoger voor ernstige eenzaamheid. In de schaal komt het woord eenzaamheid niet voor en refereren de items niet aan specifieke situaties of gedragingen die leeftijdsgebonden zijn. Bij de constructie van de eenzaamheidsschaal beoogden De Jong en Gierveld en Kamphuis (1985) geen onderscheid te maken tussen sociale en emotionele eenzaamheid. De opzet was gradaties in de ernst van eenzaamheidsgevoelens te meten. Desalniettemin biedt de schaal de mogelijkheid voor twee aparte schalen te construeren, één voor sociale eenzaamheid (score 0-5) en één voor emotionele eenzaamheid (score 0-6). De vijf positieve geformuleerde items geven uitdrukking aan gevoelens van sociale inbedding, het ergens bij horen. De zes negatief geformuleerde items zijn uitspraken over gevoelens van verlatenheid en het gemis van een gehechtheidrelatie. Omdat de schalen samenvallen met respectievelijk de positief en negatief geformuleerde items, is niet uit te sluiten dat zij minder zeggen over sociale en emotionele eenzaamheid dan over negatieve en positieve waarderingen van sociale contacten. Recente onderzoeksresultaten wijzen echter niet in deze richting (Van Baarsen, 2001; Dykstra & Fokkema, 2001; Van Tilburg et al, 2004)

3.3 Onderzoek in Nederland

De GGD Westfriesland heeft een aantal jaren geleden behoefte onderzoek gehouden in de gemeente Opmeer en Stedebroec. In dit onderzoek werden vragen gesteld over eenzaamheid aan de doelgroep 60 - 64 jaar en 70 – 75 jaar. In beide gemeenten gaf één op de drie ouderen aan matig eenzaam te zijn. In Opmeer is één op de twaalf ouderen ernstig eenzaam en in Stedebroec gaf één op de tien aan dat zij zeer eenzaam zijn. Het is opmerkelijk dat relatief jongere ouderen zich in die mate eenzaam voelen. Duidelijk is dat de doelgroep van 75 jaar en ouder van dit probleem nog meer last zal hebben. Elders in Noord-Holland blijkt uit onderzoek dat 14 tot 21% van de ouderen zelf aangeeft eenzaam te zijn.

De GGD Hart voor Brabant heeft in de regio Hart voor Brabant onderzoek gedaan naar alle zelfstandig wonende 65-plussers. Ruim 10.000 ouderen hebben deze vragenlijst ingevuld. De eenzaamheid is gemeten volgens de gemisintensiteitschaal.

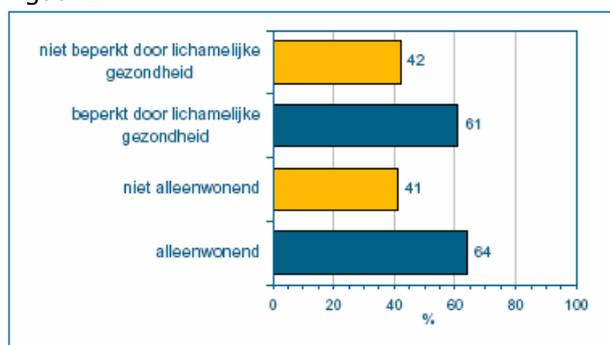
In figuur 1



In figuur 1 is aangegeven hoe de verdeling over de vier klassen van eenzaamheid is bij ouderen in de regio Hart voor Brabant.

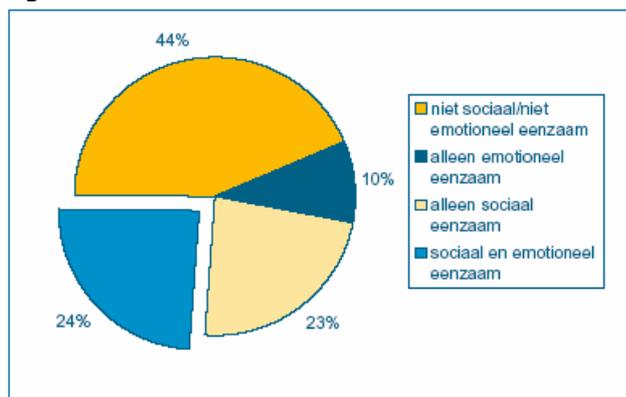
Iets meer dan de helft, namelijk 52% van de ouderen is niet eenzaam. 38% is matig eenzaam, 7% ernstig eenzaam en 3% zeer ernstig eenzaam. Samengevoegd betekent dat, dat 48% van de ouderen eenzaam is. Voor de regio Noordoost Brabant geldt dat er in de afgelopen 10 jaar een duidelijke stijging in het percentage eenzame ouderen te zien is. Het percentage eenzame ouderen in deze subregio is nu 46% en is daarmee met de helft toegenomen ten opzichte van 2000 toen het percentage eenzamen 31% was. Het percentage eenzamen is iets hoger onder de ouderen in stedelijke gemeenten (49%), bij vrouwen 50%, ouderen die alleen van AOW moeten rondkomen (51%) en de 75-plussers (55%). De meeste interessante doelgroepen voor preventie zijn echter de alleenwonende ouderen (64%) en ouderen die beperkt worden door hun lichamelijke gezondheid (61%). Dit komt omdat alleen wonen en het beperkt zijn door de lichamelijke gezondheid ook onafhankelijk van de andere factoren samenhangen met eenzaamheid. In figuur 2 zijn de percentages eenzamen voor deze twee doelgroepen weergegeven.

Figuur 2



Uit de analyses blijkt verder dat eenzame ouderen minder vaak deelnemen aan groepsactiviteiten of kerkelijke bijeenkomsten. Wellicht omdat, zoals eveneens uit het onderzoek blijkt, eenzame ouderen vaker problemen met vervoer hebben waardoor ze ergens niet naar toe gaan, waar ze wel naar toe had willen gaan. Uit het eenzaamheidsonderzoek blijkt dat sociale eenzaamheid onderhevig is aan veranderingen in het sociale netwerk als geheel. Deze conclusie is een indicator voor het gehele netwerk. De emotionele eenzaamheid is vooral gevoelig voor wijzigingen in partnerstatus. Verder blijkt uit Nederlands onderzoek dat minder eenzaamheid en meer emotionele steun samenhangen met een kleinere kans op sterfte onder ouderen. Het ontvangen van sociale steun heeft een positief effect op de lichamelijke gezondheid en het psychische welbevinden. Van alle eenzame ouderen (eenzaam volgens de volledige eenzaamheidschaal) is de helft zowel sociaal als emotioneel eenzaam, een derde alleen sociaal eenzaam (34%) en een zesde alleen emotioneel eenzaam (16%).

Figuur 3



Het percentage sociaal eenzamen in de totale regio Hart voor Brabant is groter (47%) dan het percentage emotioneel eenzamen (34%). Bijna een kwart van alle ouderen (24%) is zowel sociaal als emotioneel eenzaam, zoals in figuur 3 is te zien. 44% is noch sociaal, noch emotioneel eenzaam, bijna 10% is alleen op emotioneel gebied eenzaam en 23% alleen op sociaal gebied.

Wanneer men het onderzoek van de GGD vergelijkt met 2000 is vooral de sociale eenzaamheid gestegen. In de regio Den Bosch was dat percentage 16% en nu is dat 22%. In de regio Brabant-Noordoost is het gestegen van 10 naar 22%. Ook het percentage dat zowel sociaal als emotioneel eenzaam is, is in deze regio gestegen van 15 naar 23%.

In figuur 4 wordt aangegeven dat het percentage noch sociaal, noch emotioneel eenzaam is in Brabant-Noordoost flink gedaald van 64 naar 46%.

Figuur 4

Eenzaamheid	HvB	regio Den Bosch		regio Brabant-Noordoost		regio Midden-Brabant
	2004	1999	2004	2000	2004	2004
• niet sociaal/niet emotioneel	44	47	44	64	46	41
• alleen sociaal	23	16	22	10	22	24
• alleen emotioneel	10	14	10	11	9	10
• zowel sociaal als emotioneel	24	23	24	15	23	25

De gedachte dat oude mensen vaak eenzaam zijn, wordt in het algemeen niet door onderzoek bevestigd. Uit Engels en Amerikaans onderzoek komt eenzaamheid ook voor onder jongeren en neemt met het oplopen van de leeftijd weer af. Opmerkelijk is echter, dat vanaf de leeftijdsgrens van tachtig jaar de eenzaamheid weer toeneemt.

In de Nederlandse literatuur wordt geen melding gemaakt van een duidelijk verband tussen leeftijd en eenzaamheid.

Uit analyses van eenzaamheidsonderzoeken van de Jong- Gierveld (1984) bleek dat eenzaamheid willekeurig is gespreid over de bevolking. Er is wel onderscheid te maken in bepaalde categorieën mensen die meer kans maken op het ervaren van eenzaamheidsgevoelens.

3.4 Samenvatting

Het feit dat eenzaamheid een subjectieve ervaring is, betekent dat verpleegkundigen moeten proberen elke situatie zonder vooringenomenheid tegemoet te treden. Een eenzame oudere is niet gemakkelijk te herkennen, dat blijkt uit schattingen van hulpverleners uit de eerstelijns gezondheidszorg. In 20% van de gevallen heeft de hulpverlener een onjuiste inschatting gemaakt. (Linneman &⁹ Goede 1992). Voor de hulpverleners betekent dat voorzichtigheid betracht moet worden met het uitstippelen van een hulpplan. Bij hulpverlening bij eenzaamheid kunnen verpleegkundigen het proces van verwerking adequaat oplossen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de analyses en oorzaken van eenzaamheidsonderzoeken die in Nederland gedaan zijn.

In dit hoofdstuk is de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld beschreven. Men kan nagaan in hoeverre een eenzame in het proces is gevorderd, en of er belemmeringen zijn die het succesvol afronden van een fase in de weg staan bijvoorbeeld door het ontbreken van praktische voorwaarden.

⁹ Linneman & Goede verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam 1992, onderzoek naar hulpverlening bij eenzame ouderen.

4. Beleid ten aanzien van eenzaamheid

4.1 Inleiding

Het ministerie van VWS heeft in 2001 onder M. Vliegenthart¹⁰ het ouderenbeleid van de overheid ontwikkeld en gecoördineerd. In het handvest van de grondrechten van de Europese Unie staat: de Unie erkent en eerbiedigt het recht van ouderen om een waardig en zelfstandig leven te leiden en om aan het maatschappelijke en culturele leven deel te nemen. In Nederland werkt de overheid daar al jaren aan, maar de overheid kan dit niet alleen.

In de regeringsverklaring van het huidige kabinet wordt aangegeven, dat een ieder vanuit eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden een bijdrage moet leveren. Een citaat uit de regeringsverklaring: " Het besef van een gezamenlijke verantwoordelijkheid, evenals van wederzijdse afhankelijkheid tussen individu en samenleving, tussen overheid en markt, behoort in ons denken en handelen blijvend centraal te staan".

Mensen worden steeds ouder en staan tot op hoge leeftijd midden in de maatschappij. Een toenemend aantal 65-plussers is aan het werk en anderen leveren zorg in de vorm van vrijwilligerswerk.

Het kabinet Balkenende wil mensen meer verantwoordelijkheid laten dragen. Keuzevrijheid en zelfredzaamheid van ouderen staan voorop in een leeftijdsbewust beleid.

4.2 Landelijk beleid van samenwerkingsverbanden

Diverse landelijke instanties zoals de Stichting Eenzaamheid en Zingeving, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), het Trombos instituut en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) houden zich bezig met projecten op het gebied van eenzaamheid.

De Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) heeft een inventarisatie in Nederland uitgevoerd van projecten op het terrein van de bestrijding van eenzaamheid (RMO, 1997). In het advies van de RMO werd er gepleit voor een signaleringssysteem zodat diverse hulpverleners en lokale instanties op de ernst van mogelijke vereenzaming.

Vanuit het ministerie van VWS zijn een aantal beleidsmaatregelen genomen ter bevordering van het sociaal beleid en het geven van sociale steun. In de Welzijnsnota 1999-2002 "Werken aan sociale kwaliteit" wordt aandacht besteed aan de sociale intergratie van jongeren, ouderen, gezinnen en kwetsbare groepen.

Op het gebied van bestrijding van eenzaamheid worden veel projecten uitgevoerd met verschillende doelen en doelgroepen. Veel organisaties zijn betrokken bij de uitvoering. Door deze brede aanpak van eenzaamheid is het moeilijk een overzicht te krijgen van het aanbod op dit gebied.

4.3 Gemeentebeleid in de Alblasserwaard

Het Tympaan Instituut¹¹ heeft in Zuid-Holland regio Alblasserwaard onderzocht op welke manier zij ouderen die in een sociaal isolement verkeren kunnen helpen om dat isolement te doorbreken. Voor beleidsmakers is het relevant te weten hoe tevreden en creatief ouderen feitelijk zijn ten aanzien van hun sociale contacten.

¹⁰ M.Vliegenthart, Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2001

¹¹ Tympaan Instituut, Beleidsontwikkelaar voor Zorg en Welzijn, opdrachtgever Provincie Zuid-Holland

Naar aanleiding van de conclusies zijn een aantal aanbevelingen gedaan, die mede gebaseerd zijn op overleg met de vertegenwoordigers van de regionale beleidsorganen en de vereniging Instellingen voor Ouderenwerk. Vaak wordt er aangegeven dat er een taak weg gelegd is voor de instelling welzijn ouderen. Deze wordt op haar beurt gesubsidieerd door de gemeente, die daarmee ook een belangrijke rol hebben om de latente eenzaamheidsproblematiek aan te pakken. Vooral de plattelandsgemeenten, waar zich de komende jaren een steeds sterkere vergrijzing zal gaan voltrekken, zouden hierbij een actievere rol moeten krijgen. Temeer omdat in die gemeenten de samenleving in zijn geheel onder druk staat.

Het uitgangspunt van Welzijnswerk voor Ouderen in de regio Zuid-Holland Zuid is dat mensen zelf sturing geven aan hun leven en deel uit maken van een sociale structuur. Waar dat in het gedrang komt zal Welzijnswerk voor Ouderen deelnemers en gebruikers ondersteunen het zelfsturende vermogen te herwinnen en de mogelijkheden tot participatie in de omringende samenleving versterken. Van veel activiteiten en vormen van dienstverlening van Stichting Welzijn Ouderen gaat een preventieve werking uit. Via signalerend huisbezoek kunnen problemen, die de zelfstandigheid kunnen belemmeren, in een vroeg stadium worden opgespoord.

4.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is beschreven dat op landelijk niveau een duidelijk ouderenbeleid is. In de afgelopen vijftien jaar is veel verantwoordelijkheid van de overheid gedecentraliseerd. De rijksoverheid draagt de verantwoordelijkheid over aan de gemeente. Zij ontvangen het geld en regelt de uitvoering. Gemeenten hebben budgetten beschikbaar gesteld voor initiatieven die bevorderen dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Het ministerie van Verkeer en Waterstaat hecht er ook waarde aan dat ouderen zich kunnen verplaatsen met openbaar vervoer. Initiatieven voor verbetering van de toegankelijkheid worden gestimuleerd. Het kabinet legt de verantwoordelijkheid van de aanpak van eenzaamheid terug bij de gemeentelijke overheid. De gemeentelijke instellingen zoals Ouderenwerk ontplooiën activiteiten gericht op de risicofactoren zoals dreigende eenzaamheid. In het volgende hoofdstuk zal nader ingegaan worden op eenzaamheidspreventie.

5. Preventie

5.1 Inleiding

Preventie heeft als doel de voorwaarden de gezondheid te optimaliseren en factoren die een ongunstige werking op gezondheid hebben te minimaliseren. (B.Sassen Gezondheidsvoorlichting en preventie). Het gaat er bij preventie om de voorwaarden voor gezondheid van de patiënt zo gunstig mogelijk te maken. Voor preventie is het bewerkstelligen van gedragsverandering waarmee een bevordering van de gezondheid wordt beoogd, van groot belang. Gezondheidswinst is wat wordt beoogd met preventie. Voor verpleegkundigen is preventie zowel een onderdeel van de dagelijkse zorgverlening als een specifieke activiteit.

In dit hoofdstuk wordt beschreven dat het ontwikkelen van preventieve strategieën op het niveau van kwaliteit, gelet op het aantal intieme en belangrijke relaties, haast een onmogelijke opgave lijkt. Het belangrijkste doel is om een aantal raakvlakken te onderscheiden. Soms is er geen duidelijke scheidslijn tussen preventie en care (zorgen voor). Maar het verschil zit in de hulp die geboden wordt bij mensen die al geconfronteerd worden met eenzaamheid, terwijl preventie bestemd is voor mensen die in een risicogroep zitten voor eenzaamheid.

De hulpverlening is vaak gericht op het individu (de oudere) en preventie is meer gericht op (risico) groepen en maatschappelijke factoren. Eenzaamheid kan zowel persoonlijk als maatschappelijk worden verklaard. Er kan een onderscheid gemaakt worden op drie niveau's. De niveau's zijn micro-, meso- en macroniveau.

5.2 Microniveau (intra-individuele oorzaken)

Wanneer de oorzaak van eenzaamheid op het microniveau ligt, dan is de interventie gericht op de oudere zelf. De oplossing van het probleem staat in een rechtstreeks verband met de oorzaak van eenzaamheid. Een voorbeeld is een gehoorapparaat bij slechthorendheid, psychotherapie bij psychische problemen en vervoer van deur tot deur wanneer er sprake is van slechte mobiliteit.

Verklaringen in de persoonlijke levenssfeer zijn te vinden in:

- Persoonlijkheidskenmerken van mensen: het ontbreken van sociale vaardigheden, zelfvertrouwen en probleemoplossend vermogen.
- Gezondheid: uit onderzoek blijkt dat er een duidelijke relatie tussen slechthorendheid en eenzaamheid. Typische kwalen zoals mobiliteitsproblemen, slechthorendheid en incontinentie kunnen eenzaamheid in de hand werken.
- Zingeving.

5.3 Mesoniveau (inter-individuele)

In de literatuur worden interindividuele oorzaken, ook wel mesoniveau genoemd, bedoeld die liggen in het contact met andere mensen. Een voorbeeld kan zijn afname van het cognitieve vermogen zoals dementie, waardoor vrienden, kennissen en burens sneller geneigd zijn om het contact met de oudere te mijden.

Wanneer de oorzaak van eenzaamheid op het mesoniveau ligt, dan zijn de interventies gericht op het vergroten en/of verbeteren van het sociale netwerk

dan wel het verbeteren van de omstandigheden waaronder het sociale netwerk kan groeien.

- Ziekte of overlijden van de partner, goede vrienden en familie.
- Verlies van contacten door emigratie, verhuizing en scheiding.

5.4 Macroniveau (maatschappelijke oorzaken)

Er zijn maatschappelijke trends die van invloed kunnen zijn op eenzaamheid en sociaal isolement. Kenmerken van maatschappelijke factoren is dat veel ouderen de invloed ondergaan. Dergelijke factoren hebben vaak ongemerkt effect op de manier waarop mensen met elkaar contact leggen en die contacten onderhouden.

Voorbeelden die spelen bij ouderen:

- Negatieve beeldvorming rond ouderen
- Toegenomen welvaart en mobiliteit; hierdoor zijn mensen minder gebonden aan de woonplaats en geboorteplaats.
- Arbeidsparticipatie; vrouwen nemen in groten getale deel aan het onderwijs en arbeidsmarkt en zijn minder beschikbaar voor zorg en sociale contacten.
- Echtscheidingen; de laatste decennia nam het aantal echtscheidingen toe. Uit onderzoek blijkt dat gescheiden mensen minder sociale contacten hebben dan getrouwde en samenlevende mensen.
- Individualisering; mensen hebben meer keuzemogelijkheden op welke manier zij hun leven willen inrichten. Traditionele verbanden zoals de kerk, de buurt, familie en werk hebben weinig betekenis meer.
- Vrije tijd; sinds de jaren 90 de vrije tijd van mensen is afgenomen, is het vooral ten koste gegaan van het onderhouden van sociale contacten.
- Verzakelijking van de zorg; in de zorg- en welzijnssector is het menselijke contact verminderd. In de dienstverlenende sector zoals in de winkels, banken of bij de Nederlandse Spoorwegen zijn de kleine, informele contacten verdwenen.

Wanneer de oorzaak van eenzaamheid op het macroniveau ligt, dan zijn de interventies gericht op de omgeving van de oudere zoals het woon- en leefklimaat of bijvoorbeeld een beeldvormingscampagne.

5.4 Samenvatting

Preventie gericht op eenzaamheid is alleen zinvol als er aan een aantal voorwaarden kan worden voldaan. Met preventie gaat het niet alleen om uitbanning van gezondheidsproblemen, maar veel meer om het realiseren van risicoreductie en het bevorderen of begunstigen van de behoeften. De Nederlandse overheid heeft een impuls gegeven voor het samengaan van preventie en curatieve zorg. Zij heeft ervoor gezorgd dat er meer onderlinge samenhang kan worden benut. De oorzaken op microniveau, mesoniveau en macroniveau zijn in het hoofdstuk beschreven. In het volgende hoofdstuk zal worden ingegaan op de interventies bij eenzaamheid.

6. MGZ-verpleegkundige interventies bij eenzaamheid

6.1 Inleiding

In hoofdstuk twee is ingegaan op de oorzaken en eenzaamheidsverwerking. Er is beschreven dat bij verwerking verschillende fasen te onderscheiden zijn, welke stijlen te identificeren zijn en de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om het proces in gang te houden.

Tussen interventies, die aansluiten bij onderdelen van het model (figuur 2.7), bestaat een spanningsveld. De interventies worden vaak bekeken vanuit een perspectief van de instellingen in de hulpverlening. Het blijkt dat er reële knelpunten in de hulpverlening aanwezig zijn.

Het is opvallend dat de literatuur weinig beschrijvingen biedt van (effectieve) hulpverleningsstrategieën bij eenzaamheid. De beschreven strategieën zijn afleidingen van bestaande vormen van therapie. Dit betekent dat men hulp bij eenzaamheid vaak onderbrengt in de tweedelijns-hulpverlening.

De hulp of interventie bij eenzaamheid, wordt opgevat als een doelbewust, door andere persoon dan de eenzame zelf, op gang te brengen of in gang houden van eenzaamheidsverwerking. (M. Linneman 1990)

Onder interventie bij eenzaamheid vallen alle activiteiten die iemand kan verrichten om de betreffende persoon die last heeft van eenzaamheidsgevoelens te helpen zijn situatie te verbeteren.

6.2 Interventies gericht op fasen, stijlen en voorwaarden

Het proces van verwerking van eenzaamheid (figuur 2.7) kan door iedereen in principe spontaan doorlopen worden. Indien dit proces niet op gang komt of stagneert, kan de hulpverlening interventies plegen die aansluiten bij het proces van verwerking.

Het interventiemodel (figuur 6.2) gaat uit van drie soorten interventies bij eenzaamheid, die aansluiten bij het verwerkingsmodel.

- Interventies die aansluiten bij de fasen van eenzaamheidsverwerking. Deze interventies zijn gericht op de bewustwording van eenzaamheid en het opstellen, uitvoeren en evalueren van verwerkingsplannen. De fase waarin iemand verkeert, zal altijd moeten dienen als uitgangspunt voor de hulpverlening. Pas als duidelijk is in welke fase iemand zich bevindt, kan men gaan inventariseren hoe de stand van zaken is, ten aanzien van de voorwaarden en de stijlen van verwerking.
- Interventies die aansluiten bij de stijlen van verwerking. De cognitief georiënteerde eenzaamheidsinterventies zijn gericht op de stijlen van eenzaamheidsverwerking. Hier is van belang dat hulpverleners zich afvragen welke stijl aansluit bij de oorzaken van gevoelens van eenzaamheid en de behoeften van de cliënt. De stijl volgt vrij snel uit de resultaten van het bewustwordingsproces.
- Interventies die aansluiten bij de voorwaarden. Deze interventies zijn gericht op de voorwaarden voor eenzaamheidsverwerking: kunnen, weten en willen. Van belang is dat deze voorwaarden, in het perspectief van de fase waarin iemand zich bevindt, bekeken wordt welke stijl toegepast zal gaan worden. Het beoordelen of er aan de voorwaarden voldaan wordt is belangrijk voor het maken van of uitvoeren van een plan. Als dit niet het geval is, dan zal men moeten gaan onderzoeken welke belemmeringen er zijn en hierop actief reageren.

Uit het voorgaande gedeelte blijkt dat er in sommige gevallen meerdere interventies tegelijk mogelijk zijn. Het is belangrijk dat er een evaluatie plaatsvindt na het uitvoeren van een plan of er een verbetering is opgetreden in een van de voorwaarden. In de evaluatie kunnen nieuwe gezichtspunten opleveren wat resulteert in een wijziging van het plan of de uitvoering. Een regelmatige evaluatie van interventies is belangrijk om de effectiviteit te vergroten.

6.3 De MGZ-verpleegkundige hulp bij de fasen van verwerking

Als MGZ-verpleegkundige kan je hulp bieden door in gesprek te gaan met de cliënt. Het is belangrijk om de inhoud van de relaties en de wensen die de cliënt ten aanzien van de betreffende relaties heeft te inventariseren.

Bewustwordingsfase:

Wanneer iemand in de fase van *bewustwording* verkeert, is het verstandig om de cliënt zelf conclusies over gevoelens van eenzaamheid te laten trekken, dan als MGZ-verpleegkundige vertellen dat eenzaamheid het probleem zou kunnen zijn. De laatste aanpak zou een averechtse werking kunnen hebben. Communicatieve vaardigheden zijn hier van groot belang, omdat er een vertrouwensrelatie opgebouwd moet gaan worden. Een opbouwend gesprek mag ook wel confronterend zijn, maar als de cliënt zich veilig voelt en enigszins al op het spoor is van bewustwording. Uiteraard is er sprake van eenzaamheid als de cliënt zelf dit ervaart. Er zijn mensen die weinig contacten hebben, maar zich niet eenzaam voelen.

Als de cliënt nog in de bewustwordingsfase bevindt, dan zal je als MGZ-verpleegkundige moeten realiseren dat het bieden van concrete oplossingen weinig resultaat zal opleveren. Een voorbeeld is als de cliënt het probleem van een tekort van een netwerk niet duidelijk is, dan geeft het geen reden om iets aan het netwerk te doen.

Planningsfase

Als de cliënt in de bewustwordingsfase bevindt, dan is er ruimte voor het maken van plannen. De MGZ-verpleegkundige en de cliënt overleggen samen welke oplossingen een bijdrage kunnen leveren in het verminderen van eenzaamheidsgevoelens. Het is belangrijk om na te gaan of het gaat om sociale eenzaamheid (gemis aan vrienden en kennissen) of om emotionele eenzaamheid (gemis aan intimiteit). Het is belangrijk om je te realiseren welk uitgangspunt de cliënt heeft voor het plan. Standaardoplossingen of plannen die bij andere cliënten succesvol waren, is niet bij elke cliënt toepasbaar.

Uitvoeringsfase

Bij het uitvoeren van gemaakte plannen is het belangrijk voor de MGZ-verpleegkundige om de stappen te begeleiden en te observeren. Vaak zijn kleine stapjes al grote overwinningen voor iemand die eenzaam is. In deze fase dient ook rekening gehouden te worden met onverwachte tegenslagen. Bij het uitvoeren van de plannen kunnen zich meer belemmeringen voordoen dan aanvankelijk werd ingeschat. De MGZ-verpleegkundige kan zich in de rol van coach en ontwerper (samen met de cliënt) optreden.

Evaluatie

Het evalueren na het uitvoeren van de plannen zijn belangrijk voor de MGZ-verpleegkundige, want een goede analyse van het eventueel mislukken van de plannen geeft mogelijkheden om de oorzaken aan te pakken. Als een uitgevoerd

plan een onbevredigend gevoel geeft bij de cliënt dan is een interventie niet effectief.

Bij de evaluatie is het belangrijk om op causale attributie te letten. Causale attributie wil zeggen dat gebeurtenissen aan bepaalde oorzaken toegeschreven worden. Als de MGZ-verpleegkundige geen goede analyse maakt en eventuele belemmeringen wegneemt, dan bestaat er grote kans dat de cliënt zich bij de stand van zaken neerlegt en geen nieuwe poging doet.

6.4 De MGZ-verpleegkundige hulp bij stijlen van verwerking

In paragraaf 2.6 werden de verschillende verwerkingsstijlen van eenzaamheid beschreven. Het is belangrijk voor de MGZ-verpleegkundige door een actieve participatie met de cliënt duidelijk wordt welke behoeftes er bestaan. Zodra dit duidelijk wordt, dan kan de MGZ-verpleegkundige in overeenstemming met de drie stijlen hulp bieden bij:

- a) verdieping of uitbreiding relaties
- b) wensen ten aanzien van relaties
- c) vermindering van het belang tussen wensen en werkelijkheid

Ad a)

De MGZ-verpleegkundige kan de interventies die gericht zijn op uitbreiding of verdieping van relaties op drie aspecten richten. De drie aspecten zijn: het aangaan van nieuwe relaties, het onderhouden van relaties of het beëindigen van relaties. Deze drie aspecten kunnen worden onderscheiden, omdat elk aspect een andere benadering vraagt. Het onderkennen van de noodzaak van een beëindiging van een relatie soms vooraf gaat, voordat men aan een nieuwe relatie begint. De taak van de MGZ-verpleegkundige, het begeleiden en het bieden van emotionele steun aan de cliënt, is van invloed op het proces bij het verwerken van het soort verlies. Afhankelijk van het soort verlies kan er steun geboden wat bij de cliënt past. Een voorbeeld kan zijn dat gescheiden mensen het gevoel hebben dat zij niet meer mee tellen of dat weduwen/weduwenaars weerstand hebben tegen het verwerken van het verlies. Zij ervaren de pijn vaak als een graadmeter voor hun liefde.

Ad b)

De wensen ten aanzien van persoonlijke relaties zijn heel persoonlijk. Sommige mensen hechten waarde aan een vaste partner, gezelligheid, ervaringen in het verleden, vergelijkingen met anderen en culturele normen. Al deze persoonlijke normen kunnen leiden tot het beoordelen van het eigen sociale leven. Wanneer de werkelijkheid te veel van deze norm afwijkt, dan kunnen er eenzaamheidsgevoelens ontstaan.

De MGZ-verpleegkundige kan op verschillende manieren hulp bieden. Ten eerste is het bewust worden van de wensen. De cliënt kan zich op die manier realiseren dat hij/zij irreële wensen koestert. Een mogelijkheid is het bijstellen van dergelijke wensen en het zoeken naar alternatieven. De MGZ-verpleegkundige kan gaan onderzoeken welke normen de oudere cliënt hanteert en of die te veranderen zijn. Te denken valt aan normen die ontstaan doordat de cliënt zich vergelijkt met anderen die het beter en gemakkelijker hebben. Elk van deze vergelijking zal een andere beoordeling van de eigen situatie opleveren.

De MGZ-verpleegkundige kan zich realiseren dat wensen wezenlijke behoeften kunnen vertegenwoordigen. Het loslaten, kan van invloed zijn op het beeld van de eigen identiteit en de gevoelens van eigenwaarde. Anderzijds zal de cliënt niet-realistische verwachtingen moeten proberen overboord te zetten, omdat die vaak de problemen kunnen veroorzaken.

Vanuit de rol van de MGZ-verpleegkundige zal zij zich moeten realiseren dat zij alleen procesmatige hulp kunnen bieden als er aan wensverlaging gewerkt wordt. Dit komt voort uit de aandacht die er bij procesmatige benaderingen bestaat voor psychologische aspecten van eenzaamheidsverwerking (M. Linneman 1990).

Ad C)

Het verschil tussen wens en werkelijkheid heeft niet de feitelijke relatie tot het onderwerp eenzaamheid. De aanpak kan bestaan uit hulp bieden bij het ondernemen van plezierige, individuele activiteiten. Sommige mensen kunnen zich moeilijk vermaken als zij alleen zijn.

De MGZ-verpleegkundige kan aandacht besteden aan het opbouwen en instandhouden van relaties, maar dat er behalve positieve kanten ook negatieve kanten zitten. De neiging bij veel mensen om zich bezig te houden met het ervaren gemis is groot, op die manier richten zij alleen op de negatieve kant van hun situatie. De MGZ-verpleegkundige kan hierin een relativerende blik werpen, door bijvoorbeeld te adviseren dat de beslissingsvrijheid is vergroot in deze situatie. Het relativerende vermogen zou de mooie dromen over mooie relaties nuchterder bekeken kunnen worden door de cliënt. Het advies wat geboden wordt moet aansluiten bij psychologische facetten. (H. Buijssen 1999). Het gemis aan contacten is er wel, maar het gevoelde gemis proberen minder belangrijk te maken.

6.5 Hulp bij voorwaarden voor verwerking

De MGZ-verpleegkundige onderzoekt of aan de voorwaarden is voldaan, de fasen zijn doorlopen en het toepassen van de stijlen. Ten aanzien van het kunnen maken en kunnen uitvoeren van een plan belangrijk welke oorzaken de eenzaamheid veroorzaakt.

Bij het weten op welke manier een plan uitgevoerd zal gaan worden, zal de MGZ-verpleegkundige de nodige informatie aan de cliënt geven. Indien de MGZ-verpleegkundige niet over de juiste informatie beschikt zal zij de cliënt doorverwijzen naar de professional op het betreffende gebied. Bij het geven van informatie is een persoonlijke benadering aan te bevelen, omdat de mogelijkheid bestaat om eventuele vragen van de oudere cliënt te beantwoorden.

De MGZ-verpleegkundige moet zich kunnen realiseren dat er in sommige gevallen de wil ontbreekt van de cliënt. Dan zal zij de cliënt met respect behandelen en geen druk uitoefenen, want het forceren tot het uitvoeren van een plan zal een averechtse werking kunnen hebben.

Er kan sprake zijn van een overwinbare weerstand ten aanzien van verandering.

Een voorbeeld is dat een cliënt niet alleen op pad wil gaan, in dit geval is het voldoende als er begeleiding mee gaat.

Een taak van de MGZ-verpleegkundige is het onderzoeken waarom de wil ontbreekt en waar mogelijk en wenselijke drempelverlaging bieden.

6.6 Valkuilen bij eenzaamheidsinterventies

Een eenzaamheidsinterventie verloopt niet altijd probleemloos. Er zijn verschillende valkuilen waar de MGZ-verpleegkundige terecht kan komen.

Er zijn vier soorten valkuilen te benoemen:

- projectie
- cirkel van goede bedoelingen
- onvoldoende herkenning, signalering en begeleiding
- beëindigen van een hulpverleningsrelatie of activiteit

Het verschijnsel projectie wil zeggen dat in nieuwe relaties of situaties sterke emoties oproepen vanuit het verleden. Een oude situatie wordt op een nieuwe

geprojecteerd. Een voorbeeld is het handelen of het uiterlijk van een persoon kan reacties oproepen bij de oudere, die feitelijk niets te maken heeft met de betreffende oudere cliënt.

De cirkel van goede bedoelingen verwijst naar een weinig succesvol patroon dat kan ontstaan tussen de oudere en een MGZ-verpleegkundige. Wanneer de MGZ-verpleegkundige druk uitoefent op de overeengekomen stappen, dan kan de oudere gevoelens van machteloosheid en afwijzing ervaren. De oudere wijst de hulp af en de MGZ-verpleegkundige zou teleurgesteld kunnen raken. De oudere wordt bevestigd met de gedachte dat zijn probleem niet op te lossen is. Typerend is hier de "reddersdriehoek". Dat wil zeggen dat de rol van de MGZ-verpleegkundige als het ware verleid wordt om zorgzaam te zijn en de rol van redder op zich te nemen en de oudere heeft de rol van slachtoffer. Als de hulp niet effectief is, vinden er rolwisselingen plaats tussen redder, vervolger en slachtoffer (Egberts en Pool 1998). De cliënt voelt zich minderwaardig, heeft gevoelens van machteloosheid en kan zelfs wrok voelen ten aanzien van de verpleegkundige. De cliënt komt dan in de rol van de vervolger die de MGZ-verpleegkundige verwijt dat deze hem niet helpen kan. Wanneer de MGZ-verpleegkundige gevoelens van teleurstelling ervaart bij eenzaamheidsinterventies, zich schuldig voelt en de oudere in gedachten al dan niet verwijten maakt, dan is dat een teken dat de interventie is vastgelopen in een cirkel van goede bedoelingen. Het kan noodzakelijk zijn om een nieuwe start te maken met een ander MGZ-verpleegkundige.

Onvoldoende herkenning is een valkuil waarin de MGZ-verpleegkundige terecht kunnen komen, omdat zij te sterk uitgaan van hun eigen niveau van sociale vaardigheden. De competenties van sociale en communicatieve vaardigheden zoals leren op welke manieren een gesprek te beginnen, hoe je complimenten geeft en hoe je met stiltes om kunt gaan behoren tot een van de belangrijkste competenties van de MGZ-verpleegkundige. Desondanks bestaat de mogelijkheid dat je niet voorbereid bent op intimiteiten. Oudere mensen die een verleden hebben van sociale en persoonlijke vermijding kunnen bij het maken van nieuwe contacten opnieuw geconfronteerd worden met "diepere lagen". Het is belangrijk dat de MGZ-verpleegkundige dit herkent en aandacht besteed aan het interventieplan.

Een activiteit of hulpverleningsrelatie stoppen

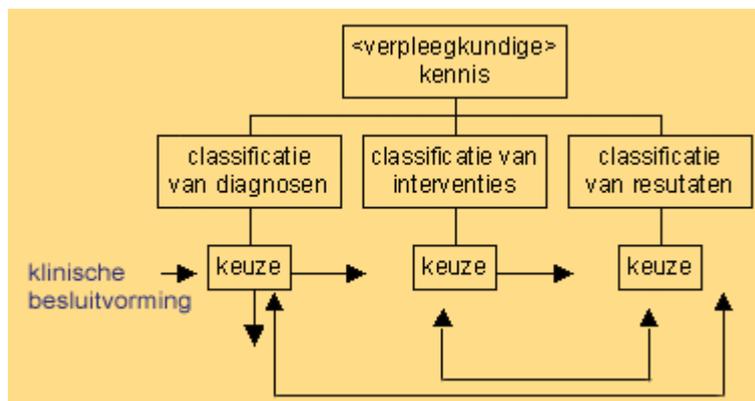
De MGZ-verpleegkundige zal zich moeten realiseren dat een interventie niet geheel zonder risico is. In veel gevallen is de aandacht voor de interventie van tijdelijke aard wat tot teleurstelling kan leiden. Het afbouwen of stoppen van de relatie dient de nodige aandacht en zorgvuldigheid te hebben, anders krijgt de cliënt een hernieuwd gevoel van afwijzing of teleurstellingen de relatie.

6.7 Verpleegkundige visie op interventies

Modellen worden gebruikt om de complexiteit van het leven, de omstandigheden, gebeurtenissen en relaties voor de mens inzichtelijk te maken. De theorieën gebruikt men om gebeurtenissen kunnen verklaren. Verpleegkundige modellen brengen de kennis en kunde van het verplegen in kaart. Het is ontwikkeld om te doorgronden *wat* verpleegkundigen doen, *waarom* ze het doen en *hoe* de beste wijze van uitvoering is.

In 1992 wordt, bij de introductie van de Nursing Intervention Classification, door McCloskey en Bulechek een andere kijk op het verpleegkundige proces

gepresenteerd. Zij leggen grote nadruk op verpleegkundige kennis en verpleegkundige besluitvorming. In onderstaand model worden de relaties tussen verpleegkundig kennis, diagnose, interventies en resultaten weergegeven. Het is van belang dat de MGZ-verpleegkundige zich realiseert dat de standaardinterventie die beschreven staat slechts een handleiding is, want niet elke activiteit past bij de desbetreffende cliënt.



Kennis-en besluitvormingsmodel (Bron MC Closkey en Bulechek,1997)

Volgens dit model is er sprake van een samenhangend systeem van verpleegkundige kennis. Verpleegkundige kennis wordt hierbij uitgedrukt in diagnoses, interventies en resultaten. Voor het beschrijven van de verpleegkundige kennis is de laatste tien á twintig jaar veel aandacht besteed aan het standaardiseren van verpleegkundige terminologie op basis van classificaties van de NANDA (de North American Nursing Diagnosis Association). De NANDA classificeert de labels van de diagnoses.

De definitie van het stellen van een verpleegkundige diagnose is: "Het proces in gang zetten om een georganiseerd, logisch en begrijpelijk systeem te ontwikkelen voor het classificeren (ordenen, rangschikken in klassen) van gezondheidsproblemen of gezondheidstoestanden gediagnosticeerd en behandeld met verpleegkundige interventies"

De verpleegkundige eenzaamheidsinterventies vallen onder de psychosociale zorg. Psychosociale zorg betekent: het bieden van steun bij psychosociale problematiek. Veruit de meeste verpleegkundigen vinden psychosociale zorg een belangrijk onderdeel van hun vak. Deze vorm van zorg is vaak complex, moeilijk af te bakenen en vaak ongrijpbaar voor diegenen die het hen betreft. (A. Pool & J. Lambregts 2003). Bij de eenzaamheidsinterventies dient net als andere vormen van verpleegkundige zorgverlening systematisch en methodisch te worden uitgevoerd. Er is een duidelijke concretisering en structurering van de verpleegkundige interventies nodig, die gebaseerd zijn op een juiste probleemdefinitie. Als dit ontbreekt, dan is in de huidige omstandigheden het gevaar groot, dat psychosociale zorg zoals eenzaamheidsinterventies, onder de maat blijft. In veel thuiszorginstellingen wordt de psychosociale zorg als "geïntegreerd" gezien in de zorg. Vaak zijn er weinig mogelijkheden om deze eenzaamheidsproblematiek aan te pakken.

In de thuiszorg wordt psychosociaal ondersteuning geacht een intergraal onderdeel te zijn van de zorgverlening door verpleegkundigen. De praktijk wijst vaak anders uit. Psychosociale zorg wordt sporadisch geïndiceerd, weinig in de praktijk gebracht en niet geregistreerd. De zorg voor de

eenzaamheidsproblematiek is binnen de thuiszorginstellingen tot nu nauwelijks geëxpliciteerd.

Een basisvoorwaarde voor deze vorm van zorgverlening is een zorgvuldige communicatie met de cliënt. Zorgvuldige communicatie is communicatie, zodanig dat deze zorgverlening in de praktijk uitkomst is van een continue dialoog tussen de MGZ-verpleegkundige en de cliënt. Een dialoog waarin onder meer de voorgenomen interventies steeds concreet worden benoemd. Van de MGZ-verpleegkundige mag verwacht worden dat zij over de nodige communicatieve basisvaardigheden beschikt en de beginselen van een goede gespreksvoering beheerst.

Voordat er actief geparticipeerd wordt op kennis, inzicht en vaardigheden, is het noodzakelijk dat de MGZ-verpleegkundige goed op de hoogte welke hulp bij eenzaamheid geboden kan worden. De huidige stand van zaken in kaart brengen voordat er interventies gedaan worden. Een sociale kaart, dat wil zeggen een overzicht van alle activiteiten en voorzieningen in de buurt of wijk die gericht is op eenzaamheidsproblemen, is een nuttig instrument om hulp te bieden.

6.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is het begrip interventie en de eenzaamheidsinterventies beschreven. De interventies gericht op de fasen, de stijlen en voorwaarden van verwerken, maar ook de valkuilen waar de MGZ-verpleegkundige in terecht kan komen, zijn beschreven. Het belang van de essentiële aspecten van communicatieve vaardigheden van de MGZ-verpleegkundige komen aan de orde. In het volgende hoofdstuk wordt een project van samenwerking beschreven en de samenwerking tussen de hulpverleners.

7. Samenwerking in de hulpverlening

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een project beschreven die gericht is op de onderlinge samenwerking instellingen of disciplines. In hulpverleningssituaties gaat het niet alleen om een bepaald hulpaanbod, maar dat degene die hulp nodig heeft op het juiste adres belandt.

Uit de effectmeting van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut bleek dat de problematiek rond eenzaamheid weinig effect heeft als er geen goede afstemming in de samenwerking is.

7.2 Project samenwerking in Zeeland

Uit het onderzoek van het Nederland Interdisciplinair Demografisch Instituut bleek dat de oorzaken van eenzaamheid soms te complex is. Het verruimen van mogelijkheden om mensen te ontmoeten is niet altijd voldoende. De interventies zijn op meer fronten nodig.

In de provincie Zeeland zijn er in samenwerking met het NIZW signaleringskaarten ontwikkeld. Dit is voor zowel voor de huisarts als voor de ouderenadviseur bruikbaar. Het toepassen van deze signaalkaarten levert zicht op de oorzaak van de eenzaamheidsproblematiek.

Mogelijkheden zijn het doorverwijzen naar professionele instellingen. Bij veel ouderen in Zeeland blijkt een traumatische gebeurtenis in het verleden vaak de oorzaak te zijn van het ernstige gevoel van eenzaamheid. De praktijk van dit project in Zeeland is dat ongeveer 60% van de verwezen ouderen traumatische levenservaringen hebben opgedaan.

Het openhalen van oude wonden en een terugval van eenzaamheidsgevoelens na een te vroegtijdige beëindiging van de interventie. De houding van de professional is essentieel voor de ouder.

De pilot loopt nog steeds, maar de werkwijze wordt nu breder benaderd.

Gaandeweg is gebleken dat het doorverwijzen van ouderen via de huisarts te beperkt is. Niet alle huisartsen zijn daarvoor getraind tijdens de opleiding. Het gebeurt steeds vaker dat uitvoerende medewerkers van thuiszorginstellingen de eenzaamheid van ouderen signaleren. Het gaat om een uniek project op het gebied van ketenvorming, waarbij een duidelijke link wordt gelegd naar de gezondheidszorg, zorg en welzijn.

7.3 Vernieuwing in de samenwerking

De samenwerking biedt de MGZ-verpleegkundige meer mogelijkheden om de eenzaamheidsproblematiek te verminderen. Een voorbeeld is dat huisartsen geen hulp bij eenzaamheid bieden omdat dit niet tot hun takenpakket behoort. Zij willen er wel iets aan doen, maar merken dat zij niet succesvol zijn, mede doordat de hulp slechts incidenteel gegeven kan worden. De samenwerking kan de beperking van de huisarts verminderen. Er kan aandacht besteed worden aan de manier waarop men samenwerkt. Er valt te denken aan een constructieve overlegvorm waarbij de MGZ-verpleegkundige de afstemming van de geboden hulp op zich neemt en het opvullen van eventuele leemtes.

De MGZ-verpleegkundige neemt de rol van zorgcoördinator op zich, na een vertrouwensrelatie opgebouwd te hebben met de cliënt. Een voorbeeld is het onderling verdelen van taken zoals de alfahulp onderhoudt de contacten met de familie en huishoudelijke taken, de huisarts richt zich op medische aspecten, een afgevaardigde van een welzijnsinstelling geeft informatie en begeleidt de cliënt

naar cliënten, de vrijwilligster zorgt voor de boodschappen en legt een gezelligheidsbezoekje af.

De MGZ-verpleegkundige, in de rol van de zorgcoördinator bij de eenzaamheidsproblematiek, kan zich richten op alle aspecten die bij het proces van verwerking. De MGZ-verpleegkundige heeft een vertrouwensrelatie met de cliënt, kan contacten leggen met de hulpverleningsinstanties in de buurt. Kennis van de sociale kaart is van groot belang. Van tijd tot tijd informeert de MGZ-verpleegkundige de andere betrokken hulpverleners naar de voortgang van de begeleiding en kan, indien noodzakelijk, de noodzakelijke stappen om belemmeringen op te heffen en de hulp op elkaar afstemmen.

Bij het verbeteren van samenwerking en onderlinge afstemming tussen verschillende disciplines en organisaties kunnen zich op twee niveaus belemmeringen voordoen. Op het niveau van de instelling kunnen subsidievoorwaarden een rol spelen, want de instelling krijgt subsidie om specifieke problemen binnen een kader op te lossen. Zodra het probleem van de cliënt buiten dat kader treedt, wordt er niet meer aan de subsidievoorwaarden voldaan en zal de hulp elders gezocht moeten worden. Op het niveau van de uitvoerende hulpverlener vormt de werkdruk vaak een belemmering. Men heeft vaak geen tijd om zich te verdiepen in alternatieve oplossingen. Een andere belemmering bestaat uit gebrek aan kennis en inzicht in de capaciteiten van andere hulpverleners. Informatie hieromtrent zou de samenwerking bevorderen.

Van belang is het verbeteren van contacten tussen beroepskrachten en georganiseerde vrijwilligers. Uit diverse onderzoeken blijkt dat beroepskrachten en vrijwilligers ver van elkaar af staan. Een van de oorzaken is de negatieve beeldvorming, waarbij het ontbreken van concrete informatie over elkaars mogelijkheden vaak een rol speelt. De negatieve beeldvorming kan opgeheven worden door gezamenlijk het thema eenzaamheid te bespreken. De betrokken vrijwilligers kunnen worden toegelaten bij cliëntenbesprekingen.

7.4 Samenvatting

In het hoofdstuk is de rol van de MGZ-verpleegkundige in het samenwerkingsverband gebracht. Tijd investeren in samenwerking levert efficiëntie en goede resultaten op. Samenwerking houdt in dat hulpverleners kunnen uitstijgen boven eigen beperkingen in de taakstelling en deskundigheid. Een gerichte eenzaamheidsinterventie vanuit een goede coördinatie en samenwerking betekent dat er zorg op maat geboden kan worden. In het volgende hoofdstuk beschrijf ik de rol van de MGZ-verpleegkundige.

8. De rol van de MGZ-verpleegkundige

8.1 Inleiding

De maatschappij en de gezondheidszorg blijven de komende decennia veranderen. Een aantal ontwikkelingen zal voorgoed een stempel drukken, terwijl andere meer tijdelijk zullen zijn. De MGZ-verpleegkundige zal een gepast antwoord moeten vinden op deze ontwikkelingen.

Sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw bepaalt de burger in toenemende mate zelf de inrichting van haar of zijn levens-, woon- en recreatievormen. De eigen zorgvraag hangt steeds meer af van de persoonlijke opvattingen over zorg. "Zorg op maat" of "vraaggestuurde zorg" zijn daar goede antwoorden op. Veranderingen in benadering en versterking in de autonomie zijn belangrijke uitgangspunten geworden in het zorgbeleid.

In het regeerakkoord van 1998 wordt gesteld dat de kwaliteit van zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de hulpverleners, inclusief de MGZ-verpleegkundige. In dit hoofdstuk wordt de rol van de MGZ-verpleegkundige beschreven in het thema eenzaamheid.

8.2 De MGZ-verpleegkundige

Sinds de invoering van het nieuwe opleidingsstelsel Verpleging & Verzorging vanaf 1 augustus 1997 worden verpleegkundigen op twee niveaus opgeleid.

De hogescholen leiden studenten op tot Hbo-niveau en de regionale opleidingscentra op tot Mbo-niveau. Na het verschijnen van het rapport "gekwalficeerd voor de toekomst" van de Commissie Kwalificatiestructuur, 1996), is de behoefte ontstaan aan duidelijkheid van de competenties van de MGZ-verpleegkundige

Steeds meer wordt bepleit dat verpleegkunde wetenschappelijk onderbouwd dient te worden. Dat betekent een activiteit die vraagt om oefening van het verstand en het gevoel om te produceren wat gewoonlijk een vaardigheid wordt genoemd.

Aart Pool en Jennie Mast hebben een handboek geschreven "In de spiegel kijken" op verzoek van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Het gebied van de MGZ-verpleegkundige is te verdelen in drie domeinen. De drie domeinen zijn zorg, organisatie van zorg en beroep. De wijkverpleegkundige is deskundig in alledrie domeinen:

- De zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden
- Het bieden van individuele en collectieve preventie
- Het geven van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopvoeding

De maatschappelijke ontwikkelingen heeft het type verpleegkundige vanuit een statische functie doen veranderen. Een samenleving die veranderd is van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding. Vanuit die verandering is een verpleegkundige nodig die vanuit het vervullen vanuit verschillende rollen samen met de zorgvrager de doelen realiseert. Voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar: Met het oog op de toekomst: van A.Pool.

8.3 Mijn verpleegkundige visie

Mijn voorkeur in de eenzaamheidsproblematiek gaat uit van de belevingsgerichte zorg.

De eenzaamheidsinterventies zijn gebaseerd op de psychosociale zorg volgens de principes van belevingsgericht werken. (A.Pool¹² en J. Egberts¹³ 2001).

De principes van belevingsgericht werken zijn:

- Een integrale benadering van gezondheids-en bestaansproblemen en psychische problemen.
- Oog voor interactieproblemen tussen hulpverlener en cliënt.
- Het individu als uitgangspunt
- Flexibiliteit
- Het systeem als niveau van beïnvloeding
- Uitgaan van de autonomie van de cliënt
- Als verpleegkundige verantwoordelijkheid nemen
- Zorgvuldige communicatie met de cliënt, een continue dialoog met deze aan (durven) gaan, rekening houdend met diens mogelijkheden als ervaringsdeskundigheid.
- Een systematische aanpak van het primaire proces.
- Het bewaken en bevorderen van zorg.

Verpleegkundigen die werken vanuit een belevingsgerichte zorgvisie zijn alert op de gevolgen van gezondheidsproblemen voor het gehele bestaan van de cliënt. Zij hebben oog voor gezondheidsproblemen, maar ook voor bestaansproblemen. Verpleegkundigen moeten bereid zijn om de verantwoordelijkheid te nemen daar waar de cliënt problemen ervaart. Dat kan naast de zorg voor gezondheid, ook zorg betreffen op het gebied van wonen, dagbesteding, relaties en emoties zoals verdriet, twijfel, angst en boosheid. Dergelijke bestaansproblemen moeten verpleegkundigen "herkennen", en er rekening mee houden en ondersteuning bieden bij het aanpakken ervan. Verpleegkundigen hoeven de zorg zelf niet te verrichten. Er zijn immers bestaansproblemen die niet alleen door verpleegkundige opgelost kunnen worden, maar daar waar nodig is anderen bij de zorg inschakelen.

Terugkijkend naar de openingszin van deze paragraaf, ga ik uit van een belevingsgericht perspectief. De belevingsgerichte zorg die ik hanteer is toegespitst op de behoeften van de cliënt, zoals hij die ervaart. Het op een methodische wijze handelen, en daarbij op flexibele wijze gehoor te geven aan de behoeften van cliënten in de specifieke context van hun persoonlijke situatie. Ik ben van mening dat het goed aansluit op de eenzaamheidsproblematiek, omdat eenzaamheid vaak een subjectieve beleving is. Ik ben mij ervan bewust dat er wisselingen in de gemoedstoestand kunnen spelen, soms kunnen dezelfde interventies noodzakelijk zijn. De interventies die ik uitvoer, gaan in overleg met de cliënt. De cliënt zelf, het individu, neem ik als uitgangspunt in de zorgverlening. De interactieproblemen en de zorgvuldige communicatie vind ik een belangrijk aspect. Een voortdurende dialoog met de cliënt houden en rekening houden met diens beperkingen of mogelijkheden. In de context van eenzaamheid is er geen directe zorgverlening, maar het bieden van ondersteuning bij bestaansproblemen. Het is voor mij een uitdaging om per specifieke situatie na te gaan welke de interventies, op methodische wijze, mogelijk zijn.

¹² A.Pool, verpleegkundige en psycholoog, verbonden aan het NIZW, Universiteit Utrecht afdeling verplegingswetenschappen, ontwikkelt methoden en richtlijnen voor belevingsgerichte verpleging.

¹³ J.Egberts, psycholoog, onderzoek naar psychosociale zorg, verbonden aan NIZW

8.4 De rollen en de competenties van de MGZ-verpleegkundige betrekking tot eenzaamheid.

Aan de hand van een casus beschrijf ik de rollen en de competenties van de MGZ-verpleegkundige.

Mijnheer de Bruin is sinds twee jaar weduwnaar, heeft twee dochters, allebei getrouwd met volwassen kinderen. Hij is zelfs al overgrootvader.

Een jaar of vijf geleden kreeg zijn vrouw een ernstige ziekte, waar ze twee jaar geleden aan overleden is. Omdat ze erg ziek was, zijn ze vrij snel verhuisd van een eengezinswoning naar een nieuwbouwflat.

Vroeger ging hij 's zomers met zijn vrouw naar de camping waar ze veel oude kameraden troffen. Gezellig samen koffie drinken, kaartje leggen of vissen.

Hij heeft niet zoveel contact met zijn dochters, de oudste werkt fulltime en de ander haalt haar vader eens per maand op voor een kopje koffie.

Mijnheer de Bruin is de afgelopen winter gevallen en heeft daarbij zijn heup gebroken. Hij heeft een nieuwe heup gekregen en kan nog steeds niet echt goed lopen. Gelukkig hebben zijn dochters een indicatie aangevraagd voor alfahulp.

Die alfahulp is een gezellige meid, die weet van aanpakken. Maar er zijn weken dat hij alleen de hulp ziet. Eigenlijk zou hij eigenlijk wel weer iets willen doen, onder de mensen komen, maar wie zit nu op zo'n oude man te wachten. Als iemand maar de naam noemt van zijn vrouw, of even aardig tegen hem doet, wordt mijnheer emotioneel. De huisarts zegt dat hij zo gezond als een vis is, op die gebroken op heup na. Maar hij hoopte ergens, dat hij binnenkort niet meer wakker werd, dat zou eigenlijk het beste zijn.

Zorgverlener

De rol van zorgverlener in deze casus is de basale rol die wijkverpleegkundigen vervullen. Van de MGZ-verpleegkundige mag verwacht worden dat zij haar handelen, kan baseren op theoretische kennis of resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

In deze casus, naar aanleiding van de beschreven literatuur in de voorgaande hoofdstukken, zoekt de MGZ-verpleegkundige samen met mijnheer de Bruin naar oorzaken. De plotselinge verhuizing, het overlijden van zijn vrouw, het gemis van zijn vrienden en de functiebeperking in zijn mobiliteit speelt hem parten.

Regisseur

De MGZ-verpleegkundige heeft in deze rol het plannen en de aanpak van interventies in samenspraak met de cliënt en/of andere instellingen. Dit vraagt om een adequate afstemming van de activiteiten zodat het evenwicht tussen draagkracht en draaglast zoveel mogelijk behouden of hersteld wordt.

Mijnheer de Bruin geeft aan dat hij zijn vrienden mist en dat er weken zijn, dat hij bijna niemand ziet. Het adviseren welk aanbod van activiteiten van de instellingen er zijn, het afstemmen waar zijn voorkeur naar uitgaat, kunnen oplossingen zijn. Het zou mogelijk kunnen zijn dat de behoefte uitgaat naar een rouwverwerkinggroep of een vriendschapskursus. Vanwege zijn mobiliteitsbeperking is het noodzakelijk dat er vervoer geregeld wordt. Het regelen van vervoer en de afstemming van een activiteit.

Coach

In de rol van coach is het ondersteunen van collega's en andere zorgverleners van belang.

In deze situatie zou ik contact zoeken met de alfahulp. Zij komt regelmatig bij hem. Ik vraag naar haar mening op welke manier zij tegen de situatie aankijkt en

of zij ondersteuning nodig heeft. Ik probeer mijn kennis over te dragen aan haar, omdat het de kwaliteit van professioneel handelen verhoogt.

Ontwerper

De MGZ-verpleegkundige wordt geacht de alledaagse activiteiten van het primaire zorgproces te kunnen overstijgen. Hierbij kan gedacht worden aan initiatieven tot het implementeren van standaarden en protocollen voor eenzaamheid.

In deze casus zou ik een pro-actieve houding opstellen ten aanzien van de huisarts. De huisarts was op de hoogte van het overlijden van zijn vrouw en de ziekenhuisopnamen. Ik zou ervoor pleiten dat de huisarts de wijkverpleegkundige inschakelt bij overlijden of functiebeperking. De oorzaken van eenzaamheidsgevoelens in deze situatie lijken voor de hand te liggen. Het tijdig signaleren en verwijzen hadden mijnheer de Bruin de zingeving van het leven positiever kunnen beïnvloeden.

Beroepsbeoefenaar

De actuele maatschappelijke ontwikkelingen herkennen, de invloed van de zorgbehoefte van cliënten en doelgroepen analyseren en in de verpleegkundige beroepsuitoefening daarop actief te anticiperen.

Vanuit de beschreven literatuur is het bekend dat een overlijden van een partner gevoelens van eenzaamheid oproept, de verminderde mobiliteit en de verhuizing naar een andere leefomgeving risicofactoren zijn van eenzaamheid. Het niet op de hoogte zijn van kennis en informatie hadden geen effectieve interventies opgeleverd. Communicatieve vaardigheden zoals het luisteren naar het verhaal van mijnheer de Bruin, de aandacht en de zorg geven die hij nodig heeft, zijn belangrijke aspecten van het verpleegkundige beroep.

In deze casus zijn een aantal competenties van belang. De competenties zoals

- Zelfstandig gedrag vertonen
- Communicatief gedrag vertonen
- Initiatiefrijk gedrag vertonen
- Integratief en Methodisch kunnen denken en handelen
- Maatschappelijke verantwoordelijkheid kunnen dragen
- Reflectief gedrag vertonen

Terugkijkend naar de casus is het een vereiste om zelfstandig en communicatief in gesprek te gaan met mijnheer de Bruin. Gespreksvaardigheden zoals het doorvragen naar het gemis van zijn vrouw, het samenvatten van het gesprek en samen een plan van aanpak te maken behoort tot de competenties van de MGZ-verpleegkundige. Aan de hand van mijnheer zijn gevoelens en omstandigheden waar mijnheer de Bruin zich in bevindt, is de MGZ-verpleegkundige in staat om methodisch te kunnen denken en handelen. De kennis van de sociale kaart biedt oplossingen bij het bedenken van de interventies. Tegelijkertijd levert zij een bijdrage aan de gezondheid, want door een vroegtijdige signalering van eenzaamheid leidt dit niet tot gezondheidsklachten.

8.5 Samenvatting

In het hoofdstuk heb ik de rol van de MGZ-verpleegkundige beschreven met betrekking tot het thema eenzaamheid. Ter verduidelijking heb ik met behulp van een casuïstiek de rollen en de competenties van de MGZ-verpleegkundige beschreven. Mijn verpleegkundige visie heb ik weer gegeven.

In het volgende hoofdstuk wordt in het discussiestuk de probleemstelling beschreven welke mogelijkheden als MGZ-verpleegkundige zijn.

9. Discussiestuk probleemstelling

9.1 Probleemstelling

Mijn probleemstelling is: "Hoe kan door een verbeterde samenwerking tussen de eigen thuiszorginstelling en stichting ouderenwerk dreigende eenzaamheid gesignaleerd worden en welk bijdrage kan de MGZ-verpleegkundige hieraan leveren?"

Volgens het Centraal Bureau Statistiek (CBS) bestaat de bevolking momenteel uit 13,7 % (2,2 miljoen) uit mensen van 65 jaar en ouder. Vanaf 2010 wanneer de babyboom generatie deze leeftijd bereikt zal het aantal 65-plussers fors in omvang toenemen tot 4,1 miljoen ouderen.

Van alle 65-plussers woont ongeveer 40% alleen en van alle 75-plussers ongeveer 55%. De status van burgerlijke staat is in de loop van de jaren veranderd. Het aantal scheidingen is toegenomen en de individualisering is een feit in de maatschappij. Al deze aspecten geven feitelijke veranderingen aan.

Door de dubbele vergrijzing zal de komende jaren de vraag naar meer zorg en dienstverlening stijgen. Het blijkt dat vroegtijdige ondersteuning de behoefte aan zwaarder zorg kan vertragen dan wel voorkomen.

De thuiszorginstellingen zouden meer moeten investeren in samenwerking en de kwaliteit van verpleegkundige zorg. Vooral op landelijk niveau, was er oog voor de kwantiteit en de productie van het werk. Er werden keuzes gemaakt voor de huishoudelijke hulp en niet voor de wijkverpleging. Wij, als wijkverpleegkundigen, hebben onvoldoende impulsen gekregen voor de inhoudelijke ontwikkelingen en daar zien we nu de (onvoldoende) ontwikkelingen van. Een voorbeeld is het verschijnen van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Deze ontwikkeling is mede te wijten aan het feit dat de relatie tussen de thuiszorg en de huisartsen is verstoord en te weinig is geïnvesteerd in de professionele ontwikkeling van de wijkverpleging. Het is niet de enige verklaring, maar wel een belangrijke factor voor de keuze van huisartsen om praktijkverpleegkundige in te schakelen. De lokale verbinding tussen de thuiszorg en de huisartsen is er niet meer. De thuiszorg heeft te snel de marktwerking als motief genomen, terwijl allerlei maatschappelijke ontwikkelingen zoals eenzaamheid en de samenwerking onvoldoende in de gaten heeft gehouden.

De toegenomen bureaucratie in de thuiszorg en de schaalvergroting, die wellicht vanuit strategisch oogpunt noodzakelijk was, heeft onvoldoende binding gehouden met de lokale samenleving en samenwerking. Een voorbeeld is de naamgeving van verschillende organisaties, veel ouderen begrijpen niet meer wat er achter de organisaties zitten. Het idee is dat de bevolking moet kunnen kiezen, maar veel mensen zitten in een moeilijke situatie en willen een herkenbaar iemand uit eigen dorp of wijk met de zekerheid op goede kwaliteit van zorg. De vraag is dan ook of de thuiszorg consequent moet kiezen voor versterking tussen de verbinding tussen de huisartsen en andere hulpverleners van instellingen.

Terugkijkend naar de probleemstelling vind ik dat de thuiszorginstellingen meer zouden moeten investeren in de samenwerking met stichting ouderenwerk om tot afstemming te komen hoe om te gaan met de eenzaamheidsproblematiek. Ik zou structureel overlegvormen willen plannen met de vrijwilligers, maatschappelijk werkers, de hulpverleners die bij de stichting ouderenwerk betrokken zijn.

Tijdens een overlegvorm kun je met elkaar kennismaken, op de hoogte blijven van de werkzaamheden van hulpverleners of vrijwilligers. Het bespreken van de signalen van eenzaamheid bij ouderen en hoe zij met deze problematiek omgaan. Vragen zoals werkelijke toename van eenzaamheid in de Alblasserwaard kunnen beantwoord worden, welke mogelijkheden er zijn binnen de regio. Ik zie het als het benutten van elkaars capaciteiten in de samenwerking tegen de eenzaamheid. Al deze aspecten verhoogt de kwaliteit van verpleegkundige zorg naar de cliënt, omdat ik een beroep kan doen op de mogelijkheden van werkzame hulpverleners of vrijwilligers van de stichting ouderenwerk. Mede door de samenwerking sluit de interventie aan op de behoefte van de cliënt en kan zorg op maat geboden worden.

Bij het ontbreken of niet aanwezig zijn van een protocol of signaalkaart voor eenzaamheid, zou ik een protocol willen ontwikkelen. Vanuit de literatuur en bijvoorbeeld organisaties als de NIZW zou ik ondersteuning vragen voor het ontwikkelen van een protocol.

De samenwerking en afstemming tussen beroepskrachten, vrijwilligers en mantelzorg wordt met de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) steeds belangrijker. Zorg en behandeling door professionals worden vervangen door begeleiding en ondersteuning van zelfredzaamheid en sociale participatie door formele en informele zorg. Wij, als MGZ-verpleegkundigen, staan voor de uitdaging samenwerking tot stand te brengen tussen de burgers, vrijwilligers, het management en de gemeenten om begeleiding van kwetsbare ouderen te realiseren. In het kader van de probleemstelling ligt er voor de MGZ-verpleegkundige mogelijkheden om vanuit een breed perspectief zich te kunnen profileren als een professional, die kan inspelen op de complexe problematiek en oog heeft voor preventie.

Ik zou hier ter discussie willen stellen of wij als MGZ-verpleegkundigen zich nog meer moeten profileren in het kader van samenwerking, want anders worden er beslissingen genomen door de organisaties. Er kan geen goede kwalitatieve zorg geleverd worden in het kader van eenzaamheidsproblematiek als er onvoldoende of geen samenwerking is met andere hulpverleners of instellingen.

Uit de resultaten van verschillende onderzoeken zijn geen grote effecten merkbaar, maar de praktijk laat in sommige gevallen toch anders zien. Het ervaren van eenzaamheidsgevoelens neemt met het ouder worden toe. Eenzaamheid heeft grote invloed op het welbevinden en de kwaliteit van het leven.

Er blijkt een spanningsveld te zijn in het definiëren van interventies vanuit de instellingen te zijn en vanuit het eenzaamheidsmodel. Linneman (1990) stelt in paragraaf 6.3 dat de interventies vanuit het perspectief van instellingen gedaan kunnen worden. Desondanks blijkt er bij nader onderzoek, vanuit de organisatie bekeken, geen functieniveau te vinden is, die zich met de eenzaamheidsproblematiek bezig houdt. In de praktijk betekent dat elke eenzame oudere meerdere hulpverleners nodig zal hebben. De thuiszorginstelling begeleidt de eenzame binnen de grenzen van de organisatie. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de eenzaamheidsproblematiek van de oudere. Het stagneren of beëindigen van een begeleidingstraject kan de cliënt het gevoel van afwijzing geven. De cliënt is genoodzaakt om naar een andere instelling te gaan en het effect van vermindering eenzaamheid levert niets op, omdat de desbetreffende instantie een ander uitgangspunt heeft. De cliënt komt dan in een cirkel van goede bedoelingen zoals vermeld in hoofdstuk zes. De ervaring leert dat de oudere veel moeite neemt om uiteindelijk, in samenspraak met de

wijkverpleegkundige, een activiteit te ondernemen. Wanneer blijkt dat de wijkverpleegkundige de nodige hulp niet kan bieden en zich aan de grenzen van de organisatie moet houden, kan de oudere gevoelens van onmacht ervaren of afwijzing van de hulp waar de cliënt om vraagt. Stel je de cliënt of de organisatie centraal?

9.2 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik de maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg, vooral bij de thuiszorginstellingen ter discussie gesteld. De noodzaak om als MGZ-verpleegkundige te profileren in de samenwerking is terug te vinden in het hoofdstuk. In het volgende hoofdstuk heb ik de conclusies en de aanbevelingen beschreven.

10. Conclusies en Aanbevelingen

10.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk wil ik als afsluiting mijn conclusies en aanbevelingen kenbaar maken ten aanzien van het verminderen van gevoelens van eenzaamheid. De eenzaamheidsproblematiek, op basis van de literatuur en de beargumenteerde interventies, aanpakken op een zodanige wijze dat de kwaliteit van het leven wordt verbeterd en de gezondheidswinst positief beïnvloedt.

10.2 Conclusies

Microniveau

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het zorgstelsel hebben voor de nodige onrust in de samenleving gezorgd. Vooral ouderen en chronisch zieken kregen te maken met de nodige bezuinigingen en de verhoging van de eigen bijdrages. In de rol van zorgverlener als wijkverpleegkundige krijg je regelmatig te maken met vragen van de cliënt en mantelzorg.

De laatste jaren zijn er stormachtige ontwikkelingen geweest in de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen. De bewustwording van hun mogelijkheden en capaciteiten is belangrijk voor wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige op Hbo-niveau is in staat haar handelen te baseren op professionele wijkverplegingstandaarden. Zij is in staat haar rollen uit te voeren in de zorg en de organisatie.

In paragraaf 6.8 heb ik aangegeven dat mijn verpleegkundige visie, als wijkverpleegkundige, de zorg afgestemd is op de wensen en de behoeften van de cliënt. Als het gaat om interventies bij eenzaamheid, ben ik van mening dat de wijk verpleegkundige een grote rol hierin kan spelen. De vijf rollen van zorgverlener, coach, ontwerper, beroepsbeoefenaar en regisseur als wijkverpleegkundige is een spil in de zorg.

Vanuit de rol van zorgverlener is het belangrijk dat zij signalen opvangt van eenzaamheid bij ouderen. Het is een vereiste dat de wijkverpleegkundige kennis en informatie heeft over eenzaamheid, zodat zij de verschijnselen van dreigende eenzaamheid herkent.

Er is een grote verscheidenheid in het ervaren van eenzaamheidsgevoelens. Veel ouderen uiten zich niet gemakkelijk en weten deze gevoelens te verberegen of te bagatelliseren. Een veel gehoorde zin is: "Niet klagen, maar dragen", maar na doorvragen kunnen er eenzaamheidsgevoelens tot uiting komen. Het vergt een juiste inschatting van de wijkverpleegkundige wat en welke eenzaamheidsgevoelens kunnen spelen. In mijn werk als wijkverpleegkundige blijkt dat veel ouderen Kerst en Oud en Nieuw niet vieren, want veel ouderen zitten tijdens de feestdagen zonder bezoek en voelen zich hierdoor eenzaam.

Het is een generalistische gedachte dat ouderen die alleen zijn, niet meer buiten komen en het ontbreken van een netwerk eenzaam zouden zijn. Zelfs in een "goed" huwelijk of partnerschap kan de oudere eenzaam zijn. Vaak wordt er snel gereageerd aan de hand van de uiterlijke kenmerken. Een voorbeeld kan zijn dat een oudere wel aan activiteiten meedoet, maar toch eenzaam is. Het verbergen of onderdrukken van eenzaamheidsgevoelens wordt niet altijd opgemerkt. Binnen de thuiszorg is er weinig aandacht voor eenzaamheid dat mij het gevoel geeft dat ik tekort schiet in de zorg voor de oudere. Een protocol "Hoe te handelen bij eenzaamheid" ontbreekt helaas.

De nadruk wordt gelegd op de productiviteit. Dat wil zeggen dat de directe zorgverlening op verpleegtechnische zorg en niet zozeer op de psychosociale zorg, terwijl de behoefte bij ouderen juist vaak om het "praatje" gaat. De tijdsdruk van wijkverpleegkundigen speelt soms parten, die kan resulteren in een gehaast zorgverleningsmoment. Dit kan ten koste gaan van een goed gesprek of observatiemoment op psychosociaal vlak.

Mesoniveau

De Rivas Zorggroep in Alblisserdam maakt deel uit van de Rivas ketenzorggroep. De Rivas thuiszorg in Alblisserdam is vooruitstrevend en er vinden nieuwe ontwikkelingen plaats. Toch zouden er meer protocollen ontwikkeld mogen worden.

In het verleden vond er een structureel overleg plaats tussen Stichting Welzijn Alblisserdam Ouderen en de thuiszorginstelling. Maar door de marktwerking en de concurrentie vond er geen goede samenwerking meer plaats. Mijns inziens liet men zich teveel leiden door voordelen of onuitgesproken meningen. Juist door goede, structurele overlegmomenten worden elkaars uitgangspunten duidelijk. Het is in het belang van de cliënt, de organisatie en de gehele gezondheidszorg om eenzaamheid aan te pakken en de juiste interventies te kunnen uitvoeren. De cliënt krijgt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een aantal uren per week toegewezen. Het CIZ geeft de thuiszorginstelling, via het zorgkantoor, toestemming om zorg te verlenen. Deze uren worden via de AWBZ betaald aan de thuiszorginstelling.

De geïndiceerde tijd is vaak beperkt en geeft de wijkverpleegkundige weinig ruimte om bijvoorbeeld een gesprek over eenzaamheid aan te gaan. Toch bezit de wijkverpleegkundige de creativiteit om te gaan met de behoefte van de cliënt in een beperkte tijd.

Als een zorgverleningsrelatie eindigt na overlijden van een echtgenoot, is de wijkverpleegkundige beperkt in haar mogelijkheden om nog eventuele huisbezoeken af te leggen. In onze organisatie heeft de wijkverpleegkundige de mogelijkheid om deze huisbezoeken te registreren onder het product Advies, Voorlichting en Informatie. Voor preventieve huisbezoeken krijgt de organisatie niet betaald, het zorgkantoor geeft wel een financiële vergoeding voor een beperkt aantal uren voor dit product. De verscheidenheid aan huisbezoeken die gedaan worden door wijkverpleegkundigen zoals rouwbezoek vallen ook onder dit product met als gevolg dat er weinig of nauwelijks ruimte is voor eenzaamheidsbezoeken.

Macroniveau

In hoofdstuk vier werd beschreven dat het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Zorg (VWS) een nieuw ouderenbeleid heeft ontwikkeld. In de Welzijnsnota 1999-2002 werd aandacht besteed aan de sociale intergratie van ouderen en kwetsbare groepen. Vanuit de overheid wordt het geven van informele steun door vrijwilligers en mantelzorger zoveel mogelijk gestimuleerd. In mijn werk signaleer ik dat vrijwilligerswerk en mantelzorg vaak intensief en langdurig is. Het is niet altijd mogelijk om informele steun te combineren met een betaalde baan. In Nederland is samenwerking tussen de verschillende soorten zorgverleners nog nauwelijks op elkaar afgestemd. Samenwerking wordt in geringe mate vormgegeven. Als ze elkaar kennen, vindt er wel verwijzing plaats tussen vrijwillig en beroepsmatig werk, maar vaak komt het niet tot afspraken over taakverdeling en samenwerking. De vraag naar afstemming tussen vrijwillige zorg, mantelzorg en beroepsterreinen neemt toe. De sector Zorg en Welzijn staat voor een belangrijke taak om de samenwerking te ontwikkelen en in te vullen. Voor de

MGZ-verpleegkundigen betekent dat er een taak ligt om verdieping in de samenwerking van vrijwilligers, andere hulpverleners en instanties te begeleiden en te ondersteunen in de eenzaamheidsproblematiek.

10.3 Aanbevelingen

Het is belangrijk dat eenzaamheid onder ouderen aandacht van wijkverpleegkundigen, de thuiszorginstellingen en gemeenten krijgt. Veel mensen denken dat er in de dorpen weinig eenzaamheid onder ouderen bestaat. De oudere generatie stelt zich niet gemakkelijk open en komen er moeilijk voor uit dat zij eenzaamheidsgevoelens hebben. De eenzaamheidsproblematiek kan op micro-, meso- en macroniveau aangepakt worden.

Microniveau

- De MGZ-verpleegkundige zouden hun, vakinhoudelijk gezien, hun kennis moeten bijhouden zodat ze in een vroeg stadium signalen van eenzaamheid opvangen.
- De MGZ-verpleegkundige moet regelmatig bijscholingscursussen volgen over de eenzaamheidsproblematiek.
- De MGZ-verpleegkundige verleent goede zorg door een zorgvuldige intake en een zorgplan. Aan de hand van een evaluatie bekijk je of er resultaten behaald zijn.
- De kennis van de sociale kaart is hierbij van groot belang in het samenwerkingsproces.
- Een open houding hebben voor suggesties van andere hulpverleners en instanties. Een goed communicatieproces in stand houden waar elke hulpverlener zijn standpunten kenbaar kan maken om een goede samenwerking te bewerkstelligen.
- De competenties van de MGZ-verpleegkundige benutten als een professional, rekening houdend met elkaars normen en waarden.

Mesoniveau

- Als wijkverpleegkundige zou ik ervoor pleiten dat, in het belang van de eenzaamheidsproblematiek, er een goede samenwerking tussen verschillende organisaties. De budgetten van de organisaties biedt vaak weinig ruimte voor extra personeel of andere beschikbare middelen die nodig zijn voor de eenzaamheidsproblematiek.
Voor mij, als MGZ-verpleegkundige, zou het een uitdaging zijn om samen naar een gezamenlijk uitgangspunt te zoeken. Mijns inziens zou een streven zijn naar een aaneensluitend netwerk van organisaties op het terrein van wonen, welzijn en zorg over de gehele Alblasserwaard.
- Het waarborgen van de continuïteit van de begeleidingstrajecten en activiteiten voor de ouderen is belangrijk om een positief effect te krijgen op de eenzaamheidsinterventies. Veel huisartsen zijn niet goed op de hoogte wat het aanbod is van verschillende organisaties, maar hebben wel een redelijk goede samenwerking met de wijkverpleegkundige.
- Preventieve huisbezoeken in het kader van eenzaamheid.
- Profileren van de wijkverpleegkundige bij het ouderenbeleid van de zorgverzekeraar. In de regio Alblasserwaard is de grootste zorgverzekeraar een visie op het ouderenbeleid aan het ontwikkelen. Een visie op het ouderenbeleid en welk belang zij daarbij kunnen hebben. Zij stellen zich

actief op en leveren een financiële bijdrage aan de thuiszorginstelling. Een voorbeeld is het opstarten van een consultatiebureau voor ouderen.

- Het ontwikkelen van een signaalkaart zou oplossingen kunnen bieden bij het signaleren van eenzaamheid en op efficiënte en gepaste wijze een interventie uit kunnen voeren. Het signaleren van eenzaamheid bij ouderen wordt regelmatig opgemerkt door medewerkers vanuit onze thuiszorginstelling.
- Elke thuiszorgmedewerkster krijgt een bijscholingscursus over de problemen rondom eenzaamheid. De term eenzaamheid kan voor verschillende personen een andere betekenis hebben. Een zorgverlener kan ten onrechte de gedachte hebben dat de oudere last heeft van eenzaamheid of juist niet opmerken dat de oudere last heeft van eenzaamheid. De conclusie wordt al snel getrokken dat de oudere niet eenzaam zou zijn. Tijdens een overlegmoment wordt soms al duidelijk dat er verschillen zijn in opvatting over eenzaamheid.

Macroniveau

- De wijkverpleegkundige zorg zou binnen een financieel kader gebracht moeten worden wat armslag biedt. De huidige functionele grondslag (AWBZ) voor het verstrekken van verpleging gaat teveel van handelingen uit. Er zou rekening moeten gehouden worden met de verpleegkundige handeling in de context met begeleiding en ondersteuning en voorlichting.
- Mogelijkheden van financiële tegemoetkoming van vervoer of mogelijkheden aanbod van vervoer duidelijker kenbaar maken. Veel ouderen zijn niet op de hoogte welke mogelijkheden er zijn.
- Het totale aanbod van instellingen inventariseren, want het aanbod van welzijnsactiviteiten zijn vaak niet bekend. De gemeente zou meer voorlichting via de media, voorlichtingsbijeenkomsten of via foldermateriaal informatie moeten verstrekken.
- Thuiszorginstellingen meer manifesteren in lokale netwerken en op lokaal niveau.

10.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik de spanningsvelden beschreven die een MGZ-verpleegkundige op micro-, meso- en macroniveau tegen komt. De actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de marktwerking zijn aan de orde gekomen. In de aanbevelingen werden suggesties gedaan op alle niveau's.

11. Nawoord

Terugkijkend op het schrijven van het afstudeerwerkstuk over eenzaamheid onder ouderen kan ik met genoeg concluderen dat ik goed inzicht hebt gekregen over de eenzaamheidsproblematiek en de samenwerking met andere hulpverleners. Ik realiseerde mij dat ik ook aan negatieve beeldvorming deed en vooroordelen had over andere instanties. Als MGZ-verpleegkundige kan ik vaststellen dat de cliënt centraal staat en de capaciteiten van andere hulpverleners en/of instanties kan benutten om goede kwalitatieve zorg te geven aan de cliënt.

Het beschrijven van de literatuurstudie, de onderzoeken en de verpleegkundige interventies maakt mij, als MGZ-verpleegkundige, bewust welke plaats ik in de gezondheidszorg heb. Als een spil in de zorg die mogelijkheden en kansen benut in samenspraak met de cliënt en andere hulpverleners.

De probleemstelling van mijn afstudeerwerkstuk is positief beantwoord. Ik zie mogelijkheden om protocollen te implementeren en een samenwerkingsverband te starten.

12. Literatuurlijst

Buijssen Huub (1999)

Psychologische hulpverlening aan ouderen
Deel 1 Psychosociale problematiek
Uitgeverij Intro Baarn, 1999

Carp, E.A.D.E., eenzaamheid, een schets antropologische psychiatrie

Uitgeverij Utrecht, 1964

Dugon en Kivett

Emotional components of social interactions,
Gerontologie New York 1994

Gewestelijke gezondheidsdienst Westfriesland (2002)

Eenzaamheidspreventie met toekomstperspectief
Handreiking voor gemeentelijk beleid preventie eenzaamheid ouderen

GGD Gezondheidsatlas voor regio Noord-Brabant en Zeeland

Infokaart Gezondheidsmonitor Ouderen Eenzaamheid 2004

Jong - Gierveld, J de

Eenzaamheid (meersporig onderzoek) Van Loghum Slaterus, 1984

Kasteren, N. van

Afstudeerscriptie "Oud en eenzaam" Haagse Hogeschool Bibliotheek 2002

Linneman Marco, Leene Gert, Bettink Klaaske, Schram Mieke, Voermans Jetty

Uit eenzaamheid (over hulpverlening bij ouderen 1990)

Lynch, J.J. The broken heart, preventing the harmful Peplau

L.A. Goldstone Public Washington, 1984

Machielse Anja (2003)

Niets doen, niemand kennen.
De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen

Moustakes, C.E.

Eenzaamheid. Ambo, Baarn (Vertaling van Loneliness, Prentice Hall, New Jersey) 1961

McCloskey Joanne, Bulechek Gloria

Verpleegkundige interventies, Elseviers gezondheidszorg Maarssen 1997

Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI)

Eenzaam en dan?
De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen
Eindrapportage aan de Stichting Sluyterman van Loo van een effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen, 2005

Pool, Aart, Dr. En Egberts, J, Drs

Psychosociale zorg volgens de principes van belevingsgericht werken
NIZW uitgeverij (Nederlands Instituut Welzijn en Zorg), 2001

Rubenstein, C.M. en Shaver, loneliness in two North eastern cities,

Eenzaamheid, hoe ontstaat het en wat doe je eraan? De Kern, Baarn 1984
(Vertaling uit International Universe New York Press, 1980)

Sociaal en Cultureel Planbureau

Rapportage Ouderen. Veranderingen in de leefsituatie
Den Haag, mei 2001

Sassen, B. Gezondheidsvoorlichting en preventie

Leidraad voor verpleegkundigen
Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 1997

Steemers – van Winkoop Myriam

Eenzaamheid en ingeving bij ouderen, Een hulpmiddel voor zorgverleners,
Uitgeverij Intro Baarn , 1996

Bronnen:

Gemeentelijke Gezondheids Dienst (GGD)

Website van de GGD.
Gezondheidsmonitor Brabant-West 2005

Ministerie Volksgezondheid en Welzijn (VWS)

Website min.VWS 2006

Nederlands Instituut Zorg en Welzijn (NIZW)

Website over ouderen en eenzaamheid

Nederlands Fonds Ouderenhulp (NFO)

Website eenzaamheid 2005

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)

Website Vereenzaming in de samenleving 1997

Tijdschrift voor sociologie en sociale gerontologie,

Eenzaamheid onder hoog bejaarden in de eerste lijnsgezondheidszorg, no 21 2001

Interviews

Mevr. J. van Wijngaarden,

Maatschappelijk Werkster verbonden aan de Stichting Welzijn Ouderen Alblasserwaard

Ouderen in de wijk

Collega wijkverpleegkundigen

13. Bijlagen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Best-practice Eenzaamheid bij ouderen in Zeeland

Signaleringsnetwerken voor sociaal geïsoleerde ouderen
Handreiking van NIZW