

Samen tegen eenzaamheid?

Afstudeeronderzoek naar de invloed van de WMO en Welzijn Nieuwe
Stijl op eenzaamheid.



Anne Schoonderwoerd

Masterscriptie Universiteit voor Humanistiek

Begeleider: Dr. Ton Jorna

Meelezer: Dr. Martien Schreurs

'Niemand weet natuurlijk waar ik woon!' riep de egel en hij sloeg zichzelf voor zijn voorhoofd. 'Vandaar dat ik nooit post krijg!'

Hij zat in een hoek van zijn kamer onder de struik en dacht na over zijn eenzaamheid. Niet dat hij iemand wilde zien, maar hij wilde wel graag eens iets van iemand horen.

Plotseling wist hij wat hem te doen stond. Hij stak zijn stekels op en liep naar de berk, niet ver van de struik. Daar kraste hij in de bast, met een van zijn scherpste stekels: Brieven voor mij gaarne hier bezorgen. Egel

Een klein pijltje wees de plaats aan waar hij zijn post verwachtte: in het mos onder de berk.

Tevreden liep hij weer naar huis. Maar plotseling bedacht hij dat sommige briefschrijvers zichzelf graag uitnodigen zonder op een antwoord te wachten, of zelfs ongevraagd langskomen. En dat is mij te veel, dacht de egel. Ook al wist hij niet wat precies genoeg voor hem was.

Hij liep terug naar de berk en voegde een voetnoot aan zijn mededeling toe: Alleen brieven, niet zelf komen.

En even later, toen hij al bijna thuis was, bedacht hij dat brieven vaak uitnodigingen bevatten voor verjaardagen en andere feesten. Hij holde terug naar de berk en schreef een nieuwe voetnoot: Geen uitnodigingen.

Toen wreef hij zich tevreden in zijn handen, liep terug naar zijn huis en besloot om de volgende ochtend vroeg te gaan kijken of er al post was.

Die middag kwam de eekhoorn toevallig langs de berk en las de mededeling van de egel. Ach, dacht hij, wat zou ik de egel graag eens opzoeken. Waar zouden we het allemaal niet over kunnen hebben... En wat zou het gezellig zijn als hij morgen op mijn verjaardag kwam!

Maar toen hij de voetnoten had gelezen wist hij dat daar niets van kon komen. Hij pakte een los stuk berkenbast, dacht lang na en schreef toen:

Beste egel,

Hoi!

Eekhoorn

Meer wist hij niet te bedenken, en hij vond het eigenlijk een brief van niets. Maar omdat hij hem toch beter vond dan geen brief legde hij hem in het mos onder de berk.

De volgende ochtend vond de egel hem daar.

Er sprongen tranen in zijn ogen toen hij hem las. Beste egel, las hij telkens weer, beste egel, beste egel. Ik ben een beste egel, dacht hij.

En om dat niet te vergeten , prikte hij de brief aan de onderste stekel van zijn voorhoofd, zodat hij vlak voor zijn ogen hing en hij dus altijd kon lezen, als hij daar zijn twijfels over had, dat hij een beste egel was.

Wat is het heerlijk om post te krijgen, dacht hij die avond in zijn bed in zijn kamer onder de struik en hij sliep in zonder zich te storen aan het feestgedruis dat van de verjaardag van de eekhoorn afkomstig was.



Toon Tellegen

Voorwoord

Het verhaaltje op de vorige pagina is geschreven door Toon Tellegen. In zijn verhalen en gedichten weet hij op een eenvoudige manier existentiële onderwerpen aan te kaarten. Dit verhaaltje over de egel vind ik bijzonder, omdat de egel zelf voor zijn eenzaamheid kiest.

*Het schilderij afgebeeld op de voorkant is geschilderd door de Britse kunstenaar John William Waterhouse (1849-1917). Zijn schilderijen hebben grote indruk op mij gemaakt, vooral na het zien van de expositie in het Groninger museum in 2009. Waterhouse liet zich inspireren door verschillende thema's als; mythes, spiritualiteit, de Klassieke Oudheid, vrouwen, schoonheid en gedichten. Het door mij gekozen schilderij is een afbeelding van *The Lady of Shalott* en is gebaseerd op een gedicht van Lord Alfred Tennyson (1833). Naast het feit dat hij krachtige vrouwen afbeeldt, die op het punt staan een levensveranderlijke beslissing te nemen, zie ik vooral 'eenzaamheid' als leidraad voor deze verandering.*

Na maanden hard werken, is mijn afstudeeronderzoek toch eindelijk af. Als ik van te voren had geweten hoeveel moeite het zou kosten, hoeveel obstakels ik moest overwinnen en hoeveel emotionele momenten het met zich mee zou brengen, dan had ik dat nooit geloofd. Ik heb het schrijven van mijn afstudeeronderzoek ervaren als een emotionele reis met veel ups en downs. Het proces was moeizaam en duurde langer dan ik verwacht en gehoopt had. Eén moment heb ik zelfs op het punt gestaan er helemaal mee te stoppen. Gelukkig gaf het empirische deel weer nieuwe energie en moed om het toch af te maken. Alle zweetdruppels en tranen zijn niet verspild, want uiteindelijk hebben ze geleid tot een eindresultaat waar ik tevreden mee ben.

Ik wil een aantal mensen bedanken die mij geholpen hebben bij het schrijven van dit onderzoek. Ten eerste mijn begeleider, Ton Jorna: bedankt dat je mij wilde begeleiden. Met mijn voorgaande begeleider liep het helaas spaak, waardoor ik op zoek moest naar een nieuwe begeleider. Op het moment dat ik bij Ton Jorna aanklopte, had ik weinig tot geen vertrouwen dat het afstuderen nog zou lukken. Dit vertrouwen is langzamerhand terug gekomen. Het commentaar van Ton Jorna was duidelijk en opbouwend, tevens kwam hij met nieuwe invalshoeken en ideeën die mijn onderzoek hebben verrijkt. Daarnaast wil ik mijn meelezer, Martien Schreurs bedanken. Verder wil ik mijn respondenten bedanken voor hun open houding en het delen van hun ervaringen. Zonder hun medewerking lag dit onderzoek niet voor u.

Ook wil ik mijn vriend bedanken. Hij heeft veel geduld moeten opbrengen, doordat mijn ingeschatte afstudeerdatum steeds verschoof en hij heeft mij gestimuleerd en aangemoedigd om met nieuwe moed verder te gaan. Ten slotte wil ik mijn ouders bedanken. Zij hebben het niet altijd makkelijk gehad met mijn schoolcarrière, maar hebben mij altijd gesteund, geholpen en mijn keuzes geaccepteerd.

Amsterdam, Augustus 2014

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Hoofdstuk 1 Inleiding & opzet van het onderzoek	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Aanpak gemeente Nieuwegein	9
1.2.1. Gemeente Nieuwegein	9
1.2.2. Welzijn op Recept	10
1.2.3. Welzijn Nieuwe Stijl in relatie tot Welzijn op Recept	12
1.3 Probleemstelling	15
1.3.1. Noodzaak tot onderzoek	15
1.3.2. Doelstelling	17
1.3.3. Vraagstelling	17
1.3.4. Maatschappelijke relevantie	18
1.3.5. Persoonlijke motivatie	19
1.4 Opzet van het onderzoek	19
1.4.1. Onderzoeksopzet	19
Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader	22
2.1 Inleiding	22
2.2 Maatschappelijke context	22
2.2.1. Structurele maatschappelijke veranderingen	22
2.2.2. Individualisering	23
2.2.3. Sociale competenties	23
2.3 Eenzaamheid en sociaal isolement	24
2.3.1. Eenzaamheid	25
2.3.2. Sociaal isolement	26
2.3.3. Sociaal isolement als sociaal probleem	28
2.3.4. Oorzaken van eenzaamheid en sociaal isolement	30
2.3.5. Gevolgen van eenzaamheid en sociaal isolement	32
2.4 Conclusie	33

Hoofdstuk 3	Interviews	35
3.1	Methodologische verantwoording van de interviews	35
3.2	Selectie van de respondenten	35
3.3	Samenstelling onderzoeksgroep	36
	3.3.1. Respondent 1	37
	3.3.2. Respondent 2	37
	3.3.3. Respondent 3	38
	3.3.4. Respondent 4	38
3.4	De knelpunten	39
	3.4.1. Signaleren en doorverwijzen	39
	3.4.2. Competenties en vaardigheden	41
	3.4.3. Financieel	42
3.5	WMO	42
	3.5.1. Veranderingen	42
	3.5.2. Bezuinigingen	44
3.6	Welzijn nieuwe Stijl	45
	3.6.1. Gericht op de vraag achter de vraag	45
	3.6.2. Gebaseerd op eigen kracht	46
	3.6.3. Direct er op af	47
	3.6.4. Formeel en informeel in optimale verhouding	48
	3.6.5. Een balans tussen collectief en individueel	48
	3.6.6. Integraal werken	49
	3.6.7. Niet vrijblijvend, maar resultaat gericht	50
	3.6.8. Gebaseerd op ruimte voor de professional	51
3.7	Welzijn op Recept	52
3.8	Sociaal isolement	55
3.9	Conclusie	57
	3.9.1. Bezuinigingen	57
	3.9.2. Eenzaamheid en sociaal isolement	58

Hoofdstuk 4	De slotbeschouwing	60
4.1	Slotbeschouwing	60
4.2	Praktische opbrengst van het onderzoek	65
4.3	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	66
	Samenvatting	67
	Literatuuropgave	69
	Websites	72
	Bijlage 1 Welzijnsrecept	74
	Bijlage 2 Brief aan respondenten	75

Hoofdstuk 1 Inleiding & opzet van het onderzoek

1.1 Inleiding

Op 21 november 2013 staat er op de hoofdpagina van de Telegraaf en diverse andere media: *'Vrouw ligt 10 jaar dood in huis Rotterdam'*! Verschrikkelijk en 'onbegrijpelijk' nieuws, waarmee we helaas meerdere malen per jaar geconfronteerd worden. Dit was niet de eerste keer dat iemand dagen, weken, maanden of zelfs jaren dood in huis ligt zonder dat hij of zij gemist wordt.

Het zijn dit soort opmerkelijke berichten, die bij mij veel vragen oproepen. Hoe is het mogelijk dat niemand deze mensen mist? Hoe kan het gebeuren dat iemand overlijdt en dat dit vervolgens onopgemerkt blijft? Dit bracht mij de motivatie om een onderzoek te gaan doen naar eenzaamheid en sociaal isolement.

Een landelijk beleid op het gebied van eenzaamheid en sociaal isolement is er niet. Door de ontwikkelingen zoals vergrijzing en individualisering wordt het sociaal beleid binnen onze verzorgingsstaat op grote schaal herzien. De beleidsmakers streven naar zelfredzame, maatschappelijk betrokken en actieve burgers en willen de sociale cohesie versterken. Om dit te verwezenlijken is er in 2007 een nieuwe wet ingevoerd: de Wet op Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het centrale doel is, dat elke burger kan meedoen in de samenleving, zowel de kwetsbare als de weerbare burgers. Met als uitgangspunt dat problemen opgelost worden met behulp van hun persoonlijk netwerk. Familie, vrienden, kennissen en burens, dienen als eerste benaderd te worden, voordat er aanspraak gedaan kan worden op officiële instanties als professionele zorgverleners en de overheid. Mensen zijn in principe zelf verantwoordelijk voor het nemen van stappen als zij ondersteuning nodig hebben. Er kan alleen beroep op de WMO gedaan worden als er sprake is van een aantoonbare beperking, zoals chronisch psychische problemen of psychosociale problemen, waardoor er moeilijkheden zijn ontstaan op het gebied van zelfredzaamheid of maatschappelijke participatie.

Volgens Movisie (Kennisinstituut en adviesbureau voor sociale vraagstukken) raakt eenzaamheid en sociaal isolement de kern van de WMO: *'Hoewel de WMO participatie centraal stelt, lukt het niet iedereen om volwaardig mee te doen in de samenleving. Sommige mensen voelen zich eenzaam of zijn sociaal geïsoleerd. Zij hebben moeite met het opbouwen en onderhouden van (betekenisvolle) contacten. Sociaal isolement en eenzaamheid raken daarmee aan de kern van de WMO: wie geen of moeilijk aansluiting kan vinden bij anderen, kan niet volwaardig meedoen. Het bestrijden van eenzaamheid staat dan ook hoog op de*

politieke en maatschappelijke agenda'. (site: Movisie)

Na evaluatie van de WMO werd in 2010 het programma 'Welzijn Nieuwe Stijl' gestart. Welzijn Nieuwe Stijl is een onderdeel van de WMO met als doel een nieuwe impuls te geven aan de uitvoering van de WMO. De visie van 'Welzijn Nieuwe Stijl' wordt duidelijk aan de hand van acht bakens die meer houvast geven bij de uitvoering (VWS, 2010). Later zal ik dieper ingaan op deze bakens.

De uitvoering en verantwoordelijkheid van de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' ligt geheel bij de gemeentelijke overheid. Elke gemeente kan zelf beslissen hoe hier invulling aan gegeven wordt en hoe zij de vertaalslag maakt naar de praktijk. De WMO en het programma 'Welzijn Nieuwe Stijl' gaan niet expliciet in op eenzaamheid, elke gemeente kan zelf beslissen hoe zij hieraan willen werken. Daardoor speelt de gemeente een belangrijke rol bij de 'preventie en vermindering' (formulering van MOvector, de welzijnsorganisatie van Nieuwegein) van eenzaamheid en sociaal isolement en zal dit bij elke gemeente anders kunnen gaan verlopen.

In mijn afstudeeronderzoek wil ik mij richten op eenzaamheid en sociaal isolement. Hierbij onderzoek ik de beleidsmatige aanpak die de gemeente Nieuwegein, gelegen in de provincie Utrecht, toepast. Ik kijk naar problematiek die zich voordoet bij de preventie en vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement. Specifiek gezien in het licht van de effecten van de invoering van de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' en 'Welzijn op recept'. 'Welzijn op Recept' is een project, geïnitieerd door de gemeente Nieuwegein, dat zich richt op psychosociale problematiek, waaronder eenzaamheid en sociaal isolement.

1.2 Aanpak gemeente Nieuwegein

1.2.1. Gemeente Nieuwegein

Per één januari 2014 heeft Nieuwegein 61.038 inwoners (www.nieuwegein.nl/cijfers). Naar verwachting zal de woningvoorraad de komende jaren stijgen, waardoor het inwoners aantal ook zal gaan groeien. Nieuwegein heeft een oververtegenwoordiging van inwoners in de leeftijd 19 tot 64 jaar, namelijk 64,6 procent. Het regio gemiddelde is 59,6 procent. Dit hoge aantal is voor een groot deel te verklaren door het hoger dan gemiddeld aantal 'jonge ouderen', inwoners tussen 50 en 64 jaar. Zij zijn rond 1970 naar Nieuwegein gekomen vanwege de toenmalige nieuwbouw. Deze groep gaat de komende jaren voor een flinke vergrijzing zorgen. De prognose voor 2035 is dat 23,1 procent van de bevolking boven de 65 zal zijn. Dit is nu nog 13,3 procent (MOvector, 2014).

Binnen de gemeente Nieuwegein zijn er tien informele zorgorganisaties te onderscheiden: Algemene Hulpdienst, Handje Helpen Regio Utrecht, BuddyZorg Midden Nederland, Hospice & VPTZ Zuid-Utrecht, Hulp in de Praktijk, MOvactor, Nieuwegeinse Kerken, Rode Kruis, UVV en Zonnebloem.

Deze tien informele zorginstanties zorgen ervoor, dat het aanbod in Nieuwegein zeer divers is. Alle tien de organisaties bieden een vorm van individuele sociale ondersteuning. Hierbij wordt een vrijwilliger voor een bepaalde of onbepaalde tijd aan een hulpvrager gekoppeld. Dit kan gaan om het bezoeken van eenzame ouderen of ondersteuning bieden bij het uitbreiden van het persoonlijk netwerk.

Naast de individuele sociale ondersteuning bieden drie organisaties ook praktische hulp aan, zoals klussen in huis of hulp bij het ordenen van de administratie.

Vijf organisaties bieden groepsbegeleiding aan, zoals een open inloop voor ouderen (UVV). Het doel van de ondersteuning die de informele organisaties bieden, is de zelfredzaamheid bevorderen, te behouden of te compenseren.

1.2.2. Welzijn op Recept

In 2010 kwamen de huisartsen van Gezondheidscentrum De Roerdomp te Nieuwegein er achter dat bij een derde van de consulten, psychosociale aandoeningen (welzijnsklachten) een rol speelden. Ook cijfers afkomstig van de GGD gaven aan, dat dit een wijk was met veel fysieke en mentale aandoeningen.

Psychosociale problemen kunnen het gevolg zijn van ingrijpende gebeurtenissen, een zieke partner of relatieproblemen. Voorbeelden van psychosociale problemen zijn eenzaamheid, depressie en angst. Deze mensen hebben veel meer contact met de huisarts dan het landelijk gemiddelde en er is vaak sprake van meerdere problemen en klachten tegelijk. Ze geven zelf aan geen medicijnen of een doorverwijzing naar psychologische hulp te willen ontvangen, maar willen zelf hun klachten aanpakken (Sinnema, 2014).

In die tijd las de directeur van Gezondheidscentrum De Roerdomp het boek 'Mentaal vermogen' van Jan Auke Walburg. Walburg stelt in zijn boek dat mentaal vermogen iemand in staat stelt een gelukkig, betrokken en zinvol leven te leiden. Uit wetenschappelijk literatuur over geluk en veerkracht herleidt hij 'zes principes van duurzaam geluk'. De zes principes zijn: positief en optimistisch denken (1), zingeving (2), bewust leven en genieten (3), interactief met anderen (4), gezonde leefstijl (5) en geluk delen (6) Volgens Walburg kunnen mensen duurzaam gelukkiger worden door deze principes na te leven. (Walburg,

2008).

De directeur van Gezondheidscentrum De Roerdomp is in gesprek gegaan met Walburg. Tijdens het gesprek kwam Walburg op het idee om patiënten door te verwijzen naar welzijnsactiviteiten via een 'welzijnsrecept'. Deze welzijnsactiviteiten moesten overeenkomen met de zes principes van duurzaam geluk. Toen na het gesprek bleek, dat verschillende partijen als gemeente en zorgverzekeraar achter het idee stonden en mee wilden helpen, zijn ze het idee gaan uitwerken.

Welijnsorganisatie MOvactor is samen met het Trimbos-instituut haar activiteiten gaan groeperen volgens de zes principes. Walburg is de directeur van het Trimbos-instituut waar onderzoek gedaan wordt naar de geestelijke gezondheid van Nederland. Daarnaast werden nieuwe activiteiten ontwikkeld en buurtcentra vernieuwd. Het welzijnsarrangement, dat voortkwam uit deze samenwerking is:

- Bewegen met plezier (body fit, country line, sportief wandelen etc.)
- De kracht van de natuur (bewegen in de natuur, aan het werk in de natuur, bezinning en inspiraties vanuit de natuur etc.)
- Lichaam en geest (yoga, filosofische gespreksgroep, mentaal vitaal etc.)
- Ontdekken en doen (vrijwilligerswerk, ontdek de wijk, nooit te oud om te leren etc.)
- Smakelijke ontmoetingen (kook & eetcafé, kook workshops, thuis aan tafel etc.)
- Kunst en cultuur (mozaïeken, op stap, stem improvisatie etc.) (Movactor, folder)

De pilot 'Welzijn op Recept' is gestart in Nieuwegein, als eerste gemeente in Nederland, en is afgerond in 2013.

Henny Sinnema (2014), werkzaam als onderzoeker zorginnovatie bij het Trimbos-instituut, heeft samen met het Gezondheidscentrum De Roerdomp, welzijnsorganisatie MOvactor en de gemeente Nieuwegein, een handleiding geschreven waarin de handvatten worden geboden om het welzijnsrecept in te voeren. De handleiding is gebaseerd op literatuur en praktijkervaringen tijdens de invoering en ontwikkeling van 'Welzijn op Recept' (Sinnema, 2014).

'Welzijn op Recept' is een samenwerkingsverband tussen de lokale gezondheidscentra en een welzijnsorganisatie. Binnen Nieuwegein is dit MOvactor. De gezondheidscentra bieden diverse soorten formele zorg, zoals huisartszorg, fysiotherapie, logopedie, maatschappelijk werk en cursussen. De professionals die deze zorg bieden, verwijzen patiënten met psychosociale problematiek, met behulp van een welzijnsrecept, door naar MOvactor. Deze

welzijnsorganisatie heeft diverse interventies (activiteiten en diensten) gericht op preventie en vermindering van problematiek binnen het sociale domein met het oog op het bevorderen van welzijn (MOvactor.nl).

'Welzijn op Recept wil met haar aanpak burgers die klachten hebben en hier geen medische of psychologische behandeling voor nodig hebben, ondersteunen in het behouden en verbeteren van gezondheid en welzijn. Hierbij verwijst de huisarts, of een andere zorgverlener in de huisartsvoorziening, de burger naar een zogenaamd 'welzijnsarrangement' van de welzijnsorganisatie' (Sinnema, 2014, p7).

Tijdens de pilot zijn er 59 welzijnsrecepten uitgeschreven, meestal door huisartsen. Hoewel 'Welzijn op Recept' niet specifiek is geïntroduceerd ten behoeve van de preventie en vermindering van eenzaamheid, was eenzaamheid één van de meest voorkomende problemen waarvoor een recept is uitgeschreven (site: Trimbos-stituut). Daarnaast zijn er welzijnsrecepten uitgeschreven voor depressie en angst. Bijna de helft van de deelnemers maakt nu nog actief gebruik van een welzijnsarrangement. Volgens het Trimbos-instituut wordt en werd het deelnemen aan de activiteiten positief ervaren. 'Ze noemden onder andere: "een duwtje in de rug was prettig"; "dankzij de activiteit uit een dip gekomen"; "een schot in de roos" (Idem).

1.2.3. Welzijn Nieuwe Stijl in relatie tot Welzijn op Recept

De WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' vragen om aanpassingen in de huidige organisatie van Zorg en Welzijn. De gedachte achter 'Welzijn Nieuwe Stijl' is, dat mensen niet alleen beter geholpen worden, maar ook dat de gemeente noodzakelijke bezuinigingen kan maken. De gemeenten kiezen voor een integrale manier van werken, waarbij zorg- en welzijnsorganisaties met elkaar samen moeten werken. Om handen en voeten te geven aan deze aanpassingen komt het programma 'Welzijn Nieuwe Stijl' met acht bakens:

1. Gericht op de vraag achter de vraag;
2. Gebaseerd op de eigenkracht van de burger;
3. Direct er op af;
4. Formeel en informeel in optimale verhouding;
5. Doordachte balans van collectief en individueel;
6. Integraal werken;
7. Niet vrijblijvend, maar resultaatgericht;
8. Gebaseerd op ruimte voor de professional (VWS, 2010).

Welzijn op Recept sluit op veel punten bij deze bakens aan. De MOgroep, de landelijke brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, noemt het project 'Welzijn op Recept' een aansprekend voorbeeld van 'Welzijn Nieuwe Stijl'.

1) Bakken één richt zich op de vraag van de burger en niet op het aanbod. Bij 'Welzijn op Recept' is dit het geval, de hulpverlener gaat op zoek naar de vraag achter de vraag. De huisarts sluit niet alleen ziekte uit, maar gaat een stap verder. Bij de psychosociale problematiek kan de huisarts een welzijnsrecept uitschrijven en daarmee doorverwijzen naar de welzijnscoach. De welzijnscoach zoekt samen met de patiënt, wat op dat moment een 'deelnemer' is geworden, naar een passend welzijnsarrangement.

2) Een belangrijk aandachtspunt binnen de uitvoering van de WMO is de 'eigen kracht van de burger'. Hierbij spelen sociale verbanden in de wijk, het eigen netwerk en vrijwillige inzet een aanzienlijke rol. De mogelijkheden van deze vormen van informele zorg dienen eerst onderzocht te worden, voordat er een beroep wordt gedaan op de overheid of professionele zorg. Als er beroep gedaan wordt op de huisarts, schat deze in of de patiënt doorverwezen dient te worden naar andere vormen van formele zorg, als maatschappelijk werk of een psycholoog. Als dit niet het geval is, kan de huisarts ervoor kiezen een 'welzijnsrecept' uit te schrijven. De welzijnscoach, waar de patiënt dan terecht komt, kijkt of er mogelijkheden liggen bij het eigen netwerk of dat de 'deelnemer' meer baat heeft bij een dienst of een activiteit uit het activiteitenarrangement. Ook kan de welzijnscoach de deelnemer koppelen aan een 'maatje' die samen met de deelnemer activiteiten onderneemt. Als laatste kan de welzijnscoach twee deelnemers aan elkaar koppelen, bijvoorbeeld als ze beiden aangeven, eenzaam te zijn.

3) De derde baken 'direct er op af' is lastiger te verwezenlijken voor 'Welzijn op Recept'. Dit baken is gericht op mensen die zorg mijden, de zogenoemde zorgmijders. Dit zijn mensen die geen hulp durven of willen vragen, ook al verkeren ze al lange tijd in eenzaamheid of hebben ze schulden. Ze weten vaak de weg naar de hulpverlening niet te vinden en zijn daardoor niet in zicht. Doordat deze groep zich niet meldt bij de formele zorg, kan er ook geen welzijnsrecept uitgeschreven worden. Een effect van 'Welzijn op Recept' is, dat de formele- en informele zorg nu multidisciplinaire overleggen houden. In deze overleggen kunnen gevallen van eenzaamheid besproken worden, die bijvoorbeeld door de wijkagent of de wijkverpleegkundige zijn opgevallen.

4) Bij de bakken 'formeel en informeel in optimale verhouding' is het doel dat er verbanden worden gelegd tussen de formele- en informele zorg, zodat deze elkaar

kunnen aanvullen en versterken. Momenteel zijn de verhoudingen niet optimaal. De aanspraak op formele zorg is groter. De WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' wil deze verhouding optimaliseren en meer inzetten op de informele zorg. Door 'Welzijn op Recept' kan de huisarts verwijzen naar de informele zorg in plaats dat hij doorstuurt naar andere formele zorg. Dit ontlast de formele zorg. Daarbij kan de informele zorg een preventieve werking hebben, door als eerste opvangnet te dienen en ervoor te zorgen dat de situatie niet uit de hand loopt.

In de praktijk worden er verschillende benamingen gegeven aan dit type zorg. Vaak wordt er alleen gesproken over de nulde- en eerstelijns zorg. De nuldelijns zorg staat voor welzijns- of informele zorg en de eerstelijns zorg voor de formele zorg. Onder de informele zorg valt de ongeorganiseerde en georganiseerde informele zorg. De formele zorg kan onderverdeeld worden in de rechtstreeks toegankelijke hulp en hulp waar naar doorverwezen dient te worden.

- Ongeorganiseerde informele zorg (zorg waarbij geen organisatie betrokken is: mantelzorg, familie, vrienden, kennissen, burenen).
- Georganiseerde informele zorg (zorg georganiseerd door organisaties, zoals algemene hulpdienst).
- Formele zorg (voorheen 1^e lijn), waar inwoners zonder verwijzing naar toe kunnen gaan, bijvoorbeeld de huisarts, maatschappelijk werker, fysiotherapeut en tandarts.
- Formele zorg (voorheen 2^e lijn), waar inwoners met een verwijzing naar toe kunnen gaan, bijvoorbeeld een psychiater of specialist in een ziekenhuis.

Ik houd een breed onderscheid aan, door te spreken over formele of informele zorg, waarbij ik de ongeorganiseerde en georganiseerde zorg bedoel, of de eerste en tweede lijn zorg. De informele zorg wordt vaak 'welzijn' genoemd. Het onderscheid; formele- en informele zorg, staat dan gelijk aan het onderscheid tussen; zorg of welzijn. In dit onderzoek zal ik de begrippen door elkaar gebruiken.

5) Baken nummer vijf is gericht op de financiering van de individuele of collectieve hulp voor de burger. Individuele hulp komt steeds meer onder druk te staan door bezuinigingen, waardoor er vaker gekeken wordt naar collectieve aanpakken. Het welzijnsarrangement van MOvactor heeft zowel individuele als groepsactiviteiten en diensten. De welzijnscoach verricht maatwerk en beslist wat het beste aansluit voor de deelnemer van 'Welzijn op Recept'. Dit kan individueel of collectief zijn.

- 6) Integraal werken, baken zes, is een punt waar nog veel ontwikkeling te winnen valt binnen gemeenten. De burger die met 'Welzijn op Recept' in aanraking komt, kan meerdere problemen tegelijk hebben die met elkaar samenhangen. Goede samenwerking is daarom van belang. Dit is echter niet vanzelfsprekend. Een belangrijk doel van 'Welzijn op Recept' is het opbouwen van een structurele samenwerking- en verwijsrelatie tussen de formele zorg en de lokale welzijnsorganisatie, die op de hoogte is van het aanbod van informele zorg, zowel intern als extern.
- 7) 'Welzijn Nieuwe Stijl' is niet vrijblijvend, maar gericht op resultaat. Ook binnen 'Welzijn op Recept' worden duidelijke afspraken gemaakt over logistiek en inhoud, zowel met de professionals die met 'Welzijn op Recept' werken als de deelnemers. Door structurele evaluaties van activiteiten en diensten wordt inzichtelijk gemaakt wat goed loopt en wat beter kan. Als het nodig is, worden procedures en activiteiten bijgesteld. Ook worden er concrete afspraken gemaakt met de welzijnsorganisatie en de formele zorg over behaalde resultaten binnen een bepaalde periode.
- 8) Baken nummer acht is de laatste baken van 'Welzijn Nieuwe Stijl'. Dit baken is gericht op de ruimte die de professional heeft om zelfstandig te handelen. Van de professional wordt verwacht, dat hij of zij midden in de samenleving staat en tegelijkertijd adequaat kan communiceren met collega's. Dit is bij 'Welzijn op Recept' goed terug te zien bij de welzijnscoach. Deze professional kan oplossingen zoeken bij het eigen netwerk, in de buurt van de deelnemer, maar kan ook doorverwijzen naar een activiteit georganiseerd door een collega.

Vanaf 2015 wordt er een verandering binnen de WMO doorgevoerd. Taken die nu vallen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gaan dan gemeenten uitvoeren. *'Begeleiding valt nu nog onder de AWBZ. Maar gemeenten kunnen beter inspelen op lokale omstandigheden en de zorgbehoefte van cliënten. Daarom wil het kabinet dat de gemeente vanaf 2015 ondersteuning en begeleiding aan huis levert. Deze taken vallen dan onder de WMO. Gemeenten krijgen zelf de vrijheid om te bepalen wie de voorzieningen uit de WMO echt nodig heeft'* (site: rijksoverheid).

1.3 Probleemstelling

1.3.1. Noodzaak tot onderzoek

Ik heb ervoor gekozen om onderzoek te doen binnen de gemeente Nieuwegein, omdat zij pioniers zijn op het gebied van de samenwerking tussen de formele zorg en de lokale

welzijnsorganisaties. De pilot 'Welzijn op Recept' is inmiddels afgerond en wordt nu door heel Nieuwegein uitgevoerd. Het project is ook bij andere gemeentes opgevallen, waardoor het nu in meerdere gemeentes binnen Nederland wordt ingevoerd. 'Welzijn op Recept' past goed binnen de visie van de WMO en 'Welzijn Nieuwe stijl'. Er wordt beroep gedaan op de eigen kracht van de burger en er wordt minder doorverwezen naar dure formele zorg, zie de bakens van 'Welzijn Nieuwe Stijl'. Eveneens komt uit de pilot naar voren dat het doorverwijzen vanuit de formele zorg naar een welzijnscoach een positieve bijdrage kan leveren aan mensen die zich eenzaam voelen (Sinnema, 2012).

Een ontwikkeling die de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' met zich mee brengt, is dat burgers in eerste instantie aangewezen zijn op hun persoonlijke netwerk. Dit maakt dat er sprake is van een toenemende noodzaak om te beschikken over een sociaal netwerk. Er wordt van de burger verwacht dat zij uit dit eigen sociale netwerk de hulpbronnen verwerven om zelfstandig te functioneren. Het opbouwen en in stand houden van een sociaal netwerk vereist bepaalde competenties. Lang niet alle mensen beschikken over deze competenties en ontvangen geen zorg of ondersteuning van familie of vrienden. Zij leven in eenzaamheid of zelfs in een sociaal isolement. Dit brengt de vraag met zich mee wat deze nieuwe ontwikkelingen richting een participatie-samenleving betekenen voor de mensen die leven in eenzaamheid.

Mensen die leven in eenzaamheid kunnen worden opgemerkt door de huisarts of andere instanties, maar mensen die in een sociaal isolement leven komen hier niet of nauwelijks. De groep sociaal geïsoleerden zijn lastig te bereiken. Anja Machielse (2003) beschrijft drie knelpunten met betrekking tot de bereikbaarheid van deze groep. Het eerste knelpunt is dat deze groep weinig tot geen betekenisvolle contacten heeft om hulp aan te vragen. Ten tweede weten ze de weg naar de hulpverlening niet te vinden, of wijzen alle vormen van hulp af (zorgmijders). De zorgmijders komen pas in beeld als de situatie uit de hand is gelopen. Ten derde zijn sociaal geïsoleerden moeilijk te lokaliseren door de onzichtbaarheid van de doelgroep. De meeste sociaal geïsoleerden melden zich niet bij instanties om hulp te zoeken. Er is onderzoek gedaan naar de onzichtbaarheid van mensen die leven in sociaal isolement en welke interventies het beste gebruikt kunnen worden, maar ik ga hier nu niet dieper op in, aangezien dit te ver zou afwijken van mijn onderzoek.

Dit leidt tot de volgende vragen: Wat zijn de gevolgen voor eenzamen of sociaal geïsoleerden nu de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' de eigen verantwoordelijkheid bij de burger legt? Welke effecten heeft de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' op de bereikbaarheid

en zichtbaarheid van sociaal geïsoleerden? Hoe ervaart de formele- en informele zorg de veranderingen gestimuleerd door de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' ten opzichte van eenzamen en sociaal geïsoleerden? Kan 'Welzijn op Recept' hier een bijdrage aan leveren?

1.3.2. Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is kennis verkrijgen over mensen die leven in eenzaamheid of sociaal isolement en de ervaringen vanuit de formele- en informele zorg rondom deze groep. Dit is een kwalitatief onderzoek naar één gemeente in Nederland, namelijk de gemeente Nieuwegein. Het accent ligt hierbij op de manier waarop de gemeente Nieuwegein bijdraagt aan de preventie en vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement.

Momenteel is er weinig bekend over de ervaringen van de formele- en informele zorg met de veranderingen die zijn doorgevoerd door de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' en 'Welzijn op Recept', met betrekking tot eenzaamheid en sociaal isolement. Het is wenselijk om meer informatie en ervaringen uit de formele en informele zorg te verkrijgen om bijvoorbeeld de effectiviteit te onderzoeken.

De resultaten van dit onderzoek kunnen op een functionele wijze gebruikt worden door de gemeente Nieuwegein, de verschillende zorg- en welzijnsinstanties of andere gemeentes die overwegen om 'Welzijn op Recept' in te voeren.

De volgende doelstellingen komen hieruit voort:

- Het duidelijk positioneren van eenzaamheid en sociaal isolement in de maatschappelijke context, waarin veranderingen binnen de maatschappij een rol spelen.
- Het in kaart brengen van de aanpak van de gemeente Nieuwegein met betrekking tot de preventie en vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement.
- Het beschrijven van de ervaringen uit de formele- en informele zorg omtrent de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' en 'Welzijn op Recept'.

1.3.3. Vraagstelling

Tegen deze achtergrond is de centrale vraag in mijn onderzoek de volgende:

Wat is de ervaring van de formele- en informele zorg met eenzaamheid en sociaal isolement gegeven de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2007), Welzijn Nieuwe Stijl (2010) en Welzijn op Recept, binnen de gemeente Nieuwegein?

De volgende deelvragen worden beantwoord in de theoretische verdieping:

- In hoeverre hebben de maatschappelijke veranderingen in Nederland, zoals individualisering, invloed op eenzaamheid en sociaal isolement?
- Welke visies over eenzaamheid en de specifieke vorm van eenzaamheid: 'sociaal isolement' zijn er te vinden in de literatuur?
- Wat zijn de oorzaken van eenzaamheid en sociaal isolement in Nederland?
- Wat zijn de gevolgen van eenzaamheid en sociaal isolement in Nederland?

De volgende deelvragen worden beantwoord door middel van empirisch onderzoek:

- Welke knelpunten ondervindt de formele- en informele zorg bij de preventie en vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement?
- Welke ervaringen heeft de formele- en informele zorg met de veranderingen die zijn doorgevoerd door de WMO met betrekking tot eenzaamheid en sociaal isolement.
- Welke ervaringen heeft de formele- en informele zorg met de toepassing van de acht bakens horend bij 'Welzijn Nieuwe Stijl' in relatie tot het werken met de groep eenzamen en sociaal geïsoleerden?
- Welke ervaringen heeft de formele- en informele zorg binnen de pilot 'Welzijn op Recept' met betrekking tot de groep eenzamen en sociaal geïsoleerden?
- Hoe gaat de formele- en informele zorg om met de onbereikbaarheid van sociaal geïsoleerden?

1.3.4. Maatschappelijke relevantie

Eenzaamheid is in eerste instantie een persoonlijk probleem, maar gezien de groeiende omvang en ernst ervan ook steeds meer een maatschappelijk vraagstuk. Dit maakt het dat gemeenten en overheid steeds meer aandacht besteden aan de preventie en vermindering van eenzaamheid.

Om de formele- en informele zorg in de gemeente Nieuwegein zo goed mogelijk te laten functioneren kan kennis over de ervaringen van professionals werkzaam binnen deze sectoren zeer bruikbaar zijn. Met de informatie uit dit onderzoek kan de gemeente Nieuwegein zien wat de ervaringen zijn vanuit de formele- en informele zorg met de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' en 'Welzijn op Recept'. Deze kennis is belangrijk aangezien de effectiviteit van de formele- en informele zorg kan worden verhoogd wanneer deze beter aansluit bij de ervaringen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen voor de gemeente Nieuwegein, en misschien voor andere gemeenten, aanknopingspunten bieden voor

verbetering van hun werkwijze.

Met het in werking treden van de WMO en later 'Welzijn Nieuwe Stijl' is de gemeente Nieuwegein verantwoordelijk voor de zorg, maar ook voor het welzijn van haar inwoners. Voor de gemeente is het belangrijk om aan te tonen wat haar invloed is op eenzaamheid en sociaal isolement en wat de formele- en informele zorg bijdraagt.

1.3.5. Persoonlijke motivatie

Tijdens mijn studie aan de Universiteit voor Humanistiek heb ik als bijbaan in de keuken van een serviceflat gewerkt. In deze flat kunnen ouderen boven de 55 jaar zelfstandig wonen. Naarmate ze hulpbehoevender worden, kunnen ze service inkopen, zoals een maaltijd. Ze kunnen in het restaurant eten of er kan eten aan de deur bezorgd worden. Ik bracht twee à drie keer per week het eten langs de deuren, hierdoor leerde ik een aantal ouderen goed kennen.

In de loop der tijd kwam ik er achter dat mijn beeld over een serviceflat niet klopte. Er woonden 400 ouderen bij elkaar, maar dit betekende niet dat er geen eenzaamheid heerste. Ik verwachtte dat de mannen met elkaar gingen biljarten en de vrouwen bij elkaar op de koffie zouden gaan. Natuurlijk gebeurde dit ook, maar lang niet zoveel als ik had gedacht. Veel ouderen kwamen maar weinig hun appartement uit. De bezorging van de maaltijd was hun enige sociale contact op de dag.

Naarmate ik langer in de keuken werkte, ondervond ik dat de aan huis bezorgde maaltijd niet alleen een extra service was, maar veel meer dan dat. De bewoners wisten dat het eten tussen vijf en zes bezorgd werd. Als er niet open werd gedaan moest de bezorger de maaltijd in het kastje bij de voordeur plaatsen. De volgende ochtend worden de lege bakjes weer opgehaald, als deze niet waren aangebroken moest gelijk de huishulp gebeld worden. Zo waren er een aantal ouderen die drie keer in de maand eten thuis bestelde. Niet omdat ze gebruik wilden maken van de service, maar omdat ze bang waren niet opgemerkt te worden bij ziekte of overlijden.

Bovenstaande ervaringen hebben mij flink geraakt en daarnaast gemotiveerd om mij in het onderwerp 'eenzaamheid' en 'sociaal isolement' te verdiepen.

1.4 Opzet van het onderzoek

1.4.1. Onderzoeksopzet

Dit is een combinatie van een kritisch wetenschappelijk literatuuronderzoek gevolgd door een empirisch onderzoek, genaamd kwalitatief onderzoek. Het empirische gedeelte is

grotendeels gericht op de evaluatie van de ervaringen van de professionals met WMO, Welzijn Nieuwe Stijl en Welzijn op Recept, waardoor dit een kwalitatief evaluatieonderzoek is.

Allereerst treft u een theoretisch kader aan, waar ik aan de hand van literatuur bovenstaande vier deelvragen beantwoord. De verschillende vormen van eenzaamheid en sociaal isolement worden vanuit diverse invalshoeken bekeken. De aandacht gaat uit naar persoonlijke kenmerken die bij kunnen dragen aan eenzaamheid of sociaal isolement, maar ook naar de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen, zoals individualisering. Naast de psychologische en sociologische theorieën die ik bij mijn onderzoek betrek, zal ik alert zijn op ervaringen en bevindingen die mogelijk tot andere duidingen leiden.

De gebruikte Nederlandse en Engelse literatuur werd verkregen door grondig speurwerk op de online zoekfuncties van de bibliotheek van de Universiteit van Utrecht. Gebruikte kernwoorden zijn: eenzaam, eenzaamheid, isolement, sociaal isolement, individualisering, sociale competenties etc. Hieruit kwam een zodanige hoeveelheid literatuur naar voren dat het mij moeite kostte om de relevante bronnen er tussen uit te halen. Een gesprek met Anja Machielse heeft hierbij uitkomst gebracht. Zij heeft veelvuldig onderzoek gedaan naar mensen die leven in sociaal isolement, waardoor zij mij goed op weg kon helpen.

Na afronding van het theoretisch kader ben ik op zoek gegaan naar professionals, werkende in de formele- en informele zorg binnen gemeente Nieuwegein, die wilden deelnemen aan dit onderzoek. Ik heb uiteindelijk vier interviews gehouden. De interviews zijn gehouden volgens de methode van het open interview (Maso & Smaling, 1998). Kenmerkend van deze methode is, dat een interview open en flexibel verloopt. De open vragen, wat tevens mijn deelvragen waren, zorgen voor houvast binnen de interviews. Ik heb voor deze onderzoeksmethode gekozen om meer inzicht en verdieping te verkrijgen in de ervaringen, visies en rollen van de professionals rondom mensen die leven in eenzaamheid of sociaal isolement.

Kwalitatief onderzoek laat zich typeren door de manier van informatieverzameling, het soort analyse, de onderzoeksopzet, het onderwerp van onderzoek en de rol van de onderzoeker (Maso & Smaling, 1998).

Vanuit elke type zorg (formele- en informele zorg) heb ik twee mensen geïnterviewd. Gedurende de interviews stond ik open voor andere bevindingen die niet binnen het kader vallen. Deze interviews zijn opgenomen met een voice recorder en elk interview heb ik uitgewerkt. In de uitwerking heb ik de essentie van het gesprek beschreven. Nadat ze zijn gelezen en goedgekeurd door de geïnterviewde, voeg ik ze toe aan het afstudeeronderzoek.

De interviews worden gevolgd door een analyse waarin ik beschrijvend weergeef welke perspectieven de respondenten naar voren brengen ten aanzien van de onderwerpen eenzaamheid en sociaal isolement, de typen zorg, de knelpunten die zij ondervinden, WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl', 'Welzijn op Recept' en hun eventuele samenhang.

Ter afsluiting vindt u een slotbeschouwing. Hierin wordt een antwoord op de centrale vraag geformuleerd op basis van het theoretisch kader en de afgenomen interviews.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Eerst wil ik eenzaamheid en sociaal isolement positioneren in de maatschappelijke context van de hedendaagse samenleving. Onze samenleving is sinds de vorige eeuw, door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen, erg veranderd. Deze ontwikkelingen hebben zowel gevolgen gehad voor de maatschappij als voor het individu.

2.2 Maatschappelijke context

2.2.1 Structurele maatschappelijke veranderingen

Bij de omschrijving van de structurele maatschappelijke veranderingen wil ik gebruik maken van de structuratietheorie van de Britse socioloog Anthony Giddens. Eenzaamheid en sociaal isolement kan in zijn structuratietheorie begrepen worden als het gevolg van persoonlijke eigenschappen en omstandigheden in relatie met bepaalde structurele veranderingen in de maatschappij. In zijn structuratietheorie laat hij de dualiteit van structuur zien, enerzijds de verhouding van individu en samenleving, anderzijds de relatie tussen het objectieve en het subjectieve. Hij zet 'structuur' en 'actor' op één lijn en in elkaars verlengde; ze zijn niet los van elkaar te begrijpen. Giddens noemt dit concept '*duality of structure*' en over de structurele eigenschappen van sociale systemen zegt hij: '*do not exist outside of action but are chronically implicated in its production and reproduction*' (Giddens, 1984: 374).

Volgens Giddens leiden de ontwikkelingen in de maatschappij en de wetenschap tot algemene onzekerheid. Zijn antwoord hierop is 'reflexieve modernisatie' waar Giddens samen met Duitse socioloog Ulrich Beck een boek over schreef. Zij proberen de nieuwe ontwikkelingen te identificeren en de mechanismen achter de maatschappelijke veranderingen bloot te leggen. Het gaat niet zozeer om nieuwe dingen uit te vinden of te ontdekken, maar om het reflecteren wat reeds bereikt is (Beck, Giddens & Lash, 1994). Volgens Beck is de samenleving blind voor de gevolgen en risico's van deze moderne maatschappij. De ongelukken en gevaren die verbonden zijn met industriële, economische en technologische processen, worden gezien als uniek en als 'nieuws' gepresenteerd, feitelijk zijn deze gebeurtenissen structureel geworden. Wij zijn overgegaan van een traditionele samenleving naar een industriële maatschappij en vervolgens naar een risicomaatschappij. Nieuw van de 'risicomaatschappij' is, dat wij de consequenties over de risico's die wij lopen, voortvloeiende uit de ontwikkelingen en vooruitgang waar wij zelf achterstonden, niet kunnen overzien (Beck, 1986; Giddens 1990).

2.2.2 *Individualisering*

Een belangrijk moderniseringsproces is de individualisering. Het proces van individualisering heeft gevolgen voor de binding in de samenleving. Het zorgt ervoor dat mensen meer als individu dan als groep in de samenleving komen te staan. De vroegere tradities bepalen het menselijk handelen niet meer en de identiteit van mensen wordt minder, als gevolg van de collectiviteit, ontwikkeld. De toegenomen individualiteit, het afnemende belang van maatschappelijke instituties en het afbrokkelen van de gemeenschapszin hebben ertoe geleid dat mensen meer op zichzelf zijn gericht dan op de collectiviteit (Hortulanus et al., 2003). Dit heeft gevolgen voor de onderlinge relaties en de sociale bindingen in de samenleving; solidariteit en sociale cohesie worden minder vanzelfsprekend. (Machielse, 2006).

Door het verdwijnen van de traditionele banden en groepsbinding, ontstonden er andersoortige sociale verbanden die abstracter en minder zichtbaar waren en dikwijls nieuwe afhankelijkheden creëerden (Beck, 1997). De individualiseringsprocessen hebben meer vrijheid gegeven, maar stellen ook hogere eisen aan mensen. De mate waarin mensen kunnen deelnemen aan deze nieuwe sociale verbanden en netwerken is bepalend voor de wijze waarop ze hun leven autonoom kunnen organiseren of hun identiteit kunnen ontwikkelen. Mensen zijn afhankelijker geworden van hun handeling-, communicatie- en participatievaardigheden (Beck, 1997).

Ook Pieter Appelhof en Miriam Walraven (2002) zien dat de nadruk in de samenleving sterker op de ontwikkeling van de autonomie van het individu is komen te liggen. Volgens hen zijn, om te kunnen participeren in de samenleving, sociale competenties noodzakelijk.

2.2.3 *Sociale competenties*

In de nieuwe situatie, de moderne hedendaagse samenleving, wordt een groter beroep gedaan op sociale competenties van mensen. Niet alle mensen hebben voldoende sociale competenties om mee te doen in de moderne samenleving.

Walraven en Appelhof definiëren sociale competentie als volgt: *'sociale competentie is het vermogen tot integreren van eigen inzichten, attitudes en vaardigheden teneinde taken uit te voeren die gericht zijn op de ontwikkeling van de eigen identiteit en de sociale participatie in de samenleving op zodanige wijze dat de resultaten van waarde geacht worden in de betreffende sociale context en structuur'* (Idem, p.28). Sociale competenties staan ten dienste van sociale participatie. Onder sociale participatie verstaan ze: *'een actieve en constructieve deelname aan informele en formele verbanden ten einde een zelfstandige*

geïntegreerde positie te verwerven in de samenleving en daarmee een bijdrage te kunnen leveren aan het functioneren van de samenleving' (Idem, p.41). Om sociaal competent gedrag te kunnen vertonen is het belangrijk dat iemand zelfvertrouwen heeft over zijn eigen kennis en vaardigheden, betrokkenheid toont met anderen, inzet toont om gemotiveerd en met enthousiasme dingen aan te pakken en sociale relaties kan opbouwen en in stand houden (Idem).

James Côté en Charles Levine (2002) geven ook aan dat competenties nodig zijn; het wel of niet beschikken over deze vaardigheden maakt het verschil tussen falen of succes in de moderne (hedendaagse) samenleving. Vroeger werd status toegeschreven, vervolgens verworven, nu bestaat sociale identiteit uit het zelf vormgeven van de indruk die de persoon op de ander wil achterlaten. De persoonlijke identiteit is in grote mate gericht op goedkeuring van de ander, waardoor je in staat moet zijn om in verschillende contexten de vereiste rol aan te nemen en daarnaar te handelen. Dit vereist een grote kennis van de sociale omgeving en reflexieve kennis over de manier van het eigen handelen daarbinnen. Volgens Côté en Levine missen een hoop mensen deze vereiste competenties.

Margaret von Faber (2001), medisch antropoloog, laat een ander geluid horen. Volgens haar moet de aandacht breder gericht zijn dan op deze competenties en vaardigheden. Zij ziet dat veel mensen, waaronder ouderen, niet aan deze competenties voldoen, maar zij beschouwt dit niet als falen. Zij zegt: *'Als we 'succesvol ouder worden' definiëren als een optimale staat van functioneren en welzijn, zullen maar een paar ouderen hieraan voldoen. Veel ouderen ervaren 'succesvol ouder worden' als een proces van accepteren. Door dit perspectief te gebruiken, zijn veel meer mensen succesvol oud geworden'* (Idem, p.1). In haar onderzoek legt ze de nadruk niet op het optimale functioneren of welzijn, maar op sociale relaties vanuit het perspectief van ouderen.

Een aanvulling hierop is afkomstig van Machielse, volgens haar is bij het omgaan met individualisering belangrijk: *'De manier waarop mensen hiermee om weten te gaan, bepaalt in grote mate hoe hun leven verloopt in termen van succes en mislukking; het bepaalt of ze in hun eigen ogen en in die van anderen een eigen weg kunnen volgen en zelfstandig een levensproject kunnen realiseren'* (Machielse, 2006, p. 183).

2.3 Eenzaamheid en sociaal isolement

In de hierboven beschreven maatschappelijke achtergrond zijn problemen met betrekking tot sociale netwerken meer evident geworden. De maatschappelijke veranderingen en de vereiste competenties en vaardigheden die hiermee gepaard gaan hebben gevolgen voor de

onderlinge relaties tussen mensen en de sociale bindingen in de samenleving. Solidariteit en sociale cohesie zijn minder vanzelfsprekend. Hoewel ik er in dit onderzoek vanuit ga dat de maatschappelijke veranderingen mogelijk bijdragen aan de toename van eenzaamheid en sociaal isolement, besef ik dat met deze context niet alles gezegd is. (Jorna: *Mag een mens eenzaam zijn?*) Maar wat is eenzaamheid? En wanneer is iemand eenzaam of sociaal geïsoleerd?

2.3.1 Eenzaamheid

In de loop der jaren is er veelvuldig onderzoek gedaan naar eenzaamheid door verschillende disciplines. Machielse (2006) zet deze benaderingen op een rij. De sociaal-psychologische traditie kent twee belangrijke interactionistische benaderingen. De interactionistische benadering gaat er vanuit dat persoonlijke en situationele factoren eenzaamheid beïnvloeden. Deze twee benaderingen zijn de cognitieve- en de deficietbenadering. Psychologen Daniel Perlman & Anne Peplau (1981) werken de cognitieve benadering uit. Zij omschrijven eenzaamheid als een ongewild verschil tussen de relaties die men heeft en die men zou willen hebben, of de relaties hebben niet de gewenste mate van intimiteit. Eenzaamheid verwijst hier naar een negatieve waardering van de kwaliteit van de aanwezige relaties. Binnen de cognitieve benadering valt ook de definitie van eenzaamheid geformuleerd door Jenny de Jong-Gierveld en Theo van Tilburg (2007). Zij beschrijven eenzaamheid als volgt: *'Het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties'* (Idem, p.14). In deze benadering draait het om subjectieve processen die zich in het hoofd afspelen, belangrijk hierbij is of het netwerk voldoet aan iemands persoonlijke verwachtingen.

De deficietbenadering is gebaseerd op de theorie van Robert Weiss (1973). Hij maakt onderscheid tussen twee vormen van eenzaamheid: sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid. Bij sociale eenzaamheid hebben mensen het gevoel te weinig sociale relaties te hebben (kwantitatief) en bij emotionele eenzaamheid treedt het gevoel op iemand te missen waarmee je intieme dingen kan delen (kwalitatief). Eenzaamheid ontstaat als een specifiek type relatie ontbreekt. Het gemis van een partner (emotionele eenzaamheid) kan niet vervangen worden door een breder netwerk (sociale eenzaamheid).

De interventies ter preventie en vermindering van eenzaamheid zijn grotendeels gericht op deze twee benaderingen van eenzaamheid. Deze interventies kunnen een positieve bijdragen leveren, maar ervaringen afkomstig uit de praktijk laten zien dat mensen zich ook eenzaam kunnen voelen ongeacht de relaties die zij hebben. De vorm van eenzaamheid die

hierbij naar voren komt, wordt existentiële eenzaamheid genoemd, een zingevingsprobleem waartoe een persoon zichzelf verhoudt. Clark Moustakas schrijft in 1961 als eerste over existentiële eenzaamheid. Hij beschrijft in zijn boek 'Loneliness' dat de mens ten diepste gekenmerkt wordt door eenzaamheid. Hij omschrijft dat door de ervaring van eenzaamheid, het individu een diepe innerlijke groei kan doormaken: *'Een eenzaam mens moet noodzakelijkerwijs al die afschuwelijke twijfel, wanhoop en duistere verwarring kennen, want hij is aan geen enkel beeld gebonden dan het beeld dat hij zichzelf scheidt, en hij wordt door geen andere kennis gesteund dan de kennis die hij zelf met de visie van zijn eigen ogen en hersenen kan vergaren'* (Moustakas, 1961). Door eenzaamheid ontdekt het individu het leven, wie hij is en wat hij echt wil, de zin van zijn bestaan en de ware aard van zijn relatie met anderen (Idem).

Ook Ton Jorna (2012) heeft samen met zes andere wetenschappelijke auteurs studie gedaan naar existentiële eenzaamheid en zingeving. In het boek *'Mag een mens eenzaam zijn?'* wordt eenzaamheid benaderd als iets dat bij het leven hoort. Hij spreekt dan van existentiële eenzaamheid, en die biedt ruimte om anders met eenzaamheid om te gaan: niet alleen als probleem, maar ook als mogelijkheid.

Eenzaamheid is een persoonlijke ervaring waar mensen bij geholpen dienen te worden, maar tegelijkertijd is het een ervaring waarmee je om moet leren gaan, waardoor je jezelf beter leert kennen en innerlijk kan groeien. Nu zien hulpverleners 'eenzaamheid' vooral als sociaal probleem wat snel opgelost dient te worden. Er wordt niet gekeken naar de existentiële en zingevende kant van eenzaamheid, waardoor er in algemene oplossingen wordt gedacht en niet genoeg naar het individu zelf gekeken wordt. Eén van de auteurs is Machielse, wiens werk in dit onderzoek centraal staat. Zij vond het interessant om binnen haar concept van sociaal isolement te kijken of zij daarbinnen ook vormen zag van existentiële eenzaamheid, en zij geeft daar ook inderdaad een voorbeeld van, waar ik later op terug kom (Machielse, 2012; p.23-36).

2.3.2 Sociaal isolement

Machielse beschrijft in haar proefschrift 'onkundig en onaangepast' duidelijk het verschil tussen de begrippen eenzaamheid, sociale isolatie en sociaal isolement. Eenzaamheid verwijst naar de subjectieve beleving van sociale contacten, terwijl sociale isolatie naar de beperking van het aantal contacten verwijst, het objectief feitelijk geïsoleerd zijn. In haar definitie van sociaal isolement verwerkt ze zowel de objectieve kenmerken als de subjectieve beleving. Haar definitie van sociaal isolement is: *'een situatie waarin iemand*

weinig tot geen betekenisvolle contacten heeft en zich daaronder eenzaam en ongelukkig voelt' (Machielse, 2006: 4). Met betekenisvolle contacten bedoelt ze: betekenisvolle ondersteunende persoonlijke relaties.

Machielse, Hortulanus en Meeuwesen (2003) ontwikkelden een typologie over sociale contacten waarbij ze differentiëren tussen objectieve en subjectieve elementen van het sociale netwerk, ofwel de omvang en beleving van het netwerk.

- 'De *sociaal weerbaren* hebben veel contacten, hun sociale netwerk functioneert naar behoren en zij voelen zich niet eenzaam.
- De *eenzamen* hebben veel contacten, maar voelen zich toch eenzaam omdat de aanwezige contacten niet aan hun wensen voldoen.
- De *contactarmen* hebben slechts enkele contacten, maar zij ervaren die als toereikend omdat ze voldoen aan hun sociale behoeften.
- De *sociaal geïsoleerden* zijn het slechtste af; zij hebben weinig of geen betekenisvolle contacten en voelen zich eenzaam en ongelukkig.' (Machielse & Hortulanus, 2011, p.78)

Om te laten zien hoe de sociale netwerken van Nederlanders in verschillende leeftijdscategorieën eruitzien, hebben Machielse en Hortulanus een tabel gemaakt, zie Figuur 1.

Figuur 1: Typologie van sociale contacten in Nederland, per leeftijdscategorie in percentages. (Machielse & Hortulanus, 2011, p. 42, afkomstig uit onderzoek van Hortulanus et al., 2003)

Leeftijd	Sociaal weerbaar	Eenzaam	Contactarm	Sociaal geïsoleerd
18-30	67	22	7	4
31-40	67	19	8	5
41-50	69	21	5	5
51-60	62	24	7	7
61-70	62	20	11	6
71-80	49	29	8	14
> 80	38	26	20	20
Gemiddeld	64	22	8	6

2.3.3. Sociaal isolement als sociaal probleem

De meeste literatuur over eenzaamheid en sociaal isolement is geschreven met de aanname dat het een sociaal probleem is. Een andere kijk is belicht door de beschrijving van existentiële eenzaamheid, waarbij een positieve blik op eenzaamheid wordt gegeven. Bij existentiële eenzaamheid is er geen sprake van een probleem, dit hoeft ook niet altijd het geval te zijn bij sociaal isolement.

Machielse geeft hiervan een voorbeeld in het boek *'Mag een mens eenzaam zijn?'* (2012). Het voorbeeld gaat over een 73 jarige man die met toeval door een interventieteam aangetroffen wordt in een bovenwoning in Rotterdam. Sindsdien houdt een ouderenwerker hem in de gaten. De man heeft geen contact met familie en vrienden en kennissen heeft hij nooit gehad. Hij komt regelmatig buiten, is op de hoogte van actualiteiten, zijn financiën zijn op orde en hij is goed ter been. Wel zorgt hij slecht voor zichzelf, hij eet alleen brood, kan niet douchen want de douchecel staat vol spullen, en zijn kachel werkt niet. Maar hij valt niemand lastig en vraagt niemand om hulp. Op jonge leeftijd heeft hij besloten zich niet te mengen in het sociale leven. Hij achtte zich niet in staat om sociale verbindingen aan te gaan en heeft zich hierbij neergelegd. Hoewel hij aangeeft behoefte te hebben aan vriendschap en liefde, benoemt hij dat als 'basis instincten'.

Volgens Machielse is het leven in sociaal isolement voor hem een strategie om met zijn sociale beperkingen om te gaan. Het doorbreken van deze strategie betekent een stap in het onbekende en kan leiden tot een teleurstelling. Toch heeft hij behoefte om te participeren in een bredere sociale omgeving. Om hier invulling aan te geven koopt hij boeken, wat hij ervaart als een vorm van sociaal functioneren. Machielse geeft aan dat de eenzaamheid van deze man meer fundamenteel van aard is dan de sociale- of emotionele eenzaamheid waar de meeste interventies op gericht zijn. Op sociaal vlak verschillen zijn wensen en verlangens niet van andere mensen. Het verschil zijn de middelen die hij gebruikt om zijn verbondenheid met anderen in te vullen. Zijn wensen op sociaal vlak vult hij op door boeken te kopen, radio te luisteren en op straat te lopen.

Voor hulpverleners is het lastig om met existentiële eenzaamheid om te gaan, want er is geen hulpvraag en de persoon in kwestie heeft vaak geen behoefte om zijn situatie te veranderen. In dit geval heeft de ouderenwerker een relatie met hem kunnen opbouwen. Dit door juist *niet* te proberen zijn isolement aan te pakken. Ze laat hem zijn wie hij is en heeft respect voor zijn eigenheid. De ouderenwerker is voor hem belangrijk, omdat hij (zoals veel sociaal geïsoleerden) angst heeft om onopgemerkt dood te gaan. De ouderenwerker houdt een vinger aan de pols. (Machielse in: *Mag een mens eenzaam zijn?*)

Eenzaamheid of sociaal isolement is niet voor elk individu een probleem, maar dit betekent niet dat sociaal isolement geen sociaal probleem is. De Nederlandse socioloog Kees Schuyt (1997) beschrijft zes criteria waaraan een sociaal probleem te herkennen is.

1. Het moet gaan om een aanzienlijk aantal getroffen en;
2. Het moet gaan om particuliere problemen en schade naar lichaam of geest.
3. De problemen moeten met elkaar verweven zijn;
4. Het probleem moet persistent zijn en soms zelfs overdraagbaar op volgende generaties;
5. Het moet bovenpersoonlijke oorzaken hebben;
6. Er moeten serieuze waarden mee gemoeid zijn.

Deze criteria zijn door Machielse toegepast op het verschijnsel 'sociaal isolement' (Machielse, 2006).

- 1) Aan het eerste criterium wordt voldaan wanneer er gekeken wordt naar de situatie in Nederland aan de hand van cijfers. Zes procent van de Nederlanders van 18 jaar en ouder leeft in sociaal isolement (Hortulanus et al., 2003). Eveneens is er een grote groep mensen, 30 procent van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder, met een verhoogde kans om sociaal geïsoleerd te raken (Machielse, 2006).
- 2) Ook wordt er aan het tweede criterium voldaan. Mensen die leven in sociaal isolement moeten het doen zonder praktische en emotionele steun. Dit heeft ongunstige gevolgen voor het zelfbeeld en zelfvertrouwen.
- 3) Daarbij leiden sterke eenzaamheidsgevoelens tot diverse psychische en lichamelijke problemen, waarbij de verschillende klachten met elkaar te maken hebben.
- 4) Schuyt geeft bij criterium vier aan dat het probleem persistent moet zijn. Sociaal geïsoleerde mensen hebben moeite met het aangaan en onderhouden van relaties en zijn daardoor slecht in staat het isolement te doorbreken. Daarnaast kan sociaal isolement overgedragen worden aan de volgende generatie. Wanneer een persoon opgroeit in een gezin met een klein netwerk, is de kans groot dat dit invloed heeft op zijn of haar leven (Hortulanus et al., 2003).
- 5) Het vijfde criterium, bovenpersoonlijke oorzaken, zijn eveneens aanwezig bij mensen die in sociaal isolement leven. Bij de oorzaken van sociaal isolement is er geen cruciale factor vast te stellen (Hortulanus et al., 2003). Vaak worden gebeurtenissen of omstandigheden aangewezen die een negatieve spiraal in gang hebben gezet. Ze zijn niet in staat geweest om

deze negatieve spiraal te keren. Daarnaast hebben mensen die leven in een sociaal isolement vaak het gevoel, dat de maatschappelijke veranderingen het dagelijks leven fundamenteel hebben veranderd. Door de veranderingen in de functies en vormen van sociale relaties zijn er andere competenties nodig. De maatschappelijke factoren gecombineerd met het onvermogen hiermee om te gaan, maakt dat het bovenpersoonlijke oorzaken betreft.

6) Aan criterium zes wordt ook voldaan. Het leven in sociaal isolement heeft invloed op de kwaliteit van leven. Het heeft invloed op persoonlijke functioneren, de gezondheid en het welbevinden. Sociaal geïsoleerde mensen die nauwelijks in contact komen met de rest van de samenleving vormen een bedreiging voor de sociale cohesie, doordat ze niet in aanraking komen met de dominante waarden, gedragingen en omgangsvormen van de maatschappij (Machielse, 2006).

Kenmerkend voor deze problematiek is de onzichtbaarheid voor grote delen van de samenleving. Mensen die leven in een sociaal isolement hebben weinig tot geen contacten, waardoor weinig mensen geconfronteerd worden met hun eenzaamheid. Het probleem is vrijwel onzichtbaar, maar dit betekent niet dat dit geen ernstig sociaal probleem is (zie bovenstaande criteria).

2.3.4. Oorzaken van eenzaamheid en sociaal isolement

Zoals al eerder vernoemd, is er niet een specifieke oorzaak te vinden waardoor iemand in eenzaamheid of sociaal isolement terecht komt. Wel zijn er een aantal maatschappelijke en individuele factoren aan te wijzen die de kans op eenzaamheid of sociaal isolement verhogen.

Zoals al eerder beschreven stond, kunnen maatschappelijke factoren bijdragen aan het gebrekkig functioneren in de huidige moderne samenleving. Moderniseringsprocessen, als individualisering, hebben er aan bijgedragen dat niet alle mensen aan de eisen (competenties en vaardigheden) van de geïndividualiseerde en complexe samenleving kunnen voldoen. Ook kan er gedacht worden aan de afnemende solidariteit tussen en binnen generaties, de samenstelling van de bevolking in bepaalde stadswijken en de opkomst van technologie. Deze factoren kunnen bijdragen aan verarming van sociale contacten met als gevolg dat mensen buiten de samenleving vallen en eenzaam of in sociaal isolement leven (Fokkema & Van Tilburg, 2006).

Maar ook individuele oorzaken kunnen de kans op eenzaamheid of sociaal isolement vergroten. Sociaal isolement en eenzaamheid komt in alle leeftijdscategorieën voor, maar de

kans om geïsoleerd te raken wordt groter naarmate mensen ouder zijn. Van de 65-plussers leeft 12 procent in sociaal isolement en de 65-plussers zijn daarbij vaker een risicogroep (Hortulanus et al., 2003).

Ingrijpende gebeurtenissen, bijvoorbeeld het verlies van een partner of een traumatische jeugdervaring kunnen de kans op eenzaamheid of sociaal isolement verhogen (Dykstra et al., 2005). Deze gebeurtenissen hebben effect op de persoonlijke en psychische situatie van mensen, waardoor dit kan bijdragen aan een afname van zelfvertrouwen of afname in de zin om sociale contacten aan te gaan en te onderhouden.

Ook het optreden van gezondheidsproblemen of een plotselinge ziekte kan eenzaamheid of sociaal isolement veroorzaken. (Dykstra et al., 2005). Contacten kunnen verwateren doordat de gezondheidssituatie het niet mogelijk maakt deze contacten te onderhouden of het sociale netwerk toont geen interesse meer in de zieke persoon.

Een belangrijke oorzaak is leeftijd. Bij ouderen wordt het netwerk kleiner en ze doen geen nieuwe contacten op door hun kinderen of op werk. Daarnaast hebben ouderen een verhoogd risico op eenzaamheid of sociaal isolement doordat zij meer kans hebben op een 'ingrijpende gebeurtenis' of gezondheidsproblemen. Maar ook de woonomgeving bij ouderen heeft invloed op eenzaamheid en sociaal isolement. Fleur Thomese (1998) heeft onderzoek gedaan naar welke invloed de woonomgeving van ouderen heeft op eenzaamheid. *'Het wonen in een stedelijke omgeving maakt dat ouderen hun belangrijkste persoonlijke relaties in een groter gebied hebben dan wanneer zij in een minder stedelijke omgeving wonen. Daarbij zijn buurten waar de bevolking minder stabiel is, minder aantrekkelijk voor het onderhouden van relaties binnen de buurt'* (Idem: p.153).

De fysieke gezondheid en het inkomen spelen een rol bij de invloed die de woonomgeving heeft. Ouderen die fysiek minder mobiel zijn en een lager inkomen hebben zullen meer invloed ondervinden van hun woonomgeving en de relaties die zij in de buurt of daarbuiten kunnen onderhouden, dan ouderen die nog erg mobiel zijn en voldoende inkomen hebben. Ook zijn ouderen die minder mobiel zijn of vanwege hun gezondheid minder kunnen, afhankelijker van steun van hun buurtnetwerk (Idem).

Een andere groep die een verhoogde kans heeft op eenzaamheid of sociaal isolement, zijn de mantelzorgers. Deze groep is lange tijd onderbelicht geweest doordat het niet verwacht wordt: door te zorgen ben je toch betrokken bij een ander? Maar mantelzorgers zijn vaak gebonden aan huis, de relatie verandert door de verleende zorg en er is onbegrip uit de omgeving (site: expertisecentrummantelzorg). Ook het hebben van werk of vrijwilligers werk hoeft niet te betekenen dat iemand niet eenzaam is. Men hoeft hier geen betekenisvolle

contacten aan over te houden (Hortulanus et al., 1992).

Belangrijk bij de genoemde risicofactoren is om te beseffen dat deze niet automatisch hoeven te leiden tot eenzaamheid of sociaal isolement. De manier waarop mensen met situaties en omstandigheden in hun leven omgaan, kan het verschil maken of een problematische situatie weer hersteld wordt of dat iemand in een neerwaartse spiraal terecht komt (Machielse, 2006). Vaak hangen de verschillende factoren met elkaar samen. Een zwaarwegende factor hierbij is het probleemoplossend vermogen. Ook sociale vaardigheden als het durven nemen van risico's, zelfvertrouwen en het aangaan en onderhouden van sociale contacten spelen een rol (Machielse, 2003).

2.3.5. Gevolgen van eenzaamheid en sociaal isolement

Het leven in eenzaamheid of in een sociaal isolement brengt gevolgen met zich mee, zowel voor het individu als voor de maatschappij. Sociale relaties helpen bij zowel het maatschappelijk functioneren als het persoonlijk functioneren. Door sociale relaties kunnen de identiteit, het zelfrespect en de zelfwaardering ontwikkeld of gehandhaafd worden. Daarnaast vormen ze een hulpbron voor sociale steun. Ook dragen ze bij aan de kennis, de taal, de waarden, de sociale vaardigheden en sociale gevoeligheid die een persoon in staat stelt sociaal geïntegreerd te raken (Hortulanus et al., 2003). Mensen die leven in eenzaamheid of sociaal isolement missen deze hulpbronnen, wat hun welzijn of het psychisch- sociaal welbevinden aantast. Volgens Fokkema en Van Tilburg blijkt het, dat eenzame mensen vaker last hebben van een verminderd zelfrespect, een pessimistisch toekomstperspectief, depressieve klachten en angststoornissen, dan mensen die zich niet eenzaam voelen. Ook lijden eenzame mensen vaker aan lichamelijke klachten zoals maagpijn, hoofdpijn, ademhalings- en slaapproblemen (Fokkema & Van Tilburg, 2006). Ook Christina Victor (2000) deed onderzoek naar sociale relaties en goede familiebanden. Deze bleken belangrijk bij een goed kwalitatief leven. Gevoelens van eenzaamheid zorgen voor een lagere kwaliteit van leven. Daarbij kan eenzaamheid gepaard gaan met psychische en somatische gezondheidsklachten, zoals negatieve gevoelens, als depressie en angst, slaapproblemen, hart- en vaatziekten, en vroegtijdig overlijden. De invloed van eenzaamheid op het ontstaan van een depressie is onafhankelijk van andere risicofactoren zoals leeftijd, geslacht, etniciteit, opleiding, inkomen, burgerlijke staat, sociale steun en ervaren van stress (Cacioppo et al., 2006). De gevolgen voor de maatschappij zijn vooral de afname van sociale cohesie. Mensen die leven in eenzaamheid of sociaal isolement participeren minder of niet in de samenleving.

Om de sociale cohesie in stand te houden zijn er betrokken burgers nodig die interesse tonen in de mede mens. Hierdoor worden de kwetsbare burgers opgemerkt en kunnen deze mensen de nodige hulp ontvangen. Dit komt in het geding op het moment dat burgers niet participeren in de samenleving.

Ook de hierboven genoemde mentale en fysieke gevolgen hebben invloed op de maatschappij en met name op de gezondheidszorg. Doordat mensen die leven in eenzaamheid vaker gebruik maken van de zorg, brengt dit kosten met zich mee. De gezondheidszorg kan hierdoor duurder worden (RVZ, 2008).

2.4 Conclusie

De WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' streven naar zelfredzame, maatschappelijk betrokken en actieve burgers en willen de sociale cohesie versterken. Een belangrijk aandachtspunt binnen de uitvoering van de WMO is de 'eigen kracht van de burger'. Hierbij spelen sociale verbanden in de wijk, het eigen netwerk en vrijwillige inzet een belangrijke rol. Participatie in de samenleving staat centraal.

Volgens kennisinstituut en adviesbureau 'Movisie' raakt eenzaamheid en sociaal isolement de kern van de WMO. Eenzamen en sociaal geïsoleerden kunnen namelijk niet volwaardig participeren in de samenleving. Zij hebben moeite met het opbouwen en onderhouden van (betekenisvolle) contacten en kunnen daardoor niet volwaardig meedoen. Daarom staat volgens 'Movisie' het bestrijden van eenzaamheid hoog op de politieke agenda.

Ook 'Welzijn op Recept' is gericht op de preventie en vermindering van psychosociale problematiek, waaronder eenzaamheid. Walburg geeft in zijn boek 'Mentaal vermogen' (2008), wat ten grondslag ligt aan 'Welzijn op Recept', zes principes van duurzaam geluk. Twee principes raken ook dit 'participatie doel' van de WMO, namelijk het interactief zijn met anderen en het geluk kunnen delen.

De competenties en vaardigheden waar Walraven en Appelhof dieper op in gaan, zijn tevens gericht op het participeren in de samenleving. Daarbij is een belangrijke factor dat er een bijdrage wordt geleverd aan het functioneren van de samenleving. Want mensen die in eenzaamheid of zelf sociaal isolement leven, functioneren weinig of niet in de samenleving. Met als gevolg dat de sociale cohesie af neemt en zorgkosten, door eventuele mentale of fysieke klachten veroorzaakt door eenzaamheid, omhoog gaan.

Het vertonen van sociaal competent gedrag helpt bij het participeren in de samenleving. Bij het vertonen van dit gedrag is het belangrijk dat iemand zelfvertrouwen heeft over zijn eigen kennis en vaardigheden, betrokkenheid toont met anderen, inzet toont om

gemotiveerd en met enthousiasme dingen aan te pakken en sociale relaties kan opbouwen en in stand houden (Walraven & Appelhof, 2002). Het niet participeren heeft maatschappelijk nadelen, daarbij kan eenzaamheid en sociaal isolement slecht zijn voor de mentale en fysieke toestand van het individu.

Een belangrijk punt wat in het theoretisch kader naar voren komt is dat eenzaamheid of sociaal isolement niet altijd negatief hoeft te zijn voor het individu. Veel literatuur en interventies gaan er vanuit dat eenzaamheid verholpen dient worden. 'Welzijn op Recept' is een interventie dat psychosociale problematiek, waaronder eenzaamheid, wil aanpakken. In de handleiding voor de invoering van 'Welzijn op Recept' zie ik geen notitie of kanttekening wat betreft de positieve gevolgen van eenzaamheid.

Uit de literatuur komt echter naar voren dat eenzaamheid kan helpen bij de ontwikkeling van competenties en vaardigheden, wat de participatie in de maatschappij kan bevorderen. Volgens Moustakas ontdekt het individu door eenzaamheid het leven, wie hij is en wat hij echt wil, de zin van zijn bestaan en de ware aard van zijn relatie met anderen. Het boek 'Mag een mens eenzaam zijn?' voegt hier aan toe dat eenzaamheid een persoonlijke ervaring is, waar mensen bij geholpen dienen te worden. Tegelijkertijd is het een ervaring waarmee je om moet leren gaan, waardoor je jezelf beter leert kennen en innerlijk kan groeien. De innerlijke groei kan ervoor zorgen dat de persoon een ontwikkeling doormaakt wat het functioneren in de samenleving bevordert.

Hoofdstuk 3 Interviews

3.1 Methodologische verantwoording van de interviews

Dit onderzoek bevat vier interviews afgenomen bij professionals, werkende in de formele of informele zorg in gemeente Nieuwegein. In eerste instantie wilde ik zes professionals interviewen, waarvan twee uit de formele zorg, twee uit de georganiseerde informele zorg en twee uit ongeorganiseerde informele zorg. Al snel bleek dat er in de praktijk niet werd gesproken over verschillende lagen binnen de formele of informele zorg. De formele zorg wordt afgekort tot 'zorg' en de informele zorg wordt 'welzijn' genoemd. De functies binnen 'welzijn' zijn verweven met georganiseerde en ongeorganiseerde informele zorg. Uit de formele zorg, heb ik zoals in eerste instantie gepland, wel twee professionals geïnterviewd. Deze professionals zijn bekend met de verschillende lagen die benoemd kunnen worden binnen de formele zorg (eerste en tweede lijn zorg), maar maken ook beiden een koppeling naar welzijn. Vervolgens heb ik er voor gekozen om nog twee professionals te interviewen uit de informele zorg. Deze professionals werken met de georganiseerde- en ongeorganiseerde informele zorg. Dit resulteert in vier interviews.

De respondenten zijn per e-mail met bijlage (Bijlage 2) benaderd met de vraag of ze wilden deelnemen aan het onderzoek. In de bijlage stond een korte beschrijving van het onderzoek en uitgelegd wat ik verwachtte van het interview. De deelvragen stonden hierbij vernoemd, zodat de respondent zich kon voorbereiden op het interview.

Een aantal professionals hebben geen ervaring met 'Welzijn op Recept', waardoor ik dit heb weggelaten in de aanschrijving. Niet alle professionals hebben direct te maken met de WMO of 'Welzijn Nieuwe Stijl', waardoor ik geregeld als reactie terug kreeg dat ze niet adequaat antwoord konden geven op de interviewvragen. Een ander gedeelte van de aangeschreven professionals zei dat ze het te druk hadden om zich te laten interviewen.

De interviews zijn gehouden volgens de methode van het open interview (Maso & Smaling, 1998). Kenmerkend hiervan is dat ze open en flexibel verlopen. Bij de interviews was niet sprake van één openingsvraag, maar vijf open vragen, de deelvragen. De deelvragen zorgden voor de rode lijn binnen de interviews.

3.2 Selectie van de respondenten

De selectie van de respondenten is tot stand gekomen, door in overleg te gaan met de welzijnscoach die werkzaam is in Nieuwegein. Samen hebben wij een lijst van twaalf professionals opgesteld, die allen in de formele- of informele zorg werkzaam zijn. De welzijnscoach waarschuwde mij ervoor dat een aantal professionals erg druk waren_of door omstandigheden waarschijnlijk niet

zouden reageren. Daarom was het van belang om een groot aantal professionals aan te schrijven. Door twee professionals uit de 'zorg' en twee uit 'welzijn' te interviewen, kon ik een goede balans vinden tussen de formele- en informele zorg en een gevarieerde blik weergeven.

Voor ervaringen met 'Welzijn op Recept' zijn de huisarts en de welzijnscoach, de aangewezen personen om te interviewen, maar ook de directeur van het gezondheidscentrum Roerdomp, wie de initiator is van 'Welzijn op Recept' en andere nauw betrokkenen. Uiteindelijk heb ik één huisarts kunnen interviewen, die werkzaam is bij Gezondheidscentrum Mondriaanlaan. De pilot 'Welzijn op Recept' is begonnen in Gezondheidscentrum de Roerdomp, maar is meteen, na het aflopen van de pilot, overgenomen door alle wijken in Nieuwegein. Hierdoor had deze huisarts ook voldoende ervaring met het uitschrijven van een 'Welzijnsrecept'.

De huisarts verwijst door naar de welzijnscoach, waardoor het tevens van belang was om een welzijnscoach te interviewen. Gelukkig kende ik haar persoonlijk en was een interview snel afgesproken. Uiteindelijk heeft de directeur van het gezondheidscentrum mij in contact gebracht met de projectleider van 'Welzijn op Recept', en kon ik haar interviewen. Overigens is de projectleider van 'Welzijn op Recept' werkzaam geweest als fysiotherapeut, en heeft hierdoor ervaring met de formele zorg. Door haar werk als projectleider is ze ook op de hoogte van alle informele zorg binnen Nieuwegein en kan ze ervaringen van beide kanten belichten.

Belangrijke schakels binnen de informele zorg, naast de welzijnscoach, zijn de voorzitter van Netwerk Vrijwilligers in de Zorg (NVZ) en de coördinator steunpunt mantelzorg. Na wat moeite ben ik in contact gekomen met de voorzitter van NVZ. Zij kon mij vertellen dat de coördinator van Steunpunt Mantelzorg door privé omstandigheden niet aan het werk was. De voorzitter van NVZ heeft haar functie twee maanden uitgeoefend en sinds een maand waren de tijdelijke vervangsters begonnen. Helaas gaf haar vervangster aan nog niet genoeg in de materie te zitten om een interview te geven. Doordat de voorzitter van de NVZ, tijdelijk het werk van de coördinator van het steunpunt mantelzorg had overgenomen en jaren nauw met haar had samengewerkt, kon zij ook ervaringen vanuit het Steunpunt Mantelzorg bespreken.

3.3 Samenstelling onderzoeksgroep

In totaal heb ik vier mensen geïnterviewd: Een welzijnscoach, Projectleider van 'Welzijn op Recept', een huisarts en de voorzitter van het Netwerk Vrijwilligers in de Zorg. De mensen zijn werkzaam in de gemeente Nieuwegein en vallen onder de formele- of informele zorg.

3.3.1 Respondent 1

Respondent één is welzijnscoach bij Welzijnsorganisatie MOvector. Ze voert deze functie uit in de wijk 'JWZ' (Jutphaas, Wijkersloot, Zuilenstein, Huis de Geer en Blokhoeve). Ze heeft drie collega's die actief zijn in de andere delen van Nieuwegein. Er is bewust gekozen om wijkgericht te werken, zodat de welzijnscoach zich kan richten op het goed kennen van de wijk, haar inwoners en de voorzieningen en het activiteitenaanbod. Daarnaast heeft de welzijnscoach ook zicht op wat er Nieuwegein breed speelt. In haar functie ondersteunt ze mensen uit de wijk met een psychosociale kwetsbaarheid. Ze gaat een uitgebreid eerste gesprek met hen aan, aan de hand van hun wens of 'hulpvraag'. De welzijnscoach richt zich op 'het sociale domein'; het aangaan van contacten met andere mensen, het verminderen van eenzaamheid en het zoeken en vinden van passende activiteiten. Samen met de 'cliënt' maken ze de doelen helder en bespreken ook beperkingen die een rol spelen bij het behalen hiervan. Soms zijn deze beperkingen vaste gegevens, maar vaak is er toch 'een mouw aan te passen' om ervoor te zorgen dat iemand zijn doel toch kan bereiken. Bij veel mensen spelen zaken op verschillende leefgebieden zoals zorg, wonen of financiën. Indien nodig en wenselijk verwijst de coach mensen door naar de aangewezen dienst of organisatie om op deze vlakken ondersteuning te krijgen. Daarnaast probeert ze de persoon zoveel mogelijk in totaliteit met alle relevante levensfacetten in beeld te krijgen, zodat ze de ondersteuning, die zij biedt als welzijnscoach, daar op aan kan passen. Deze ondersteuning is per persoon verschillend, maar betreft in ieder geval een stuk informatievoorziening, coaching en het onderhouden van contact via mail, telefoon of in de vorm van persoonlijke gesprekken, totdat iemand zijn doel heeft behaald, of dat duidelijk wordt dat dit deels of helemaal onmogelijk is. Hier kunnen interne of externe factoren aan ten grondslag liggen. Mocht er een vraag zijn waar nog geen aanbod voor is, die bij meer mensen leeft, dan kan het zijn dat de welzijnscoach het aanbod gecreëerd.

De welzijnscoach is momenteel betrokken bij het project 'Welzijn op Recept'. Ze heeft door 'Welzijn op Recept' nu wekelijks een spreekuur in Gezondheidscentrum Mondriaanlaan.

3.3.2 Respondent 2

Respondent twee is projectleider van 'Welzijn op Recept' en heeft meegeschreven aan de 'Handleiding Welzijn op Recept'.

Ze is werkzaam als projectleider eerstelijns gezondheidszorg (formele zorg) bij vier gezondheidscentra in Nieuwegein. Daarnaast is ze beleidsmedewerker bij Gezondheidscentrum de Roerdomp. Ze heeft jaren als fysiotherapeut gewerkt in 'Gezondheidscentrum de Roerdomp'. Haar werkervaring ligt bij projecten in de eerstelijns- en bedrijfsgezondheidszorg. Daarnaast onderzoekt en adviseert ze (gevraagd en ongevraagd) strategische en inhoudelijke opdrachten voor

de directie van Gezondheidscentrum de Roerdomp. Ze houdt zich bezig met projecten op het raakvlak van de eerstelijnsgezondheidszorg en welzijn, in samenwerking met de patiënten en/of cliënten, burgers en overheid. Haar specialiteiten zijn het projectmanagement op het snijvlak van eerstelijns gezondheidszorg, welzijn en lokale overheid.

Voor de vier gezondheidscentra van Nieuwegein implementeert ze, naast de pilots van 'Welzijn op Recept' & 'Bewegen op Recept', de welzijns- en beweegrecepten in heel Nieuwegein. Opnieuw is samenwerking van de eerste lijn met welzijn van MOvector, de gemeente en beweegaanbieders het sleutelwoord.

3.3.3 Respondent 3

Respondent drie is huisarts en heeft zijn praktijkruimte in 'Gezondheidscentrum Mondriaanlaan' te Nieuwegein. Daarnaast is hij voorzitter van de Raad van Bestuur bij 'Coöperatie Eerstelijns Medische Centrum (EMC)'. Het EMC is het samenwerkingsverband van Apotheek Nieuwegein, Huisartsenpraktijk Mondriaanlaan, Huisartsenpraktijk Jutphaas, Paramedisch Centrum Nieuwegein, Psychologenpraktijk Mondriaanlaan en Diëtiëk' (site: emcnieuwegein). Hij is voorzitter bij 'Eerste lijn in cijfers'. Eerste lijn in Cijfers is een coöperatieve vereniging voor de eerste lijn (formele zorg) met als doel het onderzoeken van data van professionals, werkzaam in de eerste lijn. Als laatste is hij huisartsopleider bij 'Juliuscentrum Universiteit Utrecht'.

Als voorzitter van het EMC werkt hij nauw samen met de directeur van het gezondheidscentrum Roerdomp, de projectleider van 'Welzijn op Recept' (respondent 2) en de directeur van MOvector. Het EMC verbindt professionals uit zorg en welzijn met elkaar en investeert in preventie waarbij ze 'welzijn' een essentiële rol zien spelen.

3.3.4 Respondent 4

Respondent vier is voorzitter van 'Netwerk vrijwilligers in de zorg (NVZ)'. Deze organisatie valt onder de georganiseerde informele zorg. Het NVZ is een samenwerkingsverband in Nieuwegein dat bestaat uit ongeveer twintig vrijwilligersorganisaties in de zorg. Doormiddel van een intakegesprek verwijst de voorzitter de vrijwilliger door naar één van de twintig organisaties.

Daarnaast werkt het NVZ nauw samen met Vitras, waar respondent vier ook werkzaam is. Vitras biedt thuiszorg, maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg en gerelateerde diensten.

Tevens werkt het NVZ samen met het 'Steunpunt Mantelzorg'. Steunpunt Mantelzorg ondersteunt en adviseert mantelzorgers in Nieuwegein. Respondent vier deelt samen met de coördinator van 'Steunpunt Mantelzorg' een kamer en heeft zelf tijdelijk ook deze functie uitgeoefend.

Als laatste werkt het NVZ samen met de gemeente Nieuwegein. De gemeente heeft respondent vier

betrokken bij de ontwikkelingen rondom de invoering van de WMO.

3.4. De knelpunten

3.4.1 Signaleren en doorverwijzen

In de formele- en informele zorg komen de knelpunten gericht op de preventie en vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement grotendeels overeen. Een knelpunt dat bij de formele- en informele zorg naar voren komt, is de signalering van eenzaamheid en sociaal isolement.

‘Als je het direct hebt over knelpunten, dan is punt één de signalering. Hoe signaleer je dingen? En in hoeverre gaat het dan ook richting bemoeizorg? Dat is een moeilijke grens. Misschien vindt die persoon het wel prima, terwijl wij vinden dat die persoon heel eenzaam is. Dat kan een knelpunt zijn om dingen op te pakken’ (Voorzitter NVZ).

De knelpunten die wij hebben zijn dat we eenzaamheid vaak niet zien of er niet van horen. En als we iets horen, was altijd de vraag: ‘Wat doe je dan?’ (Huisarts)

Als de huisarts ‘eenzaamheid’ signaleerde, vroeg hij zich af hoe hij dit moest aanpakken. Door de maatschappelijke ontwikkelingen van de afgelopen jaren merkte hij dat er iets moest veranderen.

‘Daarvoor gingen patiënten wel eens naar de psycholoog, of stuurden we door naar kerken. Voor de oude kern konden de kerken nog wel invloed hebben, maar de laatste tien jaar valt die zorg ook helemaal uit elkaar natuurlijk. Of natuurlijk wou ik zeggen, maar het is niet natuurlijk, maar het gebeurt wel. Die banden werden steeds minder’ (Huisarts).

Terwijl de huisarts niet goed wist wat hij met ‘eenzaamheid en sociaal isolement’ aan moest, is de huisarts juist de vindplaats van sociale problematiek.

‘Bij één op de drie mensen die hier naar de huisarts gaat met buikpijn, hoofdpijn, rugklachten et cetera, speelt een psychosociaal component een rol. Dit zijn cijfers die, zover ik weet, ook landelijk overeenkomen. Er zijn zelfstudies die zeggen dat het zelfs in één op de twee consulten het geval is. De psychosociale problematiek is hoog en dat uit zich heel vaak in fysieke klachten en het is heel veilig en laagdrempelig om daarmee naar de huisarts te gaan’ (Project leider WOR).

De projectleider van 'Welzijn op Recept' vertelt dat tijdens het ondervinden van dit knelpunt het boek 'Mentaal vermogen' van Jan Auke Walburg verscheen.

'Onze directeur las dat en zag de oplossing voor onze problemen hierin. Als een mens die vaardigheden heeft, dan is dat de oplossing. Maar zo werkt dat natuurlijk niet en toen zijn we met Jan Walburg gaan praten in het Trimbos-Instituut. "Jij hebt de theorie en wij hebben de problemen in de wijk, wil jij die uitdaging aangaan om te kijken wat we hiermee kunnen?" Jan wilde dit wel en hij zei dat de huisarts moest gaan verwijzen naar welzijn, en waarschijnlijk moet je mensen ook een beetje duwen, maar als ze dan eenmaal bezig zijn dan merk je wel bij wie dat aanslaat en bij wie niet. Met verwijzen bedoelde hij een 'welzijnsrecept' uitschrijven naar de informele zorg' (Project leider WOR).

De huisarts geeft aan dat 'Welzijn op Recept' voor hem een uitkomst is en dat de verwijzing voor hem een stuk makkelijker is geworden. Een vereiste voor de formele zorg om 'Welzijn op Recept' te laten slagen, was dat moderniseren en professionaliseren van de informele zorg.

'Voor ons was het niet vanzelfsprekend, vanuit de gezondheidszorg kant, want welzijn... dat buurtcentrum zag er niet uit en welzijn had een geiten wollensokken imago als je het over welzijn oude stijl hebt. Het buurtcentrum was daar één grote uitstraling van. Dus wij verwezen niet makkelijk en mensen zeiden letterlijk dat ze niet verwezen wilde worden. In het begin van het project zag het er daar niet uit, en bovendien wisten we alleen dat er koersbal, bingo, schildercursus en 'meer bewegen voor ouderen' was. Verder dan dat ging onze kennis niet. Wat er verder voor activiteiten waren, of een maatje, zingeving, begeleiding bij rouw, begeleiding bij thuis administratie, we wisten "van niets". Dus ons kennisniveau over de mogelijkheden van welzijn is flink opgevijseld' (Project leider WOR).

'Maar welzijn moest fors moderniseren en professionaliseren. Het is niet dat het helemaal vanzelf is gegaan, ze zijn van naam veranderd, ze zijn van imago veranderd in hun gebouwen, nu ziet het er echt hip, leuk, fris fruitig, modern en aantrekkelijk uit. Ze zijn met de gespreksvoering bezig om dat gestructureerder te doen en ze koppelen terug aan de huisarts. Dus dat een deelnemer bij haar is gekomen en is gestart' (Project leider WOR).

Nu de informele zorg in Nieuwegein is gemoderniseerd en geprofessionaliseerd, verwijst de formele zorg makkelijk door. Ook doordat ze nu weten naar wie ze doorsturen. De welzijnswerker heeft één

keer per week een spreekuur in de huisartsenpraktijk en er is een multidisciplinair overleg waar de professionals bij elkaar komen om samen te werken en te overleggen. Dit is tot stand gekomen door 'Welzijn op Recept'.

3.4.2 Competenties en vaardigheden

Jan Walburg spreekt in zijn boek 'Mentaal vermogen' over vaardigheden die de oplossing kunnen zijn voor psychosociale problemen, waaronder eenzaamheid. Het missen van bepaalde vaardigheden of competenties bij 'cliënten' wordt in de formele- en informele zorg als knelpunt ervaren bij de preventie en vermindering van eenzaamheid.

'Het knelpunt, als we het herkennen is: 'Wat moet je ermee?'. De eenzame is bijna niet te motiveren, want anders waren ze niet eenzaam. Of ze hebben de vaardigheden niet. Die zou je ze kunnen aanleren, maar dat is een hele moeilijke. Dan moeten ze stappen zetten, maar dat doen ze niet. Een patiënt moet tegenwoordig mondig zijn, maar deze mensen zijn dat juist niet' (Huisarts).

Door 'Welzijn op Recept' kan de huisarts eenzame mensen doorsturen naar de welzijnscoach. Zij heeft meer tijd voor een cliënt, waardoor ze beter kan onderzoeken wat die persoon nodig heeft. Voor 'Welzijn op Recept' was deze mogelijkheid er niet en wist de huisarts niet altijd wat hij moest doen met eenzaamheidsproblematiek. Op de vraag: *'Heeft u vaker geconcludeerd dat een patiënt eenzaam is, terwijl u niet wist wat u hiermee moest doen?'* antwoordde hij:

'Ja, met name dat ze klachten hebben die te maken hebben met hoe ze in het leven staan. Je wilt iets aan die klacht doen, daar zijn dokters voor. Een keer een pil geven is niet zo moeilijk, maar als je rugpijn hebt omdat je zo eenzaam bent, dan werkt een pijnstiller niet. Die tools hadden we niet. Je kon het met ze bespreken en dan zeiden ze braaf: 'ja dat klopt, maar er komt nooit iemand'. Heel snel een slachtofferrol. Je kon in ieder geval niet zo veel. Je kon ze naar een koffiebijeenkomst sturen, maar mensen die eenzaam zijn gaan daar niet naar toe, want anders waren ze niet eenzaam. En je krijgt ze daar ook niet naar toe, tenzij iemand ze komt halen. Het lijkt of sociaal isolement en eenzaamheid met karaktereigenschappen te maken heeft. Het zijn mensen die niet makkelijk naar een koffiebijeenkomst gaan' (Huisarts).

'Mensen kunnen wel fysieke klachten hebben waar sociale problemen aan ten grondslag liggen, maar de stap om in beweging te komen maken ze niet.' ... *'Het initiatief moet dus echt*

uit de formele zorg komen, want dan komt deze groep mensen pas in beweging' (Project leider WOR).

Doordat de formele zorg, bijvoorbeeld de huisarts, doorverwijst naar de informele zorg, komt de groep eenzamen in beweging. De welzijnscoach zegt hierover:

'Veel mensen hebben de huisarts hoog in achting staan en daarnaast verwachten ze niet dat hij over welzijn begint, dus dat is een verrassingseffect. Al met al merk ik dat mensen hun eigen problematiek serieuzer durven te nemen doordat ze juist door de huisarts hierin serieus genomen worden' (Welzijnscoach).

3.4.3 Financieel

Een praktisch knelpunt waar de welzijnscoach tegen aan loopt, zijn de financiën van de cliënten. De welzijnscoach kan cliënten doorsturen naar verschillende activiteiten die speciaal ontworpen zijn door 'Welzijn op Recept'. Deelname aan deze activiteiten is niet altijd gratis.

'Mensen willen gebruik maken van het activiteitenaanbod, maar hebben beperkte financiële middelen. Er is weinig aanbod waarbij de kosten relatief laag zijn.' ... 'Het gesprek met de welzijnscoach en de doorverwijzing is gratis, maar de meeste activiteiten kosten geld. Ik verwijs door naar bestaande activiteiten die kunnen bestaan doordat er een eigen bijdrage wordt gevraagd aan de deelnemers. Ik probeer rekening te houden met het budget en indien mogelijk verwijs ik door naar kosteloze activiteiten. Mensen kunnen ook zelf met behulp van onze kosteloze begeleiding iets opzetten, bijvoorbeeld een leesclub. We stellen hiervoor kosteloos ruimtes beschikbaar in onze buurtpleinen' (Welzijnscoach).

3.5 De WMO

3.5.1 Veranderingen

Bij de invoering van de WMO in 2007 zijn er een aantal zaken veranderd. Een deel van de AWBZ en de OGGZ is bij de verantwoording van de gemeente gekomen. De WVG en de Welzijnswet vielen al onder de verantwoording van de gemeente. Hierdoor zijn wetten gebundeld en er is een kanteling in de sturingsfilosofie gekomen. De aandacht moet zich verplaatsen van de formele zorg naar de informele zorg. Zorg en Welzijn moeten beter gaan samenwerken, waardoor zorg kan doorverwijzen naar welzijn. Op begrippen als 'eigen kracht van de burger' en 'eigen verantwoordelijkheid' wordt de focus gelegd. Om dit te verwezenlijken krijgen vrijwilligers en mantelzorgers ondersteuning van de

gemeente.

De veranderingen zijn merkbaar binnen de formele- en informele zorg, ook al geven ze beiden aan dat de veranderingen al gaande waren voordat de WMO in 2007 werd ingevoerd.

'De veranderingen in de formele zorg komen vooral uit ons zelf, de WMO heeft dat versterkt. Er is al langer een trend gaande waar eerste lijn organisaties, verpleeghuizen, de woningbouwcoöperaties etc. allemaal samenwerken. De professionals zoeken elkaar op en weten elkaar te bereiken.' ... 'Er is nu ook een beweging om de bewoners erbij te betrekken. Het is een combinatie door ontwikkelingen door wetgeving, door ontwikkelingen in de maatschappij als door onszelf. Wij zijn in 2004 met een taakgroep begonnen, zodat professionals in de wijk met elkaar konden samenwerken' (Project leider WOR).

De huisarts geeft in eerste instantie aan dat hij niets gemerkt heeft van de invoering van de WMO. Verderop in het interview zegt hij dat de WMO, projecten als 'Welzijn op Recept', mogelijk heeft gemaakt.

De informele zorg merkt dat zij veel meer in het vizier is gekomen.

'Wat nieuw is, is dat de gemeente verantwoordelijk is voor kwetsbare burgers. Er is veel meer oog voor informele zorg gekomen, daarin word ik veel meer betrokken door formele instanties. Het welzijnswerk wordt serieuzer genomen' (Welzijnscoach).

Ook geeft de welzijnscoach een voorbeeld waarin deze verandering duidelijk wordt:

'Er wordt nu door onszelf en door de gemeente gericht gekeken naar de vraag achter de vraag. Dus wanneer iemand vraagt om huishoudelijke hulp, moet dit wel noodzakelijk zijn en als er een eenzaamheidsvraagstuk achterligt moet dit aangepakt worden door welzijn' (Welzijnscoach).

Voordat de WMO ingevoerd werd, was de voorzitter van 'Netwerk vrijwilligers in de zorg' samen met haar collega van het steunpunt mantelzorg, nauw betrokken bij de ontwikkelingen. Het werd al snel duidelijk dat deze partijen samen met de vrijwilligersorganisaties in Nieuwegein een belangrijke rol gingen spelen in de kanteling van de WMO.

‘Wat wij heel duidelijk hebben gemerkt is dat, als je kijkt naar de hele kanteling die gemaakt moet worden binnen die hele transitie en het feit dat alles meer op eigen kracht moet gebeuren, dat er steeds meer hulpvragen komen. Tot een aantal jaren geleden kregen wij vooral hulpvragen voor bijvoorbeeld de praktische dingen, zoals de boodschappen en een nieuwe rail ophangen, wat bij ouderen wat lastiger en moeilijker is. Zeker als er geen directe familieleden of kinderen in de buurt zijn. Nu worden de hulpvragen steeds intensiever en zwaarder’ (Voorzitter NVZ).

3.5.2 Bezuinigingen

Vanuit kranten en de media komen geluiden dat de WMO eigenlijk één grote bezuiniging is. Tijdens de interviews heb ik aan de respondenten uit formele- en informele zorg gevraagd hoe zij dit ervaren en wat zij hiervan merken.

‘Ik vind het nu ook heel goed dat mensen wat meer voor zichzelf op moeten komen en direct in hun eigen kringen rond moeten gaan kijken wat er mogelijk is. Vaak zijn dit ook wel mensen die meer in staat zijn dingen te doen dan dat ze eigenlijk zelf weten. Ik denk dat het ook beter is dat mensen uit hun eigen kracht moeten handelen en dat ze veel meer kunnen dan ze denken dat mogelijk is. Er zijn natuurlijk heel veel grensgevallen hierin. Dat moeten wij als organisaties en ook gemeentes wel voor ogen houden, dat er ook bepaalde grenzen bereikt worden’ (Voorzitter NVZ).

De huisarts zet een duidelijke kanttekening bij de intenties van de WMO.

‘Eenzaamheid en sociaal isolement moet je doorbreken, letterlijk in dat vrijwilligers of mantelzorg niveau. Als je dat doet met het oog op bezuinigingen, ben je fout bezig en dat is wat de regering neerzet. Als je dat doet uit het punt vanuit zorg, dan ben je goed bezig, maar kost het geld.’ ... ‘Als je het over een verandering in de sturingsfilosofie hebt, dan klopt daar helemaal niets van. Het idee om mensen in hun kracht te zetten, gezien vanuit de zorg, daar ben ik het helemaal mee eens, maar als je het ziet vanuit de financiën, dan ben ik het er helemaal mee oneens. Want mensen in hun kracht zetten, zodat we er minder last van hebben, want dan kosten ze minder, dat is een heel fout uitgangspunt. Ik ben het er wel mee eens dat een eenzame voor zijn eigen eenzaamheid verantwoordelijk is, maar je moet hem wel de mogelijkheid geven om eruit te komen’ (Huisarts).

Ook de projectleider van 'Welzijn op Recept' zet haar vraagtekens bij de intenties van de invoering van de WMO, maar ziet ook duidelijk de positieve gevolgen.

'Voor ons is de WMO vooral van belang geweest omdat daardoor naar mijn mening, welzijn 'in de lucht' is gebleven. Omdat de gemeente dit concept en de samenwerking ondersteund heeft, en daardoor welzijn als instelling in de lucht gehouden heeft. Wij staan hier inhoudelijk achter en de gemeente zal altijd zeggen dat het een fantastisch inhoudelijk verhaal is, maar het is ook een zeer bezuinigings gedreven wet' (Project leider WOR).

3.6 Welzijn Nieuwe Stijl

Zoals al eerder vernoemd werd na de evaluatie van de WMO in 2010 het programma 'Welzijn Nieuwe Stijl' gestart. Welzijn Nieuwe Stijl is een onderdeel van de WMO en moest een nieuwe impuls geven aan de uitvoering van de WMO. De visie van 'Welzijn Nieuwe Stijl' wordt duidelijk aan de hand van acht bakens die meer houvast geven bij de uitvoering (VWS, 2010).

De vier respondenten hadden alle vier van 'de bakens' gehoord, maar wisten niet precies welke dit waren. Over sommige bakens moest ik uitleggen en/of meer informatie geven. Hieronder bespreek ik per baken wat de invloed is geweest voor de formele- en informele zorg.

3.6.1 Gericht op de vraag achter de vraag

De vraag achter de vraag begint bij de huisarts in zijn praktijk, de praktijk ondersteuner, maatschappelijk werker, GGZ of fysiotherapeut. Hier komen fysieke klachten binnen die wellicht een andere oorzaak hebben dan wordt aangegeven. De formele zorg moet altijd verder kijken dan de klacht zelf.

'Dat is natuurlijk huisartsgeneeskunde. Dat zijn wij de hele dag aan het doen. Mensen komen met pijn in hun vinger, maar daar zit heel vaak een andere klacht achter. Dat is gewoon het vak. De hulpvraagverheldering is het grootste deel van ons vak' (Huisarts).

De huisarts heeft vaak weinig tijd om achter de vraag te komen, maar als hij denkt dat er meer aan de hand is dan alleen fysieke klachten, kan hij nu doorverwijzen naar de welzijnscoach. Zij heeft een uur per cliënt en kan daardoor beter en rustiger doorvragen. Maar ook bij de welzijnscoach komen vragen waar meer achter ligt.

'Eenzamen willen de vraag achter de vraag juist afschermen. Als ze vrijwilligerswerk willen

doen, vinden ze het soms vervelend als je doorvraagt op de redenen. De vraag waarmee mensen komen is soms een front voor de achterliggende problematiek waarvoor ze zich schamen. Mensen verwachten niet dat je doorvraagt. Ze hebben dan niet altijd het gevoel dat ze geholpen worden. Ze denken zelf de oplossing gevonden te hebben, maar hebben zelf niet het inzicht om te zien wat er achter ligt' (Welzijnscoach).

Ook de voorzitter van het Netwerk voor Vrijwilligers in de Zorg komt in aanraking met de vraag achter de vraag. Na de invoering van de WMO en 'Welzijn Nieuwe stijl' wordt er goed gekeken wat voor vrijwilliger ze op iemand af sturen en of deze vrijwilliger wel echt aansluit bij de 'hulpvraag'.

'Op het moment dat we op huisbezoek komen en iemand komt bijvoorbeeld voor huishoudelijke hulp, dan gaan we verder kijken dan die huishoudelijke hulp en signaleren wij ook bijvoorbeeld dat stukje eenzaamheid. Of dat er veel meer zorg ligt. Richting die vraagverhelderingsgesprekken die wij nu doen, bijvoorbeeld in die sociale wijkteams, signaleren wij veel meer dan de directe vraag waarvoor we daar komen. Het gebeurt ook vaak dat er huishoudelijke hulp wordt gevraagd, maar dan blijkt dat iemand eenzaam is' (voorzitter NVZ).

3.6.2 Gebaseerd op eigen kracht

De projectleider van 'Welzijn op Recept' geeft aan dat dit baken puur op bezuinigingen is gericht, waardoor het begrip 'eigen kracht' niet meer bruikbaar is. Zij is veel meer bezig met veerkracht van de bewoners.

De voorzitter van Netwerk Vrijwilligers in de Zorg ziet dit baken ook als een bezuinigingsbegrip, maar geeft ook het belang van eigen kracht aan.

'In eerste instantie was het een bezuinigingsbegrip, het werd opgelegd door de regering en het zijn bezuinigingen. Mensen worden daar ook makkelijker in. Ze moeten daarin getraind worden, bij wijze van spreken, dat er veel meer mogelijk is en dat ze de regie veel meer in eigen hand houden. Een aantal vindt dat heel prettig' (voorzitter NVZ).

De welzijnscoach en huisarts hebben geen probleem met het begrip 'eigen kracht' en zien hier de waarde van in. De huisarts ziet dat er nog veel te winnen valt binnen de formele zorg.

'Ik dacht dat we dat al veel deden, maar dat kan nog veel meer. Dat is wat 'Welzijn op Recept'

ondersteund. De traditioneel medische zorg is niet zozeer op kracht gebaseerd, maar meer op de oplossing. Bijvoorbeeld antibiotica of doorsturen naar de specialist' (Huisarts).

Terwijl de welzijnscoach al heel bewust met dit baken aan de slag is.

'Eigen kracht is afhankelijk van de reden of soort eenzaamheid dat iemand heeft of aanspraak doen op eigenkracht helpt. Als iemand meer contacten wil, dan kan het stimuleren van eigen kracht helpen, bijvoorbeeld iets concreets aandragen. Als iemand geen voldoening uit zijn contacten haalt, werkt 'eigen kracht' minder goed. Deze contacten zijn moeilijker te vinden. Als de achterliggende vraag waarmee iemand bij mij komt, eenzaamheid is, dan moet je altijd kijken naar de oplossingsrichting. Bij de activiteiten die iemand kiest, moet goed gekeken worden waar eigen kracht begint en eindigt. Het spectrum waar het mis kan gaan is aan de ene kant dat je iemand betuttelt en aan de andere kant laat je iemand aan zijn lot over. Bij de een zijn het kleine stapjes, bij de ander grotere. Daar moet je per persoon rekening mee houden' (Welzijnscoach).

3.6.3 Direct er op af

De betekenis van dit baken was bij alle vier de professionals onbekend. Na een korte uitleg merkte ik bij de professionals weerstand. Ze zijn er allen geen voorstander van om direct af te stappen op mensen die leven in eenzaamheid, maar richtlijnen konden ze niet geven.

'Ik ben er geen voorstander van om direct op eenzamen af te gaan. Wel informeren etc., maar niet bij mensen aanbellen. Vooral laten zien wat onze organisatie doet, zodat ze weten waar ze terecht kunnen. Dat weten veel mensen nu nog niet' (Welzijnscoach).

'Dat doen wij helemaal niet. De mensen maken een afspraak. Ik kom zelden op het idee om bij iemand langs te gaan' (Huisarts).

De projectleider van 'Welzijn op Recept' vertelde dat er een bijscholing van het LESI over sociaal isolement is geweest. Mensen die leven in sociaal isolement komen niet bij de huisarts of melden zich niet uit zichzelf bij een instelling. Maar op deze mensen af stappen heeft ook niet altijd zin.

'Wat ik van de bijscholing van het LESI geleerd heb, is dat degene die niet willen, dus je kan hoog of laag springen, rechtsom of links om, forget it. Het heeft ook gewoon geen zin.' ...

‘Vanuit de gezondheidszorg gaan wij er niet ‘direct op af’, maar in die zin hebben wij al aardig wat ‘bemoeizorg’. Ook preventie, we sturen brieven aan mensen die hier niet komen, naar wel gezondheidsrisico’s hebben in het kader van het preventieconsult b.v. Daarnaast hebben we in een project, ouderen met risico’s uitgenodigd, maar niet iedereen gaat daar op in. Als er signalen zijn, worden deze besproken in de taakgroep’ (Projectleider Welzijn op Recept).

3.6.4 Formeel en informeel in optimale verhouding

Dat de focus steeds meer richting de informele zorg gaat, was voor iedereen duidelijk, toch is deze omslag niet altijd makkelijk te maken.

‘Wij zijn veel te formeel, denk ik. Wij denken veel eerder aan specialisten of aan psychologen, dan aan het netwerk om mensen heen.’ ... ‘Dokters hebben toch de neiging om in dokters lijnen te denken. Het zal nog mooier zijn als vragen die niets te maken hebben met dokters zaken, niet bij ons op het bordje komen. Dan kunnen wij die fout ook niet maken, maar meestal zijn wij het startpunt van de klacht. Dit wordt wel beter, maar ik denk dat er nog wel wat te winnen is’ (Huisarts).

Ook vanuit de informele zorg wordt opgemerkt dat de verhouding nog niet optimaal is. Er wordt hard aan gewerkt, maar toch blijft de formele zorg makkelijker vindbaar.

‘Nee, dat is nog niet in optimale verhouding. Informeel is minder inzicht dan formeel, maar men weet elkaar wel steeds meer te vinden. Er wordt wel steeds meer een beroep gedaan op de informele zorg. En dan niet alleen bij mij, maar ook bij de welzijnsorganisaties’ (Voorzitter NVZ).

De welzijnscoach benadrukt dat het belang van de cliënt goed in de gaten moet worden gehouden. Het doorsturen naar informele zorg is goedkoper, maar niet altijd de beste oplossing.

‘De vraag is wel leidend, als iemand baat heeft bij professionele psychische ondersteuning moet hij deze ondersteuning krijgen’ (Welzijnscoach).

3.6.5 Een balans tussen collectief en individueel

De WMO en ‘Welzijn nieuwe stijl’ stuurt steeds meer richting collectieve zorg. Individuele zorg is niet altijd nodig en financieel gezien is collectieve zorg voordeliger. Wat opviel bij de professionals is dat

ze niet direct bezig zijn met de goedkoopste oplossing. Ze merken dat er steeds meer collectief aanbod komt, maar sturen hier alleen naar door als ze denken dat dit de beste oplossing voor de cliënt is. Of de preventie of vermindering van eenzaamheid het beste te verhelpen valt binnen collectieve of individuele zorg hangt af van de mate van eenzaamheid, vinden de professionals.

'Gevoelsmatig zal ik ook denken dat je beter in een collectief kunt zitten om eenzaamheid te bestrijden, dan individueel. Want dan zit je met meer mensen, maar of dat echt zo is, dat weet ik niet. ... Maar daar zijn wij vrij simpel in, ik verwijs door naar de welzijnscoach en wat er dan verder gebeurt, dat is haar expertise' (Huisarts).

'De interventie om iemand in een groep te krijgen of aan een maatje te koppelen maakt niet uit, dat is persoonsgebonden. Ze moeten van ons niet naar collectief, maar de welzijnscoach kijkt wat bij hun past. Je kijkt altijd naar wat iemand nodig heeft' (Projectleider WOR).

'Wie collectief of individuele hulp krijgt, hangt af van de hulpvraag. Heeft de cliënt de behoefte om thuis het een en ander te doen of is hij lichamelijk niet in staat om naar de activiteit toe te gaan, dan is het meer de individuele aandacht die geboden wordt. Maar hebben we het idee dat dit iemand is die meer onder de mensen zou moeten komen, dan zullen we die gene stimuleren om richting de dagactiviteiten te gaan' (voorzitter NVZ).

3.6.6 Integraal werken

'Welzijn op Recept' heeft ervoor gezorgd dat er wordt samengewerkt tussen de formele- en informele zorg. Doordat de gemeente geïnvesteerd heeft in welzijn en geholpen heeft bij het project 'Welzijn op Recept', ziet de formele zorg wat de informele zorg te bieden heeft. Welzijn is geprofessionaliseerd en gemoderniseerd, wat een belangrijke eis was voor de formele zorg om cliënten door te sturen naar welzijn.

'Dat is wat wij proberen. Holistisch heet dat dan. Dat proberen we al die jaren al, maar het is nu verrijkt, omdat er een stuk van de hele keten bijgekomen is. De nulde lijn, of de MOvactor en de vrijwilliger die je ook letterlijk ziet, want elke woensdag is ze in huis en kan ik ook met haar praten. Dan is het opeens iemand en dan kan je ook veel makkelijker samenwerken. De samenwerking met de andere ketenpartners die wat verderop liggen, zoals de psychologen, psychiaters, maatschappelijk werk, dat liep allemaal al' (Huisarts).

'Het kan zijn dat de professionele zorg signaleert dat iemand eenzaam is en een beroep op ons doet. Of eenzamen komen bij ons en wij vinden dat ze beter bij professionele zorg, zoals maatschappelijk werk, terecht kunnen. Integraal werken, werkt goed op signalering en doorverwijzing' (Welzijnscoach).

De voorzitter van het Netwerk voor Vrijwilligers in de Zorg is positief over de ontwikkelingen die gaande zijn in de samenwerking tussen de verschillende professionals in de wijk. Toch vindt ze dat Nieuwegein er nog niet is, het kan altijd beter.

'Omdat we nog steeds in die fase zitten van aftasten en het onbekende. We moeten de sociale kaart nog meer op gang brengen. Wat heeft de ander nou echt te bieden en wat zijn de mogelijkheden. We moeten nog steeds een bepaalde drempel over van het 'niet in je eigen toko willen blijven houden'. Maar het gaat al stukken beter dan een aantal jaren geleden. Dat heeft met vertrouwen te maken, met bekendheid en ook dat het deels opgelegd wordt door de gemeente' (Voorzitter NVZ).

3.6.7 Niet vrijblijvend, maar resultaat gericht

Alle professionals werken met een bepaald doel voor ogen. De doelen en resultaten vanuit de informele zorg zijn gekoppeld aan de eisen van de gemeente. De gemeente geeft subsidies aan de verschillende welzijnsorganisaties in Nieuwegein. Om deze subsidies te behouden moeten de welzijnsorganisaties cijfers laten zien van het aantal cliënten dat ze hebben ontvangen.

'Wij zijn afhankelijk van onze subsidie van de gemeente en terecht dat de gemeente de hulpvragen en aantallen wil zien in een jaar verantwoording. Dat is richting de gemeente heel belangrijk. (voorzitter NVZ).

De voorzitter van het Netwerk Vrijwilligers in de Zorg houdt geen resultaten bij over het ontwikkelingsproces van de cliënt. Ze krijgt te horen wanneer iemand stopt met vrijwilligers werk, maar doet niets met de reden van stoppen.

De welzijnscoach is juist wel gericht op het ontwikkelingsproces van haar cliënt. Per cliënt formuleert ze doelen en streven deze samen na. De doelen zijn echter wel vrijblijvend.

'Ik formuleer doelen samen met iemand. Het betreft het doel van die persoon, dus in die zin is het vrijblijvend. Als het de dag erna niet meer zijn doel is, dan is dat hoe het is. De regie ligt bij

de cliënt. Wel zal ik vragen stellen om de achterliggende reden van de verandering van doel te weten te komen. Dit is belangrijke informatie. Waar het eenzaamheid of sociaal isolement betreft, is het belangrijk om een gesprek aan te gaan waarbij je de intrinsieke motivatie te pakken krijgt. Wat iemand echt wil. Het gevolg daarvan is het hoogst mogelijke resultaat. Want je kan niet iemand dwingen om niet eenzaam te zijn' (Welzijnscoach).

Voor het project 'Welzijn op Recept' zijn ze nu bezig met een langdurig effectonderzoek, zodat de resultaten per individuele deelnemer geregistreerd worden.

'Voor het project 'Welzijn op Recept' in de wijk Doorslag hadden we een target, maar nu is het nog een project voor heel Nieuwegein. We krijgen nog financiële ondersteuning, dus dan heb ik weer een 'target'. Maar los van de target, de doelstelling blijft dat mensen op de juiste plek terecht komen. Als je niet lekker in je vel zit en je bent niet ziek, dan zoek je naar een oplossing' (Projectleider WOR).

Terwijl de welzijnscoach een doel van een cliënt als een vrijblijvend doel ziet, kijkt de huisarts daar anders tegen aan.

'Mensen zijn altijd vrij om te kiezen, maar ze worden wel gestuurd, het is niet helemaal vrijblijvend. Soms moet je ook een beetje duwen, als je dingen in beweging wilt hebben. Ook bij eenzamen, die moet je een beetje meehelpen, maar het mag nooit een verplichting worden. Als iemand zegt dat hij eenzaam is, maar wilt dat het zo blijft, dan moet er heel wat gebeuren voordat je daar echt iets mee wil. Mensen mogen wel zelf kiezen, als ze maar beseffen dat ze ervoor kiezen. Dat vind ik altijd een beetje eng aan 'niet vrijblijvend' want er moet wel keuze blijven, maar er wordt wel de gezonde duw gegeven' (Huisarts).

3.6.8 Gebaseerd op ruimte voor de professional

De aandacht verschuift van de formele zorg naar de informele zorg, wat betekent dat er steeds meer cliënten bij de professionals in het welzijns circuit terecht komen, maar ook bij de vrijwilligers en mantelzorger. Vrijwilligers en mantelzorgers zijn geen professionals, maar krijgen steeds meer taken op hun bord gelegd. De voorzitter van het Netwerk voor Vrijwilligers in de Zorg houdt deze verschuiving nauw in de gaten en wil niet dat er teveel bij de vrijwilligers en mantelzorgers terecht komt.

'Je blijft altijd richting de burger de scheiding houden van waar de informele zorg en waar de formele zorg word ingezet. We zeggen heel duidelijk dat bepaalde dingen niet door vrijwilligers overgenomen kunnen worden. Op het moment dat er lichamelijke verzorging nodig is of huishoudelijke zorg, dan gaat het niet richting de informele zorg.' ... 'In principe zeggen we dat wat door een beroepskracht gedaan moet worden, dat moet ook bij die beroepskracht blijven. Daar gaat de vrijwillige zorg zich niet mee bemoeien' (Voorzitter NVZ).

Ook de huisarts houdt de verschuivingen nauw in de gaten. Hij ziet dat collega's minder ruimte krijgen door bepaalde maatregelen en veranderingen in de wet. Hij heeft hier nog geen last van, maar vindt het van groot belang dat hij deze ruimte blijft houden.

'Als je kijkt naar de apotheken, de verzekeraars mogen zeggen welke pillen er afgeleverd worden, nou dat is behoorlijk. Voordat je het weet gaan ze therapieën bedenken, maar we zien het wel. Nu is die ruimte er nog wel' (Huisarts).

De welzijnscoach heeft nog een kritisch opvatting over de ruimte die een professional heeft en welke hij zou moeten innemen.

'Die ruimte moet ik zo min mogelijk pakken bij eenzamen. Dicht bij de wensen en mogelijkheden van de klant blijven, vanwege die intrinsieke motivatie. Wat die persoon echt zelf wil en kan. Ik neem de ruimte om te beslissen om geen ruimte in te nemen, niet 'dwingend' of sturend te zijn' (Welzijnscoach).

3.7 Welzijn op Recept

De pilot 'Welzijn op Recept' is afgelopen en inmiddels is het project 'Welzijn op Recept' in alle wijken binnen Nieuwegein ingevoerd. De metingen beginnen een jaar na de officiële start en daarna om de drie maanden. Het project loopt nog geen jaar, daarom zijn er geen getallen binnen, maar de pilot was veelbelovend. De cijfers en ervaringen binnen de pilot, die zich alleen afspeelde in Gezondheidscentrum de Roerdomp, zijn:

'Van de 100 procent die verwezen is, dat waren 59 mensen in één jaar, is één op de twee wat gaan doen. De mensen die wat zijn gaan doen, hebben het het naar der zin. Inmiddels zijn er 120 mensen bij gekomen, maar daar hebben we de cijfers nog niet van. 25 procent die verwezen is, is vrijwilligerswerk gaan doen en die kom ik nog steeds tegen. De persoonlijke

ervaringen zijn denk ik positief, maar dan heb ik het wel over de groep eenzamen die ik categoriseer als sociale problemen. Ze zitten zelf lekkerder in hun vel doordat ze iets doen voor anderen. Dat kan variëren van een taalmaatje, computer inloop, de kookploeg et cetera'
(Projectleider WOR).

Ook de huisarts ziet dat 'Welzijn op Recept' een positieve bijdrage levert aan zijn cliënten. Hij kan mensen met eenzaamheidsklachten nu makkelijk doorsturen naar de welzijnscoach, terwijl hij voor 'Welzijn op Recept' soms niet goed wist wat hij met eenzame patiënten moest doen.

'Voorheen kregen mensen van hun huisarts pillen voorgeschreven, kwamen steeds terug of komen in de zorg terecht. Daar is nu minder sprake van, omdat ze via ons wel op hun plek komen. Echt vinden wat ze zoeken in plaats van dat er sprake is van symptoombestrijding'
(Welzijnscoach).

'Persoonlijk heb ik er wel mensen op beter zien worden, in die zin dat ze wat doen voor een ander, dat is helemaal geweldig. Of een aantal die toch wat vriendinnen hebben opgedaan. De eerste goede verhalen hoor je al wel. Gevoelsmatig is het een prachtig project. Als het echt wat gaat opleveren in de getallen, dat zien we nog wel. Als je het daar aan afmeet is het een geslaagd project. En dan hoop ik ook dat ze blijven investeren. De welzijnscoach die bij mij elke woensdag zit, had het al te druk, dus dat is een goed teken. Er wordt in ieder geval goed doorverwezen' (Huisarts).

'Welzijn op Recept' is gericht op mensen met psychosociale klachten die in eerste instantie bij de formele zorg aankloppen voor hulp. Omdat de formele zorg deze klachten niet kan wegnemen, kunnen ze nu via een 'welzijnsrecept' doorsturen naar de welzijnscoach. Onder psychosociale klachten kan eenzaamheid vallen. De welzijnscoach zegt hierover:

'Ondanks dat eenzaamheid niet bij iedereen de hoofdvraag is, heb ik tot nu toe gemerkt dat eenzaamheid wel altijd een rol speelt. Ik merk dat eenzaamheid minder een taboe is doordat de huisarts het benoemd. Dit helpt de cliënt bij het erkennen dat ze eenzaam zijn en benoemen het ook eerder naar mij toe' (Welzijnscoach).

Als de cliënt eenmaal als vrijwilliger aan de slag is, of aan een activiteit meedoet, is de cliënt niet gelijk van zijn klachten af.

'Ik heb vrijwel nooit gehoord dat iemand niet meer eenzaam is, maar wel dat de eenzaamheid is afgenomen. Dat er wat meer veerkracht is. De hulp kan verlichtend werken. Iemand voelt zich niet meer alleen met zijn problemen, dan voelt de eenzaamheid ook minder zwaar aan. Ik hoor vaak: 'Ik sta er alleen voor' of 'ik kom hier alleen niet uit', dat gevoel verlicht je dan' (Welzijnscoach).

Ondanks dat 'Welzijn op Recept' een project is waarbij veel positieve geluiden naar voren komen, ook al zijn de werkelijke metingen nog niet gedaan, heeft de voorzitter van het Netwerk voor Vrijwilligers in de Zorg een punt van kritiek.

'Ik moet wel zeggen dat er op dit moment in Nieuwegein heel veel speelt. Vanuit Vitras hebben we 'Het zichtbare schakel' dat heeft te maken met de keukentafel gesprekken. We hebben de sociale wijkteams, we hebben 'Welzijn op Recept' en we hebben binnen Vitras onze eigen welzijn en zorg overlegteam, waar ook de maatschappelijk werker zit, de huisbegeleiding, verpleging en verzorging, maar waar ook de betrokkenheid van MOvector bij kan komen. Dus er is in Nieuwegein heel veel en dat vind ik heel verwarrend soms. We zijn nu met zoveel werkzaamheden en activiteiten bezig, dit kunnen we natuurlijk veel beter samenvoegen. Waarschijnlijk is dat in de toekomst de bedoeling, dan is het voor de burger nog makkelijker om iemand te kunnen vinden. Want we zijn nu bezig met een pilot van de sociale wijkteams, dat moet straks in vijf wijken komen. Zorg en welzijn teams van Vitras zijn nu al bezig in vijf wijken. Dat moet strak allemaal samen gevoegd worden. Dan heb je een meer ideale situatie. Dat maakt het voor de burger natuurlijk veel makkelijker. Als we nu binnen het zorg en welzijn team bezig zijn met iemand waarvan we denken dat die eenzaam is of dat er meer hulp moet komen, maar die hulpvraag kan ook komen binnen de sociale wijk teams. Vanuit de huisarts, omdat de huisarts nog niet weet dat het zorg en welzijn team daarmee bezig is. Dat vind ik af en toe lastig. Dat heeft met 'Welzijn op Recept' te maken, dan komen er ook dingen naar boven die al lopen' (Voorzitter NVZ).

3.8 Sociaal isolement

Het verschil tussen mensen die leven in eenzaamheid en mensen die leven in een sociaal isolement is niet voor alle professionals duidelijk.

'Het verschil tussen eenzaamheid en sociaal isolement vind ik een lastige, volgens mij weet ik dat verschil niet, maar ik zal ze allebei eenzaam noemen' (Huisarts).

Wel is er een bijscholing in de wijk georganiseerd, deze werd gegeven door het LESI waar professionals, vrijwilligers en mantelzorgers bij aanwezig mochten zijn. De bijscholing verstrekte kennis over het herkennen en signaleren van mensen die leven in sociaal isolement en welke stappen er daarna ondernomen kunnen worden.

'De vrijwilligers, mantelzorgers en de professionals hebben een training gehad, dat zou best nog eens opgefrist kunnen worden. We doen ons best, maar de taakgroep doet hierin het belangrijkste werk. Want sociaal geïsoleerden komen hier niet binnen. Tenzij het al een acute fase is. Door de taakgroep weten de professionals elkaar te vinden. Dat zie je nu gebeuren, de welzijnscoach en de wijkverpleegkundige weten elkaar te vinden. De wijkagent weet de welzijnscoach te vinden. Dat heb je nodig om ze te pakken te krijgen' (Projectleider WOR).

'Waar wij binnen de vrijwillige zorg mee bezig zijn, is een stukje training geven en een stukje deskundigheidsbevordering geven met hoe we omgaan met iemand die een stukje meer begeleiding nodig heeft' (Voorzitter NVZ).

Naast de trainingen wordt er ook naar praktische manieren gezocht om onder andere sociaal isolement te herkennen. De wijkverpleegkundige en huishoudelijke hulp dragen een zakkaartje bij zich waar signalen van eenzaamheid en sociaal isolement ontstaan, bijvoorbeeld een lege koelkast of veel rommel. Zij kunnen deze signalen melden in het wijkteam.

Figuur 2: Zakkaartje met signalen voor huishoudelijke hulp. Gekregen van respondent twee.

<p align="center">Signalenkaart 'niet pluis' gevoel Voor de huishoudelijke hulp</p> <p>Als zorghulp ziet u veel. U komt al een tijd bij de mensen thuis en u kent de cliënt en diens omgeving vaak goed. Juist u bent degene die veranderingen en bijzonderheden snel ziet. U bent degene die goed kan signaleren.</p> <p align="center">Wat kunt u zien?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Schimmel op het eten. -Cliënt eet/drinkt anders dan voorheen. -Kooktoestel staat nog aan. -Er liggen losse snoertjes. -Cliënt is sleutels of andere dingen kwijt. -Deur zit op slot. -Cliënt heeft blauwe plekken. -Het wordt teveel voor de mantelzorger. -Kleding is vies en kapot of cliënt draagt telkens dezelfde kleding. - <p align="center">Advies:</p> <p>Maak aantekeningen in de zorgmap en neem contact op met uw leidinggevende. Denk aan de privacy van de cliënt.</p>	<p align="center">Welke stappen neemt u bij het signaleren?</p> <p>Stap 1: Waarnemen bijzonderheden en veranderingen die kunnen aangeven dat er iets 'niet pluis' is.</p> <p>Stap 2: Het vermoeden dat er iets niet klopt: vraag u zelf af of dit normaal of afwijkend is.</p> <p>Stap 3: De beslissing nemen of uw vermoeden over dat er echt iets 'niet pluis' is, klopt.</p> <p>Stap 4: Doorgeven van het 'niet pluis' vermoeden aan de leidinggevende.</p> <p>Stap 5: Samen met de leidinggevende bespreken hoe verder te gaan.</p> <p>Stap 6: Wanneer het kan de verandering bespreken met de cliënt en mantelzorger.</p>
--	---

'Echt sociaal geïsoleerden zijn gewoon heel lastig, daar kan ik niets anders van maken. We doen ons best, er is oog voor en het professionele netwerk is steeds uitgebreider en meer kan je ook niet doen' (Projectleider WOR).

Mensen die leven in sociaal isolement worden vooral gesignaleerd door wijkverpleegkundigen, thuiszorg, burens, de wijkagent et cetera. Helaas komen sociaal geïsoleerden niet bij de formele zorg terecht en kan de huisarts ze niet via een 'welzijnsrecept' doorverwijzen naar de welzijnscoach.

'Het betreft vaak zorgmijders waarbij de situatie verder is geëscaleerd. Sociaal geïsoleerden komen niet vaak bij ons terecht.' ... 'Via 'Welzijn op Recept' heb ik nooit iemand doorgestuurd gekregen die sociaal geïsoleerd was. Sociaal geïsoleerden worden eerder naar GGZ doorverwezen als de huisarts dit opmerkt. Wel kan ik mij voorstellen dat wij in de toekomst toch bij de begeleiding van deze groep betrokken gaan worden. Ons eigen aanbod richt zich steeds meer op het includeren van de meest kwetsbare mensen binnen de maatschappij' (Welzijnscoach).

3.9 Conclusie

De respondenten hebben vanuit de verschillende invalshoeken hun ervaringen en visies kunnen weergeven over de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' en 'Welzijn op Recept'. De ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden en plaats vinden door de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' worden kritisch bekeken. De positieve en negatieve gevolgen als effect van deze wet, komen duidelijk aan het licht door de verschillende blikken uit de formele- en informele zorg samen te voegen. 'Welzijn op Recept' is een uitvloeisel van deze ontwikkelingen en ontstaan door de integrale samenwerking tussen de formele- en informele zorg. 'Welzijn op Recept' is een goed voorbeeld van de richting waar de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' naar toe stuurt.

Het centrale doel van de WMO is, dat elke burger kan meedoen in de samenleving, zowel de kwetsbare als de weerbare burgers. Met als uitgangspunt dat men problemen oplost met behulp van hun persoonlijk netwerk. Familie, vrienden, kennissen en burens, dienen als eerste benaderd te worden, voordat er aanspraak gedaan kan worden op officiële instanties als professionele zorgverleners en de overheid. Dit wordt een nieuwe manier van denken, ook wel de kanteling genoemd. 'Welzijn Nieuwe Stijl' heeft acht bakens geformuleerd om deze kanteling te inspireren en stimuleren. Door de kanteling te belichten vanuit de formele- en informele zorg wordt duidelijk welke veranderingen in de praktijk hebben plaats gevonden en wat de gevolgen zijn voor de mensen die leven in eenzaamheid en sociaal isolement.

3.9.1 Bezuinigingen

De WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' zijn naast een omslag in denken ook een bezuinigingsmaatregel. De WMO is een aantal keer erg negatief in het nieuws geweest, waardoor ik kritiek van de professionals had verwacht. Dit was echter niet het geval. Het bleek dat de formele zorg al had opgemerkt dat er een samenwerking tot stand moest komen met de informele zorg. De formele zorg is een vindplaats voor psychosociale problematiek. Deze mensen, waaronder mensen die leven in eenzaamheid, konden niet goed geholpen worden door bijvoorbeeld de huisarts. Psychosociale problematiek hoeft niet altijd opgelost te worden door een psycholoog, maatschappelijk werker, psychiater et cetera, maar de formele zorg verwees niet door naar 'welzijn'. Dit kwam doordat de informele zorg niet goed in beeld was bij de formele zorg. Ze wisten niet waar ze naar doorverwezen, ze kende de activiteiten niet en 'welzijn' had een geitenwollensokken imago. Dit probleem was ook opgevallen bij de directeur van Gezondheidscentrum Roerdomp. Samen met Walburg, schrijver van 'Mentale veerkracht', hebben ze 'Welzijn op Recept' gecreëerd. Om hier een succes van te maken moest 'welzijn' professionaliseren en moderniseren. Er is een welzijnsarrangement gekomen, passend bij de zes principes van duurzaam geluk en welbevinden,

opgesteld door Walburg.

De eerste stappen naar integraal samenwerken en het professionaliseren en moderniseren van 'welzijn' is uit de formele zorg gekomen. Later heeft de gemeente een subsidie gegeven om 'Welzijn op Recept' te ontwikkelen en buurtcentra op te knappen. Doordat de gemeente 'welzijn' niet heeft laten vallen, maar er juist in heeft geïnvesteerd, kon er een samenwerking tot stand komen.

De acht bakens van 'Welzijn Nieuwe Stijl' zijn grotendeels terug te vinden in 'Welzijn op Recept', maar 'Welzijn op Recept' is niet geschreven aan de hand van deze bakens. De formele- en informele zorg staan achter de ontwikkelingen van de WMO, want ze komen grotendeels overeen met de ontwikkelingen waaraan ze zelf waren begonnen. Wel zien ze dat de regering ook een ander motief heeft, namelijk bezuinigingen. De bezuinigingen en de nieuwe manier van denken vallen toevallig goed samen. En natuurlijk omschrijft de regering deze ontwikkelingen als een verbetering voor de kwetsbare burger in de samenleving, ook al heeft ze een dubbele agenda. Door deze dubbele agenda houden de respondenten de ontwikkelingen nauw in de gaten. Ze staan achter de veranderingen, maar willen altijd de gezondheid van de cliënt op de eerste plaats stellen, tevens als dit betekent dat de cliënt bij de duurdere formele zorg terecht komt. De professionals houden de grens tussen bezuinigen en goede zorg nauwlettend in de gaten.

3.9.2 Eenzaamheid en sociaal isolement

Een ander punt dat opviel tijdens de interviews is dat de huisarts niet op de hoogte is van het verschil tussen eenzaamheid en sociaal isolement. Wel beseft de huisarts dat mensen die leven in een isolement niet bij hem langs komen, omdat dit vaak gaat om zorgmijders. De huisarts ziet het als een belangrijk onderdeel van zijn vak om verder te kijken dan de vraag die zijn patiënt stelt of de klacht waarvoor de patiënt aangeeft te komen. Hierdoor merkt hij eenzaamheid op en schrijft een 'welzijnsrecept' uit. Doordat de huisarts het woord 'eenzaam' in de mond neemt en doorverwijst naar de welzijnscoach, neemt het taboe op eenzaamheid af en wordt het 'probleem' serieus genomen.

Binnen de informele zorg is het verschil tussen eenzaamheid en mensen die leven in een sociaal isolement wel duidelijk. Het LESI heeft voor de professionals een bijscholing over sociaal isolement gegeven, waar ook de vrijwilligers en mantelzorgers mochten komen. De informele zorg geeft aan dat ze weinig mensen tegenkomen die in sociaal isolement leven. Dat is voor hen een reden om manieren te ontwikkelen om deze groep toch 'te pakken te krijgen'. Onder andere door het oprichten van verschillende overleggen waar professionals uit de formele- en informele zorg samenkomen. Daar kunnen gevallen van eenzaamheid of sociaal isolement besproken worden. Er wordt besproken wat de betreffende persoon nodig heeft en of de interventie niet richting

bemoeizorg gaat. Want iemand die eenzaam is, kan hier bewust voor kiezen. Het herkennen van de grens tot bemoeizorg wordt als lastig ervaren en ligt bij elke situatie anders. Naast de overleggen zijn er zakkaartjes met kenmerken van eenzaamheid en sociaal isolement gecreëerd. De thuishulp en wijkverpleegkundige die binnenkomen bij onder andere kwetsbare burgers, kunnen op een makkelijke manier herkennen of ze hulp moeten inschakelen.

Hoofdstuk 4 Slotbeschouwing

4.1 Slotbeschouwing

In de inleiding staat beschreven dat de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' niet specifiek gericht zijn op de 'preventie en vermindering' (formulering afkomstig van MOvector, de welzijnsorganisatie van Nieuwegein) van eenzaamheid. Elke gemeente mag hier zelf invulling aan geven. Echter geven de acht bakens opgesteld door 'Welzijn Nieuwe Stijl' een richtlijn aan.

Gemeente Nieuwegein is in 2010 gestart met het project 'Welzijn op Recept'. Dit project sluit goed aan bij de bakens van 'Welzijn Nieuwe Stijl'. De uitleg over de bakens en de relatie met 'Welzijn op Recept' zijn terug te vinden in het eerste hoofdstuk.

Het begrip 'zelfredzaamheid' staat centraal bij de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl'. Mensen zijn zelf verantwoordelijk, met als uitgangspunt dat de problemen worden opgelost met behulp van het eigen sociale netwerk. De noodzaak van een sociaal netwerk wordt door deze ontwikkeling vergroot. Mensen zonder of met een klein sociaal netwerk kunnen echter niet of nauwelijks steun vragen aan vrienden, familie of kennissen, omdat ze deze weinig of niet hebben. Ontwikkelingen richting een participatie-samenleving, de WMO en grote transities in de zorg en welzijn hebben invloed op mensen die leven in eenzaamheid. Een belangrijke vraag die naar voren komt bij deze ontwikkelingen is: Wat te doen met de mensen die leven in eenzaamheid? In de WMO of 'Welzijn Nieuwe Stijl' staat echter niets expliciet hierover benoemd, maar er moet in de praktijk wel met eenzaamheid om worden gegaan.

Doordat elke gemeente zelf een invulling mag geven aan het kader dat geschetst is door de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl', onderzoek ik binnen de gemeente Nieuwegein de invloed van de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' op eenzaamheid en sociaal isolement. Daarnaast bekeek ik het project 'Welzijn op Recept' en zijn toegevoegde waarde ten opzichte van de preventie en vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement. Hierbij stelde ik de volgende centrale vraag:

Wat is de ervaring van de formele- en informele zorg met eenzaamheid en sociaal isolement gegeven de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2007), Welzijn Nieuwe Stijl (2010) en Welzijn op Recept binnen de gemeente Nieuwegein?

Om deze vraag te beantwoorden heb ik eerst een literatuur onderzoek gedaan. In het theoretisch kader ga ik dieper in op de verschillende soorten eenzaamheid: sociale en emotionele eenzaamheid (2.3.1.), existentiële eenzaamheid (2.3.1.) en als laatste sociaal isolement (2.3.2.). Tevens zijn de maatschappelijk (2.2) en individuele oorzaken (2.2.2., 2.2.3. en 2.3.4.) van eenzaamheid beschreven en de gevolgen die eenzaamheid met zich mee kan brengen (2.3.5.).

Na de theoretische uiteenzetting ben ik overgegaan op de empirie. Hiervoor heb ik vier respondenten gevraagd naar ervaringen gericht op de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' en 'Welzijn op Recept' ten opzichte van eenzaamheid. De respondenten zijn werkzaam in de formele- of informele zorg binnen Nieuwegein en zijn betrokken bij de ontwikkelingen rond de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' of 'Welzijn op Recept'.

Doordat ik mij richtte op ervaringen van professionals binnen de formele- of informele zorg, kan gedacht worden dat vier interviews minimaal is. Echter heb ik vier sleutelfiguren geïnterviewd die vanuit verschillende stoelen ervaringen konden delen. Van uiteenlopende hoeken kon daardoor het thema eenzaamheid, gekoppeld aan de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' en 'Welzijn op Recept', belicht worden. Daarnaast kon mijn contactpersoon (de welzijnscoach) mij in informele gesprekken informeren over de instanties en organisaties binnen de gemeente, de samenwerkingsverbanden en welke professionals essentieel waren voor mijn onderzoek. Samen hebben wij, aan de hand van mijn onderzoeksvraag, gekeken welke professionals het beste geïnterviewd konden worden, waarna zij hielp met de contactlegging. Vragen die opkwamen tijdens het schrijven van mijn onderzoek kon ik tussendoor aan haar stellen.

Opvallend tijdens de interviews was het kennisniveau over eenzaamheid, deze is niet bij elke respondent hetzelfde. Er kan gesproken worden van een kennisleemte. De huisarts is niet bekend met het verschil tussen eenzaamheid en sociaal isolement. De kennis van andere respondenten is groter, onder andere door de training van het LESI over sociaal isolement. Daarentegen waren alle vier de respondenten niet bekend met existentiële eenzaamheid. Deze kennisleemte, of eenzijdig kennisniveau, brengt consequenties met zich mee. Voor mijn onderzoek betekende dit dat de koppeling tussen de literatuur over eenzaamheid en de ervaringen uit de praktijk lastig te maken was. De respondenten spraken vooral in het algemeen over eenzaamheid. Specifieke kenmerken behorend bij de verschillende typen van eenzaamheid werden niet benoemd.

Respondent vier (voorzitter van NVZ) sprak over bemoeizorg in verband met eenzaamheid. Per situatie bekijkt ze of er sprake is van bemoeizorg of niet, want: *‘Misschien vindt die persoon het wel prima, terwijl wij vinden dat die persoon heel eenzaam is’*.

Enige overeenkomst tussen dit citaat van respondent vier en existentiële eenzaamheid zie ik in het voorbeeld dat Machielse geeft in het boek *‘Mag een mens eenzaam zijn?’* (2012). Machielse schets een beeld van een sociaal geïsoleerde man, waarvan de eenzaamheid meer fundamenteel van aard is (2.3.3.). Zijn wensen op sociaal vlak komen overeen met sociale of emotionele eenzaamheid, maar het gemis van verbondenheid vult hij in door boeken te kopen, radio te luisteren of op straat te lopen. Hij heeft geen hulpvraag of behoefte om zijn situatie te veranderen. In dit geval heeft de hulpverlener toch een relatie kunnen opbouwen, maar probeert de toestand niet te veranderen. De relatie is voor hem belangrijk, omdat hij met de angst rond loopt om te overlijden, zonder dat iemand het merkt. Dit komt overeen met de visie van respondent vier. Als de persoon niet geholpen wil worden en de situatie het ook niet noodzakelijk maakt, dan kan deze persoon gerespecteerd worden in zijn keuze. Want, volgens respondent vier, kan iemand die eenzaam is, hier bewust voor kiezen en gelukkig zijn met de situatie.

Walburg (2008) stelt dat ‘mentaal vermogen’ iemand in staat stelt een gelukkig, betrokken en zinvol leven te leiden. Uit wetenschappelijke literatuur over geluk en veerkracht herleidt hij zes principes van duurzaam geluk. Twee principes hebben te maken met contact met de ander; ‘interactief met anderen’ en ‘geluk delen’. Volgens zijn benadering zijn de zes principes noodzakelijk om een gelukkig leven te leiden. Daardoor zet ik bij het woord ‘gelukkig’ van respondent vier, mijn vraagtekens. Wel denk ik, zoals het voorbeeld van Machielse, dat iemand zijn situatie kan accepteren en geen behoefte heeft om dit te veranderen.

Tevens geeft respondent vier aan dat het herkennen van de grens tot bemoeizorg als lastig wordt ervaren en bij elke situatie anders ligt.

De respondenten worden nauwelijks of niet geconfronteerd met mensen die leven in een sociaal isolement. In de literatuur viel te lezen dat dit een lastige groep is om te bereiken, onder andere doordat hier vaak sprake is van zorgmijders. Sociaal geïsoleerde mensen komen niet bij de huisarts, of zoeken geen hulp bij een organisatie of instantie. Dit komt overeen met de ervaringen van de respondenten. De groep sociaal geïsoleerden komen pas in beeld als de situatie geëscaleerd is. Door de betere samenwerking tussen de formele- en informele zorg, proberen ze deze mensen voor escalatie in beeld te krijgen. De wijkagent,

thuishulp et centra, kunnen in het wijkoverleg een situatie bespreken. Tijdens het overleg kan bekeken worden of de sociaal geïsoleerde al in beeld is, bijvoorbeeld bij de huisarts. Dan kan informatie uitgewisseld worden. Als de persoon nog niet in beeld is, kan er overlegd worden over de eventuele aanpak.

Doordat existentiële eenzaamheid niet bekend is onder de vier respondenten en sociaal isolement pas wordt opgemerkt na escalatie, richten de respondenten zich vooral op sociale en emotionele eenzaamheid. De respondenten benoemen het verschil tussen sociale en emotionele eenzaamheid niet expliciet. Toch gaat de welzijnscoach bewust met dit verschil om. Ze kijkt naar de behoefte van haar cliënt, maar geeft ook de beperkingen aan. Als de cliënt graag met meer mensen in contact komt (sociale eenzaamheid), kan deze persoon baadt hebben bij het participeren aan een collectieve groepsactiviteit. Echter, als iemand opzoek is naar een diepere verbondenheid (emotionele eenzaamheid), is dit moeilijker te bewerkstelligen. Een welzijnscoach kan geen vriendschappen creëren, maar kan wel iemand in een situatie brengen waar deze eventueel kunnen ontstaan.

Een kanttekening kan geplaatst worden bij de kennisleemte over de verschillende vormen van eenzaamheid bij de respondenten. De uitvoering van de WMO kan hierdoor in het geding raken. Om de preventie en vermindering van eenzaamheid te stimuleren is er kennis nodig over deze groep. Deze kennis moet aanwezig zijn bij de hulpverleners die in contact staan met de eenzame personen, zodat de juiste steun of omgang geboden kan worden. De omgang kan verschillen per type eenzaamheid. Zoals de voorzitter van NVZ aangeeft, was de training van het LESI behulpzaam, maar kan dit frequenter. Om het kennisniveau te verhogen, stel ik, dat er niet alleen vaker trainingen gegeven moet worden, maar ook uitgebreider. De trainingen zouden in moeten gaan op de verschillende vormen van eenzaamheid, inclusief existentiële eenzaamheid. Daarnaast kan het kennisniveau verhoogd worden door eenzaamheid expliciet te benoemen in de WMO of 'Welzijn Nieuwe Stijl'. Door een landelijk beleid op te stellen voor de preventie en vermindering van eenzaamheid, wordt de noodzaak om het kennisniveau te vergroten, hoger.

Daarnaast moet gezegd worden dat de veranderingen van de afgelopen jaren gezorgd hebben voor een professionelere informele zorg. Volgens de vier respondenten is de signalering van eenzaamheid verbeterd. Het zoeken is nog steeds naar de grens van verwijzing richting zorg, welzijn of wordt het bemoeizorg. De respondenten ervaren geen kennis tekort in de signalering van eenzaamheid. Een vervolg zou kunnen zijn om onderzoek te doen naar de vraag of het noodzakelijk is om deze kennisleemte te verminderen. De vraag is namelijk of het onderscheid kunnen maken tussen vier soorten eenzaamheid, zijn

vruchten zal afwerpen voor de professional. Het is goed mogelijk dat de professionals op intuïtief niveau goed weten wat het verschil is tussen de verschillende soorten eenzaamheid, zoals terug te zien in bij de welzijnscoach. Intuïtieve kennis, ook wel 'tacit knowlegde' genoemd, kan professionaliteit ten goede komen. Wel lijkt mij het van belang dat een professional werkzaam met eenzaamheid, naast 'tacit knowlegde' ook expliciete kennis verkregen door scholing, bezit.

Het project 'Welzijn op Recept' heeft de samenwerking tussen de formele- en informele zorg gestimuleerd en ervoor gezorgd dat welzijn is gemoderniseerd en geprofessionaliseerd. Deze veranderingen helpen mee aan de preventie en vermindering van eenzaamheid. Nu is het van belang om de samenwerking extra te bevorderen en het kennisniveau om hoog te halen.

De WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' hebben het mogelijk gemaakt om binnen gemeente Nieuwegein 'Welzijn op Recept' te creëren. Dit was indirect een investering in de informele zorg, want de investeringen hebben 'welzijn' gemoderniseerd en geprofessionaliseerd. De informele zorg is zichtbaarder en sluit aan bij de behoeften van de bewoners. Daarnaast heeft 'Welzijn op Recept' de samenwerking tussen de formele- en informele zorg bewerkstelligd. Deze twee ontwikkelingen hadden niet plaatsgevonden zonder de invloed van de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl'. Dit maakt de ervaringen met de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' positief. De respondenten zijn zich bewust van de bezuinigingsmaatregel die achter de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' schuil gaat. Daarom worden nieuwe ontwikkelingen door de formele- en informele zorg nauwlettend in de gaten gehouden. De ervaring is dat deze bezuinigingen nu toevallig goed uitpakken, doordat ze samenvallen met hun eigen gecreëerde ideeën over ontwikkelingen binnen de gemeente.

Bij de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' staat eenzaamheid niet expliciet aangeduid als speerpunt. Bij 'Welzijn op Recept' is eenzaamheid het meest voorkomende psychosociale probleem waar de huisarts een welzijnsrecept voor uitschrijft. De ervaringen met 'Welzijn op Recept' vanuit de formele- en informele zorg zijn beiden positief. De welzijnscoach kijkt per situatie waar de persoon met het psychosociale probleem het meest baadt bij heeft. Dit kunnen collectieve activiteiten zijn of individuele steun. De huisarts, die geconfronteerd wordt met patiënten die leven in eenzaamheid of met een eenzaamheidsvraag, kan hij nu doorsturen naar de welzijnscoach. De huisarts vertrouwt erop dat de welzijnscoach zijn patiënt verder kan helpen, wat impliceert dat de formele zorg, de informele zorg serieus neemt en als belangrijke toegevoegde waarde beschouwd. 'Welzijn op Recept' is een project

dat afkomstig is uit de formele zorg, omdat zij inzagen dat bepaalde hulpvragen of problematiek niet door hun verholpen konden worden.

De welzijnscoach en de voorzitter van NVZ hebben het nog nooit zo druk gehad, wat aangeeft dat er meer bewoners geholpen worden met psychosociale problemen. Onder de psychosociale problemen valt eenzaamheid, de welzijnscoach zegt hierover: *'Ondanks dat eenzaamheid niet bij iedereen de hoofdvraag is, heb ik tot nu toe gemerkt dat eenzaamheid wel altijd een rol speelt'*. Samenwerking tussen de formele- en informele zorg is hierdoor belangrijk, omdat er vaak meer speelt dan één probleem, waar verschillende professionals bij betrokken kunnen zijn.

4.2 Praktische opbrengst van het onderzoek

De praktische opbrengst van dit onderzoek ligt vooral bij de notie dat het kennisniveau over eenzaamheid bij de formele- en informele zorg verhoogd dient te worden. Eenzaamheid wordt niet expliciet genoemd in de WMO of 'Welzijn Nieuwe Stijl', maar in de praktijk dient men hier wel mee om te gaan. Binnen het project 'Welzijn op Recept' wordt eenzaamheid wel genoemd als de belangrijkste psychosociale problematiek waar een recept voor wordt uitgeschreven. Dit heeft ervoor gezorgd dat er een training over sociaal isolement is gegeven aan professionals en vrijwilligers. Echter zouden professionals uit de formele- en informele zorg op de hoogte moeten zijn over de vier soorten eenzaamheid en de verschillende manieren van omgang hierbij, zodat er passende hulp en steun geboden kan worden. Ondanks dat er een professionalisering en modernisering binnen de informele zorg heeft plaatsgevonden, kan hier nog winst behaald worden. Maar ook voor de formele zorg is het kennisniveau van belang, doordat dit vaak de vindplaats is van mensen die leven in eenzaamheid.

Door gebruikt te maken van intuïtieve kennis of 'tacit knowlegde' kan er door de formele- of informele zorg onderscheid gemaakt worden tussen verschillende vormen van eenzaamheid, dit is duidelijk terug te zien bij de welzijnscoach. Naast 'tacit knowlegde' blijft ook expliciete kennis van belang voor de professional.

Een andere praktische opbrengst van dit onderzoek ligt bij het aantonen van het belang van de samenwerking tussen de formele- en informele zorg bij de preventie en vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement. De visie is nu dat de samenwerking nog intensiever zal moeten worden. De samenwerking is in Nieuwegein op gang gebracht door 'Welzijn op Recept'. Door deze samenwerking wordt er niet langs elkaar heen gewerkt en is de formele zorg samen met de informele zorg op de hoogte van de hulp die geboden wordt. Daarbij kan

de formele zorg, wat vaak de vindplaats is van psychosociale problematiek, doorverwijzen naar de informele zorg. Dit werd voorheen niet gedaan, doordat de formele zorg niet op de hoogte was over de activiteiten en diensten die geboden werden door de informele zorg en had de informele zorg een 'geitenwollensokken' imago. Om van dit imago af te komen moest de informele zorg moderniseren en professionaliseren, waar de gemeente hulp bij heeft geboden.

Door de samenwerking komt eenzaamheid eerder aan het licht en kan er met verschillende professionals een situatie besproken worden. Dit kunnen groepsactiviteiten zijn, een maatje, vrijwilligerswerk, maar ook hulp van een maatschappelijk werker of thuishulp. Ook kan er afgesproken worden, wie, welke zorg op zich neemt. Verschillende professionals kunnen ingezet worden op een cliënt, waarbij belangrijk is dat alle professionals op de hoogte zijn van ieders aandeel.

4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aan de hand van dit evaluatief kwalitatief onderzoek zijn er aanbevelingen te doen wat betreft een vervolgonderzoek.

- 1) Allereerst kan er een evaluatief onderzoek gestart worden na de komst van de eerste cijfers vanuit 'Welzijn op Recept'. Op het moment zijn de ervaringen met dit project, van de respondenten, positief. Ook de cijfers afkomstig vanuit de evaluatie van de pilot waren veel belovend, maar zijn de cijfers na een jaar ook nog positief?
- 2) Ten tweede denk ik dat het interessant en relevant kan zijn de ervaringen van hulpverleners met existentiële eenzaamheid beter te onderzoeken. De respondenten kenden de term 'existentiële eenzaamheid' niet, maar zien eenzaamheid niet altijd als iets negatiefs. De ervaringen kunnen vervolgens gekoppeld worden aan literatuur over existentiële eenzaamheid. Hierdoor kan een literatuurstudie gecombineerd worden met een empirisch onderzoek.
- 3) Doordat elke gemeente zelf een invulling mag geven aan de richtlijnen opgesteld door de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl', is het lastig om de preventie en vermindering van eenzaamheid in Nederland te onderzoeken. Daarom lijkt mij het tot slot vruchtbaar om alle projecten in Nederland te inventariseren, zoals 'Welzijn op Recept'. De voor- en nadelen van deze projecten in kaart te brengen en de eventuele opbrengst voor de preventie en

vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement te evalueren.

Samenvatting

In mijn afstudeeronderzoek ga ik in op de ervaringen van de formele- en informele zorg met eenzaamheid en wat de invloed van de WMO, 'Welzijn Nieuwe Stijl' en 'Welzijn op Recept' hierop is. In 2007 is de WMO ingevoerd. De WMO streeft naar zelfredzame, maatschappelijk betrokken en actieve burgers, met als uitgangspunt dat problemen opgelost worden met behulp van het eigen sociale netwerk. Participatie van alle burgers staat centraal, zowel de kwetsbare als de weerbare burgers. In 2010 ging het programma 'Welzijn Nieuwe Stijl' van start met als doel een nieuwe impuls te geven aan de uitvoering van de WMO. De WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' vraagt om aanpassingen in de huidige organisatie van zorg en welzijn. De WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' gaan niet expliciet in op eenzaamheid, maar in de praktijk dient men hier wel mee om te gaan. Elke gemeente mag hier zelf een invulling aan geven. De gemeenten kiezen voor een integrale manier van werken, waarbij zorg- en welzijnsorganisaties met elkaar samen moeten werken. Gemeente Nieuwegein, waar het onderzoek plaatsvond, heeft het project 'Welzijn op Recept' ontwikkeld. Dit project is niet speciaal gecreëerd met de WMO of 'Welzijn Nieuwe Stijl' in het achterhoofd, maar sluit hier goed bij aan. 'Welzijn op Recept' richt zich op psychosociale problematiek, waaronder eenzaamheid en sociaal isolement. Het is een samenwerkingsverband tussen de lokale gezondheidscentra en welzijnsorganisatie. De professionals uit de formele zorg (huisarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werk etc.), verwijzen patiënten met psychosociale problematiek, met behulp van een welzijnsrecept, door naar de welzijnsorganisatie. De welzijnscoach houdt een intakegesprek en bekijkt bij welke interventie de patiënt het meeste baat heeft. Dit zijn activiteiten of diensten gericht op de preventie en vermindering van psychosociale problematiek. Hoewel 'Welzijn op Recept' niet specifiek geïntroduceerd is ten behoeve van de preventie en vermindering van eenzaamheid, was eenzaamheid één van de meest voorkomende problemen waarvoor een recept is uitgeschreven.

De ervaringen vanuit de formele- en informele zorg met de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' zijn positief te noemen. Grotendeels doordat zij de gemeentes stimuleert te investeren in de informele zorg. Gemeente Nieuwegein kon daardoor financiële hulp bieden bij de start van 'Welzijn op Recept'. Een voorwaarde vanuit de formele zorg, voordat 'Welzijn op Recept' van start kon gaan, was dat de informele zorg zou professionaliseren en moderniseren. Hier heeft de gemeente bij geholpen. De informele zorg wordt nu serieus genomen door de formele zorg en krijgen steeds zwaardere en intensievere hulpvragen. Dit bevordert de samenwerking tussen de formele- en informele zorg, ook al moet deze nog intensiever

worden. Deze ontwikkelingen zijn voortgekomen uit 'Welzijn op Recept'. Echter, houden de professionals de veranderingen rondom de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' nauwlettend in de gaten, omdat ze de WMO en 'Welzijn Nieuwe Stijl' ervaren als een bezuinigingsmaatregel die toevallig goed uitpakt.

De activiteiten en diensten waar de welzijnscoach mensen met eenzaamheidsproblematiek naar doorstuurt, zijn gericht op sociale (kwantitatief) en emotionele (kwalitatief) eenzaamheid. De huisarts heeft nu ook meer mogelijkheden. Bij de ene mens slaat een therapeut of psycholoog meer aan en bij een ander meer een welzijnswerker.

Mensen die leven in sociaal isolement komen niet of nauwelijks bij de formele zorg (zorgmijders), waardoor ze niet doorverwezen kunnen worden. Tevens wordt de hulpvraag aan de informele zorg steeds zwaarder en daarom wordt er verwacht dat de informele zorg een grotere rol gaat spelen bij de preventie en vermindering van sociaal isolement.

Existentiële eenzaamheid is niet bekend bij de formele- als de informele zorg. Eventuele positieve ervaringen voortkomend uit eenzaamheid, namelijk de innerlijke groei van de mens, worden niet opgemerkt. Niet in alle gevallen wordt er hulp of steun geboden. Als iemand aangeeft eenzaam te zijn, maar geen behoefte heeft om de situatie te veranderen, dan wordt dat gerespecteerd. De grens tussen zorg en bemoeizorg wordt nauw in de gaten gehouden.

Opvallend tijdens de interviews was het kennisniveau over eenzaamheid, deze is niet bij elke respondent hetzelfde. Er kan gesproken worden van een kennisleemte. Professionals uit de formele- en informele zorg zouden op de hoogte moeten zijn over de vier soorten eenzaamheid en de verschillende manieren van omgang hierbij, zodat er passende hulp en steun geboden kan worden. Het is echter mogelijk dat de professionals, door gebruik te maken van hun intuïtieve kennis of 'tacit knowlegde', het verschil weten tussen de soorten eenzaamheid. Toch is het belangrijk om als professional ook over expliciete kennis te beschikken. Daarom is het van belang om het kennisniveau over eenzaamheid van de professionals uit de formele- en informele zorg te verhogen.

Literatuuropgave

Appelhof,, P., & Walraven, M. (2002). *Sociale Competentie ter bevordering van participatieparticipatie in de samenleving; een verkenning. Op zoek naar indicatoren*. Utrecht: Oberon.

Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf den Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Beck, U. & Giddens, A. & Lash, S. (1994). *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge: Polity.

Beck, U. (1997). *De wereld als risicomaatschappij: essays over de ecologische crisis en de politiek van de vooruitgang*. Amsterdam: De Balie.

Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., Thisted, R.A. (2006). *Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses*. *Psychology of Aging*, 21, 140-51.

Côté, J.E.&C.G. Levine (2002). *Identity formation, agency and culture. A social psychological synthesis*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Dykstra, P. A. (1990). *Next of (non)kin: The importance of primary relationships for older adults' well-being*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Dykstra, P. A., Tilburg, T. van & Jong Gierveld, J. de (2005). *Changes in Older Adult Loneliness: results from a seven-year longitudinal study*. *Research on Aging*, Vol.27 No. 6: 725-746.

Faber, M. von e.a. (2001). *Successful aging in the oldest old. Who can be characterized as successfully aged?* American Medical Association.

Fokkema, T. & Tilburg, T. van (2006). *Aanpak van eenzaamheid: helpt het?* Den Haag: NIDI.

Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Stanford: Stanford University Press.

Hortulanus, R., Liem, P. & Sprinkhuizen, A. (1992). *Domeinen van welzijn: Welzijnsbeleving en welzijnsbeleid in de jaren '90*. 's-Gravenhage: VUGA.

Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement: een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.

Jong Gierveld, J. de. & Dykstra, P.A. (1999). *Differentiële kansen op eenzaamheid onder ouderen. De betekenis van type partnerrelatie, partnergeschiedenis, gezondheid, sociaal-economische positie en sociale relaties*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 30, 212-225.

Jong Gierveld, J. de (1999). *Eenzaamheid onder oudere mensen; een overzicht van het onderzoek*. *Geron*, 1, 1, 5-15.

Jong-Gierveld, J. de, Dykstra, P. & Schenk, N. (2012). *Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in eastern and western Europe*. Germany: Demographic Research, Volume 27, Article 7, Pages 167-200.

Jonkers, M. & Machielse, M. (2012). *Handelingsverlegenheid als hinderpaal bij het signaleren van sociaal isolement. Mogelijkheden en belemmeringen bij lokale signaleerders*. Utrecht: Provincie Utrecht / Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI).

Jorna, T. e.a. (2012) *Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam: SWP.

Machielse, A. (2003). *Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen*. 's-Gravenhage: Elsevier Overheid.

Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast*. Utrecht: Van Arkel.

- Machielse, A. en Hortulanus, R. (2011). *Sociaal isolement bij ouderen: Op weg naar een Rotterdamse aanpak*. Amsterdam: SWP.
- Machielse, A en Hortulanus, R. (2011). *Sociaal weerbaar of sociaal geïsoleerd? Het belang van sociale relaties bij het ouder worden*. In: Goed ouder worden. Amsterdam: SWP.
- Machielse, A. (2012). *Sociaal isolement als overlevingsstrategie*. In: Jorna, T. e.a. (2012) *Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam: SWP.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). *Welzijn Nieuwe Stijl*. Den Haag.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: Praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Moustakas, C.E. (1961). *Loneliness*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Movactor (2014). *Programma MOvactor 2014*. Nieuwegein.
- Movactor, Trimbos-instituut. *Welzijnsarrangementen*. Folder.
- Movisie (2010). *Eenzaamheid, verkenning*. Utrecht.
- Perlman, D., & Peplau, L.A. (1981). 'Toward a social psychology of loneliness.' In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships in disorder*. London: Academic Press.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Den Haag: VWS.
- Schuyt, K. (1997). *Sociale cohesie en sociaal beleid*. Drie publiekscolleges in De Balie Amsterdam: De Balie.
- Sinnema, H. e.a. (2014) *Welzijn op Recept; Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Tilburg, T. van & Jong-Gierveld, J. de (Eds.). (2007). *Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Thomese, G.C.F. (1998). *Buurtnetwerken van ouderen. Een social-wetenschappelijk onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen in Nederland*. VU (Amsterdam: Thela Thesis).

TK (2004/2005). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Memorie van toelichting, kamerstuk 30131. Nr. 3. Den Haag: Tweede Kamer.

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., Bowling, A. (2000). *Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone*. *Reviews in Clinical Gerontology*.

Weiss, R.S. (1973) *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT press.

Websites

Informatie over 'Welzijn op Recept' via het Trimbos-instituut gevonden op 20 maart 2014 op:
<http://www.trimbos.nl/nieuws/trimbos-nieuws/afroding-pilot-welzijn-op-recept>

Informatie over de veranderingen binnen de WMO vanaf 2015 gevonden op 15 februari 2014 op:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/vraag-en-antwoord/wat-gaat-er-veranderen-voor-mensen-die-gebruikmaken-van-zorg-uit-de-awbz-of-de-wmo.html>

Informatie over eenzaamheid onder mantelzorgers gevonden op 10 mei 2014 op:
<http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/publicatie-omgaan-met-eezaamheid-onder-mantelzorgers.html?highlight=eezaamheid>

Informatie over het EMC gevonden op 24 juni 2014 op:
<https://www.emcnieuwegein.nl/>

Informatie over de WMO in relatie tot eenzaamheid volgens 'Movisie' gevonden op 24 juni 2014 op:

[http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Verkenning%20Eenzaamheid%20\[M OV-315712-0.4\].pdf](http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Verkenning%20Eenzaamheid%20[M OV-315712-0.4].pdf)

Bijlage 1

NIEUWEGEIN, 07-02-2013

Betreft:

a test
Mondriaanlaan 7
3431GA Nieuwegein
geb.datum: 01-01-2001
Verzekering: ()
Huisarts: H.A.M. Asbreuk

Welzijnsrecept

- **NATUUR**
- **IN BALANS; lichaam & geest**
- **ONTDEKKEN & DOEN**
- **BEWEGEN MET PLEZIER**
- **KUNST & CULTUUR**
- **SMAKELIJKE ONTMOETINGEN**

Verwezen door:

.....

Handtekening zorgverlener

Zo kunt u zich aanmelden:

E-mail: aanmelding@movactor.nl
Telefoon: 030- 6033748
Vermeld hierbij welzijn op recept.

- Ik geef toestemming om aan mijn zorgverlener door te geven dat ik start en stop met een activiteit

Handtekening deelnemer

PS. Neem dit recept mee naar MOvactor of de welzijnscoach

Bijlage 2

Wat ga ik onderzoeken?

Vanuit verschillende invalshoeken wil ik de ervaringen met de WMO, Welzijn Nieuwe Stijl en Welzijn op Recept (WOR) in kaart brengen.

In 2007 is er een nieuwe wet ingevoerd: de Wet op Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het centrale doel is dat elke burger kan meedoen in de samenleving, zowel de kwetsbare als de weerbare burgers. Mensen zijn in principe zelf verantwoordelijk voor het nemen van stappen als zij ondersteuning nodig hebben. Met als uitgangspunt dat problemen opgelost worden met behulp van hun persoonlijk netwerk.

Deze wet bracht een aantal veranderingen met zich mee die invloed hebben op de manier van denken en doen, ook wel de kanteling genoemd.

Welzijn op Recept (WOR) is een project dat goed aansluit bij deze kanteling. Daarom hoor ik graag ervaringen van mensen die te maken hebben met de WMO, Welzijn Nieuwe Stijl en / of werken met WOR.

Ik ben benieuwd in hoeverre de WMO, Welzijn Nieuwe Stijl en WOR invloed heeft op de groep eenzamen en sociaal geïsoleerden.

Wat vraag ik van u?

Graag interview ik u voor dit onderzoek. Ik kom naar u toe om het interview af te nemen. Het interview duurt maximaal een uur. U krijgt het uitgewerkte interview als eerste te lezen, zodat u eventueel nog aanvullingen of aanpassingen kan maken. Pas na uw goedkeuring gebruik ik het interview in mijn afstudeer onderzoek.

Voorbeeldvragen

Wat wil ik dan graag van u weten? De vragen zullen gaan over uw ervaringen met de WMO, Welzijn Nieuwe Stijl en 'Welzijn op Recept'. Dit altijd met betrekking tot eenzaamheid en sociaal isolement.

Voorbeelden van vragen zijn:

- Welke knelpunten ondervindt u bij de preventie en vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement?
- Welke ervaringen heeft u met de veranderingen die zijn doorgevoerd door de WMO met betrekking tot eenzaamheid en sociaal isolement?
- Welke ervaringen heeft u met de toepassing van de acht bakens horend bij 'Welzijn Nieuwe Stijl' in relatie tot het werken met de groep eenzamen en sociaal geïsoleerden?
- Welke ervaringen heeft u binnen de pilot 'WOR' met betrekking tot de groep eenzamen en sociaal geïsoleerden?