

“Iets meer bezoek zou ik wel willen, maar ze moeten mij ook willen.”

**Sociaal isolement en eenzaamheid
onder ouderen in zorginstellingen.**

Bachelorscriptie ASW

2009-2010

Amanda de Bruyn

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	4
Hoofdstuk 1: De probleemstelling	5
1.1 Inleiding	6
1.2 Doelstelling	7
1.3 Vraagstelling	8
1.4 Deelvragen	8
1.5 Metenschappelijke en maatschappelijke relevantie	9
1.6 ASW invalshoek	10
1.7 Opdrachtgever en onderzoekslocatie	11
Hoofdstuk 2: Literatuurstudie	12
2.1 Inleiding	13
2.2 Sociaal kapitaal en sociale competenties	14
2.3 Eenzaamheid en SI: definities	16
2.4 Eenzaamheid en SI: achtergrondfactoren	18
2.5 Eenzaamheid en SI bij ouderen in zorginstellingen	19
2.6 Interventies	20
2.7: Conclusie	23
Hoofdstuk 3: Opzet en uitvoering van het onderzoek	26
3.1 Inleiding	27
3.2 Type onderzoek	27
3.3 Methode van dataverzameling	28
3.4 Onderzoeksinstrument	29
3.5 Onderzoekseenheden	30

3.6 Verloop van het onderzoek	32
3.7 Analyse van het materiaal	33
3.8 Betrouwbaarheid en validiteit	34
Hoofdstuk 4: Resultaten en analyse	37
4.1 Inleiding	38
4.2 De sociale contacten van bewoners	38
4.3 Sociaal isolement en eenzaamheid	44
4.4 De sociale competenties van bewoners	48
4.5 Het welzijnsbeleid van de zorginstelling	53
Hoofdstuk 5: Conclusie	62
Hoofdstuk 6: Discussie	69
6.1 Inleiding	70
6.2 Reflectie	70
6.3 Beperkingen	72
6.4 Aanbevelingen	73
Literatuur	77

Voorwoord

Ze waren openhartig en wel bespraakt. Ze ontroerden me met hun bijzondere verhalen, vol luchtige details en zware stiltes...

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om alle mensen te bedanken die mij geholpen hebben bij de uitvoering van mijn onderzoek. Er waren veel mensen die tijd voor mij vrijmaakten zodat ik mijn onderzoek zo goed mogelijk kon doen.

Zorginstelling Tabitha zette alle deuren voor mij open. Ik ben jullie hier erg dankbaar voor. Ik heb in heel veel vrijheid mijn onderzoek kunnen doen. Ik wil alle medewerkers bedanken die hiertoe bijgedragen hebben. Ik heb met een aantal van jullie interessante gesprekken gevoerd, waarin steeds weer een andere focus op de thematiek werd gelegd. Het heeft het onderzoek veel goed gedaan.

Bedankt, bewoners van Tabitha voor jullie openhartigheid. Ik was nieuwsgierig naar jullie verhaal en mijn nieuwsgierigheid is gestild. Bedankt voor jullie vertrouwen in mij. Tevens heb ik foto's van jullie mogen maken. Ik heb ze in mijn scriptie verwerkt. Ik wil daarmee laten zien dat ik mijn onderzoek op mensen gericht heb, op mensen met een eigen gezicht en een uniek verhaal.

Als laatste gaat mijn dank uit naar Ruud Gratama, die de mooie portretten maakte van de bewoners. En natuurlijk naar Anja Machielse, bedankt voor de begeleiding het afgelopen jaar, voor alle tijd die u stak in het lezen van mijn stukken en het geven van waardevolle feedback.

Bedankt!

Hoofdstuk 1: De probleemstelling



1.1 Inleiding

Door mijn werk als verpleegassistent in woon- en zorgcentrum Tabitha in Den Haag, kom ik geregeld in contact met de ouderen daar. Door toedoen van bepaalde omstandigheden zijn deze ouderen naar de zorginstelling verhuisd. Voor de meesten bood dit uitkomst, vooral omdat zij nu geholpen kunnen worden bij de dingen die zij zelf niet meer konden. Sommigen wonen nu dichtbij de kinderen. Anderen zijn gelukkig doordat ze 'maatjes' vonden in de medebewoners van het huis. Toch is er ook een groep onder hen die zich ongelukkig voelt. Gevoelens van eenzaamheid en verdriet komen helaas bij veel mensen in verzorgingshuizen voor (De Klerk, 2005). Veel van deze mensen blijken weinig tot geen aansluiting te hebben gevonden bij medebewoners en het contact met familie en kennissen verloopt soms stroef. Deze mensen sluiten zich soms af van de buitenwereld. Het is een triest beeld, mensen die hele dagen op hun kamer doorbrengen, bijna zonder een mens te zien. De levenslust is vaak zoek en mensen achten zichzelf niet in staat om op eigen kracht de situatie te veranderen.

Het hebben van waardevolle sociale contacten beïnvloedt het welzijn van mensen positief. Het kan zelfs gezien worden als een elementaire levensbehoefte (Hortulanus et al, 2003). Mensen hebben de waardering en erkenning van anderen nodig om zelfrespect en zelfvertrouwen op te bouwen. Mensen uit het persoonlijke netwerk kunnen deze waardering geven. Wanneer dit contact er niet - voldoende - is of in kwaliteit tekort schiet, kan er gesproken worden van eenzaamheid of sociaal isolement.

De begrippen eenzaamheid en sociaal isolement worden vaak door elkaar gebruikt. Toch impliceren zij twee verschillende vormen van problematiek. Mensen die sociaal geïsoleerd zijn, beschikken over weinig of geen sociale contacten. Belangrijk hierbij is dat dit gegeven als een gemis wordt ervaren (Hortulanus et al, 2003). Mensen die eenzaam zijn beschikken vaak wel over sociale relaties, maar deze relaties voldoen inhoudelijk niet aan de wensen. Er wordt als het ware een discrepantie ervaren tussen de relaties en de kwaliteit van deze relaties zoals men deze het liefst zou zien (Hortulanus et al, 2003).

Ik vraag mij af hoe en waarom mensen sociaal geïsoleerd of vereenzaamd raken. Om een antwoord op deze vraag te kunnen geven, moet ik factoren achterhalen die bijdragen aan het ontstaan van sociaal isolement en eenzaamheid, specifiek bij de groep ouderen in zorginstellingen. Ook vraag ik mij af, hoe mensen de eigen situatie beleven en hoe zij denken dat hun welzijn zou kunnen verbeteren, als dat al zou kunnen.

Er is de laatste jaren onderzoek gedaan naar eenzaamheid en sociaal isolement. Toch is er tot op heden weinig literatuur te vinden over sociaal isolement en eenzaamheid bij ouderen in zorginstellingen. En daar wil door middel van dit onderzoek verandering in aanbrengen.

1.2 Doelstelling

Eenzaamheid komt voor in alle lagen van de bevolking. Iedereen maakt gebeurtenissen mee in zijn of haar leven die gevoelens van eenzaamheid tot gevolg kunnen hebben. Voorbeelden hiervan zijn: een echtscheiding, het gemis van een geliefde of het verhuizen naar een andere stad. De meeste mensen komen de gevoelens van eenzaamheid na verloop van tijd te boven. Helaas zijn er ook mensen bij wie dit niet lukt.

Het is van belang de factoren te achterhalen die er bij deze mensen voor zorgen dat zij de gevoelens niet meer te boven komen. In zorginstellingen zijn eenzaamheid en sociaal isolement een relatief groot probleem. Zo blijkt uit onderzoek

dat 40% van de ouderen in instellingen ontevreden is over de sociale contacten die er zijn. Daarnaast geeft 25% aan, niemand te hebben om écht mee te praten (De Klerk, 2005).

Het doel van mijn onderzoek is dan ook; inzicht krijgen in de factoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan van eenzaamheid en dan in het bijzonder bij ouderen in zorginstellingen. Dit doel hoop ik te kunnen verwezenlijken door inzicht te krijgen in de betekenisgeving van de ouderen zelf. Hoe zien zij hun sociaal geïsoleerde leefsituatie en waaraan wijten zij het ontstaan hiervan? Door de ouderen te bevragen over hun eigen situatie, zullen zij, zo veronderstel ik, zelf factoren blootleggen die voor hen persoonlijk hebben bijgedragen aan het ontstaan van het probleem.

Het doel van dit onderzoek is dus allereerst kennisvermeerdering. Tevens is het onderzoek praktijkgericht. De opgedane kennis zal namelijk toegepast kunnen worden in de praktijk. Aan de ouderen zal ook gevraagd worden hoe zij denken over de mogelijkheden die er zijn, ter verbetering van hun situatie. Hun ideeën over verbetering van de situatie en eventuele interventies kunnen als handvatten ter verbetering van het beleid in de zorginstelling worden aangedragen.

1.3 Vraagstelling

Voor dit onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Welke factoren dragen bij aan het ontstaan van sociaal isolement onder ouderen in zorginstellingen, hoe wordt de sociaal geïsoleerde of eenzame situatie beleefd en welk beleid voert de zorginstelling om de problematiek te reduceren of tegen te gaan?

1.4 Deelvragen

Deelvragen voor de literatuurstudie

1. Wanneer is er sprake van sociaal isolement? Welke indicatoren worden gebruikt om sociaal isolement te signaleren?
2. Wat is er bekend over sociaal isolement in zorginstellingen voor ouderen in Nederland?
3. Welke factoren dragen bij aan het ontstaan van sociaal isolement, specifiek geldend voor ouderen in zorginstellingen?
4. Wat is er bekend over interventies die het ontstaan van sociaal isolement tegengaan, of die ingezet kunnen worden om het isolement te reduceren?

Deelvragen voor het empirisch onderzoek

1. Met wie hebben bewoners van de zorginstelling voornamelijk contact? Hoe is dit contact tot stand gekomen en hoe worden de contacten gewaardeerd?
2. Is er sprake van sociaal isolement en eenzaamheid in de zorginstelling? Hoe beleven de sociaal geïsoleerde of eenzame bewoners hun situatie?
3. Zijn er verschillen in competenties en vaardigheden die invloed hebben op de contacten van bewoners?
4. Welke beleid voert de zorginstelling met betrekking tot inhuizing van nieuwe bewoners en het waarborgen van sociaal welzijn van de bewoners. En hoe wordt dit beleid door de bewoners gewaardeerd?

1.5 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek zal vooral zijn: kennis toevoegen aan het al bestaande kader van kennis met betrekking tot sociaal isolement en eenzaamheid. Dit thema wordt vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines bestudeerd en er is dan ook al redelijk veel kennis beschikbaar over het onderwerp sociaal isolement. Er zijn reeds theorieën ter verklaring van het fenomeen. Er is

onderzoek gedaan naar verschillende doelgroepen die te maken hebben met sociaal isolement en eenzaamheid. Toch is er over de specifieke situatie met betrekking tot eenzaamheid en sociaal isolement in zorginstellingen nog weinig literatuur voor handen. Wanneer men zich bezighoudt met onderzoek naar sociaal isolement bij ouderen, ligt de focus vaak op nog thuiswonenden (De Klerk, 2005). Ik veronderstel dat er sprake zal zijn van andere betekenisgeving aan sociaal isolement bij thuiswonenden en ouderen die in een instelling wonen. Het is daarom dat ik een grijs gebied veronderstel binnen de beschikbare wetenschappelijke kennis, wanneer het gaat om de verklaring van sociaal isolement onder ouderen in zorginstellingen.

Maatschappelijke relevantie

Ik zal door toedoen van dit onderzoek inzicht verschaffen in de ontstaansfactoren van sociaal isolement en eenzaamheid. Een overzicht van de ontstaansfactoren zou op zijn beurt uiteindelijk bij kunnen dragen aan de reductie van de problematiek. Dit heeft voornamelijk betrekking op het beleid van de zorginstelling inzake problematiek rond eenzaamheid en sociaal isolement. Wat kan een zorginstelling doen om het probleem te bestrijden? Welke interventies kunnen zij inzetten om de problematiek onder de bewoners tegen te gaan en terug te dringen? Ook het antwoord op de vraag: hoe kan het probleem beter en vaker gesignaleerd worden in de zorgpraktijk, kan bijdragen aan het terugdringen van de problematiek.

Meer kennis van de problematiek zal hopelijk leiden tot herkenning van eenzaamheid en sociaal isolement bij de bewoners. Met deze kennis in pacht kan dus gewerkt worden aan oplossingen. Het onderzoek zal het verzorgingshuis handvatten aanreiken. Deze handvatten bevatten inzicht in de problematiek en zullen aansturen op bepaalde interventies. De zorginstelling is bij dit onderzoek dus gebaat, doordat hierdoor betere zorg op maat geleverd kan worden. Uiteindelijk zal dan de situatie van eenzame en sociaal geïsoleerde bewoners verbeterd kunnen worden.

1.6 ASW invalshoek

Het probleem van sociaal isolement is bij uitstek een onderwerp dat belicht kan worden vanuit een interdisciplinair perspectief. Op het eerste gezicht lijkt sociaal isolement een individueel probleem. Toch blijkt na voorbereidend literatuuronderzoek al snel dat sociaal isolement te verklaren is als een product van interactie van individuele factoren en sociale processen (Machielse, 2006). Om goed inzicht te kunnen krijgen in de problematiek dient deze interactie goed in ogenschouw genomen te worden. Individuele factoren die met dit thema verbonden zijn, zijn bijvoorbeeld: karaktereigenschappen, sociale competenties en psychologische problematiek of psychopathologie. Sociale factoren zijn bijvoorbeeld: sociale participatie, sociaal kapitaal, burgerschap en individualisering. Wanneer deze factoren in de literatuurstudie uitgebreider aan bod komen, komt ook de verwevenheid naar voren, van individuele factoren in een maatschappelijke context.

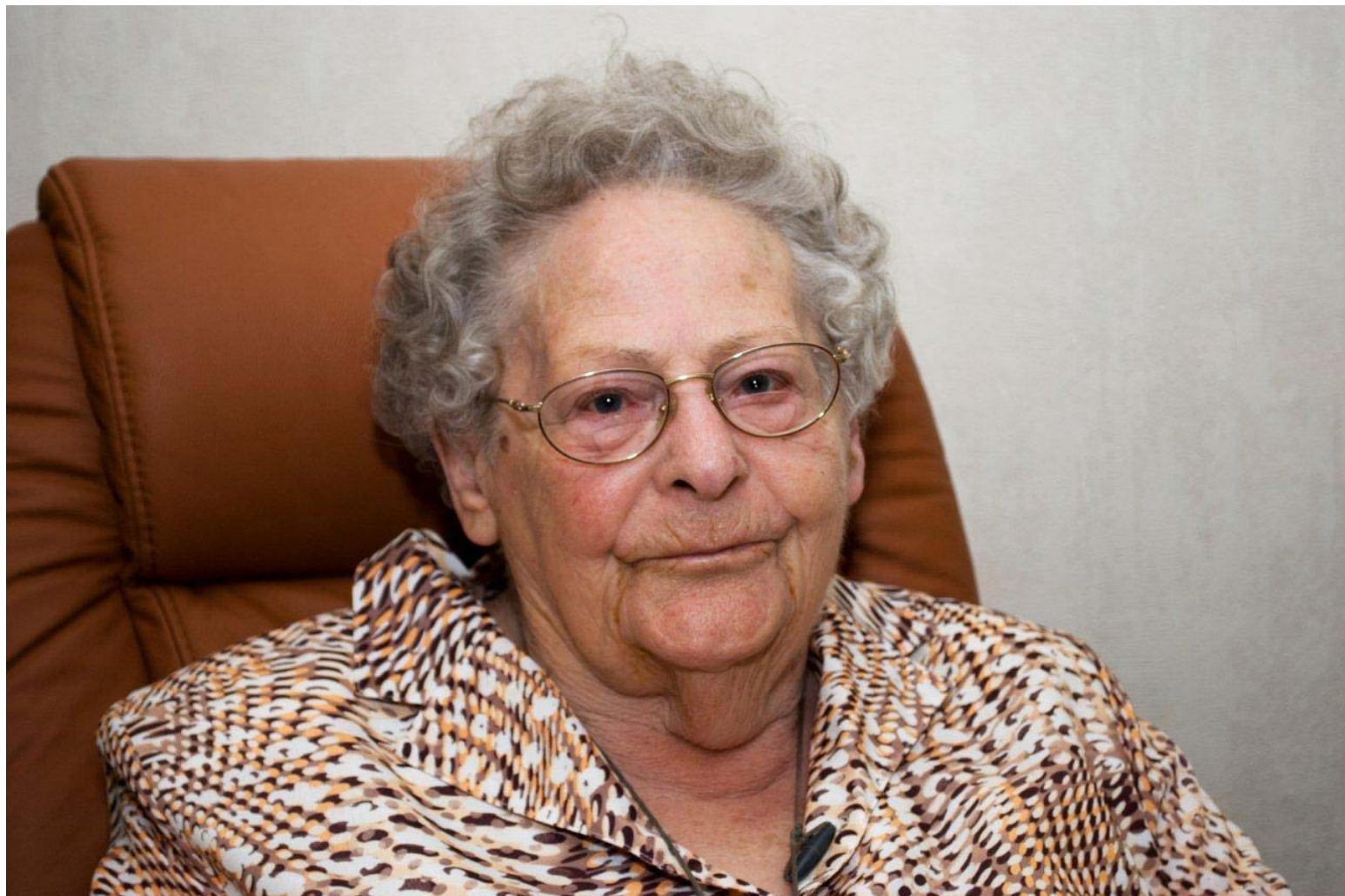
Een andere kenmerk van ASW is de probleemgerichtheid. Hiermee wordt bedoeld: het met wetenschappelijke kennisverbreding bijdragen aan oplossingen voor maatschappelijke kwesties. Het gaat hier om kwesties die zich bij mensen, groepen mensen of in de samenleving op zich voordoen. Al met al draait het om het genereren van kennis vanuit een interdisciplinair perspectief om van hieruit bij te kunnen dragen aan de verbetering van sociaal beleid.

1.7 Opdrachtgever en onderzoekslocatie

Ik zal mijn onderzoek toespitsen op één specifieke zorginstelling in Den Haag. Namelijk Cardia- locatie Tabitha. Cardia is een koepelorganisatie die vijf zorginstellingen in de regio Den Haag omvat. Tabitha is een Protestants Christelijk woon- en zorgcentrum waar zo'n 120 ouderen wonen. De meesten van hen wonen relatief zelfstandig. Iedere bewoner heeft een eigen kamer. Er is altijd verplegend personeel aanwezig in huis. Doordat de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de bewoners onderling sterk varieert, maakt de één in praktijk meer gebruik van het zorgaanbod dan de ander.

Omdat ik enige tijd werkzaam ben geweest in deze zorginstelling heb ik hier verschillende contacten, zowel met bewoners als met het zorgpersoneel. Ook ken ik de cultuur van het huis enigszins. Ik heb voor het onderzoek contact opgenomen met Mevrouw Pijl, zij is de locatiemanager van Tabitha. Ik heb van haar toestemming gekregen om mijn onderzoek in Tabitha uit te voeren.

Hoofdstuk 2: Literatuurstudie



2.1 Inleiding

De problematiek rond eenzaamheid en sociaal isolement komt in alle lagen van de bevolking voor. Maar wanneer is er nu sprake van sociaal isolement of eenzaamheid? Hoe worden de begrippen gedefinieerd? Deze vragen zullen in paragraaf 2 en 3 van dit hoofdstuk beantwoord worden.

Ik zal in paragraaf 4 en 5 ingaan op de theorieën over eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen en ik zal statistische gegevens presenteren die betrekking hebben op het welzijn van ouderen in zorginstellingen.

Als er zicht is gekomen op de oorzaken van sociaal isolement en eenzaamheid bij ouderen in zorginstellingen, is er aandacht voor interventies die zich richten op deze problematiek. Wat is er reeds bekend over de implementatie van interventies die sociaal isolement tegen willen gaan of trachten te reduceren. Hoe zijn deze interventies geëvalueerd? Deze vragen zullen beantwoord worden in paragraaf 6.

Tot slot volgt een conclusie die inzicht verschaft in de problematiek rond eenzaamheid en sociaal isolement. Welke theorieën bieden inzicht in sociaal isolement en eenzaamheid en welke factoren dragen bij aan het ontstaan en de instandhouding van de problematiek? Ik zal antwoord geven op de vraag waarom ouderen (in zorginstellingen) een risicogroep vormen voor sociaal isolement en eenzaamheid. Ik zal afsluiten met de beantwoording van mijn hoofdvraag. En tevens zal ik bekijken of de bespreking van de aanwezige literatuur afdoende is geweest.

Waar schiet de literatuur te kort om de specifieke situatie voor woonzorgcentra te beschrijven?

2.2 Sociaal kapitaal en sociale competenties

Een mens is van nature een sociaal wezen. Het hebben van sociale contacten kan gezien worden als een elementaire levensbehoefte. Uit onderzoek blijkt dat het hebben van sociale contacten het welzijn van mensen positief beïnvloed. Dit komt voort uit het feit dat mensen er onder andere zelfvertrouwen en zelfrespect aan ontleen (Hortulanus et al, 2003). Mensen kunnen het gevoel hebben door hun sociale netwerk onvoorwaardelijk gesteund te worden. Dit is voor veel mensen een fijn idee, het gevoel dat er mensen achter hen staan, wanneer er tegenslagen te verduren zijn. Ook kunnen mensen in de sociale omgeving bijdragen aan de bevestiging van iemands identiteit (Gray, 2008), door het gevoel uit te dragen dat iemand 'er bij' hoort. Wanneer mensen zich met elkaar kunnen identificeren kan dit leiden tot een gevoel van verbroedering en saamhorigheid. Een laatste voorbeeld van een positief kenmerk van sociale contacten is de mogelijkheid tot het ontvangen van feedback (Gray, 2008). Dit steunt mensen bijvoorbeeld bij het maken van keuzes.

Alle sociale contacten die een mens bezit en onderhoudt worden bij elkaar ook wel het sociaal kapitaal van iemand genoemd. Gesteld kan worden dat dit de mate is waarin mensen voelen dat zij kunnen rekenen op sociale, emotionele en praktische steun in het dagelijks leven (Gray, 2008). Sociale steun is de mogelijkheid om samen activiteiten te ondernemen. Het gaat hier echt om het sociale aspect. Emotionele steun is het gevoel dat je krijgt doordat anderen affectie tonen, je het gevoel geven bijzonder te zijn en het hebben van de mogelijkheid om vertrouwelijkheden te kunnen delen. Praktische steun is concrete hulp, in handen, middelen of financiën (Hortulanus et al, 2003).

Putnam (2000) ziet sociaal kapitaal als een algemeen goed, gebaseerd op waarden en vertrouwen. Het sociaal kapitaal van mensen heeft de laatste jaren een andere vorm aangenomen, aldus Putnam. Voorheen werd men in een bepaald milieu

geboren en op basis van geboorte nam men deel aan sociale netwerken. In wezen is dit niet veranderd, maar men is nu over het algemeen mobieler om zich tussen de netwerken te bewegen. Tevens wordt dit in een bepaalde mate van mensen verwacht. Vroeger nam familie in veel gevallen een belangrijke plaats in in iemands sociale netwerk, verder hoorde je meestal bij een bepaalde kerk en een verenging. Al deze netwerken waren in het dorp of de stad waar je woonde ook weer onderling met elkaar verweven. Door individualisering is de vanzelfsprekendheid van deze netwerken afgenomen (Gray, 2008).

Er zijn veel uiteenlopende definities van individualisering en ook leven er verschillende ideeën rondom het feit of individualisering gezien moet worden als een positieve of een negatieve ontwikkeling. Over het algemeen is men het er over eens dat individualisering inhoudt dat individuen lossen komen te staan van traditionele sociale verbanden. Ook neemt de vanzelfsprekendheid van normen en waarden die door mensen onderling gedeeld worden af. Als individualisering gezien wordt als een positieve ontwikkeling, wordt er vaak gewezen op de toegenomen individuele vrijheid (Machielse, 2006). Mensen hebben zich losgemaakt van knellende sociale banden. Daarentegen kan individualisering ook negatief beoordeeld worden en dan wordt gewezen op het feit dat mensen loskomen van integrerende sociale structuren. Dit zou tot gevolg hebben dat de solidariteit en samenhang tussen mensen afneemt. Beck benadrukt dit ook, hij ziet de moderne maatschappij als een risicomaatschappij (Beck, 1986, 1988, 1998, zoals geciteerd in Machielse, 2006), waarin mensen te maken krijgen met onvoorspelbaarheid en fundamentele onzekerheid.

Al met al blijkt dat individuen zich op een nieuwe manier zijn gaan verhouden tot de samenleving (Machielse, 2006). Dit heeft tot gevolg dat het aangaan van sociale contacten in de moderne tijd meer eigen initiatief vereist. Mensen worden aangesproken op de eigen capaciteiten. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het feit dat de relevantie van niet-familiaire contacten is toegenomen (Gray, 2008). De nadruk is sterker komen te liggen op 'gekozen' vrienden.

Om sociale relaties aan te gaan en in stand te houden hebben mensen bepaalde sociale competenties nodig. “Deze competenties zijn te onderscheiden in

verschillende componenten. Allereerst moet men gebruik kunnen maken van kennis en beschikken over sociale vaardigheden. Daarnaast moet men een attitude kunnen bepalen, mede op grond van morele overwegingen” (Appelhof, 2002: 6). Onder kennis en vaardigheden kunnen zelfsturing, communicatief handelen en oplossingsgericht handelen worden verstaan (ibid: 8). Onder attitude: zelfvertrouwen, betrokkenheid en inzet (ibid: 8). Hieruit is af te leiden dat wanneer mensen deze kennis en vaardigheden, met de juiste attitude, in geschikte situaties kunnen toepassen, sociale participatie mogelijk wordt. Zo wordt in principe van mensen verwacht dat zij sociaal vaardig zijn en dus weten hoe zij dienen te handelen om relaties aan te gaan en op een gezonde manier in stand te houden. Bourdieu (1997, zoals geciteerd in Gray, 2008) stelt dat het sociaal kapitaal gezien kan worden als het resultaat van individuele actie. Mensen kiezen zelf met wie ze omgaan, met wie ze zich verbonden willen weten en met wie ze zich willen kunnen identificeren. Waar deze individuele input uiteindelijk in resulteert is afhankelijk van de kwaliteit van de input en de reactie daarop van de omgeving.

Een belangrijk punt dat hier nog bijkomt, is dat de sociale netwerken waar we deel van uitmaken vaak onderling niet meer met elkaar verbonden zijn. Dit heeft tot gevolg dat we in ons leven diverse sociale rollen naast elkaar vervullen. Het kost veel energie om ons in alle sociale groepen; bij familie, op het werk, bij vrienden en in de buurt, staande te kunnen houden. Bij elke groep heersen andere normen en verwachtingen en dienen we dus een andere rol aan te nemen (Machielse, 2003).

Mensen die minder sociaal vaardig zijn hebben het dus moeilijker om een sociaal netwerk op te bouwen en in stand te houden. Dat de vanzelfsprekendheid van de sociale netwerken is afgenomen is één ding, daar komt bij dat mensen meer dan ooit te voren verbindingen in de samenleving nodig hebben om invulling aan het leven te kunnen geven (Machielse, 2006). Ook de overheid verwacht van haar burgers een bepaalde inzet, ook wel nader te definiëren als actief burgerschap. Mensen dienen ten volle in de samenleving te participeren en dus actief deel te nemen in formele en informele netwerken (Putnam, 2000).

2.3 Eenzaamheid en sociaal isolement: definities

Uit de vorige paragraaf valt op te maken dat de overheden van moderne, geïndividualiseerde samenlevingen een beroep op hun burgers doen om te participeren. Deze participatie is tevens gewenst omdat uit onderzoek blijkt dat sociale contacten voor mensen van groot belang zijn. Zij bevorderen het welzijn van mensen, doordat er gerekend kan worden op emotionele, sociale en praktische steun (Hortulanus et al, 2003). Als het mensen ontbreekt aan deze vormen van steun kan gesproken worden van sociaal isolement of eenzaamheid. Deze begrippen worden vaak door elkaar gebruikt, toch impliceren zijn twee verschillende vormen van problematiek. Ik zal de termen daarom hieronder nader definiëren.

Eenzaamheid: Ik ga hier uit van de definitie van De Jong-Gierveld: “Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde relaties”. Uit deze definitie is af te leiden dat eenzaamheid een subjectief begrip is. Het is het gevoel dat iemand heeft over zijn eigen sociale situatie. Daarnaast wordt er in deze definitie van uit gegaan dat eenzaamheid een negatieve emotie en een ongewenste situatie is. Tot slot gaat het dus niet om het aantal relaties, maar ook om de kwaliteit hiervan. Deze kwaliteit is slechts te beoordelen door de persoon zelf (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007 :9).

Eenzaamheid kent verschillende uitingsvormen. Zo onderscheidde Weiss (1973, zoals geciteerd in Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007: 14) emotionele en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid is het gevoel dat ervaren kan worden bij een gebrek aan een hechte emotionele/intieme band. Emotionele eenzaamheid treedt dus logischerwijs vaker op bij ouderen, bijvoorbeeld na het verlies van de partner. Mensen kunnen welliswaar een goede band hebben met de kinderen en kennissen, maar door het wegvallen van de partner kan toch een sterk gevoel van eenzaamheid ervaren worden. Sociale eenzaamheid kan optreden bij het ervaren gevoel van gemis aan betekenisvolle contacten met een bredere groep mensen. Hiermee worden vrienden, kennissen en bijvoorbeeld burens bedoeld. De woonleefsituatie kan een factor zijn die bijdraagt aan het ontstaan van sociale eenzaamheid.

Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan het ervaren gevoel van eenzaamheid naar aanleiding van een verhuizing (Fokkema & Van Tilburg, 2005).

Sociaal isolement: “Er is sprake van sociaal isolement als iemand weinig tot geen betekenisvolle contacten heeft en zich hierdoor eenzaam of ongelukkig voelt” (Machielse, 2006: 4). Het gaat hier dus om zowel de objectieve omvang van iemands sociale netwerk, alsmede de subjectieve beleving van het gemis van sociale contacten.

Uit onderzoek blijkt dat een derde van de mensen in Nederland de kans loopt om sociaal geïsoleerd te raken, bij een deel van deze groep (6%) is dit reeds gebeurd (Hortulanus et al, 2003). Daarnaast blijkt dat 22% van de mensen wel deel uitmaakt van een of meerdere sociale netwerken, maar zich toch eenzaam voelt. Tevens blijkt dat mensen die eenzaam of sociaal geïsoleerd zijn, zichzelf op het sociale vlak ook minder competent voelen. Dit komt onder andere tot uitdrukking in een laag zelfvertrouwen, het beschikken over weinig sociale vaardigheden en een minder doeltreffend oplossend vermogen (Hortulanus et al, 2003).

Tot slot dient er nog een kanttekening gemaakt te worden. Sociaal isolement en eenzaamheid moeten niet gezien worden als statische concepten. Dit houdt in dat mensen niet hun hele leven sociaal geïsoleerd of eenzaam hoeven en zullen zijn. Het geeft wel een bepaalde tendens weer, een neergaande ontwikkeling van iemands welzijn (Schuijt-Lucassen, 2006). Dit impliceert tevens dat deze neergaande ontwikkeling omgezet kan worden in iets positiefs en dus weer kan leiden tot sociale participatie of een verbeterd welzijn. Dit vraagt wel veel, juist van mensen die niet (meer) over genoeg competenties beschikken om sociaal te kunnen participeren.

2.4 Eenzaamheid en sociaal isolement: achtergrondfactoren

Eenzaamheid en sociaal isolement zijn te verklaren aan de hand van maatschappelijke processen en persoonlijke eigenschappen, waaronder bepaalde competenties die mensen in staat stellen sociale contacten te onderhouden. Dit gegeven biedt een verklaring voor het feit dat de problematiek voorkomt onder mensen van alle leeftijdscategorieën. Toch blijkt uit onderzoek dat ouderen een

vergrote kans hebben om sociaal geïsoleerd te raken (Hortulanus, 2003, Begemann, 2004). Schuijt-Lucassen (2006) deed onderzoek bij ouderen in Amsterdam, naar de samenhang tussen sociaal isolement, depressie en het verlies van regie over eigen leven. Zij tekende een profiel op van de risicofactoren die bijdragen aan het ontstaan van sociaal isolement bij ouderen.

Allereerst blijkt het sociaal kapitaal van ouderen met de jaren sterk af te nemen. Dit is logisch te verklaren aan de hand van het feit dat generatiegenoten overlijden. Het verliezen van de partner wordt vaak als het meest ingrijpend ervaren. Zo blijkt ook uit Gray (2008); het laagste sociaal kapitaal wordt gevonden onder alleenstaande ouderen, vooral onder hen die altijd met een partner samen geleefd hebben. Ook is uit onderzoek gebleken dat ouderen toch al een kleiner sociaal netwerk hebben, vergeleken met mensen uit andere leeftijdscategorieën. Een verklaring voor dit feit wordt gezocht in bijvoorbeeld de hoeveelheid energie die gestoken moet worden in de contacten, om ze op peil te houden. De leeftijd en de afnemende gezondheid spelen hier dan parten. Net als het feit dat ouderen angstig worden om de 's avonds de straat op te gaan. Bij elkaar op bezoek gaan wordt op deze manier beperkt tot overdag (Schuijt-Lucassen, 2006). Het is niet het geval dat een kleiner wordend sociaal netwerk garant staat voor het ontstaan van sociaal isolement of eenzaamheid. Mensen moeten in dit geval een gemis aan sociale, emotionele en/of praktische steun ervaren. Mensen kunnen in veel gevallen een klein netwerk hebben en geen enkel gemis ervaren. Het is dus slechts een factor die kan bijdragen aan het ontstaan van de problematiek.

Een andere determinant voor het ontstaan van sociaal isolement die door Schuijt-Lucassen (2006) wordt aangedragen is het verlies van regie over het eigen leven. Dit blijkt vooral voor te komen onder ouderen vanaf 75 jaar. Het heeft er mee te maken dat het lichaam in veel gevallen gebreken gaat vertonen, er functiebeperkingen optreden en ook de subjectieve gezondheid achteruit gaat. Met de subjectieve gezondheid wordt bedoeld, hoe gezond iemand zich voelt, ongeacht of er sprake is van gezondheid of ziekte. Of het nu gaat om het objectieve feit dat de mensen niet meer 100% zelfstandig kunnen functioneren, of de afname van het geloof

in eigen kunnen, het zelfvertrouwen van de ouderen neemt hiermee in de regel af (Timmer & Aartsen, 2003 zoals geciteerd in Schuijt-Lucassen, 2006). Dit heeft tot gevolg dat de ouderen zichzelf in veel gevallen niet meer in staat achten om bepaalde acties te ondernemen. Hieronder valt ook het bijhouden van de sociale contacten. Ook blijkt dat de afname van het zelfvertrouwen negatieve invloed heeft op de welzijnssituatie van ouderen. Verwaarlozing van sociale contacten kan ook hiervan het gevolg zijn.

2.5 Sociaal isolement en eenzaamheid bij ouderen in zorginstellingen

Hierboven zijn een aantal factoren genoemd die sociaal isolement bij ouderen kunnen verklaren. Het is nu nog de vraag hoe de situatie in zorginstellingen is. In Nederland wonen om en nabij 150.000 mensen in verzorgings- en verpleeghuizen (De Klerk, 2005). De Klerk (2005) heeft onderzocht waarom mensen verhuizen naar een zorginstelling. De acuut verslechterde gezondheid is in veel gevallen de belangrijkste reden. Andere redenen zijn: eenzaamheid, dichter bij het sociale netwerk willen wonen, de vorige woning was niet langer geschikt om te blijven wonen, of dementie. Over het welzijn van mensen in verzorgings- en verpleegtehuizen zijn ook cijfers bekend, zij zijn ook afkomstig van het landelijk onderzoek (1150 respondenten afkomstig van 200 instellingen) van het SCP, door De Klerk (2005). Bij 17% van de ouderen in instellingen is het slecht gesteld met de geestelijke gezondheid, zij zijn hiervoor onder behandeling van een arts, specialist of psycholoog. Het sociale netwerk van de ouderen is ook in het onderzoek aan bod gekomen, daarbij bleek dat 60% tevreden was met deze sociale contacten. Het gaat dan zowel om de hoeveelheid sociale contacten als de ervaren kwaliteit ervan. Daarentegen geeft 25% van de tehuis bewoners aan niemand te hebben om écht mee te praten. Het sociale netwerk van de ouderen bestaat voornamelijk uit familieleden en daarnaast worden 'kennissen' benoemd, er is zelden sprake van 'vrienden'. Het is onduidelijk of het hier gaat om een verschil in benaming, of dat de mensen niet dermate dichtbij staan zodat zij kennissen blijven in plaats van vrienden worden. Familieleden, en dan vooral de eigen kinderen

zijn degenen die de ouderen het meeste bezoeken in de instellingen. 80% van de ouderen heeft een of meerdere kinderen. 13% van de ouderen wordt dagelijks door de familie bezocht, 67% wekelijks. Ruim 10% van de ouderen krijgt hooguit eens per maand bezoek (De Klerk, 2005).

Tot slot zijn er nog de sociale contacten binnen het verzorgingshuis zelf. 20% van de ouderen geeft aan nooit de recreatiezaal of ontmoetingsruimte te bezoeken. Redenen die hiervoor gegeven worden zijn vooral het niet op het gemak voelen of niemand kennen. De zorg die geleverd wordt, wordt over het algemeen goed gewaardeerd. 38% is tevreden over de geleverde zorg, maar vindt het verzorgend personeel desalniettemin te gehaast overkomen. 40% geeft aan dat er naar zijn of haar idee te weinig tijd is voor een praatje.

2.6 Interventies

Nu ik meer te weten ben gekomen over de oorzaken van het ontstaan van eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in zorginstellingen, vraag ik mij af hoe er met de aanwezige kennis op dit gebied wordt omgegaan. Zijn er reeds interventies bekend die eenzaamheid en sociaal isolement trachten te voorkomen of reduceren? Hoe zijn zij geëvalueerd?

Een belangrijke effectevaluatie is uitgevoerd door Fokkema & Van Tilburg (2005). Hierin wordt onder meer de implementatie van groepsactiviteiten in woonzorgcentra bekeken. Het onderzoek is uitgevoerd in een specifiek woonzorgcentrum. In dit woonzorgcentrum gingen steeds vaker geluiden op dat er behoefte was aan sociale activiteiten. Activiteitenbegeleiders pikten deze signalen op en startten het programma: 'Goed gezelschap in een groot huis'. Dit programma bestond uit twee gespreksgroepen en een dagelijks koffieuur. De gespreksgroepen werden geleid door de activiteitenbegeleiders. Het doel van de bijeenkomsten was "ouderen weer meer als 'persoon met een unieke levensloop', dan als 'bewoner' profileren" (Fokkema & Van Tilburg 2005: 2). Deze bijeenkomsten zijn net als het koffieuur voor iedereen vrij toegankelijk, al wordt tijdens de gespreksgroepen op een

meer nadrukkelijke wijze gewerkt aan de groepsbinding. De activiteiten zijn kleinschalig en gestreefd wordt om dit karakter vast te houden. Hier is bewust voor gekozen, “zo kan er structuur en richting gegeven worden aan de interacties, waardoor sociale drempels worden verlaagd” (ibid: 5). De activiteiten en de gezelligheid staan centraal, de focus wordt niet gelegd op de eenzaamheid. Het verbeteren van de onderlinge verbondenheid staat hoog in het vaandel en dit hoopt men te bereiken door een basis van onderling vertrouwen.

Het programma is geëvalueerd door middel van een vergelijkend experiment. Er is een experimentele groep ouderen die deelgenomen hebben aan de groepsactiviteiten en er is een controlegroep. Er is bij beide groepen een voormeting geweest, de ouderen hebben vragenlijsten ingevuld, met vragen die betrekking hebben op hun welzijn, sociale participatie en eenzaamheid. Uit het onderzoek valt op te maken dat de emotionele en sociale eenzaamheid binnen de experimentele groep sterk is gedaald en de eenzaamheid binnen de controlegroep zo goed als gelijk is gebleven. Het verschil in verandering bleek significant. De interventie heeft dus effect gehad.

Toch kunnen er een aantal verbeterpunten aangedragen worden. Deze zijn bedoeld ter verbetering van het programma ofwel ter aanvulling van het programma. Gedeeltelijk zijn deze verbeterpunten afkomstig uit het onderzoeksrapport zelf, zij worden door mij aangevuld met literatuur over interventies met betrekking tot eenzaamheid en sociaal isolement.

Het eerste punt van kritiek betreft de focus van de interventies. Deze ligt te sterk op sociale participatie. Het ging nadrukkelijk om het ontmoeten van nieuwe mensen. De oorzaak van de eenzaamheidsgevoelens van mensen wordt dan gezocht in het tekort aan sociale relaties. Dit gaat niet altijd op, immers er zijn veel mensen die veel sociale contacten hebben, maar die zich toch eenzaam voelen. Juist in zorginstellingen komt het voor, dat er mensen zijn die zich altijd met anderen omringen, om hun eenzaamheid juist te verbloemen (Fokkema & Dijkstra, 2009). Eenzaamheid is per definitie iets waar mensen zich voor schamen (Begemann, 2004). Een deel van de interventie zou zich hierop moeten richten. Bijvoorbeeld mensen leren omgaan met eenzaamheidsgevoelens (Fokkema & Dijkstra, 2009).

Ook dient er in de zorginstelling gewerkt te worden aan de deskundigheidsbevordering van het personeel (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Hoe kan het zorgpersoneel eenzaamheid en sociaal isolement beter en sneller signaleren en hoe dienen zij na signalering te handelen? Wanneer er antwoorden komen op deze vragen kan het personeel een rol gaan spelen bij de reductie van eenzaamheid en sociaal isolement. Dit kan bijvoorbeeld door bewoners op een andere manier te bejegenen. Door kleine aanpassingen kan er al meer persoonlijke aandacht gegeven worden. Op deze manier kan er beter op de behoefte van de bewoners worden ingespeeld (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Even een klein praatje maken, vragen hoe het met iemand gaat of een arm om iemand heen slaan die het moeilijk heeft. Het kan een groot verschil maken.

Het is ook van belang de familie en kennissen van bewoners beter bij de zorginstelling te betrekken. Zo kan de band tussen hen en de oudere in stand blijven. Dit is in veel gevallen cruciaal. Uit een artikel over sociaal kapitaal van ouderen blijkt dat mensen die geregeld contact hebben met familie, het minste risico lopen te vereenzamen (Gray, 2008). De instelling zelf kan hier een actieve rol in spelen door bijvoorbeeld familieleden te betrekken bij activiteiten en door goed informatie te verstrekken over het wel en wee van de bewoners.

De overstap van de oude woning naar de zorginstelling dient beter begeleid te worden vanuit de instelling. De participanten van het onderzoek hebben aangegeven dat de overstap van de oude woning naar het verzorgingshuis hen zwaar is gevallen (Fokkema & Van Tilburg). Extra begeleiding voor hen die nieuw komen wonen in de zorginstelling is dan ook gewenst. Een idee dat geopperd werd is te beginnen met een gespreksgroep voor nieuwe bewoners. Deze interventie zou twee doelen kunnen dienen. De ouderen kunnen ergens terecht met hun vragen, onzekerheden en ervaringen. Ook wordt er op deze manier een mogelijkheid geboden om de ouderen vertrouwd te laten worden met elkaar. Op deze laagdrempelige manier wordt het aangaan van nieuwe sociale contacten misschien makkelijker.

2.7 Conclusie

Het hebben van sociale contacten geldt voor mensen als een elementaire levensbehoefte. Wanneer mensen zich in sociale netwerken bevinden, is dit ten gunste van hun welzijn. Dit komt door het feit dat zij door hun sociale contacten kunnen rekenen op steun uit hun omgeving, het gaat hierom sociale, emotionele en praktische steun.

Het is niet meer zoals vroeger vanzelfsprekend dat mensen hun leven in bepaalde traditionele sociale netwerken slijten. Dit is bijvoorbeeld te wijten aan individualiseringsprocessen, die de moderne samenleving hebben gemaakt tot een risicomaatschappij, aldus Beck. Mensen worden nu aangesproken op hun eigen initiatief om sociale banden aan te gaan. Dit is niet voor iedereen weggelegd. Er worden bepaalde sociale competenties verondersteld die sociale participatie mogelijk kunnen maken. Deze competenties omvatten kennis, sociale vaardigheden en het bepalen van de juiste attitude. Er zijn mensen die in mindere mate beschikken over deze sociale competenties. Voor hen zal het in de regel moeilijker zijn om sociale contacten aan te gaan en te onderhouden.

Mensen die over weinig of geen sociale contacten beschikken en dit als een gemis ervaren, worden gezien als sociaal geïsoleerden. Mensen die wel beschikken over deze contacten maar een discrepantie ervaren tussen de contacten en de gewenste kwaliteit van deze contacten, worden eenzaam genoemd.

Eenzaamheid en sociaal isolement komen voor in alle lagen van de bevolking. Toch hebben ouderen meer kans te vereenzamen. Dit is bijvoorbeeld te wijten aan de afname van hun sociaal kapitaal, doordat zij mensen in de directe omgeving verliezen of omdat het hen door lichamelijke gebreken te zwaar valt de contacten te onderhouden. Daarnaast kan door een afnemende gezondheid ook de regie over het eigen leven afnemen, het verwaarlozen van sociale contacten kan hiervan een gevolg zijn.

Het probleem van eenzaamheid en sociaal isolement komt veel voor in zorginstellingen. 40% van de ouderen is ontevreden over zijn of haar sociale netwerk, een deel daarvan heeft naar eigen zeggen niemand om écht mee te praten. Deze

mensen blijken vooral emotionele steun te missen. De verslechterende gezondheid, het verlies van de partner, de verhuizing, de sociale structuren in het verzorgingstehuis en het 'gehaaste' personeel kunnen factoren zijn die bijdragen aan het ontstaan van het sociale isolement of de eenzaamheid.

Wanneer interventies tegen eenzaamheid in zorginstellingen worden geïmplementeerd, dient rekening gehouden te worden met een aantal facetten. Zo dient eenzaamheid van mensen niet altijd gezocht te worden in een tekort aan sociale contacten. Ook moet er nadrukkelijk aandacht besteedt worden aan het betrekken van familieleden en kennissen bij het welzijn van de ouderen en dient de verhuizing naar een zorginstelling, van daaruit ook goed begeleid te worden.

Er blijkt al veel kennis te zijn op het gebied van sociaal isolement en eenzaamheid. Dat mensen sociaal geïsoleerd en vereenzaamd raken is te verklaren aan de hand van verschillende persoonskenmerken, waaronder het al dan niet beschikken over bepaalde competenties die sociale participatie mogelijk maken. Tevens krijgen mensen te maken met sociale processen, bijvoorbeeld individualisering.

De algemene verklaring voor sociaal isolement en eenzaamheid is tevens toepasbaar op de ouderen in zorginstellingen. Echter, er kunnen ook andere factoren een rol spelen. Zoals al bleek, zijn ouderen een risicogroep voor het ontstaan van de problematiek, daarom is het logisch dat sociaal isolement en eenzaamheid grote problemen zijn in zorginstellingen. Hier wonen immers veel ouderen bij elkaar. Ik weet nu welke factoren bij kunnen dragen aan het ontstaan van eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in zorginstellingen. Ik heb echter nog geen antwoord op de vraag hoe deze ouderen hun sociaal geïsoleerde of eenzame leefsituatie zelf beleven. De focus in deze literatuurbespreking lag op de theorie van de problematiek. Nu zal de focus verlegd worden richting de betekenisgeving van de sociaal geïsoleerden en eenzamen zelf.

Hoofstuk 3: Opzet en uitvoering van het onderzoek



3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik uiteenzetten hoe ik mijn onderzoek aangepakt heb. Bij het opzetten van een onderzoek moeten continu keuzes gemaakt worden. Zodra er een onderzoeksvraag is moet het onderzoek vormgegeven en systematisch opgezet worden. Bij mijn onderzoeksvraag paste een bepaald type onderzoek. Van daaruit heb ik een keuze moeten voor een methode voor het uitvoeren van dit onderzoek. In paragraaf 2 en 3 van dit hoofdstuk zal ik hier op ingaan. Vervolgens zal ik in paragraaf 4 en 5 respectievelijk toelichten welk onderzoeksinstrument ik gebuikt heb en wie mijn onderzoeksgroep was. Ik ga in op het verloop van het onderzoek in paragraaf 6. Hoe ik uiteindelijk mijn onderzoeksgegevens geanalyseerd heb is te lezen in paragraaf 7. Ik sluit af door in te gaan op de validiteit en betrouwbaarheid van mijn onderzoek, in paragraaf 8.

3.2 Type onderzoek

In de vraagstelling van dit onderzoeksproject staat de beleving en betekenisgeving van sociaal geïsoleerden centraal. Dit in ogenschouw nemend is de vraagstelling het beste te beantwoorden door middel van een kwalitatief onderzoek. In kwalitatief wetenschappelijk onderzoek wordt uitgegaan van het feit dat mensen betekenis geven aan hun omgeving en van hieruit handelen ('t Hart, 2005). Naar aanleiding van dit onderzoek zal ik uiteindelijk uitspraken kunnen doen over dit sociale vraagstuk, op basis van de betekenisgeving van de betrokken individuen zelf.

De verhalen, ervaringen en betekenisgevingen van individuen zijn dus het belangrijkste. Ik wilde onderzoek doen en de situatie bekijken vanuit het perspectief van de mensen die zelf geïsoleerd of vereenzaamd zijn. Deze benadering is interpretatief. Als onderzoeker wilde ik de betekenissen en gedragingen van mensen beschrijven en zo mogelijk begrijpen en verklaren ('t Hart, 2005). Hoe ervaren de mensen de eigen situatie? Zijn er overeenkomstigheden aan te wijzen in betekenissen

die de mensen geven aan hun situatie? Daarnaast wilde ik spreken met de verzorgenden en welzijnswerkers die met de mensen werken. Zo probeerde ik inzicht te krijgen in de mate waarin het probleem van sociaal isolement en eenzaamheid opgemerkt wordt. En hoe hier vervolgens in de praktijk mee omgegaan wordt.

3.3 Methode van dataverzameling

In mijn onderzoek staat de mens en zijn of haar verhaal centraal en daarom is het van het grootste belang dat dit verhaal in het onderzoek alle ruimte krijgt. De meest geschikte methode voor dit type onderzoek is het afnemen van open interviews. Open interviews kunnen op verschillende manieren afgenomen worden, een manier is bijvoorbeeld semigestructureerd interviewen. In dit geval liggen de onderwerpen die besproken zullen worden van te voren vast, maar de vragen worden niet op voorhand geformuleerd (Baarda, 2007). Ook wordt de structuur van de interviews en de manier waarop de onderwerpen aan bod komen niet van te voren vastgelegd.

Bij semigestructureerde interviews liggen de onderwerpen die aan bod moeten komen van te voren vast. Ik heb bij het interviewen dan ook gebruik gemaakt van topiclijsten. Deze werden als hulpmiddel bij het interviewen gebruikt, alle onderwerpen die besproken dienden te worden stonden hier gerangschikt. Dit bood structuur en dit was van belang om na het afnemen van alle interviews de onderwerpen zoals zij besproken waren met elkaar te kunnen vergelijken. De onderzoeksmethode is dan zo veel mogelijk gestandaardiseerd, maar dit doet niet af aan de ruimte die er is voor de uitweiding van de respondenten. De interviews konden zo geanalyseerd worden door de besproken onderwerpen in de gesprekken op te sporen en ze in het licht van het thema met elkaar in verband te brengen. Zo konden op basis van de afgenomen interviews uiteindelijk uitspraken gedaan worden die betrekking hebben op de vragen in mijn probleemstelling. Bij semigestructureerde interviews blijft per definitie ruimte over voor de beleving en uitweiding van de geïnterviewde. Hierdoor kon ten volle recht gedaan worden aan de betekenisgeving van de respondenten.

3.4 Onderzoeksinstrument

Bij het afnemen van semigestructureerde interviews wordt in de regel gebruik gemaakt van topiclijsten. Ook ik heb een algemene topiclijst samengesteld die ik gebruikt heb bij het interviewen. De algemene topiclijst heb ik zo samengesteld dat hij gebruikt kon worden bij het interviewen van de bewoners van de zorginstelling. Bij al deze interviews werden dezelfde onderwerpen besproken. De opbouw van de topiclijst was de volgende. Allereerst had ik een inleiding uitgeschreven die ik letterlijk kon voorlezen aan de geïnterviewden. Hierin stond informatie omtrent mijzelf, mijn opleiding en het onderzoek. Ik vertelde onder andere het doel van mijn onderzoek. Ik heb de formulering van dit doel enigszins aangepast, om woorden als eenzaamheid en sociaal isolement niet te gebruiken. Natuurlijk zijn dit de thema's waar mijn onderzoek zich op richt, maar het zou mensen af kunnen schikken als ik te veel nadruk op deze termen zou leggen. Daarom heb ik het op die manier gepresenteerd dat ik het onderzoek richtte op sociaal welbevinden van bewoners van zorginstellingen. De term sociaal welbevinden heb ik wat geëxpliciteerd door te vertellen dat het gaat om de contacten die mensen onderhouden met andere mensen binnen en buiten de zorginstelling. Na deze korte uitleg over het doel van mijn onderzoek heb ik de mensen iets verteld over de gang van zaken van het interview. Zo vroeg ik om toestemming om het gesprek op te nemen, vertelde ik hoe lang het zou duren en wat ik precies met de informatie zou gaan doen. Ik sloot af door de mensen gerust te stellen en ik vertelde hen dat zij vrijuit konden praten, dat zij zelf de grenzen zouden aangeven en dat alle informatie vertrouwelijk behandeld zou worden.

Om niet meteen van wal te steken met moeilijke vragen had ik een introductievraag geformuleerd waarin ik vroeg of mensen iets over zichzelf wilden vertellen. Op deze informatie zou ik dan vervolgens inhaken en sturen in de richting van de onderwerpen die ik besproken wilde hebben. In totaal heb ik 5 topics

opgenomen op de lijst die weer onderverdeeld waren in subtopics. De vijf topic's waren de volgende:

- 1) Verhuizen naar de zorginstelling
- 2) Het verzorgingstehuis en tijdsbesteding
- 3) Sociale contacten (contact met familie, kennissen binnen en buiten het tehuis en met het zorgpersoneel)
- 4) Wensen m.b.t. sociale contacten
- 5) Interventies (de rol die het tehuis speelt of kan spelen m.b.t. de reductie van de problematiek)

Ik had de topics en subtopics zo gestructureerd, dat het een goed lopend gesprek zou kunnen worden, maar in de praktijk van het onderzoek is dit echter nooit precies zo verlopen. Ook heb ik beginvragen bij elke topic geformuleerd, zodat ik makkelijker van het ene onderwerp naar het andere zou kunnen schakelen, maar het is niet noodzakelijk gebleken deze te gebruiken. Dit alles was afhankelijk van het verloop van de interviews.

Voor het interviewen van de medewerkers heb ik steeds korte topiclijsten samengesteld. Deze topiclijsten kwamen grotendeels overeen met de algemene topiclijst, alleen waren de beginvragen steeds anders. Ook lag de nadruk in de gesprekken soms op andere onderwerpen. De interviews waren ook toegespitst op de specifieke functie die de desbetreffende medewerker binnen de instelling bekleedt.

3.5 Onderzoekseenheden

In het onderzoek hebben twee groepen respondenten geparticipeerd. De onderzoeksvraag van dit onderzoek is nadrukkelijk gericht op de bewoners die sociaal geïsoleerd of eenzaam zijn. Zij waren dan ook de belangrijkste groep respondenten in dit onderzoek. Echter, gedurende het onderzoek heb ik hier een kleine wijziging in aangebracht. Bij het benaderen van de bewoners voor de interviews heb ik wat

problemen gehad bij het werkelijk 'bereiken' van de groep sociaal geïsoleerden en eenzamen. Het is mij wel gelukt met een aantal van hen te praten, maar ik heb ook een aantal interviews afgenomen bij mensen die niet sociaal geïsoleerd of eenzaam waren. Dit gaf een interessante wending aan het onderzoek. Ik heb dus een groep sociaal competente mensen met sociaal minder competente mensen kunnen vergelijken. Op voorhand had ik deze opzet niet bedacht.

Ik ben als volgt te werk gegaan bij het selecteren van de bewoners. Ik ben een aantal jaar werkzaam geweest bij de desbetreffende zorginstelling en zo wist ik van een aantal ouderen dat zij minder aansluiting hadden gevonden bij medebewoners. Ik heb een lijstje samengesteld en in overleg met een van de zorgcoördinatoren heb ik dit lijstje aangevuld. Deze groep mensen verkeerden in dermate goede geestelijke en lichamelijke conditie dat het mogelijk zou zijn een interview af te nemen. Uiteindelijk bleken bijna al deze bewoners bereid om te participeren in het onderzoek. Ik heb in totaal 14 bewoners geïnterviewd. Het ging om 2 mannen en 12 vrouwen, dit is ongeveer overeenkomstig met de verhoudingen in de instelling. Alle respondenten waren van autochtone afkomst. De jongste was 72 jaar oud, de oudste 92. De respondent die al het langste in Tabitha verblijft woont daar al meer dan 10 jaar. De respondent die van allen de kortste tijd verbleef in de instelling woonde er 5 maanden.

Naast het feit dat de betekenisgeving van sociale contacten van ouderen in dit onderzoek centraal staat is er in mijn probleemstelling ook vraag naar rol die de zorginstelling speelt bij het terugdringen van sociaal isolement en eenzaamheid. Dit thema is in de interviews met de bewoners uitgebreid aan bod gekomen maar om het beeld compleet te maken heb ik mij ook toegelegd op het interviewen van medewerkers. Hun perspectief op het beleid dat Tabitha voert is niet minder interessant dan het perspectief van de ouderen. De vraag was of de perspectieven bij elkaar aansloten en of het beleid dat gevoerd wordt aansluit bij de wensen van de bewoners. Ik heb een aantal medewerkers benaderd die nadrukkelijk in hun werkzaamheden te maken hebben met dit beleid. Ik had van tevoren een lijstje gemaakt met namen van mensen die ik wilde spreken en door hen werd ik weer getipt om met anderen te spreken. Via de sneeuwbal-methode ben ik dus terechtgekomen bij

deze groep respondenten. Ik heb uiteindelijk gesproken met de geestelijk verzorger, de contactpersoon rondom inhuizing van nieuwe bewoners, de zorgcoördinator en twee activiteitenbegeleiders.

3.6 Verloop van het onderzoek

Ik heb mijn respondenten benaderd door naar hun kamer te gaan, mijzelf voor te stellen en iets te vertellen over het onderzoek. Ik vroeg hen of zij dezelfde dag nog mee wilden werken aan het interview en de meesten wilden dit. Vrijwel iedereen die ik benaderd heb was bereid om mee te werken, op een aantal uitzonderingen in de groep van de meer sociaal geïsoleerden en eenzamen na. Zij gaven aan dat zij het onderwerp te persoonlijk vonden en er liever niet over praatten. Een mevrouw zei bijvoorbeeld dat ze geen bemoeizucht wilde en liever alleen was.

Ik heb met de mensen gemiddeld per interview ruim een half uur tot een uur gesproken. Deze gesprekken vonden bij de bewoners op de eigen kamer plaats, in een voor hen vertrouwde omgeving. Bijna alle gesprekken met de ouderen verliepen prima, mensen waren welbespraakt en stelden de aandacht voor hun verhaal zeer op prijs. Vaak bleef men dicht bij de thema's, echter voor sommigen werd het soms meer een sociaal gesprek maar het lukte mij om de mensen weer naar het onderwerp toe te sturen. Niemand werd afgeschrikt door de persoonlijke thema's die besproken werden en mensen waren bijzonder openhartig. Het zijn goede gesprekken geweest waarin ik veel te weten ben gekomen over de betekenisgeving rondom de sociale contacten die bewoners van de zorginstelling onderhouden.

Nadat ik alle interviews afgenomen had ben ik met een kennis van mij, Ruud Gratama, die fotograaf is, naar de instelling terug gegaan. Ik heb mijn respondenten opnieuw benaderd en heb hen ditmaal gevraagd of ik een foto van hen mocht maken voor in mijn presentatie en scriptie. Ik heb hen uitgelegd dat de foto's slechts voor deze doeleinden gebruikt zouden worden. Ik zou ze tevens anoniem gebruiken. Al mijn respondenten gaven toestemming voor het maken van de foto's.

Met de medewerkers van de instelling die ik wilde interviewen heb ik telefonisch contact opgenomen of ik heb hen per mail benaderd. Ik heb hen informatie verstrekt omtrent mijn onderzoek door een korte opzet van mijn onderzoek naar hen toe te mailen. Ik heb hen gevraagd of zij bereid waren om mee te werken aan het onderzoek. Allen bleken daar inderdaad toe bereid. Ik heb 5 interviews afgenomen die gemiddeld drie kwartier in beslag namen. Alle interviews vonden plaats in de werkkamers van de medewerkers in de instelling. Ik heb met allen van hen een interessant gesprek gehad. Een ieder had een andere kijk op de problematiek van eenzaamheid en sociaal isolement. Ik heb een goed beeld gekregen van het beleid dat Tabitha voert inzake de reductie van sociaal isolement en eenzaamheid.

3.7 Analyse van het materiaal

Voor het analyseren van mijn onderzoeksresultaten heb ik gebruik gemaakt van het computerprogramma MaxQDA. De transcripties heb ik in het programma geïmporteerd, waarna ik van start ben gegaan met het coderen. Ik heb codes geformuleerd aan de hand van terugkerende thema's in de interviews. Deze thema's kwamen overeen met de topics en sub-topics die ik voor het afnemen van de interviews geformuleerd had. Ik heb codes toegekend aan verschillende fragmenten uit alle interviews. Het gaat dan om relevante fragmenten die uiteindelijk bij kunnen dragen aan de beantwoording van de vraagstelling. Door fragmenten te gebruiken uit alle interviews worden de verkregen gegevens met elkaar vergeleken. Tevens heb ik memo's toegevoegd, bijvoorbeeld bij bruikbare citaten of kernachtige fragmenten. Aan elk interview heb ik een memo toegevoegd met een bondige samenvatting van iemands verhaal. Daarin heb ik geprobeerd de kern van het verhaal van die respondent uit een te zetten, in relatie tot de hoofdvraag.

Toen ik alle fragmenten gecodeerd had, ben ik verder aan de slag gegaan met de gecodeerde fragmenten. Waren zij goed gecodeerd? Ook heb ik verschillende codes samengevoegd en gerangschikt als hoofd- en subcodes. In deze fase van de

analyse heb ik veel aandacht besteed aan de relevantie van elke code in relatie tot mijn vraagstelling.

Uiteindelijk ben ik gekomen tot vier hoofdcodes die gelijk staan aan de vier thema's van mijn onderzoeksrapportage. Onder deze codes hangen verschillende subcodes die de informatie binnen de verschillende thema's rangschikken.

3.8 Betrouwbaarheid en validiteit

Ik heb ervoor gekozen om kwalitatief onderzoek te doen en deze keuze heeft consequenties voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek ('t Hart, 2005)

De betrouwbaarheid van een onderzoek komt kort gezegd neer op de afwezigheid van toevallige fouten. Wanneer de methode van onderzoek steeds herhaald zou worden, zal dat moeten leiden tot dezelfde uitkomsten. Wanneer dit echter niet het geval is, is de betrouwbaarheid in het geding. In kwalitatief onderzoek kan een probleem ontstaan met de betrouwbaarheid. Dit komt door het feit dat de onderzoeker zijn eigen onderzoeksinstrument is. In de interviews maakte ook ik ter plekke keuzes wanneer ik wilde doorvragen en wanneer niet, of op welke manier. Mijn keuzes kunnen het beeld hebben vertekend. Ook is er in kwalitatief onderzoek het gevaar van betrokkenheid. Het is als onderzoeker van belang dat je zo objectief mogelijk bent, maar er is wel sprake van een interview waarin twee mensen persoonlijke onderwerpen bespreken. Het gevaar bestaat dat je de kritische blik verliest door het persoonlijke contact. Hier moet voor worden gewaakt. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten moet de methode van dataverzameling zoveel mogelijk gestandaardiseerd worden. Het gebruik maken van topiclijsten helpt hierbij. Net als het analyseren van de data door middel van een computerprogramma, in dit geval MaxQDA. Op deze manier kunnen de verschillende verhalen van de geïnterviewden met elkaar vergeleken worden en kunnen er uiteindelijk uitspraken gedaan worden op basis van deze gegevens. Een ander voordeel is dat bij het analyseren van letterlijk uitgetypte interview, je de uitspraken

in de context terug kunt zien. Dit vergroot de betrouwbaarheid en tevens de zeggingskracht van de uitspraken.

Het van belang om in de verantwoording van het onderzoek transparant en open te zijn over de gemaakte keuzen. Dit versterkt de controleerbaarheid van het onderzoek. Het gaat hier om vragen als: hoe ben ik aan mijn respondenten gekomen, hoe heb ik hen benaderd, was er sprake van non-respons, hoe heb ik mijn data verkregen en hoe heb ik mijn data uiteindelijk geanalyseerd? Het is voor een andere onderzoeker eigenlijk onmogelijk om een kwalitatief onderzoek letterlijk te herhalen. Echter, door mijn transparantie stel ik mede-onderzoekers in staat te bepalen of mijn onderzoeksresultaten betrouwbaar zijn. In dit hoofdstuk beantwoord ik dan ook bovengestelde vragen. Verder heb ik in mijn onderzoeksrapportage citaten uit de interviews opgenomen. Ik heb deze citaten geanonimiseerd en tevens heb ik ze redactioneel bewerkt. Ik heb getracht zo min mogelijk te veranderen, om de betrouwbaarheid te vergroten. Maar ten gunste van de leesbaarheid heb ik een aantal kleine wijzigingen aangebracht.

Een wetenschappelijk onderzoek dient naast betrouwbaar ook valide te zijn. Een onderzoek is valide wanneer het geen systematische fouten bevat. Deze fouten kunnen in kwalitatief onderzoek ontstaan wanneer er geen juiste informatie wordt verstrekt door de respondenten of wanneer de onderzoeksresultaten verkeerd geïnterpreteerd worden door de onderzoeker. In deze gevallen is de validiteit in het geding aangezien de onderzoeker niet meet wat hij of zij beoogt te meten ('t Hart, 2005). Of een onderzoek valide is is soms lastig te bepalen, dit is zeker het geval bij kwalitatief onderzoek. Er is onderscheid te maken tussen interne en externe validiteit.

De interne validiteit is bij kwalitatief onderzoek vaak hoog. De onderzoeker kan de werkelijkheid vaak van zeer dichtbij waarnemen. In wezen is er een kleine afstand tussen de onderzoeksgegevens en de werkelijkheid waarvan de gegevens een afspiegeling zijn ('t Hart, 2005). Dit was in mijn onderzoek ook het geval. Ik heb semigestructureerde interviews afgenomen. Voor de respondenten bood dit veel ruimte voor hun eigen uitweiding. Zij konden de nadruk leggen op onderwerpen die zij zelf belangrijk achtten. Wat zij mij als onderzoeker vertelden, was hun

werkelijkheid. Ik veronderstel dus dat de interne validiteit van mijn onderzoek relatief hoog is.

Het garanderen van externe validiteit is in het geval van mijn onderzoek een moeilijk punt. Een onderzoek is extern valide als de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn. Zij zijn dan niet alleen geldend voor de onderzoeksgroep, dus in mijn geval de 14 bewoners van de zorginstelling. De resultaten zouden bij een hoge externe validiteit moeten gelden voor een grotere groep, bijvoorbeeld alle bewoners van zorginstellingen in Nederland. De grootte van de onderzoeksgroep is grotendeels bepalend voor de externe validiteit. Dan geldt dat hoe groter de onderzoeksgroep is, des te hoger de externe validiteit zal zijn. In het geval van mijn onderzoek was de onderzoeksgroep relatief klein. Ik heb 14 bewoners van 1 specifieke zorginstelling geïnterviewd en een 5 tal medewerkers. Ik heb er naar gestreefd om te spreken met meer sociaal competente mensen en meer sociaal geïsoleerde en eenzame mensen. Ik heb hierdoor een veelzijdig beeld gekregen van de problematiek. De onderzoeksresultaten zijn misschien geldend voor de andere bewoners van Tabitha. Verder generaliseerbaar zijn de resultaten niet. Dit was ook niet het doel van mijn onderzoek. In dat geval had ik meer respondenten moeten interviewen afkomstig van meer zorginstellingen. Het is echter wel aannemelijk dat ook bewoners van vergelijkbare zorginstellingen zich zullen herkennen in de beschrijvingen.

Hoofdstuk 4: Resultaten en analyse



4.1 Inleiding

In mijn onderzoeksgegevens heb ik 4 hoofdthema's kunnen onderscheiden. Naar deze thema's heb ik mijn onderzoeksrapportage gerangschikt. Allereerst zal ik in paragraaf 2 ingaan op de sociale contacten die de bewoners van de zorginstelling onderhouden. Het gaat in dit geval om het contact met familie, medebewoners en met het zorgpersoneel. Vervolgens besteed ik in paragraaf 3 aandacht aan sociaal isolement en eenzaamheid. In paragraaf 4 zal ik ingaan op de sociale competenties waarover de ouderen beschikken en welke gewenst zijn om gezonde sociale relaties te kunnen onderhouden. Ik besluit met de bespreking van het welzijnsbeleid van de zorginstelling. Dit doe ik in paragraaf 5.

4.2 De sociale contacten van bewoners

De contacten die de bewoners onderhouden zijn in te delen in 3 groepen. Allereerst het contact met de familie en kennissen – die men al kende voor men in de zorginstelling ging wonen, ten tweede het contact met medebewoners van de zorginstelling en als laatste het contact met het zorgpersoneel.

Contact met familie

De ouderen hechten grote waarde aan familie, vertelt de geestelijk verzorgster van de instelling. Mensen hechten sterk aan het hebben van familie en het onderhouden van contact met de familieleden. Familie heeft vaak een vanzelfsprekende plaats ingenomen in het sociale netwerk van de meeste mensen. Dit gaat echter niet altijd op, er zijn respondenten die in de interviews vertellen over verstoorde familieverhoudingen in hun jeugd, bij hen is terug te zien dat zij nu vaak slecht of geen contact met familieleden onderhouden.

De eigen kinderen en kleinkinderen zijn vaak de belangrijkste contacten voor de ouderen. Zij worden vaak genoemd als hun eerste aanspreekpunt. Wanneer de

kinderen in de buurt wonen, in Den Haag, geeft dit de ouderen vaak het gevoel dat er in ieder geval iemand in de buurt is. Het idee dat de kinderen in de buurt zijn geeft de ouderen dus steun, het stelt hen gerust en het biedt een buffer van veiligheid. Dit is anders als de kinderen verder weg wonen of als het contact met de kinderen niet goed is.

In sommige families zijn ‘bezoekregelingen’ getroffen. Dit gebeurt vooral wanneer de familie ver weg woont. De kinderen of familieleden verdelen bijvoorbeeld de zondagen, zodat de oudere in kwestie weet wanneer hij of zij kan rekenen op bezoek. Deze regelingen werden stuk voor stuk positief gewaardeerd. Omdat de ouderen er begrip voor hebben, de kinderen wonen immers ver weg en zij hebben het druk. R1: *“Mijn dochter woont in het noorden van het land met de kinderen en mijn zoon woont ook niet in de buurt. Bij de tegenwoordige jonge mensen, daarvan werkt de man en ook de vrouw en die hebben het druk. Ik zie ze daarom niet heel veel. (...) Ze komen om en om in het weekend bij mij. Het ene weekend komt mijn dochter, het andere weekend komt mijn zoon me halen. Ik blijf dan de hele dag bij hem.”*

Kinderen en kleinkinderen hebben het druk. Veel ouderen lijken hier begrip voor te hebben en snappen dat de tijd veranderd is. In gezinnen ‘van tegenwoordig’ werkt zowel de man als de vrouw en dan is er soms niet zo veel tijd om opa of oma te bezoeken. Men toont hier begrip voor, wat echter niet wegneemt dat de ouderen dit nadrukkelijk jammer vinden. In sommige gevallen proberen de ouderen het weinige bezoek van de kinderen goed te praten. R10: *“Ja, en ik heb twee kinderen, 2 zonen. En niet naast de deur. (...) Maar mijn jongste zoon komt wel eens hier. Ik spreek ze wel eens over de telefoon. De oudste niet zo hoor, die werkt veel, hele dagen en dan moeten ze nog werken en de weekenden zijn dan heilig.”*

Het contact met verdere familieleden en met vrienden en kennissen, lijkt bij veel ouderen te zijn verslechterd sinds zij naar de zorginstelling zijn verhuisd. De ouderen geven zelf aan dat het voor hen vaak moeilijk is mensen te bezoeken, omdat er lang gereisd moet worden of omdat reizen omslachtig is door taxibusjes en gezondheidsproblemen. Soms geven de ouderen ook aan te onzeker te zijn om de straat op te gaan. In sommige gevallen zijn de contacten zelf ook al op leeftijd en is

het in praktische zin erg lastig om de relaties te onderhouden. Voor hen die geen eigen kinderen hebben zijn verdere familieleden en kennissen over het algemeen altijd van grote waarde geweest. Als deze contacten wegvallen kan dit, in negatieve zin, van zeer grote betekenis zijn.

Uit de interviews valt op te maken dat de ouderen die geen kinderen hebben (gehad) over het algemeen een kleiner sociaal netwerk hebben dan de ouderen die dat wel hebben. De omvang van het sociale netwerk van de kinderloze ouderen blijkt sterk af te nemen als de ouderen in een zorginstelling gaan wonen. Dit komt door het bovengenoemde feit dat de contacten die de ouderen onderhouden bestaan uit verdere familieleden en kennissen die zich vaak in dezelfde leeftijdscategorie bevinden. Hierdoor wordt het praktisch moeilijker het contact te onderhouden.

Contact met medebewoners

Uit de interviews met verschillende bewoners van de zorginstelling is gebleken dat het aantal contacten dat iemand onderhoudt, grotendeels het resultaat is van de eigen inzet. Mensen die er zelf op uit gaan om contact te maken met medebewoners, zich hier nadrukkelijk voor inzetten, hen lukt het vaak ook om werkelijk contact te maken. Deze contacten worden ook vaak positief gewaardeerd.

De mate waarin de bewoners van de instelling contact onderhouden met medebewoners varieert van minimaal tot zeer geregeld. Bij minimaal gaat het contact niet verder dan dat mensen elkaar treffen en begroeten. Anderen onderhouden meer contact, zij treffen elkaar bij activiteiten en drinken samen koffie, ontmoeten elkaar eventueel in elkaars woning en of ondernemen dingen samen. Het varieert dus sterk in welke mate de bewoners contact onderhouden met elkaar. Bovendien wordt het contact zeer verschillend gewaardeerd.

Over het algemeen blijken de mensen elkaar niet veel te veel te ontmoeten buiten het koffiehuur 's morgens, de lunch tussen de middag en bij eventuele activiteiten die bezocht worden. Voor veel mensen is dit genoeg. Er wordt geregeld gewezen op het feit dat het niet gebruikelijk is dat bewoners elkaar op de kamer

bezoeken. De respondenten vinden dit prima, er is in huis genoeg ruimte om elkaar te treffen en als mensen er behoefte aan zouden hebben kunnen zij elkaar daar ontmoeten voor koffie en een kletspraatje. R7: *“Wanneer spreek je ze? Als je ze tegen komt even een praatje maken of als je gaat eten. Maar anders niet zo nee, maar dat doet niemand hier geloof ik, naar elkaar lopen om op de koffie te gaan hè. Het komt niet veel voor. Waar ik vroeger woonde, daar deden ze dat wel, zo via de achterdeur. Haha. Een rare vergelijking maar dan is het hier toch wel anders.”*

Tussen 10 en 11 uur 's morgens is er een koffieuur in de grote zaal. De animo voor het koffieuur neemt de laatste tijd wat af. Gemiddeld komen er zo'n 30 tot 40 mensen op af, dit zijn vaak mensen die geregeld komen en die een 'vaste' tafel hebben. Er wordt in dit uur bijgepraat over koetjes en kalfjes en de mensen die het uur bezoeken vinden het een prettige aangelegenheid. Mensen bezoeken het koffieuur omdat het prettig is om in gezelschap koffie te drinken, zij vinden de ochtend een uitgelezen moment om elkaar te ontmoeten.

Er zijn echter ook mensen die het uur nooit bezoeken. Hiervoor worden verschillende redenen gegeven. Zij zijn bang om afgewezen te worden als zij ergens willen gaan zitten, omdat zich al vaste groepjes gevormd hebben en bewoners zich nogal eens afwijzend uit kunnen laten met betrekking tot anderen. Andere redenen die genoemd worden zijn: er simpelweg geen behoefte aan hebben, niet in een goede conditie zijn ('s morgens) of lichamelijke beperkingen zoals een slecht gehoor, waardoor men zich onzeker voelt ten opzicht van andere bewoners.

Van de bewoners in het verzorgingstehuis wordt verwacht dat als zij in een geestelijke en lichamelijke goede conditie zijn, zij in de grote zaal gebruik maken van de warme maaltijd. De mensen eten in 2 rondes, om 12 uur en om 13 uur. Mensen zitten met gemiddeld 3 of 4 bewoners aan een tafel. De geestelijk verzorger Mevrouw van der Stelt vindt dit een goed punt, alle mensen komen even van de kamer. *“Ik denk altijd maar, als je eenzaam bent, en je voelt je teruggetrokken, je moet toch naar de eetzaal, dus wat doe je, je maakt je haar een beetje netjes, je trekt een schone jurk aan bij wijze van spreken. Je denk hup, ik moet er toch naartoe. Als je er geweest bent, is het toch weer prettig. Ik denk toch dat het samen eten meer voordelen heeft, ter*

bestrijding van sociaal isolement, dan nadelen.” De meeste respondenten laten zich inderdaad positief uit over de gezamenlijke warme maaltijd tussen de middag, echter dit is alleen het geval als er goed contact is met de tafelgenoten. Sommige respondenten storen zich erg aan kletsende, juist niet-kletsende, controlerende of zeurende tafelgenoten en vertrekken na de maaltijd het liefst weer zo snel mogelijk naar de eigen kamer.

Mevrouw van der Stelt: *“Ik zeg wel eens, het is hier net een dorp. U heeft uw eigen burens niet uitgezocht, en misschien wonen in uw straat geen leuke mensen, maar ga het dorp maar eens in en ga maar eens kijken. Van de 120 bewoners zijn er vast 2 of 3 met wie je wel kunt omgaan. Want dat hoor je ook nog wel eens, die doet zus en die zo. Soms lijkt het ook wel op een schoolplein. Zoals je nieuw op school komt, echt groepjes, jij zit hier en jij zit daar.”*

Daarnaast is sociale controle soms problematisch voor het contact. De bewoners wonen vlak bij elkaar en kunnen elkaar als zij dat willen veel ontmoeten. Als dit niet wederzijds de wens is, kan dit mensen op een gegeven moment gaan benauwen. Soms loopt het contact hier op stuk. R9: *“Nou ik heb hier in de beginperiode contact gehad met iemand die beneden woonde. Dat was heel fijn, totdat ze een beetje beslag op me ging leggen, op een gegeven moment belde ze op van ben je ziek, ik heb je nog helemaal niet gezien.”*

Een ander punt dat door verschillende respondenten wordt aangedragen, als belemmering voor het contact met medebewoners, is de veranderende samenstelling van bewoners in de zorginstelling. De lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de bewoners verschilt zeer sterk en het verschil is in de jaren groter geworden. Er zijn een aantal ouderen die al jaren in de zorginstelling wonen en die het karakter hebben zien veranderen. Mensen met dementie, mensen die anti-sociaal gedrag vertonen en mensen die sterk geestelijk achteruitgaan, wonen en leven samen met anderen die nog zo goed als zelfstandig zijn. Bewoners die zelf nog erg vitaal zijn, merken dit echt op als een probleem, zoals R1: *“Ik vind het geen normaal verzorgingshuis hier. Er woont hier ook zo'n mevrouw, het is echt een verschrikking, die is hier een aantal keer komen bellen en dan vroeg ze heel kwaad, wat doe jij hier? Dat zijn dingen die zijn*

niet leuk en toch gebeurt het meer. Een andere mevrouw loopt de hele dag op en neer, ze staat vaak half te huilen, ze is dan haar kamer kwijt. Ik zou gedacht hebben, dat ik in een huis kwam dat goed is voor bejaarde mensen.” Of R9: *“Het is wel eens jammer dat de mensen die nieuw in huis komen wonen al slecht zijn.”* Het probleem wordt door het bestuur erkend. Mevrouw Vergunst is contactpersoon rondom inhuizing van nieuwe bewoners, zij wijt het probleem aan het verstrengde indicatiebeleid. Alleen mensen met hogere ZZP's kunnen nog in de zorginstelling komen wonen.¹ Doordat dit beleid dus veranderd is in de afgelopen jaren is deze variëteit in bewoners binnen de zorginstelling ontstaan.

Contact met het personeel van de zorginstelling.

R8 is erg tevreden met het zorgpersoneel van de instelling. *“Nou zorg krijg ik van de zuster en dat is fantastisch, ik ben zeer tevreden, dijen van meiden zijn het. Met X kan ik het heel goed vinden. Zoals zij zijn er maar weinig hoor. Maar de anderen zijn ook allemaal aardig hoor. Ik heb geen problemen, helemaal niks.”* R12 is wat minder tevreden. *“Het lijkt alsof het mensen zijn die geen andere baan hebben kunnen krijgen, en die hier terecht gekomen zijn. (...) Er komt bijna nooit eens een lachje vanaf.”* Over het algemeen is het beeld dat de mensen tevreden zijn met het contact met het zorgpersoneel. De meesten spreken over goede zorg en een persoonlijke bejegening. Dit gaat vooral op voor vast en bekend personeel. Hier wordt sterk aan gehecht, mensen hebben het gevoel in goede handen te zijn als zij het personeel kennen door wie ze verzorgd worden.

Het contact wordt over het algemeen zeer positief gewaardeerd, maar dit gaat vooral op als de toenadering van beide kanten gezocht wordt. R12 die ik hierboven reeds citeerde voelt zich onbegrepen door de meeste mensen met wie zij in contact komt en zij wantrouwt hen over het algemeen. Zij maakt dan ook nadrukkelijk geen

¹ ZZP staat voor Zorg Zwaarte Pakket. Dit is de nieuwe manier om zorgindicatie weer te geven. Mensen worden geïndiceerd en ingedeeld in een bepaalde schaal. Van hieruit is af te leiden hoeveel uur zorg iemand per week mag ontvangen. Bron: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-is-een-zorgzwaartepakket.html>

contact met het zorgpersoneel, waardoor dit van de andere kant ook niet snel zal gebeuren. Ze mist naar eigen zeggen interesse van het zorgpersoneel. Het lijkt erop dat mensen die open en vriendelijk om gaan met het zorgpersoneel ook op een zelfde manier bejegend worden. Dit blijkt over het algemeen te resulteren in positief gewaardeerde contacten.

4.3 Sociaal isolement en eenzaamheid

Sociaal isolement of eenzaamheid

Sociaal isolement en eenzaamheid zijn twee verschillende vormen van problematiek. In het eerste geval gaat het om het gebrek aan sociale contacten en het feit dat dit als een gemis ervaren wordt. In het tweede geval zijn mensen wel onderdeel van een of meerdere sociale netwerken. Zij ervaren echter een onplezierig gemis aan kwaliteit van de relaties die zij onderhouden.

In de zorginstelling blijken beide vormen van problematiek voor te komen. Ik heb met twee bewoners gesproken die mij vertelden dat zij geen waardevolle sociale contacten onderhouden. Zij benadrukten tevens het feit dat zij dit betreuren, maar dat zij geen uitweg meer zien. Zij zien zichzelf niet (meer) in staat om nieuwe contacten aan te gaan en hebben hier dan ook nadrukkelijk geen zin meer in. Zij trekken zich terug uit het sociale leven. Deze groep kan betiteld worden als sociaal geïsoleerd.

R12: “Het liefst zou ik willen dat alles in rook opging. Altijd is iedere dag hetzelfde. 's Ochtends wordt je al vroeg geroepen, en wij zijn de tweede serie maaltijden, we eten 's middags en tot die middag zit je voor joker, kun je naar 'De Boeg', dat is een gedeelte waar ze niet anders dan praatjes houden.”

Eenzame mensen zijn er in principe moeilijker uit te pikken. Dit komt doordat het probleem in veel gevallen verbloemd wordt. Mensen onderhouden namelijk wel sociale contacten. Sommigen hebben een grote familie, hebben kennissen in de zorginstelling met wie ze geregeld contact hebben en activiteiten ondernemen, zij

hebben dus in elk geval gezelschapssteun. Toch blijken zij zich eenzaam te voelen. Deze gevoelens van eenzaamheid wijten de meesten aan het gebrek aan emotionele steun. Iemand kan nog zo veel contacten hebben, de kwaliteit ervan kan te wensen overlaten. Mensen kunnen zich door hun contacten onbegrepen, ongekend of ongehoord voelen. R9: *“Ik zeg nu, laat mij mijn gang maar gaan, ik voel me prettig ik heb een fijne kamer waar ik nog steeds van geniet. Ik voel me thuis. Ik vind het hier heel goed, ik vind het huiselijk, de verzorging is prima, echt ik kan nergens over klagen. Maar eigenlijk heb ik momenteel niemand om echt een gesprek mee te voeren.”*

Het gaat er dus altijd om dat de mensen iets missen, of dit nu de waardevolle contacten zelf zijn, of de emotionele steun van de aanwezige contacten. Voor sommige mensen is het moeilijk aan te geven bij welke groep zij nu zullen horen. Zij beschikken bijvoorbeeld over een zeer beperkte groep sociale contacten. Dit kan het geval zijn, wanneer hun familieleden of kennissen ver weg wonen en er niet erg geregeld contact is.

Situationele of structurele problematiek

Eenzaamheid en sociaal isolement komen voor onder de bewoners van de zorginstelling Tabitha. Na het houden van de interviews heb ik kunnen concluderen dat er als het ware twee groepen mensen aan te wijzen zijn die te maken hebben met deze problematiek. Het gaat in dit geval om het onderscheid tussen situationele en structurele problematiek.

Allereerst is er een groep mensen die een dermate hoge leeftijd bereikt heeft, dat zij hun familie en kennissenkring als het ware overleefd hebben. Zij beschikken niet langer over betekenisvolle relaties uit het verleden. Mensen van deze generatie hebben zich in veel gevallen altijd laten omringen door een specifiek sociaal milieu, waarin familie een grote plaats innam. Deze contacten zullen over het algemeen ook als vrij vanzelfsprekend tot stand zijn gekomen. Wanneer mensen hun partner, kinderen, andere familieleden en kennissen overleven, kunnen ze zich verlaten voelen.

Ik heb dan ook van meerdere ouderen gehoord: “*Van mij hoeft het allemaal niet meer zo.*” Deze mensen zouden zich in de zorginstelling nadrukkelijk in moeten zetten om nieuwe contacten aan te gaan, maar vaak hebben zij hier simpelweg geen puf meer voor. De eenzaamheid of het sociale isolement waarin deze mensen verkeren is situationeel. Hiermee bedoel ik dat het probleem door toedoen van bepaalde omstandigheden vrij plotseling ontstaan is. Dit geldt ook voor mensen die door ziekte, depressie of een handicap minder of geen sociale contacten (meer) onderhouden. Mensen hebben misschien altijd deel uitgemaakt van een (groot) sociaal netwerk, maar nu zij op leeftijd zijn is het voor hen moeilijker geworden of zelfs praktisch onmogelijk om sociale contacten te onderhouden. Daarnaast zien zij zichzelf in veel gevallen niet meer in staat om nieuwe contacten aan te gaan. Zij kiezen er vaak voor om op hun kamer te blijven en niet mee te doen aan gezamenlijke activiteiten of bijvoorbeeld het dagelijkse koffieuur. Ze vinden het fijn om alleen te zijn, dit geeft hen naar eigen zeggen rust.

Voor de andere groep mensen is het sociale isolement of de eenzaamheid een structureel probleem. Dit betekent dat deze groep mensen eigenlijk al hun hele leven, of zeer lange tijd, moeite heeft gehad met het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Zij beschikken in mindere mate over sociale competenties die vereist zijn voor het aangaan van waardevolle contacten. Hoewel deze mensen al langer bekend zijn met de problematiek, ervaren zij het als een gemis dat zij weinig tot geen waardevolle sociale contacten onderhouden. Mensen die eenzaam of sociaal geïsoleerd zijn geraakt, zijn dit in eerste instantie tegen hun wil in.

Voor deze groep geldt dat het een enorme opgave is om contacten aan te gaan in de zorginstelling. De sociale controle wordt door hen soms als bedreigend ervaren, net als de aanwezige sociale structuren. Veel van deze mensen trekken zich dan ook terug op de eigen kamer, waar ze op zichzelf kunnen zijn. Dus hoewel er in de zorginstelling genoeg mogelijkheden zijn om met elkaar in contact te komen, zien sommige mensen dit niet eens als een optie. Zij weten van zichzelf dat zij het moeilijk vinden om contact te gaan maken. Door de verhuizing, de nieuwe omgeving, de ouderdom en eventuele lichamelijke gebreken, maken deze mensen bewust de keuze

geen contact meer te maken. Er is hier dan ook duidelijk sprake van terugtrek-gedrag. Deze mensen vinden het te moeilijk om contact te maken of willen teleurstelling voorkomen.

R5: *“Het is hier goed, geen onvertogen woord, maar je moet er zelf iets van maken, je doet het zelf. En dan denk ik, ik wacht hier maar tot de dag weer voorbij is... nee hoor, laat mij maar hier zitten.”*

De achtergrond van de problematiek

De achtergrond van de problematiek is bijzonder divers. De oorzaken van het ontstaan van situationele of structurele problematiek zijn verschillend. De ouderen die vereenzaamd of sociaal geïsoleerd zijn geraakt nadat zij hun betekenisvolle relaties verloren of te kampen kregen met lichamelijke beperkingen, wijten de problematiek ook vaak aan deze factoren. De vanzelfsprekendheid van het hebben en onderhouden van contacten is dermate afgenomen, dat de ouderen in een isolement geraken of vereenzamen.

Mensen die al langer in hun leven kampen met het probleem moeilijk sociale relaties aan te kunnen gaan of te onderhouden, kunnen niet altijd een oorzaak aanwijzen waarom dit zo is. In veel gevallen heeft dit te maken met minder goed ontwikkelde sociale competenties die nodig zijn om contacten aan te gaan en te onderhouden. Ook komen er vaak psychosociale problemen bij kijken. Uit de verhalen van de meer sociaal geïsoleerde, eenzame respondenten dat zij vaak verwijzen naar problemen in de jeugd en het jongere leven. Verstoorde gezinsverhoudingen en mishandeling, een geschiedenis waarin incest een rol speelde, niet geaccepteerde huwelijken en sociale uitsluiting zijn onderwerpen die aan het licht zijn gebracht door deze respondenten. R2: *“In mijn jeugd heb ik ook een hoop meegemaakt. Ik was altijd al ziekelijk thuis. Mijn vader was nooit zo voor doktoren en we mochten niet eens doorgelicht worden. Maar mijn moeder die was nooit lief voor*

mij of ik ziek was of wat dan ook. Dus ik ben met 21 jaar de deur uit gegaan. Ze hebben me ook tegen gewerkt, als ik opbelde, dat ze de haak erop gooiden.”

Kortom, de ouderen die in een bepaalde mate sociaal geïsoleerd of eenzaam zijn wijzen verschillende factoren aan die voor hen de problematiek kunnen verklaren. In veel gevallen gaat het hier om een samenspel van verschillende factoren. Ook blijkt dat als mensen te maken krijgen met de problematiek, zij in een soort vicieuze cirkel terechtkomen. Dit komt door het feit dat de problematiek in veel gevallen gepaard gaat met schaamte. Mensen zullen daarom niet snel een beroep op hulp doen. Ze sluiten zich af van hun omgeving en hierdoor wordt het probleem als het ware steeds groter. Deze mensen ervaren het als een gemis dat zij weinig of geen waardevolle (positief gewaardeerde) sociale contacten onderhouden. Dit gegeven zal dus zijn weerslag hebben op iemands gemoedstoestand en een negatieve instelling valt iemands omgeving ook op. Mensen worden zo onbedoeld een minder prettige gesprekspartner. De contacten die er nog zijn kunnen op deze manier onder spanning komen te staan.

R2: “Ja en mijn tafelmanneke zegt dan van de week: “Je bent zo negatief”. Ik zeg: “Jij weet niet wat ik meemaak, dan kan ik negatief zijn, jouw kinderen komen om de haverklap. Ik heb niemand”.

4.4 De sociale competenties van bewoners

Uit het voorgaande blijkt dat het aangaan van sociale contacten niet voor iedereen is weggelegd. Mensen dienen namelijk te beschikken over sociale vaardigheden en competenties, die het onderhouden van sociaal contact mogelijk maken. Mensen blijken in meerdere of mindere mate te beschikken over deze competenties.

Sociale vaardigheden

Mevrouw van der Stelt is de geestelijk verzorgster van de instelling. Ze vertelde me over haar visie op de problematiek van sociaal isolement en eenzaamheid in de zorginstelling. *“Ik heb een beetje de indruk dat mensen die dus sociale vaardigheden hebben, sociale intelligentie ooit hadden in het verleden, om een netwerkje te creëren, of te onderhouden. Die er zelf op uitgaan, mensen aanspreken. Dat die hier ook niet zo zeer in een isolement komen. Maar de mensen die in hun thuissituatie het ook al moeilijk vonden om dat te doen, dan merk je dat de overgang hier naartoe, bijna een extra drempel is, om weer contacten aan te gaan. Dus het is eerder een versterking van wat er al was, er was al een fragiel sociaal netwerk en dan met de overgang hier naartoe, wordt dat alleen nog maar minder. Terwijl heel veel mensen hopen dat het dan juist beter zal gaan. Bewoners die dan hier komen, missen bijna een stukje gereedschap of sociale gevoeligheid, om dat hier zelf weer op te pakken.”*

Ouderen die naar een zorginstelling verhuizen komen in een voor hen nieuwe woonomgeving terecht. Zij hebben hun oude vertrouwde huis achter zich moeten laten. Iedereen die verhuist zal moeten wennen aan de nieuwe plek die in veel gevallen na verloop van tijd ook als thuis zal gaan aanvoelen. Of dit ooit het geval is, is grotendeels afhankelijk van eigen inzet. Tevens zal men moeten wennen aan de cultuur van het tehuis. Voor iedereen betekent thuis voelen iets anders, maar over het algemeen gaat het dan om het maken van contact met mensen in de buurt.

Voor mensen die naar een zorginstelling verhuizen ligt er dus een taak weggelegd om contact te maken. Dit moet je kunnen en daarnaast ook willen. De een zal meer behoefte hebben aan nieuwe sociale contacten dan de ander. Sommigen zullen zich vooral op hun oude sociale contacten blijven richten. Toch is het vaak voor het 'thuis gaan voelen' van belang contact te maken in de nieuwe omgeving.

Om nieuwe contacten aan te kunnen gaan dienen mensen kennis te hebben van en te beschikken over sociale vaardigheden. Zo dienen ze te weten hoe zij op een goede manier om kunnen gaan met anderen. Ook een juiste attitude aan kunnen nemen is van belang. Een andere vaardigheid die in de interviews genoemd werd is durf. In zorginstellingen heersen sociale structuren waar voor buitenstaanders niet zomaar ruimte is. Veel respondenten benoemen dit. Vitaliteit en zelfvertrouwen

kunnen een positieve uitwerking hebben bij het maken van nieuwe contacten. Het helpt toch mee als je het gevoel hebt dat je best snel contact kunt maken, dat je weet dat je een prettige gesprekspartner bent of iets te bieden hebt.

Om op een goede manier je plek te vinden binnen een aanwezige sociale structuur is enige aanpassing altijd vereist. Ook Tabitha heeft zo een eigen kleur. Zo wordt vaak genoemd dat het op de een of andere manier niet gebruikelijk is om elkaar te ontmoeten in de woningen. Ieder heeft zijn eigen kamer en dit is zijn of haar afgebakende plekje, eigenlijk hebben anderen daar niets te zoeken. Mensen kunnen elkaar ontmoeten op georganiseerde tijden of elkaar daarbuiten treffen in de gemeenschappelijke ruimten.

Vertrouwen en wantrouwen

Vertrouwen hebben in mensen is noodzakelijk wanneer het gaat over het maken van contact. Contact draait om het geven en ontvangen van steun en deze steun komt pas tot zijn recht wanneer je weet dat jouw verhaal veilig is. Mensen moeten kortom kunnen vertrouwen op iemands integriteit. Pas op een basis van onderling vertrouwen kan werkelijk contact ontstaan en groeien.

Uit de interviews blijkt dat mensen die een minder groot sociaal netwerk hebben en/of spreken van gevoelens van eenzaamheid, moeite hebben met het vertrouwen van mensen in hun omgeving. R6: *“Niet dat ik echt iets te verbergen heb, het is meer dat anderen er niets mee van doen hebben. Ik ben niemand verplicht verantwoordelijkheid af te leggen, over wat ik hier doe of laat.”*

In Tabitha wonen de bewoners verdeeld over 5 verdiepingen op lange gangen. De bewoners wonen dus dicht bij elkaar. Sommige mensen ervaren hierdoor een bepaalde vorm van sociale controle. Dit zijn vooral de mensen die weinig of geen waardevolle contacten onderhouden in de zorginstelling. Zij kunnen het gevoel hebben dat er op hen gelet wordt en dat er over hen gepraat wordt, in negatieve zin. R6: *“Ik heb het gevoel dat als ik met mijn burens zou praten zij morgen wel eens aardig gedag tegen me zullen zeggen, maar het volgende moment zouden ze over me*

praten. Daar houd ik niet van.” Mensen komen te dicht bij, de 'buitenwereld' wordt als beangstigend ervaren omdat deze onbekend is. Daarnaast blijken schaamtegevoelens ook een hele belangrijke rol spelen. Mensen zijn bang voor de reacties van anderen op hun leefsituatie, die misschien helemaal niet gewenst is. Dit alles kan weer zijn weerslag op het zelfvertrouwen hebben. Interesse van anderen wordt negatief beoordeeld, goede bedoelingen van mensen worden niet goed ontvangen. Deze mensen weten niet (meer) wat het is om zich geborgen te weten.

Betrokkenheid

Als iemand sociaal vaardig is en de capaciteiten bezit vertrouwensbanden aan te gaan en te onderhouden, dan nog is een bepaalde betrokkenheid vereist om contact tot bloei te laten komen. Mensen moeten naar elkaar om willen zien. Wil goed contact tot stand kunnen komen tussen twee mensen dan zullen er gevoelens van betrokkenheid aan beide kanten moeten bestaan. Wat gaat er in iemand om? Wat is het verhaal achter mevrouw X? Oprechte interesse die getoond wordt, doet mensen in de regel goed. Mensen zullen het gevoel hebben er toe te doen, als iemand hun verhaal wil leren kennen.

Daarnaast heeft betrokkenheid nog een ander positief bijeffect en wel voor degene die betrokkenheid toont. Over het algemeen geeft het mensen een goed gevoel wanneer zij voor iemand anders klaar kunnen staan en of dat zij iemand kunnen steunen. Dit kan een gevoel van verbondenheid opleveren, mensen dragen een stukje verantwoordelijkheid voor iemand anders. Dit geldt zeker voor de vrouwen die hun hele leven gezorgd hebben, voor de kinderen en het huishouden bijvoorbeeld. Het kunnen zorgen, geeft hen een gevoel van voldoening. Daarnaast blijkt dat mensen die iets kunnen geven (steun, betrokkenheid), ook kunnen ontvangen. Dit is namelijk zo makkelijk nog niet, zo valt te lezen in de vorige paragraaf over vertrouwen en wantrouwen. Als er sprake is van wederzijdse betrokkenheid durven mensen er op te vertrouwen dat als zij het nodig zouden hebben, ook zij gesteund zullen worden.

R1: *“Ik ken ze bijna allemaal bij naam. Zodra er nieuwe komen vraag ik altijd even de naam. Ik heb het echt goed, ook met de meisjes die hier komen werken om schoon te maken, ik ken ze allemaal bij naam. Veel mensen zeggen tegen iedereen zuster, zuster. Ook met de vrijwilligers, met sommigen ben ik echt bevriend. Wat dat betreft heb ik het erg fijn”*

Gemeenschappelijke interesses, achtergrond en levensstijl

Mensen zijn er in soorten en maten en zij bezitten allerlei verschillende eigenschappen. Ook in zorginstellingen wonen allerlei verschillende mensen bij elkaar. De bewoners van Tabitha komen uit Den Haag én alle windstreken. De bewoners zijn allen op leeftijd en hebben in hun leven goede en minder goede dingen meegemaakt. Mensen zijn in principe sociale wezens, maar niet iedereen kan met iedereen even goed omgaan. Dus naast alle bovengenoemde factoren die contact mogelijk maken moet er simpelweg sprake zijn van een klik. Het moet klikken tussen mensen en persoonlijkheden. Tegenpolen trekken elkaar soms aan, maar in de meeste gevallen zullen mensen contact zoeken met 'gelijken'. Het kan dan gaan om mensen met een zelfde achtergrond, interesses die gedeeld worden of een gelijksoortige levensstijl.

Voor mensen die uit een specifiek sociaal milieu komen is het soms moeilijk om aansluiting te vinden omdat het hen in eerste instantie niet lukt om zich te identificeren met de mensen om hen heen. Voor mijn onderzoek heb ik bijvoorbeeld gesproken met een Joodse vrouw. Zij heeft in haar leven veel meegemaakt, zo is ze een groot deel van haar familie verloren in de Tweede Wereldoorlog. Na de oorlog heeft ze nadrukkelijk contact gezocht met andere Joodse mensen en heeft ze zich sterk ingezet voor de opbouw van deze gemeenschap. R12: *Ik houdt helemaal niet van die mensen. Terwijl ik bekend stond vroeger in de Joodse gemeenschap, in de wereld waaruit ik kom, stond ik bekend om het feit dat ik makkelijk contact maakte. Ik heb er mede voor gezorgd dat die uitgedunde Joodse bevolking weer langzamerhand groeide, we haalden ook vreemdelingen naar binnen.”* Nu mevrouw in een

zorginstelling woont, is het contact met de Joodse gemeenschap verslechterd en het lukt mevrouw niet om aansluiting te vinden bij anderen in de zorginstelling. Mevrouw sluit zich eigenlijk af van haar omgeving en laat weten dat de mensen in de zorginstelling haar niet interesseren, dat ze anders zijn en dat mevrouw niet op bemoeizucht zit te wachten. De aanwezige contacten voldoen niet aan de behoefte van mevrouw. Deze vrouw is een voorbeeld van iemand die in haar leven zeer sociaal actief was in een bepaald sociaal milieu, maar zich nu afsluit van de sociale omgeving omdat ze zich anders voelt en onbegrepen.

R5 heeft ook altijd een druk bestaan geleid, ze heeft een goede baan gehad, ze had geen partner of kinderen maar wel veel kennissen om zich heen. In de afgelopen jaren zijn veel kennissen van mevrouw overleden en nu ze in de zorginstelling woont heeft ze niet veel contacten meer. Mevrouw geeft toe erg kritisch te zijn wat betreft de mensen met wie ze om wil gaan, maar het lukt haar niet om mensen te vinden van 'haar niveau'. De andere dames in de zorginstelling zouden alleen over koetjes en kalfjes kunnen kletsen, terwijl mevrouw wel eens een goed gesprek wil voeren.

R8 is zeer tevreden over de verzorging in de instelling en heeft een leuk clubje mensen gevonden met wie hij bijvoorbeeld 's morgens koffie drinkt. Tussen de regels door vertelt meneer echter wel dat hij het mist om over echte 'mannen-zaken' te kunnen praten. Over sport of techniek bijvoorbeeld, of over het werk van vroeger. Er zijn in de instelling niet veel mannen en meneer heeft het dan ook vooral met de dames te doen. Het is meneer goed gelukt om contact te maken, maar contact met andere heren zou zeer gewenst zijn.

4.5 Het welzijnsbeleid van de zorginstelling

Zorginstelling Tabitha doet er alles aan om haar bewoners de beste zorg te geven. Er is tevens nagedacht over het beleid wat er gevoerd moet worden rondom het sociale welzijn van de ouderen. Mensen die nieuw komen in een zorginstelling hebben vaak de nodige professionele begeleiding nodig om te kunnen wennen aan de nieuwe woonomgeving. Tabitha heeft hier de nodige maatregelen voor genomen. Tevens

worden er activiteiten georganiseerd zodat de bewoners aangespoord worden om elkaar te ontmoeten en dingen te ondernemen. Als mensen toch te maken krijgen met sociaal isolement en eenzaamheid zullen de medewerkers naar andere oplossingen moeten zoeken om deze bewoners te kunnen helpen.

Verhuizen naar een zorginstelling

De verhuizing naar een zorginstelling is voor veel respondenten zeer ingrijpend geweest. Het is in veel gevallen gepaard gegaan met gemengde gevoelens. Om verschillende redenen zijn de ouderen verhuisd naar de instelling. Redenen die genoemd worden zijn: verslechterende gezondheid, beperkingen zoals slechter gaan zien of horen, het vroegere huis was te groot geworden, het overlijden van een partner, het niet meer voor zichzelf kunnen zorgen of omdat zij depressieve klachten hebben. In veel gevallen was het dus noodzakelijk dat de oudere in kwestie naar een zorginstelling zou verhuizen. Er zijn ouderen bij die met verdriet terugdenken aan deze periode. Zij hebben het er erg moeilijk mee gehad dat zij hun vertrouwde omgeving achter zich moesten laten. Meerdere keren komt in de interviews naar voren dat mensen het erg moeilijk vonden om bepaalde spullen weg te moeten doen, waaraan zij gehecht waren en waar in de nieuwe kamer geen plek meer voor was. Er zijn echter ook mensen, die het een opluchting vonden, dat zij naar de zorginstelling konden verhuizen. Het is voor veel mensen een prettig idee dat zij hulp in de buurt hebben en er niet langer alleen voor zouden staan.

Dit alles even op een rijtje. De ouderen verhuizen in veel gevallen noodgedwongen naar een zorginstelling. Dit is een grote verandering in hun leven. Aan de verhuizing gaan soms ingrijpende gebeurtenissen vooraf, zoals het overlijden van een partner of een afnemende gezondheid. Veel mensen hebben ook verdriet over het feit dat zij niet meer zelfstandig kunnen wonen. R13 had het erg zwaar in het begin in Tabitha: *“Ja ik vond het echt niets, ik zei iedere keer tegen bezoek of mijn zus, dat ik weer in mijn oude huis wilde zijn. Maar zei zij: “Dat gaat toch niet.” En dat is ook zo, ik kan niet zelf koken of zo iets.”* In deze situatie komen mensen dus in

een voor hen onbekende omgeving terecht. Willen zij zich op deze plek veilig en thuis gaan voelen, dan dienen zij zich actief in te zetten om contact te maken met de mensen in hun nieuwe woonomgeving. Voor velen is dit een hele opgave. Om er op uit te gaan is lef nodig en misschien kan een klein zetje in de goede richting daarbij helpen. Activiteitenbegeleidsters Mevrouw Scholten: *“Soms wonen ze pas hier, dan zeggen ze: ik moet Tabitha eerst leren kennen, een beetje aarden. Maar dan denk ik, als die periode te lang duurt, zijn ze er al aan gewend om alleen dingen te doen. De stap om contact te maken wordt alleen maar groter. Het aarden wordt dan dat ze op de kamer blijven en soms gaan ze heel stiekempjes kijken wat Tabitha eigenlijk is.”*

Begeleiding van nieuwe bewoners

Voor veel mensen is de overstap van hun eigen woning naar de zorginstelling dus behoorlijk zwaar. De medewerkers doen er alles aan wat in hun macht ligt om deze nieuwe bewoners zo goed mogelijk te begeleiden. Zo ervaren de respondenten dit in ieder geval. Toch is de begeleiding niet altijd optimaal, vertellen meerdere bewoners. Veel mensen hebben het gevoel gehad wat ontheemd te zijn geweest, in de beginperiode van hun verblijf. Dit is vooral te wijten aan het feit dat de wil er wel is bij het personeel, om de nieuwe bewoners te begeleiden, maar in de praktijk komt het er vaak niet van.

Mevrouw Vergunst gaat over het inhuizingsbeleid van Tabitha. Zij houdt gesprekken met mensen die geïndiceerd zijn. Zij leidt deze eventuele toekomstige bewoners rond in de instelling en ze vertelt iets over de identiteit van het huis. Als mensen beslissen inderdaad naar Tabitha te verhuizen dienen zij te wachten tot er een woning vrij komt en zij moeten dan binnen 13 dagen verhuizen. Als mensen eenmaal in Tabitha wonen krijgen zij een persoonlijk begeleider toegewezen. Dit is een verzorgende die als eerste aanspreekpunt fungeert voor de bewoner. Hij of zij gaat zo spoedig mogelijk in gesprek met de nieuwe bewoner. Dit gesprek heeft vooral als doel het bespreken van de medische achtergrond van de bewoner. Welke medicijnen

gebruikt iemand bijvoorbeeld? Ook wordt de zorgvraag besproken. Deze wordt later in een zorgplan uitgebreid beschreven.

De domeinen zorg en welzijn zijn in het beleid van Tabitha niet van elkaar gescheiden. Dit heeft tot gevolg dat de persoonlijk begeleider van een bewoner ook zorg draagt voor diens welzijn. Om dit controleerbaar te maken wordt er sinds kort gebruik gemaakt van zogenaamde zorgdossiers met daarin vastgestelde kwaliteitskaders. Het is de bedoeling dat de persoonlijk begeleider een gesprek met de bewoner aan gaat. Samen vullen zij dan een uitgebreide vragenlijst in. De vragen spitsen zich toe op 4 domeinen: woon- en leefomstandigheden, sociale participatie, mentaal welbevinden en lichamelijk welbevinden. Op deze manier wordt getracht de wensen van de bewoner met betrekking tot zijn of haar verblijf en daginvulling in beeld te krijgen. Het is ook de bedoeling dat het zorg- en welzijnsbeleid afgestemd wordt op deze wensen van de bewoners. Het is echter voor de meeste medewerkers nog een nieuw fenomeen en het blijkt dat het beleid in de praktijk nog niet altijd naar behoren functioneert. Veel bewoners hebben nog niet zo'n gesprek gehad met hun persoonlijk begeleider en bij anderen zijn de vragen vluchtig doorgesproken omdat er simpelweg te weinig tijd voor was.

In de beginperiode van het verblijf in de instelling wordt de bewoner welkom geheten door iemand van de cliëntenraad. Dit houdt in dat een medebewoner die in de raad zitting heeft genomen, namens deze raad een plantje komt aanbieden als welkom.

Daarnaast werkt er in Tabitha 2.5 dag per week een geestelijk verzorgster. Dit is Mevrouw van der Stelt. Zij heeft ook als taak de nieuwe bewoners een bezoekje te brengen, ongeacht hun levenbeschouwelijke overtuiging. In principe zou dit binnen 2 weken moeten gebeuren, maar naar eigen zeggen wordt dit helaas vaak pas week 6 of 8 dat het bezoek ook werkelijk plaatsvindt. In de gesprekken wordt iemands afkomst besproken, wat hij of zij in het werkende leven gedaan heeft en welke verwachtingen iemand heeft van het verblijf. Er is aandacht voor iemands religieuze overtuiging en verder zal er wat verteld worden over de Christelijke identiteit van Tabitha. Mensen worden tevens ingelicht over de activiteiten die georganiseerd worden en zij worden hiervoor ook van harte uitgenodigd. Mensen stellen dit bezoekje allemaal erg op prijs.

R7: *“Ja die mevrouw kwam inderdaad langs, dat was wel leuk. Om de zaak een beetje door te spreken. Fijn ja. Daar heb je wel wat aan.”* Mevrouw van der Stelt vertelt ook over een ander doel van deze bezoeken. Ze wil er nadrukkelijk op aansturen dat mensen elkaar ontmoeten en zorg dragen voor elkaar. Ze zouden elkaar bij de hand moeten nemen en dit niet alleen over moeten laten aan het zorgpersoneel. Mensen die verantwoording dragen voor een ander en naar medebewoners omzien zouden zichzelf ook beter voelen. Ze probeert in de gesprekken dus de bewoners te motiveren om naar elkaar om te zien.

Een laatste kamerbezoek dat afgelegd wordt in het kader van het welkom heten van de nieuwe bewoner wordt gedaan door iemand van de activiteitencommissie. Deze commissie organiseert verschillende activiteiten voor bewoners. Iemand van de commissie gaat langs bij de nieuwe bewoners om hen te enthousiasmeren. Tevens wordt tijdens de bezoeken gekeken of de activiteitencommissie iets voor de nieuwe bewoner kan betekenen in het kader van het oppakken van een oude hobby of iets dergelijks. Volgens Mevrouw Scholten, activiteitenbegeleidster, is het van groot belang de mensen te motiveren om activiteiten te ondernemen, er op uit te trekken en contact te maken. Daar kunnen deze kamerbezoeken eventueel aan bijdragen, om mensen te informeren over de mogelijkheden. De mensen die nieuw in Tabitha komen wonen, komen meestal uit een situatie waarin zij alleen woonden. Nu zijn er alle mogelijkheden om andere mensen te ontmoeten. Als laatste blijkt dat de mensen het bezoek op zich erg waarderen. Activiteitenbegeleidster Mevrouw Keyzer: *“Dus als je na een paar weken naar de nieuwe bewoner toe gaat, dan merk je dat ze zo blij zijn. Dat kwartiertje wat je dan in gedachten had, dat je dat gewoon niet kan maken, want ze gaan thee voor je zetten en dan komt er een leuk kopje uit de kast en mensen willen foto's laten zien. En dan zeggen ze oh, oh wat heerlijk kind, zeggen ze dan.”*

Activiteiten en ontmoetingsmogelijkheden

Zonder uitzondering zijn de geïnterviewden erg te spreken over de hoeveelheid activiteiten die georganiseerd worden. Voor iedere week wordt er weer een nieuw programma samengesteld, waarin ook bepaalde vaste activiteiten terugkeren. De bewoners zijn in de regel erg tevreden met het aanbod van activiteiten. Mevrouw Keyzer vertelde mij over het aanbod van activiteiten. Zo is er iedere week onder andere een spelletjesmiddag, elke maand een bingo, er zijn 2 Bijbelkringen, er is zondags een protestantse kerkdienst en op donderdag een eucharistieviering, er worden dans- en zangavonden georganiseerd, er is een soos en er zijn regelmatig bustochtjes. R3 *“De vrijwilligers houden altijd een plekje voor je over. Ik vind dat ze hier echt veel voor je doen. Er zijn vaak avondjes, ik heb er echt geen klachten over.”*

Uit de interviews en het gesprek met Mevrouw Keyzer blijkt dat er maar een beperkt aantal bewoners aan de activiteiten deelneemt. *“Het zijn dus echt groepjes, of het nu koffiedrinken is beneden in de boeg, de Bijbelkring, de kerkdienst, er is een grote groep mensen die nergens bijzit.”*

De activiteiten worden door de deelnemers zeer positief gewaardeerd, echter de groep is klein en de populariteit van de activiteiten neemt af. De vraag is waar dat aan ligt. Van een aantal bewoners verneem ik dat zij zich niet aangesproken voelen om deel te nemen. Ze denken het niet leuk te zullen vinden of er niet bij te horen. Anderen interesseren zich simpelweg niet voor de activiteiten. In veel gevallen blijkt dit op onwetendheid te berusten want deze bewoners hebben nog bijna nooit of nooit eerder een activiteit bezocht.

Het welzijnsteam is druk bezig om het activiteitenaanbod aan te passen op de wensen die er zijn. Dit stuit op twee problemen, de groep die nu niet deelneemt aan activiteiten omdat zij zich hier niet door aangesproken voelen, draagt ook geen alternatieven aan. Mevrouw Keyzer: *“Ik moet wel zeggen, ik doe wel eens een enquête bij mensen in het brievenbusje, dan probeer ik ja/nee vragen te vermijden. Wat vind u van het aanbod van activiteiten, zijn er dingen die u mist en zo ja, wat mist u, wat zou u graag willen zien? Dat soort vragen, maar dan krijg je vaak maar 10 dingen terug. Dan vraag ik me af, oh mensen hoe kan ik jullie prikkelen. Ik vind dat wel eens frustrerend hoor. Dat de feedback er dan gewoon niet is.”* Daarnaast zijn de

(financiële) middelen beperkt en moet er steeds vaker overgegaan worden op het vragen van een eigen bijdragen van de bewoners. Toch doet het welzijnsteam zijn best om ook die groepen aan te spreken die nu een beetje buiten de boot dreigen te vallen.

Mevrouw Keyzer: *“De mannen, dat is ook zoiets ik ben wel eens op een groepje afgestapt en heb gevraagd, heren als ik nou een bustochtje zou organiseren naar een jeneverstokerij? Dan zeggen ze nog nee hoor, dat hoeft niet, ik heb mijn hele leven hard gewerkt. Ze zien het als een opgave, ze hebben er echt geen zin in, ze zeggen laat mij maar thuis zitten. Ik hoor dat van meer mensen.”* Wat hier genoemd wordt kwam ook in andere interviews terug. Er zijn inderdaad mensen die de activiteiten zien als een opgave, waar mensen dus niet zo op zitten te wachten. In veel gevallen heeft dit te maken met de verslechterende gezondheid van de ouderen. Als je moe bent, is het deelnemen aan activiteiten inderdaad een opgave. Als je moeilijk kunt zien of horen ben je ook sterk belemmerd. Als je niet meer goed ter been bent, kun je je wel eens opgelaten voelen en denken, ach ik blijf wel thuis. Het is ook niet te ontkennen dat door het veranderende indicatiebeleid van de afgelopen jaren, de bewoners op steeds hogere leeftijd zijn binnengekomen. Dit heeft ook zijn weerslag op de vitaliteit van de groep bewoners in zijn geheel. R9: *“Maar nu ben ik in een periode waarin ik zeg, van mij hoeven de bustochtjes niet meer, het is toch vermoeiend en dan zie ik er tegenop omdat ik misschien moet plassen. Ik ging ook veel weg met de Zonnebloem, ze hebben nu ook weer 2 uitstapjes, maar ik heb me niet opgegeven want het duurt me te lang. Nee ik kan het niet meer, het is me te vermoeiend.”* Veel van deze mensen hebben vooral behoefte aan rust. Zij waarderen het dan ook dat het meedoen aan activiteiten niet de norm is. Iedereen wordt uitgenodigd om mee te doen en er wordt behoorlijk veel aandacht besteed aan deze communicatie. Maar wat mensen er mee doen staat vrij.

De mensen die zich nu niet erg aangesproken voelen door de activiteiten die georganiseerd worden, blijken over het algemeen uit een hoger sociaal milieu te komen. Dit zijn bijvoorbeeld vrouwen die wat hoger opgeleid zijn en buitenshuis gewerkt hebben. De geestelijk verzorgster van de instelling is bezig met het bedenken van alternatieve activiteiten voor deze groep. Zo is er een kring georganiseerd

‘schatgraven in het verleden’ die draait om het uitwisselen van levensverhalen. Er zijn veel positieve reacties te horen over deze gesprekskring. Daarnaast blijken de mensen die elkaar op de gesprekskring of Bijbelkring leren kennen, elkaar ook daarbuiten ontmoeten.

Over de opzet van de activiteiten is goed nagedacht. De organisatoren houden in het achterhoofd dat een belangrijk doel van de activiteiten is dat mensen elkaar ontmoeten. Daarom worden er bijvoorbeeld lange pauzes tijdens de activiteiten ingelast, zodat mensen met elkaar kunnen kletsen onder het genot van koffie of een hapje en een drankje. Een ander punt waarop gelet wordt bij het activiteitenbeleid is dat de activiteiten aansturen op ‘doen’. Mensen dienen niet alleen passief te zijn, te luisteren of te kijken. Het idee is dat meedoen, iets maken, praten, zingen en dergelijke veel voldoening geeft. Ook wil de organisatie dat de activiteiten niet alleen naar binnen toe gericht zijn. Zo is er gewerkt aan het opbouwen van een band met een middelbare school, zodat de leerlingen en de ouderen met elkaar in contact kunnen komen. Mevrouw van der Stelt, geestelijk verzorgster: *“Zo hebben ze een keer een mooi maak middag voor de mensen georganiseerd. Ze hebben met Valentijn geschenkjes rond gebracht, dat soort dingen. Je probeert ook wel de buitenwereld binnen te halen. Dat is zeker van waarde voor de sociale contacten.”*

Signalering eenzaamheid en sociaal isolement en daarop volgend beleid

De ouderen die te maken krijgen met sociaal isolement of eenzaamheid zoeken zelden zelf hulp. Dit komt vooral door het feit dat er een groot taboe rust op het onderwerp. Mensen schamen zich voor het feit dat zij weinig of geen waardevolle sociale contacten hebben. In de zorginstelling draagt men zorg voor het welzijn van de bewoners. Sociaal isolement en eenzaamheid van bewoners zou opgemerkt moeten worden door het personeel van de instelling.

Alle bewoners van de zorginstelling krijgen een persoonlijk begeleider toegewezen. Dit is iemand van het zorgpersoneel die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de zorg en het welzijn van zijn of haar bewoners. De persoonlijk begeleider heeft

van al het personeel het meeste contact met zijn of haar bewoners en zal de problematiek dan ook het snelste signaleren, bijvoorbeeld door gesprekken met deze bewoners of de eventuele familie of kennissen van de bewoners. Daarnaast zal ander zorgpersoneel dat regelmatig op de woningen van bewoners komt ook geconfronteerd worden met eenzaamheid en sociaal isolement. Signalen waar op gelet kan worden zijn: claimend gedrag, neerslachtigheid, lusteloosheid of afwijzing van elk contact.

Er blijken in het zorg- en welzijnsbeleid van de instelling geen protocollen te bestaan die voorschrijven hoe er gehandeld dient te worden na signalering van sociaal isolement of eenzaamheid. In de praktijk komt het er op neer dat het zorgpersoneel na signalering de geestelijk verzorger of eventueel een activiteitenbegeleidster benadert. Deze zal dan een gesprek met de bewoner in kwestie aangaan waarin de problematiek besproken wordt. Daarnaast wordt er gezocht naar een eventuele oplossing. In sommige gevallen is een gesprek al een hele steun in de rug en is de drempel daarmee verlaagd om bijvoorbeeld eens deel te gaan nemen aan activiteiten. Voor anderen moet nadrukkelijk gekeken worden hoe iemand structurele hulp kan krijgen om uit het isolement te kunnen geraken, mocht dit gewenst zijn. Een project dat hiervoor nieuw in het leven geroepen is zijn de Cardia-maatjes. Dit zijn vrijwilligers die een korte cursus gevolgd hebben en als maatje optreden voor eenzame, sociaal geïsoleerde bewoners. Zij bezoeken deze bewoners gemiddeld eens per week of twee weken. Hoe zij deze tijd doorbrengen is afhankelijk van de wensen van de bewoner. Ik heb geen bewoners kunnen spreken die een Cardia-maatje hebben. Wel heb ik hierover onder andere gesproken met Mevrouw Scholten, een activiteitenbegeleidster. Het blijkt dat de mensen die een Cardia-maatje hebben hier erg blij mee zijn. Het is echter de vraag of de situatie van de ouderen ook werkelijk verbeterd, als iemand nu eens in de 1 à 2 weken bezoek krijgt. Ook zijn er weinig vrijwilligers die zich opgeven en tevens zijn er weinig bewoners die aangeven een maatje te willen. Juist de bewoners die geen sociale contacten hebben wilden nadrukkelijk geen maatje. Mensen schamen zich voor hun problematiek. Ook willen zij zichzelf geen nieuwe teleurstellingen met betrekking tot het maken van contact aan doen.

Als mensen sociaal geïsoleerd of eenzaam zijn en tevens kampen met psychische problemen, worden zij in sommige gevallen doorverwezen naar een GGZ-instelling. Hier kunnen de ouderen eventueel naar een dagbehandeling. In de praktijk blijkt dat mensen die sociaal geïsoleerd of eenzaam zijn vaak niet erg zitten te wachten op hulp. Zij hebben meestal niet de behoefte om een hulpverleningstraject in te gaan. Wel blijft er contact met de GGZ instelling om de situatie rond de bewoner te kunnen bespreken.

Hoofdstuk 5: Conclusie



Ik bespreek nu eerst de belangrijkste punten ter beantwoording van mijn deelvragen.

Met wie hebben bewoners van de zorginstelling voornamelijk contact? Hoe is dit contact tot stand gekomen en welke waarden worden aan de contacten toegekend?

Bewoners van de zorginstelling hechten veel waarde aan het contact met familie. Het hebben en onderhouden van contact met familie is voor veel mensen een vanzelfsprekendheid. Familie heeft namelijk in veel gevallen altijd een belangrijke plaats ingenomen in het sociale netwerk van de ouderen. Veel ouderen ontnemen tevens veel steun aan hun familie. Het gaat dan om sociale, emotionele en praktische steun. Als de kinderen van de ouderen in de buurt wonen, wordt dit als zeer prettig ervaren. Het geeft hen een veilig gevoel. Dit gaat echter pas op als er goed en regelmatig contact is.

Het verhaal is anders bij mensen die bijvoorbeeld nooit een partner of kinderen hebben gehad. Zij blijken over het algemeen een kleiner sociaal netwerk te hebben in vergelijking met mensen die wel kinderen hebben. Hun sociale netwerk bestaat voornamelijk uit verdere familieleden en kennissen. Naarmate mensen ouder worden, wordt het onderhouden van contact in praktische zin vaak moeilijker. Dit is te wijten aan het feit dat de mensen in het netwerk in veel gevallen zelf ook op leeftijd zijn. Het is voor beide partijen dan moeilijk het contact vast te houden.

Behalve met familie en kennissen onderhouden de ouderen ook contact met medebewoners en het zorgpersoneel van de instelling. Het maken van contact met medebewoners is geen vanzelfsprekendheid en is voor veel mensen een hele opgave. Het aangaan van nieuwe waardevolle contacten vergt inzet, dit geldt ook voor het maken van contact met medebewoners. Er is durf voor nodig om door vaste sociale structuren heen te breken. Vaak hebben zich al groepjes gevormd van bewoners die met elkaar optrekken in de instelling. Buitenstaanders komen daar in veel gevallen niet zomaar tussen. Ook moet men maar net gelijkgestemden kunnen vinden met wie het klikt. Dit wordt volgens velen steeds lastiger omdat de samenstelling van bewoners verandert. Bewoners die zelf erg vitaal zijn merken dit probleem op. Er komen steeds oudere mensen in de zorginstelling wonen die kampen met ernstige lichamelijke en geestelijke achteruitgang. Er wonen bijvoorbeeld steeds meer mensen

die lijden aan dementie. Daarnaast wordt ook de sociale controle genoemd als factor die het contact tussen medebewoners zou kunnen ondermijnen. De bewoners wonen dicht bij elkaar en kunnen elkaar geregeld ontmoeten. Het gevaar bestaat dat bewoners beslag leggen op elkaar.

Als laatste blijkt dat het contact met het zorgpersoneel in de regel erg goed is. Dit is echter wel afhankelijk van het feit of beide partijen open staan voor contact met elkaar.

Is er sprake van sociaal isolement en eenzaamheid in de zorginstelling? Hoe beleven de sociaal geïsoleerde of eenzame bewoners hun situatie?

Beide vormen van problematiek komen voor in de zorginstelling. De bewoners die sociaal geïsoleerd zijn hebben zich bewust dan wel onbewust teruggetrokken uit het sociale leven, hoewel zij hun situatie betreuren. Zij zien zichzelf in veel gevallen niet meer in staat om nieuwe contacten te maken. De situatie van sociaal geïsoleerden is relatief goed zichtbaar. Mensen die sociaal geïsoleerd zijn zullen bijvoorbeeld niet zo snel aan activiteiten deelnemen. Eenzamen doen dit meestal wel. Deze ouderen onderhouden ook sociale contacten. Het probleem is dat eenzame ondanks de contacten een gebrek aan steun ervaren. Het gaat in de meeste gevallen om een gebrek aan emotionele steun. De problematiek van eenzame ouderen is aan de buitenkant niet altijd even goed zichtbaar. Tevens rust er een taboe op eenzaamheid en dit maakt de problematiek moeilijk bespreekbaar.

Er is een onderscheid te maken tussen situationele en structurele problematiek. In de meeste gevallen is er sprake van situationele problematiek. Het netwerk van de ouderen is bijvoorbeeld door omstandigheden erg klein geworden. Vaak komt dit door hun hoge leeftijd. Dit blijkt vooral het geval te zijn als de ouderen zelf geen kinderen hebben. Ook kan de afnemende gezondheid een factor zijn, het is dan in praktische zin moeilijker geworden de bestaande contacten te blijven onderhouden.

Mensen die hun hele leven al moeite hebben gehad met het aangaan en onderhouden van sociale contacten zijn in veel gevallen bekend met psychosociale problematiek. De sociale competenties, die nodig zijn voor het maken van contact, zijn in veel gevallen minder goed ontwikkeld. Ook blijkt dat als mensen eenmaal in

een sociaal isolement zitten, zij niet snel een beroep op hulp zullen doen. Zij komen dan ook in veel gevallen in een vicieuze cirkel terecht. De situatie heeft consequenties voor de gemoedstoestand en iemands negatieve instelling valt de omgeving ook op. Mensen worden zo onbedoeld een minder prettige gesprekspartner. De contacten die er nog zijn kunnen op deze manier onder spanning komen te staan.

Zijn er verschillen in competenties en vaardigheden die invloed hebben op de contacten van bewoners?

Voor het aangaan van sociale contacten zijn bepaalde competenties vereist, mensen moeten simpelweg weten hoe zij op een goede manier met anderen om moeten kunnen gaan. Ook is het aannemen van een gepaste attitude van belang. Daarnaast is lef nodig om contact aan te durven gaan. Zelfvertrouwen en vitaliteit zijn tevens van belang, mensen moeten zichzelf de moeite waard vinden om contacten te onderhouden. Echt contact kan pas ontstaan op een basis van onderling vertrouwen. Van beide kanten moeten mensen er op durven vertrouwen dat hun verhaal bij de ander veilig is. Ook moeten mensen betrokken kunnen zijn bij het lot van de ander. Daarnaast moet het ook nog klikken tussen twee mensen. Dit zijn al met al heel wat voorwaarden voor het aangaan van contact en dan te bedenken dat mensen ook nog eens de moed moeten hebben om er werkelijk op uit te gaan om in de nieuwe woonomgeving contact te gaan maken.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen de bewoners die openstaan voor het maken van nieuwe contacten en bewoners die zich hier grotendeels voor afsluiten. Dit onderscheid hangt samen met de beschikking over sociale vaardigheden en competenties. Mensen die vitaal zijn en er op vertrouwen dat het hen wel zal lukken om contact te maken, zullen er ook snel op af gaan om werkelijk contact te gaan maken. Zij weten bijvoorbeeld uit ervaring dat zij goed zijn in het maken van contact en zij hebben hier plezier in. Anderen, die van zichzelf weten dat zij niet snel en gemakkelijk contact maken, zullen ook nu huiverig zijn. Angst en onzekerheid liggen hier vaak aan ten grondslag. Tevens geven deze bewoners vaak aan dat zij zich 'anders' voelen dan de andere bewoners van de instelling. Zij denken geen gelijkgestemden te kunnen vinden onder de medebewoners. Dit is soms het geval als

ouderen uit een specifiek sociaal milieu komen. Zij staan dan in veel gevallen kritisch tegenover buitenstaanders. De ouderen moeten over een hoge (zelf gelegde) drempel heen, als zij toch contact willen maken met medebewoners.

Welke beleid voert de zorginstelling met betrekking tot inhuizing van nieuwe bewoners en het waarborgen van sociaal welzijn van de bewoners. En hoe wordt dit beleid door de bewoners gewaardeerd?

Mensen die nieuw komen wonen in de zorginstelling vinden het soms moeilijk om te wennen. Dit kan te wijten zijn aan een noodgedwongen verhuizing. In veel gevallen is de verhuizing vooraf gegaan door grote veranderingen in het leven van de ouderen. Zij hebben bijvoorbeeld hun partner verloren of hebben te kampen met lichamelijke beperkingen, waardoor zij niet in de vorige woning konden blijven. De medewerkers van de zorginstelling doen er alles aan om de nieuwe bewoners zo goed mogelijk te begeleiden met het doel hen wegwijs te maken in huis en hen op hun gemak te laten voelen. Zo worden er kamerbezoekjes afgelegd om de bewoners welkom te heten en hen te informeren over de activiteiten die in Tabitha georganiseerd worden.

Er zijn in de zorginstelling vele ontmoetingsmogelijkheden en er worden verschillende activiteiten georganiseerd waar de bewoners elkaar kunnen ontmoeten. Veel ouderen zijn erg enthousiast over de activiteiten die georganiseerd worden. Echter, in de praktijk blijkt dat er maar een beperkte groep ouderen deelneemt aan de activiteiten. Anderen voelen zich niet aangesproken om mee te doen of voelen zich door hun slechte gezondheid bijvoorbeeld niet in staat om deel te nemen.

In de instelling draagt het personeel zorg voor het welzijn van de bewoners. Om dit zo goed mogelijk te kunnen doen krijgen alle bewoners een persoonlijk begeleider toegewezen. Hij of zij heeft van al het personeel het meeste contact met de bewoner. Het zal hem of haar dan ook in de meeste gevallen opvallen als een bewoner sociaal geïsoleerd of vereenzaamd raakt. Andere verzorgenden staan ook direct in contact met de bewoners en ook zij kunnen sociaal isolement en eenzaamheid signaleren.

Er zijn geen protocollen opgesteld die voorschrijven hoe er gehandeld moet worden na signalering van sociaal isolement en eenzaamheid. Degenen die de problematiek signaleren zullen de geestelijk verzorgster of een activiteitenbegeleidster benaderen. Deze zullen met de bewoner het gesprek aangaan. De bewoners kunnen een Cardia-maatje krijgen, een vrijwilliger die eens in de week of twee weken een bezoekje aan de bewoner aflegt. De bewoners die reeds een maatje toegewezen hebben gekregen, zijn hier erg blij mee. Anderen geven aan geen behoefte te hebben aan een maatje of zij zijn bang teleurgesteld te raken als het contact niet van de grond komt. Ook kunnen bewoners doorgestuurd worden naar de GGZ. In veel gevallen geven de ouderen echter aan geen professionele hulp te willen.

Het antwoord op mijn hoofdvraag:

Welke factoren dragen bij aan het ontstaan van sociaal isolement onder ouderen in zorginstellingen, hoe wordt de sociaal geïsoleerde of eenzame situatie beleefd en welk beleid voert de zorginstelling om de problematiek te reduceren of tegen te gaan?

Bij de factoren die bijdragen aan het ontstaan van sociaal isolement en eenzaamheid maak ik een onderscheid tussen structurele en situationele problematiek. Uit mijn empirisch onderzoek blijkt dat structurele problematiek te wijten is aan psychosociale problematiek en minder goed ontwikkelde sociale competenties – waaronder weinig zelfvertrouwen en weinig vertrouwen in medemensen. De situationele problematiek kan veroorzaakt worden door het verlies van waardevolle contacten door de hoge leeftijd van de bewoners en een afnemende gezondheid waardoor het moeilijker is om contacten te onderhouden.

De ouderen die sociaal geïsoleerd zijn geraakt zien meestal geen uitweg meer voor hun problematiek. Deze mensen trekken zich terug op hun kamer en grijpen geen mogelijkheden meer aan om nieuwe contacten te maken. Zij vinden meestal als het ware een soort berusting voor hun situatie. Mensen die eenzaam zijn hebben wel sociale contacten. Iemand kan nog zo veel contacten hebben, dit zegt echter niets over de kwaliteit van deze contacten. Veel eenzame ouderen ervaren een gebrek aan emotionele steun. De ouderen, eenzaam of sociaal geïsoleerd, voelen zich in veel

gevallen niet gehoord en gekend. Zij ervaren het als een groot gemis dat zij hun verhaal bij niemand in hun omgeving kwijt kunnen.

De zorginstelling schrijft geen eenduidig beleid voor rondom de reductie van sociaal isolement en eenzaamheid. Wel wordt er werk gemaakt van goede begeleiding van de nieuwe bewoners door onder andere de persoonlijk begeleider. Deze dient, net als het andere zorgpersoneel, alert te zijn op problematiek rond sociaal isolement en eenzaamheid bij de bewoners. Zij kunnen de bewoners de drempel over helpen, zodat zij deel kunnen gaan nemen aan activiteiten. Ook kunnen zij de geestelijk verzorger of een van de activiteitenbegeleider benaderen zodat er in een gesprek geluisterd kan worden naar de wensen van de bewoner met betrekking tot een eventuele oplossing van de problematiek.

Hoofstuk 6: Discussie



6.1 Inleiding

Alles resultaten van zowel de literatuurstudie als het empirisch onderzoek zijn gepresenteerd. Nu rest mij nog de taak om een koppeling te maken tussen de bevindingen in mijn literatuurstudie en mijn onderzoeksresultaten. Dit zal ik doen in paragraaf 6.2. Vervolgens zal ik de beperkingen van dit onderzoek bespreken in paragraaf 6.3. Ik sluit af door een aantal aanbevelingen te doen aan de zorginstelling, in paragraaf 6.4.

6.2 Reflectie

Het onderhouden van waardevolle sociale contacten is van groot belang voor het welzijn van mensen. Zij ontnemen steun aan hun sociale omgeving en deze steun is te onderscheiden in sociale, emotionele en praktische steun. Uit het empirisch onderzoek is gebleken dat mensen die sociaal geïsoleerd zijn geraakt alle vorm van steun missen. Mensen die eenzaam zijn nemen wel deel aan een of meerdere sociale netwerken en hebben dus in elk geval gezelschapssteun, maar geven in veel gevallen aan niemand te hebben om écht mee te praten. Zij ervaren een gemis aan emotionele steun.

De vraag van dit onderzoek was waarom sociaal isolement en eenzaamheid in zorginstellingen een relatief groot probleem is. 40 % van de bewoners van zorginstellingen blijkt namelijk niet tevreden te zijn over de sociale contacten die hij of zij bezit (De Klerk, 2005). Dit feit kan verklaard worden aan de hand van Gray (2008). Zij stelt dat het sociaal kapitaal het laagste is bij ouderen, dat wil zeggen dat ouderen kleinere netwerken hebben. Het vergt veel energie van de ouderen om de sociale contacten die er zijn, te onderhouden. Dit is te wijten aan bijvoorbeeld de hoge leeftijd en de afnemende gezondheid. Als ik de resultaten van mijn empirisch onderzoek naast de bevindingen van Gray (2008) leg, sluiten zij goed op elkaar aan. Ik heb geen kwantitatief onderzoek gedaan en ik heb geen cijfers of percentages. Ik kan dus niets zeggen over de grootte van het sociale kapitaal van ouderen in vergelijking met dat van andere groepen in de samenleving. Wel kan ik in navolging

op Gray (2008) stellen dat er een fundamenteel verschil is als het gaat om de grootte van het sociaal kapitaal bij ouderen met kinderen (en die een goed en regelmatig contact met hen hebben) en ouderen zonder kinderen. Ouderen met kinderen ontvangen vaak het bezoek en hoeven er in mindere mate zelf op uit. Mensen die geen kinderen hebben, hebben veelal contact met kennissen en verdere familieleden. Deze vallen vaak in dezelfde leeftijdscategorie. Het onderhouden van contact blijkt dan praktisch gezien moeilijker te worden.

De beperkingen die sociale contacten kunnen ondermijnen gaan in veel gevallen niet op als het gaat om het onderhouden van contact met medebewoners van de instelling. Al hebben mensen lichamelijke problemen en zijn zij op leeftijd, toch kunnen zij daar contacten onderhouden. De ouderen wonen dicht bij elkaar en er zijn verschillende ontmoetingsmogelijkheden. De lage mate van sociaal kapitaal bij ouderen hoeft dus niet op te gaan voor ouderen die woonachtig zijn in een zorginstelling. Zou sociaal isolement en eenzaamheid daar dan juist geen probleem hoeven zijn? Toch wel. Er worden verschillende factoren aangedragen die het aangaan van contact tussen de bewoners onderling kunnen bemoeilijken. Zo zijn voor velen de aanwezige sociale structuren een grote belemmering voor het maken van contact. De bewoners kunnen zich erg afkeren van nieuwkomers. Tevens moeten mensen maar net met anderen in contact komen met wie het klikt.

In mijn literatuurstudie ben ik ook ingegaan op het onderwerp individualisering. De vanzelfsprekendheid van het onderhouden van contact binnen traditionele sociale netwerken lijkt te zijn afgenomen. Voor het aangaan van sociale banden zijn sociale competenties vereist. Dit heb ik teruggezien in de praktijk. Als mensen in de zorginstelling komen wonen, kennen zij daar niemand en als men wil zou er bewust contact gemaakt moeten worden. Sommigen blijken niet uitgerust met de juiste sociale competenties. Mensen moeten beschikken over de nodige sociale vaardigheden en zij moeten deze ook in kunnen zetten. Het gaat dan bijvoorbeeld om vertrouwen hebben in medemensen en betrokkenheid kunnen tonen. Mensen moeten tevens een juiste attitude jegens anderen aan kunnen nemen (Appelhof, 2002). Als zij niet over de juiste vaardigheden beschikken wordt contact maken heel lastig. Voor veel van deze mensen blijkt echter de problematiek niet nieuw te zijn, zij hebben vaak

hun hele leven al moeite met het aangaan van sociale banden. Er is hier dan ook sprake van structurele problematiek.

De vanzelfsprekendheid van traditionele sociale netwerken kan dan zijn afgenomen, of dit ook opgaat voor de waarde van familie voor de bewoners van de zorginstelling, dat is de vraag. Hierboven besprak ik reeds dat aan familie sterk gehecht wordt. De ouderen ontleen veel steun aan hun familieleden als het contact goed is.

Door het uitvoeren van dit onderzoek heb ik inzicht verschaft in de factoren die bijdragen aan het ontstaan van sociaal isolement en eenzaamheid in zorginstellingen. Ook heb ik gekeken naar het beleid dat de zorginstelling voert om het sociale welzijn van de ouderen te waarborgen. De vraag van de bewoners blijkt niet altijd even goed aan te sluiten bij het aanbod van de instelling. Dat is logisch want: zoveel mensen, zoveel wensen. Maar als de zorginstelling iets zou willen doen om de problematiek rond eenzaamheid en sociaal isolement verder terug te dringen dient er gekeken te worden naar de individuele situaties van de bewoners. Iemand die zijn hele leven lang al sociaal geïsoleerd is, zal niet gebaat zijn bij de uitbreiding van het aanbod van activiteiten. Iemand die nieuw is komen wonen in de zorginstelling en graag contacten wil maken, zal gebaat zijn bij het feit dat hij of zij eens expliciet uitgenodigd wordt voor een activiteit. De zorginstelling dient zich dus bewust te zijn van het feit dat de problematiek veel verschillende achtergronden en uitingsvormen kent. Er moet in het welzijnsbeleid duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende vormen van problematiek en de behoeften van specifieke bewoners.

6.3 Beperkingen

Het onderzoek dat ik heb uitgevoerd kent zijn beperkingen.

Allereerst heeft de methode van dataverzameling die ik gebruik heb veel waardevolle resultaten opgeleverd. Door semigestructureerde interviews af te nemen kon ten volle recht gedaan worden aan de uitweiding van de respondenten. Echter, de methode kent ook haar beperkingen. Ik heb bij mijn respondenten één interview afgenomen. Dit is dus in wezen een momentopname. De ouderen konden wel eens een

slechte dag hebben, waardoor zij zich negatiever uitlieten over hun situatie, dan dat de bedoeling zou zijn. Tevens kan het interview zelf invloed hebben gehad. De ouderen werden aangespoord factoren aan te dragen die hun specifieke situatie hebben doen ontstaan. Dit was in sommige gevallen pijnlijk en het heeft emoties opgeroepen. Ook dit kan het beeld vertekend hebben. Als onderzoeker maakte ik keuzes en interpreteerde ik zelf de onderzoeksresultaten. Dat ik voor dit kwalitatieve onderzoek dus zelf het onderzoeksinstrument was, heeft uiteraard gevolgen gehad voor de bevindingen. Toch heb ik geprobeerd in mijn onderzoeksrapportage zo veel mogelijk transparant te zijn geweest over de door mij gemaakte keuzes.

Tevens kan ik de generaliseerbaarheid van dit onderzoek niet garanderen. Ik heb voor dit onderzoek maar een beperkt aantal tehuisbewoners geïnterviewd. Zij zijn allen woonachtig in dezelfde instelling. De onderzoeksresultaten hebben dus slechts betrekking op de bewoners van Tabitha. Het onderzoek richtte zich expliciet op de betekenisgeving van ouderen in zorginstellingen. Daarom zullen bewoners van vergelijkbare instellingen zich mogelijk wel in de beschrijvingen herkennen.

6.4 Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was inzicht verschaffen in de factoren die bijdragen aan het ontstaan van sociaal isolement en eenzaamheid bij ouderen in zorginstellingen. Daarnaast wilde ik handvatten aanreiken om het beleid rondom de reductie van de problematiek te kunnen verbeteren. Ik heb mijn onderzoeksresultaten reeds besproken, nu wil ik nog een aantal aanbevelingen doen aan Tabitha. Op deze manier kan de opgedane kennis omgezet worden naar beleid. Het sociale welzijn van de bewoners van Tabitha zal hier hoogstwaarschijnlijk door verbeteren.

Erkenning van de problematiek

Er moet gewerkt worden aan meer erkenning door de zorg voor de problematiek rond eenzaamheid en sociaal isolement. Mensen die zich sociaal geïsoleerd en eenzaam voelen en hier erg onder lijden zullen zich vaak negatief verhouden ten opzichte van hun omgeving. Zij staan nauwelijks open voor contact en

zullen ook weinig toenadering zoeken tot het zorgpersoneel. Als het probleem beter erkend zou worden, als het zorgpersoneel weet dat mevrouw X sociaal geïsoleerd is en daarom wantrouwend en nukkig is, dan kan men kiezen voor een andere bejegening. Contact is altijd tweezijdig en het is dan ook lastig voor het zorgpersoneel om iemand te benaderen die minder sociaal vaardig is. Maar als men hier doorheen kan prikken, zal dit een goede uitwerking hebben voor hen die te maken hebben met deze problematiek. De ouderen zullen zich meer op hun gemak voelen in huis als zij een betere band hebben met het zorgpersoneel. De zorg kan dan fungeren als aanspreekpunt en dit zal de mensen steun geven. Dit doel zou bereikt kunnen worden door cursussen op te zetten of lesdagen te organiseren waarin de problematiek van sociaal isolement en eenzaamheid centraal staat. Als de medewerkers en de vrijwilligers die nauw in contact staan met de bewoners goed voorgelicht worden, zullen zij de problematiek beter herkennen en zullen zij beter om kunnen gaan met de problematiek.

Verbetering van het activiteiten aanbod

Het is van belang dat de activiteitenbegeleiders het aanbod van activiteiten blijven afstemmen op de wensen van de bewoners. Meer differentiatie in het aanbod is gewenst, er wordt nu slechts een geringe groep bewoners bereikt. De mensen die gebruik maken van de activiteiten zijn er stuk voor stuk erg enthousiast over. Toch maakt een groot deel van de bewoners er geen gebruik van omdat de activiteiten hen niet aanspreken. Dit geldt bijvoorbeeld voor de groep van hoger opgeleide bewoners of voor het geringe aantal mannelijke bewoners van Tabitha. Zij moeten niet vergeten worden en er zal nagedacht moeten worden over alternatieve activiteiten voor hen.

Begeleiding bewoners naar activiteiten

De begeleiding in de beginperiode van iemands verblijf in de instelling zou verbeterd moeten worden. De ouderen zijn net verhuisd en moeten wennen aan de nieuwe woonomgeving, ook hebben zij in veel gevallen te maken met lichamelijk achteruitgang. Als zij nieuwe contacten willen maken zullen zij zich hier actief voor in moeten zetten en moeten zij door de sociale structuren heen durven breken. Al met

al een lastig pakket. Ze hebben er begeleiding bij nodig. Als de mensen in de beginperiode een maatje zouden hebben, of dit nu gaat om een medebewoner, iemand van het zorgpersoneel of een vrijwilliger, kan men ergens op steunen. Het maatje kan de eerste keer meegaan naar een activiteit, hij of zij kan nog eens laten zien waar er koffie gedronken kan worden of waar het winkeltje is. Kortom er staat iemand naast de nieuwe bewoner. Dit lijkt mij cruciaal voor de beginperiode. Het kan in sommige gevallen sociaal isolement en eenzaamheid voorkomen. Als mensen namelijk niet al in het begin afgaan op het maken van contact, wordt de drempel steeds hoger en zullen mensen in veel gevallen kiezen voor hun 'veilige' kamer.

Inrichten kleinschalige huiskamers voor bewoners

Er zou een alternatief gezocht kunnen worden voor het koffiedrinken in de grote zaal om 10 uur 's morgens. De animo neemt de laatste tijd af. Bewoners geven aan er geen behoefte aan te hebben maar dit zou ook kunnen liggen aan de onpersoonlijke grote zaal waar het koffiedrinken is. Ook is er beneden een hal, 'de Boeg' waar mensen elkaar bijvoorbeeld 's middags kunnen ontmoeten en iets kunnen drinken. Het blijkt zo te zijn dat het altijd vaste groepjes zijn die daar zitten en het is lastig voor anderen om zich aan te sluiten. Het zou misschien een oplossing zijn om per verdieping een huiskamer in te richten waar de mensen elke ochtend in ieder geval terecht kunnen voor koffie en een kletspraatje. Het zou helemaal goed zijn als er een gastvrouw aanwezig is, die de mensen kent en vraagt naar hun wel en wee. De bewoners die 's morgens de huiskamer bezoeken leren elkaar kennen omdat de ruimte kleiner is. De gastvrouw zou kunnen helpen de mensen ook echt contact met elkaar te laten maken, als dit vanzelf niet lukt. Voor nieuwe bewoners is de drempel dan ook lager om eens binnen te stappen. Mensen zouden elkaar daar ook de rest van de dag kunnen ontmoeten om te kletsen, iets te drinken, spelletjes te spelen of zelfs samen tv te kijken. Onderling contact zou zo sterk bevorderd worden.

Literatuur

- Appelhof, P., Walraven, M. (2002). *Sociale competentie ter bevordering van participatie in de samenleving*. Utrecht: Oberon.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., Van der Meer, A.G.E. (2007) *Basisboek interviewen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Begemann, C., Penninx, K. (2004). *Eenzaamheid onder ouderen – innovatieprogramma welzijn*. Utrecht: NIZW.
- Bourdieu, P. (1997) *The forms of capital*. Education, culture, economy and society. Oxford: Oxford University Press.
- Fokkema, T., Dykstra, P.A. (2009). *De aanpak van eenzaamheid*. Demos 25-3.
- Fokkema, T., Van Tilburg, T. (2005). *Eenzaam en dan? De onmogelijkheden van interventies bij ouderen*. Utrecht/Amsterdam: NIDI/VU.
- Gray, A. (2008) *The social capital of older people*. *Aging & Society*, 29, 5-31.
- 't Hart, H. (2005) *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Hortulanus, R., Machielse, A., Meeuwisen, L. (2003). *Sociaal isolement: Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier.
- De Jong-Gierveld, J. (1999). *Eenzaamheid onder oudere mensen; een overzicht van het onderzoek*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1 (1) 5-15.
- De Klerk, M. (2005) *Ouderen in instellingen*. Den Haag: SCP.
- Machielse, A. (2003) *Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen*. Den Haag: Elsevier.
- Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast – een theoretisch perspectief op sociaal isolement*. Utrecht: Van Arkel.
- Putnam, R. (2000) *Bowling Alone*. New York: Simon and Schuster.
- Schuijt-Lucassen, N. Y., Deeg, D. J. H., & Verhoeff, A. P. (2006; 2006). *Ouderen in Amsterdam : Omvang en risicofactoren van depressie, sociaal isolement en verlies van regie over eigen leven*. Amsterdam: GGD Amsterdam.

Van Tilburg, T., De Jong-Gierveld, J (2007) *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij.

Timmer, E., Aartsen, M. (2003) *Mastery beliefs and productive leisure activities in the third age*. *Social Behavior and Personality*, 31 (7), 643-656.