

Vorprojekt “Einsamkeit im Alter”

Faktenblatt

Einsame ältere Menschen in der Pflege

21.11.2024

Inhalt

1. Einführung	1
2. Facts and figures.....	2
3. Empfohlene Massnahmen in der Literatur	5
4. Die schweizerische Ausgangslage aus Sicht der Pflege	6
5. Handlungsempfehlungen für die Pflege.....	7
6. Zu erwartende Wirkung und Nutzen.....	8
7. Zeitliches Vorgehen und nächste Schritte.....	10
8. Ressourcen	10
9. Schlussfolgerungen.....	11
Anhang: An der Erarbeitung des Faktenblatts beteiligte Fachpersonen	13

1. Einführung

Für die Umsetzung des Programms «*connect!* – gemeinsam weniger einsam» ab 2024 sollen Handlungsprioritäten festgelegt werden. Ein Handlungsfeld ist die Pflege.

Um eine Priorisierung zu ermöglichen, macht dieses Faktenblatt eine erste Auslegeordnung über den Stand des Wissens, führt internationale Vorgehensempfehlungen auf und erfasst die Einschätzungen von Vertretenden der Pflege, die anlässlich eines Workshops am 23.10.2023 geäussert und nach dem Versand eines Entwurfs des Faktenblatts rückgemeldet wurden. (Andere Faktenblätter behandeln Perspektiven der Einsamkeit aus Sicht der medizinischen Grundversorgung, der Sozialen Arbeit, aus Sicht von stationären Altersinstitutionen etc.). Im Anhang 1 sind die Fachpersonen aufgeführt, die sich im Rahmen der Vernehmlassung geäussert haben.

Das Faktenblatt schliesst mit Schlussfolgerungen zum Handlungsbedarf aus Sicht des Redaktionsteams ab, welches aus Mitarbeitenden des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft VFP und von PHS Public Health Services zusammengesetzt ist.

Auf der Basis dieses Faktenblatts soll sich die Trägerschaft über den Nutzen und die Erfolgsaussichten dieses Handlungsfeldes ein Bild machen und über dessen Priorität im Rahmen der Umsetzung des geplanten Programms «*connect!* – gemeinsam weniger einsam» entscheiden können. Sollte das

Handlungsfeld weiterverfolgt werden, werden vertiefende Abklärungen über die Wirksamkeit und Machbarkeit von Interventionen im schweizerischen Kontext folgen müssen.

Definition von Einsamkeit

Die nachstehende Text-Box beinhaltet die Kurzfassung der Definition von «Einsamkeit», welche dem im Vorprojekt verfassten Faktenblatt «Definition Einsamkeit»¹ entnommen ist.

Kurzversion zur Definition von Einsamkeit

Einsamkeit ist ein unangenehmes und belastendes Gefühl, bei welchem die eigenen sozialen Beziehungen nicht den persönlichen Wünschen entsprechen und als unzureichend empfunden werden. Dieses Gefühl kann sowohl die Qualität der Beziehungen betreffen (z.B. fehlende Vertrauensbeziehungen) als auch die Quantität von sozialen Kontakten (z.B. fehlendes soziales Netz)² sowie die Zugehörigkeit zu einer grösseren Gemeinschaft oder zur Gesellschaft³. Andauernde Einsamkeit ist mit einem erhöhten Risiko für körperliche und psychische Krankheiten sowie mit erhöhter Mortalität assoziiert.⁴

Wir verwenden im Text den Begriff «Patient/Patientin» aus Rücksicht auf die Leserlichkeit. Der Begriff umfasst generell alle, die Pflege erhalten, von Pflegenden betreut werden oder ihre Nächsten.

2. Facts and figures

Der aktuelle Stand des Wissens zur Einsamkeit wurde im Rahmen des Vorprojekts «Einsamkeit im Alter» in einer Literaturanalyse⁵ und in einem Erfahrungsbericht über die nationalen Umsetzungsprogramme in anderen Ländern⁶ zusammengestellt.

«Burden of disease» der Einsamkeit

2010 wurde zum ersten Mal in einer breit angelegten Meta-Analyse aufgezeigt, dass der Einfluss sozialer Beziehungen auf das Sterberisiko mit den Auswirkungen des Tabakkonsums, des Übergewichts oder des Bewegungsmangels vergleichbar ist.⁷

¹ Faktenblatt «Definition Einsamkeit». Verfügbar unter <https://ch-connect.ch/>

² Perlman, D. & Peplau, L.A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships in Disorder* (S. 32). London: Academic Press

³ Vgl. z.B. Cacioppo, John T. & Cacioppo S. (2012). The phenotype of loneliness. *The European Journal of Developmental Psychology*, 9/4, 446-452.

⁴ Holt-Lunstad J., Smith, T.B., Baker, M. et al. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Persp Psychol Sci*, 10, 227-237.

⁵ Schaaf, S. (2023). Zusammenfassende Dokumentation zur Literaturanalyse «Einsamkeit im Alter». Im Auftrag der Age-Stiftung und von PHS Public Health Services. Zürich und Bern: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, PHS Public Health Services, Age-Stiftung

⁶ Kessler, C. et al. (2023). Wege aus der Einsamkeit: was machen andere Länder? Eine Analyse zum internationalen Erfahrungswissen, mit Fokus auf Europa (Schlussbericht). Age-Stiftung und PHS Public Health Services

⁷ Holt-Lunstad, J. et al. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Diese Erkenntnis wurden zwischenzeitlich mehrfach bestätigt, so auch im renommierten medizinischen Fachjournal «The Lancet». Die gesundheitliche Bedeutung von Einsamkeit und mangelnden sozialen Beziehungen wird dort wie folgt beschrieben⁸:

- «As damaging to physical health as 15 cigarettes per day.»
- «Poor social connections are associated with increased risk of cardiovascular disease, hypertension, diabetes, infectious diseases, impaired cognitive function, depression, and anxiety.»

Häufigkeit von Einsamkeit im Alter in der Schweiz

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2022 lag der Anteil der zuhause lebenden älteren Menschen (65+), die sich manchmal einsam fühlten, bei gut einem Drittel⁹. Spezialauswertungen für das Vorprojekt «Einsamkeit im Alter» zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2022 und zu einem OBSAN-Bericht (2023)¹⁰ ergaben bei dieser Zielgruppe für die Kategorie „ziemlich/sehr häufig“ eine Einsamkeitshäufigkeit von 5% bis knapp 9%^{11,12}. Dies ist vergleichbar mit einer europäischen Meta-Analyse bei älteren Menschen (60+), bei welcher eine Häufigkeit von schwerer Einsamkeit von 8% gefunden wurde.¹³

Bei diesen Zahlen ist gemäss Höpflinger (2024)¹² zu berücksichtigen, dass stark vereinsamte und isolierte Menschen weniger häufig an Befragungen teilnehmen als sozial gut integrierte Menschen, wodurch die Zahlen tendenziell zu tief liegen. Zudem weist die Zielgruppe der 65-74-Jährigen niedrige Einsamkeitswerte auf. Entsprechend liegt die Häufigkeit von Einsamkeit bei den älteren Altersgruppen und insbesondere bei den Hochaltrigen (80+) weit höher. (ebda.)

Die Prävalenz der Einsamkeit ist gemäss Bundesamt für Statistik in der lateinischen Schweiz höher als in der deutschen Schweiz.¹⁴ Die Ursachen hierfür sind nicht bekannt. Hingegen zeigen sich zwischen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung in der Schweiz keine Unterschiede. Allerdings berichteten in intermediären Regionen (als dritter Gemeindetypus neben städtisch und ländlich) wohnhafte Personen häufiger von Einsamkeit als die städtische Bevölkerung.

Hinweis: Die Auftretenshäufigkeit der Einsamkeit zeigt einen U-förmigen Verlauf mit hohen Prävalenzen in der Jugend und bei jungen Erwachsenen und zunehmender Häufigkeit im hohen Alter.¹⁵ Das Programm «connect!» fokussiert in einer ersten 3-Jahres-Phase auf das Alter. Es besteht jedoch der Wunsch, in kommenden Phasen auch andere Zielgruppen zu erfassen.

⁸ The Lancet (2023). Loneliness as a health issue. Editorial: Vol 402 July 08, 2023.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01411-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01411-3)

⁹ Bundesamt für Statistik (2023). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Neuchâtel: BFS.

¹⁰ Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?, *Obsan Bericht 03/2023*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

¹¹ Schuler, D. (2023). Prävalenz «Einsamkeit im Alter». Spezialauswertung des OBSAN Berichts 03/2023 gemäss Anfrage Institut für Gesundheitsforschung (ISGF). (Bezug bei PHS Public Health Services)

¹² Höpflinger, F. (2024). Einsamkeitsgefühle im Alter – Ursachen und Auswirkungen – Eine Auswertung der Schweiz. Gesundheitsbefragung 2022. Version 6. März 2024 (Bezug bei PHS Public Health Services)

¹³ Chawla, K. et al. (2021). Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*: July 26, 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088>

¹⁴ Bundesamt für Statistik (2019). Gesundheitsstatistik 2019. Neuchâtel: BFS.

¹⁵ Bundesamt für Statistik (2023). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Neuchâtel: BFS.

Ursachen von Einsamkeit

Die Auswertung von Höpflinger (2024)¹⁶ zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 2022 zeigt, dass häufige Einsamkeitsgefühle im Alter sowohl durch soziale als auch gesundheitliche Faktoren bestimmt werden.

Sozial bedeutsame Faktoren sind primär das Alleinleben, das Fehlen von Vertrauenspersonen sowie die Sprachregion (höhere Werte in der lateinischen Schweiz). Ein Migrationshintergrund, v.a. wenn aus Ost-, Südost und Südwest-Europa stammend, erhöht ebenfalls das Risiko für Einsamkeitsgefühle. (ebda.)

Indirekt wirkt sich ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) aus, indem sich finanzielle Probleme negativ auf die physische und psychische Gesundheit auswirken, was wiederum die Einsamkeitsgefühle beeinflusst. Indirekt wirkt sich auch das Bildungsniveau aus, indem eine tiefe Bildung mit einer geringeren Zahl von Vertrauenspersonen assoziiert ist. Auch das zunehmende Alter wirkt sich in erster Linie durch die Abnahme von Vertrauenspersonen aus. (ebda.)

Aus gesundheitlicher Sicht sind vor allem körperliche Beschwerden und eine schlechte subjektive Gesundheit mit erhöhten Einsamkeitswerten verbunden. Dabei können sich allerdings auch wechselseitige Beziehungen ergeben: eine schlechte Gesundheit erhöht das Einsamkeitsrisiko, was wiederum zu einer schlechteren Gesundheitseinschätzung führen kann. Generell zeigen sich starke negative Beziehungen zwischen Einsamkeitsgefühlen und der psychischen Gesundheit, und einer tiefen Kontrollüberzeugung. (ebda.)

Gemäss dem englischen Programm gegen Einsamkeit werden Einsamkeitsgefühle zudem stark von Eigenschaften wie Identität und Persönlichkeit beeinflusst. Soziale und kulturelle Einflüsse spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Von Bedeutung sind weiter die Wohnsituation und das Quartier, in dem Menschen leben. Ebenfalls potenziell grosse Auswirkungen haben kritische Lebensereignisse, sei dies die Pensionierung, der Verlust einer nahestehenden Person oder gesundheitliche Ereignisse.¹⁷

Eine aktuelle narrative Literatur-Analyse¹⁸ kommt zu ähnlichen Schlüssen. Sie bewertet zudem zwei weitere Elemente als besonders zentrale Faktoren betreffend Einsamkeit:

1. Die Persönlichkeitsmerkmale Extrovertiertheit als stark protektiv gegen Einsamkeitsgefühle und Neurotizismus als einflussreicher verstärkenden Faktor.
2. Das Vorhandensein von Vertrauenspersonen.

Relevanz der Einsamkeit für das Gesundheitsversorgungssystem

Gemäss Internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) ist Einsamkeit keine Krankheit. Einsamkeit kann die Gesundheit jedoch stark beeinträchtigen – und damit das Gesundheitsversorgungssystem belasten. Nachstehend eine Auswahl von Zitaten:

¹⁶ Höpflinger, F. (2024). Einsamkeitsgefühle im Alter – Ursachen und Auswirkungen – Eine Auswertung der Schweiz. Gesundheitsbefragung 2022. Version 6. März 2024 (Bezug bei PHS Public Health Services)

¹⁷ Department for Digital, Culture, Media and Sport, UK (2018). A connected society; A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change. <https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness>

¹⁸ Barjaková M., Garner A & d'Hombres B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Soc Sci Med.*,334:116-163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>

- Nat. Academies of Science, Engineering and Medicine, 2020¹⁹:
 - *“Evidence suggests an association between loneliness and increased use of inpatient care, more health care provider visits, inscreased re-hospitalisations, and longer length of stays.”*
- Erst wenige Studien haben die Kostenauswirkungen der Einsamkeit auf das Gesundheitsversorgungssystem berechnet. Beispiele hierfür kommen v.a. von Grossbritannien und Holland
 - *“Loneliness is associated with higher healthcare expenditure in all types of curative healthcare services independent of demographic-, socioeconomic- and lifestyle factors.”*²⁰
 - *“The evidence suggests that social prescribing can reduce pressure on Primary Care and save costs.”*²¹

3. Empfohlene Massnahmen in der Literatur

Nachstehend eine Auswahl von Zitaten aus der internationalen Literatur:

The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine²²:

- *“Health care providers and practices should periodically perform an assessment...”*

U.S. Surgeon General²³:

- *“Explicitly acknowledge social connection as a priority for health.*
- *Provide health professionals with formal training and continuing education on the health and medical relevance of social connection and risks associated with social disconnection (e.g., isolation, loneliness, low social support, social negativity), as well as advanced training on prevention and interventions.*
- *Facilitate inclusion of assessment results in electronic health records.*
- *Providers and insurers can educate and incentivize patients to understand the risks of, and take action to address inadequate social connection, with a particular focus on at-risk individuals, including but not limited to those with physical or mental health conditions or disabilities, financial insecurity, those who live alone, single parents, and both younger and aging populations.*
- *Integrate social connection into patient care in primary-, secondary-, and tertiary-level care settings by:*
 - *Actively assessing patients’ level of social connection to identify those who are at increased risk or already experiencing social disconnection and evaluate the level of necessary supports.*

¹⁹ Nat. Academies of Science, Engineering and Medicine, 2020. Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system

²⁰ Rachele Meisters et al, Does Loneliness Have a Cost? A Population-Wide Study of the Association Between Loneliness and Healthcare Expenditure, Int J Public Health, 02 February 2021, <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.581286>

²¹ National Academy for Social Prescribing. Evidence Brief, The economic impact of social prescribing, <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/bnjcszbz/nasp-briefing-economic-impact.pdf>

²² Nat. Academies of Science, Engineering and Medicine, 2020. Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system

²³ Our Epidemic of Loneliness and Isolation, The U.S. Surgeon General’s Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community (2023), <https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>

- *Educating patients about the benefits of social connection and the risk factors for social disconnection as part of primary prevention.*
- *Leveraging interventions that provide psychosocial support to patients, including involving family or other caregivers in treatment, group therapies, and other evidence-based options.*
- *Work with community organizations to create partnerships that provide support for people who are at risk for, or are struggling with, loneliness, isolation, low social support, or poor-quality relationships.*
- *Create opportunities for clinicians to partner with researchers to evaluate the application of evidence-based assessment tools and interventions within clinical settings, including evaluating the efficacy of applications for specific populations.”*

Interview Raveet Viridi, Sprecherin für die nationale britische Strategie «A connected society: a strategy for tackling loneliness», UK²⁴:

- *«the most important element in the UK strategy is social prescribing»*

Social Prescribing

Social prescribing ist eine Schlüsselkomponente der Universal Personalised Care. Es ist ein Ansatz, der Menschen mit Aktivitäten, Gruppen und Diensten in ihrer Gemeinschaft verbindet, um die praktischen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse zu erfüllen, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinflussen.

Beim Social Prescribing verweisen lokale Einrichtungen wie lokale Sozial- und Gesundheitsdienste die Menschen an einen Social Prescribing Link Worker. Die Link Workers nehmen sich Zeit für die Menschen und konzentrieren sich auf die Frage «Was ist mir wichtig?», um gemeinsam einen einfachen, individuellen Betreuungs- und Unterstützungsplan zu erstellen und die Menschen dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden selbst in die Hand zu nehmen.

<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>

4. Die schweizerische Ausgangslage aus Sicht der Pflege

Bezogen auf die schweizerische Ausgangslage wurde im Workshop mit den Fachleuten der Pflege vom 23.10.2023 und in nachfolgenden Rückmeldungen festgehalten:

- Im Vordergrund steht die Problematik der Einsamkeit in der ambulanten (Spitex-)Pflege. Allerdings ist Einsamkeit auch in Alters- und Pflegeheimen ein grosses Problem und in der stationären Akutpflege, sei dies somatisch oder psychiatrisch, nicht zu vernachlässigen.
- Ein Screening ohne wirkungsvollen und umsetzbaren Follow-up macht keinen Sinn.
- Mit dem InterRAI HC existiert ein systematisch genutztes Instrument, welches Hinweise geben kann, im ambulanten Bereich Einsamkeit zu erkennen.

²⁴ Kessler, C. et al. (2023). Wege aus der Einsamkeit: was machen andere Länder? Eine Analyse zum internationalen Erfahrungswissen, mit Fokus auf Europa (Schlussbericht). Age-Stiftung und PHS Public Health Services (Details zum Interview mit Raveet Viridi können auf Wunsch im Faktenblatt «England» eingesehen werden)

- Die berufliche Erfahrung sowie die pflegerischen Kompetenzen von erfahrenen Pflegefachpersonen helfen, Einsamkeit zu erkennen, u.a. auch aufgrund von Rückmeldungen von Mitarbeitenden.
- Für den Aufbau von tragenden, vertrauensvollen sozialen Beziehungen zwischen Pflegenden und Patientinnen und Patienten fehlt die Zeit resp. durch den Fachkräftemangel kommt es zu häufigeren Personalwechseln, welche sich zu Ungunsten der Beziehung auswirken.
- Das KVG ist auf funktionelle Bedarfe ausgerichtet und die Investition in Beziehungen müssen gut begründet sein (v.a. psychiatrisch).
- Auch bei der Unterstützung von Patientinnen und Patienten, sich sozial zu vernetzen, ist die Zeit ein limitierender Faktor. Hier kommt hinzu, dass Fachpersonen oft das Wissen um lokale Angebote und das notwendige inter- und transprofessionell ausgerichtete Netzwerk fehlt (da nicht mehr lokal wohnhaft).
- Generell fehlen die nötigen Tarifpositionen, um zeitliche Aufwände der Pflege, für Beratung, Koordination und interprofessionelles Handeln abrechnen zu können.
- Es braucht ein gemeinsames Verständnis der Begriffe Einsamkeit und eine einheitliche Sprache, damit alle vom gleichen Reden und Massnahmen kohärent umgesetzt werden.
- Die Massnahmen müssen Zielgruppen- und Ursachen-bezogen sein. Es ist somit evidenzbasiert aufzuarbeiten, wem weshalb welche Intervention empfohlen wird.
- Das pflegerische Selbstverständnis geht bereits heute über das rein Medizinisch-Pflegerische hinaus und umfasst auch soziale Aspekte. Vieles davon ist der sozialen Teilhabe förderlich und kann gezielt eingesetzt werden.
- Einsamkeit ist ein grosses Tabu-Thema für viele Patientinnen und Patienten. Es ist wichtig, darüber zu reden, damit entsprechende Massnahmen eingeleitet werden können. Vertrauen ist eine wichtige Voraussetzung hierfür.
- Zum Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen sind der personenzentrierte Ansatz, Empathie, Biographiearbeit sowie ausreichend Zeit wichtig.
- Ein Social prescribing, wobei die Pflege eine von ihr betreute Person an eine hierfür designierte und kompetente Stelle verweisen kann, um die (Re-)Integration dieser Person in ihr lokales Umfeld zu unterstützen, wäre sehr hilfreich und würde die ambulante Pflege entlasten.
- Es braucht eine bessere Finanzierung der Betreuungsleistungen.
- In diesem Zusammenhang ist eine bessere Zusammenarbeit zwischen Pflege, professioneller sozialer Arbeit und Freiwilligen sehr wünschenswert. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit in Sinne der integrativen Versorgung ist daher voranzutreiben (siehe z.B. Kanton Thurgau).
- Letztlich sollten gesellschaftliche Initiativen gefördert werden, in denen die (inter-)professionelle und intersektorale Versorgung mit zivilgesellschaftlichen Initiativen verbunden werden (siehe z.B. Caring Communities).

5. Handlungsempfehlungen für die Pflege

Angesichts der „Burden of disease“ von Einsamkeit ist eine Reaktion des Gesundheitsversorgungssystems und insbesondere der ambulanten Gesundheitsversorgung angezeigt.

International empfohlen wird ein Screening und Assessment bei Einsamkeit, verbunden mit adäquaten Follow-up-Interventionen. Werden medizinische Gründe für die Einsamkeit festgestellt, z.B.

Mobilitätsprobleme, sensorische Einschränkungen, Depression etc., ist es Aufgabe des Gesundheitsversorgungssystems, entsprechende therapeutische Massnahmen zu ergreifen. Stehen soziale Gründe im Vordergrund (und oft dürfte es beides sein), ist ein interprofessionelles Vorgehen im Sinne eines „Social prescribing“ hilfreich.

Die nachstehend aufgeführten Handlungsoptionen leiten sich aus den internationalen Handlungsempfehlungen und der Analyse der schweizerischen Ausgangslage ab:

- Bevor viel Zeit und Engagement in die Entwicklung und Umsetzung eines Programms zum Thema Einsamkeit und in die (ambulante) Pflege investiert werden, muss gewährleistet sein, dass ein solches über mehrere Jahre finanziert und umgesetzt werden kann.
- Der Fokus soll (initial) auf die ambulante Pflege gelegt werden, aber der stationäre Bereich, sowohl akut stationär (somatisch und psychiatrisch) als auch die Langzeitpflege, dürfen nicht vernachlässigt werden.
- Die Best Practice aus Sicht der Pflege sollte aufgearbeitet werden, um nicht das Rad neu zu erfinden. Dies betrifft sowohl Erfahrungen im Bereich Sensibilisierung und Befähigung der Fachleute wie auch bewährte Instrumente und Leitfäden für Screenings, Assessments, Follow-up-Massnahmen und Schulungen.
- Die Bedeutung des Themas Einsamkeit ist den Fachleuten zu wenig bewusst. Es bedarf entsprechender Sensibilisierungsmassnahmen in allen Bereichen der Pflege.
- Neben der Sensibilisierung braucht es Schulungen zur Befähigung der Pflegefachleute in der Erkennung von Einsamkeit, Klärung von Ursachen und Bedürfnissen sowie im Umgang mit einsamkeitsgefährdeten respektive einsamkeitsbetroffenen Personen.
- Ein national einheitliches Screening mit einheitlichen, evidenzbasierten Empfehlungen zum Follow-up sind nötig. Diese sind in etablierte Prozesse und Tools möglichst zu integrieren.
- Die intersektorale Zusammenarbeit zwischen der Gesundheitsversorgung und dem sozialen Sektor ist zu fördern. Das englische Social Prescribing muss auf schweizerische Verhältnisse angepasst werden (s. z.B. Ansätze der Fachberatungsstellen Kt. TG). Multiplikationsfähige Modelle sind zu entwickeln und zu pilotieren.
- Das Wissen zur Public Health Bedeutung, den Ursachen, den Symptomen, den möglichen Massnahmen muss aber nicht nur in der Fortbildung, sondern bereits in der Ausbildung vermittelt und die Studierenden und Lernenden befähigt werden, Einsamkeit zu erkennen und die nötigen Massnahmen zu ergreifen.

Politische Massnahmen sind zudem nötig, damit die z.T. prekären Arbeitsbedingungen in der Pflege angegangen, die benötigte Zeit für Gespräche und die interprofessionelle Zusammenarbeit entgolten und die intersektorale Zusammenarbeit ermöglicht wird (Aufnahme in den Leistungskatalog bzw. Abgeltung durch die Restfinanzierer wie Gemeinden oder Kantone).

6. Zu erwartende Wirkung und Nutzen

Zu erwartende Wirkungen

Das Gesundheitsversorgungssystem spielt bei Einsamkeit im Alter eine sehr wichtige Rolle in der Erkennung von Einsamkeit und beim Einleiten erster Massnahmen. Dies wird in allen bestehenden und im Rahmen des Vorprojekts analysierten nationalen Programmen gegen Einsamkeit bestätigt.

Konkrete und umfassende Umsetzungserfahrung im Gesundheitsversorgungssystem kann jedoch vorerst nur England vorweisen.

Trotz dem grossen Potenzial werden messbare Wirkung auf die Gesundheit und das Wohlergehen älterer Menschen erst nach Jahren zu erwarten sein. Frühe Hinweise für eine Wirkung werden eine stärkere Sensibilisierung der Gesundheitsfachleute, besseres Wissen, die Motivation, Massnahmen zu ergreifen, die Integration von Screening und Follow-up in den Pflegealltag sein. Zudem ist eine gesteigerte Zufriedenheit und weniger *moral distress* bei den Fachpersonen zu erwarten.

Ein Engagement von „*connect!* – gemeinsam weniger einsam“ im Bereich der Pflege muss somit als langfristiges Engagement angelegt werden. Zwischenziele bei einem sechsjährigen Zeithorizont (das Programm ist in Dreijahresperioden unterteilt) können folgende Outputs und Outcomes sein:

- Informationsmaterialien liegen vor, Artikel wurden in den pflegenahen Journalen publiziert, Beiträge zur Einsamkeit haben bei den wichtigen Kongressen der relevanten Gesundheitsfachleuten stattgefunden, Schulungsmaterialien wurden produziert.
- Die Pflegefachleute sind zum Thema Einsamkeit vermehrt sensibilisiert, verfügen über mehr Wissen dazu, sind motiviert, sich dem Thema im Pflegealltag zu widmen und leisten ihren Beitrag in der Bewältigung von Einsamkeit in der täglichen Pflege.
- Ein praxisnahes Toolkit für das Screening von Einsamkeit und für ein evidenzbasiertes Vorgehen bei der vertieften Abklärung und dem Ergreifen von Massnahmen ist für die Pflege (Fokus ambulante Pflege) entwickelt und in drei Landessprachen verfügbar.
- Viele ambulanten Pflegeorganisationen in der Schweiz haben ihre Fachmitarbeitenden, welche Bedarfsabklärungen machen, zum Thema Einsamkeit geschult. Dadurch ist nach sechs Jahren mindestens ein Drittel dieser Fachpersonen geschult.
- In Ergänzung zur Schulung der Mitarbeitenden, welche Bedarfsabklärungen machen, haben auch die weiteren Mitarbeitenden der mitwirkenden Pflegeorganisationen Informationen und Schulungen zur Einsamkeit erhalten.
- Erste Pilotprojekte mit einem schweizerischen Modell des Social Prescribing mit Einbindung der ambulanten Pflege wurden erfolgreich umgesetzt.
- Die Voraussetzungen für eine weiterführende breite Dissemination sind gegeben.

Nutzen für die Pflege

Die Pflege setzt sich für die Bewältigung physischer und psychischer Erkrankungen und für die soziale Teilhabe ihrer zu pflegenden und betreuenden Personen ein. Einsamkeit tangiert alle drei Dimensionen der Gesundheit. Massnahmen zur Linderung der Einsamkeit werden dadurch zu einem inhärenten Teil der Pflege. Damit die Pflege auch eine zentrale Rolle bei der Erkennung, Akzeptanz und des individuellen Umgangs von Einsamkeit übernehmen kann, bedarf es entsprechender fachlicher Kompetenz und auch Ressourcen. Mit diesem Programm werden wichtige Tools, Sensibilisierungs- und Weiterbildungsunterlagen, Aktionen und Informationskampagnen mit und für die Pflege erarbeitet.

Darüber hinaus erhält die moderne Pflege dank des intersektoralen Ansatzes zusätzliche Bedeutung. Das Programm „*connect!*“ unterstützt diese Entwicklung.

7. Zeitliches Vorgehen und nächste Schritte

Massnahme	Verantwortung	Tentativer Zeitplan
Erstellen eines Aktionsplans für das Gesamtprojekt Einsamkeit im Alter 2024+	Programmteam «connect!» (mit Inputs aus der Pflege)	Feb.-April 2024
Bilden einer Arbeitsgruppe (AG) Pflege auf nationaler Ebene für die Planung und Begleitung der Umsetzung des Aktionsplans 24+	Programmteam	Okt./Nov. 2024
Erarbeiten eines Vorgehenskonzeptes zur Kommunikation, zur Erarbeitung von Tools und Schulungen sowie zu deren Dissemination	Programmteam AG Pflege	Feb. 2025
Erstellung von Tools und Schulungen, Initiierung der Umsetzung in ambulanten Pflegeorganisationen	AG Pflege Partnerorganisationen Programmteam	2025+
Evaluation, lessons learned, Anpassung des Vorgehens und der Tools	AG Pflege Partnerorganisationen Programmteam	2025+
Gewinnung weiterer Organisationen der ambulanten Pflege, Weiterführung der breiten Sensibilisierung der Pflege-Fachleute, Integration des Themas «Einsamkeit» in die Aus- und Weiterbildung, politische Arbeit	Programmteam Partnerorganisationen	2025+

8. Ressourcen

Eine Budgetangabe ist zu diesem Zeitpunkt verfrüht, da die Prioritäten des Programms erst festgelegt, Interessensbekundungen der relevanten Akteure eingeholt und viele Fragen noch zu klären sind. Sicher ist, dass im Aktionsplan 2024+, im Handlungsfeld 1 «Gemeinschaft», der Kommunikation und einem allgemeinen gesellschaftlichen Dialog zum Thema Einsamkeit im Alter ein hoher Stellenwert gegeben wird. Namhafte, von nationalen Förderstiftungen zur Verfügung gestellte finanzielle Ressourcen des Programmes werden hier eingesetzt werden.

Im Handlungsfeld 2, «Versorgungssysteme», wird eine beruflich breit aufgestellte Arbeitsgruppe mit Einbezug von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege gebildet. Unter deren Aufsicht werden Tools und Schulungsmaterialien für die Fachpersonen der Bereiche Gesundheit, Soziale Arbeit und Freiwilligenengagement prioritär entwickelt. Ressourcen des Programms werden hierfür bereitgestellt. Für den Handlungsbereich Pflege heisst das konkret: vom Programm übernommen werden der Aufwand für Leistungen der Arbeitsgruppe in zu definierender Höhe sowie die Produktionskosten von Informations- und Schulungsmaterialien. Das Programmteam engagiert sich, zusammen mit den Programmpartnern aus dem Pflegebereich für die Akquise von ersten Umsetzungspartnern, welche ihre Mitarbeitenden schulen wollen.

Das Programmverständnis von «Einsamkeit im Alter» ist grundsätzlich, dass die partnerschaftlich erarbeiteten Vorlagen, Tools, Schulungsmaterialien und Erkenntnisse allen Akteuren in der Schweiz frei zur Verfügung gestellt werden. Die Partner-Organisationen, Verbände und Gemeinden engagieren sich ihrerseits in der Adaptation und in der Umsetzung in ihren Institutionen bzw. Handlungsräumen.

Die Finanzierung bzw. Sicherung der Ressourcen erfolgt demnach wie folgt:

- Finanzielle Ressourcen des Programmes «connect! – gemeinsam weniger einsam» für die Schaffung von Grundlagen und zur Unterstützung von Pilotprojekten. Diese Ressourcen stammen von (nationalen) Förderstiftungen und weiteren Geldgebern.
- Kantonale Ressourcen im Rahmen laufender kantonaler Aktivitäten (z.B. im Zusammenhang mit Kantonalen Aktionsprogrammen), inkl. Ressourcen von kantonalen Stiftungen und kantonalen Partnerorganisationen.
- Kommunale Ressourcen in jenen Gemeinden, in denen das Thema Einsamkeit im Alter aufgegriffen wird (inkl. Förderstiftungen und Privatsektor).
- Partner-Organisationen und -Verbände unterstützen mit Knowhow, personellen, kommunikativen wie auch finanziellen Ressourcen nach Möglichkeit.

9. Schlussfolgerungen

Einsamkeit ist ein gesellschaftliches Phänomen mit einer Vielzahl unterschiedlichster Ursachen und potenziell gravierenden Auswirkungen. Entsprechend umfassend muss eine erfolgreiche Strategie gegen Einsamkeit sein, gestützt von einer breiten Allianz von Partnerorganisationen und -institutionen, welche gut kooperieren und ihre eigenen Ressourcen gezielt einsetzen.

Im Vorprojekt besteht Konsens, dass Einsamkeit in der Bevölkerung breit thematisiert werden muss, um für das Thema zu sensibilisieren, dem Tabu Einsamkeit zu begegnen und um auf die Bedeutung von präventiv wirkenden sozialen Netzwerken (schon lange vor dem höheren Alter) aufmerksam zu machen.

Unbestritten ist auch die wichtige Rolle der (ambulanten) Gesundheitsversorgung. Eine grosse Schwierigkeit bei Massnahmen gegen Einsamkeit ist, die Betroffenen zu erkennen und geeigneten Angeboten zuzuführen. Gerade die Mitarbeitenden aufsuchender Pflege- und Betreuungsorganisationen (z.B. Spitex, ProSenectute etc) sind täglich mit Menschen konfrontiert, die hochaltrig sind, deren gesellschaftlichen Netzwerke kontinuierlich kleiner werden, die körperliche Einschränkungen erleben und so Gefahr laufen, zu vereinsamen. Ihr Potenzial, Einsamkeit zu erkennen und Betroffene zu unterstützen ist damit sehr gross.

Die Mitarbeitenden aufsuchender Pflege- und Betreuungsorganisationen kennen ihre Klientinnen und Klienten gut. Sie haben eine grosse Glaubwürdigkeit und geniessen hohes Vertrauen. Mit gezielten Fragen können sie Einsamkeit erkennen und dank dem Aufgleisen von medizinischen Massnahmen ihren Patientinnen und Patienten Entlastung bieten. In der Regel kennen sich die Mitarbeitenden auch gut aus mit den lokalen Angeboten zur sozialen Teilhabe und können so ihre Klientinnen und Klienten in der Stärkung ihrer sozialen Netzwerke beraten und unterstützen, sie auch immer wieder motivieren, ihre sozialen Aktivitäten zu pflegen. Gute Beziehungen der Pflege zu den verschiedenen lokalen Akteurinnen und Akteuren (Grundversorgung, Soziale Arbeit, zivilgesellschaftliche Angebote, Freiwillige) sind eine wichtige Voraussetzung hierfür.

Hürden sind der (zu) grosse Workload der Pflegenden und die fehlende Vergütung durch die OKP bei nicht pflegerischen Leistungen. Wissensdefizite bei den Ursachen und Auswirkungen der Einsamkeit und bei den zu ergreifenden, evidenzbasierten Massnahmen werden zu überwinden sein.

In einem zukünftigen, mehrjährigen Programm «*connect!* – gemeinsam weniger einsam» spielen somit insbesondere die Akteure der ambulanten Pflege eine wichtige Rolle. Erste Massnahmen im Rahmen des Programms sollen deshalb sein:

- Bilden einer gemischten Arbeitsgruppe „Versorgungssysteme“ und einer Unter-Arbeitsgruppe „Pflege“.
- Sensibilisierung und Befähigung der Fachleute der Pflege. Dafür benötigt werden:
 - Publikationen in den Fachzeitschriften und Verbandsorganen der Pflege
 - Beiträge an Fachtagungen und -anlässen
 - Entwicklung von Schulungen für Fachleute der Pflege und deren breite Dissemination
 - Integration der Wissensvermittlung zur Einsamkeit in die Ausbildung von Pflegefachleuten unter Einbezug von OdeSanté
- Entwicklung eines national standardisierten Vorgehens zum Erkennen von Einsamkeit, verbunden mit evidenzbasierten Follow-up-Empfehlungen, adaptiert für die Fachleute der Pflege.
- Kommunale Pilotprojekte der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen (ambulanter) Gesundheitsversorgung, Sozialer Arbeit und Freiwilligen: 1. Entwicklung von Modellen, 2. Testung im Rahmen von Pilotprojekten (Adaptation des Social Prescribing auf schweizerische Verhältnisse).
- Sicherung der nötigen Ressourcen (Finanzen, Zeit), einerseits zur mehrjährigen Finanzierung des Programms, andererseits in Form von politischer Arbeit, damit professionelle Leistungen in Zukunft besser entgolten werden.

Anhang: An der Erarbeitung des Faktenblatts beteiligte Fachpersonen

- Franziska Adam, Spitex Schweiz
- Frank Burri, Universitäre psychiatrische Dienste Bern
- Franzisca Domeisen Benedetti, ZHAW, Institut für Pflege
- Dominique Elmer, Langzeit Schweiz
- Yohanna Guyon, SwissANP/CHUV
- Erika Harju, ZHAW, Institut für Pflege
- Rachel Jenkins, Spitex Zürich
- Claudia LeCoultre, SwissANP/CHUV
- Claudia Lötscher, Spitex Basel
- Gabriela Nemecek, ZHAW, Institut für Pflege
- Urs Pfister, universitäre psychiatrische Dienste Bern
- Christine Schor, Langzeit Schweiz
- Myriam Tong, Advavare
- Samuel Vögeli, Universitäre psychiatrische Dienste Bern
- Ursula Wiesli, APN-CH
- Nadja Wyrsh, Kliniken Valens

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft

- Sabine Hahn
- Claudia Weiss

Public Health Services

- Patrick Alpiger
- Andy Biedermann
- Katja Ulrich

Für die Inhalte dieses Faktenblatts trägt das Redaktionsteam, bestehend aus Mitarbeitenden des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft VFP und von PHS Public Health Services die Verantwortung.