



EENZAAMHEID ONDER OUDERE MIGRANTEN: LITERATUURONDERZOEK EN INTERVIEWS

Deelrapport in het kader van de voorstudie “Vernieuwing van gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen”, gefinancierd door de Stichting Preventie, Vroegdiagnostiek en e-Health

Tineke Fokkema

Saskia Welschen

Theo van Tilburg

Fleur Thomese

Amsterdam, Ben Sajetcentrum, Vrije Universiteit, januari 2016

Inhoud

Inleiding.....	3
Eenzaamheid en eenzaamheidsinterventies bij oudere migranten	4
Vóórkomen van eenzaamheid onder oudere migranten.....	4
Eenzaamheidsinterventies bij oudere migranten	6
Praktijkervaringen van huisartsen en wijkverpleegkundigen met eenzaamheid en zorggebruik onder Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam	8
Methode.....	8
Het beeld van eenzaamheid onder Turkse en Marokkaanse Amsterdamse ouderen.....	9
De oudere met een migrantenachtergrond is vrijwel nooit alleen.....	9
Eenzaamheid komt wel degelijk voor, maar is lastig te herkennen.....	10
Oorzaken van de onzichtbaarheid van eenzaamheid	10
Omgang met psychosociale problematiek/eenzaamheid.....	11
Taalbarrière	11
Onvoldoende aansluiting migrantenouderen - bestaande voorzieningen	12
Specifieke emotionele problematiek bij migrantenouderen	13
Overige problematiek in de zorgverlening aan migrantenouderen	13
Mantelzorg en de veranderende rol van kinderen	13
Aansluiting bestaande zorgaanbod op specifieke behoeften van migrantenouderen.....	14
Doorverwijsmogelijkheden naar sociale voorzieningen	14
Oplossingsrichtingen	15
Suggesties voor vervolgonderzoek.....	16
Bibliografie	17

Inleiding

Deze rapportage maakt onderdeel uit van een breder project van het Ben Sajat Centrum over innovatie van de zorg aan kwetsbare ouderen in Amsterdam. Hierbinnen is speciale aandacht besteed aan ouderen met een migrantenachtergrond. In de komende decennia zullen ouderen met een migrantenachtergrond een steeds grotere plek gaan innemen binnen de populatie Amsterdamse ouderen.¹ Marokkaanse en Turkse Amsterdammers die als gastarbeider naar Nederland kwamen bereiken nu langzaamaan de leeftijd die in de literatuur wordt geassocieerd met kwetsbaarheid. Tegelijkertijd is er nog weinig wetenschappelijk onderbouwd inzicht in de specifieke situatie en behoeften van kwetsbare ouderen met een migrantenachtergrond en daar bij passende voorzieningen.

Kwetsbaarheid heeft betrekking op een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale dimensies.² Het is van belang om beter inzicht te krijgen in de specifieke samenhang tussen fysieke, psychische en sociale problematiek bij Amsterdamse ouderen met een migrantenachtergrond. Voor het huidige project staat daarbij centraal hoe kwetsbaarheid – in deze verschillende dimensies – van invloed is op het zorggebruik van ouderen, en op welke manier de zorg daarop het beste kan aansluiten.

In eerste instantie is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar interventies ter vermindering van eenzaamheid. Al gauw bleken er geen wetenschappelijk goed gevalideerde studies te bestaan, terwijl er sterke aanwijzingen zijn dat eenzaamheid juist onder oudere migranten een veel voorkomend probleem is. Daarom hebben wij ons gericht op (1) nader onderzoek naar de aard van eenzaamheid bij oudere allochtonen en (2) onderzoek naar ervaringen uit de praktijk van huisartsen en wijkverpleegkundigen in Amsterdam. Het eerste deelonderzoek is uitgevoerd door Tineke Fokkema (NIDI-KNAW, Rijksuniversiteit Groningen en Erasmus Universiteit Rotterdam), Theo van Tilburg en Fleur Thomese (beide Vrije Universiteit, Sociologie). Het tweede deelonderzoek is uitgevoerd door Saskia Welschen en Fleur Thomese (Vrije Universiteit, Sociologie). Eenzaamheid wordt voor het doel van deze rapportage opgevat als een toestand die betrekking heeft op gevoelens verbonden aan het missen van een intieme relatie (emotionele eenzaamheid) of een tekort aan of missen van een breder sociaal netwerk (sociale eenzaamheid) (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2008:1).

¹ Binnen de groep kwetsbare ouderen nemen mensen met een migrantenachtergrond nu nog een kleinere plek in dan binnen de algehele Amsterdamse bevolking, maar die situatie zal in de komende decennia gaan veranderen. Momenteel is 17% van de ouderen boven de 65 jaar in Amsterdam van niet-westerse afkomst, Bureau Onderzoek en Statistiek verwacht dat dit aandeel in 2030 stijgt naar 27%.

² Lichamelijke kwetsbaarheid wordt gekenmerkt door ondervoeding, verminderd energieniveau, verminderde kracht en traagheid, en heeft ook betrekking op mobiliteit, evenwicht en zintuiglijke functies (horen, zien). Psychische kwetsbaarheid gaat over cognitie, stemming en 'coping', en dementie, en sociale kwetsbaarheid over alleen zijn, sociale steun en sociale relaties (SCP, 2001:45).

Eenzaamheid en eenzaamheidsinterventies bij oudere migranten

Migratie vormt een van de grootste risicofactoren voor psychosociale problemen, waaronder eenzaamheid. Het verlaten van het vaderland is een ingrijpende levensgebeurtenis. Zo gaan niet alleen nauwe contacten met familie en vrienden verloren, de migrant wordt ook geconfronteerd met andere omgangsvormen, gewoonten en geloofsrichtingen, een ander eetcultuur, landschap en klimaat, en een andere taal. In de eerste fase van vestiging in het nieuwe land is er dan ook vaak sprake van een culturele schok (*cultural shock* of *culture shock*; Oberg, 1960). Veel migranten ondervinden in meer of mindere mate problemen om het vertrouwde los te laten en zich aan te passen aan en thuis te voelen in de nieuwe sociale en culturele omgeving. De stress die dit zogenaamde acculturatieproces met zich meebrengt (*acculturative stress*; Berry e.a., 1987) kan leiden tot eenzaamheidsgevoelens.

Vóórkomen van eenzaamheid onder oudere migranten

Cijfers uit gezondheidsmonitoren van de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht), waaraan telkens een dwarsdoorsnede van de bevolking meedoet, laten bij herhaling meer eenzaamheid zien onder migranten dan onder autochtone inwoners (GGD Amsterdam, 2013; de Kuijer, 2011; Gemeente Den Haag, 2014; van Bergen e.a., 2010). Terwijl in 2008 7% van de autochtone grootstedelingen (zeer) ernstige eenzaamheid rapporteerde, gaf 11% van de Surinaamse, 14% van de Marokkaanse en maar liefst 27% van de Turkse aan ernstig tot zeer ernstig eenzaam te zijn (zie tabel). Onderlinge vergelijking van de vier grote steden laat weliswaar verschillen in eenzaamheidsprevalentie zien, maar het patroon is hetzelfde: het laagste percentage eenzamen is er onder de autochtonen, gevolgd door Surinamers en Marokkanen, en het hoogste percentage komt voor onder de Turken.

Ook in de ouderenpopulatie is de gemiddeld hoge score op ernstige eenzaamheid onder de Turken opvallend, zo blijkt uit enkele studies onder allochtone en autochtone ouderen (Fokkema & Naderi, 2013; Uysal-Bozkir e.a., 2015; VanCluysen & van Craen, 2011). Het is ook zichtbaar in de meest recente dataverzameling, uit 2012-2014, van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) bij Turken en Marokkanen van 55 tot 65 jaar en hun in Nederland geboren leeftijdsgenoten. Van de Turkse en Marokkaanse LASA-respondenten is respectievelijk 54 en 58% matig eenzaam, tegenover 21% van de Nederlandse LASA-respondenten. Een op de vier Turkse 55-64 jarigen voelt zich ernstig eenzaam, terwijl dit geldt voor 12% van hun Marokkaanse en 4% van hun Nederlandse leeftijdsgenoten. De gemiddelde eenzaamheid onder de Turkse en Marokkaanse ouderen is alarmerend hoog en verdient daarom aandacht.

Verklaringen voor de hogere eenzaamheid bij migranten zijn vrijwel niet kwantitatief onderzocht (voor een aantal uitzonderingen, zie Arens e.a., 2012; Ajrouch, 2008; Fokkema & Naderi, 2013; Neto & Barros, 2000). Surinamers zijn minder vaak (ernstig) eenzaam dan Marokkanen en Turken. Dit is mogelijk te verklaren uit hun betere positie bij bekende risicofactoren voor eenzaamheid: sociaal-economische positie, de (sociale) zelfstandigheid van vrouwen, zelfredzaamheid na verlies van de partner, gezondheid en toegang tot gezondheidszorg. Minder eenvoudig verklaarbaar is het verschil in eenzaamheid tussen

Marokkanen en Turken, zij hebben immers een vergelijkbare migratiegeschiedenis en positie in de Nederlandse samenleving (mate van integratie, gezondheid, SES).

Tabel. Kwantitatieve gegevens over eenzaamheid onder autochtone, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse inwoners in de vier grote steden van Nederland

	Autochtoon	Surinaams	Marokkaans	Turks
<i>G4</i>				
% (zeer) ernstig eenzaam; G4 2008 ^a	7	11	14	27
<i>Amsterdam</i>				
% ernstig eenzaam; AGM 2008 ^b	6,5	11,1	13,3	28,0
% emotioneel eenzaam; AGM 2008 ^b	10,4	17,2	20,3	39,6
% sociaal eenzaam; AGM 2008 ^b	22,5	37,4	43,6	52,7
% matig eenzaam; AGM 2012 ^c	27,1	35,3	34,4	45,5
% (zeer) ernstig eenzaam; AGM 2012 ^c	6,3	14,7	14,8	25,8
% emotioneel eenzaam; AGM 2012 ^c	12,3	24,1	20,9	38,9
% sociaal eenzaam; AGM 2012 ^c	22,2	37,7	41,8	51,9
<i>Rotterdam</i>				
% matig eenzaam; IM 2012 ^d	31	36	35	39
% (zeer) ernstig eenzaam; IM 2012 ^d	8	18	17	28
% sociaal eenzaam; IM 2012 ^d	39	55	50	67
% emotioneel eenzaam; IM 2012 ^d	26	39	40	57
<i>Den Haag</i>				
% matig/ernstig eenzaam; Gezondheidsenquête 2008 ^e	33,1	53,6	62,3	64,7
% sociaal eenzaam; Gezondheidsenquête 2008 ^e	23,5	41,4	49,4	51,0
% emotioneel eenzaam; Gezondheidsenquête 2008 ^e	10,3	19,8	22,2	36,0
<i>Utrecht</i>				
% matig eenzaam; Gezondheidspeiling Utrecht 2006 ^f	23	34	33	39
% ernstig eenzaam; Gezondheidspeiling Utrecht 2006 ^f	5	4	14	25
% sociaal eenzaam; Gezondheidspeiling Utrecht 2008 ^g	20	29	48	59
% emotioneel eenzaam; Gezondheidspeiling Utrecht 2008 ^g	10	17	22	39

^a G4: inwoners van 16 jaar en ouder

^b Amsterdam: inwoners van 16 jaar en ouder

^c Amsterdam: inwoners van 19 jaar en ouder

^d Rotterdam: inwoners van 19 jaar en ouder

^e Den Haag: inwoners van 16 jaar en ouder

^f Utrecht: inwoners van 16 jaar en ouder

^g Utrecht: inwoners van 19 jaar en ouder

Mogelijk zijn er toch verschillen tussen Turken en Marokkanen in migratie-gerelateerde factoren). Enkele studies wijzen op deze en andere verschillen (Dijkstra, 2006; Torensma, 2014). De bevindingen van deze studies moeten echter met voorzichtigheid worden behandeld. Ze komen uit kwalitatief en kleinschalig kwantitatief onderzoek en zijn niet getoetst bij grotere groepen migranten. Een niet onbelangrijk aantal migranten is daarbij succesvol in het verminderen of voorkomen van eenzaamheid. Studies naar beschermende factoren ontbreken. Binnen de LASA-studie wordt momenteel onderzoek gedaan naar de mogelijk beschermende rol van zogeheten *'belonging'*, of hechting aan verschillende sociale groepen waar oudere migranten toe (kunnen) behoren.

Samenvattend valt te stellen dat (ernstige) eenzaamheid tot twee keer zo vaak voorkomt bij oudere migranten, vooral oudere Turken en Marokkanen, als bij oudere autochtone Nederlanders. Er is weinig bekend over de specifieke oorzaak van dit verschil. De directe en indirecte gevolgen van de migratie lijken een rol te spelen.

Eenzaamheidsinterventies bij oudere migranten

Er bestaan nog nauwelijks activiteiten die zich speciaal richten op het voorkomen of verminderen van eenzaamheid bij (oudere) migranten, laat staan interventies die op hun effecten zijn onderzocht (voor een uitzondering, zie Chorus & Hopman-Rock, 2006 en Verhagen e.a. 2015). Wij hebben in wetenschappelijke databases gezocht naar studies die zijn gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften en die zijn gericht op eenzaamheid en oudere migranten of etnische minderheden.

In de loop der tijd is een aantal meta-studies uitgevoerd naar eenzaamheidsinterventies in het algemeen. Oudere studies zijn van Andersson (1998), Cattan e.a. (2005) en Findlay (2003), . Recent verschenen, meer systematische onderzoeken zijn die van Cacioppo e.a., 2015, Choi e.a., 2012, Cohen-Mansfield & Perach, 2015 Dickens e.a., 2011, Hagan e.a., 2014, Masi e.a., 2011 en Windle e.a., 2011. Het algemene patroon dat uit de studies naar voren komt is dat interventies met een educatief karakter, waarin ouderen leren omgaan met hun eenzaamheid, en ICT-interventies de meeste potentie hebben. Eenmalige interventies zijn niet effectief.

Interventies voor eenzame autochtone ouderen blijken vooral effectief als ze een educatief karakter hebben of als ze een ICT-component hebben. In Nederland zijn dit bijvoorbeeld de vriendschaps cursus, Esc@ape en bepaalde vormen van huisbezoek.

Eenmalige interventies zijn niet effectief.

In Nederland zijn een paar specifieke interventies effectief gebleken bij autochtone ouderen:

huisbezoek (van der Zwet, 2009), een vriendschapskursus (Stevens e.a., 2006; Martina en Stevens, 2006), versterking van sociale zelfredzaamheid (Stevens e.a., 2008) en de interventie Esc@pe, waarin aan huis gebonden ouderen via internet contacten kunnen onderhouden (Fokkema en Knipscheer, 2007). De cursus Grip en Glans (Steverink, 2006; Kremers e.a., 2006) bevordert de sociale zelfredzaamheid van oudere vrouwen. Van interventies voor allochtone ouderen zijn er twee gezien op hun effect: Actief huisbezoek en STEM, een project waar wijkverpleging op basis van huisbezoeken in vier stappen eenzaamheid (en andere problemen) identificeert en in samenspraak met de sociale omgeving een aanpak ontwikkelt. Actief huisbezoek bleek niet effectief voor Turken. Er was een positief effect voor Marokkanen maar dat was niet verschillend met een zogeheten vriendschapsbezoek (Chorus & Hopman-Rock, 2006). Het project STEM liet een vermindering van eenzaamheid zien, maar de daling was even groot als bij een controlegroep (Verhagen e.a., 2015).

Bij oudere allochtonen zijn weinig interventies onderzocht. De resultaten van twee huisbezoekprojecten zijn gemengd: er was alleen een positief effect bij Turken of het effect verschilde niet van de controlegroep.

In Nederland bestaan veel initiatieven gericht op het sociaal activeren van allochtone ouderen. Movisie verzamelde een aantal in de database van effectieve sociale interventies (<https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies>). Ook bestaan er verschillende projecten die zijn gericht op het leren van de taal zodat sociaal isolement kan verminderen (www.oranjefonds.nl/sites/default/files/atoms/files/Taal%20voor%20Twee.pdf). Man actief is een methode om het sociaal isolement van allochtone mannen te verminderen en hun zelfrespect te vergroten (Verschoor, 2010).

Samenvattend: het effect van eenzaamheidsinterventies is hoofdzakelijk bij autochtone ouderen onderzocht. Hier uit blijkt dat vooral een educatieve benadering succes heeft, en dat interventies met gebruik van ICT kansrijk zijn. Voor oudere allochtonen bestaan verschillende initiatieven die zijn gericht op het verminderen van sociaal isolement of eenzaamheid. Alleen twee projecten die zijn gebaseerd op huisbezoeken zijn onderzocht. De resultaten laten alleen effect zien onder Turken. We zagen eerder dat eenzaamheid het meest voorkomt onder Turken.

Praktijkervaringen van huisartsen en wijkverpleegkundigen met eenzaamheid en zorggebruik onder Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam

Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen eenzaamheid en zorg bij Amsterdamse ouderen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond is besloten om een verkennend kwalitatief onderzoek onder Amsterdamse medische professionals uit te voeren. Herkennen zij het beeld van hoge eenzaamheid onder deze doelgroep? Welke verklaringen zien zij daarvoor en hoe gaan ze er mee om?

Methode

Voor deze studie zijn twee groepen professionals geïnterviewd: (wijk)verpleegkundigen en huisartsen. Het betreft een kleinschalige, verkennende studie, met een beperkt aantal gesprekspartners.

De gesprekspartners zijn als volgt geselecteerd: voor beide groepen is een bestaand contactpersoon van Cordaan/Ben Sajet Centrum benaderd, en van daaruit zijn via snow balling andere gesprekspartners gevonden. Er zijn gesprekken gevoerd met artsen en verpleegkundigen in twee stadsdelen met een grote migrantenpopulatie (Amsterdam Noord en Amsterdam Nieuw West). Daarnaast is een interview gehouden met een huisarts in Weesp met een groot percentage Turken en Marokkanen in het patiëntenbestand. De volgende personen zijn geïnterviewd:

(Wijk)verpleegkundigen:

1. Fatima Malki, Verpleegkundige Slotervaartziekenhuis en oprichter cultuurspecifieke thuiszorgorganisatie Avicen (nu: onderdeel van Parnassus)
2. Gulsen Sarioglu, Wijkverpleegkundige Cordaan, Geuzenveld-Noord
3. Marianne van Veen, Wijkverpleegkundige Cordaan, Slotervaart
4. Corine Beumer, Wijkverpleegkundige Cordaan, Tuindorp Oostzaan

Huisartsen:

1. Heleen Busser, Huisarts, Geuzenveld-Noord
2. Johan Nederhof, Huisarts, Banne Buiksloot, Amsterdam-Noord
3. Sanne Wisman, Huisarts, Tuindorp Nieuwendam, Amsterdam-Noord
4. Marieke Verhaar, Huisarts, Weesp

Op basis van een licht gestructureerd interview format is een open gesprek (van gemiddeld 1 tot 1,5 uur) gevoerd met alle professionals, dat van start ging met de vraag of men het beeld van eenzaamheid onder de doelgroep herkende. Er werd vooral ingegaan op de volgende vragen: wat is het algemene beeld, wat ziet men als uitdagingen, welke denkbare oplossingen ziet men? Een van de opvallendste uitkomsten is dat geen van de professionals het beeld van ernstige eenzaamheid duidelijk in de eigen beroepspraktijk herkende. Het gesprek werd

daarom verbreed naar kwetsbaarheidsproblematiek bij migrantenouderen in algemene zin, met de relatie tussen psychosociale problematiek en zorggebruik als rode draad.

Naast de gesprekken met medische professionals is een gesprek gevoerd met twee vertegenwoordigers van de belangenorganisatie voor migrantenouderen, CABO. Relevante uitkomsten van dat gesprek zijn ook in deze rapportage opgenomen.

In deze rapportage worden de voornaamste bevindingen uit de interviews gepresenteerd. Daarbij wordt eerst ingegaan op eenzaamheid, en vervolgens op een paar andere belangrijke thema's die uit de interviews naar voren kwamen. De interviews leverden een rijk beeld op van de ervaringen van zorgprofessionals in de zorgverlening aan migrantenouderen in algemene zin. Daaruit kwamen ook duidelijke uitdagingen naar voren die de professionals verwachten of reeds ervaren in hun bereik van deze doelgroep. De focus in het tweede deel van deze rapportage is op die uitdagingen. Deze informatie kan van belang zijn bij de ontwikkeling van gedachten over de innovatie van de zorg voor kwetsbare migrantenouderen. Tot slot worden oplossingsrichtingen en aandachtspunten geformuleerd voor vervolgonderzoek.

Het beeld van eenzaamheid onder Turkse en Marokkaanse Amsterdamse ouderen

Het beeld dat eenzaamheid onder Amsterdamse migrantenouderen (veel) sterker is dan onder autochtone ouderen werd door geen van de gesprekspartners herkend. Dit gold ook voor de extra hoge cijfers met betrekking tot eenzaamheid van mannelijke Amsterdammers van Turkse komaf. De kwantitatieve gegevens daarover verbaasden een aantal van de gesprekspartners. De meeste professionals zeggen juist een sterkere eenzaamheid te zien bij autochtone ouderen. Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor dit verschil in inzicht.

De oudere met een migrantenachtergrond is vrijwel nooit alleen

De meeste professionals wijzen op het sterke familienetwerk van allochtone ouderen. In tegenstelling tot autochtone ouderen wonen migrantenouderen voor het overgrote deel in bij familie, doorgaans hun kinderen. Binnen zowel de Turkse als de Marokkaanse cultuur zien de geïnterviewden bij kinderen een grote verantwoordelijkheid om hun ouders te verzorgen, binnen de Turkse cultuur is die druk volgens de gesprekspartners het grootst. Een groot deel van de zorg die bij autochtone ouderen door professionals wordt geleverd, wordt in deze gemeenschappen dan ook door de kinderen geleverd. Dit sluit aan bij het heersende beeld dat mantelzorg in deze gemeenschappen primair en als vanzelf wordt ingevuld binnen de eigen kring. Huisartsen en wijkverpleegkundigen nemen die sterke familieverbanden op verschillende momenten waar – op het spreekuur, op huisbezoek, rondom het sterfbed. De indruk kan dan ontstaan dat er met zulke hechte familienetwerken geen sprake kan zijn van eenzaamheid; de oudere met een migrantenachtergrond is letterlijk niet vaak alleen. Verschillende professionals beschrijven warme, hechte familierelaties in migrantenfamilies en een beeld van een effectieve mantelzorg.

Wat betreft Turkse mannen in het bijzonder is de indruk dat die over het algemeen een actief sociaal netwerk hebben in de moskee en in koffiehuisen. Meerdere gesprekspartners geven aan dat ze ernstige gevallen van eenzaamheid of sociaal isolement (veel) sterker zien bij de autochtone doelgroep.

Eenzaamheid komt wel degelijk voor, maar is lastig te herkennen

Als we echter uitgaan van een brede opvatting van eenzaamheid - zoals in de literatuur gebruikelijk is - dan gaat eenzaamheid niet over het hebben van relaties op zich, maar om *betekenisvolle* relaties, waarbij emotionele eenzaamheid in het bijzonder betrekking heeft op een gebrek aan *intieme* relaties (De Jong Gierveld & Van Tilburg 2008:1). Mogelijkerwijs gingen de geïnterviewde professionals in hun eerste reactie uit van een smalle opvatting van eenzaamheid, die meer te maken heeft met sociaal isolement.

Verschillende professionals gaven na doorvragen inderdaad aan dat er wel sprake zou kunnen zijn van eenzaamheid in de bredere opvatting. Hier lijkt het te gaan om een eenzaamheid die op het eerste gezicht niet direct zichtbaar is, maar die gebaseerd is op de eigen subjectieve interpretatie van de arts/verpleegkundige van een bepaalde situatie. Soms beschrijven de geïnterviewden de problematiek ook als een vorm van depressiviteit. Zo werden voorbeelden gegeven van kinderen die de last van de mantelzorg maar moeilijk kunnen dragen en dat afreageren op de ouders, echtelieden die erg langs elkaar heen, of zelfs in andere landen leven, en vrouwen die om culturele redenen erg worden ingeperkt in hun sociale leven. De sterke afhankelijkheid van de familie maakt ook kwetsbaar: als de familie wegvalt heeft men vaak geen enkel ander netwerk om op terug te vallen. Dit is vooral een risico wanneer kinderen de schakel vormen naar de buitenwereld, en de migrantenoudere niet zelfstandig kan participeren in de Nederlandse samenleving.

Professionals geven verder aan dat zij soms slechte familieverhoudingen observeren. In zo'n geval kan wel degelijk sprake zijn van (emotionele) eenzaamheid, maar wordt dat niet snel als zodanig herkend. Ook de professional is niet geneigd hier het label eenzaamheid aan te verbinden, terwijl hij/zij wel aanvoelt dat er iets in de (psycho)sociale sfeer 'niet helemaal in orde is'.³

De vraag dient zich daarom aan of eenzaamheid onder ouderen met een migrantenachtergrond daadwerkelijk weinig voorkomt in de praktijken van de professionals, of dat eenzaamheid niet als zodanig herkend wordt.

Oorzaken van de onzichtbaarheid van eenzaamheid

Het niet goed zichtbaar worden van (bredere vormen van) eenzaamheid kan meerdere oorzaken hebben. In de eerste plaats kan het zijn dat er eenzame patiënten in zorg zijn, maar dat hun eenzaamheid niet bespreekbaar wordt gemaakt in de contacten met de huisarts of wijkverpleegkundige. Uit de gesprekken kwamen verschillende mogelijke redenen naar voren waarom dat het geval zou kunnen zijn. Zo kan dit veroorzaakt worden door een andere manier van omgaan met psychosociale problematiek, die mogelijk cultureel bepaald is. Daarnaast spelen taalbarrières in de communicatie met patiënten met een migrantenachtergrond een

³ Tegelijkertijd stellen sommige gesprekspartners dat je je als zorgverlener niet in familieverhoudingen moet mengen.

rol. In de derde plaats is het mogelijk dat eenzame ouderen met een migrantenachtergrond onvoldoende in beeld zijn, omdat ze geen goede aansluiting hebben op het bestaande zorgaanbod.

Omgang met psychosociale problematiek/eenzaamheid

In het algemeen is de indruk dat patiënten met een migrantenachtergrond minder dan autochtone patiënten geneigd zijn om psychosociale problematiek bespreekbaar maken bij de huisarts of wijkverpleegkundige. Het heersende beeld onder de geïnterviewde huisartsen is dat migrantenouderen de huisarts associëren met fysieke klachten en medicalisering. De huisarts heeft veel gezag en wordt gerespecteerd, maar zijn/haar taak ligt op het medische terrein. Zodra er geen sprake meer is van een medische zorgbehoefte, raakt de patiënt weer uit beeld. Migranten, zowel ouderen als jongeren, zijn niet geneigd om psychosociale problematiek – zoals eenzaamheid – bij de huisarts aan de orde te stellen. Als de huisarts zelf oppert dat een klacht misschien een psychosociale oorzaak heeft dan ‘kijkt de patiënt of hij water ziet branden’. Meerdere artsen denken dat psychosociale problematiek in de cultuur niet als ziekte wordt beschouwd, maar als een aspect van het leven dat je zelf met je familie moet dragen. Ook kan er sprake zijn van angst of schaamte rondom psychosociale problematiek, en angst voor roddel in de eigen gemeenschap als men ermee naar buiten treedt.

Het algemeen heersende beeld dat er veel sprake is van somatiseren bij deze doelgroep wordt niet door iedereen bevestigd. Somatiseren is het uiten van psychosociale problemen in lichamelijke klachten. Het lijkt iets sterker aan de orde bij de generatie onder de echt kwetsbare leeftijdsgroep (tot 65). Bij de 75-plussers onder de doelgroep is wel degelijk sprake van ‘echte’ fysieke klachten. Andere huisartsen zien juist veel somatiseren; ‘veel onduidelijke fysieke klachten waar angst of onverwerkt verdriet achter schuil lijkt te gaan’. Een huisarts geeft aan dat onder de Turkse doelgroep veel sprake is van depressie- en angstklachten.

Over eenzaamheid werd daarnaast gezegd dat dit begrip in – bijvoorbeeld – de Marokkaanse cultuur niet gebruikelijk is. Een gemiddelde Marokkaan zou eerder zeggen ‘ik verveel me’ dan ‘ik ben eenzaam’. Eenzaamheid is een toestand die ook binnen de eigen gemeenschap niet snel benoemd zal worden. Mogelijk komt dit door de grote waarde die aan familie wordt gehecht, waardoor je met een grote familie om je heen niet geacht wordt eenzaam te zijn. Er kan ook sprake zijn van een religieuze dimensie; volgens een van de geïnterviewden is de gedachte in de Islam dat je nooit alleen bent, en biedt het geloof voor sommigen een buffer tegen eenzaamheid.

Taalbarrière

Naast deze andere omgang met een begrip als eenzaamheid, speelt ook de taalbarrière een rol bij het feit dat eenzaamheid niet bespreekbaar wordt gemaakt. Voor het bespreekbaar maken van psychosociale problematiek is een vertrouwensband nodig, en het opbouwen daarvan gaat volgens de meesten gemakkelijker als er geen taalbarrière is. Als die er wel is, dan is veel extra tijdsinvestering van de zorgprofessional nodig om tot een contact te komen waarin andere dan medische zaken worden besproken. Die extra tijd is er te weinig, of wordt te weinig genomen.

Verschillende professionals geven ook aan dat tolken door familieleden nadelen kan hebben, omdat er 'ruis' op de lijn kan zitten. Vooral bij het bespreken van psychosociale problematiek kan tolken door familieleden een obstakel zijn om de juiste informatie te verkrijgen.

Twee van de vier huisartsen geven overigens aan dat zij ondanks de taalbarrière toch zeer goede relaties hebben kunnen opbouwen met de migrantenouderen in hun populatie. Het niet goed doordringen tot achterliggende (psychosociale) problematiek lijkt wat sterker aan de orde bij wijkverpleegkundigen dan bij de huisartsen. De wisseling onder wijkverpleegkundigen speelt hierbij een rol. De eerste intake is van cruciaal belang, volgens hen. Dit is het moment waarop de totale zorgvraag in kaart gebracht moet worden, en daarvoor moet veel tijd uitgetrokken worden.

De wijkverpleegkundigen die één van de migrantentalen beheersen, vertellen dat patiënten wel degelijk bereid zijn om over psychosociale problematiek te praten in de eigen taal. Zo sprak een van hen over 'een enorme praatbehoefte, zodra dat in de eigen taal kan'.

Onvoldoende aansluiting migrantenouderen - bestaande voorzieningen

Een derde mogelijke verklaring waarom het beeld niet herkend wordt is omdat eenzame migrantenouderen de weg naar de zorg onvoldoende kennen, en om die reden niet in beeld zijn. Vrijwel alle professionals – zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen – constateerden gedurende het gesprek dat zij onvoldoende inzicht hebben in de specifieke situatie en behoeften van kwetsbare migrantenouderen.

Huisartsen geven aan migrantenouderen soms lange tijd niet te zien vanwege verblijf in het land van herkomst. Wat betreft de wijkverpleging/thuiszorg viel op dat er onvoldoende aansluiting lijkt te zijn bij kwetsbare migrantenouderen. Cordaan heeft heel weinig migrantenouderen in zorg in de betreffende wijken, terwijl met name de wijk Geuzenveld Noord een wijk is met een grote populatie migrantenouderen.⁴ De geïnterviewde wijkverpleegkundigen stellen dat migrantenouderen weinig thuiszorg aanvragen.

Een vaak genoemde verklaring daarvoor is de reeds genoemde grote rol die kinderen spelen in de mantelzorg. Daarnaast is het de vraag of patiënten met een migrantenachtergrond de routes naar de thuiszorg goed kennen, en of men zich voldoende geïnformeerd voelt over de financiële aspecten van thuiszorg. Voor diegenen die wel professionele zorg krijgen bestaat de indruk dat bij ontevredenheid over het zorgaanbod niet snel wordt geklaagd, uit angst dat zorg wordt gestopt.

De lage mate van thuiszorggebruik kan ertoe bijdragen dat er weinig zicht bestaat op de situatie van migrantenouderen in de betreffende wijken. Onder invloed van de hervormingen in de zorg heeft de wijkverpleegkundige een centrale rol in het leggen van de verbinding tussen het medische en het sociale domein. Om sociale problematiek te kunnen signaleren is

⁴ Bureau Onderzoek en Statistiek hanteert Geuzenveld/Slotermeer als geografische eenheid. Daarvan is in 2010 59% van niet-westerse komaf. Van de ouderen is echter het merendeel volgens deze rapportage autochtoon. In: De Staat van de Wijk III, Geuzenveld/ Slotermeer, Bureau O&S, 2010.

juist het over de vloer komen, en een zogenaamde ‘voet tussen de deur hebben’ bij migrantenouderen cruciaal. Een van de huisartsen geeft aan om die reden soms een ‘excuusindicatie’ voor thuiszorg te geven, zodat er in elk geval een professional over de vloer komt die een oogje in het zeil kan houden.

Specifieke emotionele problematiek bij migrantenouderen

Als de zorgverlener er wel in slaagt om de achterliggende psychosociale problematiek bespreekbaar te maken, komen volgens de geïnterviewden een aantal problemen naar voren die specifiek zijn voor de doelgroep:

- Er is vaak sprake van een schuldgevoel onder eerste generatie migranten, omdat men niet voor de achtergebleven ouders heeft kunnen zorgen, terwijl dat vanuit de cultuur wel wordt verwacht. Met name in de Turkse gemeenschap speelt dit sterk. Daar zijn de verwachtingen van de jongste zoon vaak het hoogst.
- Daarnaast is er het reeds genoemde verdriet over het feit dat de eigen kinderen niet meer vanzelfsprekend de mantelzorg op zich (kunnen) nemen.
- Verder speelt voor een (groot) deel van de eerste generatie dat ze hun leven lang zware arbeid hebben verricht en nu fysiek helemaal ‘op’ zijn. Ze zijn niet meer mobiel, en hebben het idee dat er voor hen geen specifieke voorzieningen zijn. Ze trekken zich uit het maatschappelijk leven terug vanwege mobiliteits- en taalproblemen, en voelen zich de ‘verloren generatie’.
- De relatie met en het missen van het land van herkomst speelt ook een rol. Soms is er een diepe wens om daar de oude dag door te brengen, maar is dat om verschillende redenen niet mogelijk. Soms is het ook zo dat ouderen zich zowel in Nederland als in het land van herkomst niet (meer) thuis voelen.

Overige problematiek in de zorgverlening aan migrantenouderen

In de interviews kwamen naast het thema eenzaamheid verschillende andere thema’s aan bod die relevant zijn voor de verbetering van de zorgverlening aan migrantenouderen. In het onderstaande worden de meest voorkomende thema’s beschreven.

Mantelzorg en de veranderende rol van kinderen

De professionals beschrijven een (gestage) kentering als het gaat om de vanzelfsprekendheid waarmee kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst de zorg voor hun ouders op zich nemen. De tweede en derde generatie Turkse en Marokkaanse Amsterdammers heeft een steeds grotere maatschappelijke rol, waarbij dochters ook vaker een baan hebben. Vooral bij Marokkaanse gezinnen gaat die verandering snel. Het risico op overbelasting van deze groep door de combinatie van maatschappelijke/professionele taken en mantelzorg is bekend. Kinderen zullen deze rol steeds minder vanzelfsprekend op zich nemen. Dat kan leiden tot onrust of verdriet bij de ouders, die zich daar niet altijd gemakkelijk bij neer kunnen leggen. Het gat dat ontstaat doordat kinderen niet meer beschikbaar zijn moet worden opgevuld door professionele zorg. Daarvoor is een cultuurverandering bij de ouders nodig; die moeten het

idee gaan accepteren dat de zorg ook door professionals verleend kan worden.

De weg naar de professionele thuiszorg wordt, zoals hierboven beschreven, op dit moment lang niet altijd gevonden. Er is soms sprake van schrijnende gevallen waarbij de kinderen geen zorg verlenen maar professionele zorg ook niet wordt ingeschakeld. Een toename van zorgverlening door de professionele thuiszorg bij deze groep kan leiden tot een betere zorg. Geïnterviewden geven aan dat de zorg bij de familie soms wel, en soms niet in goede handen lijkt te zijn. Daarnaast is een voordeel van meer professionele thuiszorg dat een betreffende oudere in het vizier is van de wijkverpleging, waardoor een betere aansluiting op het bredere zorgaanbod mogelijk wordt.

Aansluiting bestaande zorgaanbod op specifieke behoeften van migrantenouderen

De meeste geïnterviewden hebben de indruk dat de huisarts fungeert als een laagdrempelige, vertrouwde plek voor migrantenouderen. De weg naar andere instellingen wordt daarentegen veel moeizamer bewandeld. Een mogelijke oplossing ligt in geïntegreerde gezondheidscentra, waarbij via/achter het loket van de huisarts andere medische of (psycho)sociale voorzieningen op dezelfde plek worden aangeboden. Dankzij proactieve huisbezoeken heeft de huisarts een redelijk goed beeld van alle kwetsbare patiënten, inclusief migrantenouderen.

Over de vraag of het zorgaanbod cultuurspecifieker moet worden, zijn de meningen verdeeld. Aan de ene kant heeft zorg in de eigen taal als voordeel dat de vertrouwensband makkelijker wordt gevormd en achterliggende niet-medische problematiek beter in beeld komt. Ook is iedereen van mening dat van migrantenouderen van de eerste generatie niet verlangd kan worden dat zij in deze fase van hun leven nog 'integreren'. Met name bij sociale voorzieningen als dagbesteding is het van belang dat deze aansluiten bij de eigen taal en cultuur, om zo de drempel te verlagen. Vooral CABO wijst op het grote belang van cultuurspecifieke voorzieningen. Een van de geïnterviewden wijst er daarnaast op dat revalidatietrajecten mislukken omdat patiënten om culturele redenen afhaken, daardoor niet goed herstellen, en opnieuw in het ziekenhuis terecht komen.

Aan de andere kant geven meerdere professionals aan dat migrantenouderen juist *niet* door iemand uit de eigen cultuur verzorgd willen worden, omdat men dan juist *gêne* ervaart.⁵ Met een Nederlandse zorgverlener is iets meer sprake van objectieve afstand. Aangezien patiënten de arts en verpleegkundige vooral met het medische associëren, is het denkbaar dat die afstand door hen juist prettig wordt gevonden.

Doorverwijsmogelijkheden naar sociale voorzieningen

Als het al lukt om psychosociale problematiek te signaleren en bespreekbaar te maken, vinden huisartsen het moeilijk om migrantenouderen succesvol door te verwijzen naar

⁵ Daarnaast schetst een geïnterviewde dat mensen het als beledigend ervaren om door iemand in de eigen taal geholpen te worden, die niet over de benodigde deskundigheid beschikt.

vervolginstellingen. Sommige huisartsen geven aan dat ze maar ‘meebewegen met de patiënt’, ‘pappen en nathouden’, om ervoor te zorgen dat ze in elk geval bij de huisarts in beeld blijven.

De motivatie bij de ouderen om aan de slag te gaan met psychische problematiek is laag, en doorverwijzingen naar GGZ worden niet snel door patiënten omarmd. Een huisarts meldt dat patiënten wel naar de psychiater gaan, maar dat psychische problematiek vervolgens met veel te zware medicatie wordt behandeld. Deze huisarts wijst op een hoog gebruik van psychofarmaca onder Turkse patiënten.

Het motiveren van patiënten met een migrantenachtergrond voor sociale activiteiten gaat volgens de geïnterviewden moeizaam. Bovendien spreken de huisartsen en meerdere wijkverpleegkundigen van een beperkt en weinig inzichtelijk aanbod van sociale voorzieningen om naar door te verwijzen. Wijkteams komen slecht van de grond en professionals hebben niet altijd zicht op de sociale kaart van de wijk.

Verschillende geïnterviewden wijzen op de verschraling van sociale voorzieningen. Cultuurspecifieke voorzieningen voor migrantenouderen zijn er rondom sommige huisartsenpraktijken heel weinig, of zijn weinig bekend. Gebrek aan of het stopzetten van financiering leidt tot een gebrek aan continuïteit in sociale voorzieningen. Dat werkt verwarrend voor de doorverwijzende arts en demotiverend voor patiënten. Soms bestaat de indruk dat migrantenvrouwen door hun partners worden weerhouden van het deelnemen aan sociale activiteiten.

Twee geïnterviewden zijn minder negatief gestemd over het aanbod aan sociale voorzieningen.

Oplossingsrichtingen

- Eenzaamheid onder migrantenouderen, in de brede zin van het begrip, zou een apart aandachtspunt moeten worden voor zorgverleners. Hierbij moet vooral het herkennen van verborgen vormen van eenzaamheid worden bevorderd.
- De definitie van kwetsbaarheid zoals die in de praktijk wordt gehanteerd zou voor deze doelgroep wellicht moeten worden aangepast, om specifieke problematiek van deze ouderen beter te ondervangen (op jongere leeftijd al kwetsbaar, doelgroep specifieke psychosociale problematiek, absolute afhankelijkheid van familierelaties).
- De algemene opvatting onder de professionals is dat zorgverlening niet persé in de eigen taal hoeft, maar dat de zorg wel geleverd moet worden vanuit een grotere kennis van, begrip voor en geduld met culturele verschillen. Professionals moeten beter op de hoogte zijn van cultuurgebonden behoeften, bijvoorbeeld rondom de palliatieve zorg.

- De opleiding tot (wijk)verpleegkundige is onvoldoende cultuurspecifiek, waardoor studenten van Turkse en Marokkaanse afkomst veelvuldig afhaken. Door dit te verbeteren zullen er uiteindelijk meer verpleegkundigen met die achtergrond beschikbaar zijn.
- Op het gebied van maaltijden, familiebezoeken en persoonlijke verzorging zou meer rekening met cultuurspecifieke wensen van de doelgroep moeten worden gehouden.
- Elk team van thuiszorgverleners zou in elk geval 1 medewerker moeten hebben die de Turkse of Marokkaanse taal beheerst, en die indien nodig collega's kan bijstaan/adviseren.
- Er zou meer cultuurspecifiek aanbod moeten zijn aan sociale voorzieningen voor migrantenouderen. Huisartsen zouden daarvan goed op de hoogte moeten zijn, en de continuïteit van die voorzieningen zou zoveel mogelijk moeten worden gewaarborgd.
- Via voorlichting en andere methoden zou bevorderd moeten worden dat migrantenouderen beter bekend zijn met de regels rondom professionele thuiszorg, en dat zij die vorm van ondersteuning gaan accepteren als vervanging van mantelzorg door de kinderen.

Suggesties voor vervolgonderzoek

Deze kleinschalige exploratieve studie geeft een eerste inzicht in onderwerpen die door middel van vervolgonderzoek nader verdiept zouden moeten worden. Daarbij is het in de eerste plaats van belang om onderzoek te doen naar ervaringen en opvattingen onder de doelgroep zelf, om na te gaan of het beeld dat in dit onderzoek naar voren komt door hen wordt bevestigd.

Opvallend aan dit onderzoek is dat het kwantitatieve beeld van een sterkere eenzaamheid onder deze doelgroep niet onomwonden wordt bevestigd. Er zijn in deze rapportage een aantal verklaringen gesuggereerd voor dit verschil, maar nader onderzoek zou moeten aantonen waar het verschil door komt, en of het vaker voorkomt.

Een ander thema dat in dit onderzoek naar voren kwam, en dat aanvullend onderzoek behoeft, is het idee dat migrantenouderen de weg naar de thuiszorgorganisaties niet goed zouden kunnen vinden. Op basis van dit kleinschalige onderzoek is niet te zeggen of dat in zijn algemeenheid zo is, of dat het komt doordat het merendeel van de geïnterviewde wijkverpleegkundigen verbonden is aan een specifieke thuiszorgorganisatie. Het is denkbaar dat migrantenouderen meer gebruik maken van cultuurspecifieke thuiszorgorganisaties. De rol van cultuurspecifieke thuiszorgorganisaties bij de verbetering van de zorg aan kwetsbare migrantenouderen is een belangrijk onderwerp voor vervolgonderzoek.

Bibliografie

- Ajrouch, K.J. (2008), Social isolation and loneliness among Arab American elders: Cultural, social, and personal factors. *Research in Human Development* 5(1): 44-59.
- Andersson, L. (1998), Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Ageing & Mental Health* 2(4): 264-274.
- Arens, E.A., Balkir, N. & Barnow, S. (2012), Ethnic variation in emotion regulation: Do cultural differences end where psychopathology begins? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44: 335.
- Berry, J. W., Kim, U., Minde, T., & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review* 21(3): 491-511.
- Cacioppo, S., Grippo, A.J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J.T. (2015), Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science* 10(2): 238-249.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005), Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 25(1): 41-67.
- Choi, M., Klong, S., & Jung, D. (2012), *Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: A meta-analyses*. Nursing Policy and Research Institute, Yonsei University College of Nursing, Seoul; Department of Nursing Science, Ewha Womans University College of Health Sciences, Seoul, Korea.
- Chorus, A.M.J. & Hopman-Rock, M. (2006), *Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten*. TNO-rapport.
- Cohen-Mansfield & Perach, R. (2015), Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *American Journal of Health Promotion* 29(3): e109-e125.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T.G. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid [A shortened scale for overall, emotional and social loneliness]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 39, 4-15. de Kuijer, A. (2011). *Factsheet Eenzaamheid*. GGD Rotterdam-Rijnmond.
- Dickens, A., Richards, S., Greaves, C., & Campbell, J. (2011), Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health* 11: 647.
- Findlay, R.A. (2003), Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing & Society* 23(5): 647-658.
- Fokkema, T., & Knipscheer, C.P.M. (2007), Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Ageing & Mental Health* 11(5): 496-504.

Fokkema, T. & Naderi, R. (2013), Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *European Journal of Ageing* 10(4): 289-300.

Gemeente Den Haag (2014). Gezondheidsmonitor Den Haag 2014. Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie.

GGD Amsterdam (2013). Amsterdammers gezond en wel? Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012. Amsterdam: Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering.

Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B.J., & Mallett, J. (2014), Reducing loneliness amongst older people: A systematic search and narrative review. *Ageing & Mental Health* 18(6): 683-693.

Kremers, I.P., Steverink, N., Albersnagel, F.A., & Slaets, J.P.J. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Ageing and Mental Health*, 10(5): 476-484.

Martina, C.M.S. & Stevens, N.L. (2006), Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Ageing & Mental Health* 10(5): 467-475.

Masi, C.M., Chen, H.-Y., Hawkley, L.C., & Cacioppo, J.T. (2011), A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review* 15(3): 219-266.

Neto, F. & Barros, J. (2000), Predictors of loneliness among adolescents from Portuguese immigrant families in Switzerland. *Social Behavior and Personality* 28(2): 193-206.

Oberg, K. 1960. Cultural shock: Adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology* 7: 177-82.

SCP (2001), *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Stevens, N.L. Martina, C.M.S., & Westerhof, G.J. (2006), Meeting the need to belong: Predicting effects of a Friendship Enrichment Program for older women. *The Gerontologist* 46(4): 495-502.

Stevens, N., de Koning, D., & Loretan, N. (2008), *Stimulering van sociale zelfredzaamheid: Een onderzoek bij deelnemers van de cursus 'Vrienden maken...kun je leren'*. Verslag in opdracht van Het Nederlandse Rode Kruis.

Steverink, N. (2006), *Het eigen leven een beetje mee GLANS geven: Kunnen eenzame 55+ vrouwen dat leren? Een onderzoek naar het effect van een psycho-educatieve groepscursus ter bevordering van zelf-management vaardigheden en welbevinden en vermindering van eenzaamheid*. Eindrapport. Rijksuniversiteit Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.

Uysal-Bozkir, Ö., T. Fokkema, J.L. MacNeil-Vroomen, T.G. van Tilburg & S.E. de Rooij (2015), Translation and validation of the De Jong Gierveld loneliness scale among older migrants living in the Netherlands. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1-9. doi: -1093/geronb/gbv44.

van Bergen, A., Vleems, R., Muis, L. & Laan, W. (2010), *Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2010: Tabellenboek Sociaal Kwetsbaren*. Utrecht: GG&GD.

van der Zwet, R. (2009), *Methodebeschrijving Activerend huisbezoek bij ouderen. Databank Effectieve sociale interventies*. Movisie. (p. 41 e.v. samenvatting van het onderzoek van Chorus en Hopman-Rock).

VanCluysen, K. & van Craen, M. (2011), Feelings of loneliness: Differences between ethnic minority and majority group members in Belgium and their relation to minorities' integration and ethnic attachment. In: Motmans, J., Cuypers, D., Meier, P., Mortelmans, D., & Zanoni, P. (eds.), *Equal is not enough: Challenging differences and inequalities in contemporary society. Conference Proceedings* (pp. 436-449). Antwerp: Policy Research Centre on Equal Opportunities.

Verhagen, I., Ros, W.J.G., Steunenbergh, B., Uysal-Bozkir, Ö., May, F., May, F., & de Wit, N.J. (2015), Effectiveness of a community health worker intervention programme for older immigrants: Results from a quasi-experimental study in the Netherlands. Hoofdstuk 5 in I. Verhagen, *Community health workers: Bridging the gap between health needs of immigrant elderly and health- and welfare services in the Netherlands* Proefschrift Universiteit van Utrecht.

Verschoor, W. (2010), *Methodebeschrijving Man actief: Databank Effectieve sociale interventies*. MOVISIE.

Victor, C.R., Burholt, V. & Martin, W. (2012), Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: An exploratory study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 27(1): 65-78.

Windle, K., Francis, J., & Coomber, C. (2011), Preventing loneliness and social isolation: Interventions and outcomes. *Research Briefing* (Vol. 39, pp. 1-15): Social care institute for excellence.