

'Wij zijn er én blijven hier ...' Gezondheid, zorggebruik en sociaal welbevinden van oudere migranten in Nederland

Tineke Fokkema · Nina Conkova

In 1991 vond het symposium 'Tussen wal en schip? Over de oudere migrant in Nederland' plaats, waarbij de discrepantie tussen de specifieke woonzorgvraag van oudere migranten en het toenmalige aanbod centraal stond. De aandacht richtte zich vooral op de traditionele niet-westerse migrantengroepen: Surinaamse, Turkse en Marokkaanse migranten van de eerste generatie die in de jaren 1960 en 1970 voor studie, werk of door gezinshereniging naar Nederland zijn gekomen. De organisatoren waren met dit congres hun tijd ver vooruit. Professionals, beleidsmakers en wetenschappers hadden toen nauwelijks oog voor de ervaren knelpunten van deze weliswaar kleine groep niet-westerse oudere migranten.

We zijn inmiddels ruim 25 jaar verder en de belangstelling voor de oudere migrant is sterk groeiende. Deze toenemende aandacht zal deels te maken hebben met de macht van het getal en het feit dat een groter deel van de migrantenouderen een hogere leeftijd bereikt. Zo is de groep niet-westerse oudere migranten bijna verzevenvoudigd. In 1991 waren 42.244 55-plussers afkomstig uit een niet-westers land, 1,3% van alle 55-plussers. Nu wonen er zo'n 312 duizend (5,7%) niet-westerse oudere migranten in Nederland [2, 3]. Ook van toekomstige migrantenouderen is niet te verwach-

ten dat zij massaal terugkeren, met als resultaat dat de omvang van deze groep verder zal toenemen. Volgens de bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn er in 2040 zo'n 819 duizend niet-westerse oudere migranten in Nederland, hetgeen neerkomt op 12,2% van alle 55-plussers [4, 5]. Bovendien neemt het aandeel 65-plussers binnen deze oudere migrantenpopulatie substantieel toe, van 30,1 naar 40,7% [2].

In de afgelopen kwart eeuw zijn tal van verenigingen en organisaties opgericht die de belangen behartigen van migrantenouderen. De landelijk meest bekende is NOOM – het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten, opgericht in 2007. Naast pleitbezorging en belangenbehartiging van alle ouderen met een migratieachtergrond, vaak in samenwerking met andere migranten- en ouderenorganisaties, heeft het NOOM als doel gesteld de zelfredzaamheid, integratie en maatschappelijke participatie van oudere migranten te verbeteren. Ook op Europees niveau zijn er verenigingen en organisaties opgericht ter bevordering van het welzijn van de oudere migrant in brede zin, vaak met een sterke Nederlandse vertegenwoordiging. Een voorbeeld hiervan is het ENIEC – 'European Network on Intercultural Elderly Care', een Europese vereniging voor professionals en vrijwilligers met een specifieke interesse in migrantenouderen in Europa. Het is een formeel netwerk met als oogmerk bij te dragen aan goede zorg voor ouderen uit andere culturen door een informeel platform te creëren waar ideeën en ervaringen over de landsgrenzen kunnen worden uitgewisseld. Naast deze (inter)nationale verenigingen en organisaties hebben gemeenten (met name die van grote en middelgrote steden waar de meerderheid van niet-westerse migrantenouderen woont; [6, 7]) meer oog gekregen voor de specifieke behoeften en wensen van ouderen met een migratieachtergrond, dit ondanks de afschaffing van het doelgroepenbeleid door kabinet

De titel is geïnspireerd op een notitie van Kloosterboer (2004), 'Wij komen eraan ...' Wensen, behoeften én ambities van oudere migranten in Nederland [1].

T. Fokkema (✉)
Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut
(NIDI-KNAW), Rijksuniversiteit Groningen, Den Haag,
Nederland
e-mail: fokkema@nidi.nl

Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, Nederland

N. Conkova
Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden, Nederland
e-mail: conkova@leydenacademy.nl

Rutte I in 2011. Verder zijn er kleinschalige multiculturele (woon)zorginitiatieven van de grond gekomen, zoals dagbesteding en woongroepen voor migranten-ouderen [8], veelal gerealiseerd en begeleid door personen met een migratieachtergrond.

Ook binnen de wetenschappelijke wereld groeit de interesse voor de oudere migrant, getuige het toenemende aantal publicaties, onderzoeksprojecten en promotieonderzoeken op dit gebied. En sinds 13 februari 2018 is de bijzondere leerstoel 'Ageing, Families and Migration' ingesteld door de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences (ESSBS) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, deze wordt bekleed door de eerste auteur. De leerstoel is de eerste in Nederland die zich richt op de diversiteit aan oudere migranten, met speciale aandacht voor vraagstukken binnen het sociale en welzijnsdomein. Met deze leerstoel zal het thema oudere migrant prominenter op de wetenschappelijke agenda komen te staan. Tot dusver zijn de wetenschappelijke studies vaker kwalitatief van aard, maar kwantitatief onderzoek naar oudere migranten zit in de lift. Recente surveys met een voldoende aantal oudere migranten (zoals de Gezondheidsenquête ouderen in de vier grote steden en Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS)) of specifiek onder oudere migranten (zoals de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)-migrantensample) hebben hier zeker aan bijgedragen.

Met dit themanummer biedt het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie een zestal voorbeelden van recent afgerond en lopend onderzoek op het gebied van gezondheid, zorggebruik en sociaal welbevinden van oudere migranten.

Conkova en Lindenberg openen met een narratief overzicht van onderzoeksbevindingen op het gebied van gezondheid en welbevinden. Hun resultaten laten zien dat er binnen de onderzoekswereld een dominante focus is op gezondheidsthema's zoals gezondheidsstatus en zorggebruik en -kwaliteit en dat er veel minder aandacht wordt besteed aan thema's rondom welbevinden. De auteurs sluiten af met een pleidooi voor meer verklarend onderzoek dat verder gaat dan herkomstland en sociaaleconomische status en dat rekening houdt met kleinere migrantengroepen zoals Chinezen, Molukken en Ghanezen.

In het tweede artikel van Janssen en collega's staan de verschillen in (de verandering in) gezonde levensverwachting tussen oudere migranten en niet-migrant centraal, waarin de Nederlandse situatie is vergeleken met die van België en Engeland & Wales en waarbij onderscheid is gemaakt tussen niet-westerse en westerse migranten. In alle drie de landen blijken niet-westerse migranten de laagste gezonde levensverwachting te hebben, hetgeen voornamelijk kan worden toegeschreven aan gezondheidsverschillen. In Nederland is wel een positieve trend te zien: in de periode 2001-2011 zijn de verschillen in gezonde levensverwachting tussen migranten en niet-migrant kleiner

geworden, hetgeen voornamelijk valt toe te schrijven aan afname in sterfte.

Pijpers en Carlsson onderzoeken in het derde artikel hoe in de huidige wijkgerichte aanpak oudere migranten worden toegeleid naar (de juiste) zorg, met de gemeente Nijmegen als case study. Een belangrijke constatering van dit onderzoek is dat doelgroepenbeleid weliswaar officieel is afgeschaft, maar dat er nog steeds sprake is van een aanbod van en een vraag naar specifieke zorgvoorzieningen voor oudere migranten, waaronder interculturele dagbesteding en consulenten en zorg in eigen taal. Verder laat het onderzoek zien dat het succesvol toeleiden naar zorg niet afhangt van de functies van de voorzieningen in de wijk, maar van zorgverleners die dezelfde taal spreken en dezelfde culturele achtergrond hebben. Om deze zogenaamde sleutelfiguren deels van hun formele, en vaak ook informele taken te ontlasten en te zorgen dat oudere migranten minder afhankelijk van hen hoeven te zijn, is van belang dat alle zorgaanbieders in de wijk cultuursensitiviteit ontwikkelen.

In het vierde artikel van Sekercan en collega's zijn voor de eerste keer survey gegevens over het zorggebruik in Nederland gekoppeld met data van een zorgverzekeraar over het zorggebruik in het land van herkomst, met als onderzoeksgroep Turkse en Marokkaanse 55-plussers van de eerste generatie. In tegenstelling tot de verwachting van de auteurs is de relatie tussen zorggebruik 'hier' en 'daar' positief, ook nadat voor sociaaldemografische kenmerken en gezondheidsstatus is gecontroleerd. Er lijkt dan ook in Nederland geen sprake te zijn van zorgmijding onder Turkse en Marokkaanse ouderen die in hun land van herkomst meermalen zorgverleners raadplegen. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of dit tweezijdig zorggebruik verklaard kan worden door afwijkende opvattingen over gezondheid, ziekte en over wat goede zorg is.

Van Tilburg en Fokkema zoeken in het vijfde artikel naar een verklaring voor de hogere eenzaamheid bij Turkse en Marokkaanse ouderen in vergelijking met hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Zij onderzochten twee verklaringsfactoren: een ander begrip van het concept eenzaamheid en hogere met eenzaamheid samenhangende risico's. Voor de eerste verklaringsfactor wordt geen bewijs gevonden: de psychometrische eigenschappen van het gehanteerde meetinstrument voor eenzaamheid – de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld – blijken ook voor de Turkse en Marokkaanse ouderen voldoende te zijn. Voor de tweede verklaringsfactor wordt wel bewijs gevonden: de hogere eenzaamheid van Turkse en Marokkaanse ouderen kan deels, maar niet volledig, worden verklaard doordat zij minder tevreden zijn over hun inkomen, minder regie ervaren over het leven en meer depressieve symptomen vertonen.

Het zesde artikel van Pot en collega's richt zich op oudere Turkse vrouwen en gaat in op de vraag on-

der welke omstandigheden een beperkte Nederlandse vaardigheid de toegang tot en het gebruik van zorg belemmert en dientengevolge zorgt voor een laag welbevinden. De meest kwetsbare oudere Turkse vrouwen blijken degenen te zijn die weinig tot geen Nederlands spreken in combinatie met een gering sociaal netwerk en een slechte gezondheid. Oudere Turkse vrouwen die de Nederlandse taal niet goed beheersen maar wel sterk sociaal zijn ingebed, ontvangen, indien nodig, de gewenste hulp bij het toeleiden naar de juiste vorm van zorg. De keerzijde hiervan is echter de sterke afhankelijkheid van de ondersteuners die de Nederlandse taal wel machtig zijn.

Naast de vele waardevolle suggesties voor vervolgonderzoek die de auteurs van de zes artikelen aandragen, willen wij graag afsluiten met enkele aanvullende richtingen voor toekomstige studies en activiteiten. Ten eerste is van belang om in toekomstig onderzoek minder eenzijdig de nadruk te leggen op een gemiddeld grotere kans op kwetsbaarheid van oudere migranten. Het risico hiervan is namelijk dat de gehele groep wordt geproblematiseerd en dat verschillen binnen deze groep over het hoofd worden gezien. Kennis over beschermende factoren bij migrantenouderen die wel succesvol oud worden, biedt bovendien tal van aanknopingspunten voor interventies. Ten tweede zou

het goed zijn als er minder *over* maar meer *met* migrantenouderen wordt gesproken. Er is bijvoorbeeld weinig bekend over de aspecten die volgens migrantenouderen zelf van belang zijn om succesvol oud te worden. Kennen oudere migranten hetzelfde gewicht toe aan de onderscheiden basispijlers van succesvol oud worden? Welke rol speelt hun land van herkomst hierbij? Ten derde valt er nog een flinke slag te maken om wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen dichter bij elkaar te brengen. De aftrap tot dit laatste zal worden gegeven met een congres op 19 februari 2019 bij Leyden Academy on Vitality and Ageing in Leiden. Op dit congres gaan onderzoekers in discussie met professionals en beleidsmakers over praktische toepassingen van recent onderzoek naar zorg voor en sociaal welbevinden van oudere migranten. Een tweede gelegenheid om de verbinding tussen onderzoek en praktijk verder te versterken is er op de studiedag van NVG-KNOWS, op 17 mei 2019 op de Vrije Universiteit Amsterdam.

De auteurs van dit redactioneel verzorgden de gastredactie van dit themanummer. Zij danken alle auteurs voor hun bijdrage, de referenten voor hun commentaar op eerdere versies van de artikelen, en de redactiesecretaris voor het bewaken van de planning en eindredactie.

Literatuur

1. Kloosterboer D. 'Wij komen eraan ...' Wensen, behoeften én ambities van oudere migranten in Nederland. Utrecht: Samenwerkingsverbanden van het Landelijk Overleg Minderheden; 2004.
2. CBS. Statline: Bevolking met migratieachtergrond; geslacht, leeftijd. 2018. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70787ned&D1=a&D2=0&D3=0,12-20&D4=a&D5=0,19,l&HDR=G4&STB=G1,G2,T,G3&VW=T>. Geraadpleegd op: 12 nov 2018.
3. CBS. Statline: Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio. 2018. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=03759NED&D1=0&D2=0&D3=56-107&D4=0&D5=0&D6=3&HDR=T,G1,G3&STB=G2,G4,G5&VW=T>. Geraadpleegd op: 12 nov 2018.
4. CBS. Statline: Prognose bevolking; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 2018–2060. 2017. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83784NED&D1=0&D2=0&D3=112-120&D4=0&D5=3-4&D6=22&HDR=T,G3,G2,G1,G4&STB=G5&VW=T>. Geraadpleegd op: 12 nov 2018.
5. CBS. Statline: Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2017–2060. 2016. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83597NED&D1=0&D2=a&D3=0,122-133&D4=23&HDR=T,G3&STB=G1,G2&VW=T>. Geraadpleegd op: 12 nov 2018.
6. Fokkema T, Conkova N. Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland en België: Een sociaal-demografisch profiel. *Geron*. 2018;2:15–9.
7. CBS. Statline: Bevolking; leeftijd, migratieachtergrond, geslacht en regio, 1 januari. 2018. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37713&D1=0&D2=0,12-20&D3=4&D4=0,5,57-60,64,66-67,69-72,74,77,79,81-82,87-88,91-93,96-97,99-100,102-103,105-106,112,114-117,123-124,126-128,130-132,134,136,139-141,145,147-148,150-151,153,156,158,161-162,164-166,168-169,171-175,177,179-181,183-184,186,191,196-197,199-200,202-203,205-206,208,210,215-217,219-221,225-227,229-234,236,240,243-244,246,249,253-254,256,258-261,263,265,269,272,277-278,281-286,288,291-294,296,299,303-306,308,310,312-313,316-320,322-323,325-326,328-330,333-334,340,342,344-345,348-349,354,356-360,365-377,379,381,383-384,386-387,389-390,398-400,403,405,407-409,418-419,421-422,428-429,431,433-434,439-440,442-444,448,450,452,454-456,461,464,466,468,471,477-481,483-485,488-490,493-498,500-503,507,509-510,512-514,517-518,520,522-525,527,529,531,533-534,539-541,543-546,553-554,556-557,560-561,564,566-567,573,576-578,580,585,587-589,592,595,597,599,602-604,608,610-612,615-617,619-620,625-626,628-630,632-637,639,641-646,649,651-654,656-657,>

659-660,662,664,668,670,672,675-676,680-685,689,
691,693-694,696,698,703-705,707-710,713-714,717,
720-721,724-725,727-730,734-737,739-740,742,
747-749,751,753-755,758-760&D5=l&HDR=T,G4&

STB=G1,G3,G2&VW=T. Geraadpleegd op: 13 nov
2018.

8. Witter Y, Fokkema T. Huisvesting en zorg voor oudere
migranten in Nederland. Demos. 2018;34(6):1-4.

Gezondheid en welbevinden van oudere migranten in Nederland: Een narratieve literatuurstudie

Nina Conkova · Jolanda Lindenberg

Samenvatting

In de afgelopen jaren is er groeiende interesse in de problematiek van ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond. Desondanks blijft het de vraag wat wij daadwerkelijk weten over deze doelgroep. Dit artikel draagt bij aan het beantwoorden van deze vraag door een overzicht van onderzoeksbevindingen te geven op het gebied van gezondheid en welbevinden. In totaal zijn er 104 publicaties meegenomen in dit overzicht, waarvan 69 gepubliceerde artikelen in (inter)nationale tijdschriften en 35 rapporten. De resultaten laten zien dat het leeuwendeel van het bestaande onderzoek zich richt op de drie grootste groepen niet-westerse migranten in Nederland – Surinaamse, Turkse en Marokkaanse ouderen – en op gezondheidsthema's zoals gezondheidsstatus en zorggebruik en -kwaliteit. Belangstelling voor de problematiek rondom welbevinden van oudere migranten is daarentegen nog schaars. Op de huidige onderzoeksagenda is er ook weinig aandacht voor de diversiteit onder migranten, hoewel eerder onderzoek laat zien dat verschillen tussen migrantengroepen relatief groot zijn. Naar aanleiding van dit overzicht sluiten we af met een pleidooi voor meer verklarend onderzoek dat verder gaat dan herkomstland en sociaaleconomische status.

Trefwoorden oudere migranten · gezondheid · gezondheidsvoorzieningen · welbevinden · literatuuroverzicht

Health and wellbeing of older migrants in the Netherlands: A narrative literature review

Abstract

In the past few years there has been a growing attention for older migrants, but the question of what we actually know about this group of people remains open. This article strives to fill this knowledge lacuna by presenting an

Digitaal aanvullende content De online versie van dit artikel (<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0268-2>) bevat aanvullend materiaal, toegankelijk voor daartoe geautoriseerde gebruikers.

N. Conkova (✉) · J. Lindenberg
Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, Nederland
e-mail: conkova@leydenacademy.nl
J. Lindenberg
e-mail: lindenberg@leydenacademy.nl

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0268-2>
Published online: 12 November 2018

overview of current research findings on health and wellbeing. In total 104 publications were taken into account in this literature review, including 69 articles published in (inter)national journals and 35 reports. The results show that a great deal of research is dedicated to the three largest groups of non-western migrants – Surinamese, Turkish and Moroccan older adults – and health-related themes such as health status and healthcare utilization and quality. Interest in the field of wellbeing is, on the other hand, still rather small. Furthermore, there seems to be little attention to diversity on the current research agenda, although prior research has shown relatively large differences between migrant groups. Based on this literature review, we conclude with a plea for more explanatory research, which goes beyond country of origin and socio-economic status.

Keywords older migrants · health · health care · wellbeing · literature review

Inleiding

Hoewel er in de afgelopen jaren groeiende wetenschappelijke en publieke interesse is voor ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond [1], blijft de vraag 'wat wij daadwerkelijk weten over deze doelgroep' tot nu toe onbeantwoord. Dit artikel draagt bij aan het beantwoorden van deze vraag door een overzicht te geven van onderzoeksbevindingen op het gebied van gezondheid en welbevinden van oudere migranten. Meer specifiek zijn de doelen van dit artikel om de specifieke thema's in de literatuur voor deze doelgroep te identificeren, onderzoekresultaten samen te vatten en onderzoeklacunes vast te stellen.

De oudere bevolking met een niet-Nederlandse afkomst is in de afgelopen 20 jaar snel toegenomen en zal naar verwachting blijven toenemen. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek telde Nederland begin 2018 in totaal 840.000 migranten van 55 jaar en ouder. Ongeveer zestig procent van deze mensen is van westerse origine, de rest heeft een niet-westerse afkomst. De grootste groepen van westerse origine zijn respectievelijk Duitsers (183.000), Indonesiërs (169.000) en Belgen (44.000). De groepen Duitsers en Belgen bestaan voornamelijk uit expats [2]. Indonesische migranten omvatten Indische Nederlanders, Molukkers, en Nederlanders met een familiegeschiedenis in het voormalige Nederlands-Indië [3]. De grootste groepen 55-plussers van niet-westerse origine omvatten ouderen met een Surinaamse (83.000), Turkse (52.000), Marokkaanse (50.000) en Antilliaanse (24.000) achtergrond [4]. Migrantengroepen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond zijn de zogenaamde gastarbeiders en ook te vinden in andere Europese landen, bijvoorbeeld in Duitsland, België en Frankrijk [5]. Migrantengroepen van Surinaamse en Antilliaanse (Caribisch Nederland) afkomst zijn vrij specifiek voor Nederland en verbonden aan het land door de koloniale geschiedenis. Door deze achtergrond voelen Surinaamse en Antilliaanse migrantengroepen zich meer verbonden met het Nederlandse systeem en de Nederlandse taal en hebben zij, zo toont onderzoek van Schellingerhout (2004), een kleinere culturele afstand dan gastarbeiders tot Nederlanders die in Nederland zijn geboren. Bovendien hebben de Surinaamse en Antilliaanse ouderen een betere sociaaleconomische positie (opleiding, inkomen en beroep) dan de Turkse en Marokkaanse ouderen [6].

Methodologie

Dit artikel is een narratief literatuuroverzicht [7] met betrekking tot de gezondheid en het welbevinden van oudere migranten in Nederland. De publicaties die in dit literatuuroverzicht zijn opgenomen zijn verzameld via verschillende bronnen. De zoektocht begon met *Google scholar* met behulp van variaties en combinaties van zoektermen in het Nederlands en Engels. De

gebruikte trefwoorden en synoniemen daarvan waren: oudere migranten, Nederland, ouder worden, ouderdom, welbevinden, wensen en behoeftes, gezondheid, zorg en kwaliteit van leven. Er waren geen beperkingen wat betreft publicatiejaar. Alleen rapporten (exclusief masterscripties, onderwijsmaterialen en handleidingen) en gepubliceerde artikelen in nationale en internationale tijdschriften (inclusief essays en proefschriften) in het Nederlands of Engels zijn in dit literatuuroverzicht opgenomen. In een tweede stap doorzochten we de websites van onderzoeksinstituten zoals het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) en van organisaties gericht op oudere migranten zoals het Netwerk van Organisaties van Oudere Migrantengroepen (NOOM) en het Expertisecentrum Gezondheidsverschillen Pharos. Als derde stap werden referenties binnen relevante artikelen en rapporten gescreend voor aanvullende studies. In totaal zijn 104 publicaties – 69 artikelen en 35 rapporten – in de periode 1995–2018 opgenomen in het literatuuroverzicht.

De resultaten worden gepresenteerd in twee overkoepelende paragrafen: 'gezondheid' en 'welbevinden'. Omdat we een brede lijst met trefwoorden gebruikten, is er een aantal artikelen dat beter bij het concept kwaliteit van leven aansluit dan bij welbevinden. We presenteren echter de resultaten van deze artikelen binnen het domein 'welbevinden' omdat ze belangrijke informatie over de sociale aspecten van leven van oudere migranten beschrijven. Resultaten over zorggebruik en -kwaliteit presenteren we binnen het domein 'gezondheid'. In dit artikel gaan we voornamelijk in op de meest recente literatuur; oudere referenties zijn alleen in het artikel vermeld als ze aanvullende, tegengestelde of unieke resultaten tonen. In de referentielijst aan het eind van het artikel zijn de meest recente publicaties opgenomen; de lijst met alle publicaties en hun classificatie die voor dit artikel zijn meegenomen is opgenomen in tab. 1 (alleen als *Electronic Supplementary Material* toegankelijk).

Thema's

Het leeuwendeel van het onderzoek naar oudere migranten richt zich op de drie grootste groepen niet-westerse migranten. Kleinere groepen niet-westerse migranten (bijvoorbeeld Chinezen en Ghanezen) en westerse migranten (bijvoorbeeld Indonesiërs en Europeanen) komen in slechts een handvol publicaties aan bod. Ongeveer twee derde van alle artikelen en rapporten is gewijd aan gezondheid en zorg en slechts een derde aan aspecten van welbevinden. Specifieke thema's die binnen het domein gezondheid het vaakst worden behandeld zijn: zorggebruik en -kwaliteit (deze komen voor in 39 publicaties), gezondheidsstatus (in 27 publicaties) en mantelzorg (in 19 publicaties). Studies binnen dit domein zijn bovendien vaker grootschalig,

kwantitatief en internationaal gepubliceerd dan die in het domein van welbevinden. Specifieke thema's die binnen het domein van welbevinden het vaakst worden behandeld omvatten: wonen (17), sociale participatie (7), eenzaamheid (5) en beleving van ouder worden (5). Deze studies zijn hoofdzakelijk van kwalitatieve aard, gericht op specifieke gemeente(n) en gepubliceerd in nationale tijdschriften.

Resultaten gezondheid

Gezondheidsstatus

Hoewel migranten bij hun aankomst gemiddeld gezonder zijn dan niet-migrant (een fenomeen dat bekend staat als het *healthy migrant effect* [8]), ervaren niet-westerse migranten op latere leeftijd slechtere fysieke en psychische gezondheid en meer chronische aandoeningen dan ouderen die in Nederland zijn geboren [9–12]. Bovendien toont onderzoek aan dat oudere niet-westerse migranten in Nederland een lagere gezonde levensverwachting op 50-jarige leeftijd hebben; met andere woorden, ze leven gemiddeld minder lang in goede gezondheid dan oudere niet-migrant [13]. Op basis van een systematisch overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek in Nederland tussen 1997 en 2008 laten Ikram et al. (2014) zien dat diabetes, angststoornissen, beroerte, coronaire hartziekten en depressie de aandoeningen zijn die het sterkst aan de totale ziektelast (de totale hoeveelheid schade en/of ongemak als gevolg van ziekte) onder niet-westerse ouderen bijdragen [14]. De auteurs schatten verder dat de ziektelast in 2030 het hoogst zal zijn onder Surinamers en Antillianen. Verhagen et al. (2015) onderzochten daarnaast de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van niet-westerse ouderen in Nederland [15]. Hieruit blijkt dat er verschillen zijn in de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven tussen Turkse, Marokkaanse en Molukse ouderen. Deze verschillen hangen niet samen met herkomstland, maar met multimorbiditeit en eenzaamheid.

Over het algemeen hangt een slechtere gezondheid van niet-westerse oudere migranten samen met de volgende risicofactoren: een lage sociaaleconomische positie (bijvoorbeeld onvolledige AOW), lage sociaal-culturele integratie (bijvoorbeeld beperkte taal- en gezondheidsvaardigheden), ongunstige leefstijl (bijvoorbeeld weinig lichamelijke beweging, roken en een ongezond voedingspatroon), en ervaring met discriminatie [12, 16]. Maar ook na controle voor de effecten van opleiding, werkstatus en leefstijl blijven de verschillen in de transitiepatronen van gezond naar ongezond tussen niet-westerse migranten en niet-migrant bestaan. Andere mogelijke verklaringen hiervoor zijn genetische en fysiologische factoren en omstandigheden in de eerste levensfase zoals ondervoeding [11].

Wat betreft verschillen tussen de diverse groepen, laten Snijder et al. (2017) op basis van HELIUS (Healthy Life in an Urban Setting)-gegevens zien dat er grote variatie bestaat in de prevalentie van diabetes, depressie en hypertensie tussen Surinamers, Ghanezen, Marokkanen, Turken en in vergelijking met Nederlanders [12]. Diabetes lijkt het meest voor te komen onder Hindoestaanse Surinamers (ongeveer 20 % vergeleken met 5 % onder de Nederlandse bevolking); de prevalentie van depressie is het hoogst onder Turken en Marokkanen (respectievelijk 23 en 21 % vergeleken met ongeveer 7 % onder de Nederlanders); en het voorkomen van hypertensie is 1,3 (Marokkanen) tot 3,6 (Ghanezen) keer hoger in vergelijking met de Nederlandse groep. Bovendien, in navolging van Reus-Pons et al. (2018) [11], laten de auteurs zien dat deze variaties slechts gedeeltelijk kunnen worden verklaard door traditionele risicofactoren zoals obesitas en sociaaleconomische status.

De resultaten van een andere recente grootschalige studie over de gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden laat gelijksoortige bevindingen met betrekking tot niet-westerse migranten zien [10]. Echter, uit deze studie blijkt ook dat ouderen met een westerse achtergrond (niet-Nederlands) een vergelijkbare fysieke gezondheidsstatus hebben als ouderen die in Nederland zijn geboren. Bovendien toont een onderzoek uit 2004 aan dat niet alle niet-westerse ouderen een ongunstige gezondheidssituatie hebben. Over het algemeen rapporteren Molukkers minder chronische aandoeningen en fysieke beperkingen dan Nederlandse ouderen. Daarnaast lijken alle groepen niet-westerse oudere migranten minder frequent te lijden aan verschillende vormen van kanker [6].

Wat betreft mentale gezondheid laten Reus-Pons et al. (2018) zien dat westerse en niet-westerse migranten een groter risico hebben om depressief te worden dan niet-migrant [11]. Verder is het overtuigend aangetoond dat niet-westerse oudere migranten kwetsbaarder zijn voor dementie [17].

De meeste studies in dit domein richten zich op de slechtere gezondheidsstatus en gerelateerde risicofactoren, maar het is belangrijk om te noemen dat het proces van ouder worden positief beïnvloed kan worden door de sociaal-culturele bronnen die migranten bezitten [18]. Tot slot zijn er twee studies die de veerkracht (het vermogen om aan te passen aan stress en tegenslag en daar misschien zelfs sterker uit te komen) van Turkse en Marokkaanse ouderen bestuderen op basis van LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam)-gegevens. Een van de studies gaat over factoren die de effecten van functionele beperkingen remmen en laat zien dat *mastery* (het vermogen om met levensproblemen om te gaan) en inkomen een bufferwerking hebben onder ouderen die in Nederland zijn geboren. *Mastery* is ook beschermend onder Turkse ouderen terwijl onder de Marokkaanse ouderen noch

inkomen noch *mastery* beschermend lijken te zijn [19]. De tweede studie op basis van LASA gaat over welbevinden en wordt later gepresenteerd.

Zorggebruik en -kwaliteit

Hoewel in recente jaren een transitie te zien is van familiesteun naar gedeelde familiale en professionele zorg [20], worden zorg en ondersteuning aan niet-westerse oudere migranten in het algemeen vaker verleend binnen de familie (informeel) dan binnen de publieke en private (formele) sector. Voor psychische of psychiatrische problemen verschuift onder niet-westerse ouderen de balans verder richting het gezin, hoewel soms een beroep op alternatieve genezers wordt gedaan – hetzij in Nederland hetzij in het land van herkomst [21]. Er is verder enig bewijs dat niet-westerse oudere migranten gebruik maken van zorgvoorzieningen in het land van herkomst. Sekercan et al. (2015) laten zien dat dit gebruik tussen de 4% onder de Surinaamse en 20% onder de Turkse Nederlanders ligt [22].

Met betrekking tot gebruik van de Nederlandse zorg is gevonden dat ouderen met een niet-westerse achtergrond vaker de huisarts bezoeken, maar minder vaak thuiszorg gebruiken en in een verpleeghuis wonen in vergelijking met Nederlandse ouderen. De Surinaamse groep vormt hier een uitzondering op: ze maken meer gebruik van formele thuiszorg dan Nederlandse en andere niet-westerse leeftijdsgenoten [12, 15, 23]. Bovendien laten Denktaş et al. (2010) zien dat oudere niet-westerse migranten met diabetes en musculoskeletale aandoeningen significant minder medicijnen gebruiken dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten [24]. Aangevoeld is echter ook dat Turkse en Marokkaanse ouderen gemiddeld meer medicijnen op recept en meer pijn- en koortswerende middelen gebruiken [6].

Als verklaringen voor het geringe gebruik van de Nederlandse formele zorg voor zowel fysieke als psychologische problemen worden de volgende factoren gegeven: (1) gebrek aan kennis over de formele zorg; (2) negatief beeld van de formele zorg; (3) kosten en eigen bijdrage; (4) taal- en communicatieproblemen, vooral onder Turken en Marokkanen; (5) problematische aansluiting tussen het bestaande voorzieningenaanbod en de behoeften van oudere migranten; (6) schaamte en trotsgevoelens; (7) beschikbaarheid van informele zorg en hoge verwachtingen van kinderen [16, 25, 26].

Er is een aantal projecten dat ouderen met een niet-westerse achtergrond probeert te ondersteunen om de weg te vinden naar gezondheidsvoorzieningen. Twee projecten worden vaak in de literatuur beschreven en geëvalueerd: 'Het migrantenproject van GGZ Noord-Holland' [25] en 'De stem van de oudere migrant' [15]. Beide projecten zijn gericht op het betrekken van niet-westerse oudere migranten in de formele zorg door sleutelfiguren in te schakelen. Sleutelfiguren zijn vertrouwenspersonen die uit de migrantengemeenschap

komen en die, samen met migrantenorganisaties, moskeeën en kerken, een belangrijke verbindende rol kunnen spelen in de ontwikkeling van een cultuursensitief aanbod, door contacten op te bouwen en informatie te verspreiden. In haar promotieonderzoek onderzocht Verhagen systematisch de effectiviteit van het project 'De stem van de oudere migrant'. De resultaten suggereren dat er geen impact is op het gebruik van gezondheidsvoorzieningen, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en *self efficacy* (het vertrouwen van een persoon in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving). Het project vermindert wel eenzaamheid onder de deelnemers [15].

Andere studies richten zich met name op kwaliteit van zorg en de ervaringen van ouderen die de weg naar gezondheidsvoorzieningen al hebben gevonden. Met betrekking tot kwaliteit van zorg laten van Rosse et al. (2014) bijvoorbeeld zien dat er geen significant verschil is tussen Nederlandse en niet-westerse patiënten in de incidentie van – al dan niet te voorkomen – iatrogene schade [27]. Met betrekking tot ervaren kwaliteit blijkt uit onderzoek dat familieleden van terminale Turkse en Marokkaanse patiënten tevreden zijn over thuiszorg, hoewel ze vaak andere ideeën over 'goede zorg' hebben dan hun Nederlandse zorgverleners [28]. Aan de andere kant komt uit het onderzoek van Kosec (2015) naar voren dat niet-westerse ouderen lager scoren op de ervaren kwaliteit van zorg; ze zijn niet altijd tevreden over de bejegening, communicatie en procesmatige aspecten [29]. Verder hebben ouderen met een niet-westerse achtergrond specifieke wensen die zich manifesteren op het terrein van persoonlijke verzorging, eten, hygiëne, gebedsrituelen en familiebetrokkenheid: bijvoorbeeld migrantenvrouwen worden het liefst door vrouwelijke zorgverleners geholpen, ze eten het liefst wat ze vanuit de eigen culturele achtergrond gewend zijn zoals vegetarisch of halal, ze douchen minimaal een keer per dag en wensen voldoende ruimte om familieleden te ontvangen [1, 30].

Mantelzorg

Dat niet-westerse oudere migranten minder geneigd zijn dan niet-migrantengedrag om professionele zorg te gebruiken wordt vaak mede verklaard door de hogere verwachtingen die migrantenouders van hun kinderen zouden hebben; een fenomeen dat gedeeltelijk bepaald is door de culturele en religieuze achtergrond van de migranten [20, 31]. Zorg verlenen binnen de familie wordt gezien als een plicht, vooral voor vrouwen. Kwalitatief onderzoek laat zien dat binnen de Marokkaanse en de Turkse gemeenschap het verlenen van zorg aan ouders tot respect en waardering leidt en als bevredigend wordt ervaren, zelfs als deze belastend is [20, 32]. Daarnaast laten de Valk en Schans (2008) zien dat er significante verschillen zijn in de verwach-

tingen van oudere migranten van Surinaamse, Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst met betrekking tot zorg, bezoek en (intergenerationeel) samenwonen [33]. Deze verschillen worden verklaard door opleidingsniveau en geslacht: hoogopgeleiden en vrouwen verwachten minder van hun kinderen. Verschillen tussen niet-migrant en Marokkaanse en Turkse ouderen aan de ene kant en Antilliaanse en Turkse ouderen aan de andere kant zijn bovendien te verklaren door taalvaardigheden. Echter, dit geldt niet voor Surinaamse en Antilliaanse ouderen die een tussenpositie innemen wat betreft deze (in)formele zorgopvattingen.

Ondanks de hoge verwachtingen van hun kinderen, is de werkelijkheid iets ingewikkelder. Kinderen willen best hun ouders ondersteunen, maar ze hebben ook hun opleiding, baan en eigen gezin. Ouders lijken deze 'nieuwe' situatie te begrijpen en willen hun kinderen niet belasten. Niet-westerse oudere migranten blijven bovendien veelal graag zo lang mogelijk zelfstandig [1]. In feite laat onderzoek naar etnische verschillen in zorgattitude zien dat hoewel niet-westerse migranten doorgaans een voorkeur voor mantelzorg hebben, zij ook verantwoordelijkheid leggen bij de overheid en formele zorgorganisaties om zorg te bieden. Of er ook daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van professionele zorg hangt af van factoren zoals de druk van de sociale omgeving, kennis en financiële mogelijkheden en toegang tot aansluitende professionele zorg [31].

Wat betreft het verlenen van mantelzorg binnen de familie is te zien dat vergeleken met de Nederlandse bevolking niet-westerse (oudere) migranten minder vaak mantelzorg (inclusief persoonlijke zorg, huishoudelijk werk, administratieve hulp en emotionele steun) geven. Het verschil is ongeveer tien procent. De reden hiervoor is dat de (groot)ouders van migranten, vooral die van de eerste generatie, vaak niet meer leven of in het buitenland wonen. Bovendien zijn niet-westerse migranten gemiddeld jonger dan niet-migrant en hebben ze minder vaak iemand in hun sociale netwerk die regelmatig hulp nodig heeft [34–36]. De tweede generatie blijkt vaker mantelzorg te verlenen dan de eerste generatie en wanneer ze dat doen gaat het vaak om intensieve zorg en is het een zware belasting. Verschillen tussen de verschillende groepen zijn klein maar de Turkse Nederlanders blijken het meest en het vaakst overbelast te zijn [34, 37]. Die overbelasting is te verklaren door het feit dat het merendeel van de mantelzorgtaken door een centrale mantelzorger wordt uitgevoerd, en mantelzorg dus niet gedeeld wordt binnen de familie [37].

Resultaten welbevinden

Welbevinden wordt in het algemeen verdeeld in fysiek en sociaal welbevinden. In deze paragraaf presenteren we alleen uitkomsten over het sociaal welbevinden van oudere migranten (in dit artikel vaak eenvoudigweg

welbevinden genoemd). We beginnen met resultaten die betrekking hebben op het concept van welbevinden als zodanig. Daarna gaan we in op sociale aspecten (zoals de beleving van ouder worden, eenzaamheid en wonen) die in de literatuur over oudere migranten in Nederland als aspecten van welbevinden zijn genoemd.

Welbevinden

Er zijn twee studies waarin het welbevinden van niet-westerse oudere migranten in bredere zin centraal staat. De eerste studie is gebaseerd op de Sociale Productie Functie theorie en suggereert dat het welbevinden van Turkse ouderen in Rotterdam op het gebied van affectie, gedragsbevestiging en status hoger is dan dat van Nederlandse ouderen. De auteurs suggereren dat dit verschil gedreven wordt door de Turkse cultuur. In Turkije staan ouderen bovenaan de sociale hiërarchie en loyaliteit en respect aan ouderen tonen is een belangrijke sociale norm [38].

De tweede studie betreft de impact van religie op het sociaal welbevinden (welbevinden is hier gedefinieerd op basis van 4 items: zich gelukkig voelen, genieten van het leven, hoopvol zijn over de toekomst en zich net zo goed voelen als andere mensen). De resultaten van dit onderzoek laten zien dat private, maar niet publieke, religieuze activiteiten een positief effect hebben op het welbevinden van Turkse en Marokkaanse ouderen. Dit geldt overigens niet voor ouderen met meerdere risicofactoren (bijvoorbeeld alleenwonend, laag sociaal-economische status en ongunstige fysieke gezondheid) [39].

Beleving van ouder worden

Ondanks het gebrek aan consensus over wanneer iemand oud is, laat onderzoek zien dat niet-westerse migranten zich op jongere leeftijd oud voelen in vergelijking met ouderen die in Nederland zijn geboren. Bovendien blijken ouderen met een Turkse en Marokkaanse afkomst ouder worden negatiever te ervaren dan Hindoestaans-Surinaamse en Nederlandse ouderen, die niet significant van elkaar verschillen [40–42]. Om het negatieve beleven van ouder worden te beschrijven wordt in de Turkse cultuur het werkwoord 'yipratmak' gebruikt. *Yipratmak* betekent verslijten, uitputten en kapotmaken en onder mannen hangt *yipratmak* samen met een gebrek aan taalvaardigheden, wantrouwen jegens de overheid, ontevredenheid met hun kinderen en geringe mogelijkheden naar Turkije terug te keren en te pendelen [42]. In hun studie naar ouder worden onder Turkse en Nederlandse ouderen laten Cramm en Nieboer (2017) zien dat zowel etnische achtergrond als sociaaleconomische status een rol spelen bij het verklaren van verschillen in de beleving van ouder worden: onder de Turkse ouderen zijn gezondheid en opleiding het meest belangrijk, onder Ne-

derlandse ouderen gezondheid en leeftijd [41]. Deze factoren verklaren echter weinig van de gevonden verschillen in de beleving van ouder worden.

Hoewel ouderen met een Turkse achtergrond meer aspecten van ouder worden als negatief ervaren, ervaren ze ouder worden in vergelijking tot niet-migranten ook vaker als een positief proces. Positieve aspecten omvatten wijzer worden en respect. Gesuggereerd wordt dat dit komt door de status van ouderen in de Turkse cultuur [40, 41].

Eenzaamheid

Westerse en niet-westerse migranten kampen vaker met sociale eenzaamheid en voelen zich twee (westerse ouderen) tot zes (Marokkaanse ouderen) keer zo vaak gediscrimineerd als niet-migranten [10, 43]. Bovendien laat onderzoek zien dat niet-westerse migranten zich vaker emotioneel eenzaam en sociaal uitgesloten voelen. Tussen de niet-westerse migrantengroepen zijn er echter ook grote verschillen: de Turkse ouderen zijn het meest en het meest ernstig sociaal en emotioneel eenzaam en de Surinaamse ouderen het minst. Marokkaanse ouderen nemen een tussenpositie in [10, 44].

Een klein aantal kwalitatieve studies is uitgevoerd om te proberen deze verschillen te verklaren. Uit deze studies blijkt dat niet-westerse oudere migranten vaker eenzaam zijn door hun ongunstige gezondheid, sociaaleconomische status en sociale participatie. Deze factoren bieden bovendien een verklaring waarom Surinaamse ouderen minder vaak (ernstig) eenzaam zijn dan hun Turkse en Marokkaanse leeftijdsgenoten aangezien zij beter scoren op deze factoren [44]. Een recent kwantitatief onderzoek onder Turkse en Marokkaanse ouderen laat zien dat gevoelens van verbondenheid met de Nederlandse samenleving en/of de eigen etnische groep ook enige bescherming biedt tegen eenzaamheid, maar deze factoren verklaren niet waarom Turken gemiddeld eenzamer zijn dan Marokkanen. Transnationaal gedrag vergroot de kans op eenzaamheid [45].

Sociale participatie

Zoals al aangegeven in de paragraaf Mantelzorg, verlenen niet-westerse oudere migranten minder vaak mantelzorg dan Nederlandse ouderen. Dit geldt niet alleen voor zorg binnen de familie maar ook voor binnen de bredere sociale kring en de maatschappij [35]. Zo laat onderzoek bijvoorbeeld zien dat niet-westerse ouderen minder vaak vrijwilligerswerk doen, minder vaak geïnteresseerd zijn in politiek en minder sociaal en institutioneel vertrouwen hebben dan ouderen die in Nederland zijn geboren. Van de migrantengroepen verrichten de Turkse Nederlanders het minst vaak vrijwilligerswerk, maar de verschillen tussen de migrantengroepen zijn klein. Molukkers vormen wel een uitzondering wat betreft lidmaatschap van poli-

tieke organisaties, zang-, muziek- of toneelverenigingen en vrouwenbonden: ze zijn gemiddeld vaker lid van dergelijke organisaties dan Nederlandse ouderen. Bovendien zijn niet-westerse oudere migranten vaker lid van een godsdienstige organisatie dan Nederlandse ouderen [6]. Hoogopgeleid zijn, gezond en behorend tot de tweede generatie hangen samen met vaker vrijwilligerswerk doen. Een groot deel van het verschil in participatie aan vrijwilligerswerk tussen migranten en niet-migranten is bovendien te verklaren door buurtkenmerken: in meer stedelijke gebieden en in buurten met meer niet-westerse migranten wordt minder vrijwilligerswerk verricht [36]. Pot et al. (2018) laten daarnaast zien dat onvoldoende Nederlandse taalvaardigheden onder Turkse vrouwen onzekerheid kunnen versterken, die op hun beurt sociale participatie, gevoelens van verbondenheid en welbevinden negatief beïnvloeden [46].

Wonen en pendelen

Niet-westerse ouderen wonen voornamelijk in de vier grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Het merendeel van deze migranten is tevreden met hun leefomgeving en eigen woning, hoewel deze cijfers lager zijn dan die onder Nederlandse ouderen. De tevredenheid over de eigen woning varieert tussen de 72 % (Nederlandse ouderen) en 49 % (Marokkaanse ouderen). Turkse en Surinaamse ouderen nemen met 57 % en 62 % een tussenpositie in [10]. Onderzoek laat verder zien dat niet-westerse oudere migranten hun woningen vaak als te klein ervaren in verhouding tot de omvang van hun huishouden (huishoudens van Surinaamse en Antilliaanse ouderen zijn het kleinst, Marokkanen hebben de grootste huishoudens, gemiddeld 4 personen) [47].

Turkse en Marokkaanse ouderen wonen niet alleen het vaakst samen met hun kinderen, maar ook als hun kinderen uitwonend zijn willen deze ouderen het liefst in de buurt van hun kinderen wonen [48]. Naast de wensen ten aanzien van de locatie, hebben niet-westerse ouderen specifieke wensen ten aanzien van de indeling van de woning, zoals een gescheiden douche en toilet waarbij het toilet niet tegenover de woonkamer mag zitten en een aparte afsluitbare keuken [47]. Wat betreft woonvormen laat Babel (2018) zien dat er binnen de Surinaamse gemeenschap verschillende woonwensen zijn [49]. Afro-Surinaamse ouderen hebben een voorkeur voor zelfstandig wonen met of zonder zorg, Javaanse Surinamers wonen liever in een groep, terwijl Hindoestaanse Surinamers beide woonvormen prettig vinden.

Ouderen met een niet-westerse achtergrond leefden lang met het idee dat ze tijdelijk in Nederland zouden verblijven en vooral onder Turkse en Marokkaanse mannen leeft nog steeds vaak de wens om terug te keren. Ondanks deze wens, blijven de meeste niet-wes-

terse ouderen in Nederland omdat (1) (klein)kinderen in Nederland wonen, (2) het herkomstland sterk is veranderd sinds de mannen naar Nederland zijn vertrokken, (3) sociale en medische voorzieningen in Nederland van goede kwaliteit zijn [50]. Een oplossing voor dit ‘terugkeerdilemma’ is pendelen; veel Turkse en Marokkaanse ouderen wonen een aantal maanden (migranten met een aanvullende bijstand mogen maximaal 13 weken in het buitenland verblijven) in het land van herkomst en de rest van het jaar verblijven ze in Nederland. Zo ervaren ze het beste van beide landen.

Conclusies en kennislacunes

Het doel van dit artikel was om een overzicht te bieden van onderzoeksbevindingen met betrekking tot de gezondheid en het welbevinden van ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond. We hebben in totaal 104 publicaties meegenomen in dit overzicht, waarvan 69 gepubliceerde artikelen in (inter)nationale tijdschriften en 35 rapporten.

De resultaten van dit narratief literatuuroverzicht laten zien dat binnen het domein gezondheid thema's over gezondheidsstatus, zorggebruik en -kwaliteit het vaakst worden behandeld. De resultaten laten bovendien zien dat de niet-westerse oudere migranten – Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen – een slechtere fysieke en mentale gezondheidsstatus hebben dan Nederlandse ouderen en westerse oudere migranten. Er zijn echter ook grote verschillen tussen de niet-westerse migrantengroepen. Zo zijn bijvoorbeeld Turkse en Marokkaanse ouderen het meest depressief, terwijl de (Hindoestaanse) Surinamers het vaakst aan diabetes lijden. De verwachting is dat de Surinaamse en Antilliaanse ouderen in de toekomst de grootste behoefte zullen hebben aan intensieve, persoonlijke verzorging. Gezien deze resultaten, de specifieke wensen van niet-westerse migranten rondom gezondheidsvoorzieningen en de verschuiving van formele naar informele zorg in Nederland, is het nog maar de vraag hoe inclusieve en respectvolle zorg geregeld kan worden. Op dit moment is er één zekerheid: er is geen ‘one fits all’ oplossing.

Een uitzondering van dit patroon van ongunstige gezondheid zijn de Molukse ouderen die minder chronische aandoeningen en fysieke beperkingen rapporteren dan de Nederlandse ouderen. De Molukse ouderen worden echter alleen in een handvol studies meegenomen. Toekomstig onderzoek naar hun manier van leven kan niet alleen informatief zijn voor andere migrantengroepen, maar ook voor ouderen die in Nederland zijn geboren. Een andere migrantengroep die niet vaak in onderzoek voorkomt, maar een interessante vergelijkingsgroep kan zijn, zijn de westerse (niet-Nederlandse) ouderen. Ouderen met een westerse origine hebben een vergelijkbare fysieke gezondheidsstatus als Nederlandse ouderen en een kleinere culturele afstand

tot de Nederlandse samenleving, maar eerder onderzoek laat zien dat ze zich toch vaker eenzaam en gediscrimineerd voelen en een hogere risico hebben om depressief te worden dan hun leeftijdsgenoten zonder migratieachtergrond. Toekomstig onderzoek kan dus baat hebben bij het includeren van westerse migranten in het analyseren van het effect van ‘migratie’ op (mentale) gezondheid en eenzaamheid.

Over welbevinden zijn ervaringen van ouder worden, wonen en pendelen, sociale participatie en eenzaamheid de meest behandelde thema's. Een in het oog springende bevinding is dat Turkse ouderen een gemiddeld hoger welbevinden lijken te ervaren dan Nederlandse ouderen, ondanks hun lagere gezondheid en sociaaleconomische status. Vergelijkbare resultaten worden gevonden voor enkele aspecten van de beleving van ouder worden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouderen in Turkije een hoge status en respect genieten. Deze verklaring is tot nu niet getoetst. Aangezien Turkse ouderen in Nederland ook negatieve aspecten van ouder worden ervaren, is het voor toekomstig onderzoek interessant om dieper in te gaan op factoren die een rol spelen in het welbevinden en de beleving van ouder worden onder Turkse ouderen in Nederland. Tot nu toe is het ook niet duidelijk hoe de goede oude dag voor oudere migranten eruit ziet en hoe deze perspectieven verschillen tussen, en misschien ook binnen migrantengroepen.

Over het algemeen is onderzoek naar het welbevinden van oudere migranten schaars en veel vragen blijven nog onbeantwoord. Er is bijvoorbeeld weinig bekend over de sociale relaties van westerse en niet-westerse oudere migranten en hoe de kwaliteit en kwantiteit ervan met sociale participatie en eenzaamheid samenhangen. Bovendien worden transnationaal wonen en pendelen doorgaans gezien als factoren die het welbevinden van Turkse en Marokkaanse ouderen vergroot, maar voor welke ouderen en in welke omstandigheden dit geldt en wat de gevolgen zijn voor de dynamiek van het familieleven blijft onduidelijk. En wat zijn de factoren die transnationaal wonen faciliteren en belemmeren?

Tot slot zouden we graag de aandacht van de lezers vestigen op het feit dat het huidige onderzoek vaak descriptief is en/of gericht op sociaaleconomische status en herkomstland als verklaring voor verschillen tussen migranten en niet-migrant en tussen migrantengroepen. Eerder onderzoek laat zien dat sociaaleconomische status en herkomstland alleen gedeeltelijk de gevonden verschillen verklaren, zeker wat betreft gezondheidsstatus, zorggebruik, eenzaamheid en de beleving van ouder worden. Aanvullend onderzoek naar andere verklaringen zoals familie- en genderrollen, culturele distantie en levenslooptransities vanuit de gevonden diversiteit tussen en binnen groepen migranten is noodzakelijk. Het is daarom tijd om buiten de gebaande paden te gaan denken en onderzoeken.

Literatuur

- Kloosterboer D. Ze komen er aan: Wensen, behoeften én ambities van oudere migranten in Nederland. Utrecht: Landelijk Overleg Minderheden; 2004.
- Ooijevaar J, Verkooijen L. Expat, wanneer ben je het? Een afbakening van in het buitenland geboren werknemers op basis van loon. Den Haag: CBS; 2015.
- Beets G, Imhoff E van, Huisman C. Demografie van de Indische Nederlanders, 1930–2001. Den Haag: Bevolkingstrends; 2003.
- CBS. Statline: Bevolking per generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering. 2018 (Gecreëerd: 1 jan 2018). Geraadpleegd op: 3 jun 2018. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37325&D1=0-2&D2=0&D3=0,112-119&D4=0&D5=0-4,13,17,22,24-25,30,36,42,46,51,58-61,65,70-71,73,75,77-79,84,86,88,94,98-103,107,110,112,115,117,119,121,124-125,128,132-134,136-137,142-144,152-153,155>.
- Warnes AM, Williams A. Older migrants in europe: a new focus for migration studies. *J Ethn Migr Stud.* 2006;32(8):1257–81.
- Schellingerhout R. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2004.
- Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med.* 2006;5(3):101–17.
- Fennelly K. The “healthy migrant” effect. *Minn Med.* 2007;90(3):51–3.
- Denktaş S. Health and health care use of elderly immigrants in the Netherlands. Erasmus Universiteit: PhD thesis. 2011.
- El Fakiri F, Bouwman-Notenboom J. Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden. GGD: Amsterdam; 2016.
- Reus-Pons M, Mulder CH, Kibele EUB, Janssen F. Differences in the health transition patterns of migrants and non-migrants aged 50 and older in southern and western Europe (2004–2015). *BMC Med.* 2018;16(1):1–15.
- Snijder MB, Galenkamp H, Prins M, Derks EM, Peters RJG, Zwinderman AH, Stronks K. Cohort profile: the Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS) study in Amsterdam, The Netherlands. *BMJ Open.* 2017;7(12):e17873.
- Reus-Pons M, Kibele EUB, Janssen F. Differences in healthy life expectancy between older migrants and non-migrants in three European countries over time. *Int J Public Health.* 2017;62(5):531–40.
- Ikram UZ, Kunst AE, Lamkaddem M, Stronks K. The disease burden across different ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands, 2011–2030. *Eur J Public Health.* 2014;24(4):600–5.
- Verhagen I. Community health workers: bridging the gap between health needs of immigrant elderly and health- and welfare services in the Netherlands. Universiteit Utrecht: PhD thesis. 2015.
- Suurmond J, Rosenmöller DL, Mesbahi H el, Lamkaddem M, Essink-Bot ML. Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly – a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2016;54:23–35.
- Parlevliet J, Uysal-Bozkir Ö, Campen J van, Kok R, Riet G ter, Schmand B, Rooij S de. Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten. *Huisarts Wet.* 2008;1:20–25.
- Kristiansen M, Razum O, Tezcan-Güntekin H, Krasnik A. Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Rev.* 2016;37(1):20.
- Klokgieters SS, Tilburg TG van, Deeg DJH, Huisman M. Resilience in the disabling effect of gait speed among older Turkish and Moroccan immigrants and native Dutch. *J Aging Health.* 2018;30(5):711–37.
- Yerden I. Tradities in de Knel: Zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland. Universiteit van Amsterdam: PhD thesis. 2013.
- Hoffer C. Allochtone ouderen: De onverwachte oude dag in Nederland. Rotterdam: GGZ Groep Europort; 2005.
- Sekercan A, Lamkaddem M, Snijder MB, Peters RJG, Essink-Bot ML. Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. *Eur J Public Health.* 2015;25(3):384–90.
- Uiters E, Devillé WLJM, Foets M, Groenewegen PP. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: Do patterns differ? *Eur J Public Health.* 2006;16(4):388–93.
- Denktaş S, Koopmans G, Birnie E, Foets M, Bonsel G. Underutilization of prescribed drugs use among first generation elderly immigrants in the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):176.
- Hoffer C, Boekhout B, Braak J, Zijlstra Y. Het migrantenproject van GGZ Noord-Holland-Noord. *Dialog.* 2010;12(3):8–14.
- Graaf FM de, Francke AL. Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland, een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik. *Verpleegkunde.* 2002;17(3):131–9.
- Rosse F van, Essink-Bot ML, Stronks K, Bruijne M de, Wagner C. Ethnic minority patients not at increased risk of adverse events during hospitalisation in urban hospitals in the Netherlands: results of a prospective observational study. *BMJ Open.* 2014;4(12):e5527.
- Graaf FM de, Francke AL. Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers’ experiences and factors influencing ease of access and use of services. *Int J Nurs Stud.* 2003;40(8):797–805.
- Kosec H. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers: aanknopingspunten voor het vergroten van de respons bij CQI metingen. Utrecht: Pharos; 2015.
- Meulenkamp TM, Beek AP van, Gerritsen DL, Graaf FM de, Francke AL. Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg. Utrecht: NIVEL; 2010.

31. Berg M van den. Mantelzorg en etniciteit. Universiteit Twente: PhD thesis. 2014.
32. Wezel N van, Francke AL, Kayan-Acun E, Devillé WLJM, Grondelle NJ van, Blom MM. Family care for immigrants with dementia: the perspectives of female family carers living in the Netherlands. *Dementia*. 2016;15(1):69–84.
33. Valk HAG de, Schans D. “They ought to do this for their parents”: perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. *Ageing Soc*. 2008;28(1):49–66.
34. Boer A de. Wie maakt het verschil: Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp. Sociaal en Cultureel Planbureau: den Haag; 2017.
35. Klerk M, Boer A de, Plaisier I de, Schyns P. Voor elkaar? Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2016.
36. Huijnk W, Andriessen I. Integratie in zicht? Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2016.
37. Kroese G, Meijenfeldt F von, Moerbeek S. Zorgt u ook voor iemand? De positie van allochtone mantelzorgers en hun gebruik van ondersteuningsmogelijkheden in zes Nederlandse steden. Utrecht: FORUM/Instituut voor Multiculturele Vraagstukken; 2011.
38. Nieboer AP, Cramm JM. How do older people achieve well-being? Validation of the Social Production Function Instrument for the Level of well-being-short (SPF-ILs). *Soc Sci Med*. 2018;211:304–13.
39. Klokgieters SS, Tilburg TG van, Deeg DJH, Huisman M. Do religious activities among young-old immigrants act as a buffer against the effect of a lack of resources on well-being? *Ageing Ment Health*. 2018; <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1430739>.
40. Bode C, Drossaert C, Dijkstra E. Een verkennende studie naar de eigen beleving van het ouder worden onder Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen in Den Haag. *Epidemiol Bull*. 2007;42(2):26–32.
41. Cramm JM, Nieboer AP. Positive ageing perceptions among migrant Turkish and native Dutch older people: a matter of culture or resources? *BMC Geriatr*. 2017;17(1):159.
42. Meyboom J, Eekelen W van. Yipratmak: uitputten, verslijten, kapot maken. *Med Antropol*. 1999;11(2): 377–93.
43. Uysal-Bozkir Ö. Health status of older migrants in the Netherlands: cross-cultural validation of health scales. Universiteit van Amsterdam: PhD thesis. 2016.
44. Fokkema T, Welschen S, Tilburg TG van, Thomese F, Sajetcentrum B. Eenzaamheid onder oudere migranten: Literatuuronderzoek en interviews. Ben Sajetcentrum: Amsterdam; 2016.
45. Klok J, Tilburg TG van, Suanet B, Fokkema T, Huisman M. National and transnational belonging among Turkish and Moroccan older migrants in the Netherlands: protective against loneliness? *Eur J Ageing*. 2017;14(4):341–51.
46. Pot A, Keijzer M, Bot K de. The language barrier in migrant aging. *Int J Biling Educ Biling*. 2018; <https://doi.org/10.1080/13670050.2018.1435627>.
47. FORUM. Allochtone ouderen en wonen. Utrecht: FORUM//Instituut voor Multiculturele Vraagstukken; 2016.
48. Kullberg J, Vervoort M, Dagevos J. Goede burens kun je niet kopen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2009.
49. Babel N. Woonwensen van ouderen van Surinaamse afkomst. *Geron*. 2018;2:61–3.
50. Yerden I. Transnationaal wonen van etnische ouderen. *Geron*. 2018;2:20–3.

Oorspronkelijk artikel

Gezonde levensverwachting op oudere leeftijd: een vergelijking van migranten en niet-migranten in drie Europese landen over tijd

Fanny Janssen · Eva Kibele · Matias Reus Pons · Hadewijch Vandenheede · Helga A. G. de Valk

Samenvatting

In dit artikel bestuderen we ten eerste in hoeverre de gezonde levensverwachting op 50-jarige leeftijd (GLV₅₀) verschilt tussen migranten en niet-migranten in België, Nederland en Engeland & Wales. Ten tweede bestuderen we voor de twee laatstgenoemde landen ook de verandering hierin tussen 2001 en 2011. Gegevens over bevolking, sterfte en zelf-gerapporteerde gezondheid komen uit de bevolkingsregisters, de census en gezondheidsenquêtes. De GLV₅₀ is berekend voor niet-migranten, westerse en niet-westerse migranten naar geslacht. Decompositietechnieken zijn gebruikt om te bepalen of verschillen in GLV₅₀ tussen de herkomstgroepen en veranderingen in GLV₅₀ over tijd kunnen worden toegeschreven aan verschillen in sterfte of gezondheid. De resultaten laten zien dat, voor mannen en vrouwen in de drie landen, oudere – met name niet-westerse – migranten naar verwachting minder jaren in goede gezondheid leven dan oudere niet-migranten. Dit verschil kan voornamelijk worden toegeschreven aan gezondheidsverschillen. Waar in Nederland de verschillen in GLV₅₀ tussen migranten en niet-migranten gedaald zijn over de tijd, zijn de verschillen in Engeland & Wales toegenomen. Verbeteringen in GLV₅₀ kunnen voornamelijk toegeschreven worden aan afname in sterfte. Interventies gericht op het verkleinen van ongelijkheden in gezondheid en sterfte tussen ouderen met en zonder migratieachtergrond zouden zich moeten focussen op preventie, vooral onder niet-westerse migranten.

Trefwoorden gezondheid · sterfte · migratie · ouderen · Europa

Dit artikel is een Nederlandse bewerking van Reus-Pons M, Kibele EUB, Janssen F (2017). Differences in healthy life expectancy between older migrants and non-migrants in three European countries over time. International Journal of Public Health 62:531–540.

F. Janssen · M. Reus Pons
Population Research Centre, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0267-3>
Published online: 19 November 2018

F. Janssen · H. A. G. de Valk (✉)
Interdisciplinair Demografisch Instituut/KNAW/
Rijksuniversiteit Groningen, Den Haag, Nederland
e-mail: valk@nidi.nl

E. Kibele
Statistisches Landesamt Bremen, Bremen, Duitsland

H. Vandenheede
Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

Healthy life expectancy of older migrants and non-migrants in three European countries over time

Abstract

We analysed differences in healthy life expectancy at age 50 (HLE₅₀) between migrants and non-migrants in Belgium, the Netherlands, and England and Wales, and their trends over time between 2001 and 2011 in the latter two countries. Population, mortality and health data were derived from registers, census or surveys. HLE₅₀ was calculated for non-migrants, western and non-western migrants by sex. We applied decomposition techniques to determine whether differences in HLE₅₀ between origin groups and changes in HLE₅₀ over time were attributable to either differences in mortality or health. The results show that in all three countries and among both sexes, older migrants, in particular those from non-western origin, could expect to live fewer years in good health than older non-migrants, mainly because of differences in self-rated health. Differences in HLE₅₀ between migrants and non-migrants diminished over time in the Netherlands, but they increased in England and Wales. Improvements in HLE₅₀ over time were mainly attributable to mortality decline. Interventions aimed at reducing the health and mortality inequalities between older migrants and non-migrants should focus on prevention, and target especially non-western migrants.

Keywords Health · Mortality · Migrants · Elderly · Europe

Introductie

Ondanks het feit dat migratie, vergrijzing en gezondheid ieder afzonderlijk hoog op de politieke agenda staan in zowel Nederland als Europa, is er nog weinig aandacht voor de intersectie tussen deze drie domeinen. Dit geldt zowel voor het publieke debat als voor de wetenschappelijke literatuur waarin aandacht voor de gezondheid van oudere migranten pas vrij recentelijk een vlucht heeft genomen [1, 2]. Gezien het groeiend aandeel oudere migranten in Nederland en Europa is meer kennis over zowel gezondheids- als sterftepatronen onder oudere migranten essentieel [3]. Vanuit het gelijkheidsprincipe van de gezondheidszorg, en het daarop geënte beleid in Europese landen, is daarnaast meer kennis over potentiële gezondheidsverschillen tussen ouderen met en zonder migratieachtergrond van belang [4]. Kennis over de gezondheid van oudere migranten is bovendien cruciaal om de toekomstige vraag naar gezondheidszorg in een samenleving die ouder en diverser wordt, accuraat te kunnen inschatten [5].

Eerdere studies naar gezondheid en sterfte onder migranten laten verschillende patronen zien. Het merendeel van de literatuur vond dat migrantengroepen

vaak langer leven dan niet-migranten ondanks hun vaak relatief lage sociaaleconomische status (ook wel de ‘migrant mortality paradox’ genoemd [6, 7]). Terwijl eerder onderzoek aantoonde dat de gezondheidssituatie van migranten achteruit gaat met leeftijd en verblijfsduur in het land van bestemming [8, 9], lijkt dit niet het geval voor sterfte [10, 11]. Eerdere studies laten zien dat verschillen in sterfte tussen migranten en niet-migranten ook op latere leeftijd blijven bestaan; ook op oudere leeftijden hebben migranten vaker een lagere sterfte vergeleken met niet-migranten [10–13]. Echter, langer leven impliceert niet automatisch dat dit ook meer levensjaren in goede gezondheid met zich meebrengt [14]. Zo hebben migranten ongeacht hun leeftijd een lagere zelf-gerapporteerde gezondheid dan niet-migranten [15]. Op oudere leeftijd hebben zij zowel een slechtere fysieke als mentale gezondheid: zo vonden eerdere studies een slechtere zelf-gerapporteerde gezondheid, minder goed algemeen functioneren en meer beperkingen en depressie [9, 12, 16].

Om verschillen in gezondheid en sterfte tussen migranten en niet-migranten in kaart te brengen, is de gecombineerde studie van gezondheid en sterfte essentieel. De studie van de gezonde levensverwachting (GLV) is een geschikte manier om dit te doen, die bovendien een relatief eenvoudige vergelijking tussen landen toestaat. Tot op heden bestaan er nauwelijks studies die GLV bekijken naar migrantenherkomst (voor een uitzondering zie [12]) en deze vergelijken tussen landen (voor uitzonderingen zie [17–20]). Studies over tijd laten zien dat ongelijkheden in gezonde levensverwachting zijn toegenomen [19–21]. Ook deze studies hebben tot nu toe nauwelijks de bevolking verder gespecificeerd naar herkomst. Om zicht te krijgen op de vraag of gezondheidsverschillen tussen migranten en niet-migranten toe- of afnemen is een studie over tijd echter essentieel.

In dit artikel willen we deze leemte in de literatuur opvullen. Ons doel is ten eerste om de verschillen in GLV tussen ouderen met en zonder migratieachtergrond te vergelijken in drie Europese landen: België, Nederland en Engeland & Wales. Ten tweede willen we patronen over tijd in kaart brengen (voor Nederland en Engeland & Wales). Deze drie landen zijn geselecteerd op basis van een vergelijkbare levensverwachting bij de geboorte, een relatief vergelijkbare migratiegeschiedenis alsmede de beschikbaarheid van betrouwbare data.

Achtergrond bij studiepopulatie

De meerderheid van de ouderen in Noordwest-Europa met een migratieachtergrond zijn arbeidsmigranten uit de jaren 1960–1970 en migranten vanuit de voormalige koloniën [3, 22]. Verder is migratie met de buurlanden voor ieder van de drie landen in de studie van belang wanneer we kijken naar de populatie ouderen van migrantenherkomst. Over het algemeen bestaat de

Tabel 1 Databronnen naar land en jaartal							
land	jaar	bevolking		sterfte		zelf-gerapporteerde gezondheid	
		bron	jaar	bron	jaar	bron	jaar
België	2001	census	2001	register	2002	census ^a	2001
Nederland	2001	register	2001	register	2001	permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) & Gezondheidsenquête ^b	2001
	2011		2011		2011		2011
Engeland & Wales	2001	census	2001	sterftecertificaat	2001	census	2001
	2011		2011		2011		2011

^aData van de Belgische gezondheidsenquête zijn niet gebruikt vanwege het ontbreken van veel gegevens.

^bDe Gezondheidsenquête heeft het onderdeel over gezondheid in POLS na 2009 vervangen. Hierbij zijn geen grote veranderingen aan de vraag en antwoordmogelijkheden doorgevoerd met betrekking tot zelf-gerapporteerde gezondheid.

populatie ouderen met migrantenherkomst uit eerste generatie migranten [2, 23]. Eerste generatie migranten zijn degenen die zelf in het buitenland zijn geboren en op enig moment naar een (ander) land in Noordwest-Europa zijn gemigreerd. Echter, binnen de drie landen zijn de belangrijkste landen van herkomst van migranten verschillend als gevolg van verschillende koloniale banden alsmede het feit dat arbeidsmigranten uit verschillende landen kwamen (Middellandse Zeelanden in België en Nederland en de nieuwe Gemeenebest landen in Engeland & Wales) [22]. In België zijn de grootste groepen arbeidsmigranten: de Italianen, Spanjaarden, Portugezen, Turken en Marokkanen. De grootste groep afkomstig uit de voormalige koloniën zijn de Congolezen [24]. De belangrijkste landen van herkomst van migranten boven de 50 jaar in Nederland zijn een duidelijke reflectie van de eerdere migratiegeschiedenis. De volgende landen zijn het belangrijkste: Duitsland, Indonesië, Suriname, België, Marokko en Turkije [23]. In Groot-Brittannië is de huidige populatie oudere migranten voor een derde afkomstig uit EU landen en het overige deel komt uit andere delen van de wereld, met name het Caribisch gebied en Zuidoost-Azië (hoofdzakelijk India, Pakistan en Bangladesh) [25].

Data en methoden

Data

Dit onderzoek focust zich puur op eerste generatie migranten en niet-migrant, van 50 jaar en ouder, in België (2001), Nederland (2001 en 2011) en Engeland & Wales (2001 en 2011). Op basis van hun herkomstland zijn migranten onderverdeeld in degenen met een westerse herkomst (Europa, Indonesië, de Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw Zeeland of Japan) en niet-westerse herkomst [26]. In Engeland & Wales zijn

personen geboren in andere delen van het Verenigd Koninkrijk ook geclassificeerd als westerse migranten.

Om de gezonde levensverwachting op 50-jarige leeftijd (GLV_{50}) – d.w.z. het aantal resterende jaren dat naar verwachting in goede gezondheid geleefd kan worden – te kunnen berekenen, is gebruik gemaakt van jaarlijkse bevolkings-, sterfte- en gezondheidsdata naar geslacht, herkomst en vijf-jaarsleeftijdsgroepen (50–54, ..., 85+), afkomstig uit registers, census en enquêtes verkregen van Statistiek België (StatBel), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Office for National Statistics (ONS) (zie tab. 1).

Zelf-gerapporteerde gezondheid is omgezet van de vijf originele categorieën (zeer goed, goed, redelijk, slecht, zeer slecht) naar een binaire variabele die uitsluitend goede gezondheid (goed tot zeer goed) versus een slechte gezondheid (zeer slecht tot redelijk) onderscheidt. In de 2001 census van Engeland & Wales was de zelf-gerapporteerde gezondheid echter geclassificeerd in drie categorieën (goed, redelijk goed, niet goed). Voor vergelijkbaarheidsdoeleinden hebben we de aanpassingsfactoren van ONS op deze data toegepast [27].

De Nederlandse enquête data zijn gewogen naar leeftijd, geslacht en andere demografische kenmerken, waaronder migratieachtergrond, om een goede afspiegeling van de nationale bevolking te kunnen garanderen [28, 29]. In België ontbraken data omtrent zelf-gerapporteerde gezondheid voor ongeveer 5% van de niet-migrantbevolking en voor ongeveer 10% van de migrantbevolking. Daarom hebben we de Belgische zelf-gerapporteerde gezondheidsdata gewogen met behulp van simpele verhoudingsgewichten [30] gebaseerd op geslacht, leeftijd, migratieachtergrond, onderwijs en stedelijkheid van de verblijfsregio.

In 2001 was het percentage migranten met een leeftijd van 50 jaar of ouder 11,4% in Engeland & Wales,

Tabel 2 Bevolking 50 jaar en ouder (N_{50+}), en steekproefgrootte in de gezondheidsenquête (n_{50+}) naar geslacht en herkomst, in België (2001), Nederland (2001–2011) en Engeland & Wales (2001–2011)

	België		Nederland			Engeland & Wales	
	2001	2001		2011		2001	2011
	N_{50+}	N_{50+}	n_{50+}	N_{50+}	n_{50+}	N_{50+}	N_{50+}
mannen							
totaal	1.587.355	2.306.401	24.637	2.842.126	12.369	7.991.367	9.114.457
niet-migranten	1.407.572	2.129.003	23.132	2.584.237	11.581	7.075.198	7.904.468
migranten	179.783	177.398	1.505	257.889	788	916.169	1.209.989
– westers	137.501	98.962	1.004	114.573	426	542.579	598.162
– niet-westers	42.282	78.436	501	143.316	362	373.590	611.827
vrouwen							
totaal	1.915.005	2.667.522	26.317	3.143.038	13.340	9.419.478	10.271.387
niet-migranten	1.705.610	2.467.807	24.671	2.854.149	12.476	8.344.831	8.853.063
migranten	209.395	199.715	1.646	288.889	864	1.074.647	1.418.324
– westers	173.509	128.682	1.222	144.625	511	674.695	742.971
– niet-westers	35.886	71.033	424	144.264	353	399.952	675.353

Databron: StatBel, CBS en ONS.

11,1 % in België en 7,6 % in Nederland (tab. 2). In alle drie de landen is de meerderheid van de oudere migranten van westerse herkomst. In 2011 was de meerderheid van de mannelijke migranten in Nederland en Engeland & Wales echter van niet-westerse herkomst. Personen geboren in andere delen van het Verenigd Koninkrijk vormden 23,9 % (2001) en 19,5 % (2011) van de migrantenbevolking in Engeland & Wales.

Methoden

GLV₅₀ is berekend met de Sullivan methode [31]. Om te testen of er verschillen waren in GLV₅₀ tussen oudere migranten en niet-migranten, hebben we 95 % betrouwbaarheidsintervallen berekend [32]. Daarnaast hebben we het aandeel verwachte resterende levensjaren in goede gezondheid (GLV₅₀/LV₅₀) geschat, waar LV₅₀ staat voor levensverwachting op 50-jarige leeftijd, berekend met behulp van standaard overlevingstafeltechnieken [33].

Trends over tijd in GLV₅₀ naar migratieachtergrond zijn vastgesteld door zowel verschillen in GLV₅₀ als in GLV₅₀/LV₅₀ tussen 2001 en 2011 te vergelijken. Decompositietechnieken zijn toegepast om te kunnen bepalen in welke mate de verschillen in GLV₅₀ tussen groepen en de veranderingen in GLV₅₀ over tijd toegeschreven kunnen worden aan verschillen in sterfte of aan verschillen in gezondheid [34].

Resultaten

Verschillen in GLV₅₀ tussen migranten en niet-migranten

Ondanks het feit dat de levensverwachting op 50-jarige leeftijd (LV₅₀) voor migranten hoger was dan voor niet-migranten in België (2001), Nederland en Engeland & Wales (2011), was de gezonde levensverwachting op 50-jarige leeftijd (GLV₅₀) significant lager voor migranten dan voor niet-migranten in alle drie de landen in beide tijdsperiodes en voor zowel mannen als vrouwen (tab. 3).

Dit gold voornamelijk voor migranten met een niet-westerse herkomst. Voor Nederland vinden we de grootste ongelijkheden in GLV₅₀ tussen westerse en niet-westerse migranten. Het geschatte aandeel van de resterende levensjaren in goede gezondheid na leeftijd 50 (GLV₅₀/LV₅₀) toont hetzelfde beeld, behalve voor Engeland & Wales waar westerse migranten kunnen verwachten een iets groter deel van hun resterende levensjaren in goede gezondheid te leven dan niet-migranten.

Ongelijkheden in GLV₅₀ tussen herkomstgroepen waren voornamelijk toe te schrijven aan verschillen in zelf-gerapporteerde gezondheid (tab. 4). Sterfte droeg vaak in tegengestelde richting bij, behalve in Engeland & Wales.

Tabel 3 Gezonde levensverwachting op 50-jarige leeftijd (GLV₅₀) en aandeel van de resterende levensjaren doorgebracht in goede gezondheid na leeftijd 50 (GLV₅₀/LV₅₀) naar geslacht en herkomst, in België (2001), Nederland (2001–2011) en Engeland & Wales (2001–2011)

	België		Nederland		Engeland & Wales	
	GLV ₅₀ (95 % B.I.)	GLV ₅₀ /LV ₅₀	GLV ₅₀ (95 % B.I.)	GLV ₅₀ /LV ₅₀	GLV ₅₀ (95 % B.I.)	GLV ₅₀ /LV ₅₀
mannen 2001						
totaal	14,48 (14,44; 14,52)	0,519	18,62 (18,40; 18,84)	0,664	18,47 (18,46; 18,48)	0,647
niet-migranten	14,71 (14,66; 14,75)	0,529	18,92 (18,69; 19,14)	0,672	18,59 (18,58; 18,60)	0,649
migranten	12,52 (12,41; 12,62)	0,443	14,88 (14,03; 15,72)	0,556	17,53 (17,50; 17,55)	0,637
– westers	12,61 (12,49; 12,73)	0,448	17,12 (16,16; 18,07)	0,644	17,61 (17,58; 17,65)	0,651
– niet-westers	12,32 (12,03; 12,60)	0,417	10,57 (8,72; 12,42)	0,381	17,43 (17,38; 17,48)	0,617
vrouwen 2001						
totaal	15,29 (15,25; 15,32)	0,465	19,43 (19,19; 19,68)	0,599	19,82 (19,81; 19,83)	0,613
niet-migranten	15,61 (15,57; 15,64)	0,475	19,76 (19,51; 20,02)	0,607	19,94 (19,93; 19,95)	0,616
migranten	12,76 (12,66; 12,85)	0,385	15,23 (14,31; 16,15)	0,491	19,02 (18,99; 19,05)	0,598
– westers	13,16 (13,05; 13,26)	0,395	17,12 (16,06; 18,18)	0,554	19,78 (19,74; 19,82)	0,624
– niet-westers	11,51 (11,19; 11,82)	0,343	11,60 (9,67; 13,53)	0,361	17,83 (17,77; 17,88)	0,555
mannen 2011						
totaal	–	–	20,83 (20,55; 21,10)	0,675	18,71 (18,70; 18,72)	0,598
niet-migranten	–	–	21,09 (20,80; 21,37)	0,681	18,82 (18,81; 18,83)	0,601
migranten	–	–	17,18 (15,99; 18,37)	0,575	17,98 (17,95; 18,01)	0,580
– westers	–	–	18,79 (17,36; 20,22)	0,640	18,26 (18,22; 18,29)	0,608
– niet-westers	–	–	15,20 (12,68; 17,72)	0,488	17,72 (17,68; 17,77)	0,548
vrouwen 2011						
totaal	–	–	20,68 (20,37; 20,99)	0,603	19,67 (19,66; 19,68)	0,570
niet-migranten	–	–	20,95 (20,63; 21,27)	0,610	19,89 (19,87; 19,90)	0,577
migranten	–	–	16,77 (15,47; 18,06)	0,501	18,41 (18,39; 18,44)	0,528
– westers	–	–	18,43 (16,94; 19,92)	0,558	20,02 (19,98; 20,05)	0,583
– niet-westers	–	–	14,49 (11,44; 17,54)	0,417	16,53 (16,48; 16,58)	0,463

Databron: StatBel, CBS en ONS.

Veranderingen over tijd in GLV₅₀ tussen 2001 en 2011

Tussen 2001 en 2011 is de kloof in GLV₅₀ tussen migranten, met name niet-westerse migranten, en niet-migranten kleiner geworden in Nederland en voor mannen in Engeland & Wales, terwijl hij groter is geworden voor vrouwen in Engeland & Wales (tab. 3). Kijken we echter naar de verandering in GLV₅₀/LV₅₀, dan zien we dat ongelijkheden in gezondheid tussen migranten en niet-migranten zijn toegenomen voor zowel mannen en vrouwen in Engeland & Wales. Ondanks dat niet-westerse migranten de groep met de laagste GLV₅₀ en GLV₅₀/LV₅₀ bleven in Nederland, is de kloof tussen niet-migranten en westerse migranten

enigszins kleiner geworden. Verbeteringen in GLV₅₀ waren, globaal gezien, voornamelijk toe te schrijven aan een afname in sterfte (tab. 5).

Discussie

Onder mannen en vrouwen in de drie bestudeerde landen leven migranten van 50 jaar en ouder naar verwachting minder jaren in goede gezondheid dan niet-migranten. Niet-westerse migranten hadden over het algemeen de laagste GLV₅₀, vooral in Nederland. Verschillen in GLV₅₀ tussen – met name niet-westerse – migranten en niet-migranten bleken voornamelijk bepaald door verschillen in zelf-gerapporteerde gezond-

Tabel 4 Decompositie van de verschillen in gezonde levensverwachting op 50-jarige leeftijd (GLV₅₀) tussen herkomstgroepen naar geslacht, in België (2001), Nederland (2001, 2011) en Engeland & Wales (2001, 2011)

	2001			2011		
	verschil in GLV ₅₀	verschil dankzij		verschil in GLV ₅₀	verschil dankzij	
		sterfte (%)	zelf-gerapporteerde gezondheid (%)		sterfte (%)	zelf-gerapporteerde gezondheid (%)
<i>verschil tussen niet-migranten en migranten</i>						
mannen						
– België	2,19*	–9,6	109,6	–	–	–
– Nederland	4,04*	19,1	80,9	3,90*	15,9	84,1
– Engeland & Wales	1,06*	61,2	38,8	0,84*	18,7	81,3
vrouwen						
– België	2,85*	–3,8	103,8	–	–	–
– Nederland	4,53*	17,7	82,3	4,19*	9,3	90,7
– Engeland & Wales	0,93*	29,3	70,7	1,47*	–8,7	108,7
<i>verschil tussen niet-migranten en westerse migranten</i>						
mannen						
– België	2,10*	–8,1	108,1	–	–	–
– Nederland	1,80*	49,6	50,4	2,29*	41,1	58,9
– Engeland & Wales	0,97*	94,1	5,9	0,56*	105,3	–5,3
vrouwen						
– België	2,45*	–6,7	106,7	–	–	–
– Nederland	2,64*	32,8	67,2	2,52*	24,6	75,4
– Engeland & Wales	0,16*	214,7	–114,7	–0,13*	–63,2	163,2
<i>verschil tussen niet-migranten en niet-westerse migranten</i>						
mannen						
– België	2,39*	–21,5	121,5	–	–	–
– Nederland	8,34*	1,9	98,1	5,88*	–1,5	101,5
– Engeland & Wales	1,15*	20,9	79,1	1,10*	–32,5	132,5
vrouwen						
– België	4,10*	–3,1	103,1	–	–	–
– Nederland	8,16*	2,6	97,4	6,46*	–3,3	103,3
– Engeland & Wales	2,12*	5,4	94,6	3,36*	–11,9	111,9

Tabel 4 (Vervolg)

	2001			2011		
	verschil in GLV ₅₀	verschil dankzij		verschil in GLV ₅₀	verschil dankzij	
		sterfte (%)	zelf-gerapporteerde gezondheid (%)		sterfte (%)	zelf-gerapporteerde gezondheid (%)
<i>verschil tussen westerse migranten en niet-westerse migranten</i>						
mannen						
– België	0,29	–119,4	219,4	–	–	–
– Nederland	6,55*	–8,1	108,1	3,59	–27,6	127,6
– Engeland & Wales	0,18*	–356,3	456,3	0,53*	–172,6	272,6
vrouwen						
– België	1,65*	0,5	99,5	–	–	–
– Nederland	5,52*	–11,3	111,3	3,94	–24,3	124,3
– Engeland & Wales	1,96*	–11,6	111,6	3,49*	–13,8	113,8

Databron: StatBel, CBS en ONS.

*Statistisch significant ($p < 0,05$).

Tabel 5 Decompositie van de verandering over tijd in gezonde levensverwachting op 50-jarige leeftijd (GLV₅₀) tussen 2001 en 2011 naar geslacht en herkomst, in Nederland en Engeland & Wales (2001–2011)

	Nederland			Engeland & Wales		
	verschil in GLV ₅₀	verschil dankzij		verschil in GLV ₅₀	verschil dankzij	
		sterfte (%)	zelf-gerapporteerde gezondheid (%)		sterfte (%)	zelf-gerapporteerde gezondheid (%)
mannen						
totaal	2,21*	75,4	24,6	0,25*	533,0	–433,0
niet-migranten	2,17*	76,7	23,3	0,23*	547,2	–447,2
migranten	2,30*	72,6	27,4	0,45*	371,5	–271,5
– westers	1,67	95,0	5,0	0,64*	232,4	–132,4
– niet-westers	4,63*	30,1	69,9	0,29*	636,6	–536,6
vrouwen						
totaal	1,25*	71,3	28,7	–0,15*	–609,9	709,9
niet-migranten	1,19*	71,6	28,4	–0,06*	–1502,9	1602,9
migranten	1,54	80,5	19,5	–0,60*	–205,9	305,9
– westers	1,31	83,3	16,7	0,24*	473,3	–373,3
– niet-westers	2,89	41,8	58,2	–1,30*	–103,7	203,7

Databron: StatBel, CBS and ONS.

*Statistisch significant ($p < 0,05$).

heid. Tussen 2001 en 2011 zijn in Nederland de ongelijkheden tussen migranten en niet-migranten in zowel GLV_{50} als GLV_{50}/LV_{50} verminderd. In Engeland & Wales zijn puur voor mannen de ongelijkheden in GLV_{50} tussen migranten en niet-migranten afgenomen, terwijl de ongelijkheid in GLV_{50}/LV_{50} tussen migranten en niet-migrant voor zowel mannen als vrouwen toenam. Verbeteringen in GLV_{50} kunnen voornamelijk toegeschreven worden aan sterfte afname.

Evaluatie van de data en methoden

Hoewel onze studie gebaseerd is op betrouwbare bevolkings- en gezondheidsdata, zijn er een aantal kanttekeningen te maken.

Ten eerste is het gebruik van zelf-gerapporteerde gezondheid bij de vergelijking van verschillende migrantengroepen mogelijk problematisch omdat gezondheid anders geïnterpreteerd kan worden door verschillende migrantengroepen [35]. Seo et al. [36] vonden echter dat verschillen in antwoordpatronen niet per se samenhangen met herkomst, maar eerder bepaald worden door de taal waarin geantwoord wordt. De census en de enquêtes hanteren enkel de nationale taal wat mogelijk als gevolg heeft dat een selectieve groep migranten heeft deelgenomen. Terwijl het overgrote merendeel de gezondheidsvraag heeft beantwoord, ontbreekt deze informatie voor een klein percentage. ONS heeft daarom ontbrekende waardes geïmputeerd. We hebben, net als het CBS voor de Nederlandse data, weging op de Belgische data toegepast. Bovendien zijn onze resultaten vergelijkbaar met studies over oudere migranten die meer objectieve gezondheidsindicatoren gebruikten zoals depressie, functioneren, of beperkingen [9, 12, 16].

Ten tweede zijn er, meer in het algemeen, mogelijke vergelijkbaarheidsproblemen tussen de landen en over tijd. Zelfs wanneer hetzelfde vraagformat is gebruikt, kunnen de uitkomsten van zelf-gerapporteerde gezondheid in de enquêtes variëren door nationale verschillen in respons, steekproefgrootte en meetmethodes [37]. Het feit dat in de Nederlandse steekproef de geïnstitutionaliseerde bevolking niet is meegenomen kan er bijvoorbeeld toe hebben geleid dat GLV_{50} overschat is. Het gebruik van aanpassingsfactoren om de drie antwoordcategorieën voor zelf-gerapporteerde gezondheid in Engeland & Wales in 2001 om te zetten naar vijf categorieën, heeft vergelijking tussen landen en over tijd mogelijk gemaakt, maar hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de aanpassingsfactoren minder betrouwbaar zijn onder de alleroudsten [27]. Om de invloed van deze laatste twee data tekortkomingen op onze GLV_{50} schattingen te beoordelen, hebben we een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd waarbij de bevolking van 80 jaar en ouder is uitgesloten. We berekenden daarvoor de tijdelijke gezonde levensverwach-

ting tussen de leeftijd van 50 en 79 ($TGLV_{50-79}$) aan de hand van de Sullivan methode ([31]; bijlage tab. 6). Dit resulteerde grotendeels in dezelfde algemene bevindingen als voor GLV_{50} . Voor vrouwen in Engeland & Wales nam de $TGLV_{50-79}$ echter toe tussen 2001 en 2011, terwijl de GLV_{50} , overigens tegengesteld aan het resultaat voor mannen in Engeland & Wales, afnam. Hier zou dus mogelijk een effect van de aanpassing van de antwoordcategorieën voor zelf-gerapporteerde gezondheid mee kunnen spelen. Voor Nederland liet $TGLV_{50-79}$ daarnaast een kleiner verschil tussen niet-migrant en niet-westerse migranten zien dan voor GLV_{50} . De geobserveerde grote gezondheidsongelijkheden van migranten in Nederland zouden dus deels toegeschreven kunnen worden aan het puur beschouwen van de niet-geïnstitutionaliseerde bevolking. Al met al is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van de meer specifieke uitkomsten tussen de landen.

Ten slotte werden bewoners in Engeland en Wales die zijn geboren in andere delen van het Verenigd Koninkrijk geclassificeerd als westerse migranten. Aangezien de migratietrajecten van deze 'interne migranten' waarschijnlijk aanzienlijk verschillen van die van internationale migranten, hebben we een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd waarin we Schotse en Noord-Ierse personen niet meenamen in de analyses. Dit heeft de resultaten niet substantieel doen veranderen en de conclusies van de vergelijking van GLV_{50} en GLV_{50}/LV_{50} tussen groepen over tijd bleven daarbij gelijk (bijlage tab. 7).

Het gebruik van een gecombineerde maat van sterfte en gezondheid (GLV) om ongelijkheden in gezondheid en sterfte tussen migranten en niet-migrant te bestuderen bleek van toegevoegde waarde. Zo lieten de resultaten van de decompositie zien hoe gezondheid en sterfte niet noodzakelijk een zelfde patroon volgen.

Interpretatie van de resultaten

Onze resultaten laten op een consistente wijze zien dat de GLV voor oudere migranten, vooral van niet-westerse herkomst, lager was dan van niet-migrant. In de meeste gevallen waren de verschillen voornamelijk toe te schrijven aan verschillen in zelf-gerapporteerde gezondheid. Onze resultaten zijn dus consistent met die van eerdere studies die puur gezondheid als uitkomstmaat hadden. Deze studies toonden aan dat oudere migranten in Europa vergeleken met niet-migrant een slechtere zelf-gerapporteerde gezondheid hebben en meer chronische aandoeningen, beperkingen en depressies [9, 12, 16]. De slechte gezondheid onder westerse en niet-westerse migranten wordt vaak verklaard door verscheidene individuele en omgevingsfactoren, inclusief economische onzekerheid en/of problemen, slechte(re) woon- en werkomstandigheden, beperkte(re) toegang tot gezondheidszorg, culturele en taalbarrières, en een kleiner sociaal netwerk ter plekke,

of zelfs sociale uitsluiting [38]. Daarnaast zijn oudere niet-westerse migranten vergeleken met niet-migranten mogelijk meer vatbaar voor het oplopen van ziektes gerelateerd aan eventuele ontberingen in het land van herkomst eerder in hun leven [39].

Onze bevinding dat de bijdrage van sterfte aan verschillen in GLV_{50} tussen migranten en niet-migranten vaak klein was en soms zelfs bijdroeg in de tegengestelde richting, kan gerelateerd worden aan de ‘migrant mortality paradox’ [6, 7, 40].

In Engeland & Wales zijn de ongelijkheden in GLV_{50} tussen migranten en niet-migranten afgenomen onder mannen, maar toegenomen onder vrouwen. De GLV_{50}/LV_{50} ongelijkheidskloof tussen migranten en niet-migranten is er echter toegenomen voor zowel mannen als vrouwen. Het verschillende resultaat voor GLV_{50} versus GLV_{50}/LV_{50} onder mannen komt doordat de kleine verbeteringen in GLV niet in staat waren om de veel grotere ontwikkelingen in LV bij te houden, door een expansie van morbiditeit. De toename van het verschil in GLV_{50} tussen migranten en niet-migranten onder vrouwen komt doordat GLV_{50} afnam onder migranten, terwijl het vrijwel gelijk bleef onder niet-migranten (zie tab. 5). De afname in GLV_{50} onder vrouwelijke migranten komt puur voor onder niet-westerse migranten en wordt vooral gedreven door gezondheid (zie tab. 5). Meer specifiek lieten niet-westerse migranten in Engeland & Wales een sterke afname in de prevalentie van goede zelf-gerapporteerde gezondheid zien. De toename in de GLV_{50}/LV_{50} ongelijkheidskloof tussen migranten en niet-migranten voor zowel mannen als vrouwen in Engeland & Wales volgt een meer algemeen patroon van toegenomen ongelijkheid, zoals de toename in verschillen in GLV tussen lokale gebieden in Groot-Brittannië [19] of tussen Europese landen [20]. Economische tegenspoed door de economische crisis vanaf 2008 kan wellicht verklaren waarom zelf-gerapporteerde gezondheid niet is verbeterd over tijd [41], voornamelijk onder niet-westerse migranten, die vaak kwetsbaar zijn voor economische neergang gegeven hun zwakkere sociaaleconomische positie [42]. Groot-Brittannië was zwaarder dan het EU-gemiddelde getroffen door de 2008 economische crisis, wat – in de praktijk – een daling van gezondheidsuitgaven tot gevolg had [43].

Voor Nederland laten onze resultaten echter zien dat de ongelijkheid tussen migranten en niet-migranten in zowel GLV_{50} als in GLV_{50}/LV_{50} afnam over de tijd. Dit kwam vooral doordat onder migranten de GLV_{50} sterker toenam over tijd dan voor niet-migranten (zie tab. 5). Dit betrof puur de niet-westerse migranten. Deze sterke toename in GLV_{50} onder niet-westerse migranten in Nederland komt voornamelijk door verbeteringen in zelf-gerapporteerde gezondheid (tab. 5). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat, anders dan in de meeste andere Europese landen waaronder het Verenigd Koninkrijk, overheidsuitgaven aan

gezondheid in Nederland zijn toegenomen na de crisis van 2008, en dat maatregelen gericht op het verlichten van de druk op medische diensten zijn geïmplementeerd [44]. Blijkbaar had dit niet alleen belangrijke sterfedalingen in Nederland tot gevolg, maar leidde dit voor niet-westerse migranten – die behoorlijk achter lagen op het gebied van gezondheid – ook tot een belangrijke verbetering in de gezondheid.

Algemene conclusie

Onze analyse naar verschillen in gezondheid en sterfte tussen oudere migranten en niet-migranten in drie landen over een periode van 10 jaar leidde tot enkele belangrijke nieuwe bevindingen. Zelf-gerapporteerde gezondheid in plaats van sterfte lijkt de belangrijkste verklarende factor achter ongelijkheden in GLV tussen migranten en niet-migranten. Interventies gericht op het verminderen van ongelijkheden in gezondheid en sterfte tussen oudere migranten en niet-migranten zouden zich moeten focussen op preventie in plaats van behandeling, en zich moeten richten op de meest achtergestelde groepen: de niet-westerse migranten.

Bijlage

Tabel 6 Tijdelijke levensverwachting (TLV₅₀₋₇₉) en gezonde levensverwachting (TGLV₅₀₋₇₉) tussen de leeftijd van 50 en 79 naar geslacht en herkomst, in België (2001), Nederland (2001, 2011) en Engeland & Wales (2001, 2011)

	België		Nederland		Engeland & Wales	
	TLV ₅₀₋₇₉	TGLV ₅₀₋₇₉ (95 % B.I.)	TLV ₅₀₋₇₉	TGLV ₅₀₋₇₉ (95 % B.I.)	TLV ₅₀₋₇₉	TGLV ₅₀₋₇₉ (95 % B.I.)
mannen 2001						
totaal	24,69	13,71 (13,69; 13,73)	25,03	16,92 (16,73; 17,12)	25,03	12,29 (12,28; 12,30)
niet-migranten	24,62	13,91 (13,89; 13,93)	25,08	17,19 (16,99; 17,39)	25,10	12,38 (12,37; 12,39)
migranten	25,00	11,87 (11,81; 11,93)	24,36	13,68 (12,90; 14,46)	24,34	11,59 (11,56; 11,61)
– westers	24,95	11,98 (11,91; 12,05)	24,31	15,95 (15,06; 16,84)	24,05	12,02 (11,99; 12,06)
– niet-Westers	25,08	11,58 (11,44; 11,71)	24,47	9,85 (8,14; 11,55)	24,68	10,98 (10,94; 11,02)
vrouwen 2001						
totaal	27,01	14,03 (14,01; 14,05)	26,89	16,66 (16,45; 16,86)	26,67	12,21 (12,20; 12,22)
niet-migranten	27,01	14,32 (14,30; 14,34)	26,93	16,95 (16,74; 17,16)	26,71	12,32 (12,31; 12,33)
migranten	27,13	11,63 (11,57; 11,69)	26,44	12,92 (12,11; 13,72)	26,50	11,41 (11,39; 11,44)
– westers	27,26	12,02 (11,95; 12,09)	26,43	14,80 (13,86; 15,74)	26,42	12,53 (12,50; 12,56)
– niet-westers	26,76	10,22 (10,06; 10,38)	26,45	8,99 (7,54; 10,43)	26,65	9,72 (9,68; 9,76)
mannen 2011						
totaal	–	–	26,30	18,37 (18,15; 18,60)	26,15	16,92 (16,91; 16,92)
niet-migranten	–	–	26,33	18,61 (18,38; 18,84)	26,18	17,02 (17,01; 17,02)
migranten	–	–	26,01	15,11 (14,18; 16,04)	25,95	16,23 (16,21; 16,25)
– westers	–	–	25,75	16,82 (15,64; 18,01)	25,49	16,60 (16,56; 16,63)
– niet-westers	–	–	26,20	12,74 (11,22; 14,25)	26,40	15,86 (15,83; 15,90)
vrouwen 2011						
totaal	–	–	27,36	17,78 (17,54; 18,02)	27,35	17,56 (17,55; 17,57)
niet-migranten	–	–	27,36	18,04 (17,79; 18,28)	27,34	17,77 (17,76; 17,78)
migranten	–	–	27,35	14,05 (13,02; 15,08)	27,44	16,26 (16,24; 16,29)
– westers	–	–	27,11	15,88 (14,63; 17,13)	27,22	17,82 (17,78; 17,85)
– niet-westers	–	–	27,53	10,71 (08,94; 12,48)	27,68	14,54 (14,51; 14,58)

Databron: StatBel, CBS en ONS.

Tabel 7 Gezonde levensverwachting (GLV₅₀) op 50-jarige leeftijd, en aandeel jaren doorgebracht in goede gezondheid na de leeftijd van 50 jaar (GLV₅₀/LV₅₀) naar geslacht en herkomst in Engeland & Wales (2001, 2011)^a

	Engeland & Wales (2001)		Engeland & Wales (2011)	
	GLV ₅₀ (95% B.I.)	GLV ₅₀ /LV ₅₀	GLV ₅₀ (95% B.I.)	GLV ₅₀ /LV ₅₀
mannen				
totaal	18,49 (18,48; 18,50)	0,647	18,73 (18,72; 18,74)	0,597
niet-migranten	18,59 (18,58; 18,60)	0,649	18,82 (18,81; 18,83)	0,601
migranten	17,48 (17,45; 17,51)	0,629	17,92 (17,88; 17,95)	0,568
– westers	17,59 (17,55; 17,64)	0,645	18,33 (18,28; 18,38)	0,600
– niet-westers	17,43 (17,38; 17,48)	0,617	17,72 (17,68; 17,77)	0,548
vrouwen				
totaal	19,82 (19,81; 19,83)	0,613	19,67 (19,66; 19,68)	0,569
niet-migranten	19,94 (19,93; 19,95)	0,616	19,89 (19,87; 19,90)	0,577
migranten	18,83 (18,79; 18,86)	0,587	18,08 (18,04; 18,11)	0,510
– westers	19,86 (19,81; 19,90)	0,619	20,14 (20,09; 20,19)	0,573
– niet-westers	17,83 (17,77; 17,88)	0,555	16,53 (16,48; 16,58)	0,463

Databron: ONS.

^aRespondenten geboren in andere delen van het Verenigd Koninkrijk zijn uitgesloten van de analyse.

Literatuur

- Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. Migration and health in the European Union: an introduction. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, redactie. Migration and health in the European Union. Berkshire: Open University Press; 2011. pag. 3–13.
- De Valk HAG, Fokkema T. Health among older populations of migrant origin. In: Apt W, redactie. Final report: demographic change and migration. Berlin: VDI/VDE/IT; 2018. pag. 40–52.
- Lanzieri G. Fewer, older and multicultural?: projections of the EU populations by foreign/national background. Luxemburg: Eurostat; 2011. pag. 1–37.
- Nørredam M, Krasnik A. Migrants' access to health services. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, redactie. Migration and health in the European Union. Berkshire: Open University Press; 2011. pag. 67–80.
- International Organization for Migration. Migrant health: better health for all in Europe. Geneva: International Organization for Migration; 2009.
- Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health*. 1999;89:1543–8.
- Razum O, Zeeb H, Akgun HS, Yilmaz S. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Trop Med Int Health*. 1998;3:297–303.
- Ronellenfitsch U, Razum O. Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *Int J Equity Health*. 2004; <https://doi.org/10.1186/1475-9276-3-4>.
- Lanari D, Bussini O. International migration and health inequalities in later life. *Ageing Soc*. 2012;32:935–62.
- Markides KS, Eschbach K. Aging, migration, and mortality: current status of research on the hispanic paradox. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2005;60(Spec No 2):68–75.
- Reus-Pons M, Vandenheede H, Janssen F, Kibele EU. Differences in mortality between groups of older migrants and older non-migrants in Belgium, 2001-09. *Eur J Public Health*. 2016;26:992–1000.
- Carnein M, Milewski N, Doblhammer G, Nusselder WJ. Health inequalities of immigrants: patterns and determinants of health expectancies of Turkish migrants living in Germany. In: Doblhammer G, redactie. Health among the elderly in Germany: new evidence on disease, disability and care need. Leverkusen: Barbara Budrich; 2014. pag. 157–90.
- Lariscy JT, Hummer RA, Hayward MD. Hispanic older adult mortality in the United States: new estimates and

- an assessment of factors shaping the Hispanic paradox. *Demography*. 2015;52:1–14.
14. Uitenbroek DG, Verhoeff AP. Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands. *Soc Sci Med*. 2002;54:1379–88.
 15. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health*. 2010;55:357–71.
 16. Sole-Auro A, Crimmins EM. Health of immigrants in European countries. *Int Migr Rev*. 2008;42:861–76.
 17. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008;372:2124–31.
 18. Jagger C, Weston C, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Doblhammer G, et al. Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:1030–5.
 19. Wohland P, Rees P, Gillies C, Alvanides S, Matthews FE, O'Neill V, et al. Drivers of inequality in disability-free expectancy at birth and age 85 across space and time in Great Britain. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68:826–33.
 20. Fouweather T, Gillies C, Wohland P, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM, et al. Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in healthy life years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. *Eur J Public Health*. 2015;25:978–83.
 21. Hu Y, Lenthe FJ van, Borsboom GJ, Looman CW, Bopp M, Burstrom B, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70:644–52.
 22. Van Mol C, Valk HAG de. Migration and immigrants in Europe: a historical and demographic perspective. In: Garcés-Masareñas B, Penninx R, redactie. *Integration processes and policies in Europe: contexts, levels and actors*. Dordrecht: Springer; 2016. pag. 31–55.
 23. Valk HAG de. Netherlands. In: Apt W, redactie. *Final report: demographic change and migration*. Berlin: VDI/VDE/IT; 2018. pag. 115–25.
 24. Talloen D, Verstraete J, Chech J. Oudere allochtonen, senioren van bij ons: lessen uit de praktijk. Brussel: Koning Boudewijn Stichting; 2012.
 25. Falkingham J, Evandrou M, Härmäläinen S, Vlachanthoni A. United Kingdom. In: Apt W, redactie. *Final report: demographic change and migration*. Berlin: VDI/VDE/IT; 2018. pag. 152–9.
 26. CBS. Definitie Westerse migrant. 2016. <https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/specifiek/wat-is-het-verschil-tussen-een-westerse-en-niet-westerse-allochtoon->. Geraadpleegd op: 18 aug 2016.
 27. Smith M, White C. An investigation into the impact of question change on estimates of general health status and healthy life expectancy. *Health Stat Q*. 2009;41:28–41.
 28. CBS. Informatie over POLS. 2016. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/dataverzameling/permanent-onderzoek-leefsituatie-pols-basisvragenlijst1.htm>. Geraadpleegd op: 18 aug 2016.
 29. CBS. Informatie over de Gezondheidsenquête. 2016. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/methoden/dataverzameling/health-survey-from2010-kob.htm>. Geraadpleegd op: 18 aug 2016.
 30. Fawcett J, Blakely T, Atkinson J. Weighting the 81, 86, 91 and 96 census-mortality cohorts to adjust for linkage bias. NZCMS technical report no. 5. 2002.
 31. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep*. 1971;86:347–54.
 32. Jagger C, Cox B, Le Roy S. EHEMU health expectancy calculation by the Sullivan method: a practical guide. EHEMU technical report. 2006.
 33. Preston SH, Heuveline P, Guillot M. *Demography: measuring and modelling population processes*. Oxford: Blackwell; 2000.
 34. Nusselder WJ, Looman CW. Decomposition of differences in health expectancy by cause. *Demography*. 2004;41:315–34.
 35. Chandola T, Jenkinson C. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn Health*. 2000;5:151–9.
 36. Seo S, Chung S, Shumway M. How good is “very good”? Translation effect in the racial/ethnic variation in self-rated health status. *Qual Life Res*. 2014;23:593–600.
 37. Croezen S, Burdorf A, Lenthe FJ van. Self-perceived health in older Europeans: Does the choice of survey matter? *Eur J Public Health*. 2016;26:686–92.
 38. Gushulak B, Pace P, Weekers J. Migration and health of migrants. In: Koller T, redactie. *Poverty and social exclusion in the WHO European region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. pag. 257–81.
 39. Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist—towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health*. 2002;7:4–10.
 40. Riosmena F, Wong R, Palloni A. Migration selection, protection, and acculturation in health: a binational perspective on older adults. *Demography*. 2013;50:1039–64.
 41. Clair A, Reeves A, Loopstra R, McKee M, Dorling D, Stuckler D. The impact of the housing crisis on self-reported health in Europe: multilevel longitudinal modelling of 27 EU countries. *Eur J Public Health*. 2016;26:788–93.
 42. International Organization for Migration. *World migration report 2010. The future of migration: building capacities for change*. Geneva: International Organization for Migration; 2010.
 43. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381:1323–31.
 44. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy summary 5. Copenhagen: Observatory on Health Systems and Policies (WHO Europe); 2012.

Oorspronkelijk artikel

De impact van het wijkgerichte werken voor de toeleiding naar zorg van oudere migranten

Oudere migranten en het wijkgerichte werken in zorg en welzijn

Roos Pijpers · Hanna Carlsson

Samenvatting

Het doel van dit artikel is laten zien hoe oudere migranten worden toegeleid naar zorg via het 'wijkgerichte werken'. In zorg en welzijn wordt de wijk gezien als een ideale plek om dichtbij burgers preventie, zorg en ondersteuning te organiseren. Gemeentes vertalen dit wijkgerichte denken in wijkgericht werken. In ons kwalitatieve onderzoek volgen we de ontwikkelingen in de maakpraktijken (*crafting practices*) die relevant zijn voor de toeleiding naar zorg van oudere migranten in de gemeente Nijmegen. De nadruk op de wijk in het huidige beleid van de gemeente is te zien als een omdraaiing van het denken in minderheidsgroepen in eerdere beleidsperioden. Het lukt gedeeltelijk om oudere migranten toe te leiden naar zorg via voorzieningen binnen wijkstructuren. Belangrijk daarvoor zijn niet zozeer de functies van voorzieningen, maar de vertrouwensrelaties met zorgverleners die ze daar ontmoeten en die dezelfde taal spreken of culturele achtergrond delen. Deze zorgverleners slagen er in om de mentale afstand tussen zorgstelsel en leefwereld van oudere migranten te overbruggen. Relaties ontstaan ook buiten de wijkstructuren om, bij aanbieders van zorg in eigen taal en in georganiseerde uitwisseling van kennis en ervaringen. Om te grote afhankelijkheid van professionals met een migratieachtergrond te voorkomen moeten afspraken over cultuursensitiviteit tussen de gemeente en wijkaanbieders beter worden gemonitord.

Trefwoorden oudere migranten · toeleiding naar zorg · wijken · praxeografie

The impact of neighbourhood-based work on helping older migrants gain access to care

Older migrants and neighbourhood-based work in care and social services

Abstract

This article studies how older migrants gain access to care through neighbourhood-based forms of working. In the Netherlands, the neighbourhood is increasingly viewed

as an ideal place to organize care and social services, close to citizens. To this end, municipalities are developing neighbourhood structures and facilities in which local providers cooperate. In our qualitative research we studied the developments in crafting practices relevant to access to care of older migrants in the city of Nijmegen, the Netherlands. In Nijmegen the new neighbourhood structures are only partly successful in helping older migrants gain access to care. Older migrants visit neighbourhood facilities not for the services these facilities provide, but because of the presence of care professionals who speak the same language, or share the same cultural background as do these older migrants. These caregivers are able to bridge the mental distance between the health care system and the lifeworld of older migrants. Relations also arise outside the neighbourhood structures, for in-

R. Pijpers (✉) · H. Carlsson
Institute for Management Research, Sectie Geografie,
Planologie en Milieu, Radboud Universiteit Nijmegen,
Heyendaalseweg 141, 6525 AJ Nijmegen, Nederland
e-mail: r.pijpers@fm.ru.nl

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0271-7>

Published online: 15 November 2018

stance at culture-specific day care facilities. To prevent too great a claim on professionals with a migration background, agreements between the city of Nijmegen and local providers to enhance cultural sensitivity should be better monitored.

Keywords Older migrants · Access to care · Neighbourhoods · Praxeography

Inleiding

In vergelijking met andere ouderen maken oudere migranten de stap naar zorg en ondersteuning thuis relatief laat vanwege een taalbarrière en een gebrek aan kennis van het zorgstelsel [1–4]. Het gevolg is dat zij vaker last hebben van gezondheidsproblemen en vaker een beroep op de huisarts doen dan andere ouderen [1, 5, 6]. Huisartsen, praktijkondersteuners, professionals met een migratieachtergrond en sleutelfiguren uit de migrantengemeenschappen kunnen een verbindende rol spelen in het toeleiden naar zorg, maar die rol wordt nog lang niet altijd benut [7–10].

Dit artikel neemt de wijk als uitgangspunt voor nieuw onderzoek naar de toeleiding tot zorg van oudere migranten. In zorg en welzijn wordt de wijk gezien als een ideale plek om dichtbij burgers preventie, informatievoorziening, zorg en ondersteuning te organiseren. De wijk is daarmee een voorlopig eindpunt van een lang proces van ‘ont-institutionalisering’ [11]. In dat proces is de verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen steeds meer buiten de traditionele verpleeg- en verzorgingshuizen komen te liggen, en dichterbij de vertrouwde omgeving van ouderen: bij het welzijnswerk, sociale netwerken en ouderen zelf.

Het doel van dit artikel is om te laten zien hoe binnen dit wijkgerichte denken en werken oudere migranten naar zorg toe worden geleid. Het artikel gaat niet in op gezondheidsuitkomsten, maar op de manieren waarop oudere migranten zorgaanbieders opzoeken en vice versa. We maken gebruik van de resultaten van lopend kwalitatief onderzoek in de gemeente Nijmegen. Omdat gemeenten hun zorgbeleid en subsidierelaties naar eigen inzicht vormgeven, en de in de loop van de tijd ontstane werkverdeling tussen zorg- en welzijnsorganisaties overal net even anders is, levert het onderzoek bevindingen op die specifiek zijn voor de gemeente Nijmegen. Toch verwachten we dat sommige bevindingen (praktijken van toeleiding) ook van toepassing zijn op de situatie in andere grote tot middelgrote gemeenten.

In de volgende paragraaf beginnen we met een kritische beschouwing van het wijkgerichte werken aan de hand van wetenschappelijke literatuur uit de sociale geografie en de bestuurskunde, en beleidsliteratuur over het sociale domein. Vervolgens beschrijven we onze onderzoeksmethoden en gaan in op de voorlopige bevindingen. De bevindingen worden in twee achter-

eenvolgende paragrafen gepresenteerd. In de eerste paragraaf staat de aandacht voor oudere migranten in het lokale beleid en de beleidsuitvoering centraal. De nadruk op de wijk in het huidige beleid van de gemeente is te zien als een omdraaiing van het denken in doelgroepen burgers of cliënten in eerdere beleidsperioden. Aanbieders werken nu voor wijkbewoners, met aandacht voor cultuursensitiviteit in brede zin. Die aandacht raakt geleidelijk verankerd in afspraken tussen de gemeente en aanbieders van wijkgerichte zorg. In de praktijk zien we toch een aanbod van en een vraag naar specifieke vormen van zorg voor oudere migranten (net als bij woonvormen, zie [12]). In de tweede paragraaf met bevindingen wordt gekeken naar de manier waarop oudere migranten wijkvoorzieningen gebruiken, en naar wijkoverstijgende initiatieven in het lokale welzijnslandschap die belangrijk zijn voor het begrijpen van toeleiding naar zorg. Hieruit blijkt dat als oudere migranten de wijkstructuur al zelf opzoeken, dan doen ze dat niet vanwege de functies van die structuur, maar vanwege contact met professionals die ze vertrouwen. Die weten elkaar steeds beter te vinden en genereren samen nieuwe ideeën, manieren en routes om oudere migranten naar zorg toe te leiden.

Wijkgerichte of wijkoverstijgende ‘maakpraktijken’?

Volgens Bannink, Bosselaar en Trommel [13] wordt deze fase in de ont-institutionalisering van de ouderenzorg gekenmerkt door ‘maakpraktijken’ (*crafting practices*), waarin lokale partijen zoeken naar een goede werkverdeling en samenwerking. De doelstellingen van deze maakpraktijken staan niet vast, maar ontwikkelen zich in en door de (werk)relaties tussen wijkaanbieders. Omdat gemeenten in het huidige zorgstelsel verantwoordelijk zijn voor diverse groepen kwetsbare burgers, waarover hieronder meer, overlapt de toeleiding naar zorg van oudere migranten met diverse andere maakpraktijken. Oldenhof, Postma en Bal [14] stellen dat deze maakpraktijken niet zomaar ‘op’ wijken worden gelegd, maar gevormd worden door die wijken, bijvoorbeeld door de sociale problematiek die er speelt. In Nijmegen is dat terug te zien in de aandachtspunten van de sociale wijkteams. Sociale wijkteams worden in een ruime meerderheid (80 procent) van de Nederlandse gemeenten ingezet als een schakel tussen de gemeente, wijkbewoners en het welzijnswerk [15]. In een wijk met veel hoogopgeleiden heeft het wijkteam veel aandacht voor overmatig alcoholgebruik (interview met teamleider sociaal wijkteam, februari 2018). Op een Vinex-locatie met veel jonge gezinnen en weinig sociale verbanden wordt ingezet op hulp bij relatieproblemen. En in de multiculturele wijken van de stad is het bereiken van migrantenfamilies een belangrijk aandachtspunt.

Tegelijkertijd zijn Oldenhof et al. [14] kritisch over de manieren waarop de wijk wordt voorgesteld als een

vanzelfsprekende, ideale plek om uiteenlopende doelen te bereiken. Zo wordt een nostalgisch beeld van sociale verbanden in wijken opgeroepen om burgers en hun netwerk te activeren. Vanuit dit idee zijn vanaf 2007, met de komst van de WMO 'oude stijl', taken op het gebied van zorg en ondersteuning voor kwetsbare burgers overgeheveld van het Rijk naar de gemeenten. In 2015 is dit takenpakket sterk vergroot met de komst van een vernieuwde WMO, een nieuwe jeugdwet en een nieuwe participatiewet. In het kielzog van deze ontwikkelingen is ook de gevoelde noodzaak voor het leggen van verbindingen tussen aanbieders in de wijk steeds groter geworden. Sinds 2015 is het aantal gemeenten dat expliciet inzet op een wijkgericht model van zorg en ondersteuning, waarin met een integraal aanbod van zorg, welzijn en wonen zo dicht als mogelijk bij de mensen in hun eigen woonomgeving wordt gewerkt, dan ook sterk toegenomen [15]. De gemeente Nijmegen zal in de komende jaren extra aandacht besteden aan het preventief welzijnswerk [16, 17], waar de sociale wijkteams, net als in andere gemeenten [15], nog weinig aan toe zijn gekomen. Naast het wijkgericht werken kennen we uit de ouderenzorg bovendien woonservicegebieden [18]. Het uitgangspunt van dit concept is dat zelfstandig wonen uiteindelijk doelmatiger is dan verpleeghuiszorg.

Wat opvalt is dat gebruik wordt gemaakt van basale geografische kennis over het belang van fysieke nabijheid voor integrale samenwerking en over de (positieve) invloed van een vertrouwde woonomgeving op het zelfstandig wonen (*ageing in place*; zie o.a. [19–22]). Deze kennis leunt op een waardevolle, maar enigszins verouderde opvatting van plaatsen als afgebakende gebieden die op kenmerken als inkomensniveau en gezondheidsuitkomsten te onderscheiden zijn van andere gebieden. In de sociale geografie is het zogenaamde 'relationele' plaatsbegrip belangrijker geworden (zie o.a. [23–26]). Plaatsen zijn op te vatten als punten in netwerken van sociale relaties tussen mensen. Die relaties vinden uiteraard ergens 'plaats', op fysieke plekken of in e-mailverkeer. Maar door die relaties ontstaan ook nieuwe plekken, zoals fysieke plekken, ontmoetingsruimtes, virtuele ruimtes en onderhandelingsruimtes. Ook worden bestaande plekken, door sociale relaties, voortdurend voorzien van nieuwe betekenissen.

Vanuit het relationele plaatsbegrip bezien is een voorziening voor zorg of welzijn dus meer dan een fysieke plek zo dicht mogelijk bij beoogde gebruikers in een verzorgingsgebied, maar een onderdeel van een complex geheel van relaties en maakpraktijken [24]. De toegankelijkheid van voorzieningen heeft ook maar deels te maken met geografische nabijheid, maar hangt samen met sociale afstand en nabijheid, culturele betekenisgeving, beleid en regulering [24]. De term 'lokaal welzijnslandschap' die Bannink, Bosselaar en Trommel [13] gebruiken voor het geheel aan relaties binnen een

lokale entiteit is sterk relationeel gekleurd. Hoewel lokale welzijnslandschappen niet goed af te bakenen zijn, is duidelijk dat ze in ieder geval de wijk en soms ook de gemeente overstijgen [13].

Bestaand onderzoek richt zich op specifieke aspecten van het toeleiden naar zorg van oudere migranten. Allereerst is er het onderzoek dat laat zien dat sleutelfiguren de mentale afstand naar professionele zorg kleiner kunnen maken [7–10]. In een recent artikel [27] laten twee geografen zien dat oudere migranten in multiculturele stadswijken in Amsterdam zich prettig voelen in hun woonomgeving vanwege de aanwezigheid van winkels en ontmoetingsgelegenheden gericht op hun gemeenschap. Ook waarderen zij de aanwezigheid van professionals met een migratieachtergrond in hun wijk. Johansson et al. [28] stellen dat we al met al nog te weinig weten over welke plekken en relaties nu echt belangrijk zijn in de leefwereld van oudere migranten, en dus wellicht ook in de toeleiding naar zorg. Dit artikel hoopt, door te redeneren vanuit maakpraktijken in het lokale welzijnslandschap dat is ontstaan na 2015, meer inzicht te bieden in deze plekken en relaties. Sinds de invoering van de WMO 'oude stijl' hebben gemeenten hun beleid voor minderheidsgroepen afgebouwd (zie [10, 29]). Uit onderzoek in de vier grote gemeenten uit 2011 bleek dat oudere migranten de weg naar WMO-voorzieningen, inclusief adviesloketten, niet goed weten te vinden. Tegelijkertijd verschuift de aandacht in beleidscommunicatie naar het cultuursensitiever maken van zorg- en dienstverlening. Deze aandacht was in 2011 echter nog nauwelijks ingebed in gemeentelijk beleid [30].

Onderzoeksmethoden

In dit artikel doen we verslag van lopend (april 2017–nu) empirisch onderzoek naar de aandacht voor oudere migranten in zorg en welzijn in Nijmegen. We volgen de ontwikkelingen met een onderzoeksstrategie die we, in navolging van Bueger [31] en Mol [32] 'praxeografie' noemen. Een praxeografische onderzoeksbenadering zoomt in op een bepaalde (maak)praktijk, in dit geval het toeleiden van oudere migranten naar zorg (waarbij oudere migranten en/of hun partner en kinderen een eigen inbreng hebben in dat toeleiden). Het idee is om zo'n praktijk op een groot aantal locaties en momenten te observeren en daardoor langzaam maar zeker te gaan zien welke ideeën, activiteiten en materiële aspecten ze omvat. De benadering richt zich dus niet zozeer op gedrag of op keuzes, zoals de keuze van een maaltijdsdienst om een vervanger voor varkensvlees aan te bieden. Ze richt zich ook niet op een bepaalde sociale groep of gemeenschap. De benadering bestudeert activiteiten, reflectie, discussie, en handelingsroutines die inhoud en richting geven aan een praktijk, alsook de samenhang met andere praktijken.

Tabel 1 Overzicht van observaties en interviews

Organisatie	(Participerende) observatie	Interviews medewerkers	Interviews oudere migranten
Aanbieder van dagbesteding in eigen taal, met multicultureel profiel	27×3 uur	– activiteitenbegeleiders (2) – manager – geestelijk begeleider	– Nederlands-Turkse vrouwen (3) – Nederlands-Iraanse vrouw – Nederlands-Afghaanse vrouw
Aanbieder van dagbesteding in eigen taal, met Turks profiel	6×5 uur	– activiteitenbegeleider – coördinator	Nederlands-Turkse vrouwen (2)
Informatie- en adviescentrum	8×2,5 uur	– ouderenadviseur – werkbegeleider – coördinator	
Diversiteitscafé	5×3 uur		
'Netwerk 100' werkgroep oudere migranten en dementie	3×3 uur	– praktijkverpleegkundigen (2) – intercultureel adviseur – mantelzorgconsulent	
Klankbordgroep migrantenouderen	3×3 uur	Projectleider gemeentelijk platform dagbesteding	
Welzijnsorganisatie		Coördinator poule interculturele consultants	
Sociaal wijkteam		Teamleider	
Gemeente		– beleidsbeleidsadviseurs (3) – contractmanager	

Er is gewerkt met de drie onderzoeksmethoden die volgens Bueger [31] het meest geschikt zijn om de inhoud en ontwikkeling van praktijken te begrijpen: (participerende) observatie, semi-gestructureerde interviews en documentanalyse. Tab. 1 geeft een overzicht van de organisaties waar observaties zijn gedaan en interviews zijn gehouden. Het informatie- en adviescentrum en het sociale wijkteam zijn geselecteerd als belangrijkste pijlers in de wijkstructuur; het diversiteitscafé, de werkgroep en de klankbordgroep omdat ze een platform bieden voor kennisuitwisseling over culturele diversiteit en oudere migranten, en de aanbieders van dagbesteding in eigen taal omdat ze een goede gelegenheid bieden om met migranten in contact te komen, en om de mogelijke rol van deze aanbieders in het toeleiden naar zorg te observeren. De gemeente ten slotte heeft een leidende rol in het diversiteitsbeleid, WMO-beleid, de aanbesteding van WMO-taken en het managen van contracten met aanbieders.

De observaties zijn verricht door de tweede auteur. Tijdens de observaties bij de dagbestedingscentra heeft ze meegeholpen met activiteiten en het uitserveren van maaltijden. Aan de werkgroep en de klankbordgroep nam zij actief deel. De interviews met medewerkers zijn door de eerste of de tweede auteur afgenomen, op de werkplek van de geïnterviewde, bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk. De interviews met oudere migran-

ten zijn door de tweede auteur samen met twee Turks- en Farsi-sprekende Masterstudenten afgenomen, op de dagbestedingslocaties. De duur van de interviews varieerde van 45 tot 90 minuten. De interviews zijn door de tweede auteur getranscribeerd en daarna naar de onderzoeksassistenten gestuurd om antwoorden te vertalen die tijdens het interview niet meteen geïnterpreteerd konden worden. De transcripties en laatste onduidelijkheden zijn vervolgens met de onderzoeksassistenten bediscussieerd. Op het moment van het schrijven van dit artikel waren alle geïnterviewden vrouwen. Op de ene dagbestedingslocatie was de groep ouderen gemengd maar gaf slechts één man toestemming voor een interview, dat moest worden afgelast omdat hij acute gezondheidsproblemen kreeg. Op de andere locatie kreeg de tweede auteur alleen toegang tot een vrouwengroep. Het streven is om in het verdere onderzoek ook mannen te interviewen.

Tab. 2 geeft een overzicht van de beleidsdocumenten die zijn geraadpleegd. Hiernaast kregen wij via de gemeente inzage in enkele interne stukken die worden gebruikt in de aanbesteding en het contractmanagement. Deze documenten zijn geselecteerd omdat ze inzicht geven in de ontwikkeling van het lokale welzijnslandschap, en de aandacht voor diversiteit en specifieke kwetsbaarheden of kwetsbare groepen daarin.

Tabel 2 Overzicht van beleidsdocumenten

Inhoud document	Jaar van publicatie
Beleidskader WMO en jeugd 2015–2018	2014
Beantwoording motie 'Divers is sterk', met een overzicht van beleid en praktijken gericht op diversiteit in zorg en welzijn	2017a
Rapport over het functioneren van de sociale wijkteams en informatie- en adviescentra	2017b
Gezondheidsagenda 2017–2020	2017d
Twee documenten over de subsidieverlening voor de zogenaamde basisinfrastructuur welzijn 2017–2020	2017c, 2018

De interview- en observatieverslagen en de documenten zijn geanalyseerd door middel van inhoudsanalyse, met behulp van de software Atlas.Ti. Er is gebruik gemaakt van een gerichte coderingsstrategie waarmee data die wijzen op een bepaalde toeleidingspraktijk in kaart zijn gebracht. Er is gelet op *wie* voorzieningen gebruikt en *waarom*, op *hoe* ze die plekken gebruiken, en op hoe het gebruik van plekken bedoeld en onbedoeld relevant is voor (verdere) toeleiding naar zorg. In de analyses van de interviews met medewerkers en de documenten is daarnaast gelet op de manier waarop over oudere migranten als groep wordt gesproken in verhouding tot andere kwetsbare groepen burgers en bredere thema's als diversiteit en cultuursensitiviteit.

Aandacht voor oudere migranten in het lokale welzijnslandschap

Beleid en beleidsuitvoering

Sinds het loslaten van het doelgroepenbeleid probeert de gemeente Nijmegen aandacht voor diversiteit te ontwikkelen binnen alle relevante beleidsterreinen, met een nadruk op het bevorderen van participatie, gelijke kansen en toegang. Toch is er eerder sprake van een accentverschil dan van een radicale breuk met het verleden (interview beleidsadviseur, september 2018). Binnen de gemeente zijn er aanjagers voor groepen zoals ouderen, LHBT'ers en statushouders. De gezondheidssituatie van migranten is een belangrijk aandachtspunt. In de gezondheidsagenda 2017–2020 worden oudere migranten genoemd als een groep met relatief veel psychische klachten [33]. Het beleidskader WMO en jeugd benoemt problemen met het bereiken van mantelzorgers in migrantenfamilies [34].

In de vaste subsidierelaties met welzijnsorganisaties worden algemene prestatieafspraken gemaakt over investeringen in het bereiken van kwetsbare groepen. Daarnaast worden organisaties aangespoord om cultuursensitief te werken. Training van medewerkers wordt zoveel mogelijk bij de organisaties gelaten, maar soms biedt de gemeente initiële ondersteuning (interview met beleidsadviseur, november 2017). In de pro-

gramma's van eisen ten behoeve van de zorginkoop wordt afstand genomen van doelgroepen, maar worden aanbieders ook aangespoord om rekening te houden met specifieke behoeften. In sommige beschikkingen wordt aandacht gevraagd voor diversiteit, maar het is niet duidelijk of aanbieders weten wat er van ze wordt verwacht (interview beleidsadviseur, september 2017). In het contractmanagement gaat nog weinig aandacht uit naar de monitoring van afspraken ([35], interview contractmanager, december 2017). Hoewel burgers niet meer gezien worden als lid van een minderheids-groep, mag gelijke toegang tot zorg worden bewerkstelligd door middel van ongelijke behandeling, bijvoorbeeld als een cliënt met een migratieachtergrond dreigt af te haken bij een overdaad aan bureaucratie (interview beleidsadviseur, november 2017).

Uit de beleidsuitvoering spreekt dus een zekere spanning tussen het loslaten van doelgroepen en het bereiken van kwetsbare inwoners, waaronder oudere migranten. Deze spanning kristalliseert op een aantal manieren uit in het wijkgerichte werken. We bespreken hieronder twee voorbeelden uit ons lopende onderzoek: de ontwikkeling van de sociale wijkteams en van het aanbod voor dagbesteding.

Functies en bemensing van sociale wijkteams

In de eerste plaats resoneert de worsteling met doelgroepen in het denken over de functies van de sociale wijkteams. Bij de start van de wijkteams in 2015 was de gedachte dat het wijkteam generalistisch te werk moest gaan [17]. Er moest immers aansluiting zijn bij de vragen van wijkbewoners, en door te redeneren vanuit het eigen expertisegebied kon die aansluiting moeilijker tot stand worden gebracht. Medewerkers moesten aan inhoudelijke deskundigheidsbevordering doen om generalistisch te kunnen werken. Inmiddels lijkt die gedachte te zijn losgelaten: in 2016 is er een wervingsactie geweest om de diversiteit onder de teamleden te vergroten [35]. Die was nog weinig succesvol, en daarom wordt er ook gewerkt aan een lange termijnstrategie om opleidingen in zorg en welzijn aantrekkelijker te maken voor jongeren uit migrantenfamilies. Daarnaast is er in 2018 gekozen voor een differentiatie van functies

binnen het wijkteam, en meer aandacht voor specifieke thema's in het voorliggende welzijnswerk; hiermee wordt het wijkgerichte werken 'doorontwikkeld' [36]. Eén van die thema's is breed gedefinieerd als 'diversiteit': meer inzet van sleutelfiguren, begeleiding van zelforganisaties uit de migrantengemeenschappen zodat ze een brugfunctie kunnen vervullen met het welzijnswerk, en bewustwording van de problematiek van 'diverse doelgroepen' [36].

Reguliere versus specialistische dagbesteding

Het tweede voorbeeld betreft de ontwikkeling van het aanbod voor dagbesteding en ontmoetingsactiviteiten. In Nijmegen maakt dagbesteding deel uit van de zogenaamde 'basisinfrastructuur' welzijn: collectieve voorzieningen waar gebruikers naartoe kunnen zonder tussenkomst van het sociale wijkteam (interview beleidsadviseur, september 2017). De gemeente zet, in lijn met het loslaten van het doelgroepenbeleid, in op een wijkdekkend aanbod waarin aanbieders van dagbesteding wijkbewoners bedienen, en niet een bepaalde etnische of culturele gemeenschap (interview coördinator dagbesteding, mei 2018). De observaties bij het diversiteitscafé laten zien dat er ook binnen organisaties discussie is over de voor- en nadelen van cultuurspecifieke zorg. Vooral nog wordt het lokale welzijnslandschap wel gekenmerkt door een specifiek aanbod. Vanuit een grote welzijnsorganisatie wordt dagbesteding voor Indonesische en Chinese ouderen georganiseerd [35]. Daarnaast zijn er aanbieders die zich richten op dagbesteding in eigen taal (bij de twee grootste aanbieders is door ons geobserveerd). Ze trekken veel oudere Moslims, afkomstig uit Turkije en andere Islamitische culturen. Omdat in sommige wijken clusters van migranten met dezelfde achtergrond wonen, zou, in de visie van de gemeente, in die wijken het wijkgericht werken kunnen samenvallen met de zorg voor specifieke groepen oudere migranten (interview coördinator dagbesteding, mei 2018). Tot nu toe is de praktijk dat de aanbieders van zorg in eigen taal op locaties zitten die ze gemakkelijk of goedkoop in gebruik kunnen nemen. Soms liggen die locaties in de wijken waar veel migranten wonen, maar soms ook niet. Het is voor deze aanbieders niet haalbaar om deze plekken te verlaten. Daarom heeft de gemeente toegestemd met een middenweg, die inhoudt dat aanbieders in ieder geval een locatie nabij hun cliënten opzoeken op het moment dat ze ergens weg kunnen of moeten.

Belang van wijkvoorzieningen en culturele relaties in toeleiding naar zorg

Informatie- en adviescentra

In de Nijmeegse wijkstructuur zijn de al genoemde informatie- en adviescentra, na de sociale wijkteams, de

belangrijkste contactpunten voor potentiële zorgvragers. Bij deze centra kunnen mensen met vragen terecht op een spreekuur. Dat wordt bemenst door sociaal werkers en vrijwilligers met uiteenlopende expertisegebieden, van mantelzorgondersteuning tot schuldhulpverlening. De centra hebben een (eenvoudige) ontmoetingsruimte en zijn zichtbaar bij activiteiten in de wijk. Tenminste drie van de negen centra worden regelmatig bezocht door migranten van verschillende generaties. Ze liggen in multiculturele wijken waar al langer een welzijnsorganisatie die zich richt op de ondersteuning van arbeidsmigranten en vluchtelingen in Nijmegen actief was. In één van deze wijken vonden de wekelijkse observaties plaats. In een evaluatie van de wijkstructuur in Nijmegen wordt de informatie- en adviesfunctie van deze centra in landelijk perspectief uniek genoemd [17].

Een opvallende bevinding uit onze observaties is daarom dat oudere migranten niet zozeer voor deze functie naar het centrum komen, maar voor contact met een ouderenadviseur met een migratieachtergrond. Het komt een aantal keer voor dat een oudere migrant binnenkomt, vraagt naar één van deze adviseurs, en weer vertrekt als ze er niet is. Mensen zoeken haar regelmatig op om bij te praten, zonder concrete vraag. Er is sprake van een vertrouwensband, die er al toe heeft geleid dat ook andere migrantenouderen naar het centrum komen. Het kost de nodige tijd om zo'n vertrouwensband op te bouwen:

... in het begin had zij zoiets van, jij bent Marokkaans, jij gaat wel over mij roddelen! Het wantrouwen is er bij veel mensen. Dan is het goed dat ik, hoe noem je dat, die band toch wel creëer, probeer te creëren, laten zien dit is gewoon mijn werk, en voor de rest hoeven jullie nergens bang voor te zijn, als jullie een hulpvraag hebben, dan moeten jullie dat open stellen (interview ouderenadviseur, 2017).

Gespecialiseerde dagbesteding

Tijdens de observaties op één van de dagbestedingslocaties zien we iets vergelijkbaars. Hier helpen activiteitenbegeleiders oudere migranten soms op eigen initiatief verder, hoewel dit niet hun taak is. Zo wordt voor een cliënt een valalarm geregeld via het sociale wijkteam, en wordt een ander doorverwezen naar het informatie- en adviescentrum voor hulp met zijn pensioenadministratie. Opnieuw speelt de vertrouwensband met zorgverleners die dezelfde taal spreken en culturele achtergrond delen een grote rol. Verschillende oudere migranten vertelden ons dat ze voor dagbesteding in eigen taal kozen omdat ze teveel alleen in huis zaten, zonder iemand om mee te praten. Op de dagbesteding vinden ze een nieuw thuis. We ervaren op de locaties waar veel Turkse ouderen komen inderdaad een 'huiskamergevoel', met levendige conversatie

tussen ouderen, terwijl andere ouderen rustig handwerken of televisie kijken. In het verlengde hiervan zien de oudere migranten de medewerkers als familie, en nemen hun adviezen voor doorverwijzing serieus. Deze bevinding duidt erop dat de opvatting over formele zorg geleidelijk aan het veranderen is ten opzichte van tien jaar geleden (zie [37]). Volgens de Islamitische traditie was en is het een verplichting van kinderen om hun ouders zo goed mogelijk te verzorgen, maar het wordt niet langer noodzakelijk geacht dat kinderen die zorg zelf verlenen (interview met geestelijk begeleider, november 2017).

Sociale wijkteams

De sociale wijkteams proberen op verschillende manieren om met oudere migranten in contact te komen: via mantelzorgconsulenten, migrantenorganisaties en aanbieders van zorg in eigen taal (interview teamleider sociaal wijkteam, februari 2018). Die strategie lijkt enig succes te hebben: de indruk bestaat dat alleen oudere migranten die nog geen zorg ontvangen en geïsoleerd leven, nog niet worden bereikt (ibid). Meer twijfel is er over de vraag hoe oudere migranten zich verhouden tot de functie van de sociale wijkteams. Omdat het voor hen niet gebruikelijk is om onderscheid te maken tussen zorg en welzijn, komen zij soms met welzijnsvragen naar het wijkteam. Ook de activerende aanpak van de wijkteams kan voor verwarring zorgen, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld:

We gaan gewoon kijken wat mogelijk is en wat ondersteunend is en dat is echt een andere manier van denken. Want ik herinner me ook tafelgesprekken waarbij een oudere vrouw, Turkse, ik ben meegegaan ... met de WMO-consulent, WMO klassiek ... maar er was een kleinzoon ingeschreven bij die mevrouw op het adres die ouder was dan 21 jaar. Ja, die mevrouw krijgt dus geen huishoudelijke hulp, dan moet de kleinzoon helpen. En dat vond ze ontzettend onrechtvaardig, maar ja, die en die krijgt het wel en die en die ook en ik ben oud en ik dacht ja, maar dat is dus echt de regel dat je kleinzoon gaat helpen. En toen was het maar ja, hij is een man, en toen dacht ik ja, maar hij heeft een baan dus hij kan ook zorgen dat er dan huishoudelijke hulp komt, jullie kunnen het ook zelf gaan regelen (interview teamleider sociaal wijkteam, februari 2018).

Zoals dit voorbeeld laat zien, kunnen oudere migranten worden geconfronteerd met een zorgstelsel dat niet altijd goed past bij hun ideeën over wat zorg is en wie zorg verleent. Ook laat het zien dat oudere migranten niet vanzelfsprekend ongelijk worden behandeld om toegang tot zorg te vergroten.

Praktijkondersteuners

Onder de vaste deelnemers van de werkgroep oudere migranten en dementie, waar de tweede auteur aan deelneemt, zijn praktijkondersteuners van huisartsenpraktijken waar veel migranten komen. Niet toevallig liggen deze huisartsenpraktijken in multiculturele wijken. Soms zijn ze verhuisd naar een andere plek na een fusie tot medisch centrum. In dat geval zijn oudere migranten hun huisarts gevolgd. Bij deze praktijken is in de loop van de jaren gewerkt aan het bespreekbaar maken van gezondheidsproblemen. Aanvankelijk werd deze cultuursensitiviteit alleen in en door het contact met migrantenouderen en hun families ontwikkeld. Nu laten huisartsen en praktijkondersteuners zich periodiek bijscholen en is er uitwisseling in de werkgroep. Daardoor is er nu meer aandacht voor signalering van andere zorgbehoeften en doorverwijzing naar de ouderenadviseurs in de sociale wijkteams (interviews praktijkondersteuners, oktober 2017 en april 2018; interview praktijkondersteuner, april 2018). Verder merken ze dat in toenemende mate persoonlijke begeleiders de telefoon beantwoorden of meekomen om te vertalen, in plaats van familieleden (interview praktijkondersteuner, oktober 2017). Het gaat dan vaak om zelfstandige persoonlijke begeleiders die hun cliënten vinden binnen een bepaalde migrantengemeenschap.

Poule met interculturele consulenten

Sinds 2018 is er een poule van vrijwilligers en professionals met een migratieachtergrond die als vraagbaak kunnen dienen voor aanbieders. Deze poule is ontstaan vanuit eerdere ervaringen met sleutelfiguren in het lokale welzijnslandschap. Vanuit de klankbordgroep migrantenouderen waar de tweede auteur aan deelneemt, hebben sleutelfiguren en professionals, met wisselend succes, informatieavonden voor mantelzorgers georganiseerd. De medewerkers van de poule hebben een vrijwilligersfunctie als 'intercultureel consulent', ontvangen een vrijwilligersbijdrage, en worden getraind en gecoacht in het omgaan met verwachtingen van hun achterban (interview coördinator, september 2018). Hoewel het nog te vroeg is om te onderzoeken of de inzet van interculturele consulenten de toeleiding vergemakkelijkt, kan worden vastgesteld dat de bekendheid van de poule bij de sociale wijkteams groter wordt. Het lukt daardoor al wat beter om preventief te werken, vooral als het gaat om opvoedvragen, die eerder onnodig bij wijkteams terecht kwamen. Voor oudere migranten zou de poule kunnen worden benut om meer informele zorg en hulp binnen het netwerk te regelen (interview coördinator, september 2018). Buiten de poule om blijft men via de eigen netwerken actief zoeken naar nieuwe sleutelfiguren om die te benaderen met concrete vragen (interview teamleider sociaal wijkteam, februari 2018). Dat is nodig om dichter bij

geïsoleerd levende oudere migranten te komen (ibid) en oudere migranten te bereiken met een achtergrond die niet is vertegenwoordigd in de poule, zoals de Vietnamese (interview coördinator, september 2018).

Conclusie

‘Wijkgericht’ is op dit moment zonder twijfel het dominante ‘frame’ in zorg en welzijn. De wijk is de afgelopen tien jaar komen bovendrijven in ideeën over afstand nemen van ‘doelgroepen’ en nabijheid zoeken tot ‘burgers’. De gemeente Nijmegen werkt, net als andere gemeenten, aan een doorlopende vertaalslag waarin dit wijkgerichte denken wordt omgezet in wijkgericht werken. Deze ontwikkelingen reproduceren een territoriale opvatting van plaatsen. Die is terug te zien in de functionele hiërarchie in de wijk: het sociale wijkteam is de ‘gatekeeper’ voor de toegang tot zorg, de informatie- en adviescentra en het welzijnswerk voorzien in preventie, ontmoeting en doorverwijzing. Na het volgen van de maakpraktijken in Nijmegen kunnen we concluderen dat de toeleiding naar zorg van oudere migranten veelal langs andere lijnen loopt.

Huisartsen waren en zijn belangrijke figuren voor oudere migranten. Daar zijn praktijkondersteuners bijgekomen, net als ouderenadviseurs, (persoonlijke) begeleiders en vrijwilligers met een migratieachtergrond. Deze relaties worden gekenmerkt door een bepaalde ruimtelijkheid, die mede van invloed is op hoe ze ontstaan en worden onderhouden: oudere migranten ontmoeten professionals bij het laagdrempelige informatie- en adviescentrum en voelen zich zodanig thuis op de multiculturele dagbesteding dat ze soms ook andere vormen van professionele zorg aanvaarden. De periodieke ontmoeting op verschillende plekken in het welzijnslandschap genereert nieuwe ideeën boven op

individueel verworven ervaring. De poule met interculturele consulenten maakt specialistische kennis voor wijkteams en aanbieders zichtbaarder en bereikbaar. Door het werk van professionals met een migratieachtergrond ontstaan tussenruimtes waarin Nederlandse en niet-Westerse opvattingen over wie zorg verleent kunnen samenkomen.

In hun artikel ‘New voices in social work’ stellen Hendriks et al. [38] dat veel van deze professionals zich al vanaf jongs af aan sociaal werker voelden, tolkend en vertalend voor hun ouders. Ze doen regelmatig iets extra’s in de sfeer van toeleiding, bovenop hun eigen werk of taken. Net als zij vragen wij ons af of er niet teveel verantwoordelijkheid voor toeleiding naar zorg van oudere migranten bij deze professionals komt te liggen. Wat gebeurt er bijvoorbeeld met oudere migranten als de ouderenadviseur met wie ze een vertrouwensband hebben vertrekt? Nemen begeleiders op de dagbesteding en zelfstandige begeleiders, als de ‘*extended family*’ van oudere migranten, niet te veel taken op zich?

Op basis van de voorlopige bevindingen van ons onderzoek kunnen twee beleidsaanbevelingen worden geformuleerd. In de eerste plaats zou de gemeente Nijmegen afspraken over cultuursensitiviteit met wijk-aanbieders beter moeten monitoren. Cultuursensivering van zorgverleners die met oudere migranten te maken hebben is een maakpraktijk op zich, die een al te grote afhankelijkheid van professionals met een migratieachtergrond wellicht kan helpen voorkomen. Ten tweede lijkt het nuttig om, vanuit een idee van situationele gelijkheid [39], casuïstiek op te bouwen over ongelijke behandeling, en die uit te dragen in het lokale welzijnslandschap. Daarvoor kan het nodig zijn om in beleidsdocumenten en communicatie expliciet te zijn over de levensloop en de situatie van oudere migranten.

Literatuur

1. Denktas S, Koopmans G, Birnie E, Foets M, Bonsel G. Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *Int J Equity Health*. 2009;8:35.
2. De Graaff FM, Francke AL. Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by GPs and nurses: a survey. *BMC Palliat Care*. 2009;8:3.
3. Green G, Davison C, Bradby H, Krause K, Mejias FM, Alex G. Pathways to care: how superdiversity shapes the need for navigational assistance. *Sociol Health Illn*. 2014;36(8):1205.
4. Ahaddour C, Branden S van den, Broeckeaert B. Institutional elderly care services and Moroccan and Turkish migrants in Belgium: a literature review. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(5):1216–27.
5. Suurmond J, Rosenmoller DL, El Mesbahi H, Lamkaddem M, Essink-Bot ML. Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly—a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2016;54:23–35.
6. Verhagen I, Ros WJ, Steunenberg B, Laan W, Wit NJ de. Differences in health care utilisation between elderly from ethnic minorities and ethnic Dutch elderly. *Int J Equity Health*. 2014;13:125.
7. Van Wieringen J. Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf. Utrecht: Pharos; 2014.

8. Verhagen I, Ros W, Steunenberg B, De Wit N. Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2013. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-227>
9. Verhagen I. Community health workers: bridging the gap between health needs of immigrant elderly and health and welfare services in the Netherlands. Utrecht: Utrecht University; 2015.
10. Steunenberg B, Wit N de. Diversiteit in vergrijzing: cultuursensitieve ouderenzorg voor de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten. *Bijblijven*. 2013;29(4):39–44.
11. Milligan C. There's no place like home: place and care in an ageing society. Farnham: Ashgate; 2009.
12. Witter Y, Fokkema T. Huisvesting en zorg voor oudere migranten in Nederland. *Demos*. 2018;34:1–4.
13. Bannink D, Bosselaar H, Trommel W. Crafting local welfare landscapes. The Hague: Eleven International Publishing; 2013.
14. Oldenhof L, Postma J, Bal R. Re-placing care: governing healthcare through spatial arrangements. In: Ferlie E, Montgomery K, Reff Pedersen A, redactie. *The Oxford handbook of health care management*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
15. Van Arum S, Van den Enden T. Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. Derde landelijke peiling onder gemeenten. Utrecht: Movisie; 2018.
16. Gemeente Nijmegen. Raamovereenkomst basisinfrastructuur welzijn 2017–2020. 2017.
17. Gemeente Nijmegen. Uitkomsten onderzoeken Stips en SWTs Nijmegen. 2017.
18. Pijpers R, De Kam G, Dorland L. Integrating services for older people in aging communities in the Netherlands: a comparison of urban and rural approaches. *J Hous Elderly*. 2016;30:430–49.
19. Lawton MP. The elderly in context: perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environ Behav*. 1985;17(4):501–19.
20. Day R. Local environments and older people's health: dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health Place*. 2008;14(2):299–312.
21. Lui C-W, Everingham J-A, Warburton J, Cuthill M, Bartlett H. What makes a community age-friendly: a review of international literature. *Australas J Ageing*. 2009;28(3):116–21.
22. Menec VH, Means R, Keating N, Parkhurst G, Eales J. Conceptualizing age-friendly communities. *Can J Aging*. 2011;30(3):479–93.
23. Boos T. Ethnische Sphären: über die emotionale Konstruktion von Gemeinschaft bei syrisch- und libanesischstämmigen Argentinern. Bielefeld: transcript; 2013.
24. Cummins S, Curtis S, Diez-Roux A, Macintyre S. Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. *Soc Sci Med*. 2007;65:1825–38.
25. Massey D. *For space*. London: SAGE; 2005.
26. Lagendijk A. Naar een relationele visie op de regio? *Rooilijn*. 2006;39(8):418–25.
27. Van der Gref S, Droogleever Fortuijn J. Multiple disadvantage of older migrants and native Dutch older adults in deprived neighbourhoods in Amsterdam, the Netherlands: a life course perspective. *Geogr J*. 2017;82:415–32.
28. Johansson K, Laliberte Rudman D, Mondaca M, Park M, Luborsky M, Josephsson S, et al. Moving beyond 'aging in place' to understand migration and aging: place making and the centrality of occupation. *J Occup Sci*. 2013;20(2):108–19.
29. Uitermark J, Rossi U, Van Houtum H. Reinventing multiculturalism: urban citizenship and the negotiation of ethnic diversity in Amsterdam. *Int J Urban Reg Res*. 2005;29:622–40.
30. Kelderman N. *De WMO en oudere migranten. Een verkenning in de G4*. Utrecht: Pharos; 2011.
31. Bueger C. Pathways to practice: praxiography and international politics. *Eur Pol Sci Rev*. 2014;6:383–406.
32. Mol A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
33. Gemeente Nijmegen. *Samen gezond in Nijmegen. Gezondheidsagenda 2017–2020*. 2017.
34. Gemeente Nijmegen. *Veur mekäär: zorg en welzijn dichtbij. Beleidskader WMO en jeugd 2015–2018*. 2014.
35. Gemeente Nijmegen. *Beantwoording motie 'Divers is sterk'*. 2017.
36. Gemeente Nijmegen. *Collegebesluit subsidieverlening welzijnswerk W2 2018*. 2018.
37. De Valk HAG, Schans D. 'They ought to do this for their parents': perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. *Ageing Soc*. 2008;28(01):49–66.
38. Hendriks P, Lensvelt-Mulders G, Van Ewijk H. New voices in social work: an explorative study of female Turkish and Moroccan-Dutch professionals in social work in the Netherlands. *Soc Work Educ*. 2015;34:1005–20.
39. Meurs P. *Maatwerk en willekeur; een pleidooi voor situationele gelijkheid*. Den Haag: Transitiecommissie Sociaal Domein; 2016.

Oorspronkelijk artikel

Gaat zorggebruik in het land van herkomst onder oudere Turkse en Marokkaanse migranten gepaard met minder zorggebruik in Nederland? Een combinatie van HELIUS-data met Achmea registratiedata

Aydın Şekercan  · Marieke B. Snijder · R. J. G. Peters · Karien Stronks

Samenvatting

Een substantieel deel van alle Nederlanders met een Turkse en Marokkaanse achtergrond (respectievelijk 21 % en 10 %) maakt gebruik van de gezondheidszorg in hun land van herkomst wanneer zij daar voor korte of langere tijd verblijven. Als dit ertoe leidt dat zij zorg mijden in de periode dat zij in Nederland zijn, dan zou het bezoeken van een arts in het land van herkomst een bedreiging kunnen zijn voor de continuïteit van zorg. Na koppeling van data van de HELIUS (HEalthy Life in an Urban Setting) studie aan zorgverzekeraarsdata, hebben wij de relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst en zorggebruik in Nederland in de periode 2010–2015 onderzocht, onder Nederlanders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond van 55 jaar en ouder, gecorrigeerd voor gezondheidsstatus als een indicator voor zorgbehoefte. In tegenstelling tot onze hypothese gebruiken Nederlanders met een Turkse en Marokkaanse achtergrond die gezondheidszorg in het land van herkomst gebruiken, in Nederland meer zorg dan degenen die geen gebruik maken van zorg in Turkije of Marokko. Onze resultaten geven daarom geen aanleiding om te denken dat het vermijden van zorg in Nederland een probleem vormt voor deze groep oudere migranten.

Trefwoorden grensoverschrijdend zorggebruik · toegankelijkheid · etniciteit · medisch toerisme

A. Şekercan 

Sociale Geneeskunde & Cardiologie, Amsterdam UMC locatie AMC, postbus 22660, 1100 DD Amsterdam, Nederland
e-mail: a.sekercan@amc.uva.nl

M. B. Snijder

Sociale Geneeskunde & Klinische Epidemiologie, Biostatistiek en Bio-informatica, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam, Nederland

R. J. G. Peters

Cardiologie, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam, Nederland

K. Stronks

Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam, Nederland

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0272-6>

Published online: 13 November 2018

Is healthcare consumption in the country of origin among Moroccan and Turkish migrants of older age (55+) associated with less use of care in the Netherlands?

Abstract

A substantial part of all Dutch people of Turkish and Moroccan origin use healthcare in the country of origin when travelling to their country of origin for a shorter or longer period of time (21% and 10%, respectively). If using care in the country of origin leads to avoidance of care in the Netherlands, this could threaten the continuity of care. We linked data of the HELIUS study to health insurance data. We examined the relationship between healthcare utilisation in the country of origin and the Netherlands,

in the period of 2010–2015, adjusting for health status as an indicator of need. Contrary to our expectations, Dutch people of Turkish or Moroccan origin using healthcare consumption in the country of origin utilise more care in the Netherlands than individuals that do not utilize healthcare in the country of origin. Thus, our results do not provide any indication for avoidance of healthcare in the Netherlands among this group of older migrants in the Netherlands.

Keywords Cross-border care · Accessibility · Ethnicity · Medical tourism

Inleiding

In Nederland is 12 % van de bevolking oorspronkelijk afkomstig uit laag en midden-inkomenslanden, bestaande uit eerste generatie migranten en hun kinderen [1]. Het grootste deel van de eerste generatie migranten van Turkse (17 % van de 169.000) en Marokkaanse achtergrond (24 % van de 190.000) is inmiddels 55 jaar of ouder [1]. Deze groep oudere migranten verdient extra aandacht vanwege hun slechtere gezondheidsstatus en verminderde zelfredzaamheid binnen het Nederlandse zorgsysteem in vergelijking met de jongere eerste generatie en tweede generatie migranten [1, 2]. Zij hebben gemiddeld meer dan vier chronische ziekten, meer dan twee derde is laagopgeleid en meer dan 90 % ondervindt taalbarrières [1, 2].

Een substantieel deel van alle Nederlanders met een Turkse en Marokkaanse achtergrond (respectievelijk 21 % en 10 %) maakt gebruik van de gezondheidszorg in respectievelijk Turkije en Marokko wanneer zij voor korte of langere tijd in het land van herkomst verblijven [4]. Dit betreft vooral bezoek aan een medisch specialist op de polikliniek vlakbij hun eigen verblijfplaats, waarbij veelal aanvullend onderzoek plaatsvindt [4, 5]. Transnationale zorg is een fenomeen wat kenmerkend is voor migranten die regelmatig tussen het land van herkomst en het land van verblijf heen en weer reizen. Er is echter maar weinig literatuur beschikbaar over dit fenomeen. Zo zijn de mogelijke effecten van zorggebruik in het land van herkomst op de gezondheid van migranten en op het gebruik van gezondheidszorg in Nederland vrijwel onbekend. Om deze effecten te onderzoeken, zijn data nodig uit beide landen en voldoende informatie over de gezondheid en zorgbehoefte van patiënten. Koppeling van de Achmea Health Database aan de HELIUS (Healthy Life in an Urban Setting) studie biedt ons de unieke mogelijkheid om de relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst en zorggebruik in Nederland onder Nederlandse 55-plussers met een Turkse of Marokkaanse achtergrond te onderzoeken.

Als het zorggebruik in het land van herkomst ertoe leidt dat deze migranten zorg mijden wanneer zij in Nederland verblijven, dan kan dit leiden tot problemen in

de continuïteit van de zorg voor deze patiënten. Bijvoorbeeld omdat zij een bezoek aan een arts uitstellen totdat ze weer in Turkije of Marokko zijn of omdat ze pas weer contact hebben met de huisarts in Nederland als er complicaties ontstaan na een behandeling in het land van herkomst of na bijwerkingen door interactie met medicatie.

In een kwalitatief onderzoek onder Nederlanders met een Turkse achtergrond die op het punt stonden zorg te gebruiken in Turkije [5] bleek dat de geïnterviewde deelnemers hun bezoek aan de huisarts voor nieuwe, niet-acute klachten in Nederland uitstelden, vanwege eerder ervaren barrières in de Nederlandse huisartsenzorg. Voorbeelden van barrières die werden genoemd waren weigering of uitstel van verwijzing naar de tweede lijn, mismatch in verwachtingen over aanvullend onderzoek en het beperken tot het voorschrijven van pijnstillers. Eenmaal in Turkije bleek dat zij veelal opportunistische redenen hadden om in Turkije een arts te bezoeken: er deed zich een mogelijkheid voor die zij wilden benutten, geholpen door hun lokale sociale netwerk. Tevens bleken hun eigen gezondheidsopvattingen (opvattingen over gezondheid en ziekte en over wat goede zorg is) een belangrijke motivatie om op dat moment in Turkije een arts te raadplegen. Ze verwezen daarbij onder meer naar de wens voor specialistische zorg (expertise) die ze in Nederland niet konden krijgen.

Onze hypothese luidt dan ook dat Nederlanders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond die zorg gebruiken in het land van herkomst, minder zorg gebruiken in Nederland in vergelijking met Nederlanders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond die geen zorg in het land van herkomst gebruiken. Om deze hypothese te toetsen, hebben wij de relatie onderzocht tussen zorggebruik in het land van herkomst enerzijds en de frequentie van het bezoeken van huisartsen-, paramedische en specialistisch medische zorg in Nederland anderzijds, onder Nederlandse 55-plussers met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Daarna hebben wij, om het zorggebruik in het land van herkomst en de relatie met zorggebruik in Nederland te kunnen duiden, geanalyseerd hoe diegenen die gebruik maken van zorg in het land van herkomst zich verhouden tot de Nederlandse samenleving en het Nederlandse zorgsysteem (taalvaardigheid, etnische identiteit en tevredenheid met de huisarts).

Data en methode

De HELIUS studie

De HELIUS studie is een multi-etnische cohort studie die plaatsvindt in Amsterdam. Het doel, de opzet en de methoden zijn eerder uitgebreid beschreven [2, 3]. In het kort: baseline gegevens zijn verzameld tussen 2011–2015 onder bijna 25.000 deelnemers met een

Nederlandse, Surinaamse, Ghanese, Turkse en Marokkaanse achtergrond. Potentiële deelnemers tussen de 18–70 jaar zijn op basis van toeval, gestratificeerd naar etniciteit, geselecteerd uit het gemeentelijke basisregister van Amsterdam. Zij ontvingen een schriftelijke uitnodiging (en een eventuele herinnering na twee weken) met informatie over het onderzoek en een antwoordkaart. 55% van de genodigden is bereikt door middel van de antwoordkaart of middels een bezoek aan huis door een interviewer met dezelfde etnische achtergrond. Van de bereikte deelnemers wilde 50% deelnemen, waardoor de totale respons uitkwam op 28% van de oorspronkelijke steekproef. Non-response analyses laten zien dat de deelnemers en niet-deelnemers niet veel van elkaar verschilden wat betreft sociaaleconomische variabelen [2]. Gegevens zijn verzameld door middel van een schriftelijke vragenlijst (online of op papier in te vullen), een lichamelijk onderzoek en aanvullend laboratoriumonderzoek. Deelnemers die niet zelf de vragenlijst konden invullen kregen hulp van een interviewer met dezelfde etnische achtergrond en dezelfde taal sprekend. De HELIUS studie is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het AMC en alle deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor de studie.

Selectie van deelnemers

Van 22.165 deelnemers waren data beschikbaar van zowel de vragenlijst als het lichamelijk onderzoek. Tijdens het lichamelijk onderzoek is aan alle deelnemers toestemming gevraagd om hun medische gegevens op te vragen en voor onderzoek te gebruiken. 90% van de 22.165 deelnemers gaf deze toestemming (19.895) en 78% van hen (15.461) kon gekoppeld worden aan de Achmea Health Database. Om de privacy te waarborgen, is een derde onafhankelijke partij ingeschakeld om de koppeling te verrichten en identificeerbare gegevens te verwijderen alvorens de gekoppelde data terug te sturen. Uit de gekoppelde data hebben wij een selectie gemaakt van alle deelnemers van 55 jaar en ouder met een Turkse ($n = 359$) en Marokkaanse ($n = 522$) achtergrond. Alle deelnemers behoren tot de eerste generatie: zij, en minimaal een van hun ouders, zijn geboren in respectievelijk Turkije en Marokko [6].

Zorggebruik in Nederland

De Achmea Health Database bevat alle informatie over de soort zorg die is gebruikt in Nederland en de frequentie daarvan. Op basis van deze data konden wij het gebruik van huisartsen-, paramedische en medisch specialistische zorg in verschillende variabelen uitdrukken. Zo hebben wij het totaal aantal contacten per jaar met de huisarts berekend, alsook het gemiddelde aantal contacten met de huisarts over de periode 2010–2015. Daarnaast hebben wij een dichotome variabele aange-

maakt, waarin een deelnemer wél of geen contact had met de huisarts in de periode 2010–2015. Tot slot hebben wij vastgesteld of een deelnemer een frequent bezoeker is van huisartsenzorg in de periode 2010–2015, gebaseerd op de methode van Smits et al. [7]. Bij deze methode hebben wij alle deelnemers met Turkse en Marokkaanse achtergrond uit HELIUS (18–70 jaar) genomen om per leeftijdsgroep de afkapwaarde voor frequent bezoeker te berekenen. In de methode van Smits et al. worden deelnemers in vier leeftijdsgroepen onderverdeeld (18–30, 31–44, 45–60 en 61+ jaar) en binnen elke leeftijdsgroep wordt de top 10% van contacten met de huisarts gelabeld als frequent bezoeker. Wij hebben per etniciteit en geslacht voor elk jaar (2010–2015) in elke leeftijdsgroep de top 10% van contacten met de huisarts berekend en alle deelnemers die daaraan voldoen als frequent bezoeker gelabeld. Indien een deelnemer in één van de jaren (2010–2015) was gelabeld als frequent bezoeker, dan kreeg men deze label voor de periode 2010–2015. Dezelfde methodiek werd toegepast voor paramedische en medisch specialistische zorg.

Zorggebruik in het land van herkomst

De Achmea Health Database bevat tevens alle buitenlandse zorgkosten die zijn gedeclareerd bij Achmea. Die informatie is gebruikt om een categoriale variabele te maken met drie categorieën van gedeclareerde zorggebruik in het land van herkomst in de periode 2010–2015: (0) geen zorggebruik in het land van herkomst, (1) éénmalig zorggebruik in het land van herkomst, (2) frequent zorggebruik in het land van herkomst. Daarnaast hebben wij in de HELIUS studie voor een deel van de deelnemers (namelijk de deelnemers die op het moment van inclusie in HELIUS aangaven in de afgelopen 12 maanden zorg in land van herkomst te hebben gebruikt; 149 van de 522 deelnemers met een Turkse achtergrond en 104 van de 359 deelnemers met een Marokkaanse achtergrond) informatie over de redenen van het zorggebruik in het land van herkomst in de afgelopen 12 maanden: second opinion, (toename) klachten, ontevredenheid over de Nederlandse zorg, wachtlijst vermindering, reguliere check-up. Het was mogelijk om meerdere antwoorden aan te kruisen.

Sociaaldemografische kenmerken en gezondheidstoestand

Deze data zijn verkregen uit de HELIUS studie. De volgende sociaaldemografische variabelen zijn meegenomen in de analyse: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau. Burgerlijke staat is gecategoriseerd in vijf groepen: (1) getrouwd of geregistreerd partnerschap, (2) samenwonend, (3) ongehuwd, (4) gescheiden, (5) verweduwd. Opleidingsniveau is vastgesteld aan de hand van de hoogst genoten opleiding afgerond met een diploma, in Nederland of in het land van her-

komst, en onderverdeeld in vier groepen: (1) geen onderwijs of alleen lager onderwijs, (2) lager voortgezet onderwijs of lager beroepsonderwijs, (3) middelbaar beroepsonderwijs of middelbaar/hoger voortgezet onderwijs, (4) hoger beroepsonderwijs of universiteit.

Algemene fysieke en mentale gezondheid, gemeten met de Short Form Survey 12 (SF-12) [8, 9] en het aantal chronische condities, zijn gebruikt als indicator voor de zorgbehoefte van de deelnemers. De SF-12 vergelijkt zowel de algemene mentale (MCS) als fysieke gezondheid (PCS) van een individu met de algemene bevolking (MCS en PCS, range 0–100). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat beide componenten van de SF-12 ook in de Turkse en Marokkaanse groepen te onderscheiden zijn [10]. Het aantal chronische condities (range 0–21) is berekend door gebruik te maken van een vragenlijst in de HELIUS studie die 21 chronische ziekten bevraagt, gebaseerd op de Amsterdamse Gezondheidsmonitor [11].

Mogelijke mediërende variabelen

Nederlandse taalvaardigheid, etnische identiteit en tevredenheid met de huisarts zijn meegenomen om de positie in de Nederlandse samenleving, de zelfredzaamheid binnen en de afstand tot het Nederlandse huisartsenzorg aan te duiden.

Moeite met de Nederlandse taal is een dichotome variabele (0 = nee, 1 = ja) gebaseerd op twee vragen over moeite met lezen en spreken in het Nederlands. Indien op één van de vragen met 'ja' is geantwoord, dan is moeite met de Nederlandse taal gescoord als 'ja'. Etnische identiteit is vastgesteld aan de hand van twee vragen: "ik voel mij Nederlands" en "ik voel mij Turks/Marokkaans", met de antwoordopties: (1) helemaal oneens, (2) beetje oneens, (3) neutraal, (4) beetje eens en (5) helemaal eens. Beide vragen zijn als 'ja' gescoord indien de deelnemer neutraal, beetje of helemaal eens antwoordde. Indien men zich Nederlands en Turks/Marokkaans voelde (dus op beide vragen 'ja' scoorde), dan werd men geïntegreerd als 'geïntegreerd'. Indien men zich Nederlands voelde maar niet Turks/Marokkaans, dan werd men geïntegreerd als 'geassimileerd'. Indien men zich niet Nederlands voelde maar wel Turks/Marokkaans, dan werd men geïntegreerd als 'gesepareerd'. Tot slot, als beide vragen met nee werden beantwoord, dan werd men geïntegreerd als 'gemarginaliseerd'. Tevredenheid met de huisarts is gecategoriseerd in vijf groepen: (1) ontevreden, (2) matig tevreden, (3) redelijk tevreden, (4) duidelijk tevreden, (5) zeer tevreden.

Statistische analyses

Descriptieve analyses zijn uitgevoerd om de baseline karakteristieken en zorggebruik per etnische groep te beschrijven. Vervolgens zijn univariabele en multiva-

riabele logistische regressieanalyses uitgevoerd om de relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst (% ja) en zorggebruik in Nederland (frequent bezoeker van huisartsen-, paramedisch, of medisch specialistische zorg (% ja)) te schatten, uitgedrukt in odds ratios (ORs). We begonnen met een model gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau (model I). In model II voegden wij de zorgbehoefte van deelnemers (SF-12, aantal chronische condities) toe, in model III taalvaardigheid en etnische identiteit en tot slot in model IV tevredenheid met de huisarts. De analyses zijn uitgevoerd met behulp van IBM SPSS statistics, versie 25 [12].

Resultaten

Karakteristieken van de studie populatie

De gemiddelde leeftijd was 60 jaar en 57% van de Turkse en 53% van de Marokkaanse deelnemers was vrouw (tab. 1). Meer dan twee derde van alle deelnemers was getrouwd, had geen of alleen lager onderwijs gevolgd en bijna 90% van alle deelnemers ondervond moeite met de Nederlandse taal. De Marokkaanse groep was meer 'geïntegreerd' dan de Turkse groep, die voor meer dan 40% als 'gesepareerd' kon worden geclassificeerd. Zorggebruik in het land van herkomst was aanzienlijk hoger in de Turkse groep in vergelijking met de Marokkaanse groep. Bij het zorggebruik in Nederland valt op dat vrijwel iedereen de huisarts bezocht (>95%) en dat meer dan een derde van alle deelnemers als frequent bezoeker van huisartsen, paramedische zorg en medisch specialistische zorg gelabeld kon worden.

Tab. 2 laat zien dat de reden voor zorggebruik in het land van herkomst vergelijkbaar was in de Turkse en Marokkaanse groepen onder de deelnemers die rapporteerden in de afgelopen 12 maanden zorg in het land van herkomst gebruikt te hebben. De voornaamste redenen voor zorggebruik waren gerelateerd aan klachten die in Turkije of Marokko optraden of verergerden. Daarnaast noemde de helft van de deelnemers een negatieve ervaring met het Nederlandse zorgsysteem (second opinion en ontevredenheid met de zorg) als reden voor zorggebruik in het land van herkomst.

Relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst en zorggebruik in Nederland

Binnen de Turkse groep was er geen verband tussen éénmalig zorggebruik in het land van herkomst en frequent bezoeker zijn van huisartsen- en paramedische zorg in Nederland, zowel voor als na correcties (tab. 3, modellen I tot en met IV). Er was wel een positief verband tussen éénmalig zorggebruik in Turkije en het zijn van frequent bezoeker van medisch specialistische zorg, maar dit verdween na correctie voor zorgbehoefte

Tabel 1 Sociaaldemografische kenmerken, gezondheidssituatie en het gebruik van zorg van oudere (55+) migranten met een Turkse en Marokkaanse achtergrond

	Turks	Marokkaans
Aantal participanten (n)	522	359
Leeftijd, gemiddelde (SD)	60,3 (4,17)*	59,7 (4,09)*
Geslacht (% vrouw)	56,5	52,6
Burgerlijke staat (%)		
– Getrouwd of geregistreerd partnerschap	69,8*	77,9*
– Samenwonend	2,5*	0,8*
– Ongehuwd	1,1*	1,2*
– Gescheiden	15,6*	13,7*
– Verweduwd	10,9*	6,5*
Opleidingsniveau (%)		
– Geen onderwijs of alleen lager onderwijs	66,6*	76,1*
– Lager voortgezet onderwijs of lager beroepsonderwijs	16,7*	11,2*
– Middelbaar beroepsonderwijs of middelbaar/hoger voortgezet onderwijs	11,0*	10,2*
– Hoger beroepsonderwijs of universiteit	5,7*	2,5*
SF-12 MCS, range 0–100, gemiddelde (SD)	44,8 (10,7)*	42,2 (12,3)*
SF-12 PCS, range 0–100, gemiddelde (SD)	38,3 (11,0)	38,9 (11,7)
Aantal zelf gerapporteerde chronische ziekten, range 0–21, mediaan (interkwartielafstand)	6 (3–9)*	4 (2–7)*
Moeite met de Nederlandse taal (% ja)	89,6*	92,2*
Etnische identiteit (%)		
– Integratie	48,8*	66,8*
– Assimilatie	4,1*	2,3*
– Separatie	42,1*	28,7*
– Marginalisatie	5,0*	1,2*
Tevredenheid met de huisarts (%)		
– Ontevreden	2,4	3,5
– Matig ontevreden	10,0	8,2
– Redelijk tevreden	29,5	23,6
– Duidelijk tevreden	26,3	29,3
– Zeer tevreden	31,9	35,5
Gebruik van zorg in het land van herkomst in de periode 2010–2015 (%)		
– Niet	41,2*	64,2*
– Éénmalig	39,3*	27,8*
– Frequent	19,5*	8,0*
<i>Zorggebruik in Nederland in de periode 2010–2015</i>		
Gebruik van huisartsen zorg in de periode 2010–2015 (%)	96,4	97,5
Gebruik van paramedische zorg in de periode 2010–2015 (%)	74,1	76,2
Gebruik van medisch specialistische zorg in de periode 2010–2015 (%)	89,1	88,9

Tabel 1 (Vervolg)

	Turks	Marokkaans
Frequent bezoeker van huisartsenzorg (%)	33,7	34,5
Frequent bezoeker van paramedische zorg (%)	35,4	34,3
Frequent bezoeker van medisch specialistische zorg (%)	51,9	46,2

* Significant verschillend tussen de twee groepen ($p < 0,05$)

Tabel 2 Redenen voor zorggebruik in het land van herkomst door oudere (55+) migranten met een Turkse en Marokkaanse achtergrond

	Turks	Marokkaans
Aantal participanten, <i>n</i>	149	104
Redenen (%) ^a		
– Ik kreeg klachten tijdens mijn verblijf	29 (27,1)*	18 (21,7)*
– Mijn klachten werden erger tijdens mijn verblijf	48 (44,9)*	43 (51,8)*
– Vanwege periodiek consult	5 (4,7)	4 (4,8)
– Om wachtlijsten te vermijden	2 (1,9)	2 (2,4)
– Om medicijnen te kopen die niet in Nederland zijn	2 (1,9)	0
– Vanwege een second opinion (ik was niet zeker over de diagnose of wilde dat bevestigen)	33 (30,8)*	15 (18,1)*
– Ik was ontevreden met de zorg in Nederland	24 (22,4)*	19 (22,9)*
– Om medicijnen te kopen die ik in Nederland niet voorgeschreven krijg door de arts	3 (2,8)	1 (1,2)
– Andere reden	3 (2,8)	2 (2,4)

* Significant verschillend tussen de twee groepen ($p < 0,05$)

^a Meerdere antwoorden mogelijk

(model II). Daarentegen was er wel een consistent, positief verband tussen frequent zorggebruik in Turkije en het zijn van frequent bezoeker van zowel huisartsen-, als paramedische en medisch specialistische zorg in Nederland ten opzichte van degenen zonder zorggebruik in Turkije. Dit verband bleef bestaan na correctie voor alle variabelen (model IV).

Binnen de Marokkaanse groep was er een positief verband zowel in personen die één keer als personen die frequent zorg gebruikten in Marokko ten opzichte van degenen die geen zorg in Marokko gebruikten, om frequent bezoeker te zijn van zowel huisartsen-, als paramedische en medisch specialistische zorg in Nederland, na correctie voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau (model I). Dit verband bleef bestaan na correctie voor gezondheidsstatus (model II), taalvaardigheid en etnische identiteit (model III) en tevredenheid met de huisarts (model IV); alleen voor de paramedische zorg waren de positieve verbanden niet meer statistisch significant.

Discussie

Ons onderzoek is een eerste stap om het mogelijke effect van transnationale zorg binnen de groep van eerste generatie migranten van Turkse en Marokkaanse afkomst in de context van de Nederlandse gezondheidszorg te evalueren. Naar ons weten is dit het eerste onderzoek waarbij data van een gezondheidsonderzoek is gekoppeld met data van een zorgverzekeraar voor dit doeleinde. Onze studie toont aan dat er een positieve relatie is tussen de zorg in het land van herkomst en zorg in het land van verblijf, gecorrigeerd voor onder andere zorgbehoefte.

Meer specifiek laten onze resultaten zien dat oudere Nederlanders met een Marokkaanse achtergrond die in 2010–2015 éénmalig of frequent zorg in Marokko gebruikten vaker frequenter bezoeker zijn van huisartsen- en medisch specialistische zorg dan degenen die geen zorg in Marokko gebruikten. Onder oudere Nederlanders met een Turkse achtergrond vonden een vergelijkbaar verband, maar zagen we dit alleen met frequent zorggebruik in Turkije (en niet met eenmalig

Tabel 3 Relatie tussen zorggebruik in het land van herkomst en zorggebruik in Nederland door oudere (55+) migranten met een Turkse en Marokkaanse achtergrond uitgedrukt in odds ratio's

				Model I	Model II	Model III	Model IV
<i>Deelnemers van Turkse achtergrond, n = 359</i>							
				<i>Frequent bezoeker van huisartsenzorg in Nederland (n)</i>			
		Nee	Ja				
Gedeclareerd zorggebruik in het land van herkomst	Nee	109	39				
	Éénmalig	95	46	1,20 (0,67–2,15)	1,00 (0,54–1,85)	0,93 (0,50–1,73)	0,90 (0,48–1,69)
	Frequent	31	39	3,37 (1,68–6,75)	2,40 (1,15–4,98)	2,21 (1,04–4,71)	2,24 (1,03–4,84)
				<i>Frequent bezoeker van paramedische zorg in Nederland (n)</i>			
		Nee	Ja				
Gedeclareerd zorggebruik in het land van herkomst	Nee	107	41				
	Éénmalig	96	45	1,42 (0,79–2,56)	1,22 (0,66–2,24)	1,23 (0,63–2,28)	1,17 (0,63–2,19)
	Frequent	33	37	3,48 (1,72–7,05)	2,58 (1,23–5,37)	2,80 (1,31–5,98)	2,82 (1,31–6,09)
				<i>Frequent bezoeker van medisch specialistische zorg in Nederland (n)</i>			
		Nee	Ja				
Gedeclareerd zorggebruik in het land van herkomst	Nee	98	50				
	Éénmalig	66	75	1,87 (1,07–3,27)	1,72 (0,97–3,04)	1,70 (0,95–3,07)	1,72 (0,95–3,11)
	Frequent	29	166	2,66 (1,35–5,26)	2,09 (1,03–4,24)	2,27 (1,09–4,75)	2,29 (1,09–4,84)
<i>Deelnemers van Marokkaanse achtergrond, n = 522</i>							
				<i>Frequent bezoeker van huisartsenzorg in Nederland (n)</i>			
		Nee	Ja				

Tabel 3 (Vervolg)				Model I	Model II	Model III	Model IV
Gedeclareerd zorggebruik in het land van herkomst	Nee	248	87				
	Éénmalig	81	64	2,44 (1,52–3,93)	2,34 (1,43–3,82)	2,51 (1,52–4,14)	2,54 (1,53–4,23)
	Frequent	17	25	4,37 (2,06–9,24)	3,31 (1,52–7,20)	3,61 (1,63–8,00)	3,61 (1,61–8,12)
<i>Frequent bezoeker van paramedische zorg in Nederland (n)</i>							
		Nee	Ja				
Gedeclareerd zorggebruik in het land van herkomst	Nee	236	99				
	Éénmalig	77	68	2,04 (1,28–3,26)	1,98 (1,23–3,19)	1,94 (1,20–3,14)	1,89 (1,16–3,09)
	Frequent	24	18	2,16 (1,04–4,49)	1,86 (0,87–3,99)	1,75 (0,81–3,77)	1,52 (0,70–3,34)
<i>Frequent bezoeker van medisch specialistische zorg in Nederland (n)</i>							
		Nee	Ja				
Gedeclareerd zorggebruik in het land van herkomst	Nee	192	143				
	Éénmalig	48	97	3,00 (1,84–4,88)	2,92 (1,77–4,83)	3,02 (1,82–5,03)	3,03 (1,80–5,08)
	Frequent	11	31	4,80 (2,11–10,96)	3,96 (1,68–9,34)	4,32 (1,80–10,35)	4,23 (1,74–10,27)

Model I: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau

Model II: Model I gecorrigeerd voor gezondheidsstatus (SF-12 MCS, SF-12 PCS en aantal chronische ziekten)

Model III: Model II gecorrigeerd voor Nederlandse taalvaardigheid en etnische identiteit

Model IV: Model III gecorrigeerd voor tevredenheid met de huisarts

zorggebruik) ten opzichte van degenen die geen zorg in Turkije gebruikten.

Hiermee is onze hypothese dat zorggebruik in het land van herkomst mogelijk leidt tot zorgmijding in Nederland, verworpen.

De Turkse en Marokkaanse groep vertonen verschillen in hun positie in de Nederlandse samenleving, de zelfredzaamheid binnen en de afstand tot het Nederlandse maatschappij. In de Turkse groep valt op dat zij een afstand ervaren tot de Nederlandse samenleving (40% van de deelnemers werd als 'gesepareerd' geclassificeerd) en beschikken over een lage zelfredzaamheid door lage Nederlandse taalvaardigheid en opleiding. Dit past goed in het patroon van een relatief hoog zorggebruik in Turkije. In de Marokkaanse groep is er minder 'separatie' ondanks een gelijkwaardig laag niveau van zelfredzaamheid door lage Neder-

landse taalvaardigheid en opleiding. Dit kan mogelijk deels verklaren waarom hun zorggebruik in het land van herkomst lager is dan onder de Turkse groep.

Nadat in het statistische model rekening was gehouden met verschillen in de taalvaardigheid in het Nederlands, de mate waarin men zich met de Nederlandse samenleving identificeerde (etnische identiteit) en tevredenheid met de huisarts, was er nog steeds een verband te zien tussen zorggebruik in het land van herkomst en het zijn van frequent bezoeker van de Nederlandse zorg. Anders gezegd: de factoren die wij in beschouwing hebben genomen vormden geen verklaring voor het hoge zorggebruik in Nederland onder diegenen die ook in het land van herkomst vaker zorg gebruikten.

Wat zijn dan mogelijke verklaringen voor het feit dat oudere migranten van Turkse en Marokkaanse af-

komt die frequent gebruik maken van de Nederlandse zorg, hetzelfde patroon laten zien in het land van herkomst? Wij vermoeden dat achter dit fenomeen een bepaald type patiënt schuil gaat: een patiënt die snel geneigd is een arts te bezoeken in het geval van klachten en bij wie de zorg die geleverd wordt niet goed aansluit bij de ervaren zorgbehoefte [4]. Als dit klopt, dan zou dit betekenen dat de eigen gezondheidsopvattingen over gezondheid, ziekte en over wat goede zorg is de voornaamste aanknopingspunten kunnen zijn voor onderzoek naar verandering in de frequentie van zorggebruik.

Sterke punten en beperkingen

De sterke kanten van de studie zijn de grote groepen deelnemers die door het HELIUS onderzoek zijn verzameld en het hoge percentage van gekoppelde deelnemers aan de Achmea Health Database. Wij menen dat hierdoor de geschatte relaties voldoende power bevatten voor generaliseerbaarheid van de resultaten.

Een mogelijke beperking van de studie is dat de Achmea Health Database geen informatie bevat over niet gedeclareerde zorg. De verwachting is echter dat dit een laag percentage is vanwege het feit dat Nederlandse zorgverzekeraars via een bemiddelingsbureau (EuroCross) de zorg in het land van herkomst vergoeden indien het noodzakelijke zorg betreft (onduidelijk hoe dit wordt gedefinieerd, per casus wordt dit bekeken). Daarnaast missen wij informatie over de duur van verblijf in het land van herkomst en het aantal keren dat men naar het land van herkomst gaat. Het zou een deel van het zorggebruik kunnen verklaren indien men langer of vaker in het land van herkomst verblijft.

Relevantie en vervolgonderzoek

Onze resultaten zijn relevant voor alle Westerse landen met een ouder wordende groep migranten. Onze resultaten laten zien dat deelnemers die regelmatig zorg gebruiken in het land van herkomst, ook vaker als frequent bezoeker van de Nederlandse zorg kunnen worden gelabeld. Meer aanvullend onderzoek is nodig om

te begrijpen wat de gezondheidsopvattingen (opvattingen over gezondheid, ziekte en wat goede zorg is) van deze groep zijn en op welke manier deze aanknopingspunten kunnen zijn voor het terugdringen van zorggebruik. Daarnaast kan onderzoek naar de veilige overdracht van medische gegevens en het voorkomen van onnodig herhaling (en kans op schade) van diagnostiek na terugkomst vanuit het land van verblijf de zorg voor dit type patiënt verbeteren.

In de praktijk kan de huisarts een centrale rol spelen bij deze groep patiënten, aangezien de huisarts op basis van frequent bezoek, leeftijd en etniciteit goed kan vaststellen welke patiënten dit zijn. Het biedt de kans om de sterke wens tot second opinion in het land van herkomst en ontevredenheid met de Nederlandse zorg bespreekbaar te maken door de bovengenoemde gezondheidsopvattingen uit te vragen en om zo aanknopingspunten te vinden om de zorg voor deze type patiënt passend te maken. Door het onderwerp te bespreken, kan de arts-patiënt relatie verbeteren en de veiligheid van de zorg worden bevorderd.

Conclusie

Zorggebruik in het land van herkomst onder Nederlanders met een Marokkaanse en Turkse achtergrond boven de 55 jaar komt veelvuldig voor. Ons onderzoek laat zien dat de mensen die vaker zorg gebruiken in het land van herkomst, ook vaker frequent bezoeker zijn van huisartsen-, paramedische of medisch specialistische zorg in Nederland. De huisarts kan een centrale rol spelen, als eerste contactpersoon van het Nederlandse zorgsysteem, om dit patroon bij individuele patiënten te bespreken. Vervolgonderzoek naar de gezondheidsopvattingen van Turkse en Marokkaanse ouderen die geregeld zorg gebruiken in het land van herkomst is nodig om frequent zorggebruik in Nederland en land van herkomst te verklaren.

Dankbetuiging. Wij bedanken de organisatie van HELIUS voor de dataverzameling en al haar deelnemers voor de deelname.

Literatuur

1. CBS Statline. Nederland in cijfers. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/>. Geraadpleegd op: 8 aug 2018.
2. Snijder MB, Galenkamp H, Prins M, Derks EM, Peters RJG, Zwinderman AH, et al. Cohort profile: the Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS) study in Amsterdam, The Netherlands. *BMJ Open*. 2017;7(12):e17873.
3. Stronks K, Snijder MB, Peters RJ, Prins M, Schene AH, Zwinderman AH. Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study. *BMC Public Health*. 2013;13:402.
4. Sekercan A, Lamkaddem M, Snijder MB, Peters RJ, Essink-Bot ML. Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. *Eur J Public Health*. 2014; <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku205>.

5. Sekercan A, Woudstra AJ, Peters RJG, Lamkaddem M, Akgun S, Essink-Bot ML. Dutch citizens of Turkish origin who utilize healthcare services in Turkey: a qualitative study on motives and contextual factors. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):289.
6. CBS. Begrippen. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=p#id=persoon-met-een-migratieachtergrond>. Geraadpleegd op: 8 aug 2018.
7. Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Mohrs J, Smeets HM, Bosmans JE, et al. Morbidity and doctor characteristics only partly explain the substantial healthcare expenditures of frequent attenders: a record linkage study between patient data and reimbursements data. *BMC Fam Pract.* 2013;14:138.
8. Ware J Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34(3):220–33.
9. Burdine JN, Felix MR, Abel AL, Wiltraut CJ, Musselman YJ. The SF-12 as a population health measure: an exploratory examination of potential for application. *Health Serv Res.* 2000;35(4):885–904.
10. Galenkamp H, Stronks K, Mookink LB, Derks EM. Measurement invariance of the SF-12 among different demographic groups: the HELIUS study. *PLoS ONE.* 2018;13(9):e203483.
11. GGD Amsterdam. Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2016. Amsterdam: Gemeente Amsterdam; 2018.
12. IBM. IBM SPSS statistics for Windows, version 25.0. Armonk: IBM; 2017.

Oorspronkelijk artikel

Hogere eenzaamheid onder Marokkaanse en Turkse ouderen in Nederland: Op zoek naar een verklaring

Theo G. van Tilburg · Tineke Fokkema

Samenvatting

Eenzaamheid komt vaker voor onder ouderen van Marokkaanse en Turkse herkomst dan van Nederlandse herkomst. Twee verklaringen voor dit verschil zijn onderzocht. (1) Het concept en de meting verschillen tussen de herkomstgroepen. (2) Migranten verkeren in een kwetsbare situatie. Er is gebruik gemaakt van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam. Interviews zijn gehouden met 176 mensen geboren in Marokko en 235 geboren in Turkije, in de leeftijd van 55–66 jaar, en wonend in stedelijke wijken. Gemiddeld migreerden zij 35 jaar geleden. Zij zijn vergeleken met een steekproef van 292 ouderen die, evenals hun ouders, geboren zijn in Nederland. De analyses laten zien dat de psychometrische eigenschappen van de eenzaamheidsschaal bevredigend zijn. Voor enkele items is er systematische vertekening. Migrantouderen hebben meer sociale contacten, maar participeren minder, zijn minder tevreden over hun inkomen, ervaren minder regie en hebben een slechtere gezondheid waaronder een groter aantal depressieve symptomen. Als rekening wordt gehouden met deze verschillen halveert het verschil in eenzaamheid met Nederlandse ouderen. De ervaringen vanuit migratie en als minderheid in Nederland versterken waarschijnlijk hun gevoelens van eenzaamheid. Interventies moeten zich niet richten op het verbeteren van sociaal contact, maar bijvoorbeeld op het versterken van het ervaren van een sociaal gewaardeerde rol en het vermijden van negatieve interpretaties.

Trefwoorden eenzaamheid · oudere migranten · gezondheid · psychometrische karakteristieken

T. G. van Tilburg (✉)
afdeling Sociologie, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam,
Nederland
e-mail: Theo.van.Tilburg@vu.nl

T. Fokkema
Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, Den
Haag, Nederland

School of Social and Behavioural Sciences, Rijksuniversiteit
Groningen, Groningen, Nederland

Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, Nederland

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0269-1>

Published online: 12 November 2018

Stronger feelings of loneliness among Moroccan and Turkish older adults in the Netherlands: A search for an explanation

Abstract

The prevalence of loneliness among Turkish- and Moroccan-Dutch older adults is higher than among Dutch older adults of non-migrant origin. Two explanations may account for this difference. (1) The meaning of the concept may differ, or there is differential item functioning. This might result in scores that not only differ in intensity but also in meaning across groups. (2) The position of older migrants is much more vulnerable than of non-migrant older people. Data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam were used to examine support for both explanations. Feelings of loneliness are explored among 176 people born in Morocco and 235 people born in Turkey, aged 55–66 years, and living in urban areas. They migrated on average 35 years ago to the Netherlands. They are compared with a matched sample of 292 older people of Dutch origin. The psychometric properties of the loneliness scale are satisfying, although there is some differential item functioning. Older migrants have more frequent social contacts, but are at a disadvantage in other domains. Taking into account differences in social participation, satisfaction with their income, mastery and depressive symptoms, the difference between older migrants' and non-migrants' loneliness is reduced to more than half. Being an older migrant and belonging to a minority might further contribute to feelings of loneliness. Interventions should not be directed at stimulating social contact, but rather, for example, at enhancing the appreciation of their social status and at avoiding negative interpretations of the situation.

Keywords Loneliness · Older migrants · Health · Psychometric properties

Inleiding

In vergelijking met mensen zonder een migratieachtergrond komt eenzaamheid onder migranten vaak voor [1–3]. De prevalentie onder migranten varieert naar herkomst. In Engeland is de prevalentie hoog onder ouderen afkomstig uit Pakistan, Bangladesh, Afrika, de Caraïben en China, maar niet onder ouderen van Indiase herkomst [4]. In Canada zijn oudere migranten uit een ander taal- en cultuurgebied bovengemiddeld eenzaam, terwijl dat niet geldt voor migranten met veel overeenkomsten met in Canada geboren ouderen [5]. Oudere migranten in Canada zijn eenzamer, maar niet wanneer zij zichzelf identificeren als Brits of Frans [6].

Twintig jaar geleden waren er al signalen van sterke eenzaamheid onder oudere migranten in Nederland, maar werd het mogelijk geacht dat het beeld van isolement en vereenzaming een cliché was, gevoed door

schrijnende individuele gevallen [7]. Cijfers uit de gezondheidsmonitor 2012 [8] en onderzoek op basis van SYMBOL-gegevens verzameld in 2010–2013 [9] laten echter relatief sterke eenzaamheid onder oudere migranten in de vier grote steden zien. Vooral oudere migranten van Turkse herkomst zijn eenzaam, gevolgd door ouderen van Marokkaanse en Surinaamse herkomst. De met deze verschillen samenhangende factoren zijn nog weinig onderzocht.

In deze studie gaan we na of verschillen in eenzaamheid tussen mensen van 55–66 jaar van Marokkaanse, Turkse en Nederlandse herkomst te begrijpen zijn vanuit twee factoren: in vergelijking met niet-migranten hebben migranten (1) een ander begrip van het concept eenzaamheid en rapporteren zij relatief snel eenzaamheid, en (2) hogere met eenzaamheid samenhangende risico's. Kortheidshalve beschrijven we de herkomstgroepen ook als Marokkanen, Turken en Nederlanders.

Het concept en de meting van eenzaamheid

De kern van eenzaamheid is de ontevredenheid met het sociale netwerk. De mens heeft een sterke behoefte aan sociale relaties waarin hij of zij verbondenheid, genegenheid en betrokkenheid vindt [10]. Omdat dit een basale behoefte is, komen gevoelens van eenzaamheid voor in diverse culturen. Eenzaamheid wordt gezien als een universeel menselijke ervaring [11]. Verschillende psychometrische studies laten zien dat eenzaamheid equivalent gemeten wordt in Westerse en niet-Westerse landen [12, 13], in verschillende Westerse [14] en Europese landen [15], en voor migranten en niet-migrant in Nederland [9, 16]. Kwalitatief onderzoek onder Nederlanders van Turkse en Surinaamse herkomst [17] geeft aan dat er voldoende constructvaliditeit is, hoewel het begrip leegte wijst op het ontbreken van gevoel van verbondenheid met God bij Turkse ouderen en op het ontbreken van sociale relaties bij Surinaamse ouderen. Ook lijkt voor Turkse ouderen de drempel lager om in te stemmen met een eenzaamheidsitem over vriendschap [18]. Een oorzaak kan zijn dat het antwoordalternatief 'soms' verschillend wordt geïnterpreteerd [4]. Samengevat, gegeven de herhaaldelijk gevonden cross-nationale en cross-culturele equivalentie van eenzaamheid verwachten wij dat met behulp van een bestaand meetinstrument eenzaamheid van oudere migranten en niet-migrant kan worden vergeleken (Hypothese 1).

Hoge risico's onder migranten

Veel factoren vergroten de kans op eenzaamheid. Bijvoorbeeld ouderen zonder een partner, alleenwonenden, met een klein netwerk of met weinig contacten waarmee frequent contact wordt onderhouden, zonder betaald of vrijwilligerswerk, geen deelname aan maatschappelijke activiteiten, met een laag inkomen

of met een slechte gezondheid, lopen een vergroot risico op eenzaamheid [19]. Oudere migranten van Marokkaanse en Turkse herkomst hebben gemiddeld veel meer risicofactoren dan niet-migrant, maar niet op alle domeinen [8, 20–23]. Beschermend is dat migranten ouderen relatief vaak inwonende kinderen hebben. Doordat hun contacten buitenshuis vaak ook met verwanten zijn, is hun netwerk echter eenzijdig samengesteld. Zij zijn vaak niet of laag geschoold en hebben doorgaans een laag inkomen. Velen zijn op zeer jonge leeftijd begonnen met werken, op het land of in de huishouding. Later in Nederland hebben de mannen meestal fysiek zwaar werk verricht in slechte arbeidsomstandigheden en zijn langdurig werkloos geweest of voortijdig arbeidsongeschikt geraakt. Vrouwen hebben hier veelal niet buitenshuis gewerkt, maar zijn de spil geweest van doorgaans grote gezinnen. Mede vanwege taalbarrières en cultuurverschillen hebben Marokkaanse en Turkse ouderen nogal eens moeite met het vinden van aansluiting bij de Nederlandse samenleving (inclusief reguliere instanties op het gebied van welzijn en zorg) en met het nemen van de eigen regie in hun leven. Zij rapporteren verhoudingsgewijs veel chronische aandoeningen en fysieke beperkingen op het gebied van mobiliteit en persoonlijke verzorging, en een lage ervaren gezondheid. Op basis van bovenstaande verwachten we dat de hogere eenzaamheid onder oudere migranten ten opzichte van niet-migrant deels toe te rekenen is aan de grotere risico's onder oudere migranten (Hypothese 2).

Methoden

Ondervraagden

De data zijn afkomstig van de Longitudinal Aging Study Amsterdam [24]. De steekproeven zijn naar sekse gestratificeerd en getrokken uit gemeentelijke bevolkingsregisters. In 2012 en 2013 zijn 1.023 mannen en vrouwen geboren tussen 1948 en 1957 geïnterviewd. Zij wonen in Amsterdam, Zwolle of Oss, of in zes omringende gemeenten: Waterland, Wormerland, Zwartewaterland, Ommen, Uden, Boekel. Het responsepercentage was 63. Bijna allen zijn van Nederlandse herkomst. In 2013 en 2014 zijn 209 mensen van Marokkaanse herkomst en 269 van Turkse herkomst geïnterviewd. Zij wonen in Amsterdam, Zwolle of Oss, of in twaalf andere steden: Alkmaar, Almere, Amersfoort, Breda, Eindhoven, Enschede, Haarlem, Helmond, Hilversum, Nijmegen, Tilburg, Zaanstad. Het responsepercentage was 45.

Het interview werd in het Nederlands, Marokkaans-Arabisch (Darija), Berbers (Tarifit/Riffijns) of Turks gehouden. Voor diverse vragen is de vertaling overgenomen uit eerder onderzoek, zoals de eenzaamheidschaal uit de SYMBOL studie [9] en de CES-D depressieschaal uit Spijker et al. [25]. Vragen die niet in het

Marokkaans-Arabisch, Berbers of Turks beschikbaar waren, zijn door twee professionals vertaald volgens de heen-en-terug methode. De vragenlijst is in verschillende pilot-interviews getest en geëvalueerd.

Om de twee steekproeven te harmoniseren, werden geselecteerd: ouderen zelfstandig wonend in stedelijke wijken, gehuwd en met de partner samenwonend, of niet gehuwd en zonder partner, en geboren in Marokko ($N=176$), Turkije ($N=235$) of Nederland ($N=292$). Gemiddeld zijn de migranten sinds 1977 in Nederland.

Meetinstrumenten

De centrale variabele eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidschaal van De Jong Gierveld [26]. Deze schaal heeft elf items met als antwoordmogelijkheden 'ja', 'min of meer' en 'nee'. Een bevestigend antwoord op zes negatief geformuleerde items of een ontkennend antwoord op een positief geformuleerd item, en een antwoord in de middencategorie telt als een eenzaamheidspunt. Schaalwaarden zijn 0–11. Twee directe metingen van eenzaamheid zijn meegenomen ter indicatie van soortgenootvaliditeit: de uitspraak 'Ik voel mij soms wel eens eenzaam' met dezelfde antwoordmogelijkheden als de items van de eenzaamheidschaal, en of de ondervraagden zich rekenen tot de niet (1), matig (2), sterk (3) of zeer sterk (4) eenzamen. Tab. 1 geeft de beschrijvende gegevens.

Naast sekse (0 = man, 1 = vrouw) en leeftijd zijn in vijf domeinen groepen onafhankelijke variabelen onderscheiden: sociale relaties, sociaaleconomische positie, maatschappelijke participatie, regie en gezondheid. Voor wat betreft sociale relaties werd de burgerlijke staat (0 = niet gehuwd en geen partner, 1 = gehuwd), het aantal personen in het huishouden buiten de ondervraagde (0–8) en het aantal kinderen (0–13) vastgesteld. Voor vijf relatietypen is de contactfrequentie (face-to-face, per telefoon, brief of e-mail) gevraagd [21]: uit huis wonende kinderen; uit huis wonende kleinkinderen; schoondochters en schoonzonen; overige familie; vrienden en kennissen; en burens en buurtgenoten. De antwoordmogelijkheden variëren van 'minder dan maandelijks' (1) tot 'iedere dag' (5).

De sociaaleconomische positie is gemeten met drie variabelen. Opleidingsniveau varieert van 'geen afgeronde opleiding' (1) tot 'universitaire opleiding' (9). Het maandelijks netto inkomen is gemeten als euro per maand in 24 categorieën. De tevredenheid met het inkomen varieert van 'ontevreden' (1) tot 'tevreden' (5).

Maatschappelijke participatie is gemeten in drie dichotome variabelen. Gevraagd is of men werkt, of men lid is van een maatschappelijke organisatie zoals een vakbond of een politieke partij, en of men Internet gebruikt. Een vierde, ordinale variabele is kerk/

Tabel 1 Beschrijvende gegevens (gemiddelde of proportie) naar herkomst

	Nederlands		Marokkaans		Turks		Nederlands vs. Marokkaans	Nederlands vs. Turks	Marokkaans vs. Turks
	N= 292		N= 176		N= 235				
	M	SD	M	SD	M	SD			
Eenzaamheid (schaalscore, 0–11)	1,7	2,6	4,5	3,1	5,6	3,3	***	***	***
Ik voel mij soms wel eens eenzaam (1–3)	1,5	0,7	1,7	0,9	2,0	0,9	*	***	***
Zich rekenen tot de niet ... zeer sterk eenzamen (1–4)	1,2	0,5	1,6	0,8	1,9	0,7	***	***	***
Vrouw (vs. man)	0,54		0,39		0,44		**		
Leeftijd (55–66)	60,6	3,1	60,9	2,9	60,8	3,1			
Gehuwd (vs. niet gehuwd en geen partner)	0,70		0,81		0,78		*		
Aantal personen in huishouden (0–8)	0,3	0,6	2,1	1,8	0,7	1,0	***	***	***
Aantal kinderen (0–13)	1,8	1,3	4,7	2,3	3,5	1,6	***	***	***
Contactfrequentie (schoon)kinderen (1–5)	3,3	1,6	3,9	1,4	4,2	1,0	***	***	*
Contactfrequentie kleinkinderen (1–5)	2,3	1,5	3,2	1,5	3,4	1,4	***	***	
Contactfrequentie overige familie (1–5)	3,4	0,9	2,9	1,1	2,9	1,0	***	***	
Contactfrequentie vrienden/bekenden (1–5)	3,7	0,8	4,0	1,2	4,1	0,9	**	***	
Contactfrequentie buren (1–5)	3,8	1,0	4,1	1,1	4,1	1,0	**	**	
Opleidingsniveau (1–9)	5,6	2,2	2,5	2,1	2,6	1,8	***	***	
Hoogte inkomen (1–24)	13,6	5,7	7,5	3,1	7,8	3,2	***	***	
Tevredenheid met inkomen (1–5)	4,1	1,3	2,7	1,6	2,1	1,3	***	***	***
Werkend (vs. niet werkend)	0,58		0,30		0,20		***	***	
Lid organisaties (vs. niet)	0,73		0,77		0,95			***	***
Gebruik Internet (vs. niet)	0,91		0,40		0,32		***	***	
Bezoekfrequentie kerk of moskee (1–6)	1,8	1,4	4,7	1,9	4,3	1,9	***	***	*
Ervaren regie (5–25)	18,8	3,3	16,7	5,6	13,8	4,6	***	***	***
Gezondheid in het algemeen (1–5)	3,7	0,9	2,6	1,1	2,5	1,0	***	***	
Aantal chronische ziekten (0–6)	1,0	0,9	1,3	1,1	2,0	1,4	*	***	***
Fysiek functioneren (6–30)	28,9	2,6	27,1	3,9	24,8	5,5	***	***	***
Cognitief functioneren (0–30)	28,5	1,6	27,2	2,5	26,0	2,8	***	***	***
Depressieve symptomen (0–60)	7,7	7,3	15,9	11,3	18,2	11,0	***	***	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

moskeebezoek met waarden lopend van 'geen lid of nooit' (1) tot 'wekelijks of vaker' (6).

Voor ervaren regie legden we vijf uitspraken voor [27]. Een voorbeeld is: 'Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen'. De antwoordmogelijkheden variëren van 'sterk mee oneens' (1) tot 'sterk mee eens' (5). Cronbachs alfa is 0,83 voor Marokkanen, 0,80 voor Turken en 0,79 voor Nederlanders. De som van de waarden varieert tussen 5 en 25.

Ten aanzien van gezondheid zijn vijf variabelen onderzocht: gezondheid in het algemeen, chronische ziekten, fysiek functioneren, cognitief functioneren en depressieve symptomen. Antwoorden op de vraag naar de gezondheid in het algemeen variëren van 'slecht' (1) tot 'uitstekend' (5). Chronische ziekten zijn ziekten en klachten die tenminste drie maanden duren, of waarvoor mensen lange tijd door een arts worden behandeld of gecontroleerd. We tellen het aantal ziekten (maximaal zes). Zes vragen verwijzen naar fysieke activiteiten in het dagelijks leven, zoals lopen. De antwoordmogelijkheden variëren van 'kan de activiteit niet uitvoeren' (1) tot 'de activiteit wordt zonder hulp uitgevoerd' (5). Cronbachs alfa is 0,77 voor Marokkanen, 0,87 voor Turken en 0,82 voor Nederlanders. De somscore varieert tussen 6 en 30. Cognitief functioneren is gemeten met de 'Mini-Mental State Examination' [28], met waarden tussen 'zeer slecht' (0) en 'goed' (30). Twintig items legden we voor over depressieve symptomen [29] (CES-D). Cronbachs alfa is 0,92 voor Marokkanen, 0,91 voor Turken en 0,90 voor Nederlanders. Schaalwaarden zijn 0–60.

Procedure

Voor Hypothese 1 onderzoeken we binnen de drie herkomstgroepen verschillende psychometrische karakteristieken. Loevingers homogeniteit geeft de samenhang aan tussen de itemscores (0,30 is de ondergrens) [30]. Betrouwbaarheid bekijkt de onderlinge samenhang in relatie tot het aantal items (0,80 is de ondergrens) [31]. Voor betrouwbaarheid berekenen we Cronbachs alfa, en een verbeterde versie daarvan die de 'hoogste ondergrens' wordt genoemd (GLB) [32]. Soortgenootvaliditeit is er wanneer een meting voldoende samenhangt met andere variabelen waarvan aannemelijk is dat deze

hetzelfde concept meten [33]. We berekenen de samenhang tussen de schaalscore en de antwoorden op de twee directe vragen naar eenzaamheid (Spearman's rho; vanaf 0,50 wordt de samenhang als matig tot sterk gezien). Vertekening (bias of 'differential item functioning') toetsen we door voor elk item in de gepoolde steekproef na te gaan of in de herkomstgroepen de mate van instemming gegeven de schaalscore (uniform) en de oplopende kans op instemming bij een toenemende schaalscore (non-uniform) overeenkomt [34]. Logistische regressie van de gedichotomiseerde itemscore wordt uitgevoerd met herkomst en schaalscore als interacterende predictoren. De Wald statistiek is χ^2 verdeeld, en is gevoelig voor de steekproefomvang. We gebruiken de voorspelde waarden om itemkarakteristieke curves te bepalen.

We gaan middels variantieanalyse na of risicofactoren vaak voorkomen bij de migranten in vergelijking met Nederlanders. We gebruiken de Bonferroni-correctie om zoveel mogelijk uit te sluiten dat – bij het toetsen van het verschil tussen drie groepen – de gevonden verschillen op toeval berusten. Middels lineaire regressieanalyse van eenzaamheid gaan we na welke factoren samenhangen met eenzaamheid. We controleren voor sekse en leeftijd, en brengen de verschillen tussen de herkomstgroepen in als dummy-variabelen. We voeren drie sets analyses uit. Eerst gaan we na of groepen van variabelen voor sociale relaties, sociaaleconomische positie, maatschappelijke participatie, regie, en gezondheid de verschillen in gemiddelde eenzaamheid naar herkomst reduceren. Vervolgens kijken we naar het effect van afzonderlijke variabelen, en naar de effecten in een multivariaat model waarin alle risicofactoren zijn opgenomen.

Resultaten

Validiteit eenzaamheidsschaal

De homogeniteit van de set items is binnen de herkomstgroepen voldoende, evenals de betrouwbaarheid (tab. 2). De correlatie tussen de eenzaamheidsschaal en de twee directe vragen wijst op soortgenootvaliditeit. Voor de meeste karakteristieken liggen de waarden in de drie herkomstgroepen dicht bij elkaar. Uitzondering

Tabel 2 Homogeniteit, betrouwbaarheid en soortgenootvaliditeit van de eenzaamheidsschaal naar herkomst

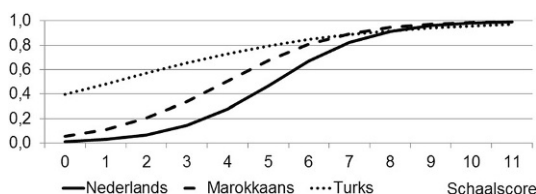
	Nederlands	Marokkaans	Turks
Loevingers homogeniteit (H)	0,48	0,30	0,44
Betrouwbaarheid (Cronbachs alpha)	0,87	0,80	0,84
Betrouwbaarheid (GLB)	0,92	0,87	0,89
Ik voel mij soms wel eens eenzaam (Spearman's rho)	0,53	0,61	0,61
Zich rekenen tot de niet ... zeer sterk eenzamen (Spearman's rho)	0,51	0,58	0,55

Tabel 3 Vertekening van eenzaamheidsitemscores naar herkomst

	Uniform		Non-uniform		Kans op in- -----	Neder- lands	Marok- kaans	Turks		
	Marokkaans	Turks	Marokkaans	Turks						
	Wald	Wald	Wald	Wald						
Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	6,8	**	6,0	*	3,3	7,0	**	0,18	0,30	0,25
Ik mis een echt goede vriend of vriendin	0,0		3,3		2,8	0,7		0,29	0,19	0,42
Ik ervaar een leegte om me heen	2,7		7,7	**	0,6	1,3		0,09	0,19	0,28
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	11,1	***	0,2		7,3	**	0,1	0,08	0,22	0,07
Ik mis gezelligheid om me heen	5,3	*	47,1	***	0,7	13,5	***	0,14	0,34	0,65
Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	2,3		1,3		4,6	*	4,0	*	0,29	0,27
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	0,6		0,1		4,4	*	4,5	*	0,44	0,21
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	2,5		4,1	*	2,2	0,6		0,20	0,25	0,08
Ik mis mensen om me heen	2,7		0,2		2,8	1,2		0,19	0,24	0,17
Vaak voel ik me in de steek gelaten	0,0		0,1		0,1	0,0		0,05	0,05	0,04
Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	16,2	***	3,4		8,0	**	0,0	0,12	0,32	0,03

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

is de lagere homogeniteit bij de Marokkaanse ouderen. De gegevens om systematische vertekening vast te stellen zijn opgenomen in tab. 3. Voor vijf items is er geen vertekening: 'Ik mis een echt goede vriend of vriendin', 'Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt', 'Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen', 'Ik mis mensen om me heen', en 'Vaak voel ik me in de steek gelaten'. Noch voor het hoofdeffect van herkomst, noch voor het interactie-effect is er een significante Wald (niet in de tabel). De grootste problemen vinden we voor het item 'Ik mis gezelligheid om me heen'. De voorspelde kansen om in te stemmen met dit item zijn relatief hoog voor Turken, en in mindere mate voor Marokkanen (fig. 1). Bij een score van, bijvoor-



Figuur 1 Itemkarakteristieke curve voor 'Ik mis gezelligheid om me heen'

beeld, 3 punten op de eenzaamheidsschaal is de kans dat Turken instemmen 0,65 en voor Marokkanen 0,34, tegen 0,14 voor Nederlanders (tab. 3). Deze antwoordtendentie zien we ook bij 'Ik ervaar een leegte om me heen'. Turken en Marokkanen scoren relatief hoog in de eenzaamheidsrichting (zij ontkennen dus vaak) op het item 'Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan'. Marokkanen scoren relatief hoog in de eenzaamheidsrichting op de items 'Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht', 'Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel' (samen met Nederlanders), en 'Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen'. We vinden steun voor Hypothese 1 dat de eenzaamheidsschaal een valide instrument is in dit onderzoek, maar zien ook item-specifieke vertekeningen.

Verschillen in risicofactoren

Er zijn grote verschillen tussen de drie herkomstgroepen wat betreft de domeinen van sociale relaties, sociaaleconomische positie, maatschappelijke participatie, regie en gezondheid. De gemiddelden (tab. 1) geven aan dat Marokkaanse en Turkse ouderen sociaal beter

zijn ingebed dan Nederlandse ouderen, met uitzondering van de contactfrequentie met overige familie. De Marokkanen hebben meer kinderen, meer personen in het huishouden en meer contact met schoonkinderen dan de Turken. De migrantenouderen hebben een relatief zwakke sociaaleconomische positie: zij hebben een lagere opleiding, een lager inkomen en, vooral de Turken, zijn minder tevreden met hun inkomen dan de Nederlanders. Wat betreft maatschappelijke participatie werken de migrantenouderen minder vaak en bevinden zij zich minder op het internet. Daar staat tegenover dat zij vaker de moskee bezoeken dan Nederlanders de kerk bezoeken en Turken zijn vaker lid van een organisatie. De migrantenouderen, vooral Turken, ervaren minder regie en hebben op alle aspecten een slechtere gezondheid dan de Nederlanders.

Verklaring verschillen in eenzaamheid

Op grond van de verschillen in met eenzaamheid samenhangende factoren verwachten we dat de sterkere eenzaamheid onder migranten niet te verklaren is door verschillen in sociale relaties, maar wel door hun slechtere situatie wat betreft sociaaleconomische positie, maatschappelijke participatie, regie en gezondheid. De resultaten van de regressieanalyse laten dit ook zien. Gecontroleerd voor leeftijd en sekse (beide niet significant) is de eenzaamheid van Nederlanders 1,7 punten op de schaal van 0–11. De eenzaamheid van Marokkanen is 2,8 punten hoger en van de Turken 3,9 punten hoger. Wanneer we rekening houden met de (betere) positie op het gebied van sociale relaties, is de eenzaamheid van Marokkanen en Turken respectievelijk 3,0 en 4,3 punten hoger. Rekening houdend met verschillen in sociaaleconomische positie is het verschil in eenzaamheid 1,5 en 2,4 punten, respectievelijk. Na toevoeging van alleen variabelen voor maatschappelijke participatie is het verschil in eenzaamheid 2,4 en 3,4 punten, respectievelijk. Wanneer we de verschillen in ervaren regie in het model brengen, is de eenzaamheid van Marokkanen en Turken respectievelijk 2,1 en 2,4 punten hoger. Ten slotte is na controle voor alleen gezondheid het verschil in eenzaamheid respectievelijk 1,2 en 2,0 punten. Elke modelaanpassing is significant ($p < 0,001$). De zwakkere sociaaleconomische positie, mindere maatschappelijke participatie en ervaren regie, en slechtere gezondheid dragen dus in belangrijke mate bij aan de sterkere eenzaamheid onder migrantenouderen. Wanneer we alle factoren tegelijk in het regressiemodel opnemen, zijn Marokkaanse ouderen gemiddeld 1,2 punten en Turkse ouderen gemiddeld 1,9 punten sterker eenzaam dan Nederlanders. Dit multivariate model laat zien dat van het oorspronkelijk aangetroffen verschil in eenzaamheid (2,8 en 3,9 punten, respectievelijk) tussen de herkomstgroepen meer dan de helft toe te rekenen is aan verschillen in de onderzochte risicofactoren.

De parameters van de lineaire regressie van eenzaamheid zijn opgenomen in tab. 4. In het linker gedeelte van de tabel zijn de effecten gegeven, gecontroleerd voor sekse en leeftijd, en nadat de verschillen tussen de drie herkomstgroepen zijn ingebracht. Alle effecten zijn in de verwachte richting, en de meeste zijn statistisch significant. Het multivariate model in het rechter gedeelte geeft aan dat vijf effecten significant zijn. Gehuwd zijn vermindert gevoelens van eenzaamheid. Omdat in de steekproef de migranten vaker gehuwd zijn dan de Nederlanders, is de gemiddelde eenzaamheid onder de Marokkaanse en Turkse ouderen gemiddeld 0,1 punten lager. Ze hebben ook vaker contact met vrienden en bekenden; dit geeft ook 0,1 punten verlaging van eenzaamheid. Echter, drie factoren vergroten de gemiddelde eenzaamheid van migranten: zij zijn ontevredener over het inkomen (resultierend in een verhoging van de eenzaamheidsscore met voor Marokkanen 0,4 en voor Turken 0,6 punten), ervaren minder regie (0,3 en 0,7 punten, respectievelijk) en hebben meer depressieve symptomen (0,9 en 1,2 punten, respectievelijk).

Discussie

Migrantouderen van Marokkaanse en Turkse herkomst zijn gemiddeld sterker eenzaam dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Dat is eerder gevonden in de vier grote steden [8, 9], en de resultaten van dit onderzoek in vijftien steden bevestigen dit. De nu vastgestelde psychometrische karakteristieken van de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld geven aan dat de schaal binnen elke herkomstgroep goed bruikbaar is. De test van soortgenotenvaliditeit geeft aan dat de eenzaamheidsschaal een goede overeenkomst heeft met directe metingen van eenzaamheid, in ongeveer gelijke mate in de drie herkomstgroepen. Voor vergelijking tussen de groepen is van belang dat de itemkarakteristieke curves in de drie herkomstgroepen ongeveer gelijk zijn. Voor zes items was de gelijkenis statistisch onvoldoende. Dit grote aantal is niet los te zien van de steekproefomvang en moet daarom niet gelijk als uitgangspunt voor een beoordeling worden genomen. In kwalitatief onderzoek [17] werd één van deze zes en een ander item als intercultureel sensitief aangeduid. Het item over 'gezelligheid' waar wij het grootste probleem vonden, kwam in dat onderzoek niet als problematisch naar voren. Er zijn dus duidelijke signalen dat sommige items verschillende gewichten hebben voor de drie herkomstgroepen, en nader onderzoek is wenselijk. Maar omdat de schaal verschillende items bevat, middelen item-specifieke vertekeningen elkaar uit in de somscore. Het onderzoek naar homogeniteit, betrouwbaarheid, soortgenotenvaliditeit en vertekening geeft op dit moment voldoende aanwijzingen voor de validiteit van de schaal als geheel, en staat onderzoek waarin de intensiteit van eenzaamheid tussen verschil-

Tabel 4 Lineaire regressie van eenzaamheid (bereik 0–11; $N = 703$)

	Gecontroleerd voor sekse, leeftijd, herkomst		Multivariaat	
	B	SE B	B	SE B
Constante			2,80	0,20 ***
Vrouw (vs. man)			-0,45	0,20 *
Leeftijd (55–66)			0,04	0,03
Marokkaans (vs. Nederlands)			1,21	0,36 ***
Turks (vs. Nederlands)			1,87	0,32 ***
Gehuwd (vs. niet gehuwd en geen partner)	-1,98	0,25 ***	-1,09	0,26 ***
Aantal personen in huishouden (0–8)	-0,10	0,10	0,04	0,09
Aantal kinderen (0–13)	-0,12	0,07	0,03	0,07
Contactfrequentie (schoon)kinderen (1–5)	-0,34	0,08 ***	-0,16	0,08
Contactfrequentie kleinkinderen (1–5)	-0,23	0,08 **	-0,10	0,08
Contactfrequentie overige familie (1–5)	-0,35	0,11 **	-0,14	0,09
Contactfrequentie vrienden en bekenden (1–5)	-0,58	0,11 ***	-0,31	0,10 **
Contactfrequentie bureu (1–5)	-0,45	0,11 ***	-0,16	0,09
Opleidingsniveau (1–9)	-0,11	0,06 *	-0,05	0,05
Hoogte inkomen (1–24)	-0,18	0,03 ***	0,00	0,03
Tevredenheid met inkomen (1–5)	-0,61	0,08 ***	-0,29	0,07 ***
Werkend (vs. niet werkend)	-1,16	0,25 ***	-0,07	0,23
Lid organisaties (vs. niet)	-0,50	0,30	-0,04	0,25
Gebruik Internet (vs. niet)	-0,89	0,28 **	0,24	0,25
Bezoekfrequentie kerk of moskee (1–6)	-0,10	0,07	0,04	0,06
Ervaren regie (5–25)	-0,30	0,02 ***	-0,13	0,02 ***
Gezondheid in het algemeen (1–5)	-0,89	0,11 ***	-0,08	0,11
Aantal chronische ziekten (0–6)	0,41	0,10 ***	-0,12	0,09
Fysiek functioneren (6–30)	-0,18	0,03 ***	0,00	0,03
Cognitief functioneren (0–30)	-0,09	0,06	0,03	0,05
Depressieve symptomen (0–60)	0,17	0,01 ***	0,11	0,01 ***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. $R^2 = 0,57$

lende herkomstgroepen vergeleken wordt, niet in de weg.

In het domein van sociale relaties zijn migrantenouderen beter beschermd dan ouderen van Nederlandse herkomst, althans wat betreft aanwezigheid van en contact binnen relaties; geen informatie was beschikbaar over andere aspecten zoals inhoud en kwaliteit van de relaties. In eerder onderzoek [16] is wel de betekenis van een partnerrelatie en contact met bureu voor eenzaamheid onderzocht, maar niet de betekenis van andere typen sociale relaties. Overeenkomstig met de verwachting vonden we dat in Nederland migrantenouderen een groter risico lopen in de domeinen van sociaaleconomische positie, maatschappelijke partici-

patie, gezondheid en regie, en dat dit samenhangt met hun gemiddeld sterkere eenzaamheid. Voor de eerste drie domeinen komt dit overeen met resultaten van eerder Nederlands onderzoek onder migranten [16]. Deze vier domeinen bleken in het onderzoek naar veroudering ook belangrijk bij ouderen van Nederlandse herkomst, maar pas vanaf de leeftijd van 70 jaar [35]. De vergelijking van de Marokkaanse en Turkse ouderen in de leeftijd van rond de zestig jaar met hun Nederlandse leeftijdsgenoten, 'jong-ouderen', is minder passend.

We onderzochten alleen risicofactoren waarvoor gegevens beschikbaar waren in beide dataverzamelingen. Het LASA-onderzoek onder ouderen van Nederlandse herkomst is niet ontworpen met het oog op vergelijking

met migranten. Zo kan geringe Nederlandse taalvaardigheid voor migranten een risico voor eenzaamheid vormen [36], maar taalvaardigheid is niet onderzocht bij ondervraagden van Nederlandse herkomst en het is onbekend of dit bij hen een factor is in het ontstaan of voortbestaan van eenzaamheid. Migrant-specifieke factoren kunnen niet in de vergelijking met Nederlanders worden betrokken. Bijvoorbeeld transnationaal gedrag vergroot de kans op eenzaamheid [36]. Doordat migranten hun eigen identiteit en cultuur willen behouden, zijn ze gericht op hun vaderland, naast hun leven in Nederland. Hun sociale leven in Nederland had lange tijd geen prioriteit omdat het perspectief gericht was op terugkeer. Factoren zoals sociale uitsluiting, ervaren discriminatie en onvoldoende toegankelijkheid tot de reguliere professionele zorg zijn niet onderzocht. We konden ook geen aandacht besteden aan verschillen tussen de herkomstgroepen in hun opvattingen over de prioriteit die zij geven aan hun individuele doelen versus die van het collectief waar zij deel van uitmaken. De Nederlandse cultuur was decennia geleden al sterk individualistisch vergeleken met Marokko en Turkije [37], en dit kan betekenen dat ouderen van Nederlandse herkomst andere verwachtingen hebben en zich minder snel eenzaam voelen dan ouderen van Marokkaanse en Turkse herkomst [38]. De huidige studie geeft dus een zeer beperkt zicht op cross-culturele factoren in eenzaamheid, en heeft ook een beperkt oog voor de diversiteit binnen de drie herkomstgroepen.

De grotere kwetsbaarheid van migranten komt uit een samenspel van drie omstandigheden: ze hebben de ingrijpende gebeurtenis meegemaakt dat zij hun vaderland hebben verlaten, en ze worden oud in een tweede thuisland, waar zij een minderheid zijn [39]. De migratie gaf een culturele schok [40]: ze werden geconfronteerd met andere omgangsvormen, gewoonten, geloofsrichtingen, eetcultuur, landschap, klimaat, en een andere taal. Aanpassing en aansluiting brengt stress met zich mee [41], en stress vergroot de kans op eenzaamheid. Migrantenvormen een achtergestelde minderheid die als zodanig bejegend wordt. In Nederland zijn er veel, en in toenemende mate, negatieve vooroordelen tegenover Marokkaanse en Turkse migranten [42, 43]. Naast de onderzochte factoren die belangrijke

verklaringen geven voor de verschillen in eenzaamheid tussen migranten en ouderen van Nederlandse herkomst, is het aannemelijk dat ook de persoonlijke migratiegeschiedenis en ervaringen van achterstelling en etnische discriminatie bijdragen aan hun eenzaamheid.

Veel eenzaamheidsinterventies richten zich op het vergroten van de mogelijkheden tot ontmoeting, persoonlijk contact en praktische steun [44]. Vanuit de definitie van eenzaamheid waarin het gemis aan persoonlijke relaties centraal staat, is deze keuze navolgbaar. Op basis van de resultaten van dit onderzoek is duidelijk dat dit soort interventies niet voldoende aansluiten bij het eenzaamheidsprobleem van veel migrantenouderen. Immers, hoewel er in het domein van sociale relaties ook risico's voor migrantenouderen zijn, is hun sterkere eenzaamheid niet daaraan toe te rekenen. Belangrijk bleken factoren in andere domeinen, namelijk de zwakke sociaaleconomische positie, de geringe maatschappelijke participatie, het gebrek aan ervaren regie, en voor gezondheid het grote aantal depressieve symptomen. Dit geeft aan dat andere oplossingsrichtingen onderzocht moeten worden. Voorbeelden hiervan zijn het zich richten op zinvolle bezigheden, het versterken van het ervaren van een sociaal gewaardeerde rol, en het vermijden van negatieve interpretaties. De overeenkomst in risicofactoren onder de oudsten van Nederlandse herkomst en migrantenouderen suggereert dat een aanpak die potentieel effectief is onder ouderen van Nederlandse herkomst ook toegepast kan worden bij migrantenouderen. Of dit het geval is, is echter niet bekend. Mogelijk moet zo'n aanpak aangepast worden om succesvol te zijn. Tevens dient nagegaan te worden welke migrant-specifieke factoren in de aanpak verwerkt moeten worden.

Dankbetuiging. De Longitudinal Aging Study Amsterdam wordt ondersteund door een bijdrage van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie langdurige zorg. De dataverzameling is mogelijk gemaakt door subsidie van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, toegekend aan de eerste auteur, voor het project "New Cohorts of young old in the 21st century" (480-10-014).

Literatuur

1. Ajrouch KJ. Social isolation and loneliness among Arab American elders: cultural, social, and personal factors. *Res Hum Dev.* 2008;5(1):44–59.
2. Fokkema T, Naderi R. Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *Eur J Ageing.* 2013;10(4):289–300.
3. Vancluysen K, Van Craen M. 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, redactie. *Equal is not enough: challenging differences and inequalities in contemporary society.* Antwerp: Policy Research Centre on Equal Opportunities; 2011. pag. 436–49.
4. Victor CR, Burholt V, Martin W. Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: an exploratory study. *J Cross Cult Gerontol.* 2012;27(1):65–78.
5. Jong Gierveld J de, Pas S van der, Keating N. Loneliness of older immigrant groups in Canada: effects of ethnic-cultural background. *J Cross Cult Gerontol.* 2015;30(3):251–68.
6. Wu Z, Penning MJ. Immigration and loneliness in later life. *Ageing Soc.* 2015;35(1):64–95.
7. Tesser PTM, Dugteren FA van, Merens JGF. Rapportage minderheden 1998: De eerste generatie in de derde levensfase. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau; 1998.
8. El Fakiri F, Bouwman-Notenboom J. Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden. Amsterdam: GGD; 2015.
9. Uysal-Bozkir Ö, Fokkema T, MacNeil-Vroomen JL, Tilburg TG van, Rooij SE de. Translation and validation of the De Jong Gierveld loneliness scale among older migrants living in the Netherlands. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2017;72(1):109–19.
10. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull.* 1995;117(3):497–529.
11. Perlman D. European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Can J Aging.* 2004;23(2):181–8.
12. Durak M, Senol-Durak E. Psychometric qualities of the UCLA Loneliness Scale-version 3 as applied in a Turkish culture. *Educ Gerontol.* 2010;36(10–11):988–1007.
13. Hawkey LC, Gu Y, Luo YJ, Cacioppo JT. The mental representation of social connections: generalizability extended to Beijing adults. *PLoS ONE.* 2012;7(9):e44065.
14. Tilburg TG van, Havens B, Jong Gierveld J de. Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy, and Canada: a multifaceted comparison. *Can J Aging.* 2004;23:169–80.
15. Jong Gierveld J de, Tilburg T van. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing.* 2010;7(2):121–30.
16. Visser MA, El Fakiri F. The prevalence and impact of risk factors for ethnic differences in loneliness. *Eur J Public Health.* 2016;26(4):977–83.
17. Torensma M. *Wij zijn niet alleen: Een onderzoek naar verklaringen voor eenzaamheid onder Turkse Amsterdammers: Universiteit van Amsterdam, thesis MSc Medical Anthropology and Sociology.* 2014.
18. Leung K, Bond MH. On the empirical identification of dimensions for cross-cultural comparisons. *J Cross Cult Psychol.* 1989;20(2):133–51.
19. Tilburg TG van, Klok J. Factoren van eenzaamheid: Een literatuuroverzicht. In: van Campen C, Vonk F, van Tilburg TG, redactie. *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2018. pag. 25–34.
20. Forum. *Arbeidsmarktparticipatie niet-Westerse ouderen.* Forum factsheet. 2012.
21. Schellingerhout R. *Gezondheid en welbevinden van allochtone ouderen.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2004.
22. Yerden I. *Tradities in de knel: Zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland.* Dissertatie, Universiteit van Amsterdam. 2013.
23. Heygele Y. *Bagaimana-Hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten.* Utrecht: NOOM; 2009.
24. Huisman M, Poppelaars J, Horst M van der, Beekman AT, Brug J, Tilburg TG van, et al. Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Epidemiol.* 2011;40(4):868–76.
25. Spijker J, Wurff FB van der, Poort EC, Smits CHM, Verhoeff AP, Beekman ATF. Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;19(6):538–44.
26. Jong Gierveld J de, Tilburg TG van. *Manual of the loneliness scale.* Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Social Research Methodology; 1999.
27. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav.* 1978;19(1):2–21.
28. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189–98.
29. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.
30. Mokken RJ. *A theory and procedure of scaling: with applications in political research.* Den Haag: Mouton; 1971.
31. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory.* New York: McGraw-Hill; 1994.
32. Bendermacher N. Beyond alpha: lower bounds for the reliability of tests. *J Mod Appl Stat Methods.* 2010;9(1):11.

33. Groot AD de. *Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Assen: Van Gorcum; 1994. First published in 1969.
34. Osterlind SJ, Everson HT. *Differential item functioning*. London: SAGE; 2009.
35. Tilburg TG van, Iedema J, Klok J. Veranderingen in eenzaamheid in de tweede levenshelft. In: van Campen C, Vonk F, van Tilburg TG, redactie. *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2018. pag. 46–53.
36. Klok J, Tilburg TG van, Suanet BA, Fokkema T, Huisman M. National and transnational belonging among Turkish and Moroccan older migrants in the Netherlands: protective against loneliness? *Eur J Ageing*. 2017;14(4):341–51.
37. Hofstede G. The cultural relativity of organizational practices and theories. *J Int Bus Stud*. 1983;14(2):75–89.
38. Swader CS. Loneliness in Europe: personal and societal individualism-collectivism and their connection to social isolation. *Soc Forces*. 2018; <https://doi.org/10.1093/sf/soy088>.
39. Dowd JJ, Bengtson VL. Aging in minority populations: an examination of the double jeopardy hypothesis. *J Gerontol*. 1978;33(3):427–36.
40. Oberg K. Cultural shock: adjustment to new cultural environments. *Pract Anthropol*. 1960;7(4):177–82.
41. Berry JW, Kim U, Minde T, Mok D. Comparative studies of acculturative stress. *Int Migr Rev*. 1987;21(3):491–511.
42. Coenders M, Lubbers M, Grotenhuis M te, Thijs P, Scheepers P. Trends in etnocentrische reacties onder de Nederlandse bevolking, 1979–2012. *Mens Maatsch*. 2015;90(4):405–33.
43. Pettigrew TE, Jackson JS, Brika JB, Lemaine G, Meertens RW, Wagner U, et al. Outgroup prejudice in Western Europe. *Eur Rev Soc Psychol*. 1997;8(1):241–73.
44. Fokkema T, Tilburg TG van. *Aanpak van eenzaamheid: Helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. NIDI-rapport no. 69. Den Haag: NIDI; 2006.

Oorspronkelijk artikel

De taalbarrière bij oudere Turkse vrouwen nader onderzocht

Anna Pot  · Merel Keijzer · Kees de Bot

Samenvatting

Een groeiende groep migranten wordt oud in een omgeving waar de dominante taal (T2) verschilt van hun moedertaal (T1). Deze studie bekijkt in hoeverre er een taalbarrière bestaat bij het verkrijgen van informatie over en toegang tot (zorg)voorzieningen, en wanneer een beperkte T2 taalvaardigheid een belemmering vormt voor het welbevinden van een groep oudere Turkse vrouwen in Nederland. Interviews met 39 oudere Turkse vrouwen laten zien dat een beperkte T2 vaardigheid niet automatisch leidt tot een verminderd welbevinden. Wanneer men goed is ingebed in een sociaal netwerk (en zich daarmee verbonden voelen) kan een beperkte T2 vaardigheid worden opgevangen door T1 hulp in de omgeving of het faciliteren van een tolk in T2 situaties. Echter, wanneer zo'n netwerk niet beschikbaar is, kunnen T2 situaties voor angst en stress zorgen, wat zijn weerslag heeft op iemands welbevinden. Ondanks dat er geen een-op-een relatie tussen taal en welbevinden bestaat, speelt taal wel een rol in veel (sociale) processen die het welbevinden beïnvloeden.

Dit artikel is een ingekorte en vertaalde versie van een eerder gepubliceerd artikel in *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism* op 8 februari 2018, online beschikbaar. <https://doi.org/10.1080/13670050.2018.1435627>

Trefwoorden veroudering · migranten · taalbarrière · welbevinden · sociale ondersteuning

The language barrier for older Turkish females, further investigated

Abstract

A growing group of migrants age in an environment in which the dominant language (L2) differs from their mother tongue (L1). This study considers the occurrence of a language barrier in accessing (information on) health and healthcare provisions, and under which

*This chapter is a translated and shortened version of an article published in *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism* on 8 February 2018, available online: <https://doi.org/10.1080/13670050.2018.1435627>.*

A. Pot (✉) · M. Keijzer · K. de Bot
Rijksuniversiteit Groningen, Oude Kijk in 't Jatstraat 2, 9712 EK Groningen, Nederland
e-mail: a.pot@rug.nl

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0270-8>
Published online: 26 November 2018

circumstances a limited proficiency in the L2 negatively influences well-being for a group of older Turkish women in the Netherlands. Data from interviews with 39 Turkish females reveal that a limited L2 proficiency does not automatically result in a lower level of well-being. When individuals are well-embedded in a social network (and feel belonging to it), a limited L2 proficiency can be alleviated by either L1 assistance from their environment or by facilitating an interpreter in L2 situations. However, when such a network is absent, L2 situations can cause anxiety, which may have repercussions for well-being. Even though there is no clear one-on-one relationship between language and well-being, language does play a role in many (social) processes that influence well-being.

Keywords Ageing · Migrants · Language barrier · Well-being · Social support

Introductie

De toegenomen globalisering in de afgelopen decennia heeft geleid tot grote groepen migranten in Europa die oud worden in een omgeving die in cultureel, sociaal maar ook taalkundig opzicht verschilt van hun omgeving van herkomst. Zo is 8 procent van de huidige Nederlandse 65-plussers buiten Nederland geboren [1]. Een gebrek aan taalvaardigheid in de dominante taal van de omgeving (T2) kan leiden tot een taalbarrière en kan toegang tot en gebruik van (met name zorg)voorzieningen beperken [2].

Taal kan niet alleen een bepalende rol spelen bij het verkrijgen van (toegang tot) zorg, maar kan ook bijdragen aan het welbevinden van individuen [2, 3]. Een beperkte T2 taalvaardigheid kan verschillende gevolgen hebben: van een geringe sociale interactie met personen buiten de eigen gemeenschap en daardoor minder mogelijkheden om sociale netwerken te vormen, tot minder vaardigheden om gezondheidsproblemen kenbaar te maken.

Dit artikel gaat specifiek in op de situatie van oudere Turkse vrouwen in Nederland, omdat de Turkse migranten een van de grootste migrantengroepen vormen in de Nederlandse samenleving. Het aantal Turkse ouderen dat wordt aangemerkt als eerste generatie migrant bedraagt 0,7 procent van de totale populatie 65-plussers in Nederland, en 8,8 procent van de totale populatie eerste generatie 65-plussers [1]. De centrale vraag die wordt gesteld is in welke omstandigheden een beperkte T2 vaardigheid nadelige gevolgen heeft voor het welbevinden van oudere Turkse vrouwen in Nederland.

Theoretisch kader

Taal en identiteit

Onder Turkse migranten in Europa is de Turkse taal de sterkste markering van identiteit [4]. Hierdoor wordt de Turkse migrantengroep in Nederland gezien als een groep met een hoge ethnolinguïstische vitaliteit, dat wil zeggen een hoog gebruik van de thuistaal (T1) [5]. De hoge T1 handhaving van de Turkse groep is voornamelijk ontstaan door de goed georganiseerde groep die zij vormen in de Nederlandse samenleving (te zien aan bijvoorbeeld geconcentreerde leefgebieden, een hoog percentage personen dat trouwt binnen de eigen gemeenschap en hun sterke etnische netwerk van sociale steun) [6].

Deze hoge mate van T1 behoud kan ten koste gaan van taalvaardigheid in de T2. Taalstatistieken in het Nederlands laten zien dat, over het algemeen, de oudere Turkse bevolking (55+) regelmatig problemen rapporteert met het begrijpen en spreken van het Nederlands [7]. Een gebrekkige T2 vaardigheid kan toegang tot zorg belemmeren [8], en heeft ook repercussies voor

het gebruik van (thuis)zorgvoorzieningen: men weet vaak niet welke voorzieningen beschikbaar zijn, heeft een beperkt of geen netwerk om deze informatie op te doen en kan moeilijk communiceren over wensen ten aanzien van zorg [9].

De taalbarrière

Goede communicatieve T2 vaardigheden hangen positief samen met gebruik van reguliere gezondheids- en zorgvoorzieningen door Turkse ouderen [10, 11]. In communiceren over zorg loont het in sommige gevallen een tolk in de arm te nemen. Opvallend genoeg zijn juist migranten die de dominante taal net voldoende beheersen om geen vertaler in de hand te nemen het meest gelimiteerd in het uitdrukken van hun klachten en emoties tijdens medische consulten. Zij blijken in dit geval kwetsbaarder dan migranten zonder enige T2 vaardigheden, die hun emoties via de vertaler wel kunnen uitdrukken [12]. Ondanks een matige T2 beheersing loont het dus in sommige gevallen een gebrekkige T2 vaardigheid te erkennen en een tolk in te schakelen. Het geeft ook aan dat individuen zonder T2 vaardigheid niet noodzakelijk slechter af zijn wat hun gezondheid betreft, maar wel in T2 situaties sterker afhankelijk zijn van iemand anders.

Taalbarrières kunnen daarnaast repercussies hebben voor het gevoel van individuen ergens 'bij te horen' doordat ze het aangaan van sociale relaties buiten de eigen gemeenschap belemmeren [13]. Zo werkt een hoge mate van T1 handhaving en lage T2 vaardigheden taalkundige onzekerheid of angst in T2 situaties in de hand. Voor de eerste generatie Turkse migranten in Nederland toonden Sevinc en Backus en Sevinc en Dewaele [14, 15] aan dat angst om de dominante taal te spreken voort komt uit een negatieve evaluatie van T2 gebruik door moedertaalsprekers, en kan leiden tot het vermijden van situaties (en sociale relaties) waarin die taal wordt gesproken. Een gevoel van (sociale) verbondenheid is belangrijk voor het welbevinden van individuen [16], en een talige barrière kan het stimuleren van deze verbondenheid, en daarmee het welbevinden, in de weg staan.

Gezondheid

Met name Turkse en Marokkaanse ouderen verkeren gemiddeld in een slechtere staat van gezondheid, zowel fysiek als mentaal, dan ouderen zonder migratieachtergrond [17, 18]. Het helder uit kunnen drukken van gezondheidsklachten en zorgwensen, zoals hierboven genoemd, is dus cruciaal om de juiste zorg te kunnen ontvangen. De algemene slechtere gezondheidsstatus van Turkse en Marokkaanse migranten komt niet voort uit het migrant-zijn op zich, maar is een opeenstapeling van factoren die gerelateerd zijn aan de migrantenervaring. Een lagere sociaaleconomische status en fysieke

en mentale problemen, samen met sociale kwetsbaarheid door een gebrek aan T2 taalvaardigheid, of een sterke T2 sociale afhankelijkheid, leiden ertoe dat deze groep oudere migranten vaak onzichtbaar blijft in de maatschappij [19].

Deze studie

De manier waarop oudere Turkse migranten omgaan met T2 situaties lijkt dus even cruciaal voor het ontvangen van en toegang tot de juiste zorg en het welbevinden als het wel of niet hebben van T2 vaardigheden [20]. In deze studie bekijken we hoe het hebben van een beperkte T2 vaardigheid in een T2 omgeving bijdraagt aan het welbevinden van een groep oudere Turkse vrouwen, voor wie vaardigheden in het Nederlands over het algemeen erg laag zijn [21].

Welbevinden beslaat, zoals Wright [22] aangeeft, meer dan een subjectieve maat voor 'levensgeluk' en is ook afhankelijk van de levensomstandigheden en omgevingsfactoren van een individu. Naast een maat om welbevinden te operationaliseren in algemene zin (w.o. tevredenheid met het leven en het kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten), bekijken we daarom hoe welbevinden samenhangt met de hierboven besproken factoren (gezondheidsstatus, toegang tot en gebruik van zorgvoorzieningen, sociaal netwerk, het gevoel van (sociale) verbondenheid van een individu). Doordat een gedeelte van het succes van deze factoren wordt bepaald door taalvaardigheid, is het interessant te bekijken welke rol de T2 vaardigheid precies in deze relatie speelt.

De studie heeft een kwalitatieve insteek. De resultaten kunnen derhalve niet gegeneraliseerd worden naar de grotere groep Turkse ouderen, maar bieden wel een meer gedetailleerd inzicht in individuele T2 ervaringen en de relatie daarbij tot welbevinden. Door middel van semigestructureerde interviews en vaststelling van T2 taalbeheersing, geletterdheid en werkgeheugen (als cognitieve maat) zoeken we antwoord op de centrale vraag.

Doordat taal een bepalende rol speelt in het vormen van een identiteit en het helder kunnen overbrengen van een boodschap, is onze hypothese dat een goede sociale inbedding in zowel een T1 als een T2 netwerk (en het zich daarmee verbonden voelen) het welbevinden positief beïnvloedt, ondanks wellicht een slechtere gezondheid. Andersom kan welbevinden laag zijn wanneer het sociale netwerk ontoereikend is, met name in een communicatieve (gezondheids)context, en in het bijzonder bij een matige T2 beheersing.

Data en methode

Deelnemers

In 2015–2016 zijn 42 eerste generatie Turkse vrouwen geïnterviewd die arriveerden in Nederland als vrouw van een gastarbeider (gelijktijdig of na gezinshereniging in de jaren zeventig) of naar Nederland kwamen na hun huwelijk met iemand uit de tweede generatie. De deelnemers zijn gerekruteerd door het aanspreken van netwerken van zogenaemde ouderenadviseurs (zie hiervoor ook [3]) en door een zelf opgebouwd netwerk van een Turkssprekende mannelijke student-assistent. De interviews vonden plaats bij de deelnemers thuis ($n=17$, waarvan in 3 gevallen de echtgenoot actief deelnam aan het gesprek), in een cultureel ontmoetingscentrum ($n=14$) of in een ruimte in een moskee ($n=11$). De interviews duurden tussen de 90 en 120 minuten. Deelnemers werden in het Turks geïnterviewd, door een Nederlandssprekende interviewer met een informele tolk die vertaalde naar het Turks ($n=20$) of een mannelijke Turkssprekende interviewer ($n=22$). Voorafgaand aan het interview kregen de deelnemers alle informatie over de studie en gaven ze toestemming tot deelname. Van de 42 interviews zijn 3 om individuele redenen vroegtijdig afgebroken, waardoor we hier over 39 cases rapporteren.

Meetinstrumenten

Een vragenlijst met daarin de volgende onderwerpen vormde de basis van een semigestructureerd interview:

- Migratiegeschiedenis: jaar, verblijfsduur in Nederland en motief, hoe het zich vestigen in Nederland verliep, en wat de makkelijke en moeilijke momenten waren in dit vestigingsproces.
- Taalgebruik (zowel Nederlands als Turks): of het Turks wordt doorgegeven in de familie, en zo ja, in welke setting; hoe vaak er Nederlands wordt gesproken; of men bij het spreken van het Turks of het Nederlands moeilijkheden of belemmeringen ervaart en zo ja, in welke setting.
- Verbondenheid: of men zich thuis voelt in Nederland; met welke cultuur men zich meer verbonden voelt; of men (definitief) terug zou willen keren naar Turkije. Verbondenheid qua taal: welke houding men heeft ten opzichte van het Turks en het Nederlands.
- Sociaal netwerk: of men Nederlandstalige contacten heeft.
- Gezondheidsstatus en toegang tot en gebruik van zorgvoorzieningen: welke voorzieningen men nodig heeft (gezondheidsindicatie) en of men deze voorzieningen weet te vinden; of men intensief gebruik maakt van zorgvoorzieningen en zo ja, hoe de communicatie verloopt.

Tabel 1 Beschrijvende statistieken van de deelnemers

ID	Leeftijd	Verblijfsduur in NL	Opleiding (jaren)	Taalvaardigheid (%)	Geletterdheid	Werkgeheugen	Welbevinden (CASP-12 score)
D1	51	18	7	21	39	6	42
D2	52	39	10	28	39	5	41
D3	52	35	10	48	39	6	38
D4	52	39	7	24	39	4	45
D5	53	39	10	24	39	6	35
D6	53	22	10	27	37	3	37
D7	53	34	4	16	39	5	45
D8	53	36	10	23	39	6	43
D9	54	41	4	45	39	3	48
D10	55	41	7	29	39	3	44
D11	56	38	7	43	39	6	29
D12	57	40	13	46	37	4	41
D13	58	36	0	6	29	3	41
D14	58	31	7	23	39	6	36
D15	58	38	7	18	39	3	34
D16	58	39	4	13	39	5	38
D17	59	27	4	26	39	5	35
D18	60	40	7	23	39	4	41
D19	61	40	4	44	39	3	41
D20	61	39	7	18	39	4	44
D21	62	39	4	31	39	5	33
D22	63	39	7	9	38	5	34
D23	63	40	0	5	25	4	35
D24	63	44	4		39	3	45
D25	64	47	4	29	34	4	48
D26	64	44	7	25	39	4	32
D27	65	31	0	21	25	3	46
D28	65	44	4	25	39	3	41
D29	65	47	0	17	28	3	27
D30	66	43	7	25	35	3	39
D31	66	43	4	26	38	3	42
D32	67	39	0	33	33	3	41
D33	67	43	7	38	38	3	33
D34	68	44	0	33	33	3	43
D35	72	44	0		19	4	27
D36	75	38	0		22	3	40
D37	76	37	4		20	4	45

Tabel 1 (Vervolg)

ID	Leeftijd	Verblijfsduur in NL	Opleiding (jaren)	Taalvaardigheid (%)	Geletterdheid	Werkgeheugen	Welbevinden (CASP-12 score)
D38	83	38	0	10		2	40
D39	84	41	4	31	31		29

De specifieke vragen zijn afgeleid van Keijzer [23].

Om het welbevinden van de deelnemers in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de *Control, Autonomy, Self-realisation and Pleasure* (CASP-12) schaal: een reeks van stellingen waar men het in meer of mindere mate mee eens is over gevoelens aangaande veroudering zoals het kunnen uitvoeren van dagelijkse taken, tevredenheid over en plezier in het leven, onzekerheden en mate van zelfstandigheid [24]. Antwoorden werden gegeven op een vierpuntsschaal (1 = nooit, 2 = af en toe, 3 = regelmatig, 4 = altijd) en opgeteld met een maximum totale score van 48 (hoog welbevinden).

Een maat van taalvaardigheid in het Nederlands werd verkregen door de deelnemers twee afbeeldingen te laten beschrijven en daarbij naar het gebruik van werkwoorden om zinnen te vormen te kijken (complexiteit) [25]. Specifiek werd de mate van T2 vaardigheid vastgesteld door de relatieve complexiteit van wat de deelnemer produceerde: van losstaande zelfstandig naamwoorden (lage complexiteit) tot complete zinnen (hoge complexiteit), uitgedrukt in percentage van de lengte van hun gesproken tekst.

Daarnaast is met het Raamwerk alfabetisering NT2 [26] de mate van geletterdheid in het Nederlands van de deelnemers vastgesteld. Deelnemers werd gevraagd aan te geven of ze 13 alledaagse korte passages konden lezen. Hierbij gebruikten we een driepuntsschaal (1 = niet, 2 = met moeite, 3 = gemakkelijk) met een maximumscore van 39 (geletterd).

Als laatste toetsten we het werkgeheugen van de deelnemers door middel van de *Corsi Blocks Tapping* taak [27], een snel af te nemen visuospatiële werkgeheugentaak. Een werkgeheugenscore (met een maximum van 8) bood inzicht in de cognitieve vaardigheden van de deelnemers, dat kon worden gerelateerd aan taal- en geletterdheidsprestaties in het Nederlands. Vanwege de tijdsinvestering en vermoeidheid voor de deelnemers zijn (nog) meer fijnmazigere maten buiten beschouwing gelaten.

Analyses

Alle interviews werden opgenomen en, voor de vertaalde interviews, gecheckt op accuraatheid door een Turkse moedertaalspreker. Vervolgens werden alle interviews volledig getranscribeerd en geanalyseerd door middel van een thematische analyse [28]. De dataset werd gecodeerd in verschillende categorieën die werden samengevoegd tot vier onderscheidende thema's:

T2 bekwaamheid (taalvaardigheid, mate van T2 geletterdheid en uitdrukkingsvaardigheid in de T2); gevoelens van verbondenheid met het Nederlands en Turks en de Nederlandse en Turkse cultuur; sociale relaties en interactiemogelijkheden/angsten; en gezondheidsstatus en toegang tot/gebruik van zorgvoorzieningen. De thema's gaven inzicht in de oorzaken van de verschillende scores op de (CASP-12) welbevindenschaal.

Resultaten

De gegevens in tab. 1 geven de diversiteit onder de deelnemers weer in leeftijd, verblijfsduur, opleidingsniveau, taalbekwaamheid (taalvaardigheid, geletterdheid, werkgeheugen) en welbevinden. De Turkse vrouwen varieerden in leeftijd van 51 tot 84 jaar (gemiddelde leeftijd was 61,8, met een standaarddeviatie van 6,3 jaar). De verblijfsduur van de deelnemers varieerde van 18 tot 47 jaar (gemiddeld 23,4 jaar, met een standaarddeviatie van 7,9 jaar). Het opleidingsniveau was over het algemeen laag; gemiddeld genomen hadden de vrouwen 5 jaar onderwijs gevolgd (met een standaarddeviatie van 2,9 jaar). De taalvaardigheid in het Nederlands (complexiteit) is gemiddeld laag: 26% van de totale gesproken tekst van de deelnemers kon aangemerkt worden als complete zinnen. De standaarddeviatie is 10%, wat aangeeft dat de individuele variatie met betrekking tot taalvaardigheid groot was. De gemiddelde score op de geletterdheidsmaat was relatief hoog met 35,3 (en een standaarddeviatie van 4,7). De gemiddelde werkgeheugenscore was 4 (standaarddeviatie van 0,9), wat betekent dat men gemiddeld een reeks van vier opeenvolgende elementen (posities van blokken in dit geval) correct kon onthouden. Wat betreft welbevinden scoorde men gemiddeld genomen redelijk hoog (38,9), met een standaarddeviatie van 4,7.

Onze interesse gaat echter uit naar de relatie tussen T2 vaardigheid en welbevinden. Sommige deelnemers hadden een relatief hoge mate van welbevinden en een lage T2 vaardigheid. Anderen scoorden laag op beide maten. Een enkele deelnemer rapporteerde een laag welbevinden en een hoge T2 vaardigheid. Een duidelijk verband tussen T2 vaardigheid en welbevinden kan dus niet worden vastgesteld (voor de statistisch getoetste verbanden verwijzen we naar de uitgebreidere Engelstalige versie van dit artikel).

Om meer inzicht te krijgen in de factoren die een hoger of lager niveau van welbevinden in de hand werken bij een beperkte T2 vaardigheid, is nagegaan hoe de

Tabel 2 Bevindingen uit de gecodeerde interviews geïllustreerd met interviewpassages

Bevinding	Passage
<i>Gelimiteerde gezondheidsstatus</i> beperkt sociale deelname. Minimale T2 vaardigheden belemmeren mobiliteit en sociale interactie	1. D11: 'Toen ik scheidde van mijn man kwamen dingen in beweging. In startte met een taal cursus, ik vond een baan. Ik nam rijlessen en zwemles. Maar door mijn gezondheidsproblemen moest ik stoppen'. 2. D21: 'Ik kan nergens heen. Ik zit hier maar. Soms ga ik naar de supermarkt, dat is makkelijk. Dan pak ik wat ik nodig heb en betaal aan de kassa'
T2 angst kan leiden tot het vermijden van T2 interactie. Groepsformatie of motivatie tot verbetering kan T2 angst verminderen	3. D15: 'Ik voel me minderwaardig wanneer ik met een Nederlander praat. Ik vermijd communicatie. Hoe minder ik praat hoe beter, vind ik'. 4. D21: 'Mijn collega's in de fabriek waren ook Turks. Als ik iets niet wist of ergens onzeker over was konden we elkaar vragen'. 5. D19: 'Als je de taal niet kent kijk je mensen aan maar begrijp je niks. Ik heb dit zelf ervaren, dus heb ik tegen mezelf gezegd dat ik hoe dan ook de taal zal leren'. 6. D24: 'In de jaren negentig was er een cursus Nederlands bij de Turkse vereniging. Daar kwam ik erachter dat ik de taal niet goed sprak. Ik gebruikte de verkeerde vormen en zinsconstructies. Daarna schaamde ik me bij de doctor en sociale activiteiten, dus daar stopte ik mee. Ik kon mezelf uiten, maar voelde schaamte en angst te spreken, nog steeds'
Een <i>sociaal netwerk</i> is belangrijk in het communiceren over zorg en wordt voornamelijk door familieleden en mensen in de directe omgeving gevormd	7. D20: 'Bij iets belangrijks zou ik graag iemand met een goede beheersing van de taal bij me willen hebben omdat ik bang ben dat ik de verkeerde dingen vertel. Soms neem ik een vriendin mee, maar niet altijd'. 8. D10: 'Aan het begin van ons verblijf in Nederland namen we altijd iemand mee naar de dokter, maar nu gaan we zelf. Als ik het nu niet snap vraag ik mijn dokter gewoon om uitleg. Ik moet wel, mijn kinderen werken dag en nacht, zij kunnen mij niet overal naartoe volgen'
Positieve emoties met sociale relaties dragen bij aan welbevinden en een <i>gevoel van verbondenheid</i> . Toch melden veel deelnemers dat ze tussen twee culturen in leven. Gevoelens van verbondenheid hebben impact op T2 investering	9. D13: 'Ik heb een Turkssprekend netwerk. Waar moet ik het met Nederlanders over hebben? Ik zeg 'moi' als ze langslopen. Er is veel verschil tussen onze culturen'. 10. D18: 'We zijn buitenlanders hier en 'Almanci' in Turkije. We zijn niet Nederlands en ook niet Turks'. 11. D10: 'Ik kijk nooit Nederlandse TV. Ik heb het gevoel dat ik in Turkije woon omdat ik altijd naar de Turkse TV kijk'

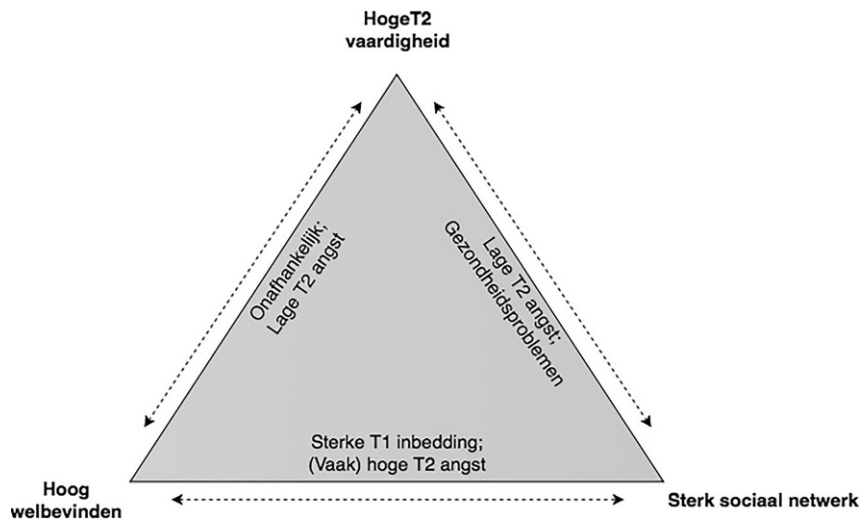
deelnemers zich verhielden tot de onderscheiden interviewthema's. In tab. 2 wordt deze exercitie geïllustreerd met passages uit enkele interviews.

Een gebrek aan T2 vaardigheid valt voor sommige deelnemers te verklaren vanuit een laag opleidingsniveau en/of laaggeletterdheid. Laaggeletterdheid leidt tot minder meta-linguïstische kennis (kennis over taal, zie [29]) waardoor laaggeletterden (en laaggeschoolden) typisch meer moeite hebben met het leren van een nieuwe taal op een traditionele, klassikale manier. Deelnemers gaven daarnaast aan dat huishoudelijke taken, soms in combinatie met fabriekswerk, deelname aan taalcursussen destijds beperkte, en dat door de hechte sociale T1 netwerken de noodzaak het Nederlands onder de knie te krijgen minimaal was (zie citaat 4).

Voor deze deelnemers waren gevoelens van verbondenheid met het Turks sterk (zie citaat 11) en T2 angsten hoog (zie citaat 3, in combinatie met een laag welbevinden in tab. 1). Wanneer een (T1) netwerk ont-

breekt, zoals in citaat 8, moet men talige onzekerheden overwinnen om duidelijk over gezondheid te kunnen communiceren in de T2 en isolatie te voorkomen (zie ook citaat 6). Een informele tolk kan uitkomst bieden in medische contexten – waar T2 onzekerheid vaak hoog is (zie citaat 7) – maar vormt soms ook een belemmering als deze informatie onjuist of maar gedeeltelijk overbrengt (zie ook sectie De taalbarrière). Interactie in de T2 bevordert het gevoel van verbondenheid met de Nederlandse context ([30], en zie citaat 5).

Gevoelens van verbondenheid met de T1 beperken investering in het ontwikkelen van T2 vaardigheden (zie citaten 4, 9 en 11 in combinatie met de lage scores op taalvaardigheid in tab. 1). Echter, zolang Turkse oudere vrouwen deze sterke verbondenheid met de T1 ervaarden en zij daarmee goed ingebed waren in een sociaal netwerk waren ze met lage T2 vaardigheden niet direct slechter af (zie citaat 9 en de hoge (CASP-12) welbevinden score).



Figuur 1 Schematische weergave van de interactie tussen T2 vaardigheid, welbevinden en sociaal netwerk

Gebaseerd op de interviewdata hebben we getracht de relatie tussen T2 vaardigheid, welbevinden en sociaal netwerk schematisch weer te geven (fig. 1).

De driehoek in fig. 1 illustreert drie van de vier scenario's uit de data. Aan de linkerzijde van de driehoek staan de deelnemers met een relatief hoge T2 vaardigheid en een hoge mate van welbevinden, maar een zwakker sociaal netwerk (of hebben dit minder aangegeven in de interviews omdat voor hun sociale (talige) ondersteuning minder nodig was). Zij lieten over het algemeen geen T2 angst zien. Aan de rechterzijde staan de deelnemers met een sterkere inbedding in een sociaal netwerk (voornamelijk T1, maar sommigen rapporteerden ook belangrijke T2 relaties) en een hoge T2 vaardigheid, maar met fysieke of mentale gezondheidsklachten die aanmerkelijk hun niveau van welbevinden verlaagden. Aan de onderzijde van de driehoek staan de deelnemers die goed ingebed waren in een T1 netwerk en zich konden redden met weinig T2 kennis omdat ze hiervoor sterk een beroep konden doen op hun netwerkleiden. Wanneer zij zich in T2 situaties bevonden, lieten ze een hoge mate van T2 angst zien. De driehoek laat een vierde, schadelijk scenario niet toe (maar wellicht dat dit in het midden geplaatst kan worden) waarbij individuen én een laag welbevinden, weinig sociale ondersteuning en een lage T2 vaardigheid hebben. Deze deelnemers ($n = 3$) zaten voornamelijk binnen en rapporteerden fysieke of mentale gezondheidsproblemen (zie citaat 2).

Deze vier scenario's zijn flexibel en men kan zich bewegen tussen de hoeken van de driehoek (of dus naar het midden), afhankelijk van veranderingen in sociale, talige of gezondheidsomstandigheden. Een kleine groep deelnemers hebben op latere leeftijd geïnvesteerd in Nederlandse taalcursussen (zie citaat 1 en 5) om hun talige angsten te overwinnen en minder afhankelijk te zijn van anderen (zie citaat 8). Anderen zien het netwerk in hun directe omgeving afbrokkelen. Voor deze

groep kan een acuut verlies van sociale ondersteuning een hoge mate van T2 angst voeden en tot teruggetrokkenheid leiden. Verlies van talige middelen kan worden gecompenseerd door de aanwezigheid van een steunnetwerk via de familie, wanneer deze in tijd kan en wil investeren (zie citaat 8).

Discussie

Oudere Turkse vrouwen in Nederland zijn over het algemeen beperkt taalvaardig in het Nederlands (T2). In deze studie bekeken we onder welke omstandigheden deze beperkte T2 vaardigheid een negatief effect heeft op iemands welbevinden en daarmee op de mogelijkheden om optimaal oud te worden. Uit ons onderzoek blijkt dat een beperkte T2 vaardigheid weliswaar resulteert in taal-gerelateerde angsten die onzekerheid in de hand werken en communicatie over zorg en het aangaan van sociale relaties in de T2 in de weg staan, maar dat het niet altijd samenhangt met een laag welbevinden. De communicatie barrière die een slechte T2 beheersing veroorzaakt kan worden opgeven door een tolk, ofschoon dit wel een sterkere mate van afhankelijkheid in de hand werkt.

De data in deze studie laten bovenal de dynamische en individueel verschillende rol van T2 vaardigheid op het proces van optimaal oud worden zien. Zo heeft één individu een hoge mate van talige onzekerheid en lage sociale interactie, terwijl anderen juist een bereidheid ontwikkelen de T2 onder de knie te krijgen en daardoor ook sociale T2 verbindingen op te zoeken. In combinatie met de initiële condities van individuen (opleidingsniveau, geletterdheidsvaardigheden en levensgebeurtenissen), heeft taal een verschillende en indirecte uitwerking op het welbevinden van oudere Turkse vrouwen.

Beperkingen

Er zijn een paar methodologische punten die hier genoemd dienen te worden. Deelnemers werden in verschillende omgevingen geïnterviewd, wat ongetwijfeld hun mogelijkheid of bereidheid informatie te delen heeft beïnvloed. Het kan zo zijn dat onze deelnemers ook een iets hogere mate van taalangst rapporteerden wanneer ze de vragen in het Nederlands (met tolk) gesteld kregen. Echter, de informele tolk was tevens een mediator op emotioneel niveau omdat hij/zij een vertrouwensband had met de deelnemer waardoor deze zich minder emotioneel geremd voelde. Voor de deelnemers die direct in het Turks werden geïnterviewd was het uiten van emoties wellicht eenvoudiger. Voor deze ouderen was misschien enige terughoudendheid merkbaar doordat de interviewer een man was en geen langdurige vertrouwensband met de deelnemers had opgebouwd.

We hebben geprobeerd een zo heterogeen mogelijke groep samen te stellen door deelnemers uit verschillende gebieden in Nederland te rekruteren, met diverse sociaaleconomische achtergronden. Desalniettemin hangt deelname af van toegankelijkheid en het is waarschijnlijk dat we niet de meest kwetsbare individuen in de populatie te pakken hebben gekregen. Ondanks deze beperkingen laten resultaten toch voldoende individuele variatie binnen de groep zien.

Daarnaast is het moeilijk taal los te zien van sociale interactie en is causaliteit tussen de twee onvermijdbaar: een betere taalvaardigheid leidt tot meer/gemakkelijkere sociale interactie wat de taalvaardigheid verder bevordert, en een sociaal netwerk leidt op zijn beurt weer tot mogelijkheden de T2 te ontwikkelen en het sociale netwerk uit te breiden.

Tot slot, omdat het een kwalitatieve studie betreft, zijn de uitkomsten maar beperkt te generaliseren naar een grotere populatie migranten.

Implicaties en conclusie

In een maatschappij met een groeiende ouderenpopulatie is gezondheidsbeleid vooral gericht op het voorzien van efficiënte zorg met gelimiteerde financiële en personele middelen. In Nederland betekende dit in 2015 een transitie in de zorg naar een liberaler model waarbij individuen gestimuleerd worden zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen met hulp van het eigen sociale netwerk [31]. Wanneer men geen sociaal netwerk heeft om op terug te vallen, gecombineerd met een lage doeltaalvaardigheid (zoals bij sommige deelnemers in de studie) zou in eerste instantie meer aandacht uit moeten gaan naar het promoten van de ontwikkeling van T2 vaardigheden. Dit vermindert T2 angst en bevordert gezondheidsgerelateerde zelfstandigheid. Echter, dit is niet altijd haalbaar, zeker wanneer het individuele mentale of fysieke problemen rapporteert. In dat geval zou het, op korte termijn, helpen wanneer gezondheidsinstellingen meer interculturele kennis in huis hebben om ook de ouderen met verminderde T2 vaardigheden goed van dienst te kunnen zijn. Ouderenadviseurs voor speciale groepen zijn hier een goed voorbeeld van.

Deze studie draagt bij aan onze kennis over de differentieële impact van beperkte T2 vaardigheden op het welbevinden van migranten. Daarnaast legt het de ingebodde rol van taal in sociale processen (gerelateerd aan optimaal ouder worden en welbevinden) wat meer bloot. Sommigen vermijden T2 interacties en bouwen een sterk T1 steunnetwerk op, waardoor ze relatief goed oud kunnen worden in een T2 omgeving. Wanneer sociale mogelijkheden echter beperkt zijn, kan het oudere migranten veel moeite kosten talige onzekerheden te overwinnen om isolatie en eenzaamheid te voorkomen.

Literatuur

1. CBS Statline. Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 1 januari [Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek. 2018. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/37325/table?ts=1536742076139>. Geraadpleegd op: 22 okt 2018.
2. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
3. Pot A, Keijzer M, Bot K de. Do low L2 abilities impede healthy aging for migrant older adults in the Netherlands? *Dutch J Appl Linguist*. 2018;7(1):109–20.
4. Yagmur K, Vijver FJR van de. Acculturation and language orientations of Turkish immigrants in Australia, France, Germany and the Netherlands. *J Cross Cult Psychol*. 2012;43(7):1110–30.
5. Yagmur K. Language use and ethnolinguistic vitality of Turkish compared with the Dutch in the Netherlands. *J Multiling Multicult Dev*. 2009;30(3):219–33.
6. Huijnk W. Sociaal-culturele categorieën: migranten op afstand. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2015.
7. Huijnk W, Andriessen I. Integratie in zicht? De integratie van migranten in Nederland op acht terreinen nader bekeken [Internet]. Den Haag: So-

- ciaal en Cultureel Planbureau. 2016. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Integratie_in_zicht. Geraadpleegd op: 23.2017.
8. Denktaş S. Health and healthcare use of elderly immigrants in the Netherlands: A comparative study. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2011.
 9. Suurmond J, Rosenmöller DL, El Mesbahi H, Lamkadem M, Essink-Bot M-L. Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly – a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2016;54:23–35.
 10. Fasssaert T, Hesslink AE, Verhoeff AP. Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health.* 2009;9:332.
 11. Wengler A. The health status of first- and second-generation Turkish immigrants in Germany. *Int J Public Health.* 2011;56(5):493–501.
 12. De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. Language, culture and emotions: exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations. *Patient Educ Couns.* 2011;84:406–12.
 13. Berg B van den, Sala M. Oud worden ver van huis: tussen wal en schip? [Internet]. Dienst Communicatie Wetenschapswinkel, Vrije Universiteit Amsterdam; 2003.. <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/8880/Rapport?sequence=1>. Geraadpleegd op: 12 sep 2018.
 14. Sevinç Y, Backus A. Anxiety, language use and linguistic competence in an immigrant context: a vicious circle? *Int J Biling Educ Biling.* 2017;0(0):1–19.
 15. Sevinç Y, Dewaele J-M. Heritage language anxiety and majority language anxiety among Turkish immigrants in the Netherlands. *Int J Biling.* 2016;22(2):1–21. <https://doi.org/10.1177/1367006916661635>.
 16. Lager D, Hoven B van, Meijering L. Places that matter: place attachment and wellbeing of older Antillean migrants in the Netherlands. *Eur Spatial Res Policy.* 2012;19(1):81–94.
 17. Wurff FB van der, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord.* 2004;83(1):33–41.
 18. Dijkshoorn H, Uitenbroek DG, Middelkoop BJC. Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular disease among immigrants from Turkey and Morocco and the indigenous Dutch population. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2003;147(28):1362–6.
 19. Ciobanu RO, Fokkema T, Nedelcu M. Ageing as a migrant: vulnerabilities, agency and policy implications. *J Ethn Migr Stud.* 2017;43(2):164–81.
 20. Warnes AM, Friedrich K, Kellaher L, Torres S. The diversity and welfare of older migrants in Europe. *Ageing Soc.* 2004;24(3):307–26.
 21. Verhagen I, Ros WJ, Steunenbergh B, Laan W, Wit NJ de. Differences in health care utilisation between elderly from ethnic minorities and ethnic Dutch elderly. *Int J Equity Health.* 2014;13(1):125.
 22. Wright K. Contextualising Human Wellbeing in London and Madrid. *Int Migr Dev Hum Wellbeing.* 2012. https://doi.org/10.1057/9781137284853_3.
 23. Keijzer MCJ. Last in first out? An investigation of the regression hypothesis in Dutch emigrants in Anglophone. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2007. PhD Thesis.
 24. Wiggins RD, Netuveli G, Hyde M, Higgs P, Blane D. The evaluation of a self-enumerated scale of quality of life (CASP-19) in the context of research on ageing: a combination of exploratory and confirmatory approaches. *Soc Indic Res.* 2007;89(1):61–77.
 25. Nicholas LE, Brookshire RH. A system for quantifying the informativeness and efficiency of the connected speech of adults with aphasia. *J Speech Hear Res.* 1993;36(2):338–50.
 26. CITO. Raamwerk Alfabetisering NT2. Arnhem: CITO; 2008.
 27. Corsi PM. Human memory and the medial temporal region of the brain. *Diss Abstr Int.* 1972;34:819B.
 28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
 29. Tarone E, Bigelow M, Hansen K. Literacy and second language oracy. Oxford: Oxford University Press; 2009.
 30. Yoon E, Chang C, Kim S, Clawson A, Cleary SE, Hansen M, et al. A meta-analysis of acculturation/enculturation and mental health. *J Couns Psychol.* 2013;60(1):15–30. <https://doi.org/10.1037/a0030652>.
 31. Schroot R van de, Jong F de. Hervorming van zorg en ondersteuning: de vertaling van de transitie binnen de gemeente [Internet]. Vilans. 2014. http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/VILANS_ZORGTRANSITIE_DIGI.pdf. Geraadpleegd op: 24 aug 2017.

Een nieuw jasje voor oriëntatieonderzoek bij dementie

H. F. A. Diesfeldt

Conclusie van het artikel

Met behulp van oriëntatievragen die zorgvuldig zijn afgestemd op ieders persoonlijke kennis en ervaring kunnen mensen met een normale cognitie, een beperkte of een uitgebreide neurocognitieve stoornis beter worden onderscheiden dan met standaardoriëntatievragen of een uitgebreide neuropsychologische test.

Bespreking van de studie

Het onderzoek werd uitgevoerd in een academisch ziekenhuis (afdeling neurologie) in Jeruzalem bij zestig personen van 63 tot 93 jaar oud (gemiddeld 78 jaar) en ongeveer evenveel vrouwen als mannen. Twintig deelnemers vertoonden geen symptomen van een cognitieve stoornis, twintig hadden een beperkte neurocognitieve stoornis (*mild cognitive impairment* of MCI) en de overige twintig een uitgebreide neurocognitieve stoornis (dementie). De juistheid van de diagnose werd gecontroleerd door alle deelnemers ruim een jaar lang te volgen. Voor onderzoek van de oriëntatie in drie domeinen (tijd, plaats en persoon) kregen de deelnemers bijvoorbeeld een korte aanduiding van twee gebeurtenissen voorgelegd: ‘uw zilveren bruiloft of de receptie toen u met pensioen ging, wat is langer geleden?’ Voor oriëntatie in plaats werd gevraagd om uit twee steden (‘Tel Aviv of Jeruzalem’) de dichtstbijzijnde stad te kiezen. Voor oriëntatie in persoon ging de keuze bijvoorbeeld tussen ‘David Cohen of Rachel Levi’ (respectievelijk een broer en een collega op het werk). ‘Met wie voelt u zich het meest verwant?’

Oorspronkelijke publicatie Gregory Peters-Founshtein, Michael Peer, Yanai Rein, Shlomzion Kahana Merhavi, Zeev Meiner, & Shahar Arzy (2018). *Mental-Orientation: A new approach to assessing patients across the Alzheimer's disease spectrum*. *Neuropsychology*, 32: 690–699.

H. F. A. Diesfeldt (✉)
Castricum, Nederland
e-mail: h.diesfeldt@outlook.com

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0266-4>

Published online: 15 October 2018

Voor elk oriëntatiedomein gebruikten de onderzoekers tien paarsgewijze stimuli, ontleend aan het persoonlijk leven van iedere patiënt, zo nodig op basis van informatie die de naaste familie gaf. Voor de oriëntatie in tijd maakten de onderzoekers om te beginnen een lijst van gebeurtenissen uit iemands persoonlijk leven (‘geboorte eerste kleinkind’) en publieke gebeurtenissen (‘jaar waarin Donald Trump president van de VS werd’). ‘Weet u ongeveer in welk jaar dat was?’ werd eerst gevraagd. Wanneer een patiënt er meer dan vijf jaar naast zat of geen antwoord wist, werd zo’n gebeurtenis voor het eigenlijke oriëntatieonderzoek verder niet gebruikt. Voor de plaatsoriëntatie noemden de onderzoekers een aantal steden in Israël die 8 tot 150 kilometer verwijderd waren van de woonplaats van de patiënt. Om na te gaan of deelnemers de plaats kenden, werd hen gevraagd om bij benadering de ligging aan te duiden en een omgevingskenmerk te noemen. Plaatsnamen die onvoldoende herkenning opriepen werden in de eigenlijke oriëntatietest niet gebruikt. Voor onderzoek van de oriëntatie in persoon werd de deelnemers gevraagd om vijf naaste familieleden te noemen, vijf kennissen en vijf personen uit het openbare leven. De eigenlijke oriëntatievragen betroffen steeds een keuze tussen twee mogelijkheden (met een kans van 50 % op een juist antwoord). Om de testuitslag ‘gevoeliger’ te maken registreerden de onderzoekers ook de snelheid waarmee het antwoord werd gegeven.

De eerste onderzoeksvraag was of de nieuwe oriëntatietest (30 tweekeuzenvragen die per deelnemer zorgvuldig waren geselecteerd op persoonlijke relevantie) verschillen liet zien tussen deelnemers met een normale cognitie, een beperkte of een uitgebreide neurocognitieve stoornis (respectievelijk MCI en dementie). Tevens wilden de onderzoekers weten of een diagnose op basis van de nieuwe methode nauwkeuriger was dan een diagnose op basis van tien standaardoriëntatievragen (zoals: ‘Welk jaar is het?’; ‘In welke plaats zijn we?’). Ook bepaalden de onderzoekers de validiteit van een diagnose op basis van een uitgebreide psychologische test (*Addenbrooke's Cognitive Examination*), die naast

enkele oriëntatievragen nog vragen op het gebied van geheugen, taal, waarneming en aandachtscontrole bevat.

Resultaten

Met behulp van de nieuwe oriëntatievragen kon 95 % van de mensen met een normale cognitie en deelnemers met een beperkte neurocognitieve stoornis (MCI) correct worden ingedeeld (*area under the curve* (AUC) in een ROC-analyse: 0,98). Bij gebruik van de standaardoriëntatievragen was dat 50 % (AUC: 0,65). Deelnemers met een normale cognitie beantwoordden alle tien standaardoriëntatievragen correct. De deelnemers met een MCI kwamen daar dichtbij in de buurt, met een gemiddelde score van meer dan 9. Bij gebruik van de nieuwe oriëntatietest lagen de scores van deelnemers met een normale cognitie en mensen met een MCI echter veel verder uit elkaar, wat verklaart dat meer deelnemers met behulp van de nieuwe methode juist geïdentificeerd konden worden dan op basis van de standaardoriëntatievragen. Het onderscheid tussen normale cognitie en MCI lukte met *Addenbrooke's Cognitive Examination* in 74 % van de veertig gevallen goed (AUC: 0,86).

Voor het onderscheid tussen een uitgebreide en een beperkte neurocognitieve stoornis (dementie, respectievelijk MCI) was de nieuwe methode van oriëntatieonderzoek voor 90 % valide (AUC: 0,95), de standaardmethode voor 78 % (AUC: 0,88) en *Addenbrooke's Cognitive Examination* voor 81 % (AUC: 0,89).

De onderzoekers vermelden geen betrouwbaarheidsintervallen voor de AUC-waarden, maar het 95%-betrouwbaarheidsinterval voor de percentages juiste classificaties is te berekenen. Dan blijkt dat de

nieuwe methode van oriëntatievragen alleen voor het onderscheid tussen normale cognitie en MCI een grotere validiteit heeft dan de standaardoriëntatievragen of de meer uitgebreide psychologische test (*Addenbrooke's Cognitive Examination*). Voor het onderscheid tussen MCI en dementie heeft de nieuwe methode geen grotere validiteit dan de standaardoriëntatievragen of een meer uitgebreide psychologische test.

Commentaar

De nieuwe methode om de oriëntatie in tijd, plaats en persoon te onderzoeken maakt een sympathieke indruk. De methode gebruikt vragen die zorgvuldig zijn gekozen zodat ze voor een individuele onderzochte betekenisvol zijn. Bij de beoordeling van de antwoorden houdt de onderzoeker rekening met de snelheid van reageren. De methode kan de validiteit vergroten van het onderscheid tussen normaal cognitief functioneren en een beperkte neurocognitieve stoornis. Daar staat tegenover dat de nieuwe aanpak tamelijk ingewikkeld is en nogal tijdrovend. Er moet flink wat tijd en energie gestoken worden in voorafgaande gesprekken met patiënt en familie voor het verzamelen van oriëntatievragen die aansluiten op ieders persoonlijke levensgeschiedenis en ervaring. De onderzoekers vermelden dat zij daar een half uur tot veertig minuten voor nodig hadden, al bieden ze ook een app aan waarmee de benodigde informatie in een kwartier verzameld kan worden. Verder zal ook de instrumentatie voor reactietijdmetingen niet in elke spreekkamer beschikbaar zijn. Ik vermoed dan ook dat nog heel wat mensen die een geheugenpoli bezoeken, voorbereid moeten zijn op de onvermijdelijke doktersvragen: Welke dag is het vandaag? Waar bent u nu? Heeft u mij eerder gezien?

Signalementen

Ondersteuning voor de ondersteuners: een online interventie voor mantelzorgers van mensen met dementie

Het progressieve karakter van dementie vergroot voor de mantelzorgers het risico op fysieke en mentale gezondheidsproblemen en sociale isolatie. Er is behoefte aan psychosociale interventies die mantelzorgers in het dagelijks leven ondersteunen. In het proefschrift van psychopatholoog *Alieske Dam*, 30 jr, wordt de ontwikkeling en evaluatie beschreven van een online interventie voor sociale ondersteuning voor mantelzorgers van mensen met dementie, genaamd 'Inlife'. Hierbij werd gebruik gemaakt van het Medical Research Council (MRC)-model voor de ontwikkeling en evaluatie van complexe interventies.

Uit de voorbereidende behoefte-analyse bleek onder andere een slechte afstemming (mismatch) tussen vraag en aanbod van sociale steun, versterkt door een cognitieve denkfout: mantelzorgers vullen vaak gedachten in voor leden uit hun sociale netwerk en andersom. Deze mismatch leidt tot een gebrek aan sociale steun en kan mogelijk worden hersteld door een open communicatie tijdens het ziekteproces.

De bruikbaarheid van de nieuw ontwikkelde *Inlife*-interventie werd getest in een pilotstudie met 25 mantelzorgers en kreeg een goede tevredenheidsscore. Hierop werd het *Inlife* platform verder verbreed. Er volgde een wachtlijst-gecontroleerde studie, waarbij deelnemers-mantelzorgers ($n = 96$) werden toegewezen aan de *Inlife*-interventie of een wachtlijst controle groep, na 16 weken kreeg de controlegroep toegang tot de *Inlife*-omgeving.

De kwalitatieve resultaten laten zien dat *Inlife* openheid, betrokkenheid, zelfregie en een meer efficiënte organisatie van het zorgproces mogelijk maakt. De kwantitatieve resultaten toonden echter geen significante verbeteringen voor de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep op het gebied van sociale steun, gevoelens van competentie of psychische klachten bij mantelzorgers.

Een belangrijke conclusie uit dit onderzoek is dat de effectiviteit van online mantelzorginterventies moeilijk meetbaar is in termen van kwantitatieve uitkomstmaten van welzijn en kwaliteit van leven op groepsniveau. Online hulpmiddelen hebben echter het potentieel om het zorgverleningsproces in het dagelijks leven te vergemakkelijken.

Proefschrift *INLIFE. An innovative online social support intervention for caregivers of persons with dementia*, Universiteit Maastricht, 25 oktober 2018, 243 p, ISBN 978 94 6375 044 8. Promotores waren prof. dr. M.E. de Vugt en prof. dr. F.R.J. Verhey.

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0273-5>

Published online: 20 November 2018

Op weg naar zorg met persoonlijke waarde: patiënttevredenheid cruciaal

Nu ouderen langer in hun eigen omgeving blijven wonen, verandert ook de eerstelijnsgezondheidszorg. Het toenemend aantal ouderen zorgt voor patiënten die vaker én meer ziekten en gezondheidsklachten hebben, bij een grotere nadruk op kwaliteit van leven: Mee kunnen blijven doen en zich prettig voelen, naast een goede behandeling voor de ziekte. Zorgtechnisch betekent dit een nieuw concept: persoonsgericht, geïntegreerde zorg met een verschoven nadruk van 'reactief en curatief' naar 'proactief en preventief'. Bij het vernieuwen (innoveren) van zorg zouden persoonlijke en collectieve waarden van de oudere patiënten een meer bepalende rol moeten spelen. Kaderhuisarts ouderengeneeskunde *Tony Poot*, 60 jaar, onderzoekt in zijn proefschrift de vraag: Hoe kan patiënttevredenheid ingezet worden om de zorg voor oudere personen aan te passen aan hun verwachtingen en waarden, en toe te passen in de veranderende zorgwereld?

Als bijdrage aan praktische zorginnovatie voor ouderen bestudeert het proefschrift de samenhang van de verbonden begrippen geïntegreerde zorg, patiënttevredenheid, implementatie en complexe gezondheidsproblematiek. Er is gebruikgemaakt van de gegevens uit twee grote onderzoeksprojecten van het LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde: ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older Persons) en MOVIT (Medische zorg Optimalisatie in Verzorgingshuizen Implementatie Traject).

Belangrijke bevindingen uit het promotieonderzoek zijn:

1. de patiënttevredenheid is lager bij oudere personen met een hogere mate van complexiteit van gezondheidsproblemen, onafhankelijk van leeftijd;
2. de relatie tussen patiënttevredenheid en complexiteit van gezondheidsproblemen hangt meer samen met de organisatie van zorg dan met de gezondheid van ouderen;
3. omdat aspecten van patiëntbejegening door huisartsen gerelateerd zijn aan patiënt(on)tevredenheid, kan de huisarts hier zelf aan werken;
4. oudere personen en huisartsen waarderen de opbrengst van zorginnovatie verschillend.
5. bij een zorg-verander-project laat een gestructureerde beschrijving zien waar patiëntbetrokkenheid en -tevredenheid op meerdere manieren kan worden toegepast.

'Niet het starten bij *problemen* van ouderen, maar juist het starten bij *wensen* van ouderen leidt tot innovatieve persoonsgerichte zorg' voegt de promovendus nog als hartenkreet toe aan zijn stellingen.

Proefschrift *Patient satisfaction in innovating integrated care for older persons. Towards care with personal value*, Universiteit Leiden, 11 september 2018, 152 p,

ISBN 978 94 6361 120 6. Promotor was prof. dr. J. Gussekloo.

Concept voor de zorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen voldoet (nog) niet

Zorg voor kwetsbare ouderen staat volop in de belangstelling. Vaak gaat het daarbij over zorg in verpleeghuizen terwijl steeds meer kwetsbare ouderen tot op hoge leeftijd gewoon thuis blijven wonen. Daarom is het van groot belang om in de thuissituatie gepaste zorg te leveren, gericht op het behoud van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van deze ouderen. Ons huidige gezondheidszorgsysteem sluit door zijn reactieve, ziektegerichte structuur en door onvoldoende samenwerking tussen de zorg- en welzijnsdomeinen niet altijd voldoende aan bij de complexe zorggerelateerde hulpvragen van deze thuiswonende kwetsbare ouderen.

Huisarts/universitair docent *Franca Ruikes*, 41 jr, onderzocht binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) de (kosten)effectiviteit van het *CareWell primary care* programma –in het Nederlands: de eerstelijns Zorg– en Welzijn Standaard, ZWS-1. Dit is een geïntegreerd zorgprogramma voor thuiswonende kwetsbare ouderen dat bestaat uit vier kerncomponenten: 1. multidisciplinaire zorg geleverd door teams van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, praktijk- en wijkverpleegkundigen en ouderenwelzijnsadviseurs; 2. proactieve zorg; 3. casemanagement en 4. medicatiereviews. Vier ondersteunende elementen faciliteren het leveren van geïntegreerde zorg: multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van veelvoorkomende geriatrische aandoeningen, een richtlijn voor anticiperende zorg, samenwerkingsafspraken over de consultatie van geriatrische experts en procedureafspraken rondom ziekenhuisopname en -ontslag.

Het promotieonderzoek toont aan dat het zorgprogramma *niet* effectief is in het voorkomen van (verdere) functionele achteruitgang van thuiswonende kwetsbare ouderen en ook geen verbetering geeft van de draaglast en kwaliteit van leven van mantelzorgers. Daarnaast leidt het programma *niet* tot besparing in de zorgkosten. Deze resultaten komen overeen met die van de andere geïntegreerde zorgprogramma's binnen het NPO.

Geconcludeerd kan worden dat meer aandacht nodig is voor de grote verschillen tussen thuiswonende kwetsbare ouderen en hun zorgbehoeften en voor de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners vanuit zorg- en welzijnsdomeinen en informele steunsystemen zoals mantelzorgers en vrijwilligers, voordat geïntegreerde zorgprogramma's verder ingezet worden.

Proefschrift *Integrated primary care for frail elderly. Implementation, effects and costs of the CareWell primary care program*, Radboud Universiteit Nijmegen, 7 november 2018, 182 p, ISBN 978 94 9289 675 9. Promotores waren prof. dr. R.T.C.M. Koopmans, prof. dr. W.J.J. Assendelft en prof. dr. S.U. Zuidema.

'Lager is beter' geldt niet voor de bloeddruk van alle ouderen

Met het oplopen van de leeftijd stijgt de bloeddruk als gevolg van arteriële stijfheid. Er bestaat discussie of het gunstig is om hypertensie op oudere leeftijd te behandelen, vooral bij 75-plussers met multimorbiditeit, polyfarmacie of kwetsbaarheid. In meerdere cohortstudies zijn associaties gevonden tussen een lage Systolische Bloeddruk (SBD), een toename in sterfte en versnelde cognitieve achteruitgang, vooral bij 75-plussers. Het advies in de huidige internationale hypertensierichtlijnen om bij alle patiënten van 60 jaar en ouder de SBD te verlagen, zelfs tot waarden lager dan 130 mm Hg, voedt de discussie over de voor- en nadelen van het (aanzienlijk) verlagen van de SBD in 75-plussers nog meer.

Huisarts/onderzoeker/epidemioloog *Sven Streit*, 38 jr, tracht daarom met zijn promotieonderzoek duidelijkheid te krijgen over de effecten van de behandeling van hypertensie bij 75-plussers. De drie doelen van zijn proefschrift zijn 1. het meten van de prevalentie van polyfarmacie in oudere patiënten; 2. het testen van de associatie tussen lage SBD, sterfte, cognitieve functioneren, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven bij oudere patiënten die behandeld worden met antihypertensiva en 3. het verkrijgen van inzicht in de variatie in behandeling van hypertensie bij ouderen door huisartsen uit verschillende landen en wat de invloed van kwetsbaarheid, cardiovasculaire ziektelast en levensverwachting hierop is.

Onderzoek in Zwitserland, analyse van data van de Leiden 85-plus Studie en onderzoek bij 2.543 huisartsen uit 29 verschillende landen in Europa, Brazilië, Israël en Nieuw Zeeland leveren veel informatie op.

De belangrijkste bevindingen zijn 1. polyfarmacie komt vaak voor onder ouderen en hypertensie is een belangrijke determinant van polyfarmacie; 2. een lage SBD gedurende behandeling met antihypertensiva is geassocieerd met een toename van totale sterfte en cognitieve achteruitgang bij ouderen met kwetsbaarheid; 3. er is veel variatie in de manier waarop huisartsen uit 29 voornamelijk Europese landen besluiten om bij ouderen met antihypertensiva te starten. Huisartsen behandelen kwetsbare ouderen minder vaak, maar met name in landen met een lage levensverwachting werd hun beslissing ook beïnvloed door de mate van cardiovasculaire ziektelast in het land.

Vanuit een klinisch perspectief wijzen de resultaten van dit proefschrift in de richting van het herdefiniëren van de individuele streefwaarden voor SBD voor kwetsbare ouderen die antihypertensiva gebruiken.

Proefschrift *Perspectives on treating hypertension in old age. The burden of polypharmacy, risks of treatment and GPs' treatment probability*, Universiteit Leiden, 25 september 2018, 155 p, ISBN 978 94 6361 126 8. Promotor was prof. dr. J. Gussekloo.

Hart-brein connectie: preventie van cardiovasculaire ziekten kan dementie voorkomen

Hartziekte werd al eerder in verband gebracht met cognitieve achteruitgang en dementie. Het meest robuuste bewijs hiervoor komt uit studies naar atriumfibrilleren en hartfalen. Promotieonderzoek van neuropsycholoog *Syenna Schievink*, 37 jr, toont aan dat coronaire hartziekten over het algemeen geassocieerd zijn met een 45 procent grotere kans op het ontwikkelen van een cognitieve stoornis of dementie, ook in het geval van myocard infarct en angina pectoris. Verder lieten mensen die, recent eerste, hart- en vaatproblematiek ontwikkelden een snellere cognitieve achteruitgang zien op het gebied van het geheugen en de verwerkingssnelheid van informatie dan de groep zonder cardiovasculaire ziekte (CVD). Voor de patiënten met incidente CVD werd dit pas na CVD-onset duidelijk, dat wil zeggen zes tot twaalf jaar na baseline. Dit ondersteunt zowel het ‘hart-brein connectie’ concept, maar suggereert ook dat er een tijdsperiode is na het doormaken van een cardiovasculaire gebeurtenis, waarin het afremmen van cognitieve achteruitgang mogelijk is. En het wekt de suggestie dat preventie van CVD kan leiden tot een afname van het risico op dementie. “Patiënten met een CVD die cognitieve klachten rapporteren, zouden een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek aangeboden moeten krijgen”, is één van de stellingen bij haar proefschrift. Andere conclusies in haar stellingen zijn, dat naast het volume van de laesie van een beroerte, zowel hyperintensiteiten in de witte stof als globale mate van hersenatrofie onafhankelijke voorspellers zijn voor cognitief functioneren na een beroerte. En dat verwerkingssnelheid en executief functioneren meer belangrijke voorspellers zijn van mortaliteit bij mensen met een beroerte dan de geheugenprestaties.

Aannemelijk is dat boven de 75 jaar ‘pure’ alzheimerdementie nauwelijks meer voorkomt. Bij iedereen met dementie bestaat dan in meer of mindere mate ook een vasculaire component. Proefschrift *Vascular cognitive impairment. At the heart of the matter*, Universiteit Maastricht, 5 oktober 2018, 191 p, ISBN 978 94 6375 086 8. Promotores waren prof. dr. S. Köhler, prof. dr. F.R.J. Verhey en prof. dr. R.J. van Oostenbrugge.

Biomarkers bij Alzheimer. De relatie met vasculaire factoren en cognitie in het pre-dementie stadium

Biomarkers hebben de kennis en het inzicht in de ziekte van Alzheimer (AD) vergroot. Klassiek zijn de studies naar amyloïd- β ‘plaques’ (eiwitstapeling) en neurofibrillaire ‘tangles’ (kluwens van het eiwit tau). Promotieonderzoek van klinisch neuropsycholoog/onderzoeker *Isabelle Bos*, 28 jr, zet verdere stappen en onderzoekt hoe vasculaire en neurodegeneratieve processen zich verhouden tot de traditionele AD biomarkers (A β en

tau) en cognitieve achteruitgang in de pre-dementie fases. Dan gaat het om de relatie tussen vasculaire risicofactoren zoals suikerziekte, hoge bloeddruk en obesitas, en zogenaamde neurodegeneratieve mechanismen, zoals ontstekingen in het brein of miscommunicatie tussen hersencellen én het ontstaan van Alzheimer pathologie.

De bevindingen uit het onderzoek suggereren dat vasculaire risicofactoren wellicht een beperkte invloed hebben in het stadium van milde cognitieve achteruitgang (MCI). Alleen alcoholgebruik vergrootte het risico op cognitieve achteruitgang, onafhankelijk van AD biomarkers. Ontdekt werd dat vasculaire factoren geassocieerd waren met een toename van de tau kluwen, terwijl neurodegeneratieve mechanismes geassocieerd waren met beide schadelijke Alzheimer eiwitten. Niet alleen cerebrovasculaire pathologie maar ook vasculaire risicofactoren dragen bij aan neurodegeneratieve schade, met name bij mensen met amyloïde pathologie.

Een praktische conclusie uit het promotieonderzoek is dat prognoses voor geheugenpolipatiënten op basis van geheugentests nauwkeuriger worden als er in de normgroepen gecorrigeerd wordt voor Alzheimer biomarkers.

Proefschrift *Biomarkers of Alzheimer’s disease. Relations with vascular factors and cognition in the pre-dementia stages*, Universiteit Maastricht, 12 oktober 2018, 243 p, ISBN 978 94 9301 914 0. Promotores waren dr. P.J. Visser en prof. dr. F.J.R. Verhey.

Analyse van functionele hersenconnectiviteit geeft meer inzicht in normale veroudering en alzheimer

Om meer inzicht te krijgen in het behoud en de achteruitgang van hersenfuncties is het van belang om de interacties en connecties tussen hersengebieden te bestuderen. Een geschikte methode hiervoor is het meten van functionele hersenconnectiviteit met *Resting State functional Magnetic Resonance Imaging* (RS-fMRI), waarbij de persoon in de MRI scanner zo stil mogelijk blijft liggen en niet in slaap valt. Met deze beeldvormende techniek is het mogelijk te onderzoeken welke gebieden van het brein gezamenlijk een netwerk vormen. Klinisch neuropsycholoog *Bernadet Klaassens*, 38 jr, heeft gebruik gemaakt van deze techniek om de effecten van geneesmiddelen op hersenconnectiviteit in beeld te brengen. De geneesmiddelen die werden toegepast zijn van invloed op de neurotransmitters serotonine (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs) en acetylcholine (AcetylCholinEsterase Inhibitors, AChEIs), middelen die doorgaans worden gebruikt ter behandeling van angst en depressie (de SSRIs), of bij mensen die lijden aan een vorm van dementie, zoals de ziekte van Alzheimer (de AChEIs).

Het meten van de effecten kan ervoor zorgen dat we meer begrijpen van het onderliggende neurotransmittersysteem en de actiemechanismen van de middelen in het brein. Daarnaast is onderzocht hoe veranderingen in hersenconnectiviteit bij veroudering zich verhouden ten opzichte van veranderingen bij de ziekte van Alzheimer. Door het vergelijken van hersenconnectiviteit en de farmacologische respons op deze uitkomstmaat, is getracht om de kennis te vergroten ten aanzien van de achteruitgang in hersenfunctie en serotonerge en cholinerge neurotransmittersystemen, een achteruitgang die geassocieerd is aan normale veroudering en alzheimer. De RS-fMRI techniek kan in de toekomst mogelijk bijdragen aan een betere differentiatie tussen mensen mét en zonder dementie, en aan de ontwikkeling van nieuwe medicatie.

Proefschrift *Imaging functional brain connectivity. Pharmacological modulation, aging and Alzheimer's disease*, Universiteit Leiden, 6 september 2018, 179 p, ISBN 978 94 6233 965 1. Promotores waren prof. dr. S.A.R.B. Rombouts en prof. dr. J.M.A. van Gerven.

Nieuwe stappen in een vroege diagnose van alzheimer

Vroegdiagnostiek in preklinische stadia van de ziekte van Alzheimer (AD) is belangrijk. Uiteindelijk willen klinici personen identificeren die nog asymptomatisch zijn maar toch een verhoogd risico op het ontwikkelen van dementie hebben. Verdere ontrafeling van AD etiopathogenese en pathofysiologische mechanismen in preklinische stadia zullen waarschijnlijk nieuwe inzichten verschaffen die nog steeds van cruciaal belang

zijn om de progressie van AD uit te stellen of te stoppen. Hoewel amyloïde plaques, neurofibrillaire knopen en hersenatrofie al meer dan 100 jaar kenmerken van AD zijn, moeten ook andere causatieve mechanismen worden onderzocht met behulp van nieuwe methodologie. Klinisch neuropsycholoog/onderzoeker *Sander Verfaillie*, 34 jr, ging aan de slag met PET radiotracers en MRI-technieken. De bevindingen van zijn promotieonderzoek geven aan dat SCD een effectief conceptueel raamwerk oplevert voor het bestuderen van preklinische AD. Corticale atrofie, veranderingen in hersenconnectiviteit en grijze stof netwerken, en amyloid depositie in de hersenen kunnen voorafgaan aan vroege cognitieve veranderingen, gerelateerd aan AD in mensen met subjectieve cognitieve achteruitgang (SCD) die de geheugenkliniek bezoeken. Aangevoerd is dat bepaalde aspecten van cognitieve klachten, spontane spraak en cognitieve-gerelateerde zorgen, zeer relevant zijn om bij deze patiënten verder te onderzoeken.

Veel van de bevindingen in zijn proefschrift zijn echter gebaseerd op groepsanalyses, met grote interindividuele variaties. De volgende stappen zullen zijn om bijkomende causale mechanismen op een preklinisch-individueel niveau verder te onderzoeken, om uiteindelijk het begrip van de verschillende mechanismes van AD-gerelateerde neurodegeneratieve veranderingen te verbeteren.

Proefschrift *Neuroimaging in Subjective Cognitive Decline. Incipient Alzheimer's Disease unmasked*, Vrije Universiteit Amsterdam, 12 september 2018, 235 p, ISBN 978 94 9301 923 2. Promotores waren prof. dr. W.M. van der Flier en prof. dr. B.M.N. van Berckel.