

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

**Auteurs:** 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.

---

## **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 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.

---

**Kernwoorden:** gezondheid, gezondheidsvoorzieningen, literatuuroverzicht, oudere migranten, welbevinden

---

**Keywords:** Health, Health care, literature review, Older migrants, Wellbeing

---

### **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 migrantengroepen 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 migrantengroepen, 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 migrantengroepen 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 migrantengroepen 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 (zie de digitaal aanvullende content bij de downloads).

## Thema's

Het leeuwendeel van het onderzoek naar oudere migrantengroepen richt zich op de drie grootste groepen niet-westerse migrantengroepen. Kleinere groepen niet-westerse migrantengroepen (bijvoorbeeld Chinezen en Ghanezen) en westerse migrantengroepen (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-migranten (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-migrantengroepen [ 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-migrantengroepen 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 migrantengroepen 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-migranten [ <sup>11</sup> ]. Verder is het overtuigend aangetoond dat niet-westerse oudere migranten kwetsbaarder zijn voor dementie [ <sup>17</sup> ].

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 [ <sup>18</sup> ]. 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 [ <sup>19</sup> ]. 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 [ <sup>20</sup> ], 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 [ <sup>21</sup> ]. 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 [ <sup>22</sup> ].

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 [ <sup>12</sup>, <sup>15</sup>, <sup>23</sup> ]. Bovendien laten Denктаş et al. (2010) zien dat oudere niet-westerse migranten met diabetes en musculoskeletale aandoeningen significant minder medicijnen gebruiken dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten [ <sup>24</sup> ]. Aangetoond is echter ook dat Turkse en Marokkaanse ouderen gemiddeld meer medicijnen op recept en meer pijn- en koortswerende middelen gebruiken [ <sup>6</sup> ].

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 [ <sup>16</sup>, <sup>25</sup>, <sup>26</sup> ].

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' [ <sup>25</sup> ] en 'De stem van de oudere migrant' [ <sup>15</sup> ]. 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 [ <sup>15</sup> ].

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-migrantengroepen 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 verwachtingen 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-migrantengroepen aan de ene kant en Marokkaanse 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 migrantengroepen 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) migrantengroepen 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 migrantengroepen, vooral die van de eerste generatie, vaak niet meer leven of in het buitenland wonen. Bovendien zijn niet-westerse migrantengroepen gemiddeld jonger dan niet-migrantengroepen 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 migrantengroepen (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 migrantengroepen 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 sociaaleconomische 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 Nederlandse 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-migrant 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-migrant [ 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 politieke 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-westerse 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 (migrant 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 eruitziet 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-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.

---

## **Auteurs**

### **Nina Conkova**

Leyden Academy on Vitality and Ageing

Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden

[conkova@leydenacademy.nl](mailto:conkova@leydenacademy.nl)

**Jolanda Lindenberg**

Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden

[lindenberg@leydenacademy.nl](mailto:lindenberg@leydenacademy.nl)

---

**Literatuurlijst**

1. Kloosterboer D. Ze komen er aan: Wensen, behoeften én ambities van oudere migranten in Nederland. Utrecht: Landelijk Overleg Minderheden; 2004.
2. Ooijevaar J, Verkooijen L. In: Expat, wanneer ben je het? Een afbakening van in het buitenland geboren werknemers op basis van loon. Den Haag: CBS; 2015.
3. Beets G, van Imhoff E, Huisman C. In: Demografie van de Indische Nederlanders, 1930–2001. Den Haag: Bevolkingtrends; 2003.
4. Statline: Bevolking per generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering. 2018.
5. Warnes AM, Williams A. Older migrants in europe: a new focus for migration studies. *J Ethn Migr Stud.* 2006;32(8):1257-1281. 10.1080/13691830600927617
6. Schellingerhout R. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2004.
7. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med.* 2006;5(3):101-117. 10.1016/S0899-3467(07)60142-6
8. Fennelly K. The “healthy migrant” effect. *Minn Med.* 2007;90(3):51-53.
9. Denktas S. Health and health care use of elderly immigrants in the Netherlands. Erasmus Universiteit: PhD thesis. 2011.
10. El Fakiri F, Bouwman-Notenboom J. In: Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden. GGD: Amsterdam; 2016.
11. 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. 10.1186/s12916-018-1044-4
12. 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):e017873-10.1136/bmjopen-2017-017873
13. 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):531-540. 10.1007/s00038-017-0949-6
14. 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):600-605. 10.1093/eurpub/ckt136
15. 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.
16. Suurmond J, Rosenmöller 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. 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.014
17. Parlevliet J, Uysal-Bozkir Ö, van Campen J, Kok R, ter Riet G, Schmand B, de Rooij S. Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten. *Huisarts Wet.* 2008;120-25.
18. Kristiansen M, Razum O, Tezcan-Güntekin H, Krasnik A. Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Rev.* 2016;37(1):20-10.1186/s40985-016-0036-1
19. Klokgieters SS, van Tilburg TG, 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):711-737. 10.1177/0898264316689324
20. Yerden I. Tradities in de Knel: Zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland. Universiteit van Amsterdam: PhD thesis. 2013.
21. Hoffer C. Allochtone ouderen: De onverwachte oude dag in Nederland. Rotterdam: GGZ Groep Europort; 2005.
22. 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):384-390. 10.1093/eurpub/cku205
23. 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):388-393. 10.1093/eurpub/ckl040
  24. Denктаş 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):176-10.1186/1472-6963-10-176
  25. Hoffer C, Boekhout B, Braak J, Zijlstra Y. Het migrantenproject van GGZ Noord-Holland-Noord. *Dialoog*. 2010;12(3):8-14.
  26. de Graaf FM, Francke AL. Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland, een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik. *Verpleegkunde*. 2002;17(3):131-139.
  27. van Rosse F, Essink-Bot ML, Stronks K, de Bruijne M, 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):e005527-10.1136/bmjopen-2014-005527
  28. de Graaff FM, 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. 10.1016/S0020-7489(03)00078-6
  29. Kosec H. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers: aanknopingspunten voor het vergroten van de respons bij CQI metingen. Utrecht: Pharos; 2015.
  30. Meulenkamp TM, van Beek AP, Gerritsen DL, de Graaf FM, Francke AL. In: *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg*. Utrecht: NIVEL; 2010.
  31. van den Berg M. *Mantelzorg en etniciteit*. Universiteit Twente: PhD thesis. 2014.
  32. van Wezel N, Francke AL, Kayan-Acun E, Devillé WLJM, van Grondelle NJ, Blom MM. Family care for immigrants with dementia: the perspectives of female family carers living in the Netherlands. *Dementia*. 2016;15(1):69-84. 10.1177/1471301213517703
  33. 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(1):49-66. 10.1017/S0144686X07006307
  34. de Boer A. *Wie maakt het verschil: Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp*. Sociaal en Cultureel Planbureau: den Haag; 2017.
  35. Klerk M, de Boer A, de Plaisier I, Schyns P. In: *Voor elkaar?*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2016.
  36. Huijnk W, Andriessen I. In: *Integratie in zicht?*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2016.
  37. Kroese G, von Meijenfildt F, Moerbeek S. In: *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;211304-313. 10.1016/j.socscimed.2018.06.036
  39. Klokgieters SS, van Tilburg TG, 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?. *Aging Ment Health*. 2018;- 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):159-10.1186/s12877-017-0549-6
  42. Meyboom J, van Eekelen W. Yipratmak: uitputten, verslijten, kapot maken. *Med Antropol*. 1999;11(2):377-393.
  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, van Tilburg TG, Thomese F, Sajatcentrum B. In: *Eenzaamheid onder oudere migranten: Literatuuronderzoek en interviews*. Ben Sajatcentrum: Amsterdam; 2016.
  45. Klok J, van Tilburg TG, 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):341-351. 10.1007/s10433-017-0420-9

46. Pot A, Keijzer M, de Bot K. The language barrier in migrant aging. *Int J Biling Educ Biling*. 2018;- 10.1080/13670050.2018.1435627
47. FORUM//Instituut voor Multiculturele Vraagstukken; 2016.
48. Kullberg J, Vervoort M, Dagevos J. In: *Goede buren kun je niet kopen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2009.
49. Babel N. Woonwensen van ouderen van Surinaamse afkomst. *Geron*. 2018;261-63. 10.1007/s40718-018-0043-z
50. Yerden I. Transnationaal wonen van etnische ouderen. *Geron*. 2018;220-23. 10.1007/s40718-018-0031-3