

# Op weg naar cultuursensitieve zorg voor oudere migranten! Opzet en werkwijze van het *Stem van de Oudere Migrant* project.

B. Steunenberga, I. Verhagena, W.J. Ros<sup>a</sup>, N.J. de Wit<sup>a,b</sup>

## **Towards culturally sensitive care for elderly immigrants! Design and development of a community based intervention programme in the Netherlands.**

*Background:* In Western countries, health and social welfare facilities are not easily accessible for elderly immigrants and their needs are sub optimally addressed. A transition is needed towards culturally sensitive services to make cure and care accessible for elderly immigrants. We developed an intervention programme in which ethnic community health workers (CHWs) act as liaisons between immigrant elderly and local health care and social welfare services.

*Methods:* In a quasi experimental design, the effectiveness of introduction of CHWs, will be evaluated in three (semi) urban residential areas in the Netherlands within three different migrant groups and compared with a control group. The primary outcome is use of health care and social welfare facilities by the elderly. Secondary outcomes are quality of life and functional impairments. Implementation of the intervention programme will be examined with focus groups and data registration of CHW activities. In this paper design and methodological issues are discussed.

*Discussion:* This study can contribute to the improvement of care for elderly immigrants by developing culturally sensitive care whereby the elderly immigrants themselves actively participate. To enable a successful transition, proper identification and recruitment of CHWs is required. Once proven effective, the CHW function can be further integrated into the existing local health care and welfare system.

Keywords: older migrants, health, community health worker, care use, welfare

Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45: 82-91

<sup>a</sup> Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht, The Netherlands

<sup>b</sup> Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht, Utrecht, The Netherlands

Correspondentie: B. Steunenberga, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht, The Netherlands,  
Email: b.steunenberga@umcutrecht.nl

## Samenvatting

*Achtergrond:* De zorg- en welzijnsvoorzieningen zijn niet goed toegankelijk voor oudere migranten en aan hun behoeften en wensen wordt door het huidige aanbod niet optimaal voldaan. Overgang naar een meer cultuursensitieve organisatie van zorg en welzijn is daarom nodig. Het *Stem van de Oudere Migrant*-project (Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen (NUZO) van het UMC Utrecht en partners) ontwikkelde met dit doel een programma met als interventie de inzet van zogenaamde sleutelfiguren uit de eigen gemeenschap van de doelgroep ouderen. De sleutelfiguur dient als brug tussen de ouderen en de professionals.

*Opzet:* Door middel van een quasi-experimenteel design wordt de inzet van de sleutelfiguren geëvalueerd in drie stedelijke gebieden in Nederland (Utrecht, Harderwijk en Tiel en een controlegroep uit Amsterdam en Maarssen) onder drie migrantengroepen. De primaire uitkomstmaat is gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen. Secundaire uitkomstmaten zijn kwaliteit van leven en het aantal functionele beperkingen. Het proces wordt kwalitatief geëvalueerd door focusgroepen en registratie van de werkzaamheden van de sleutelfiguur. In dit artikel worden de opzet en methodologische keuzes toegelicht.

*Discussie:* Deze studie kan bijdragen aan de verbetering van het cultuursensitief zijn van de zorg en welzijn aan oudere migranten. De doelgroep wordt actief betrokken bij dit project. Het identificeren van de juiste sleutelfiguren is voor het slagen van het project van groot belang. Doelstelling is bij gebleken effectiviteit de sleutelfiguur te integreren als een bestaand onderdeel van de lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen.

---

Trefwoorden: oudere migranten, gezondheid, sleutelfiguur, zorggebruik, welzijn

## Inleiding

Oudere niet-westerse migranten vormen een kwetsbare groep. Over het algemeen rapporteren oudere migranten een slechtere gezondheid dan autochtone ouderen.<sup>1-3</sup> Zij zijn in vergelijking met autochtone ouderen extra kwetsbaar door taalproblemen, analfabetisme en sociaaleconomische achterstand. Deze groep ouderen heeft onvoldoende kennis over het eigen lichaam en zij kunnen, mede door de hierboven genoemde factoren, hun klachten niet goed benoemen. Onder de oudere migranten worden

vaker zelfzorgproblemen vastgesteld. Door de verhoogde kwetsbaarheid zijn ze sterker afhankelijk van hun sociale netwerk. De diagnostiek in de zorg- en welzijnsinstellingen is vaak niet goed toegespitst op de oudere migranten en hun hulpvraag, wat weer leidt tot problemen bij de zorgverlening en de indicatiestelling. Het aantal migrantenouderen neemt de komende jaren snel toe.<sup>4,5</sup> Binnen de groep is een grote verscheidenheid aan migratiegeschiedenissen en landen van herkomst. De grootste groepen zijn afkomstig uit Marokko, Turkije, de Nederlandse Antillen en Suriname maar er zijn kleinere populaties ouderen uit veel verschillende landen. Het vraagt van beleidsmakers en hulpverleners een bijzondere inspanning om hun aanbod te laten aansluiten bij de behoeften van deze zeer divers samengestelde groep ouderen.

Oudere migranten gaan even vaak of vaker dan autochtone ouderen naar de huisarts en ook hun ziekenhuisopname is nagenoeg gelijk, maar zij maken in mindere mate gebruik van overige medische voorzieningen, zoals hulpmiddelen en fysiotherapie.<sup>2,6</sup> Ze blijken met name minder gebruik te maken van de thuiszorg, de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en van de geestelijke gezondheidszorg.<sup>2</sup> Uit onderzoek komen de volgende redenen voor dit verminderd gebruik naar voren: onbekendheid met zorg- en welzijnsvoorzieningen, taal- en communicatieproblemen, onvoldoende aansluiting van het aanbod op de vraag (te weinig cultuursensitieve uitvoering van de zorg), gebrek aan kennis over culturele achtergrond bij professionals, financiële redenen (de eigen bijdrage) en morele bezwaren tegen het inroepen van zorg bij beschikbaarheid van mantelzorg thuis.<sup>1-3,7</sup>

Wat betreft de geestelijke gezondheid wordt onder oudere migranten een relatief hoge prevalentie van angst en depressie vastgesteld.<sup>1,8</sup> In contrast daarmee blijkt er onder oudere migranten juist sprake van een ondergebruik van GGZ-voorzieningen.<sup>9</sup> Een speciaal probleem is dementie.<sup>10</sup> In de migrantengroepen is de onbekendheid met deze ziekte groot. Diagnostiek is een moeizaam proces. Symptomen van dementie worden door ouderen vaak ontkend of niet herkend. Men beschouwt deze eerder als een pijnlijk onderdeel van het proces van ouder worden. Gevoelens van schaamte over het gedrag leidt tot vermindering van contact met anderen en de zorgverleners. Mantelzorg voor dementerende oudere migranten is meestal heel vanzelfsprekend. Minder dan 1 procent van de Turkse en Marokkaanse mensen met dementie woont in een verpleeghuis, tegenover 30 procent van de

autochtone Nederlanders.<sup>11</sup> Met de toename van het aantal oudere migranten zal ook dementie meer gaan voorkomen en de mantelzorgbelasting stijgen en daarmee de behoefte aan specialistische zorg.

Aandacht voor gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, in plaats van alleen aandacht voor gezondheidsrisico's lijkt gerechtvaardigd.<sup>2</sup> Er zijn in de afgelopen jaren verschillende initiatieven ontplooid om de toeleiding van oudere migranten naar instellingen voor zorg en welzijn te verbeteren. Voorbeelden zijn de inzet van ouderenadviseurs en Voorlichters binnen de Eigen Taal en Cultuur (VETC).<sup>12-15</sup> Daarnaast zijn er enkele lokale initiatieven geweest gericht op aanpassingen in verpleeg- en verzorgingshuizen en op de inzet van speciaal op migranten gericht welzijnswerk en steunpunten mantelzorg.<sup>16,17,18</sup>

Een internationaal uitgebreid bestudeerde methode om de voorzieningen en het gebruik van de zorg door migranten te verbeteren, is de inzet van een "ethnic community health worker".<sup>19,20</sup> Echter, studies naar het effect bij oudere migranten zijn helaas schaars. In dit artikel beschrijven wij de opzet en uitvoering van het *Stem van de Oudere Migrant* project (NUZO, UMC Utrecht,<sup>21</sup>). In dit project maken wij gebruik van de inzet van deze "health worker", verder aangeduid met de term sleutelfiguur. Onder deze term verstaan wij in dit project de structurele inzet van geziene personen uit de eigen gemeenschap in de toeleiding naar het bestaande zorg- en welzijnsnetwerk rond oudere migranten. Net als bij de consulenten binnen de (VETC) hebben de sleutelfiguren een gelijke etnische achtergrond als de doelgroep, spreken zij de zelfde taal en zijn zij bekend met de normen en waarden rondom zorggebruik en de beperkingen die migrantenouderen ervaren in de toegang naar zorg en welzijn. Maar de sleutelfiguren zijn actieve brugbouwers tussen de doelgroep en de zorg- en welzijnsprofessionals en zij starten lokale projecten op om de toegang tot zorg en welzijn voor de doelgroep te verbeteren. Uit internationale studies blijkt dat deze sleutelfiguren het zorggebruik, gezondheidsgedrag en de kennis over gezondheid en leefstijl verbeteren bij migranten.<sup>19,20</sup>

Dit project is in het kader van Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO-ZonMw) uitgevoerd. Een unieke component van NPO-projecten is dat de ouderen uit de doelgroep of hun vertegenwoordigers nauw betrokken zijn geweest bij de opzet en uitvoering van het project. Dit project is opgezet in nauwe samenwerking met het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM).

Het doel van het project is het effect van de inzet van de sleutelfiguur op het gebruik van

lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen en op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van oudere migranten te evalueren. Wij verwachten dat door deze inzet een betere aansluiting van het aanbod van lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen op de wensen en behoeften van de doelgroep zal ontstaan.

## Methode

### Onderzoeksopzet

In deze niet-gerandomiseerde studie met controlegroepvergelijking (quasi-experimentele onderzoeksopzet) wordt op drie locaties (Utrecht – Kanaleneiland, Harderwijk en Tiel) de structurele inzet van sleutelfiguren uit de eigen gemeenschap in de toeleiding naar het bestaande zorg- en welzijnsnetwerk rond oudere migranten (55 jaar en ouder) geëvalueerd aan de hand van het effect op het gebruik van voorzieningen, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid door deze groep.

### Deelnemende migranten

De locaties waar het onderzoek plaatsvindt, hebben elk een specifieke concentratie van migranten. In Utrecht (Kanaleneiland) gaat het om ouderen van Marokkaanse afkomst, in Harderwijk om ouderen van Turkse afkomst en in Tiel om ouderen van Molukse afkomst. Deze drie groepen vormen naast de Surinaamse en Antilliaanse ouderen een groot deel van de oudere migranten in Nederland.

### Controlegroep

De controlegroep bestaat uit ouderen van Marokkaanse en Turkse afkomst uit het Amsterdamse (AMC) Symbol project (Systematic Memory Testing Beholding Other Languages; [www.koz-amc.nl](http://www.koz-amc.nl)) waarin een qua grootte en samenstelling vergelijkbare groep oudere migranten is geïnccludeerd, maar zonder de inzet van een sleutelfiguur. Het Symbol-project is ook een NPO-project en neemt gelijke meetinstrumenten af. Het Symbol-project is een cross-sectionele vragenlijststudie. In het kader van de effectevaluatie van het *Stem van de Oudere Migrant* project wordt bij de Symbol ouderen die daar specifiek toestemming voor hebben gegeven in het najaar van 2013 een tweede meting afgenomen om zo te dienen als controlegroep voor het *Stem van de Oudere Migrant* project.

De controlegroep voor Molukse ouderen werd in het voorjaar van 2012 gerekruteerd in samenwerking met de lokale zelforganisatie van

Molukse ouderen in Maarssen; Stichting Kastoeri/Ouderenwerkgroep Toma 50+, de Landelijke Stuurgroep Molukse Ouderen (LSMO) en NOOM. Wij hebben de contactpersoon van deze Maarssense gemeenschap ons verzoek voorgelegd. Wij ontvingen contactgegevens en bij de ouderen thuis zijn de voor- (najaar 2011-voorjaar 2012) en nameting (najaar 2013-begin 2014) afgenomen.

#### *Inclusie en Exclusiecriteria*

De volgende criteria worden gehanteerd voor deelname:

- De migrantenouderen zijn 55 jaar of ouder. In veel onderzoeken onder migranten wordt de leeftijdsgrens gelegd bij 55 jaar, omdat veel migranten zich dan al oud voelen, vaak door het zware lichamelijke werk dat zij verricht hebben;
- Zelfstandig wonen (alleen of met anderen);
- Geboren zijn in Turkije, Marokko, de Molukken of kind zijn van Molukse immigranten en geboren zijn in een van de Molukse “kampen” in Nederland in de jaren '50 en '60;
- Ouderen met zware psychiatrische diagnostiek zijn uitgesloten van deelname.

De oudere migranten worden niet gescreend op kwetsbaarheid zoals gebruikelijk bij oudere autochtonen. Uit de literatuur blijkt namelijk dat het merendeel van de oudere migranten kwetsbaar is op de terreinen van lichamelijke gezondheid en financiën en op sociaal-maatschappelijk vlak.<sup>1-3</sup>

#### *De interventie sleutelfiguur*

Het concept van sleutelfiguren is afgeleid van de Multicultural Health Brokers (MCHB; [www.mchb.org](http://www.mchb.org).<sup>22</sup>) in Canada. De hoofddoelstelling van deze organisatie is het ondersteunen van oudere migranten en vluchtelingen door goede voorlichting, scholing en belangenbehartiging.

De sleutelfiguur is part-time werkzaam, 1 à 2 dagen per week. Op elk van de locaties wordt afhankelijk van de omvang van de doelgroep, één of meer sleutelfiguren aangesteld. Uitgangspunt is een formatie van 0,2 fte sleutelfiguur op 50 oudere migranten.

Belangrijkste voorwaarde bij de selectie van de juiste kandidaat is dat de sleutelfiguren deel uit maken van de lokale migrantengemeenschap. Zij hebben daar al informeel een positie als vertrouwenspersoon of belangenbehartiger. De sleutelfiguur is in de eerste plaats een bruggenbouwer (intermediair tussen de oudere

migranten en de overheid en de instellingen). De sleutelfiguur heeft het vertrouwen en geniet respect van de doelgroep.

In het kader van dit project is een functieprofiel opgesteld voor de sleutelfiguur. In bijgaand kader 1 vindt u hiervan een overzicht.

#### *Functieprofiel sleutelfiguur*

Netwerk
- Goede contacten en netwerken in de lokale migrantengemeenschap
- Bekend met oudere migranten
Kennis
- Betrokkenheid bij en interesse in de leefsituatie van oudere migranten
- Kennis over hun culturele achtergrond, normen en waarden en hun gevoeligheden
- Kennis van het Nederlandse zorgstelsel en de lokale sociale kaart
Communicatie
- Vermogen tot goed communiceren met vertegenwoordigers van lokale oudere migranten
- Vermogen tot goed communiceren met vertegenwoordigers van lokale zorg-, welzijns- en andere relevante instellingen
- Beheersing van de Nederlandse taal en beheersing van de taal van de oudere migrant
Vaardigheden
- In staat om vanuit het algemeen belang te denken (dus het belang van een individu of individuele organisatie overstijgend)
- Vermogen om mensen te enthousiasmeren voor de informatiebijeenkomsten
- Bereidheid om te tolken bij informatiebijeenkomsten en uitleg te geven
- Bereidheid en vermogen om te signaleren, informeren, doorverwijzen en agenderen
- Goede organisatorische kwaliteiten en praktisch ingesteld
- De sleutelfiguur is in principe een bemiddelaar/mediator, géén hulpverlener

#### *Scholing sleutelfiguren*

De sleutelfiguren krijgen een specifiek voor dit project ontwikkelde training om hen voor te bereiden op hun taak. De training duurt twee dagen. De training heeft een interactief karakter

en bevat oefeningen waarmee de benodigde vaardigheden worden getraind. Ook wordt geoefend met een rollenspel met een trainingsacteur. De sleutelfiguren krijgen uitleg over de onderzoeksopzet en zij maken kennis met de onderzoeksmedewerkers, dit om de samenwerking te bespoedigen.

Tijdens het project hebben de sleutelfiguren op regelmatige basis supervisiebijeenkomsten met de lokale projectleider als voorzitter. Ook zijn er terugkombijeenkomsten met de trainers van de scholing.

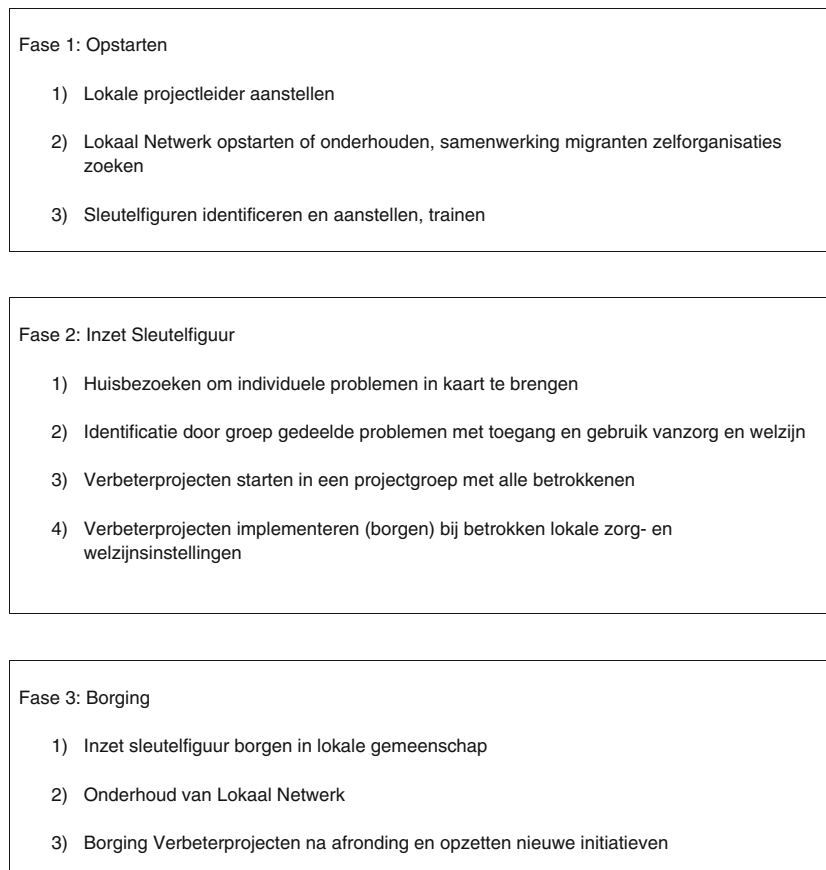
#### *Projectimplementatie*

De eerste fase (voor een overzicht zie figuur 1) van het project wordt besteed aan “het inrichten van de projectorganisatie en het identificeren en rekruteren van sleutelfiguren” (aanvullende informatie over de sleutelfiguur vindt u in de paragraaf Interventie). Op elke locatie is een projectleider aangesteld die contacten legt en onderhoudt met de migrantenorganisaties en zorg- en welzijnsinstanties die zich richten op zorg aan oudere migranten.

Er wordt nauw samengewerkt met de doelgroep, via NOOM, met de landelijke

besturen en lokale afdelingen/contactpersonen van Turkse Ouderen Federatie (TOF), Islamitische Stichting Nederland (ISN), Marokkaanse Ouderen Bond in Nederland (MOBIN), Marokkaanse Ouderenraad Kanaleneiland (MORK), Landelijke Stuurgroep Molukse Ouderen (LSMO, en in Tiel met Buah Hati, de organisatie voor Molukse ouderen.

In de tweede fase van het project start ‘de inzet van de sleutelfiguur’. De rol van de sleutelfiguur is in deze fase veel omvattend. Ten eerste inventariseert de sleutelfiguur bij de oudere migranten de individuele gezondheidsproblemen, de behoeften aan zorg- en welzijnsvoorzieningen en de persoonlijke ervaringen met zorg- en welzijnsinstanties. De sleutelfiguur legt daartoe individuele huisbezoeken af bij oudere migranten en hun mantelzorgers en organiseert kleinschalige huiskamerbijeenkomsten. In aanvulling op deze inventarisatie organiseert de sleutelfiguur, in samenwerking met lokale migrantenzelforganisaties en sociaal-culturele instellingen uit de wijk (bijvoorbeeld moskee, buurthuis) algemene informatiebijeenkomsten rond gezondheidsproblematiek, rekening houdend met hun geringe kennis van het Nederlandse zorgstelsel. Deelnemers aan deze



**Figuur 1** Fasering van het transitieproject Stem van de Oudere Migrant

bijeenkomsten zijn de oudere migranten en/of hun familie/mantelzorger, vertegenwoordiger(s) van zorg- en/of welzijnsinstellingen en de sleutelfiguur. Op deze bijeenkomsten komen na grondige probleemanalyse verschillende oplossingsalternatieven aan de orde en worden uiteindelijk op elke locatie verschillende ‘verbeterprojecten’ geformuleerd, die draagvlak hebben bij de doelgroep en de instellingen. De sleutelfiguur heeft een belangrijke rol bij het monitoren van de implementatie van deze ‘verbeterprojecten’ in de wijk in samenspraak met de doelgroep.

In de laatste stap en derde fase worden deze ‘verbeterprojecten’ geïmplementeerd en geborgd bij de lokale aanbieders van zorg en welzijn in hun bestaande aanbod. Dit alles in samenwerking met de ouderen. De lokale projectleider onderzoekt hoe de ‘verbeterprojecten’ geïntegreerd kunnen worden in bestaande financiële structuren. Ook worden in deze fase binnen het lokale netwerk van zorg- en welzijnsprofessionals afspraken gemaakt over de continuering van de ‘verbeterprojecten’.

#### *Effect en procesevaluatie*

De kwantitatieve effectevaluatie wordt uitgevoerd op het niveau van de oudere migrant. In de quasi-experimentele opzet met pre-post vergelijking vinden twee meetmomenten plaats. De eerste meting vindt plaats voor de transitie, tijdens of kort na het individuele huisbezoek van de sleutelfiguur; de tweede meting vindt plaats vanaf oktober 2013 tot januari 2014. Binnen twee weken na het huisbezoek door de sleutelfiguur vindt de afname van de vragenlijsten plaats. De oudere migrant geeft hiervoor toestemming aan de sleutelfiguur. De vragenlijst wordt afgenomen in de door de oudere migranten gewenste taal. De vragenlijsten worden afgenomen door tweetalige interviewers. Om de betrouwbaarheid van deze interviews te optimaliseren maken de interviewers gebruik van gestandaardiseerde, vertaalde versies van het vragenlijstenpakket. De interviewers hebben zelf eveneens een Marokkaanse, Turkse of Molukse achtergrond. Alle interviewers hebben een training ontvangen voor het afnemen van deze vragenlijsten. Ook hebben zij uitleg ontvangen over de samenwerking met de sleutelfiguren. Deze training is interactief en bevat rollenspellen. Tot slot, hebben de interviewers proefinterviews gehouden binnen het persoonlijk netwerk.

#### *Uitkomstmaten*

De primaire uitkomstmaat van dit onderzoeksproject is het gebruik van de zorg- en welzijnsvoorzieningen

door de oudere migranten. Het gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen wordt met behulp van de onderwerpen in de Minimale Dataset van het NPO<sup>23</sup> over het zorggebruik ten aanzien van ziekenhuisopnames, ongeplande huisartszorg, thuiszorg, opname verzorgingshuis, dagopvang en dagbehandeling gemeten.

De secundaire uitkomstmaten zijn kwaliteit van leven, gemeten met de SF-12<sup>24</sup> en de EQ-5D+C<sup>25</sup>, functionele beperkingen, gemeten met de Katz-15.<sup>26</sup>

#### *Determinanten*

De volgende determinanten van zowel zorggebruik, kwaliteit van leven als functionele beperkingen worden meegenomen in de vragenlijsten (zie voor een uitgebreide beschrijving Verhagen et al.<sup>21</sup>):

- Multimorbiditeit, uitgevraagd door middel van zelfrapportage over het aantal ziekten en aandoeningen
- Emotionele problemen: angst en stemmingsklachten
- Eenzaamheid
- Acculturatie
- Gevoelens van verlies als onderdeel van de acculturatie
- De beheersing van de Nederlandse taal

De sociaal-demografische factoren sekse, leeftijd, burgerlijke status, etniciteit, migratieachtergrond, woonsituatie, religiositeit en opleidingsniveau worden bij de basismeting uitgevraagd.

#### *Vertaling Meetinstrumenten*

Van een aantal van de gebruikte vragenlijsten waren bij de start van het project vertaalde versies in het Turks, Marokkaans-Arabisch, Berbers of Moluks-Maleis beschikbaar. Voor de andere instrumenten geldt dat complete vertaalde versies zijn gemaakt door het toepassen van de zogenaamde *forward-backward procedure*.<sup>27</sup> Twee *forward*-vertalers, beiden de gewenste taal als moedertaal sprekend, vertaalden de Nederlandse versie in de gewenste taal en die werd terugvertaald in het Nederlands door een *backward*-vertaler, iemand die het Nederlands als moedertaal spreekt en schrijft. De vertalingen vonden onafhankelijk van elkaar plaats. Verschillen in de vertalingen werden bediscussieerd.

#### *Kwalitatief onderzoek*

De kwalitatieve procesevaluatie richt zich primair op het functioneren van de

sleutelfiguren en de ervaringen van de ouderen en hun mantelzorgers. Bij de evaluatie zijn een groep van beleidsmakers en zorg- en welzijnsprofessionals uit de lokale netwerken betrokken. Er wordt per doelgroep een focusgroep georganiseerd waarin de ervaringen met het project en de resultaten uit de kwantitatieve studie worden besproken. Van de werkzaamheden van de sleutelfiguren wordt ook een kwantitatieve registratie bijgehouden, evenals van de aanwezigheid op de informatiebijeenkomsten en bij de 'verbeterprojecten'.

### Eerste resultaten

In totaal zijn er 98 ouderen van de Marokkaanse doelgroep geïnccludeerd, 69 Turkse en 34 Molukse ouderen. Tabel 1 toont de sociaal-demografische kenmerken van de onderzoeksgroep. De Molukse ouderen zijn het oudst bij de aanvang van het project, wonen verreweg het langst in Nederland en hebben het hoogste aantal opleidingsjaren. De Turkse ouderen rapporteren de meeste lichamelijke chronische ziekten. De Marokkaanse ouderen scoren gemiddeld hoog op gevoelens van eenzaamheid.<sup>28</sup>

### Discussie

In dit artikel hebben we de achtergrond, opzet en uitvoering van het Stem van de Oudere Migrant project beschreven. Het primaire doel van het project is door de inzet en werkzaamheden van sleutelfiguren te komen tot een beter gebruik van lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen door oudere migranten en hun mantelzorgers. Het tweede doel is een betere aansluiting van het aanbod van lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen op de wensen en behoeften van de doelgroep en tot slot willen wij het effect van dit project op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid bij oudere migranten in kaart brengen.

Bij de opzet van deze studie hebben wij een aantal keuzes gemaakt die wij hier willen toelichten. Wij kozen voor een quasi-experimenteel design, omdat in onze ogen een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek niet het optimale design is voor de evaluatie van dit soort interventies in de gezondheidszorg. Immers, het effect van de interventie is grotendeels afhankelijk van het draagvlak en de succesvolle implementatie ervan in een doelgroep. Wanneer de sleutelfiguren worden gerandomiseerd onder een doelgroep die bereid is tot medewerking kan dit tot negatieve effecten onder de controlegroep

leiden, omdat deze de interventie niet krijgt. Oplossing hiervoor is een niet-gerandomiseerde vergelijking tussen de interventie- en controlegroep gecontroleerd voor verschillen tussen de twee groepen bij de voormeting (quasi experiment) of een randomisatie met sequentiële inclusie (*stepped wedge design*) waarbij uiteindelijk iedere deelnemer in de loop van de tijd toch de interventie krijgt. Wij hebben gekozen voor de eerste oplossing, omdat daarmee in dezelfde periode de daarvoor gemotiveerde doelgroep tegelijk de interventie krijgt en het toch mogelijk is te controleren voor pre-existente verschillen door de interventiegroep te vergelijken met een in samenstelling vergelijkbare doelgroep in een vergelijkbare locatie, zonder de interventie.

Wij maken in deze studie gebruik van een *mixed-methods design* door zowel kwantitatief als kwalitatief data te verzamelen. Dit geeft ons de mogelijkheid om de effectiviteit van de interventie met gestandaardiseerde vragenlijsten te evalueren en eveneens een kwalitatieve procesevaluatie uit te voeren naar de ervaring van de doelgroep en professionals met de inzet van de sleutelfiguur. Deze triangulatie van data verhoogt de betrouwbaarheid van onze studiegegevens.

Sommige vragenlijsten die wij gebruiken zijn nog niet cross-cultureel gevalideerd en slechts voor dit project vertaald. Van alle lijsten die in deze studie afgenomen worden zijn op de basismeting betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd en de Cronbachs alfa's zijn voor alle lijsten acceptabel tot goed.<sup>28</sup> Ervaren gezondheid en zorggebruik worden aan de oudere migrant uitgevraagd tijdens het interview. Echter, ondanks het gebrek aan gezondheidskennis en taalbeheersing wordt zelfrapportage beschouwd als een redelijk betrouwbare benadering van etnische verschillen in het gebruik van zorg.<sup>29</sup>

Wij kozen voor de doelgroepen van Turkse, Marokkaanse en Molukse ouderen daar deze groepen samen het overgrote merendeel vormen van de oudere migrantenpopulatie in Nederland. Twee andere grote groepen migranten, Surinaamse en Antilliaanse ouderen, zijn minder vertegenwoordigd in de Utrechtse regio. Er is ook gekozen voor drie van elkaar verschillende locaties: Utrecht als grote stad met een grote en diverse populatie oudere migranten, Harderwijk en Tiel als middelgrote steden met allebei een duidelijk andere signatuur. In Harderwijk kozen wij voor de Turkse doelgroep, een goed georganiseerde populatie met een moskee als middelpunt. Tiel met zijn Molukse wijk waarin sinds eind jaren '60 de Molukse doelgroep gehuisvest is, bood ons de mogelijkheid ook deze

<b>Tabel 1</b>		<b>Overzicht demografische kenmerken van de drie groepen oudere migranten in het Stem-project</b>			
	Marokkaans N=98	Turks N=69	Moluks N=34	P-waarde	
Leeftijd				0,001	
Gemiddelde (SD)	67,1 (7,3)	63,3 (5,0)	69,7 (8,6)		
Range	55 - 74	55 - 86	55 - 87		
Leeftijd (%)				0,013	
55-64 jaar	40,8	58,0	29,4		
≥65 jaar	59,2	42,0	70,6		
Geslacht (%)				0,724	
Man	56,1	50,7	50,0		
Aantal jaren woonachtig in Nederland				0,001	
Gemiddelde (SD)	34,7 (10,6)	34,2 (8,1)	59,4 (4,8)		
Range	8 - 48	8 - 53	39 - 64		
Aantal jaren opleiding/scholing <sup>a</sup>				0,001	
Gemiddelde (SD)	1,1 (3,0)	3,7 (3,2)	10,4 (4,3)		
Range	0 - 13	0 - 20	0 - 18		
Sociaaleconomische status onder het landelijk gemiddelde (%) <sup>b</sup>				0,001	
	100	89,9	55,9		
Burgerlijke status (%)				0,529	
Gehuwd	82,3	88,4	82,4		
Chronische ziekten (%)				0,004	
0	20,4	10,1	38,2		
1	22,4	13,0	17,6		
≥2	57,1	76,8	44,1		
Eenzaamheid (Gem; SD; range 0 -11)				0,001	
	7,3 (4,2)	5,4 (3,8)	1,6 (2,0)		

<sup>a</sup> Aantal jaren opleiding in Nederland en in land van herkomst

<sup>b</sup> Gemeten met de sociaaleconomische statusscores van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) die aangeven hoe de sociale status van een wijk (op basis van het postcodegebied) is opgebouwd

doelgroep te betrekken in dit project. Dit maakt mogelijk dat wij de inzet van de sleutelfiguur onder verschillende condities kunnen vergelijken en in de evaluatie kunnen concluderen wat het effect hiervan is op de uitkomstmaten. Onderzoek van drie verschillende doelgroepen geeft ook de mogelijkheid de gezondheidsconditie en de effectiviteit van de inzet van sleutelfiguren tussen deze groepen te evalueren.

Een belangrijke factor die de kans van slagen voor de uitvoering van dit project vergroot is dat er in de totstandkoming en uitvoering van dit project nauw wordt samengewerkt met de oudere migranten, vertegenwoordigers van migrantenzelforganisaties en experts op het gebied van migrantenvraagstukken op het terrein van zorg en welzijn.

Deelname van oudere migranten aan vragenlijststudies komt nog weinig voor. Deze



doelgroep wordt vaak uitgesloten van deelname. Vanwege taalbarrières, weinig kennis van de gezondheid en ziekte-inzicht en deels begrijpelijk wantrouwen tegenover registratie van gegevens, zijn zij moeilijk te bereiken. Wij denken dat de sleutelfiguur en de tweetalige onderzoeksassistenten die wij hebben ingezet van groot belang zijn geweest om de ouderen te overtuigen wel deel te nemen aan deze studie. In aanvulling daarop hebben wij veel aandacht besteed aan het correct vertalen van de gebruikte vragenlijsten. De eigen talen van de doelgroepen kennen vele nuances en accenten, waarmee wij zo veel mogelijk rekening hebben proberen te houden. Wij hopen deze verwachtingen bevestigd te zien in de analyses van dit project.

Belangrijk aandachtspunt voor het slagen van dit project is uiteraard het rekruteren van voldoende en de juiste sleutelfiguren. Daarvoor is een functieprofiel opgesteld dat bij de start van het project is afgestemd met de projectleider en (lokale) migrantenorganisaties. De sleutelfiguren zijn vervolgens geselecteerd op basis van dit profiel. Tot slot is betrokkenheid van lokale gezondheids- en

welzijnsorganisaties van belang om een netwerk te vormen dat zich richt op projecten die een meer cultuursensitieve zorg nastreven en bereid zijn dit te integreren in hun bestaande zorgaanbod.

Ondersteuning van het project en goede samenwerking met de gemeente is een pre, ook al vanwege de toenemende reikwijdte van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

In het najaar van 2014 verwachten we het *Stem van de Oudere Migrant*-project af te ronden met de presentatie van de wetenschappelijke resultaten en een draaiboek rondom de inzet van de sleutelfiguur dat het mogelijk maakt om dit project op andere locaties met een soortgelijke doelgroep op te zetten.

Het *Stem van de Oudere Migrant*-project heeft als doelstelling het huidige zorg- en welzijnsaanbod een aantal stappen dichterbij te brengen bij de wensen en behoeften van de oudere migranten. Extra inspanningen zijn en blijven noodzakelijk om deze kwetsbare groep ouderen te ondersteunen bij hun participatie in de Nederlandse samenleving.

## Literatuur

- Schellingerhout R. Gezondheid en Welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004a.
- Pharos. Migratie en Gezondheid - Feiten en Cijfers 2012. Utrecht: Stichting Pharos, 2012.
- Denktaş S. Health and Health Care Use of Elderly Immigrants in the Netherlands. A comparative study. Rotterdam: PhD Thesis, Rotterdam University, 2011.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Personen: positie in het huishouden, herkomstgroepering, per 1 januari. Internetsite Statline CBS 2010. Beschikbaar via: [www.statline.cbs.nl](http://www.statline.cbs.nl). Gewijzigd op 21 september 2010.
- Garssen J & Van Duin C. Aantal allochtone 65-plussers groeit snel. Internetsite CBS 2009. Beschikbaar via: <http://www.cbs.nl/nlNL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2810-wm.htm>. Gewijzigd op 22 juni 2009.
- Denktaş 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. *International Journal for Equity in Health* 2009;8:35.
- De Graaff FM, Francke AL. Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland: een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik. *Verpleegkunde* 2002;17:131-139.
- Van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 2004;83:33-41.
- Smits C, Van 't Land H. Allochtonen: Psychische aandoeningen, zorggebruik en toegang. In *Trendrapportage GGZ 2008 Deel 2: Toegang en Zorggebruik*. Basisanalyse. Utrecht: Trimbos Instituut, 2008.
- Rijkers C, Van Campen J & Goudsmit M. Niet iedereen hoeft het te weten. *Dementiebeleving bij Marokkaanse ouderen in Amsterdam*. *Cultuur en Migratie en Gezondheid* 2011;2:80-89.
- Stichting Alzheimer Nederland. Factsheet allochtonen en dementie. Stichting Alzheimer Nederland, 2010.
- Gerits Y, Uitenbroek DG, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. De communicatie tussen huisarts en Turkse en Marokkaanse patiënten nader bekeken. *TSG* 2001;79:16-20.
- Bruijnzeels MA, De Hoop T & Voorham AJJ. Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk in Rotterdam-Zuid: een evaluatieverslag van de pilotfase. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o, 1998.
- Kosec H, Wassie N, Koning C & Van den Bouwhuijsen P. Handreiking WMO Participatie Oudere Migranten en Vluchtelingen. Amsterdam: Regioplan, 2008.
- Singels L, Drewes M. De effecten van voorlichting in de eigen taal en cultuur in beeld. Resultaten van twintig jaar inzet van voorlichters eigen taal en cultuur en allochtone zorgconsulenten in de lokale gezondheidsbevordering en zorg. Woerden: NIGZ, 2008.

16. Van Gelder E, De Hoop T, Joosten E. Meerwaarde allochtone zorgconsulent. Bij psychosomatische klachten van Turkse en Marokkaanse vrouwen. Resultaten van het project Bruggen Bouwen. Rotterdam: GGD Rotterdam, 2004.
17. Nitsche B, Suiker F. Factsheet Allochtone Ouderen en Wonen. Utrecht: NIZW/Forum, 2003.
18. Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Reijneveld SA. Zelfredzaamheid en zorggebruik van de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migrantenouderen. *Tijdschr Gezondheidsw* 2003;81:202-9.
19. Andrews J, Felton GW. Use of community health workers in research with ethnic minority women. *J Nurs Scholarsh* 2004;36:358-365.
20. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: An integrative literature review. *Public Health Nursing* 2002;19:11-20.
21. Verhagen I, Ros WJG, Steunenberg B, De Wit NJ. 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* 2013a;13:227.
22. Ortiz L. Advocacy and social support: The Multicultural Health Brokers Co-op's Journey towards Equity of Access to Health. In: Spitzer DL. *Engendering Migrant Health: Canadian Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press, 2011.
23. Lutomski JE, Baars MA, Van Kempen JA, et al. Validation of a frailty index from the older persons and informal caregivers survey minimum data set. *JAGS* 2013;61:1625-1627.
24. Ware J, Kosinski M, Keller S. SF-12: how to score the SF-12 physical and mental health summary scales. Boston: the Health Institute, New England Medical Center, 1995.
25. Krabbe PF, Stouthard ME, Essink-Bot ML & Bonsel GJ. The effect of adding a cognitive dimension to the EuroQol multiattribute health-status classification system. *J Clin Epidemiol* 1999;52:293-301.
26. Reijneveld SA, Spijker J, Dijkshoorn H. Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *J Clin Epidemiol* 2007;60: 382-388.
27. Koller M, Aaronson NK, Blazeby J, et al. Translation procedures for standardized quality of life questionnaires: The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *Eur J Cancer* 2007, 43 (12): 1810-1820.
28. Verhagen I, Ros WJG, Steunenberg B, De Wit NJ. Ethnicity does not account for differences in the health-related quality of life of Turkish, Moroccan, and Moluccan elderly in the Netherlands. 2013b. Submitted.
29. Reijneveld SA. The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data. *J Clin Epidemiol*. 2000;53:267-272.