

Ervaringen van oudere Nederlandse thuiswonende migranten in de COVID-19 periode met COVID maatregelen

Annemieke Weulink^{1*}, Feija Schaap², Geke Dijkstra^{2,3}, Evelyn Finnema^{2,3,4}

Samenvatting

De Nederlandse overheid zag zich in maart 2020 genoodzaakt drastische maatregelen te nemen om de bevolking te beschermen tegen COVID-19. Het is bekend dat deze maatregelen nadelige neveneffecten hadden, zoals sociaal isolement en toegenomen kwetsbaarheid onder ouderen. Er is weinig bekend over de gevolgen van COVID-19 maatregelen onder oudere migranten. We onderzochten hoe oudere Nederlandse thuiswonende migranten deze periode en maatregelen ervaren. Hiervoor werden semigestructureerde interviews afgenomen met 13 thuiswonende Nederlandse migranten in de leeftijd van 67-85 jaar. Er kwamen drie thema's naar voren: emoties in relatie tot de COVID periode, invloed op fysieke, psychische en sociale gezondheid en copingstrategieën. Deelnemers uitten gevoelens van boosheid, verdriet, isolatie en eenzaamheid, en gaven aan dat de preventieve maatregelen van de Nederlandse overheid niet pasten bij hun culturele tradities. Ze waren afhankelijk van familieleden en werden beperkt door taalbarrières. De deelnemers meldden minimale achteruitgang in hun fysieke gezondheid. In overeenstemming met de bevindingen van onderzoek onder Nederlandse ouderen, beïnvloedden de maatregelen voornamelijk hun sociale leven. Ze ontwikkelden strategieën, zoals meer telefoon- en videogesprekken en alternatieven voor bewegen. Onze resultaten kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van strategieën om migranten te beschermen tegen de negatieve gevolgen van beperkende maatregelen in een toekomstige pandemie.

Trefwoorden: Corona, migranten, ervaringen

1 NHL/Stenden, Leeuwarden, Vierstroom Zorg Thuis, Gouda

2 Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd, NHL/Stenden, Leeuwarden

3 FAITH research, Leeuwarden

4 Hanzehogeschool Groningen, UMC Groningen

* Corresponderende auteur: annemieke.weulink@vierstroomzorgthuis.nl

Experiences of the COVID period and COVID measures among older Dutch home-dwelling migrants

Annemieke Weulink^{1*}, Feija Schaap², Geke Dijkstra^{2,3}, Evelyn Finnema^{2,3,4}

Abstract

The Dutch government was compelled to take drastic measures to protect the population against COVID-19. It is known that these measures could have adverse side effects, such as social isolation, mental and physical deterioration, and increased frailty among older individuals. Little is known about the consequences of COVID-19 measures among older migrants. We investigated how older Dutch home-dwelling migrants experienced this period and these measures. We conducted 13 semi-structured interviews with older Dutch migrants aged 67–85 years living at home. Three themes emerged: emotions related to the COVID period, impact on physical, psychological, and social health and coping strategies. Participants expressed feelings of anger, sadness, isolation, and loneliness, and mentioned that the Dutch government's preventive measures did not fit with cultural traditions. They were dependent on relatives and were constrained by language barriers. Minimal deterioration in physical health was reported by participants. Consistent with the findings of previous studies on older Dutch people, the measures affected mainly their social lives. They developed strategies, such as making increased telephone and video calls and alternatives to exercise. Our results could contribute to the development of strategies for protecting migrants from the negative consequences of restrictive measures in a future pandemic.

Keywords: Corona, Immigrants, Experiences

1 NHL/Stenden, Leeuwarden, Vierstroom Zorg Thuis, Gouda

2 Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd, NHL/Stenden, Leeuwarden

3 FAITH research, Leeuwarden

4 Hanze University of Applied Sciences, UMC Groningen

& Corresponding author: annemieke.weulink@vierstroomzorgthuis.nl

Inleiding

Vanaf begin 2020 heeft de COVID-19 pandemie het leven van mensen wereldwijd beïnvloed. Het SARS-CoV2-virus verspreidde zich snel.¹ Net als in andere landen nam de Nederlandse overheid drastische maatregelen om het virus in te dammen en de groepen met een verhoogd risico op ernstig ziek worden en overlijden te beschermen, door vormen van rechtstreeks contact en reizen te beperken.¹⁻⁵

Hoewel deze maatregelen de verspreiding van COVID-19 beperkten, hadden ze ook nadelige gevolgen. Ze leidden tot sociaal isolement, eenzaamheid, minder beweging, fysieke en mentale achteruitgang en minder toegang tot gezondheidszorg.⁶ Personen met een verhoogd risico op een ernstiger verloop van de ziekte, zoals oudere mensen (≥ 65 jaar), werden erg door de maatregelen getroffen, vooral diegenen met bestaande medische aandoeningen.^{3,7,8}

Ook voor migranten geldt een verhoogd risico op een ernstiger verloop van COVID-19.^{6,9,10} Uit onderzoek komt naar voren, dat zowel het aantal COVID-19-infecties als daaruit voortkomende ziekenhuisopnames onder migranten hoger waren dan onder niet-migrantten.^{11,12} Het aantal sterfgevallen door COVID-19 was in Nederland bijna anderhalf keer zo hoog onder migranten in vergelijking met niet-migrantten.¹⁷ Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat migranten vaker aan chronische ziekten lijden en te maken hebben met taal- en cultuurbarrières.^{11,13}

Onderzoek naar de ervaringen van ouderen (≥ 65 jaar) in Nederland in de COVID periode vond vooral plaats tijdens de eerste en tweede golf van de pandemie (maart 2020 tot februari 2021). De uitkomsten verschilden. Zo vonden Dekker et al. veel eenzaamheid en het wegvallen van de dagstructuur door de sociale afstand en lockdown.¹⁴ Ouderen ervoeren alternatieven zoals digitale communicatiemiddelen niet als een vervanging voor fysiek contact. Stolte et al. vonden juist dat ouderen probeerden eenzaamheid te voorkomen met behulp van digitale media en het zoeken van afleiding.¹⁵ Wel werd in beide studies geconstateerd dat ouderen angst hadden om besmet te raken of anderen te besmetten.^{14,15}

Onderzoek onder oudere migranten in de eerste periode van de pandemie liet eveneens zien, dat oudere migranten angst hadden om besmet te raken met het virus, door de beperkende maatregelen minder contact met hun kinderen hadden en weinig activiteiten buitenshuis hadden, wat hun eenzaamheid vergrootte.^{16,17} Gedurende de pandemie versoepelden de maatregelen en werd een groot deel van de bevolking gevaccineerd. Het is echter onduidelijk wat de invloed van deze veranderingen op ervaringen van oudere migranten in de latere periode van de pandemie was en of deze verschilden van ouderen met een van oorsprong Nederlandse natio-

naliteit. Inzicht in de ervaringen van oudere migranten en hun omgang met de beperkende maatregelen ten tijde van de pandemie is belangrijk voor beleid gericht op het beperken van de nadelige gevolgen in het geval van een toekomstige pandemie. Met behulp van dit inzicht kan meer effectieve ziektepreventie en -bestrijding plaatsvinden¹³ en kan er ingespeeld worden op de behoeften van de oudere migranten. Om inzicht te krijgen in de ervaringen van thuiswonende oudere Nederlandse migranten over een langere periode van de pandemie onderzochten we twee jaar na het begin van de pandemie hoe zij omgingen met de COVID-19 maatregelen, zich aangepast hadden en hoe hun ervaringen waren toen de maatregelen versoepeld waren en zij gevaccineerd waren.

Methoden

Studie design

We hebben een verkennende kwalitatieve studie uitgevoerd tussen januari en juni 2022 onder oudere Nederlandse thuiswonende migranten, met het doel een beeld te krijgen van hun ervaringen met de maatregelen tijdens de COVID-19 pandemie. Figuur 1 toont een overzicht van de maatregelen door de tijd heen.

2020

- **Maart:** Basismaatregelen tegen verspreiding coronavirus: handen wassen, in elleboog niezen, geen handen schudden, 1,5 meter. Intelligente lockdown: sluiten horeca, scholen en kinderopvang
- **Mei:** versoepeling maatregelen: deel basisscholen en alle kinderopvang weer open
- **Juni:** Versoepeling coronamaatregelen en testen voor iedereen: Opening horeca, mondkapje in OV verplicht
- **September:** Aanscherpen maatregelen met betrekking tot samenkomsten, gezelschappen, sluiten eet- en drinkgelegenheden
- **Oktober:** Tweede golf en gedeeltelijke lockdown: max 3 personen per dag, 30 personen in een groep, thuis werken tenzij, verbod op evenementen, sluiten winkels om 20.00, beperkt sporten in groepen, zo min mogelijk reizen
- **November:** Verzwaring en verlenging van de gedeeltelijke lockdown, testen bij corona zonder klachten
- **December:** Lockdown tijdens feestdagen, dragen mondkapje verplicht

2021

- **Januari:** Invoering avondklok en start vaccinatie
- **Februari:** Verlenging lockdown
- **Mei:** De besmettingen lopen terug, einde lockdown in zicht
- **Juni:** De samenleving gaat weer open
- **Juli:** Stap 4 van het openingsplan en snel stijgende besmettingen
- **Augustus:** Geen aanvullende maatregelen, hoger onderwijs weer open
- **September:** Aantal besmettingen blijft dalen, loslaten verplichte 1,5 meter maatregel
- **November:** Meer coronamaatregelen en avondlockdown: 1,5 meter, thuis werken, verplichting mondkapjes
- **December:** Harde lockdown vanwege zorgen Omikron variant, zelftesten, 5e verlenging vliegverbod, vaccinatie kinderen

2022

- Januari 2022: De eerste versoepelingen na de harde lockdown
- Februari 2022: Het coronatoegangsbewijs en de openstelling van de samenleving
- Maart 2022: Laatste maatregelen vervallen

Figuur 1 Schema maatregelen

Deze studie is een onderdeel van lopend onderzoek naar de opvattingen van thuiswonende ouderen ten aanzien van de COVID maatregelen.¹⁸ Studie design, data-analyse en rapportageprocedures werden ontwikkeld uitgaande van de Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist.¹⁹

Participanten

Met het doel een zo groot mogelijke variatie in de deelnemers aan de studie te bereiken, voerden we een doelgerichte steekproef uit.²⁰ Deelnemers aan de studie waren ouderen (≥ 65 jaar) met een migratieachtergrond en een verblijfsstatus, die de COVID-19 pandemie in Nederland hadden meegemaakt. Het kunnen spreken en schrijven van de Nederlandse taal had de voorkeur voor deelname, maar was niet verplicht. Personen met ernstige cognitieve problemen werden geëxcludeerd.

Procedures

Tussen januari en april 2022 vroegen we wijkverpleegkundigen van verschillende thuiszorgorganisaties, praktijkverpleegkundigen en andere zorgprofessionals om mogelijke deelnemers die voldeden aan de inclusiecriteria te benaderen en toestemming te vragen om contact met hen op te nemen. Voorafgaand aan het onderzoek, werden twee proefinterviews met migranten gehouden aan de hand van de topiclijst van het lopende onderzoek.¹⁸ Er hoefden geen aanpassingen gedaan te worden. Deze proefinterviews werden niet meegenomen in de resultaten.

Na toestemming namen we binnen een week contact op met de potentiële deelnemer en gaven we informatie over het doel van het onderzoek en de interviewprocedure. Bij interesse in deelname, maakten we binnen twee weken een afspraak. Informed consent werd verkregen door het sturen van een brief met informatie over deelname, inclusief schriftelijke toestemming in de voorkeurstaal van de deelnemer (Nederlands, Engels, Frans, Duits of Turks). Voorafgaand aan het interview legden we het onderzoek nog eens uit om er zeker van te zijn dat de informatie begrepen was en om eventuele vragen te beantwoorden.

Dataverzameling

De eerste onderzoeker verzamelde gegevens door middel van semi-gestructureerde interviews die face-to-face bij de deelnemers thuis werden afgenomen. De topiclijst van het lopende onderzoek¹⁸ werd gebruikt om complementaire dataverzameling in beide onderzoeken te garanderen (zie tabel 1). De interviewonderwerpen omvatten algemene ervaringen met de pandemie, manieren om met de maatregelen om te gaan en de invloed van de maatregelen op de gezondheid.

Tabel 1 Topiclijst “Ervaringen van thuiswonende oudere migranten in de COVID periode “

Startvraag
<p>Kunt u vertellen hoe u de coronatijd heeft ervaren?</p> <p><i>Hulpvragen:</i> Wat betekenden de corona-maatregelen voor u, hoe heeft u die beleefd? Wat was eventueel positief, wat eventueel negatief? Wat zijn de redenen voor deze waardering?</p>
Hulp
<p>Kreeg en krijgt u hulp van anderen?</p> <p><i>Hulpvragen:</i> Van wie en bij wat? Ook in corona-tijd? Thuiszorg of niet? Wat zijn uw ervaringen en belevingen hiermee? van, hoe ging dit in de coronatijd?</p>
Gezondheid
<p>Hebben er veranderingen in uw manier van leven plaatsgevonden in de coronatijd (bv in bewegen, eten, contacten, dagelijkse bezigheden, dagelijks leven)?</p> <p>Hoe kwam dit? Hoe heeft u dat beleefd? Hoe gaat dat nu?</p> <p><i>Hulpvragen:</i> Wat was de invloed op uw persoonlijke omstandigheden (<i>wonen, leeftijd, hulp</i>) Hebben er verandering plaatsgevonden op fysiek vlak (<i>bent u anders gaan bewegen, anders gaan eten? Traden er veranderingen op in gewicht, kleden, fitheid</i>). Op welke manier? Hoe kwam dit? (<i>doorvragen, bv al dan niet boodschappen kunnen doen</i>) Heeft u gemerkt dat in deze periode iets veranderd is, bijvoorbeeld met uw geheugen? Wilt u daar iets over vertellen? Hoe kwam dit volgens u? (<i>cognitie</i>) Wat waren de gevolgen voor uw relatie met anderen, voor u zelf? Hoe waren uw contacten voor coronatijd, hoe tijdens en hoe nu? Wat heeft de coronatijd hier in veranderd? Wat heeft u gemerkt in de relaties om u heen? Kunt u vertellen wat de coronatijd met u deed? (<i>veerkracht, angst, depressie - psychologische factoren/verandering</i>)</p>
Omgang met de maatregelen
<p>Wat heeft u zelf aan deze veranderingen kunnen doen? Hoe, waarom en wat was daar voor nodig?</p> <p>Omgaan met deze verandering, wat werkte daarin voor u, wat niet? Waardoor kwam dat volgens u?</p> <p>Kon u zelf (mee) bepalen, hoe u omging met deze veranderingen en strategieën (<i>shared decision-making en eigen regie, vooral in geval van zorg</i>)</p> <p>Zijn er aspecten die u heeft veranderd en wat u nog steeds doet?</p>
Einde en afronding
<p>Zijn er nog dingen die u zou willen vertellen die nog niet besproken zijn?</p>

De interviewstijl was meanderend: om uitgebreidere, meer diepgaande informatie te verkrijgen, begon de interviewer met een inleidende vraag over de COVID periode, waarop de deelnemer haar/zijn ervaringen vertelde. Daarna werd teruggekeerd naar het centrale thema.²¹ Tijdens en na het interview maakte de interviewer memo's van observaties die het interview zouden kunnen beïnvloeden en uitspraken zouden kunnen verhelderen, zoals de aanwezigheid van kinderen of non verbale emoties van de participant. Er was een tolk aanwezig wanneer de deelnemer geen Nederlands sprak. Na het interview vulden de onderzoeker en de deelnemer een formulier in met persoonskenmerken (zie tabel 2).

Tabel 2 Persoonskenmerken van de studiepopulatie

Karakteristieken	N=13 (%)
Land van herkomst	
Bosnië	1 (7.7)
Groot-Brittannië	1 (7.7)
Indonesië	2 (15.4)
Marokko	2 (15.4)
Molukken	1 (7.7)
Montenegro	2 (15.4)
Suriname	2 (15.4)
Turkije	1 (7.7)
Zwitserland	1 (7.7)
Aantal jaren in Nederland (range, mean)	5-70 (44,8)
Geslacht	
Vrouw	10 (76.9)
Man	3 (23.1)
Leeftijd in jaren (range, mean)	67-85 (78,1)
Burgerlijke stand	
Getrouwd	6 (46.2)
Weduwe/ weduwnaar	4 (30.8)
Gescheiden	3 (23.1)

Karakteristieken	N=13 (%)
Aantal kinderen (range, mean)	2-10 (5)
Leefsituatie	
Alleen	5 (38.5)
Met partner	6 (46.2)
Met familie	2 (15.4)
Religie	
Jehova	1 (7.7)
Katholiek/ Protestant	4 (30.8)
Islamitisch	5 (38.5)
Hindoe	1 (7.7)
Geen geloof	2 (15.4)
Onderwijs	
Geen	2 (15.4)
Laag ^a	2 (15.4)
Middelbaar ^b	6 (46.2)
Hoog ^c	2 (15.4)
Niet bekend	1 (7.7)
Arbeidsverleden	
ja	10 (76.9)
nee	3 (23.1)

^a Laag: basisonderwijs, vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo of de assistentenopleiding (mbo-1).

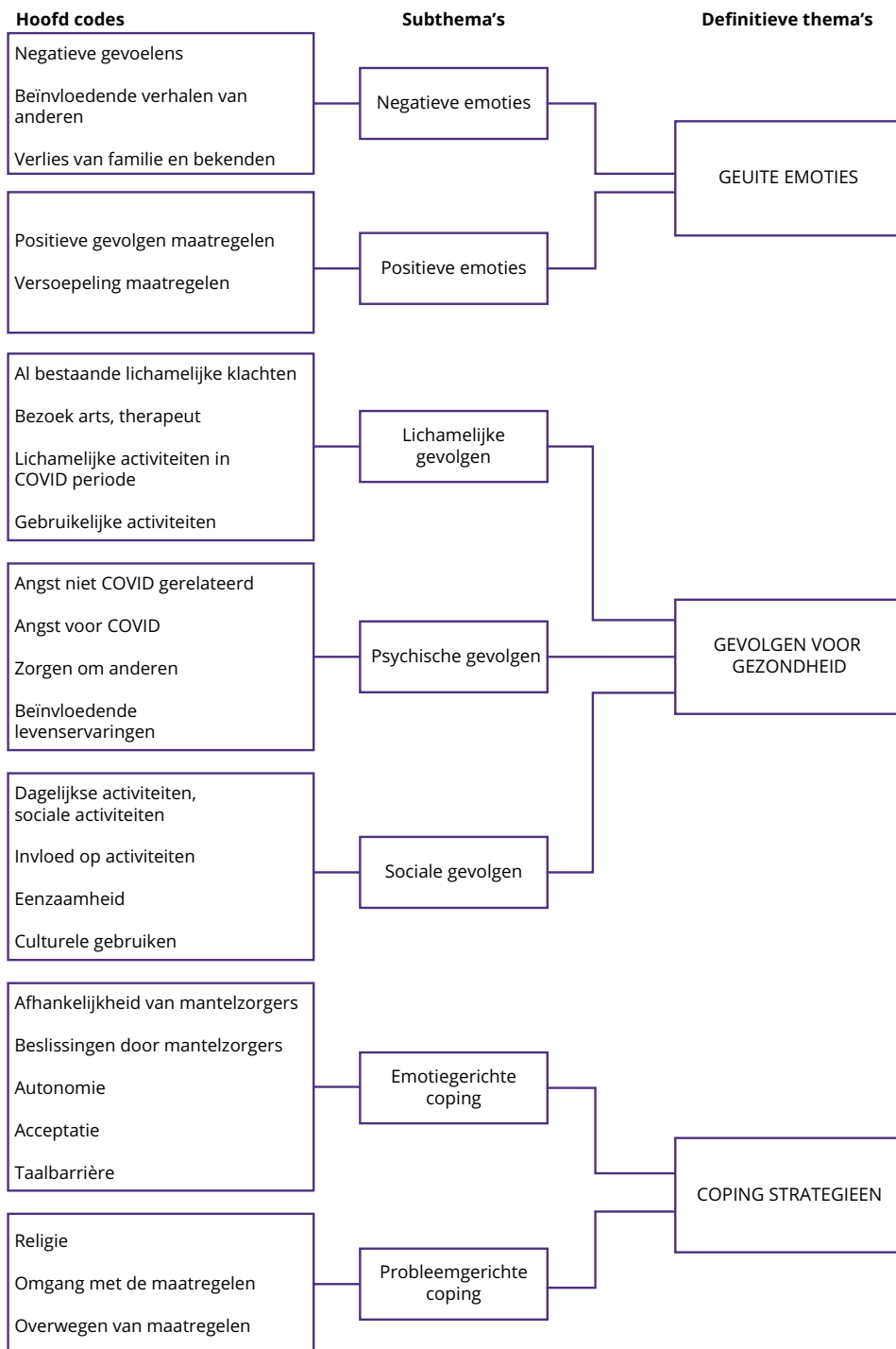
^b Middelbaar: bovenbouw van havo/vwo, basisberoepsopleiding (mbo-2), vakopleiding, (mbo-3) middenkader- en specialistenopleidingen (mbo-4).

^c Hoog: hbo of wo

(bron: CBS, <https://www.cbs.nl/>)

Data-analyse

We voerden de data-analyse uit door een stapsgewijs inductief en iteratief proces te volgen om patronen in de verzamelde gegevens te identificeren, analyseren en rapporteren.²² Na transcriptie van de interviews importeerden we de transcripten in NVivo 12. We lazen eerst zorgvuldig het eerste getranscribeerde interview en ontwikkelden voorlopige codes. De codering was open. Vervolgens vergeleken we deze voorlopige codes en bespraken we de verschillen. Daarna codeerden we een tweede interview om te bepalen of de codes overeenkwamen en of de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende was. We stelden een eerste codeboek op. Naarmate er meer gegevens werden verzameld, identificeerden we meer codes en voegden we deze toe aan het codeboek. Vervolgens combineerden we deze codes tot initiële thema's, die werden gecontroleerd aan de hand van de volledige tekst terwijl we meer interviews afnamen. Tot slot verfijnden en definieerden we de codes en initiële thema's, totdat er thema's ontstonden die goed aard van het onderwerp weergaven.²² (zie figuur 2)



Figuur 2 Codeboom

Ethische verantwoording

We voerden het onderzoek uit volgens de richtlijnen van de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit.²³ Voor aanvang van het onderzoek werd het onderzoeksprotocol beoordeeld en goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van de Hanzehogeschool in Groningen. Nadat de deelnemers volledig waren geïnformeerd over het onderzoek en geen verdere vragen hadden, verkregen we hun schriftelijke toestemming.

Resultaten

We vroegen 33 oudere migranten deel te nemen aan het onderzoek. 19 Ouderen wilden niet deelnemen om verschillende redenen, zoals tijdgebrek, geen toestemming voor opname van het interview, of de verwachting dat deelname een te grote belasting zou vormen. Eén deelnemer sprak onvoldoende Nederlands en er was geen tolk beschikbaar. In totaal interviewden we 13 deelnemers, waarvan 10 vrouwen. De deelnemers, allemaal eerste generatie migranten met kinderen die in Nederland wonen, vertoonden diversiteit in leeftijd, nationaliteit, verblijfsduur in Nederland, werkervaring en religie. De meeste deelnemers leden aan een of meerdere medische aandoeningen en kregen ondersteuning van een mantelzorger voordat de pandemie uitbrak. De helft van de deelnemers ontving vóór de pandemie al thuiszorg. Alle deelnemers waren gevaccineerd, drie deelnemers hadden een COVID-19 besmetting doorgemaakt. Na tien interviews bereikten we dataverzadiging, aangezien er geen nieuwe thema's naar voren kwamen. We bevestigden dit door nog drie interviews af te nemen.

De interviews vonden meestal plaats bij de deelnemers thuis. Eén interview werd online afgenomen. Twee keer interviewden we een echtpaar. De echtgenoten beantwoordden de vragen afzonderlijk, maar verbleven wel in dezelfde ruimte. De interviews gingen over (ervaringen in) de COVID periode. De gemiddelde duur van de interviews was 42 minuten. Twaalf interviews werden in het Nederlands afgenomen en één in het Engels. In drie gevallen trad een volwassen dochter op als tolk. Zij verklaarden vaak de achterliggende redenen voor de gevoelens en uitspraken van de deelnemer. Alle deelnemers werden gevraagd een membercheck uit te voeren, drie voerden deze uit.

Uit de analyse kwamen drie overkoepelende thema's naar voren:

1. Emoties in relatie tot COVID-19 periode en -maatregelen;
2. De invloed van de maatregelen op hun fysieke, psychische en sociale gezondheid en
3. Emotiegerichte en probleemgerichte copingstrategieën: hoe deelnemers omgingen met emoties onder stress en hoe zij problemen vermeden of oplosten.²⁴

Ad 1) Emoties in relatie tot COVID-19 periode en maatregelen

Toen we deelnemers vroegen naar hun ervaringen tijdens de COVID-19 pandemie, beschreven ze voornamelijk negatieve emoties.

Negatieve emoties

Deelnemers beschreven de pandemie als zwaar en uitten gevoelens van boosheid, onrust en verdriet. Sommige deelnemers uitten minder sterke gevoelens en gebruikten woorden als “niet bevredigend”, “niet prettig”,

Tolk: “Ja, het maakte haar [verwijzend naar haar moeder] verdrietig. Ze zegt: Het voelde heel zwaar in mijn ziel, in mijn hart.” (*Montenegrijnse vrouw, naar aanleiding van afstand houden*)

De negatieve gevoelens werden volgens de deelnemers veroorzaakt door het overlijden van familieleden en kennissen in het vaderland als gevolg van corona, gebrek aan fysiek contact, en niet in staat zijn om naar hun land van herkomst te reizen, familieleden te bezoeken of culturele tradities, zoals bruiloften en begrafenissen, in stand te houden.

“Het enige wat me dwars zat was dat ik niet terug kon naar Engeland. Ik ben daar drie jaar niet geweest vanwege het coronavirus. En dat vond ik het moeilijkst.” (*Engelse vrouw, reisbeperkingen*)

Eén deelnemer vertelde dat de gemeenschap uit haar geboorteland in Nederland zwaar getroffen was door COVID-19, met veel sterfgevallen tot gevolg. Een andere deelnemer voelde zich buitengesloten door mensen in haar omgeving. Zij had geen corona maar haar al bestaande gezondheidstoestand vertoonde dezelfde symptomen als die van COVID-19.

Tolk: “Mijn moeder zei: Niemand heeft direct tegen me gezegd dat ik hoest. Maar het werd wel tegen mij [tolk] gezegd. Beneden werd ik benaderd door iemand die zei dat... iemand mijn moeder achtervolgde omdat ze hoestte, om te zien waar ze woonde. En [ze zeiden] dat ze niet welkom was in het winkelcentrum.” (...)
Deelnemer: “Niemand heeft het me verteld. Ik was boos.” (*Turkse vrouw*)

Tot slot gaven sommige geïnterviewden aan dat ze de maatregelen niet volledig begrepen vanwege taalbarrières.

De maatregelen hadden ook gevolgen voor religieuze tradities. Deelnemers konden niet naar de kerk of de moskee, wat leidde tot gevoelens van woede en uitsluiting.

“Heel moeilijk!” [Niet naar de moskee gaan]. Tolk: “Hij [vader] was zo boos! Iemand had in de moskee gezegd: Je kunt beter thuis bidden (...). Hij zei: Ik hoor ook bij de gemeenschap!” (*Marokkaanse man, na lockdown*)

Positieve emoties

Er waren uitingen van opluchting als de deelnemers of hun familieleden nog geen COVID-19 hadden gehad. Er waren ook positieve gevoelens en dankbaarheid als mensen in hun omgeving voorzichtig waren en zich aan de maatregelen hielden en wanneer men, na versoepeling van de maatregelen, regelmatig bezoek kreeg van familieleden of vrienden.

“Nog twee dagen [en] het is Ramadan(...) Laatst was het [huis] vol [met familie]. Ik was blij! Mijn dochter zei tegen me: “Mam je bent moe.” Ik zei: Ik ben moe, maar ik kijk naar mijn kleinkinderen en nee ik ga niet slapen! Ik ben weer bij jullie.” (*Marokkaanse vrouw, na opheffen lockdown*)

Ad 2) De invloed van de maatregelen op hun fysieke, psychische en sociale gezondheid

Fysieke gevolgen

De helft van de deelnemers vermeldde dat ze altijd al veel tijd binnenshuis doorbrachten en al vóór de pandemie ondersteuning kregen van een professionele zorgverlener of mantelzorger vanwege hun gezondheid. Zij vermeldden dat hun lichamelijke gezondheid en hun aantal bezoeken aan huisartsen of het ziekenhuis nauwelijks verschilden in vergelijking met de periode vóór de pandemie. Twee deelnemers constateerden echter een verslechtering van hun lichamelijke conditie of gezondheid door een tijdelijke stopzetting van de therapie of minder zelfzorg.

“Twee jaar lang ben ik niet naar therapie geweest (...) Toen ik daar [naar de fysiotherapeut] ging, stond ik op de brug en deed ik oefeningen... maar niet [deze intensieve oefeningen] als ik [therapie] thuis krijg. Mijn gezondheid gaat echt achteruit.” (*Molukse vrouw*)

“Ik werd lui om eerlijk te zijn. En ik wilde niet voor mezelf koken of zo. Ik at makkelijk eten.” (*Engelse vrouw*)

Psychische gevolgen

Meer dan de helft van de deelnemers ervaarde angstgevoelens. Deze angstgevoelens werden vaak versterkt door traumatische ervaringen in het verleden zoals bijvoorbeeld het verlies van een kind. Dit veroorzaakte angst dat dierbaren zouden sterven en angst voor het verspreiden van COVID-19 naar anderen. Deelnemers en hun familie hielden zich daarom aan de COVID-19 maatregelen, hoewel de helft van de deelnemers zei dat ze niet bang waren om zelf COVID-19 te krijgen.

“Ben ik bang om het te krijgen? Nee, want als ik het krijg, wil ik niets [behandeling], want dan wil ik gaan [overlijden].” (*Surinaamse vrouw*)

Er was ook angst voor de gevolgen van het niet naleven van de maatregelen, vaak voortkomend uit ervaringen in het verleden van een strenger regime in het land van geboorte. Deelnemers die vroeger in een politiestaat woonden, herleefden gevoelens van onderdrukking en angst toen de lockdown en avondklok werden ingesteld.

Tolk: “Hij [verwijzend naar haar vader] zei dat die herinneringen werden wel heel sterk naar binnen gehaald. Dat gevoel van, oh zitten we weer in dat land waar eigenlijk de overheid weer de macht krijgt, wordt teruggehaald van vroeger.” (*Montenegrijnse man*)

Traumatische ervaringen uit het verleden, zoals oorlogservaringen, veroorzaakten ook angst. Sommige deelnemers vermeden daardoor het nieuws. Het gevolg daarvan was dat aankondigingen van veranderingen in de maatregelen tegen COVID-19 gemist werden.

“Nee, ik ben... Ik ben Marokkaans, maar ik ben geboren in Algerije. In Algerije was er oorlog. Veel soldaten, veel vrouwen verkracht, kleine meisjes.... Ik keek... Ik kijk niet naar het nieuws, nee, nee!” (*Marokkaanse vrouw*)

Verhalen die van anderen of via het nieuws, wakkerden de angst vaak aan of verergerden deze. Vaccinaties verminderden de angst, maar namen die niet weg.

Twee deelnemers beschreven gevoelens van depressie.

“Ja, ik was erg depressief.... Ja, ja.... Het was echt een dieptepunt.” (*Engelse vrouw*)

Sociale gevolgen

Het beperken van sociale contacten en het bewaren van afstand leidde tot gevoelens van eenzaamheid en isolatie. Deelnemers kregen nog wel bezoek van hun

kinderen, maar deze bezoeken waren beperkt, op afstand en in kleinere groepen. Boodschappen werden door familieleden gedaan en activiteiten op de dagbesteding werden stopgezet. Face-to-face contact met burens of andere kennissen werd minder, wat erg moeilijk was voor de deelnemers en hen verdrietig maakte.

“Ik zat, ik heb tranen wel in mijn ogen gehad hoor. Niet alles, maar wat is het als ze komen en ze gaan weg. Als ze komen is het gezellig en als ze weg gaan en dan zit ik alleen zo te kijken en dan moet ik naar bed.” (*Surinaamse vrouw*)

“De kinderen kwamen aan de deur; als ze binnen waren, bleven ze op afstand... Ze deden ook boodschappen, onze dochter, ja, en nou ja, dat was het, dus we zagen elkaar eigenlijk niet zoveel.... Maar toch knuffelden ze niet of ze kwamen gewoon niet binnen dan. “

Onderzoeker: “Hoe was dat voor u? “

Deelnemer: “Een drama eigenlijk.” (*Indonesische man*)

Sommige deelnemers hadden vóór de pandemie weinig contacten, of ze merkten geen verschil tussen de periode vóór en tijdens de pandemie.

“Nee, ik had er helemaal geen last van omdat ik vroeger nooit ergens naartoe ging. Ik ken hier verder niemand, behalve mijn dochter en de oude buurvrouw.” (*Engelse vrouw*)

COVID-19 maatregelen zoals de lockdown en afstand houden hadden gevolgen voor de culturele tradities en gewoonten van een aantal deelnemers. Sommigen wensten dat er toch een manier was om aan belangrijke (culturele) verplichtingen te voldoen, zoals bijvoorbeeld aan het vervullen van de laatste wensen van familieleden volgens de tradities van hun land. Men moest soms drastische maatregelen nemen, zoals het afsluiten van een uitvaartverzekering in Nederland, omdat men niet in het eigen land begraven kon worden. Ook kon een aantal deelnemers geen reguliere culturele festiviteiten organiseren in Nederland en niet hun gebruikelijke sociale en fysieke contacten onderhouden. Daarnaast misten ze door de reisbeperkingen de mogelijkheid om familieleden in het buitenland te bezoeken.

Deelnemer: “Geen contact met mensen en geen contact met familie.”

Tolk: “Dat is voor mensen heel belangrijk omdat het in onze cultuur heel sterk is dat je bindt, dat je die hartelijkheid kan tonen en dat je niet doet: ...wij zijn bang voor jou omdat je ziek bent. Dat bestaat dan in onze cultuur dan ook niet.” (*Montenegrijnse man*)

“Marokko is nu gesloten. (...). Ik begrijp het niet”. Tolk verklaart: “Elke Marokkaan..., wil in zijn eigen land begraven worden. Maar nu gaat hun laatste wens niet in vervulling. Dat is echt heel moeilijk. We hebben een ..., verzekering in Marokko; als we sterven kunnen we daar niet heen [naar Marokko]. Nu maakt hij zich zorgen. Hij wil hier ook een verzekering. Want je moet toch begraven worden.”
(*Marokkaanse man*)

Ad 3) Emotiegerichte en probleemgerichte copingstrategieën

Op onze vraag hoe deelnemers met de maatregelen omgingen, benoemden ze emotiegerichte en probleemgerichte copingstrategieën.

Emotiegerichte copingstrategieën: Acceptatie en berusting

Aan het begin van de pandemie begrepen de deelnemers het belang van de maatregelen niet, wat hen boos en verdrietig maakte. Ze moesten wennen aan de nieuwe regels. De meeste deelnemers waren afhankelijk van familieleden of verzorgers, die de regels uitlegden en handhaafden. Deelnemers zouden het op prijs hebben gesteld als de maatregelen langzamer en in eenvoudige bewoordingen in hun moedertaal waren uitgelegd, zodat ze konden begrijpen wat er werd gezegd. Na verloop van tijd berustten ze in de nieuwe situatie. De regels volgen werd een gewoonte en ze konden hun eigen beslissingen nemen.

“Nee, ik ging niet [naar de winkels], want onze dochter is erg streng. Ze zei: “Nee, jij gaat niet naar de winkel, ik doe de boodschappen!”

Onderzoeker: “Wat vindt u er nou van dat zij dat eigenlijk een soort van bepaalt....”

Deelnemer: “Nou, ik vind het wel goed dat ze dan ons een beetje beschermen.”
(*Indonesische vrouw*)

Onderzoeker: “Hoe voelt dat voor u dat u dat u weinig contact had?”

Deelnemer: “Niet leuk! Niet leuk! Alleen ja, Ik kan hier niks doen. Gelukkig, zij [kinderen] leven en hun hebben eigen gezin. Dan wij moeten vrede hebben met dingen wat wij hebben en dan hoeven wij niet te klagen.” (*Montenegrijnse vrouw*)

Hoewel sommige deelnemers het niet eens waren met de genomen maatregelen, accepteerden de meesten ze wel. De meesten vonden de maatregelen noodzakelijk en vonden dat de overheid uitstekend werk had geleverd.

Tolk: “Mijn moeder zegt dat we de overheid begrijpen. Dat is het onderdanige deel van ons.” (*Montenegrijnse vrouw*)

Ook vonden deelnemers troost en steun in hun geloof.

“Ik dacht ik geef me aan de Heer hè. Ik hoef niet bang te zijn.” (*Molukse vrouw*)

Probleemgerichte coping strategieën: omgang met maatregelen

De meeste deelnemers vonden manieren om met de maatregelen om te gaan. Ze onderhielden sociaal contact met familieleden en vrienden door middel van telefoon- en videogesprekken, wat ze een goed alternatief vonden.

“Wij hebben heel veel sociale contacten natuurlijk, maar ja, Het is op afstand, hè? Dus videobellen en toch elkaar zien via de video” (*Indonesische man*)

Deelnemers zochten bewust naar strategieën om gezond te blijven, zoals het behouden van het dagelijkse ritme, het eten van gezonde voeding, luisteren naar muziek en het beoefenen van hobby's. Sommigen bleven lichamelijk actief door te wandelen, huishoudelijke taken te doen of anderen te helpen. Zij vonden alternatieven om het geloof te belijden als ze niet naar de kerk of moskee konden gaan.

Deelnemer: “Ik wandel”. Tolk: “Mijn vader had echt een vaste routine... en elke ochtend wandelde hij... Hij onderhield tuintjes voor de mensen die dat niet konden.” (*Montenegrijnse man*)

“Ja, dan krijgen we ook van die appjes.... We bidden samen... twee keer per dag... We wensen elkaar een gezegende dag (...). Nee wat dat betreft is prima”. (*Surinaamse vrouw*)

Discussie

In deze studie stonden de ervaringen van oudere Nederlandse thuiswonende migranten met de COVID-19 periode en de overheidsmaatregelen centraal. De pandemische periode werd voornamelijk als negatief ervaren. Deelnemers ervoeren geen ernstige verslechtering van hun lichamelijke gezondheid, maar de periode had wel psychische gevolgen voor hen, zoals angst- en depressieve gevoelens. Bovendien hadden de maatregelen veel invloed op hun sociale leven. Zij ontwikkelden emotiegerichte en probleemgerichte copingstrategieën om hiermee om te gaan.

De ervaringen van oudere migranten werden mede beïnvloed doordat de deelnemers in een ander land geboren zijn. Voor een deel kwamen de ervaringen overeen met die van thuiswonende ouderen met een Nederlandse achtergrond.^{14,15} Zo ervoeren beide groepen een gevoel van eenzaamheid, waren ze beiden afhankelijk van

mantelzorgers en ervaren de het gemis van de nabijheid van familie. In tegenstelling tot eerdere studies,^{14,15} waren deelnemers in deze studie niet bang om besmet te raken, omdat ze zich aan de maatregelen hielden en gevaccineerd waren, wat hen het vertrouwen gaf dat ze tegen COVID-19 beschermd waren.

Een duidelijk verschil tussen migranten en ouderen met een Nederlandse achtergrond dat gevonden werd was, dat bij een aantal deelnemers gevoelens van angst versterkt dan wel veroorzaakt werden door negatieve ervaringen in het verleden, omdat voor een deel van de migranten het land van herkomst niet veilig was. Negatieve ervaringen uit het verleden met betrekking tot onderdrukking en oorlog werden door voormalige vluchtelingen herbeleefd. Liddell et al. vonden eveneens dat vluchtelingen meer getroffen werden door de pandemie en dat deze vroegere trauma's opriep.²⁵ Zij stelden een sterke associatie vast tussen herinneringen die COVID-19 opriep aan eerdere trauma's en ernstige psychische klachten. Ook in de huidige studie vonden we dat trauma's die lang geleden plaatsgevonden hadden, deze in de COVID periode opnieuw beleefd werden en angst oproepen.

Daarnaast gaven de geïnterviewde ouderen aan door de taalbarrière moeite te hebben met het begrijpen van de maatregelen. Familieleden moesten de maatregelen uitleggen en zorgen voor de naleving ervan. Deelnemers aan onze studie hadden graag gewild dat de informatie over de maatregelen tegen COVID-19 in eenvoudiger bewoordingen en bij voorkeur in hun moedertaal werd uitgelegd. Deze bevinding onderschrijft de conclusies van Diamond et al.²⁶ en Wang et al.,²⁷ die vonden dat duidelijke communicatie essentieel is om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan en de verspreiding van onjuiste informatie te voorkomen. Culturele tradities sloten niet altijd aan bij deze maatregelen. De deelnemers waren gewend omringd te zijn door familieleden of leden van de gemeenschap²⁸ en vertrouwden op de steun van hun familieleden. Dit werd door de maatregelen beperkt.²⁹ Ondanks dat zij bang waren om anderen te besmetten hadden zij graag gewild dat de maatregelen hen in de gelegenheid hadden gesteld hun culturele tradities te kunnen blijven beoefenen en familieleden in hun geboorteland hadden kunnen blijven bezoeken. Zij vertelden moeite te hebben met sociale isolatie. Net als Sealy et al. vonden we een beperkte mate van fysieke achteruitgang, maar meer sociale problemen. En eveneens vonden we dat deelnemers aan onze studie face-to-face contact met hun familieleden als een groot gemis ervoeren.⁵

De helft van de deelnemers aan de huidige studie had voor de pandemie al fysieke en/of psychische problemen en was al beperkt in hun sociale activiteiten. Voor deze deelnemers hadden maatregelen zoals sociaal isolement en afstand houden nog meer negatieve impact op hun sociale leven. De weinige sociale activiteiten die zij

nog hadden verdwenen nu helemaal, wat de eenzaamheid vergrootte. Over het algemeen waren oudere migranten echter flexibel. Ze werden nog steeds, op afstand, geholpen door familieleden en ontwikkelden strategieën om met de maatregelen om te gaan.

Sterkten en beperkingen

De diversiteit in herkomst van de migranten in dit onderzoek is een van de sterke aspecten van deze studie. Er was een aanzienlijke variatie in de leeftijden, nationaliteiten, verblijfsduur in Nederland, en religies van de deelnemers. Daardoor bieden de resultaten een breed inzicht in de ervaringen van oudere migranten, waarbij traumatische ervaringen als opvallend aspect in de beleving van de pandemie-maatregelen door oudere migranten naar boven kwamen. De interviews vonden twee jaar na het begin van de pandemie plaats. Zo hadden de deelnemers tijd om te reflecteren op een langere periode en op verschillende fasen van de pandemie. Terugkijkend werd de periode, ondanks versoepeling van de maatregelen, nog steeds als erg negatief ervaren, hadden deelnemers nog steeds gevoelens van angst, maar gaven zij aan manieren te hebben gevonden om ermee om te gaan en berustten zij meer in de situatie. Verschillende maatregelen werden genomen om de kwaliteit van het onderzoek te garanderen, zoals het gebruik van de COREQ-checklist,¹⁸ het opnemen van veldnotities tijdens en na de interviews, het controleren van de transcripten door deelnemers en triangulatie tijdens de thematische analyse.

De taalbarrière was een beperking van het onderzoek. De interviews werden niet altijd afgenomen in de moedertaal van de deelnemers. Daardoor was het uiten van diepere gevoelens moeilijker voor hen. Een informele tolk, meestal een familielid, nam indien nodig deel aan het interview. Risico daarbij is dat informatie niet goed vertaald werd en/of dat het familielid eerder een eigen subjectieve waarneming heeft beschreven. Uit onze interviews waarbij een familielid aanwezig was, kregen we wel meer diepgaande informatie, omdat deze informele tolken zich goed konden uitdrukken in het Nederlands en goed op de hoogte waren van de emoties van de deelnemers tijdens de pandemie. Echtparen werden tegelijkertijd in dezelfde ruimte geïnterviewd. Hoewel de vragen afzonderlijk aan beide partners werden gesteld en beantwoord, is het mogelijk dat zij elkaar hebben beïnvloed. Echter gaven zij ook zeer persoonlijke antwoorden en benoemden verschillen als deze er waren. Tot slot kan de manier van werven, via zorgprofessionals, van invloed zijn geweest op het feit dat er veel deelnemers waren met reeds bestaande lichamelijke klachten en het feit dat de helft van de deelnemers al thuiszorg ontving voor de start van de pandemie. Mogelijk dat er daardoor weinig lichamelijke achteruitgang ervaren werd, hoewel men ook zou kunnen verwachten dat deze kwetsbare groep juist meer lichamelijke achteruitgang zou ervaren door het wegvallen van dagbesteding en therapie.

Conclusies

De resultaten geven een beeld van de wijze waarop ouderen met een migratieachtergrond de maatregelen tijdens de eerste twee jaar van de COVID-19 pandemie hebben ervaren. De ervaringen waren grotendeels negatief en de COVID maatregelen hadden gevolgen voor hun culturele gebruiken, zoals het niet meer begraven kunnen worden in het land van herkomst. De ouderen vonden echter copingstrategieën om ermee om te gaan. Ook riepen de maatregelen, die als gevolg van Covid genomen werden, bij een aantal deelnemers herinneringen aan traumatische ervaringen uit het verleden op, zoals: verlies van kinderen, oorlogservaringen of een streng regime in het land van herkomst. Dit leidde tot gevoelens van angst en depressie. De resultaten geven inzicht in de invloed van de maatregelen op culturele tradities, gebruiken, eerdere ervaringen en het feit dat migranten meestal nog familie in het buitenland hebben. Dit onderzoek betreft een kleine groep migranten. Vervolgonderzoek onder een grotere groep migranten met verschillende migratieachtergronden kan meer inzicht geven in de ervaringen en eventuele verschillen tussen deze groepen. Inzichten uit dit onderzoek en eventueel vervolgonderzoek zouden gebruikt kunnen worden om meer in te kunnen spelen op de behoeften van migrantengroepen ten tijde van een pandemie.

Dankwoord

Een woord van dank gaat uit naar het Talmalectoraat van NHL/Stenden, die het voor mij mogelijk hebben gemaakt het onderzoek uit te voeren.

Financiering

Dit werk werd ondersteund door FAITH-onderzoek (subsidienummer SIA.COV.01.001). De financierende bron was niet betrokken bij het schrijven van het manuscript of de beslissing om in te dienen voor publicatie. De corresponderende auteur had volledige toegang tot alle gegevens en was eindverantwoordelijk voor de beslissing om het manuscript te publiceren.

Referenties

1. Heid AR, Cartwright F, Wilson-Genderson M, et al. Challenges Experienced by Older People During the Initial Months of the COVID-19 Pandemic. *The Gerontologist*. 2021 Jan 21;61(1):48-58. DOI: 10.1093/geront/gnaa138.
2. Ferreira LN, Pereira LN, da Fé Brás M, et al. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Qual Life Res*. 2021 Jan 2;30(5):1389-1405. DOI: 10.1007/s11136-020-02724-x.

3. Bidzan-Bluma I, Bidzan M, Jurek P, et al. A Polish and German Population Study of Quality of Life, Well-Being, and Life Satisfaction in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*. 2020 Nov 17;11:585813. DOI: 10.3389/fpsy.2020.585813.
4. de Klerk M, Olsthoorn M, Plaisier I, et al. Maatschappelijke gevolgen van corona. Verwachte gevolgen van corona voor sociale contacten en sociaal gedrag (bijlage D), March 3, 2021. [Internet]. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/03/03/een-jaar-met-corona>. [geraadpleegd 17 oktober 2021].
5. Sealy MJ, van der Lucht F, van Munster BC, et al. Frailty among Older People during the First Wave of the COVID-19 Pandemic in The Netherlands. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 19;19(6):3669. DOI: 10.3390/ijerph19063669.
6. Kraaij-Dirkzwager MM, Tromp MUY, van der Torn P. COVID-19: over welke mensen maken we ons extra zorgen? *TSG Tijdschr Gezondheidswet*. 2020 December 18; Published online. DOI: 10.1007/s12508-020-00290-8.
7. Cigiloglu A, Ozturk ZA, Efendioglu EM. How have older adults reacted to coronavirus disease 2019? *Psychogeriatrics*. 2021 Jan;21(1):112-117. DOI: 10.1111/psyg.12639.
8. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *American journal of public health* (1971). 2015 May;105(5):1013-9. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302427.
9. Berger E, van Duin M, van Hemert D, et al. Experts aan het woord: effecten van de coronacrisis. <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20200610-IFV-Experts-aan-het-woord-effecten-van-de-coronacrisis.pdf> (2020) [geraadpleegd 10 juni 2020].
10. Rijksoverheid. De Staat van Migratie 2021. [Internet] Available from: <https://www.rijks-overheid.nl/documenten/rapporten/2021/07/07/staat-van-migratie-2021> (2021). [geraadpleegd 25 april 2022].
11. Stronk K, Prins M, Agyemang C. Bevolkingsgroepen met migratieachtergrond zwaarder getroffen door Covid-19. GGD Amsterdam. 2020 April. [Internet]. https://www.ggd.amsterdam.nl/publish/pages/472722/bijlage_1_uitlomsten_helius_onderzoek_policy_brief_etniciteit_en_covid-19.pdf [geraadpleegd 17 oktober 2021].
12. Agyemang C, Richters A, Jolani S, et al. Ethnic minority status as social determinant for COVID-19 infection, hospitalisation, severity, ICU admission and deaths in the early phase of the pandemic: a meta-analysis. *BMJ Global Health*, 6:e007433. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-007433.
13. Yen DA, Cappellini B, Yang H, et al. Coping with Coping: International Migrants' Experiences of the Covid-19 Lockdown in the UK. *British Journal of Management*. 2021 May;32(4):1219-1241. DOI: 10.1111/1467-8551.12512.
14. Lemos Dekker N, Doolan R, Christiani A, et al. De impact van de coronamaatregelen op kwetsbare ouderen en mantelzorgers. Ben Sajat Centrum. (2020) [Internet] http://bensajetcentrum.nl/assets/2020/07/Rapport_onderzoek-BenSajetCentrum_impactcoronamaatregelen.pdf [geraadpleegd 23 december 2023].
15. Stolte E, Steinmetz S, van der Roest H, et al. De sociale situatie van zelfstandig wonende ouderen in mei 2020, tijdens het hoogtepunt van de coronacrisis. Faculteit der Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam; Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen, Universiteit van Amsterdam; Programma Ouderen, Trimbos-instituut, Utrecht. (30 juni 2020) [Internet]. <https://www.coronatijden.nl/wp-content/uploads/2020/08/200630-policy-brief-based-on-liss-1.pdf> [geraadpleegd 23 december 2023].

16. Harroui S, Conkova N, Fokkema F. De impact van het COVID-19 virus op het dagelijkse leven van Marokkaanse migrantenouderen. *Geron*. 12 juni 2020;22(2).
17. Pan H, Fokkema T, Switsers L, et al. Older Chinese migrants in coronavirus pandemic: exploring risk and protective factors to increased loneliness. *Eur J Ageing*. 2021 May 4;18(2):207-215. DOI: 10.1007/s10433-021-00625-7.
18. Faith research. Ouderenzorg. Onderzoeksproject kwetsbaarheid tijdens de corona-pandemie. [Internet]. <https://www.faihtresearch.nl/projecten/ouderenzorg> (2021) [geraadpleegd 6 November 2021].
19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Sep 14;19(6):349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
20. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. 4th ed. Thousand Oaks, California, US: Sage Publications Ltd, 2018.
21. Evers J. *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. 2nd ed. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers, 2015, p.68.
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006 Jan;3(2): 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
23. KNAW, NFW, NWO, TO2-federatie, Vereniging Hogescholen, VSNU. Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. <https://doi.org/10.17026/dans-2cj-nvwu>; 2018.
24. Stanisławski K. The Coping Circumplex Model: An Integrative Model of the Structure of Coping With Stress. *Front Psychol*. 10:694. 2019 April 16. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00694.
25. Liddell BJ, O'Donnell M, Bryant RA, et al. The association between COVID-19 related stressors and mental health in refugees living in Australia. *Eur J Psychotraumatol*. 2021 Aug 18;12(1):1947564. DOI: 10.1080/20008198.2021.1947564.
26. Diamond LC, Jacobs EA, Karliner L. Providing equitable care to patients with limited dominant language proficiency amid the COVID-19 pandemic. *Patient Educ Couns*. 2020 Aug;103(8):1451-1452. DOI: 10.1016/j.pec.2020.05.028.
27. Wang C, Tian Q, Zhao P, et al. Disease knowledge and attitudes during the COVID-19 epidemic among international migrants in China: a national cross-sectional study. *Int J Biol Sci*. 2020 Aug;103(8):1451-1452. DOI: 10.7150/ijbs.47075.
28. Fokkema T, Ciobanu RO. Older migrants and loneliness: scanning the field and looking forward. *European journal of ageing*. 2021 Aug 4;18(3):1-7. DOI: 10.1007/s10433-021-00646-2.
29. de Valk HAG, Schans D. They ought to do this for their parents': perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. *Ageing & Society*. 2008 Jan;28:49-66.