

Gezondheid van ouderen met migratieachtergrond

Kwantitatief onderzoek naar de invloed van gedrag, welzijn en sociaaleconomische status op de ervaren gezondheid van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond in de vier grote steden in Nederland



Universiteit Utrecht



Gemeente Utrecht

Andrea Poll 6009131
Universiteit Utrecht
Master Arbeid, Zorg en Participatie (SW)
Master's Thesis

Supervisor: Prof. dr. John de Wit
Begeleiding Volksgezondheid Utrecht: Jacko de With

15 augustus 2018

Inhoud

Samenvatting.....	3
1. Inleiding	4
2. Theoretisch kader.....	6
2.1 Gezondheidsongelijkheid	6
2.2 Ervaren gezondheid.....	7
2.3 Theoretische perspectieven ongelijkheid en ervaren gezondheid	8
3. Onderzoeksvraag.....	11
4. Methode	13
4.1 Onderzoeksdesign	13
4.2 Onderzoekspopulatie.....	13
4.3 Dataverzameling	13
4.4 Operationalisering variabelen	13
4.5 Data-analyse.....	15
Assumpties.....	15
5. Resultaten.....	16
5.1 Kenmerken steekproef	16
5.2 Mediatie	20
6. Discussie	21
6.1 Beperkingen onderzoek	22
6.2 Praktische aanbevelingen en toekomstig onderzoek.....	23
6.3 Conclusie.....	24
Literatuur.....	25
Bijlage 1 – Overzicht statistieken steekproef.....	30

Samenvatting

INLEIDING Het aantal ouderen in Nederland stijgt en zo ook het aantal ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond. Veel aandacht gaat naar gezond ouder worden en de gelijke rechten op een gezond leven. Toch blijkt er gezondheidsongelijk te bestaan tussen mensen met en zonder een migratieachtergrond. Deze studie focust op verklaringen van de mogelijke relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid. Er zijn drie hypothesen: (1) ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond ervaren een minder goede gezondheid dan ouderen zonder een migratieachtergrond (2) het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond heeft een ongunstige invloed op gedrag, welzijn en sociaaleconomische status en (3) gedrag, welzijn en sociaaleconomische status verklaren de mogelijke relatie tussen het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond en ervaren gezondheid.

METHODE Voor deze studie zijn data gebruikt van de Gezondheidsmonitor 2016 van de G4 (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht) met daarin 13.877 respondenten van 65 jaar en ouder. Data zijn geanalyseerd in SPSS, met behulp van logistische regressie analyses en mediatieanalyses met de PROCESS macro van Andrew F. Hayes. **RESULTATEN** Het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond hangt negatief samen met de ervaren gezondheid, maar ook met gedrag, welzijn en sociaaleconomische status. Daarnaast hebben gedrag, welzijn en sociaaleconomische status een significante invloed op ervaren gezondheid. Er is sprake van een partiële mediatie. **CONCLUSIE** Het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond heeft een ongunstige invloed op de ervaren gezondheid. Deze relatie kan deels worden verklaard door gedrag, welzijn en sociaaleconomische status. Dit houdt in dat hypothesen 1, 2 worden bevestigd en hypothese 3 deels wordt bevestigd.

Trefwoorden: ouderen; niet-westerse migratieachtergrond; gezondheidsongelijkheid; welzijn; gedrag; sociaaleconomische status; ervaren gezondheid

1. Inleiding

In 2014 was 18,5 procent van de EU-bevolking 65 jaar of ouder. De verwachting is dat het aandeel 65-plussers in 2080 zal zijn gestegen naar 28,7 procent (Eurostat, 2017). Ook Nederland heeft te maken met vergrijzing. In 2040 is naar schatting een op de vier inwoners 65 jaar of ouder (CBS Statline, 2018). Er is zelfs sprake van een ‘dubbele vergrijzing’ vanwege een toekomstige verdubbeling van het aantal 80-plussers.

Tegelijkertijd wordt de Europese samenleving etnisch steeds diverser (Stronks et al. 2013). In Nederland kwamen vooral tussen 1950 en 1970 veel jonge arbeidsmigranten. Zij verlichtten de werkdruk in Nederland en ontvluchtten de werkloosheid, armoede en onzekerheid in het thuisland. Deze migranten bereiken nu de leeftijd van 65 jaar. Kenmerkend aan deze groep is de beperkte taalbeheersing en een gemiddeld laag onderwijsniveau (Suurmond, Rosenmöller, Mesbahi, Lamkaddem, & Essink-Bot, 2016). Het aantal 65-plussers met een migratieachtergrond bedroeg in 2010 313.839 (CBS, 2008). In 2050 zal dit naar schatting ruim 1 miljoen zijn (CBS, 2014). In de vier grote steden in Nederland -Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag (G4)- verdrievoudigt naar verwachting het aantal 65-plussers met een migratieachtergrond tot 2040 (Fakiri & Bouwman-Notenboom, 2015).

De vergrijzing heeft gezond ouder worden, ook wel *healthy ageing*, tot een internationaal agendapunt gemaakt. Gezond ouder worden zorgt niet alleen voor een beter leven voor het individu (Windle, 2012), maar is ook een belangrijke factor om de maatschappelijke lasten van ziekte en gebreken en de daaraan gerelateerde kosten te reduceren (Hamer, Lavoie & Bacon, 2014).

Ondanks de aandacht voor vergrijzing, migratie en gezondheid op de politieke agenda in Europa is er weinig aandacht voor de gezondheid van ouderen met een migratieachtergrond (Rechel, et al., 2011). Daarnaast is eerder onderzoek schaars (Fakiri & Bouwman-Nootenboom, 2015). Ouderen met een migratieachtergrond blijken dubbel zo kwetsbaar als leeftijdsgenoten zonder migratieachtergrond. Ze hebben vaker algemene gezondheidsproblemen en die problemen doen zich op een jongere leeftijd voor dan bij ouderen zonder een migratieachtergrond (Uysal-Bozkir, 2016). De meeste Europese gezondheidszorgsystemen kennen het principe van gelijkheid en dienen de geconstateerde gezondheidsongelijkheid tussen ouderen met en zonder een migratieachtergrond aan te kaarten (Rechel, et al., 2011).

Ouderen met een migratieachtergrond hebben niet alleen meer gezondheidsproblemen. Ook blijkt dat de ervaren gezondheid lager ligt dan bij ouderen zonder een migratieachtergrond (Sand & Gruber, 2016; Nielsen & Krasnik, 2010). Kijkend naar de gezondheidspeiling in de

gemeente Utrecht wordt zichtbaar dat 65 procent van de 65-plussers met een migratieachtergrond de gezondheid als minder dan goed ervaart, tegenover 45 procent van de 65-plussers zonder een migratieachtergrond. Deze uitkomst is de directe aanleiding voor dit onderzoek. Er is weinig kennis over de achterliggende redenen van de vermeende relatie tussen het hebben van een migratieachtergrond en hoe gezondheid wordt ervaren. Onderzoek hiernaar is ook belangrijk voor de afdeling Volksgezondheid van de gemeente Utrecht, omdat zij de gezondheid van de inwoners mede beschermen, bewaken en bevorderen en omdat de gemeente streeft naar een gezond, stedelijk leven voor iedereen.

Het doel van dit onderzoek is om een bijdrage leveren aan verdiepende kennis over de achterliggende redenen van het verschil in ervaren gezondheid van ouderen met en zonder een migratieachtergrond. Dit onderzoek draagt bij aan het ultieme doel om de gezondheidsongelijkheid tussen mensen met en zonder een migratieachtergrond te verkleinen. Onderzocht wordt of er daadwerkelijk een relatie bestaat tussen het hebben van een migratieachtergrond en de ervaren gezondheid. Daarnaast worden verschillende verklaringen gegeven voor de mogelijke ongelijkheid in gezondheid tussen mensen met en zonder een migratieachtergrond. Vervolgens zal worden onderzocht of de relatie tussen het hebben van een migratieachtergrond en ervaren gezondheid hierdoor wordt verklaard.

2. Theoretisch kader

2.1 Gezondheidsongelijkheid

Iedereen heeft door internationale overeenkomsten een intrinsiek recht op de hoogst bereikbare gezondheidsstandaard, ongeacht nationaliteit of migratiestatus (International Organization for Migration, 2013). Daarom zijn Europese gezondheidssystemen en -beleid gebaseerd op het principe van gelijkheid (Norredam & Krasnik, 2011). Toch worden de gezondheidsverschillen tussen landen of tussen sociaaleconomische groepen steeds groter (Fouweather et al., 2015). Dit maakt gezondheidsongelijkheid een belangrijk aandachtspunt.

Er is veel onderzoek gedaan naar ongelijkheid in gezondheid (Marmot, Allen, Bell, Bloomer, & Goldblatt, 2012). Hierin worden landen of welvaartstaten vergeleken (Muntaner et al., 2011) of – op nationaal niveau – bepaalde bevolkingsgroepen. Volgens de World Health Organization (WHO) zijn, bij het bestuderen van gezondheidsongelijkheid, groepsindelingen mogelijk op basis van woonplaats, etniciteit, werk, gender, religie, onderwijs, sociaaleconomische status (SES) en sociaal kapitaal (Arcaya, Arcaya, & Subramanian, 2015).

In verschillende onderzoeken zijn verschillen in gezondheid tussen mensen met en zonder een migratieachtergrond aangetoond. Op het gebied van lichamelijke gezondheid is bekend dat mensen met een migratieachtergrond vaker lijden aan chronische ziekten als rugpijn en artritis, maar minder aan fatale ziekten als kanker dan de meerderheidspopulatie (Nielsen & Krasnik, 2010). Diabetes mellitus is, ook in Nederland, oververtegenwoordigd onder mensen met een migratieachtergrond (Rechel, Mladovsky, Ingleby, Mackenbach, & McKee, 2013; Raza, Nicolaou, Dijkshoorn, & Seidell, 2015).

Op het gebied van leefstijl komt uit verschillende studies naar voren dat de variatie in BMI in verschillende Europese landen voor een groot deel kan worden verklaard door etniciteit (Berghöfer et al., 2008; Raza, et al., 2015; Cornelisse-Vermaat & Maassen van den Brink, 2007). Groepen met een migratieachtergrond bewegen minder en zijn meer sedentair, wat een mogelijke oorzaak is voor overgewicht (Langoien et al., 2017). Sommige migrantengroepen lopen een hoger risico op niet-overdraagbare aandoeningen als gevolg van obesitas en onvoldoende lichaamsbeweging (Rechel et al., 2013).

Op het gebied van mentale gezondheid blijkt dat mensen met een migratieachtergrond vaker dan de populatie zonder een migratieachtergrond lijden aan depressie (Nielsen & Krasnik, 2010). In verschillende Europese studies is naar voren gekomen dat depressie vaker voorkomt in de eerste generatie migranten van vijftig jaar en ouder dan volgende generaties migranten en de meerderheidspopulatie (Aichberger et al., 2009; Levecque & Van Rossem, 2015). Ook

in de studie van Wit et al. (2008) over mentale problemen bij mensen met een Turkse, Marokkaanse en Surinaamse/Antilliaanse migratieachtergrond in Amsterdam, wordt etniciteit als voorspeller gezien voor mentale problemen.

Op het gebied van sociaal welzijn is bekend dat door migratie banden met het eerdere netwerk in het thuisland worden verzwakt en sociale zekerheid hen (in ieder geval voorlopig) wordt ontnomen. Als migranten ouder worden kan de kwetsbare positie verergeren en resulteren in sterke gevoelens van eenzaamheid en nostalgie richting het thuisland (Ciobanu, Fokkema, & Nedelcu, 2017). Uit onderzoek van Fokkema en Naderi (2013) onder Turkse migranten in Duitsland blijkt dat gevoelens van eenzaamheid vaker voorkomen bij ouderen met een migratieachtergrond dan bij ouderen zonder een migratieachtergrond. Daarnaast heeft discriminatie impact op sociaal welzijn. Veertig tot vijftig procent van de mensen van etnische minderheidsgroepen voelt zich gediscrimineerd op de arbeidsmarkt. Ervaren discriminatie wordt als een chronische stressfactor gezien en heeft een negatieve invloed op fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten (Andriessen, Fernee, & Wittebrood, 2014).

2.2 Ervaren gezondheid

Om de gezondheid te meten worden vaak objectieve criteria gebruikt. Deze zeggen echter niets over hoe de persoon zich in kwestie voelt. De mogelijkheid bestaat dat iemand zich beter voelt dan objectief gezien verwacht wordt en andersom (Alpass & Neville, 2010).

Uit onderzoek van Moor, Spallek en Richter (2016) en Idler en Benyamini (1997) komt naar voren dat in veel studies gezondheid wordt gemeten aan de hand van ervaren gezondheid en dat ervaren gezondheid een gevalideerde indicator voor het meten van gezondheid is. Deze indicator wordt breed gebruikt in onderzoek naar de volksgezondheid, omdat het niet alleen een goede voorspeller is van objectieve gezondheid, zoals sterfte, maar ook van het risico op ziektes (Robine & Jagger, 2003).

Onder ervaren gezondheid verstaat de databank met gegevens over Europese gezondheidsindicatoren, namelijk de European Community Health Indicators (ECHI), het volgende: "*Self-perceived health is a subjective assessment that the people make about one's own health state, more commonly called subjective health or self-perceived health (...)*" (European Community Health Indicators Monitoring, 2008). De meting omvat de fysieke, sociale en emotionele dimensies. Het wordt beïnvloed door aanwezigheid van symptomen of specifieke klachten en bij diagnoses van huisartsen. Het gaat bij ervaren gezondheid niet zozeer om de huidige gezondheidsstatus maar om de gezondheid in het algemeen te meten (European Community Health Indicators Monitoring, 2008). Ervaren gezondheid is de eigen perceptie

van gezondheid, die de biologische, psychologische en sociale dimensies van gezondheid omvatten, terwijl objectieve gezondheid vaak enkel gaat over de medische kant. Een onderzoeker krijgt met objectieve metingen geen zicht op hoe iemand zijn/haar gezondheid ervaart op de verschillende dimensies (Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen & Urponen, 1997).

2.3 Theoretische perspectieven ongelijkheid en ervaren gezondheid

Verschillende theorieën proberen gezondheidsongelijkheid op basis van etniciteit te verklaren. Deze theorieën geven echter meestal een klein deel van de werkelijkheid weer, omdat er veel aspecten zijn die gezondheidsongelijkheid kunnen verklaren (Stronks et al., 2013). Er is bijvoorbeeld vaak sprake van een wisselwerking op micro-, meso- en macroniveau (Ciobanu et al., 2017). Het model van de sociale determinanten van de World Health Organization geeft drie mogelijke verklaringen voor de relatie tussen lage SES en gezondheid: welzijn, gedrag en sociaaleconomische status (Solar & Irwin, 2010). Ook verklaringen in literatuur over de mogelijke relatie tussen het hebben van een migratieachtergrond en ervaren gezondheid kunnen vaak worden onderscheiden op basis van gedrag, welzijn en sociaaleconomische status. Let wel, deze verklaringen hoeven niet los van elkaar te staan en kunnen elkaar beïnvloeden, zoals weinig inkomen het gedrag van mensen kan beïnvloeden.

2.3.1 Gedrag

Een mogelijke theorie van de verklaring van gezondheidsongelijkheid op basis van etniciteit is het gedrag dat mensen vertonen. Individuen maken zich verschillende gedragingen eigen. Een voorbeeld hiervan is de combinatie van het innemen van een grote hoeveelheid calorieën en weinig lichamelijke beweging, met obesitas als gevolg. Maar ook roken, alcoholconsumptie en veel zoutinname zijn voorbeelden van gedragingen met gevolgen voor de gezondheid (William, Dressler, Oths, & Gravlee, 2005). Dit wordt ook wel de *health-behaviour theory* genoemd. Gedrag van mensen kan ook worden beïnvloed door cultuur. Cultuur is aan verandering onderhevig en hier wordt van gesproken bij de *acculturation theory* (Reus-Pons, Mulder, Kibele, & Janssen, 2018). Deze theorie suggereert dat mensen die zijn gemigreerd de neiging hebben om (slechte) gewoonten van het gastland over te nemen. Het overnemen van deze vaak slechte gewoonten en de veelal slechtere economische achtergrond van migranten zorgt voor een opeenstapeling van problemen, waarvan wordt gesproken in de *cumulative disadvantage theory*. Dit zou verklaren waarom mensen met een niet-westerse migratieachtergrond een slechtere gezondheid hebben dan mensen zonder een migratieachtergrond (Reus-Pons et al., 2018).

2.3.2 Welzijn

Een andere theorie voor de verklaring van gezondheidsongelijkheid op basis van etniciteit is het welzijn. Zo hebben ervaren discriminatie en stigma een negatieve invloed op gezondheid en zouden ze een verklaring kunnen zijn voor gezondheidsongelijkheid (Johnston & Jordan, 2012; Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013).

Een ander aspect dat wordt meegenomen in de welzijnstheorie voor gezondheidsongelijkheid is het kijken naar depressie en angst. In de literatuur is bekend dat depressie vaker voorkomt onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. Depressie en angst blijken een negatieve invloed te hebben op gezondheid (Williams et al., 2005).

Daarnaast kan bij deze theorie ook gekeken worden naar welzijn in combinatie met de woonomgeving van mensen. Wat blijkt is dat sociaalecologische *stress areas*, die worden gekenmerkt door een lage SES en hoge mate van instabiliteit (door bijvoorbeeld criminaliteit), zorgen voor een minder goede gezondheid (Williams et al., 2005). Mensen met een migratieachtergrond hebben over het algemeen een lagere SES (Stronks et al., 2013) en wonen vaker in achterstandsbuurten bij elkaar (Entzinger, 2014). Het lijkt aannemelijk dat de lagere ervaren gezondheid van mensen met een niet-westerse migratieachtergrond kan worden verklaard door een lager welzijn, in dit geval veroorzaakt door de woonomgeving.

Tot slot is belangrijk om rekening te houden met de migratiegeschiedenis van migranten. Belangrijke indicatoren zijn waar men is opgegroeid, hoelang men in het gastland verblijft, hoe de relatie is met de familie in het land van herkomst (Stronks et al., 2013) en hoe oud men was op het moment dat iemand ging migreren (Gubernskaya, 2015). Migreren op latere leeftijd lijkt te zorgen voor een minder goede ervaren gezondheid.

2.3.3 Sociaaleconomische status

Ook is er de theorie van sociaaleconomische status voor het verklaren van gezondheidsongelijkheid. Verschillende studies (Williams, Priest, & Anderson, 2016; Reus-Pons, 2018) noemen de over het algemeen lagere SES van mensen met een niet-westerse migratieachtergrond tegenover mensen zonder een migratieachtergrond als één van de grootste factoren die de gezondheidsongelijkheid op basis van etniciteit kan verklaren. Mensen met een migratieachtergrond in Nederland hebben over het algemeen meer moeite met het vinden van een baan, zijn vaker werkloos en hebben minder vaak een vast contract dan Nederlanders zonder een migratieachtergrond, waarbij discriminatie op de arbeidsmarkt een rol kan spelen (Andriessen, Nievers, Dagevos, & Faulk, 2012). Het verkleinen van inkomensongelijkheid zou

kunnen zorgen voor een betere gezondheid en een beter welbevinden van de algehele populatie in een land (Pickett & Wilkinson, 2015).

3. Onderzoeksvraag

Uit de aangehaalde literatuur komen verschillen in gezondheid naar voren tussen mensen met en zonder een migratieachtergrond. Verscheidene theorieën zijn uiteengezet voor het verklaren van dit gezondheidsverschil en er is gesuggereerd welke invloed zij hebben op de ervaren gezondheid. Een bevestiging dat deze verklaringen daadwerkelijk invloed hebben op de ervaren gezondheid van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond blijft uit.

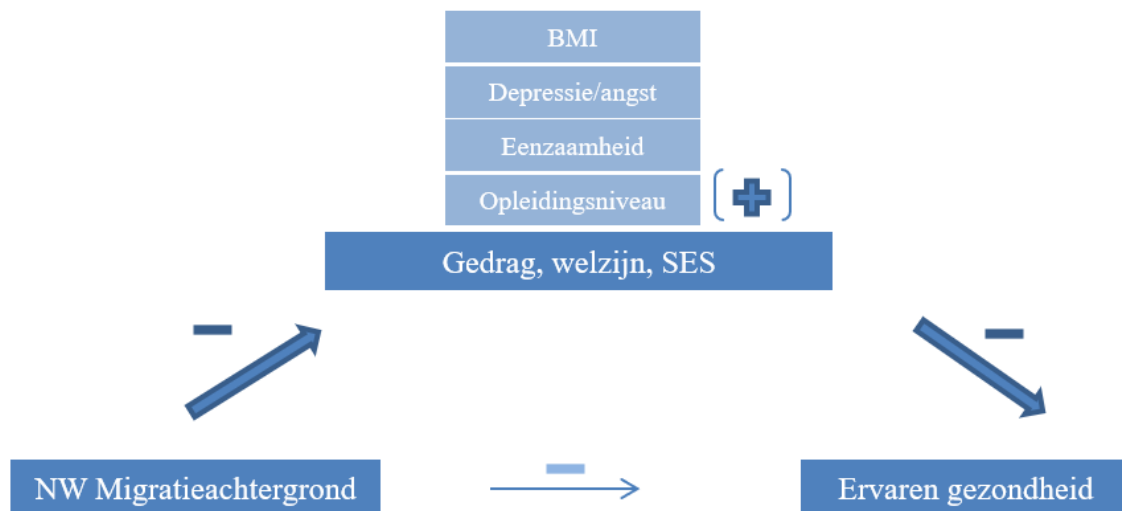
Om meer inzicht te krijgen in de rol van de genoemde verklaringen voor mogelijke gezondheidsongelijkheid op basis van niet-westerse etniciteit luidt de onderzoeksvraag: *In hoeverre verklaren gedrag, welzijn en sociaaleconomische status de verschillen in ervaren gezondheid tussen mensen met en zonder een niet-westerse migratieachtergrond?* In figuur 1 is de onderlinge samenhang van variabelen schematisch weergegeven, waarbij de verwachting is dat de mogelijke relatie tussen het hebben van een migratieachtergrond en de ervaren gezondheid wordt gemedieerd door gedrag, welzijn en sociaaleconomische status.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, bestaat de onderzoeksvraag uit meerdere deelvragen. De eerste deelvraag luidt: *In hoeverre hangt het verschil in het wel of niet hebben van een niet-westerse migratieachtergrond samen met ervaren gezondheid?* De verwachting op basis van literatuur is dat ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond een lagere ervaren gezondheid hebben dan ouderen zonder een migratieachtergrond (hypothese 1).

De tweede deelvraag is: *In hoeverre hangt het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond samen met de uitkomsten van gedrag, welzijn en sociaaleconomische status?* Om deze vraag te beantwoorden is gekozen voor het meten van gedrag door middel van de BMI, omdat op basis van literatuur wordt aangenomen dat BMI iets zegt over het gedrag van mensen wat betreft voedselinname en lichaamsbeweging. Op basis van literatuur wordt verwacht dat ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond een hoger BMI hebben (hypothese 2a). Om welzijn te meten is gekozen voor het meenemen van eenzaamheid en het risico op depressie en angststoornis omdat ze samen iets zeggen over de psychische en sociale gezondheid van mensen. Op basis van literatuur wordt verwacht dat het hebben van een migratieachtergrond meer risico geeft op depressie en angststoornis (hypothese 2b) en eenzaamheid (hypothese 2c). Vanwege het ontbreken van een SES-variabele in de database is ervoor gekozen om een aspect van SES mee te nemen, namelijk opleidingsniveau. Op basis

van de literatuur wordt verwacht dat het hebben van een migratieachtergrond negatief samenhangt met het opleidingsniveau (hypothese 2d).

De derde deelvraag luidt: *In hoeverre wordt een mogelijk verschil in ervaren gezondheid tussen ouderen met en zonder een migratieachtergrond verklaard door gedrag, welzijn en sociaaleconomische status?* Ook in deze deelvraag worden de verklaringen afzonderlijk behandeld. Op basis van literatuur wordt verwacht dat het verschil in ervaren gezondheid wordt verklaard door het verschil in BMI (hypothese 3a), het risico op depressie en angststoornis (hypothese 3b), eenzaamheid (hypothese 3c) en opleidingsniveau (hypothese 3d).



Figuur 1. Onderzoeksmodel

4. Methode

4.1 Onderzoeksdesign

Om gefundeerde uitspraken te kunnen doen over de relatie tussen het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond, ervaren gezondheid en verklaringen van gezondheidsongelijkheid, is gekozen voor kwantitatief onderzoek. Er is gebruikgemaakt van de bestaande database ‘volwassenen en ouderen’ van de Gezondheidsmonitor 2016 in de gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht (G4). Deze monitor is gedaan in samenwerking met het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en is uitgevoerd door GGD’en in heel Nederland om de gezondheid van inwoners te peilen. In dit onderzoek zijn de uitkomsten van de vier genoemde steden samengevoegd.

4.2 Onderzoekspopulatie

De data van de Gezondheidsmonitor zijn gebaseerd op de doelgroepen 19-65 jaar en 65 jaar en ouder. In dit onderzoek worden enkel de 65-plussers meegenomen. De onderzoekspopulatie ouderen met en zonder een migratieachtergrond bestaat uit 15.834. Er is gekozen voor het excluderen van mensen met een westerse migratieachtergrond, omdat uit controle-analyses is gebleken dat deze groep significant afwijkt van zowel de ouderen zonder migratieachtergrond als de ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond. De uiteindelijke respons bestaat uit 13.877 respondenten van 65 jaar en ouder, waarvan 2.100 respondenten met een niet-westerse migratieachtergrond. Enkel mensen die mee hebben gedaan aan de GGD-enquête zijn meegenomen in dit onderzoek. Mensen die buiten een particulier huishouden wonen (bijv. zorginstelling) zijn niet meegenomen in de steekproef.

4.3 Dataverzameling

Respondenten werden via een uitnodigingsbrief benaderd en gevraagd om de internetvragenlijst in te vullen. Ook was er de mogelijkheid om een schriftelijke vragenlijst in te vullen of aan een mondeling/telefonisch interview mee te doen. Er is gestreefd naar drie benaderingspogingen. Om uitspraken te kunnen doen over de gezondheid van de inwoners van de gemeente is voldoende respons nodig. Hiervoor is gebruikgemaakt van een steekproefberekening. Steekproeven zijn getrokken door het CBS.

4.4 Operationalisering variabelen

Aan de hand van de beschikbare data uit de Gezondheidsmonitor 2016 en het theoretisch kader zijn de variabelen geoperationaliseerd. Ervaren gezondheid is de afhankelijke variabele en is

geoperationaliseerd met de vraag: ‘Hoe is over het algemeen uw gezondheid?’ Er zijn vijf antwoordcategorieën: zeer goed (1), goed (2), gaat wel (3), slecht (4) en zeer slecht (5) en gemeten op nominaal meetniveau. Niet-westerse migratieachtergrond is de onafhankelijke variabele en is geoperationaliseerd als het wel of niet hebben van een niet-westerse migratieachtergrond. De antwoorden zijn samengevoegd op dichotoom meetniveau: of men geen migratieachtergrond heeft (1) of wel (2).

Gedrag

BMI: Zelf-gerapporteerde items van lengte (zonder schoenen) en het gewicht (zonder kleren) zijn gebruikt om het BMI van respondenten te berekenen. De uitkomsten hiervan zijn samengevoegd en weergegeven op nominaal meetniveau met vijf categorieën, namelijk van BMI: tot 18,5 (0), van 18,5 tot 20 (1), van 20-25 (2), van 25-30 (3) en vanaf 30 (4).

Welzijn

Eenzaamheid: Voor het meten van eenzaamheid is gebruikgemaakt van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld. Deze schaal is een valide en betrouwbare schaal gebleken voor het meten van algehele eenzaamheid, waaronder sociale en emotionele eenzaamheid (Jong-Gierveld & Tilburg, 1985). De 11-item schaal bevat zes negatief vermelde stellingen die verwijzen naar emotionele eenzaamheid (bijv. “Ik ervaar een leegte om mij heen”) en vijf positief vermelde items die verwijzen naar sociale eenzaamheid (bijv. “Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen”). De drie antwoorden die respondenten konden geven waren ja, min of meer en nee. De scores zijn weergegeven op nominaal meetniveau met vier categorieën: niet eenzaam (0), matig eenzaam (1), ernstig eenzaam (2) en zeer ernstig eenzaam (3).

Risico op depressie en angststoornis: Het risico op depressie en angststoornis is gemeten door de 10-item Kessler Psychological Distress-scale (K10). De schaal is valide en betrouwbaar om de aanwezigheid van angst en depressie in de afgelopen vier weken te meten (Furakawa, Kessler Slade, & Andrews, 2001). Voorbeelden van vragen zijn: “Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?” en “Hoe vaak voelde u zich somber of depressief?” Er zijn vijf antwoordmogelijkheden, van altijd tot nooit. Hieruit volgt een risicoscore, namelijk geen of laag risico (1), matig risico (2) en hoog risico (3).

Sociaaleconomische status

Opleidingsniveau: Opleidingsniveau is gemeten met de vraag: ‘Wat is uw hoogst genoten opleiding?’ De antwoordcategorieën zijn samengevoegd tot vier antwoordcategorieën: laag/basisschool (1), midden 1/lbo, mavo (2), midden 2/mbo, havo, vwo (3) en hoog/hbo, wo (4).

Omdat verschillende factoren van invloed kunnen zijn op de uitkomst, wordt er gecontroleerd voor gender (man(1), vrouw(2)), burgerlijke staat (getrouwd, samenwonend (1), ongehuwd, nooit getrouwd geweest (2), gescheiden (3), weduwe, weduwnaar (4)) en leeftijd (65-74 (1), 75-84 (2), 85-94 (3), 95+ (4)).

4.5 Data-analyse

Voor deze studie worden kwantitatieve data geanalyseerd met behulp van het IBM SPSS Software 22 programma. Voor meer inzicht in de achtergrondkenmerken van de steekproef, de variabelen en voor het checken van de assumpties is gebruikt gemaakt van binaire logistische regressie analyses, crosstabs, frequentietabellen en descriptieve tabellen. Er is daarnaast een mediatieanalyse gedaan. De mediatieanalyse kijkt naar de onderliggende mechanismen bij de relatie tussen een predictorvariabele en uitkomstvariabele. Bij een mediatieanalyse wordt veronderstelt dat de mediërende variabelen de oorzaak zijn van de onafhankelijke variabele en vervolgens de uitkomsten van de afhankelijke variabele veroorzaken (Valeri & VanderWeele, 2013). Om mediatie te analyseren wordt gebruik gemaakt van de PROCESS macro van Andrew F. Hayes versie 2.16.3. Bij deze mediatieanalyse is het van belang dat de afhankelijke variabele continue is of dichotoom (Hayes, 2012).

Assumpties

Om de statistische analyses uit te voeren, is voldaan aan de assumpties van logistische regressie (Field, 2013). Vanwege het feit dat er geen continue variabelen zijn meegenomen in de analyse is voldaan aan de assumptie van lineariteit van de relatie tussen continue predictoren en de logit van de uitkomstvariabele. In de tweede plaats is voldaan aan de assumptie van het niet hebben van multilevel data. De Gezondheidsmonitor 2016 omvat namelijk geen dubbele respondenten, omdat niet over tijd wordt gemeten. Tot slot is voldaan aan de assumptie van multicollineariteit omdat de VIF waarden van de predictoren kleiner zijn dan 10 en *tolerance*-waarden groter dan 0.1.

5. Resultaten

5.1 Kenmerken steekproef

De respons omvat 13.877 respondenten, waarvan 2.100 (15.1 procent) ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond. De respondenten met een niet-westerse migratieachtergrond komen uit Turkije (8.7 procent), Marokko (11.5 procent), Suriname (48.2 procent), Nederlandse Antillen (7.7 procent) en overige niet-westerse landen (23.9 procent). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 73.9 jaar, waarbij de minimale leeftijd 65 is en de maximale leeftijd 107 jaar ($SD=7.13$). Van de respondenten is 46.1 procent man en 53.9 procent vrouw. Ruim de helft van de respondenten (52.8 procent) is getrouwd of woont samen, de overige respondenten zijn ongehuwd en/of nooit gehuwd geweest (10.1 procent), gescheiden (14.9 procent) of weduwe/weduwnaar (22.2 procent).

Kijkend naar de afhankelijke variabele heeft 54.2 procent van de respondenten aangegeven een goede of zeer goede gezondheid te ervaren tegenover 45.8 procent van de respondenten die hun gezondheid ervaart als het gaat wel, slecht of zeer slecht.

Met betrekking tot de mediërende variabele BMI heeft 4.2 procent van de respondenten ondergewicht, namelijk een BMI tot 20, 36.9 procent heeft een BMI tussen de 20 en 25. Van de respondenten heeft 59 procent van de respondenten overgewicht, namelijk een BMI van 25 of hoger. Betreffende de variabele van het risico op een angststoornis of depressie heeft 54.5 procent geen of een laag risico, 37.5 procent een matig risico en 7.9 procent een hoog risico. Bijna de helft (47.9 procent) van de respondenten is niet eenzaam, een groot deel (40.3 procent) is matig eenzaam en 11.8 procent is ernstig tot zeer ernstig eenzaam. Van de respondenten heeft 17.7 procent geen opleiding of de basisschool afgerond, 40.7 procent heeft lbo of mavo gedaan, 18.7 procent heeft mbo, havo of vwo afgerond en 22.9 procent heeft een hbo- of wo-opleiding afgerond.

In tabel 1 wordt een vergelijking gemaakt van respondenten met een goede ervaren gezondheid en een minder goede ervaren gezondheid en de categorieën worden getoetst aan ervaren gezondheid. Uit deze tabel komt naar voren dat meer mannen hun een gezondheid als goed ervaren dan vrouwen ($OR= 1.31, 95\% CI [1.23, 1.40]$) en dat oudere respondenten minder vaak een goede gezondheid ervaren dan jongere respondenten, waarbij het grootste verschil zichtbaar is bij de leeftijdscategorie 95+ ten opzichte van de leeftijdscategorie 65-74 jaar ($OR= .36, 95\% CI [.22, .57]$). Wat betreft burgerlijke staat komt naar voren dat relatief meer gehuwden/samenwonenden een goede gezondheid ervaren dan ongehuwden, mensen die gescheiden zijn en weduwen/weduwnaars. Hier is het grootste verschil zichtbaar tussen

gehuwden/samenwonenden en weduwen en weduwnaars (OR= .55, 95% CI [.50, .60]). Met betrekking tot het hebben van een migratieachtergrond komt naar voren dat respondenten met een niet-westerse migratieachtergrond vaker een slechtere gezondheid ervaren dan respondenten zonder migratieachtergrond (OR= .33, 95% CI [.30, .37]). Met betrekking tot de BMI geldt dat respondenten met een BMI tussen de 20 en 25 een betere gezondheid ervaren dan respondenten met een BMI onder de 20 of boven de 25. Het grootste verschil is zichtbaar tussen mensen met een BMI tussen de 20 en 25 en met een BMI tot 18.5 (OR= .39, 95% CI [.29, .52]), gevolgd door het verschil tussen een BMI van 20-25 en een BMI boven de 30 (OR= .40, 95% CI [.36, .44]). Betreffende de variabele risico op depressie/angststoornis wordt zichtbaar dat hoe hoger het risico, hoe vaker de gezondheid als minder goed wordt ervaren, waarbij het grootste verschil is te zien tussen geen/een laag risico en een hoog risico (OR= .02, 95% CI [.02, .03]). Voor eenzaamheid geldt dat hoe eenzamer men is hoe vaker de gezondheid als slecht wordt ervaren, waarbij het grootste verschil zichtbaar is tussen niet eenzaam zijn en zeer ernstig eenzaam zijn (OR= .11, 95% CI [.09, .14]). Tot slot wordt eenzelfde effect waargenomen bij opleidingsniveau. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe vaker de gezondheid als goed wordt ervaren. Het grootste verschil is zichtbaar tussen de categorie geen onderwijs of basisonderwijs en de categorie hbo en wo (OR= 5.43, 95% CI [4.82, 6.11]). Meer inzicht in de relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid en de rol van de mediërende variabelen, zal worden verkregen door mediatieanalyses in PROCESS.

Tabel 1. *Statistieken van de univariate analyses op ervaren gezondheid*

	Goede EG	Minder goede EG	Totaal	OR	95% CI	
	n(%)	n(%)	n(%)		Lower	Upper
Geslacht						
Vrouw (ref)	3786 (51.1)	3620 (48.9)	7406 (53.9)	-	-	-
Man	3669 (57.9)	2673 (42.1)	6342 (46.1)	1.31***	1.23	1.40
Leeftijd						
65-74 (ref)	4934 (59.4)	3366 (40.6)	8300 (60.4)	-	-	-
75-84	2030 (49.6)	2063 (50.4)	4093 (29.8)	.67***	.62	.72
85-94	465 (36.4)	814 (63.6)	1279 (9.3)	.39***	.35	.44
95+	26 (34.2)	50 (65.8)	76 (0.6)	.36**	.22	.57
Burgerlijke staat						
Gehuwd/samenwonend (ref)	4325 (60.4)	2841 (39.6)	7166 (52.8)	-	-	-
Ongehuwd/nooit gehuwd	721 (52.6)	650 (47.4)	1371 (10.1)	.73***	.65	.82
Gescheiden	961 (47.5)	1063 (52.5)	2024 (14.9)	.59***	.54	.66
Weduwe/weduwnaar	1371 (45.5)	1642 (54.5)	3013 (22.2)	.55***	.50	.60
NW Migratieachtergrond						
Nee (ref)	6800 (58.2)	4878 (41.8)	11678 (84.9)	-	-	-
Ja	665 (31.6)	1415 (68.2)	2070 (15.1)	.33***	.30	.37

BMI						
tot 18.5	79 (38.2)	128 (61.8)	207 (1.6)	.39***	.29	.52
18.5-20	183 (54.1)	155 (45.9)	338 (2.6)	.74**	.59	.93
20-25 (ref)	2935 (61.4)	1842 (38.6)	4777 (36.9)	-	-	-
25-30	2945 (57.6)	2168 (42.4)	5113 (39.5)	.85***	.79	.92
30+	986 (39.0)	1539 (61.0)	2525 (19.5)	.40***	.36	.44
Risico op depressie/angst						
Geen of laag risico (ref)	5579 (76.5)	1714 (23.5)	7293 (54.6)	-	-	-
Matig risico	1643 (32.8)	3361 (67.2)	5004 (37.5)	.15***	.14	.16
Hoog risico	62 (5.9)	992 (94.1)	1054 (7.9)	.02***	.02	.03
Eenzaamheid						
Niet eenzaam (ref)	4151 (67.8)	1973 (32.2)	6124 (48.0)	-	-	-
Matig eenzaam	2541 (49.4)	2598 (50.6)	5139 (40.3)	.47***	.43	.50
Ernstig eenzaam	259 (26.5)	718 (73.5)	977 (7.7)	.17***	.15	.20
Zeer ernstig eenzaam	98 (18.6)	429 (81.4)	527 (4.1)	.11***	.09	.14
Opleiding						
Laag (geen/basis) (ref)	736 (32.0)	1564 (68.0)	2300 (17.7)	-	-	-
Midden1 (lbo, mavo)	2755 (52.2)	2525 (47.8)	5280 (40.6)	2.32***	2.09	2.57
Midden2 (mbo, havo, vwo)	1517 (62.1)	927 (37.9)	2444 (18.8)	3.48***	3.09	3.92
Hoog (hbo, wo)	2145 (71.9)	840 (28.1)	2985 (22.9)	5.43***	4.82	6.11

Noot. De significantieniveaus zijn: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. OR zijn de odds ratio van een variabele; 95% CI is het confidence interval van de odds ratio; n is het aantal respondenten.

5.2 Mediatie

Mediatieanalyses zijn gedaan met behulp van Hayes' (2017) PROCESS macro model 4 om de directe en indirecte uitkomsten van de relatie tussen het hebben van een migratieachtergrond en ervaren gezondheid te analyseren, gemedieerd door BMI, risico op depressie/angststoornis, eenzaamheid en opleidingsniveau. De controlevariabelen zijn geslacht, burgerlijke staat en leeftijd. Met een binaire logistische regressie analyse wordt aangetoond dat de relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid significant is (OR= .33, 95% CI [.30, .37]). De PROCESS-analyse geeft weer dat er een significante invloed is van het hebben van een migratieachtergrond op de mediërende variabelen BMI ($b = .18$, $t(11580) = 7.65$, $p < .001$), risico op depressie of angststoornis ($b = .32$, $t(11580) = 19.16$, $p < .001$), eenzaamheid ($b = .24$, $t(11580) = 11.69$, $p < .001$) en opleidingsniveau ($b = -.66$, $t(11580) = -24.71$, $p < .001$). Vervolgens komt, na controleren voor geslacht, burgerlijke staat en leeftijd, naar voren dat alle mediators een significant effect hebben op ervaren gezondheid, namelijk BMI ($b = -.26$, $Z(11585) = -9.48$, $p < .001$), risico op depressie of angststoornis ($b = -1.65$, $Z(11585) = -38.14$, $p < .001$), eenzaamheid ($b = -.32$, $Z(11585) = -9.99$, $p < .001$) en opleiding ($b = .28$, $Z(11585) = 11.79$, $p < .001$). Hierna wordt geconstateerd dat de relatie tussen het hebben van een migratieachtergrond en ervaren gezondheid, bij het controleren voor de mediërende variabelen en controlevariabelen, significant is ($b = -.78$, $Z(11580) = -11.44$, $p < .001$). Tot slot wordt met een Sobel-test aangetoond dat er een mediatie plaatsvindt bij alle mediërende variabelen, namelijk bij BMI ($Z = -5.93$, $p < .001$), risico op de depressie of angststoornis ($Z = -17.12$, $p < .001$), eenzaamheid ($Z = -7.58$, $p < .001$) en opleiding ($Z = -10.64$, $p < .001$).

Zowel het directe effect van het hebben van een migratieachtergrond en een slechtere ervaren gezondheid als het indirecte effect van deze relatie via mediërende variabelen is significant. Daarom wordt er gesproken van een partiële mediatie voor het hebben van een migratieachtergrond en het ervaren van een slechtere gezondheid via BMI, depressie, eenzaamheid en opleiding, met controlevariabelen geslacht, burgerlijke staat en leeftijd.

6. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in verklaringen van gezondheidsongelijkheid tussen ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond en zonder migratieachtergrond. De onderzoeksvraag was: *In hoeverre verklaren gedrag, welzijn en sociaaleconomische status de mogelijke relatie tussen het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond en het ervaren van de gezondheid?*

Met betrekking tot de eerste hypothese, namelijk over de relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid, laat de analyse zien dat de relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid significant is. Dit betekent dat ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond over het algemeen een minder goede gezondheid ervaren dan ouderen zonder een migratieachtergrond. Deze uitkomst is een bevestiging van hypothese 1. Een verklaring voor deze uitkomst kan zijn dat ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond meer gezondheidsproblemen hebben dan ouderen zonder een migratieachtergrond (Uysal-Bozkir, 2016), waardoor ook de ervaren gezondheid bij ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond minder goed is. Ook cultuur, en daarmee gedrag, kan een verklaring zijn voor dit verschil (Reus-Pons, et al., 2018), omdat mensen van verschillende culturen de gezondheid op andere manieren kunnen ervaren. Daarnaast kan een verklaring voor het verschil in ervaren gezondheid worden gevonden in het welzijn van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond. Zij hebben bijvoorbeeld meer kans op mentale problemen (Wit et al., 2008) en worden blootgesteld aan discriminatie (Johnston & Jordan, 2012), wat een negatieve invloed kan hebben op de ervaren gezondheid. Tot slot kan de over het algemeen lagere SES van mensen met een niet-westerse migratieachtergrond een verklaring zijn voor het verschil in ervaren gezondheid, omdat een lagere SES leidt tot een slechtere ervaren gezondheid (Pickett & Wilkinson, 2015). Men heeft daardoor wellicht minder financiële middelen om een goede gezondheid te bewerkstelligen.

Met betrekking tot de tweede hypothese is met de analyses aangetoond dat er een significant en ongunstige invloed bestaat van het hebben van een migratieachtergrond op gedrag, welzijn en sociaaleconomische status. Dit houdt in dat ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond een significant hoger BMI hebben dan ouderen zonder migratieachtergrond. Ook hebben ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond significant meer risico op een depressie of angststoornis en zijn zij vaker eenzaam. Tot slot hebben ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond een significant lager opleidingsniveau vergeleken met hun leeftijdsgenoten zonder een migratieachtergrond. Deze

bevindingen zijn een bevestiging van hypothesen 2a, 2b, 2c en 2d. Culturele eetgewoonten kunnen een verklaring zijn voor de hogere BMI van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond. Een verklaring voor het hogere risico op depressie kan de (stressvolle) migratiegeschiedenis zijn (Stronks et al., 2013), waardoor de kans op depressie toeneemt. Dat de algemene eenzaamheid van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond hoger is dan van ouderen zonder een migratieachtergrond zou verklaard kunnen worden door het gemis van naasten. Het is voor te stellen dat er familie is achtergebleven in het land van herkomst, waardoor ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond in Nederland zich op latere leeftijd eenzamer voelen en de naasten in het herkomstland missen. Daarnaast kunnen cultuurverschillen ervoor zorgen dat mensen met een niet-westerse migratieachtergrond minder goed aarden in het land waar zij verblijven. Het lage opleidingsniveau zou kunnen worden verklaard door migratieselectie, waarbij de ouderen als lager opgeleide arbeidsmigranten naar Nederland kwamen om te werken (Suurmond, et al., 2016).

Betreffende hypothese 3 is naar voren gekomen dat ondanks het meenemen van gedrag, welzijn en sociaaleconomische status, de relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid significant blijft. Dit duidt op een partiële mediatie van BMI, risico op angststoornis en depressie, eenzaamheid en opleiding op de relatie van het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond en ervaren gezondheid. Dat de relatie tussen het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond en ervaren gezondheid niet volledig wordt verklaard door verklaringen van gedrag, welzijn en sociaaleconomische status kan verschillende redenen hebben. Zo is het mogelijk dat er andere factoren zijn van gedrag, welzijn en sociaaleconomische status die meer invloed hebben op de relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid. Voorbeelden van variabelen zijn roken, bewegen, discriminatie en migratiegeschiedenis. Ook is voor te stellen dat de relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid dusdanig complex is, door de vele factoren die samenhangen met gezondheidsongelijkheid (Ciobanu, et al., 2017), dat het aantonen van volledige mediatie niet eenvoudig is.

6.1 Beperkingen onderzoek

Dit onderzoek bevat verschillende beperkingen. Een beperking van het onderzoek is het gebruik van de variabele ‘ervaren gezondheid’. Uit onderzoek van Agyemang, Denktaş, Bruijnzeels en Foets (2006) in Nederland is naar voren gekomen dat het gebruik van deze variabele om Nederlanders zonder migratieachtergrond te vergelijken met groepen van Marokkaanse en Turkse afkomst wellicht niet valide is, vanwege een andere beleving van

gezondheid, beïnvloed door sociaal-culturele normen en waarden. Het is daarbij bijvoorbeeld mogelijk dat mensen met een niet-westerse achtergrond geneigd zijn hun ervaren gezondheid bij voorbaat lager te beoordelen dan mensen zonder migratieachtergrond. Dit kan een vertekend beeld geven.

De tweede beperking betreft de vertegenwoordiging van de steekproef voor de gehele populatie ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond in de G4. In de database zijn relatief veel mensen met een Surinaamse migratieachtergrond opgenomen (48.1 procent van de ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond) ten opzichte van bijvoorbeeld mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Dit zorgt voor een minder representatief beeld van de doelgroep ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond. Een beperking, hierop aansluitend, is het ontbreken van ouderen die geen Nederlands spreken. 99 procent van de vragenlijst is in het Nederlands ingevuld en 1 procent in het Turks of Engels. Dit lage percentage anderstalige vragenlijsten en het ontbreken van de mogelijkheid de vragenlijst in meerdere talen in te vullen kan inhouden dat niet iedereen evenveel kans heeft gehad in de dataset terecht te komen. Deze beperking kan tevens een oorzaak zijn van de vele ouderen met een Surinaamse achtergrond, omdat zij de Nederlandse taal wel machtig zijn. Een ander bias van het onderzoek is de mogelijkheid dat vooral gezonde mensen hebben meegedaan aan het onderzoek, wat ook een minder representatief beeld schetst van de populatie van de G4. Tot slot is het een beperking dat het bij de mediatieanalyse in PROCESS niet mogelijk is geweest om de effectgrootte van de mediërende variabelen aan te tonen vanwege de dichotome uitkomstvariabele. Hierdoor konden de mediërende variabelen onderling niet worden vergeleken.

6.2 Praktische aanbevelingen en toekomstig onderzoek

De resultaten laten zien dat het hebben van een migratieachtergrond ongunstige uitkomsten geeft voor BMI, het risico op depressie of angststoornis, eenzaamheid en opleidingsniveau. In beleid preventief inzetten op deze gebieden voor de doelgroep ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond kan helpen om het gezondheidsverschil tussen mensen met en zonder een migratieachtergrond te verkleinen. Voor het aanpakken van gedrag kunnen bijvoorbeeld bewegings- en kookprogramma's onder de aandacht worden gebracht en voor eenzaamheid kunnen maatjesprojecten worden opgezet. Hierbij kan het zinvol zijn samen te werken met bijvoorbeeld moskeeën.

Om gezondheidsongelijkheid te verklaren is het van belang verder te kijken dan verklaringen op microniveau, zoals in dit onderzoek is gedaan. Gezondheidsongelijkheid op

basis van migratieachtergrond is complex en bij verklaringen hiervoor is het onderzoeken van interactie van verklaringen op micro-, meso- en macroniveau aan te bevelen. Een voorbeeld hiervan is te kijken naar de invloed van systemen in een land, zoals naar de toegang tot zorg.

Voor een beter inzicht in de aanname dat het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond een ongunstige invloed heeft op BMI, risico op depressie en angststoornis, eenzaamheid en opleidingsniveau, is het zinvol in vervolgonderzoek kwalitatieve interviews te doen. Zo kunnen ervaringen en gevoelens van ouderen beter worden begrepen en kan meer inzicht worden verkregen in redenen van het verschil in gezondheid. Een voorbeeld hiervan is kwalitatief onderzoek naar achterliggende redenen van het minder bewegen van de doelgroep. Daarnaast is het voor verdere concretisering waardevol om onderscheid te maken tussen de verschillende achtergronden van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond, vanwege de verschillende achtergronden van migratie. Ook is het interessant onderzoek te doen naar de groep die buiten dit onderzoek valt, namelijk de ouderen met een westerse migratieachtergrond. Zij bleken wat betreft ervaren gezondheid in controlerende analyses significant te verschillen van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond en ouderen zonder migratieachtergrond. Tot slot wordt voor vervolgonderzoek aangeraden om ook ouderen met een migratieachtergrond in buitengebieden mee te nemen, omdat dit wellicht tot andere uitkomsten leidt.

6.3 Conclusie

Gebaseerd op de bevindingen kan worden geconcludeerd dat het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond de ervaren gezondheid ongunstig beïnvloedt. Deze relatie wordt deels gemedieerd door gedrag, welzijn en sociaaleconomische status, gekenmerkt door BMI, risico op depressie/angststoornis, eenzaamheid en opleidingsniveau. Er is sprake van partiële mediatie, dus de relatie tussen migratieachtergrond en ervaren gezondheid kan niet volledig worden verklaard door BMI, risico op depressie/angststoornis, eenzaamheid en opleidingsniveau. Verder onderzoek op het gebied van verklaringen van gezondheidsongelijkheid tussen ouderen met en zonder een migratieachtergrond is nodig om beter te kunnen begrijpen waar deze ongelijkheid vandaan komt. Daarnaast is het voor vervolgonderzoek van belang de interactie op micro-, meso- en macroniveau te onderzoeken voor een beter inzicht in verklaringen van ongelijkheid. Tot slot kan worden geconcludeerd dat interventies op het gebied van BMI, depressie en eenzaamheid van belang zijn om de positie van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond te verbeteren.

Literatuur

- Agyemang, C., Denктаş, S., Bruijnzeels, M., & Foets, M. (2006). Validity of single-item question on self-rated health status in first generation Turkish and Moroccans versus native Dutch in the Netherlands. *Public Health, 120*(6), 543-550. DOI: 10.1016/j.puhe.2006.03.002
- Aichberger, M.C., Schouler-Ocak, M., Mundt, A., Busch, M. A., Nickels, E., Heimann, H. M., Ströhle, A., Reischies, F. M., Heinz, A., & Rapp, M. A. (2009). Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry, 25*(8), 468-475. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.11.009
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2010). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health, 7*(3), 212-216. DOI: 10.1080/1360786031000101193
- Andriessen, I., Fernee, H., & Wittebrood, K. (2014). *Ervaren discriminatie in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Andriessen, I., Nievers, E., Dagevos, J., & Faulk, L. (2012). Ethnic discrimination in the Dutch labor market: its relationship with job characteristics and multiple group membership. *Work and Occupations, 39*(3), 237-269. DOI: 10.1177/0730888412444783
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action, 8*(1), 27106. DOI: 10.3402/gha.v8.27106
- Berghöfer, A. Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, C. M., Sharma, A. M., & Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from European perspective: a systematic review. *BMC Public Health, 8*(200). DOI: 10.1186/1471-2458-8-200
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2008, 17 december). *Allochtonen per 1 januari naar geslacht en herkomstgroepering, 2009–2050* [Dataset]. Geraadpleegd van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71876NED&D1=a&D2=a&D3=l&D4=0&D5=0-1,11,21,31,l&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014, 18 december). *Prognose bevolking; geslacht, leeftijd, herkomst en generatie, 2015-2060* [Dataset]. Geraadpleegd van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82685ned&D1=2-15&D2=0&D3=l&D4=0&D5=0,5,10,15,20,25,30,35,40,l&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T>

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, 23 maart). *Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming* [Dataset]. Geraadpleegd van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70737NED&D1=7&D2=1&D3=50,60,65-68,70,80,90,100,1&HDR=T,G1&STB=G2&VW=T>
- Ciobanu, R. O., Fokkema, T., & Nedelcu, M. (2017). Ageing as a migrant: vulnerabilities, agency and policy implications. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *43*(2), 164-181. DOI: 10.1080/1369183X.2016.1238903
- Cornelisse-Vermaat, J. R., & Maassen van den Brink, H. (2007). Ethnic differences in lifestyle and overweight in the Netherlands. *Obesity Research*, *15*(2), 483-493. DOI: 10.1038/oby.2007.561
- Entzinger, H. (2014). The growing gap between facts and discourse on immigrant integration in the Netherlands. *Identities*, *21*(6), 693-707. DOI: 10.1080/1070289X.2013.828616
- European Community Health Indicators Monitoring. (2008). Self-perceived health – definitie van indicator.
- Eurostat. (2018, juni). *Population Structure and Ageing* [Dataset]. Geraadpleegd van http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Fakiri, F. El. & Bouwman-Notenboom, J. (2015). *Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden*. Uitgave GGD Amsterdam i.s.m. GGD Haaglanden, GGD Rotterdam-Rijnmond en Gemeente Utrecht/ Volksgezondheid
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4^e ed.). Londen, Verenigd Koninkrijk: Sage Publications Ltd.
- Fokkema, T., & Naderi, R. (2013). Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *European Journal of Ageing*, *10*(4), 289-300. DOI: 10.1007/s10433-013-0267-7
- Furakawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., & Andrews, G. (2001). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, *25*(6), 494-497.
- Gubernskaya, Z. (2015). Age at migration and self-rated health trajectories after age 50: understanding the older immigrant health paradox. *The Journals of Gerontology: Series B*, *70*(2), 279-290. DOI: 10.1093/geronb/gbu049
- Hamer, M., Lavoie, K. L., & Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *British Journal of Sport Medicine*, *48*, 239-243.

- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health, 103*(5), 813-821. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301069
- Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: a versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. Opgevraagd van www.afhayes.com/public/process2012.pdf
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health en Social Behaviour, 38*(1), 21-37.
- International Organization for Migration (2013). *International migration, health and human rights*. Genève: International Organization for Migration.
- Johnston, D. W., & Jordan, G. (2012). Discrimination makes me sick! An examination of the discrimination-health relationship. *Journal of Health Economics, 31*(1), 99-111. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2011.12.002
- Jong-Gierveld, J. de., & Tilburg, T. (1985). The development of a rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurements, 9*(3), 289-299.
- Langoien, L. J., Terragni, L., Rugseth, G., ... Roos, G. (2017). Systematic mapping review of the factor influencing activity and sedentary behaviour in ethnic minority groups in Europe: a DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical activity, 14*(99). DOI: 10.1186/s12966-017-0554-3
- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health, 20*(1), 49-65. DOI: 10.1080/13557858.2014.883369
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet, 380*, 1011-1029. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology, 50*(5), 517-528. DOI: 10.1016/S0895-4356(97)00045-0
- Moor, I., Spallek, J., & Richter, M. (2016). Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Epidemiology & Community Health, 71*, 565-575. DOI: 10.1136/jech-2016-207589

- Muntaner, C., Borell, C., Ng, E., ... O'Campo, P. (2011). Review article: Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of Health & Illness*, 33(6), 946-964. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2011.01339.x
- Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal Public Health*, 55(5), 357-371. DOI: 10.1007/s00038-010-0145-4
- Norredam, M., & Krasnik, A. (2011). Migrants' access to health services. In: Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R., & McKee, M. (eds). *Migration and health in the European Union*. Berkshire: Open University Press, 67-80.
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316-326. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.12.031
- Raza, Q., Nicolaou, M., Dijkshoorn, H., & Seidell, J. C. (2015). Comparison of general health status, myocardial infarction, obesity, diabetes, and fruit and vegetable intake between immigrant Pakistani population in the Netherlands and the local Amsterdam population. *Ethnicity & Health*, 22(6), 551-564. DOI: 10.1080/13557858.2016.1244741
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly divers Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1235-1245.
- Reus-Pons, M., Mulder, C. H., Kibele, E. U. B., & Janssen, F. (2018). Differences in the health transition patterns of migrants and non-migrants aged 50 and older in southern and western Europe (2004-2015). *BMC Medicine*, 16(57). DOI: 10.1186/s12916-018-1044-4
- Robine, J. M., Jagger, C., & The Euro-Reves Group. (2003). Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. *European Journal of Public Health*, 13(suppl_3), 6-14. DOI: 10.1093/eurpub/13.suppl_3.6
- Sand, G., & Gruber, S. (2018). Differences in subjective well-being between older migrants and natives in Europe. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 83-90.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Genève: WHO. Social determinants of health discussion paper 2.
- Stronks, K., Snijder, M. B., Peters, R. J. G., Prins, M., Schene, A. H., & Zwinderman, A. H. (2013). Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study. *BMC Public Health*, 13(402), 1-10. DOI: 10.1186/1471-2458-13-402

- Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., Mesbahi, H. el., Lamkaddem, M., & Essink-Bot, M-L. (2016). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly – a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 23-35. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.014
- Uysal-Bozkir, Ö. (2016). *Health status of older migrants in the Netherlands*. [phd thesis]. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Valeri, L., & VanderWeele, T. J. (2013). Mediation analysis allowing for exposure – Mediator interactions and causal interpretation: theoretical assumptions and implementation with SAS and SPSS Macros. *Psychological Methods*, 18(2), 137-150. DOI: 10.1037/a0031034
- Williams, W., Dressler, W. W., Oths, K. S., & Gravlee, C. C. (2005). Race and ethnicity in public health research: models to explain health disparity. *Annual Review of Anthropology*, 34, 231-252. DOI: 10.1146/annurev.anthro.34.081804.120505
- Williams, W., Priest, N., & Anderson, N. B. (2016). Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: patterns and prospects. *Health psychology*, 35(4), 407-411. DOI: 10.1037/hea0000242
- Windle, G. (2012). The contribution of resilience tot healthy ageing. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 159-160. DOI: 10.1177/1757913912449572
- Wit, M. A. S. de., Tuinebreijer, W. C., Dekker, J., Beekman, A-J. T. F., Gorissen, W. H. M., Schrier, A. C., ... Verhoeff, A. P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11), 905-912. DOI: 10.1007/s00127-008-0382-5

Bijlage 1 – Overzicht statistieken steekproef

Variabele	Frequentie	%
Geslacht		
Vrouw (ref)	7484	53.9
Man	6393	46.1
Leeftijd		
65-74 (ref)	8366	60.3
75-84	4146	29.9
85-94	1287	9.3
95+	78	0.6
Burgerlijke staat		
Gehuwd/samenwonend (ref)	7205	52.8
Ongehuwd/nooit gehuwd	1376	10.1
Gescheiden	2040	14.9
Weduwe/weduwnaar	3030	22.2
Ervaren gezondheid		
Nee (gaat wel, slecht, zeer slecht)	6293	45.8
Ja (goed, zeer goed)	7455	54.2
Migratieachtergrond		
Nee (ref)	11777	84.9
Ja	2100	15.1
BMI		
< 18,5	208	1.6
18,5-20	340	2.6
20-25 (ref)	4813	36.9
25-30	5155	39.5
30+	2545	19.5
Risico op depressie/angst		
Geen of laag risico (ref)	7341	54.5
Matig risico	5050	37.5
Hoog risico	1070	7.9
Eenzaamheid		
Niet eenzaam (ref)	6168	47.9
Matig eenzaam	5182	40.3
Ernstig eenzaam	986	7.7
Zeer ernstig eenzaam	531	4.1
Opleiding		
Laag (geen, basis) (ref)	2319	17.7
Midden1 (lbo, mavo)	5338	40.7
Midden2 (mbo, havo, vwo)	2459	18.7
Hoog (hbo, wo)	3006	22.9