



Baklava & zoete praatjes; ouder worden in multicultureel Nederland

Door: Anne Floor van den Bosch

EEN ONDERZOEKSRAPPORT MET EEN POSITIEF VERHAAL OVER DE GEZONDSHEIDSSITUATIE,
HET ZORGGEBRUIK EN HET VERTROUWEN IN DE ARTS VAN OUDERE TURKSE NEDERLANDERS

COLOFON

Titel	Baklava & zoete praatjes; ouder worden in multicultureel Nederland
Ondertitel	Een onderzoeksrapport met een positief verhaal over de gezondheidssituatie, het zorggebruik en het vertrouwen in de arts van oudere Turkse Nederlanders
Vorm	Masterthesis
Afstudeerdatum	27 augustus 2010
Auteur	Anne Floor van den Bosch (0133221) a.f.vandenbosch@student.utwente.nl
Universiteit	Universiteit Twente Faculteit gedragswetenschappen Communicatiewetenschap
Opdrachtgevers	Gemeente Deventer, afdeling Integratie & Vluchtelingenwerk Overijssel in het kader van het project 'Diversiteit in ouderenbeleid'
Begeleiders Universiteit	Dr. C.H.C. Drossaert c.h.c.drossaert@utwente.nl Dr. C. Bode c.bode@utwente.nl
Begeleider Deventer	Drs. Z. Aydoğdu z.aydogdu@deventer.nl
Opmaak	Enis Yoldaş

SAMENVATTING

In multicultureel Nederland hebben we te maken met een snel vergrijzende bevolking. Hoewel ouder worden een natuurlijk proces is, bestaan er aanwijzingen dat cultuur en migratiegeschiedenis hierop van invloed kunnen zijn. Eerder onderzoek wees uit dat het vooral de Turks Nederlandse ouderen zijn, die de meeste problemen ondervinden bij het ouder worden. In dit onderzoek werd op basis van literatuur verwacht, dat de Turks Nederlandse ouderen over een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid zouden beschikken en het ouder worden niet erg positief zouden beleven. Daarnaast werden taal- en cultuurproblemen bij het zorggebruik verwacht en een verminderd vertrouwen in de arts.

Wat betreft het vertrouwen in de arts, werd verwacht dat de persoonlijke kenmerken opleiding, Nederlandse taalbeheersing en moeite om rond te komen van het inkomen, de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek en tevredenheid na afloop van het artsbezoek, samenhang zouden vertonen met het vertrouwen in de arts. Om dit na te gaan, kwamen 17 Turks Nederlandse ouderen aan het woord in interviews en vulden 50 Turks Nederlandse ouderen een vragenlijst in. Door de resultaten van de vragenlijsten statistisch te analyseren kon de mogelijke samenhang tussen de persoonlijke kenmerken, ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek, tevredenheid na afloop van het artsbezoek en het vertrouwen in de arts achterhaald worden. De interviews verschaften vooral veel achtergrondinformatie in de aan bod gekomen onderwerpen. In de vragenlijst werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gevalideerde schalen, de interviews hadden een open karakter. Er werd een leeftijdsgrens van 55 jaar gehanteerd, omdat divers onderzoek aantoont, dat Turks Nederlandse ouderen zich al vroeg 'oud' voelen.

De resultaten waren niet zonder verrassingen en laten een overwegend positief beeld zien. De kwantitatieve resultaten tonen aan dat hoewel de ouderen zich geestelijk en lichamelijk minder goed aangaven te voelen, en ouder worden in termen van fysiek verlies ervoeren, zij wel over een hoge ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek beschikten. Tevens waren de ouderen na afloop van het artsbezoek tevreden en gaven aan vertrouwen in hun arts te hebben. Ook ervoeren zij de algemene beleving van het ouder worden zeer positief. De kwalitatieve studie laat zien dat de ouderen hun eigen gezondheid graag bevorderen, door bijvoorbeeld meer te bewegen. Wel kwam ook in de interviews de slechte lichamelijke gezondheid naar voren. Over geestelijke problemen werd niet veel, of moeizaam gesproken. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in de neiging tot het somatiseren van klachten door het onbekend zijn met de uitwerking van psychische klachten op het lichaam en het taboe dat rust op het bespreken van psychische problemen. De ouderen waren tevreden over de zorg die ze in Nederland krijgen, maar gaven wel aan dat zij de zorg vroeger beter vonden. Alle geïnterviewde ouderen gaven aan liever in Nederland, dan in Turkije een arts te bezoeken omdat ze artsen in Nederland meer vertrouwden en de Nederlandse artsen als eerlijk beschouwden. Corruptie en een minder goede verzorging waren redenen waarom men liever niet in Turkije behandeld werd.

Vanuit de kwantitatieve data wezen regressieanalyses uit dat ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek sterke samenhang vertoonde met het vertrouwen in de arts. Correlatieanalyses lieten zien dat deze ervaren zelfeffectiviteit werd verhoogd wanneer ouderen meer tevreden waren na afloop van het artsbezoek. De tevredenheid na afloop van het artsbezoek werd op zijn beurt weer verhoogd door een hogere ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek. Wanneer ouderen meer moeite hadden om rond te komen van hun inkomen daalden zowel de mate van tevredenheid als de mate van ervaren zelfeffectiviteit.

Voor de praktijk is het van harte aan te bevelen zowel de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek als de tevredenheid na afloop van het artsbezoek te blijven stimuleren bij de Turks Nederlandse ouderen en tevens voldoende aandacht te schenken aan de moeilijkheden over rondkomen van het inkomen. Daarnaast zal voor zowel de artsen, als de ouderen en hun tolken (vaak familie) aandacht geschonken moeten worden aan het mogelijk somatiseren van klachten en het hierbij onbelicht blijven van psychische problemen. Het verdient aanbeveling bij het inzetten van doelgerichte interventies mannen en vrouwen traditiegetrouw apart te benaderen.

SUMMARY

In the multicultural Netherlands, we are dealing with a rapidly aging population. Although aging is a natural process, there is reason to believe that culture and migration history may affect this. Several former studies have shown that especially Dutch elderly from Turkish origin are the ones that experience the most problems with aging. In this study, based on literature, Dutch elderly from Turkish origin were expected to have a poor physical and mental health and a not very positive experience of aging. In addition, language and cultural problems in the use of health care and diminished trust in the physician were expected.

Regarding the trust in the physician, it was expected that the personal characteristics education, Dutch language proficiency and difficulties in making ends meet, the perceived self-efficacy during the physician visit and satisfaction after the physician visit, would show dependency with the confidence in the physician. To ascertain this, 17 Dutch elderly from Turkish origin were interviewed and 50 Dutch elderly from Turkish origin filled out a questionnaire. By statistically analyzing the results of the questionnaires, a possible dependency between the personal characteristics, perceived self-efficacy during the physician visit, satisfaction after the physician visit and the trust in the physician was found. The interviews provided primarily a lot of background information in the topics discussed. In the questionnaire, validated scales were used whenever possible, while the interviews had an open character. Participants had to be at least 55 years of age. This age was chosen because several studies have shown that Dutch elderly from Turkish origin feel older in an earlier stage compared to their Dutch counterparts.

The results were not without surprises and have a predominantly positive image. The quantitative results show that although the elderly in this sample were mainly less positive concerning their mental and physical health, and experienced aging in terms of physical loss, they do have a high perceived self-efficacy during the physician visit. Also, the elderly were satisfied after their visit to the physician and do have trust in their physician. The participants also indicated to be especially positive about the experience of aging. The qualitative study shows that the elderly also like to foster their own health, for example by increasing their exercise. However, the assumptions about the presence of poor physical health were also confirmed in the interviews. The elderly did not, or reluctantly spoke about their mental health problems. An explanation for this can be found in the tendency to somatise complaints due to being unfamiliar with the effect of mental illness on the body and the taboo that rests on talking about psychological problems. The elderly were generally satisfied with the health care system in The Netherlands but also indicated that the health care system was better in former times. All the interviewed elderly indicated that they would rather visit a physician in The Netherlands than in Turkey because they trusted the physicians in The Netherlands and considered them to be honest. Corruption and less good care were reasons why one was rather not treated in Turkey.

From the quantitative data, the regression analyses resulted that perceived self-efficacy during the physician visit showed strong dependency with trust in the physician. Correlation analyses showed that perceived self-efficacy was increased when the elderly were more satisfied after the physician visit. Satisfaction after the physician visit was in turn increased by a greater perceived self-efficacy during the physician visit. When the elderly struggled to make ends meet both the degree of satisfaction and the degree of perceived self-efficacy decreased.

In practice, it is highly recommended to continue to stimulate both the experienced self-efficacy during the physician visit and satisfaction after the visit of the Dutch elderly from Turkish origin, and to give sufficient attention to the difficulties of living on the lower income. In addition, both the physicians and the elderly and their interpreters (mostly family) should be giving attention to the possibility of complaints being somatised because psychological problems could remain unexposed. It is recommended that when targeted interventions are performed, men and women are approached separately, as tradition demands.

VOORWOORD

Over de Turks Nederlandse ouderen wordt in dit rapport een verhaal met een positieve klank verteld. Tatlı yiğelim, tatlı konuşalım, laten we 'zoetjes' eten en 'zoetjes' praten, is volgens de Turkse traditie een bekende uitspraak wanneer baklava (de zoete lekkernij van bladerdeeg) wordt gegeten. Daarom is: *'Baklava en zoete praatjes'; ouder worden in multicultureel Nederland*, de titel van dit onderzoeksrapport dat een definitieve afsluiting vormt van mijn studie Communicatiewetenschap.

Tijdens zowel mijn bachelor- als nu ook mijn Masterthesis, richtte mijn onderzoek zich specifiek op de Turkse cultuur. Naast een wetenschappelijke relatie, heb ik door de tijd ook een persoonlijke relatie met deze bijzondere cultuur mogen opbouwen. Het is voor mij een groot voorrecht dat ik mij, mede door mijn Turkse schoonfamilie, iedere keer opnieuw mag verwonderen over de schoonheid en mysteries van de Turkse cultuur en bijbehorende tradities. Naast een onderzoeksrapport is dit rapport voor mij dus ook een ervaringsrapport. Een ervaring die mooi en leerzaam, maar zeker niet altijd gemakkelijk was. Gelukkig zijn er veel mensen die een bijdrage leverden aan de totstandkoming van dit onderzoeksrapport.

Daarvoor wil ik allereerst mijn begeleidsters van de Universiteit Twente, Stans Drossaert en Christina Bode hartelijk bedanken. Voor jullie heldere inzichten, treffende advies en eeuwige geduld met mijn vele vragen en wijzingen in de opzet van het rapport. Voor de benadering van de Turks Nederlandse ouderen zijn er vanuit de gemeente Deventer, Vluchtelingenwerk Overijssel, Stichting Allochtone Ouderen Almelo en Alifa Welzijn Enschede, veel mensen die hun steentje hebben bijgedragen. Graag bedank ik Annette Claassen, Güliz Tomruk-Kisi, Ali Uğural, Güher Çinar, Filiz Yıldırım, Zehra Çini en alle anderen die me hielpen uit Deventer. Zafer Aydoğdu bedank ik hierbij graag apart, voor de tijd die je vrij maakte om mij te informeren over de Turks Nederlandse ouderen, en vooral voor het inzetten van je netwerk. Uit Almelo bedank ik graag Mehmet Aslan en Emine Özen voor de prachtig georganiseerde bijeenkomst. Uit Enschede bedank ik graag Songül Tosun voor het benaderen van de Turks Nederlandse ouderen tijdens informatiebijeenkomsten.

Enis Yoldaş wil ik in het bijzonder bedanken. Lieve Enis, bedankt voor alle steun die je me hebt gegeven tijdens deze onderzoeksperiode. Voor je steun op persoonlijk gebied, maar ook voor alle moeite die je hebt gedaan tijdens het onderzoek. Van het bellen van de Turks Nederlandse ouderen voor het maken van afspraken tot het optreden als tolk tijdens de interviews in Enschede. In dit kader bedank ik ook graag Perihan Yoldaş voor je vertalingen en Belgin Çetin voor het benaderen van Turks Nederlandse ouderen voor de interviews.

Maar zonder alle Turks Nederlandse ouderen die de moeite namen deel te nemen aan dit onderzoek, was dit onderzoeksrapport niet tot stand gekomen. Çok teşekkür ederim, heel erg bedankt, voor het invullen van vragenlijsten en de tijd en gastvriendelijkheid tijdens de interviews.

Tot slot, maar zeker niet in de laatste plaats, lieve papa, mama, Luuk en mijn vriendinnen, ook jullie ontzettend bedankt. Voor het altijd maar luisteren naar mijn verhalen, jullie goede raad en motiverende woorden.

Geniet van de zoete praatjes in dit rapport, veel leesplezier gewenst.

Enschede, augustus 2010,
Anne Floor van den Bosch

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	9
2. GEZONDHEIDSSITUATIE, ZORGGEBRUIK & VERTROUWEN IN DE ARTS	11
2.1 TURKS NEDERLANDSE OUDEREN IN NEDERLAND	11
2.2 GEZONDHEIDSSITUATIE VAN DE TURKS NEDERLANDSE OUDEREN	14
2.3 ZORGGEBRUIK DOOR TURKS NEDERLANDSE OUDEREN	16
2.4 VERTROUWEN IN DE ARTS	18
2.5 MOGELIJKE VOORSPELLERS VAN VERTROUWEN IN DE ARTS	20
2.6 ONDERZOEKSVRAGEN.....	22
3. METHODEN	23
3.1 MIXED METHODS; EEN COMBINATIE VAN KWALITATIEF EN KWANTITATIEF ONDERZOEK.....	23
3.2 HET KWALITATIEVE ONDERZOEK: INTERVIEWS	24
3.3 HET KWANTITATIEVE ONDERZOEK: DE VRAGENLIJSTEN	25
4. RESULTATEN UIT DE VRAGENLIJSTEN	29
4.1 PERSOONLIJKE KENMERKEN RESPONDENTEN.....	29
4.2 GEZONDHEIDSSITUATIE EN BELEVING VAN HET OUDER WORDEN	32
4.3 ZORGGEBRUIK IN NEDERLAND EN TURKIJE.....	33
4.4 VERTROUWEN IN DE ARTS	35
4.5 ERVAREN ZELFEFFECTIVITEIT EN TEVREDENHEID	36
4.6 SAMENHANG TUSSEN PERSOONLIJKE KENMERKEN, ERVAREN ZELFEFFECTIVITEIT, TEVREDENHEID EN VERTROUWEN IN DE ARTS	38
4.7 'VOORSPELLERS' VAN VERTROUWEN IN DE ARTS	39
5. RESULTATEN UIT DE INTERVIEWS.....	40
5.1 GEZONDHEIDSSITUATIE EN BEVORDEREN EIGEN GEZONDHEID	40
5.2 ZORGGEBRUIK IN NEDERLAND EN TURKIJE	42
5.3 ERVAREN ZELFEFFECTIVITEIT	46
5.4 TEVREDENHEID	47
5.5 VERTROUWEN IN DE ARTS	48
6. CONCLUSIE & DISCUSSIE	51
6.1 BEVINDINGEN UIT HET ONDERZOEK.....	52
6.2 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK	57
6.3 AANBEVELINGEN VOOR WETENSCHAP EN PRAKTIJK	60
6.4 MOGELIJKE RELATIES BELANGRIJKSTE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	64
REFERENTIES	66
BIJLAGEN	70
1 INTERVIEWSCHEMA.....	
2 INTERVIEWTHEMA'S.....	
3 VRAGENLIJST NEDERLANDSE VERSIE	
4 VRAGENLIJST TURKSE VERSIE.....	

1. INLEIDING

Op dit moment wordt er in Nederland over allerlei facetten van de snel toenemende vergrijzing en het ouderenbeleid gesproken. Hoewel ouder worden een natuurlijk proces is, zijn er wel verschillen te vinden tussen diverse oudere bevolkingsgroepen in Nederland. Deze verschillen komen bijvoorbeeld voort uit de specifieke cultuur of migratiegeschiedenis van de ouderen (Yerden, 2000; Schellingerhout, 2004). Zo wordt er in Nederland veel gesproken over de arbeidsmigranten die in de jaren '70 naar Nederland kwamen en steeds ouder worden. Meer inzicht is nodig in de gezondheidssituatie, knelpunten en wensen op het gebied van zorg van deze specifieke doelgroep. Hiermee is voor multicultureel Nederland een nieuw tijdperk aangebroken en hebben we te maken met een interessant, uniek zorgvraagstuk.

Onderzoek wijst uit dat in vergelijking met andere allochtone groepen juist de Turks Nederlandse ouderen de meeste problemen ondervinden bij het ouder worden (Schellingerhout, 2004; van der Wurff, Beekman, Dijkshoorn, Spijker, Smits, Stek et al. 2005; Bode, Drossaert & Dijkstra, 2007). Het is dan ook deze groep ouderen die centraal staat in dit onderzoek. Een nieuw onderzoeksterrein dat in dit rapport wordt verkend is het vertrouwen in de arts en factoren die daarop van invloed zijn. In de Nederlandse literatuur is nog niets bekend over dit onderwerp. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de gezondheidssituatie, beleving van het ouder worden en het zorggebruik van deze groep ouderen. Naar deze factoren is al wel enig onderzoek gedaan. Zo bestaan er aanwijzingen dat de Turks Nederlandse ouderen over het algemeen een slechtere gezondheid hebben, een minder positieve beleving van het ouder worden, en hierdoor een vergroot zorggebruik hebben (Schellingerhout, 2004). Deze factoren zouden deels verklaard kunnen worden door de migratiegeschiedenis van deze ouderen (Yerden, 2000; Schellingerhout, 2004).

Van de Turkse migranten is het grootste deel afkomstig uit Centraal- Anatolië. Daar ontstond in de jaren vijftig veel werkloosheid op het platteland met grote armoede tot gevolg. Daardoor werden veel inwoners gedwongen te vertrekken naar de grote steden. Hopend op een betere toekomst migreerden veel Turken naar Europa. Omdat in Nederland goedkope arbeidskrachten zeer gewenst waren, werd in 1964 de eerste wervingsoverkomst met Turkije getekend (von Meijenfeldt & Moerbeek, 2001). Door een gebrek aan perspectief in Turkije en gezinshereniging kreeg de migratie al snel een permanent karakter (Kloosterboer & Yilmaz, 2007). Doordat de migratie aanvankelijk tijdelijk zou zijn werd er zowel door de overheid als door de Turkse migranten weinig aandacht besteed aan integratie met bijbehorende negatieve gevolgen van dien.

Daarom zijn gemeentes op dit moment bezig met een inhaalslag op het gebied van integratie. De gemeente Deventer is bijvoorbeeld erg actief op het gebied van een multicultureel ouderenbeleid. Daarvoor is onder andere het project 'Diversiteit in ouderenbeleid' opgestart dat wordt uitgevoerd door Vluchtelingenwerk Overijssel. Dit onderzoek tracht in het kader van dat project op wetenschappelijke wijze bij te dragen aan nieuw inzicht over de Turks Nederlandse ouderen. Om de scope van het onderzoek te verbreden werd ook contact gelegd met ouderenorganisaties in Almelo en Enschede. In Almelo werd door de 'Stichting Allochtone Ouderen Almelo' een actieve bijdrage geleverd aan het onderzoek. Daarnaast zette welzijnsorganisatie 'Alifa' zich in om ook in Enschede de stem van de oudere Turkse Nederlanders te laten horen.

Inhoud van het onderzoeksrapport

In het onderzoeksrapport wordt eerst een overzicht gegeven van de omvang van de allochtone en autochtone ouderenbevolking in Nederland en de persoonlijke kenmerken van de Turks Nederlandse ouderen. Daarna wordt ingegaan op de gezondheidssituatie en beleving van het ouder worden van de Turks Nederlandse ouderen. Vervolgens komt het zorggebruik in Nederland en Turkije aan bod. Veel ruimte wordt gegeven aan het nog niet eerder onderzochte vertrouwen in de arts. Op basis van de literatuurstudie en ontdekte lacunes in de literatuur worden tot slot onderzoeksvragen geformuleerd. Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen is zowel een kwalitatief, als kwantitatief onderzoek uitgevoerd. De verantwoording daarvan wordt gegeven door de onderzoeksmethode te beschrijven. Daarna zal uitvoerig in worden gegaan op de resultaten. Aan het einde van het rapport worden geïntegreerd conclusie en discussie, aanbevelingen en tekortkomingen van het onderzoek besproken.

2. GEZONDHEIDSSITUATIE, ZORGGEBRUIK & VERTROUWEN IN DE ARTS

In dit hoofdstuk komen de gezondheidssituatie, het zorggebruik en het vertrouwen in de arts van de Turks Nederlandse ouderen aan bod. Hierbij wordt inzicht geleverd in bijdragen van en lacunes in het wetenschappelijke onderzoek tot nu toe. Hiervoor wordt allereerst duidelijkheid verstrekt over het aantal Turks Nederlandse ouderen in Nederland en de persoonlijke kenmerken van deze groep. De in de literatuur bestaande lacunes zullen in dit onderzoek deels vervuld worden. Daarvoor zijn onderzoeksvragen geformuleerd, die aan het einde van het hoofdstuk gepresenteerd worden.

2.1 Turks Nederlandse ouderen in Nederland

In de afgelopen jaren is het aantal allochtone ouderen flink toegenomen. Tabel 2.1 geeft de cijfers weer van het aantal allochtone 55-plussers dat op 1 januari 2009 in Nederland woonde. Op dat moment woonden in Nederland ruim vijf miljoen 55-plussers, waarvan ruim 600.000 van allochtone afkomst waren. De Surinaamse Nederlanders vormden de grootste groep allochtone ouderen, gevolgd door de Turkse Nederlanders, de Marokkaanse Nederlanders en de Antilliaanse Nederlanders (Centraal Bureau voor de Statistiek, (CBS), 2009). Deze groepen ouderen behoren tot de vier traditionele grote doelgroepen van het minderhedenbeleid. Ze vormen samen bijna 80% van de niet- westerse allochtone ouderen in Nederland (Schellingerhout, 2004).

Tabel 2.1 Overzicht van aantal allochtone 55-plussers naar afkomst op 1 januari 2009¹

	Eerste en tweede generatie		Totaal
	Mannen	Vrouwen	
Allochtoon	291.002	324.230	615.232
Niet-westers	204.905	239.591	444.496
Westers	86.097	84.639	170.736
Turkije	17.233	16.517	33.750
Marokko	18.582	12.396	30.978
Suriname	21.426	26.328	47.754
Nederlandse Antillen	6.062	7.674	13.736

¹Cijfers afkomstig van het CBS (2009).

Omdat het onderzoek plaats vond in Almelo, Deventer en Enschede worden de cijfers voor die steden verder uitgesplitst (tabel 2.1.1). In alle drie de steden wonen relatief veel Turks Nederlandse ouderen. Vooral in Almelo en Deventer zijn de Surinaams Nederlandse, Marokkaans Nederlandse en Antilliaans Nederlandse ouderen sterk ondervertegenwoordigd. Dit verklaart deels het actieve Turkse ouderenbeleid dat in deze steden wordt gevoerd.

Tabel 2.1.1 Overzicht van aantal allochtone 55-plussers naar afkomst in Almelo, Deventer en Enschede op 1 januari 2009¹

Enschede op 1 januari 2000

	Eerste en tweede generatie		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
Deventer			
Turkije	301	307	608
Marokko	22	5	27
Suriname	43	50	93
Nederlandse Antillen	17	23	40
Almelo			
Turkije	378	368	746
Marokko	31	25	56
Suriname	18	26	44
Nederlandse Antillen	10	15	25
Enschede			
Turkije	462	494	956
Marokko	167	98	256
Suriname	117	147	264
Nederlandse Antillen	38	26	64

¹Cijfers afkomstig van het CBS (2009).

Bij de tabellen moet wel worden vermeld, dat het aantal Turks Nederlandse en Marokkaans Nederlandse mannen dat ouder is dan 55 jaar mogelijk hoger is. Om in aanmerking te komen voor arbeidsmigratie mocht men destijds niet ouder zijn dan 35 jaar (Kloosterboer & Yilmaz, 1997). Mannen die ouder waren en toch in Nederland wilden werken konden 'officieel' hun leeftijd laten verlagen, waardoor een verschil van enkele jaren is ontstaan tussen hun biologische leeftijd en hun officiële leeftijd (Yerden, 2000). Hierdoor zijn deze mannen bijvoorbeeld op een latere (biologische) leeftijd pensioengerechtigd of vertonen ze mogelijk 'eerder' ouderdomgerelateerde klachten. Aanwijzingen over hoe vaak dit verlagen van de leeftijd heeft plaatsgevonden, zijn in de literatuur niet te vinden (Kloosterboer & Yilmaz, 1997).

Persoonlijke kenmerken Turks Nederlandse ouderen

Zoals vermeld zijn de meeste Turks Nederlandse ouderen afkomstig uit plattelandsgebieden. Hierdoor is deze groep vaak helemaal niet of laag opgeleid. Schellingerhout (2004) vond in zijn onderzoek dat Turks Nederlandse ouderen hierdoor helemaal niet, of laag opgeleid waren. Zo had de helft van de Turks Nederlandse oudere mannen geen opleiding gevolgd, bij de vrouwen was dit aantal zelfs 80%. De Nederlandse taalvaardigheid van deze groep is laag tot zeer laag. Van de vier grote allochtone groepen ouderen in Nederland heeft de Turks Nederlandse groep ouderen de slechtste Nederlandse taalvaardigheid (Schellingerhout, 2004). Vrouwen hebben een nog minder goede beheersing van het Nederlands dan mannen. Naast het niet kunnen spreken van de taal, kunnen veel Turks Nederlandse ouderen ook niet lezen, omdat ze analfabeet zijn (Schellingerhout, 2004). Dit brengt een vergrote afhankelijkheid van anderen met zich mee.

Daarnaast hebben deze ouderen vaak een relatief slechte sociaal economische positie doordat zij minder pensioen op hebben gebouwd. Hierbij missen ze vaak een deel van hun wettelijke AOW, 57% van de Turks Nederlandse ouderen ontvangt geen volledige AOW (Schellingerhout, 2004). Ook zijn veel Turks Nederlandse ouderen snel in de WAO terecht gekomen, waardoor ze dus niet hebben kunnen sparen. Het aantal Turks Nederlandse ouderen met een laag inkomen is dan ook hoog, maar liefst 66% van deze groep geeft aan een laag inkomen te hebben (Schellingerhout, 2004).

Of deze moeilijkheden leidden tot een vergrote terugkeerwens naar Turkije werd door Moerbeek en von Meijenfeldt (2001) onderzocht. In hun onderzoek 'Teruggaan en blijven' brachten zij denkbeelden van oudere migranten in kaart. Turks Nederlandse ouderen gaven aan pendelen tussen Turkije en Nederland de beste oplossing te vinden. Ook onderzoek van Schellingerhout (2004) laat zien dat Turks Nederlandse ouderen en dan vooral de vrouwen graag in Nederland blijven wonen. In Nederland wonende kinderen (en kleinkinderen) worden hierbij vaak als reden genoemd (Schellingerhout, 2004).

Ook in dit onderzoek wordt aandacht besteed aan de persoonlijke kenmerken van de Turks Nederlandse ouderen, zoals de Nederlandse taalvaardigheid, sociaal economische positie, opleidingsniveau en terugkeerwens. Naast deze persoonlijke kenmerken, kunnen ook een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid, en minder positieve beleving van het ouder worden het leven voor deze ouderen bemoeilijken.

2.2 Gezondheidssituatie van de Turks Nederlandse ouderen

Naar de gezondheidssituatie van de Turks Nederlandse ouderen is al enig onderzoek gedaan. Daardoor is bekend dat deze groep ouderen vaak verkeert in een toestand van slechte lichamelijke gezondheid door zwaar en belastend werk in het verleden (Yerden, 2000). Vooral mannen geven aan te kampen met rugpijn (Yerden, 2000), maar ook vrouwen klagen over 'overall pijn in het lichaam' (Dijkstra, 2006). Vrouwen hebben het idee dat ze tekort schieten in zorgtaken die ze normaal op zich nemen (Yerden, 2003). Daarbij komen chronische klachten als diabetes, migraine en het continue last hebben van gewrichten relatief vaak voor bij deze groep ouderen (Dagevos, 2001; de Vries & Smits, 2003; Schellingerhout, 2004). Vooral oudere Turks Nederlandse vrouwen geven aan last te hebben van chronische klachten, maar liefst 89% van de Turks Nederlandse vrouwen tussen de 65 en 74 jaar rapporteerde in het onderzoek van Dagevos (2001) één of meer chronische klachten. Van de jongere generatie, tussen de 55 en 64 jaar, gaf ook maar liefst 85% aan last te hebben van chronische klachten. Dit is, zeker in vergelijking met autochtone ouderen, een zeer hoog percentage (Dagevos, 2001).

Naast een slechte lichamelijke gezondheid geven Turks Nederlandse ouderen aan ook last van een slechtere geestelijke gezondheid te hebben (Dagevos, 2001; Schellingerhout, 2004; Bode et al., 2007). Een slechte sociaal economische positie speelt hierbij vaak een belangrijke rol (de Vries & Smits, 2003). In vergelijking met andere allochtone groepen ouderen in Nederland hebben de Turks Nederlandse ouderen het laagste geestelijk welbevinden (Schellingerhout, 2004; van der Wurff et al. 2005). Daarbij worden door deze groep gevoelens van emotionele eenzaamheid ervaren (Dijkstra, 2006). Deze slechte lichamelijke en geestelijke gezondheid maakt het leven voor de Turks Nederlandse ouderen in Nederland niet makkelijker. Zij geven aan zich '*een uitgeperste citroen*' te voelen (de Vries & Smits, 2003).

De onderzoeken die tot nu toe gedaan zijn, zijn waardevol, maar te beperkt om uitspraken te kunnen doen over de gehele Turks Nederlandse groep ouderen in Nederland. De cijfers die uit de onderzoeken komen, kunnen dus niet zonder meer worden aangenomen. Daarom wordt ook in dit onderzoek aandacht besteed aan de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de Turks Nederlandse ouderen.

Ouderdomsbeleving

Toenemende gezondheidsklachten kunnen van invloed zijn op de beleving van het ouder worden. Naar deze ouderdomsbeleving werd bij oudere Turkse migranten in het verleden in beperkte mate onderzoek gedaan. Zo deden Meyboom en van Eekelen (1999) een kwalitatieve studie naar de ouderdomsbeleving van oudere Turks Nederlandse mannen. Door middel van individuele gesprekken en groepsdiscussies werd meer inzicht verkregen in de ouderdomsbeleving van de onderzoeksgroep. Naar aanleiding van de resultaten kozen zij het veelzeggende werkwoord 'Yıpratmak' voor de beleving van het ouder worden van de Turkse Nederlandse mannen. Dit werkwoord staat voor een actief proces van uitputten, verslijten, kapot maken en vroeg oud worden. Ook andere onderzoekers bevestigen deze uitkomst. Turks Nederlandse ouderen voelen zich over het algemeen eerder oud, de lagere leeftijdverwachting in land van herkomst speelt hierbij mogelijk een rol (de Vries & Smits, 2003). Ook uit onderzoek van Clappers en Woortmeijer (2004) kwam naar voren dat Turks Nederlandse en Marokkaans Nederlandse ouderen het ouder worden op een negatieve manier ervaren. Aan het oud worden konden zij weinig positiefs noemen. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Dijkstra (2006), waaruit blijkt dat een deel van de Turks Nederlandse ouderen helemaal niets positiefs wist te noemen aan het ouder worden. In hetzelfde onderzoek van Dijkstra (2006) kwam naar voren dat de Turks Nederlandse ouderen het ouder worden vooral in termen van fysiek verlies ervoeren.

Echter, onderzoek naar de beleving van het ouder worden onder Turks Nederlandse ouderen is nog te beperkt. Zo werden bijvoorbeeld in het onderzoek van Meyboom en van Eekelen (1999) alleen mannen betrokken, bovendien zijn de resultaten inmiddels redelijk gedateerd. Ook andere onderzoeken zijn tot nu toe klein van opzet geweest, zoals het onderzoek van Dijkstra (2006), waaraan 25 Turks Nederlandse ouderen deelnamen. Concluderend kan dus gesteld worden dat meer onderzoek op dit punt, onder zowel oudere Turks Nederlandse mannen als vrouwen gewenst is. Dit onderzoek zal daarin voorzien door ook de beleving van het ouder worden van deze Turks Nederlandse onderzoeksgroep te belichten.

2.3 Zorggebruik door Turks Nederlandse ouderen

Door de verwachte slechtere gezondheidssituatie en minder positieve beleving van het ouder worden, zal de vraag naar zorg waarschijnlijk toenemen. Het is daarbij de vraag of deze zorg vooral in Nederland, of Turkije gezocht zal worden. Cultuur- en taalproblemen kunnen moeilijkheden veroorzaken bij het zorggebruik in Nederland. Ook daar wordt in deze paragraaf aandacht aan besteed.

Zorggebruik in Nederland

Uit onderzoek is gebleken dat Turks Nederlandse ouderen meer gebruik maken van de huisartsen- en ziekenhuiszorg dan autochtone ouderen (Dagevos, 2001; de Vries & Smits, 2003; Schellingerhout, 2004). Een verklaring voor het meer gebruiken van huisartsen- en ziekenhuiszorg kan gevonden worden in de chronische ziektes, waar veel Turks Nederlandse ouderen mee te kampen hebben (de Vries & Smits, 2003; Schellingerhout, 2004). Daarnaast wordt de huisarts, vooral door Turks Nederlandse vrouwen, vaker bezocht voor moeilijk te duiden klachten, zoals hoofdpijn. Aan de andere kant doen de Turks Nederlandse ouderen in mindere mate een beroep op thuiszorginstellingen en psychologen (Schellingerhout, 2004). Vrouwen geven echter wel in toenemende mate aan behoefte te hebben aan hulp van een zorginstelling. Het zijn immers hun schouders waarop de huiselijke zorgtaken rusten (de Graaff & Francke, 2002).

Zorggebruik in Turkije

Onderzoek wijst uit dat de Turks Nederlandse ouderen ook in Turkije gebruik maken van zorg. Schellingerhout (2004) toont aan dat maar liefst 63% van de Turks Nederlandse ouderen in de afgelopen vijf jaar een bezoek bracht aan een arts in Turkije. Hiervoor kunnen diverse redenen gevonden worden. De eerste reden is dat Turks Nederlandse ouderen nu eenmaal vaak langere tijd in Turkije verblijven, de vraag naar zorg in land van herkomst neemt daarmee dus automatisch toe (Schellingerhout, 2004). Maar uit hetzelfde onderzoek van Schellingerhout (2004) kwam ook naar voren dat 14% van de Turks Nederlandse ouderen ontevreden is over de zorg in Nederland. Zij vinden dat zij in Nederland onvoldoende gehoord worden door artsen, mede doordat deze erg stipt werken en onvoldoende tijd aan hen schenken (van den Hoogen & Pallast, 2003).

Een ander aspect dat mogelijk een rol kan spelen bij zorggebruik in Turkije is het geloof in alternatieve geneeswijzen. Een voorbeeld is het verhaal van een Turks Nederlands meisje dat al weken in een Nederlands ziekenhuis lag en maar niet beter werd. De Nederlandse artsen wisten niet wat haar mankeerde. Ongezien smokkelde de familie een 'hoca' (traditionele Islamitische geneesheer) mee naar binnen. Hij las haar teksten voor uit de Koran en gaf haar een drank die ze twee keer per dag moest drinken. Opmerkelijk genoeg stond het meisje na een paar dagen op en voelde zich sterker dan ooit (Persoonlijk gesprek, Zafer Aydoğdu, Integratie Gemeente Deventer, 27 december 2009). Onderzoek wijst uit dat ook patiënten met psychische problemen een 'hoca' bezoeken (Oliemeulen & Thung, 2007).

Ervaren problemen in de zorg in Nederland en Turkije

De Turks Nederlandse ouderen kunnen met verschillende problemen te maken krijgen bij het zorggebruik in Nederland. De slechte beheersing van de Nederlandse taal kan een barrière vormen wanneer het gaat om zorggebruik. Uit diverse onderzoeken blijkt dat het niet letterlijk kunnen spreken van de taal veel problemen oplevert (Meyboom & van Eekelen, 1999; Yerden, 2000; de Vries & Smits, 2003; Schellingerhout, 2004). Van de Turks Nederlandse ouderen geeft 61% aan taalhulp nodig te hebben bij een bezoek aan de huisarts. Deze taalhulp wordt vrijwel altijd gegeven door bekenden of familie (Schellingerhout, 2004).

Maar de taal in 'brede zin' is mogelijk ook een probleem in de zorg, als het gaat om het uitleggen van een klacht. Zo verwoorden sommige Turks Nederlandse ouderen hun klachten heel anders, doordat ze bijvoorbeeld in metaforen spreken. Migraine kan bijvoorbeeld worden omschreven als 'het gevoel of er water in het hoofd kookt' (de Vries & Smits, 2003). Ook spreken sommige Turks Nederlandse ouderen moeilijk over hun eigen eenzaamheid. In gesprekken kunnen ze het dan hebben over eenzaamheid in het algemeen, bijvoorbeeld 'Wij zijn eenzaam in Nederland' (van den Hoogen & Pallast, 2003). Dit bevestigen ook de Vries & Smits (2003), in hun onderzoek schreven de Turks Nederlandse ouderen dit toe aan het voorkomen van gezichtsverlies en falen van familie en gemeenschap. In dit kader willen ze buitenstaanders niet met hun problemen lastig vallen, 'het gaat vanzelf over. Daarbij kunnen ze hun problemen moeilijk onder woorden brengen (van den Hoogen & Pallast, 2003).

Naast taalproblemen kunnen ook cultuurgerelateerde problemen moeilijkheden veroorzaken bij het zorggebruik in Nederland. In de praktijk zijn veel voorbeelden van complexe communicatiesituaties door cultuurgerelateerde problemen te vinden. Bijvoorbeeld de Turkse man die zich onbegrepen en niet gerespecteerd voelde door zijn Nederlandse huisarts. Bij het maken van een afspraak voor zijn vrouw, had hij expliciet om een vrouwelijke arts gevraagd. Eenmaal in de praktijk, bleek de vrouwelijke arts niet aanwezig te zijn, waardoor de vrouw door de mannelijke arts geholpen moest worden. De man voelde zich erg in zijn eer aangetast. Hoewel de huisarts dit wel kon begrijpen, had hij ook rekening te houden met een tijdsplanning, waardoor een grimmige sfeer ontstond (Persoonlijk gesprek, Zafer Aydoğdu, Integratie Gemeente Deventer, 27 december 2009).

Naast het zorggebruik, komen in dit onderzoek ook ervaren problemen met de zorg in Nederland en Turkije aan bod. Naar ervaren problemen in Nederland door een slechte taalbeheersing en cultuur gerelateerde problemen is nog weinig onderzoek gedaan. Over de ervaren problemen met zorg in Turkije is in de wetenschappelijke literatuur nog niets bekend. Echter, het is wel van belang te weten of er in Turkije ook moeilijkheden zijn waar de Turks Nederlandse ouderen tegen aan lopen. Wanneer ook in Turkije problemen met de zorg worden ervaren, is het extra belangrijk aandacht aan deze groep te besteden. Daarom zal in dit onderzoek ook dieper op ervaren problemen met de zorg in Turkije worden ingegaan.

2.4 Vertrouwen in de arts

Bij een slechtere gezondheidssituatie en een toegenomen zorggebruik wordt het vertrouwen in de arts erg belangrijk. Men kan zich voorstellen dat vertrouwen in de arts moeilijker is wanneer de ouderen niet van autochtone afkomst zijn. Zo kunnen de genoemde taalproblemen en cultuurverschillen de vertrouwensband bemoeilijken. Desondanks is de mate waarin Turks Nederlandse ouderen vertrouwen hebben in de arts nog niet eerder onderzocht. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op het begrip vertrouwen in de arts. Allereerst wordt aangegeven waarom het zo belangrijk is om dit aspect te onderzoeken. Daarna zal een definitie van vertrouwen in de arts gegeven worden. Deze definitie zal vervolgens uitgebreid uitgewerkt worden.

Het belang van vertrouwen in de arts voor de Turks Nederlandse ouderen

Er kan geen twijfel bestaan over het *belang* van vertrouwen in zorgrelaties (Pearson & Raeke, 2000; Hall, Zheng, Dugan, Camacho, Kidd, Mishra et al., 2002; Petersen, 2002; Thom, Hall & Pawslon, 2004). Vertrouwen is een *kernelement* in zorgrelaties. Het wel of niet hebben van vertrouwen kan levensveranderende consequenties hebben voor de gebruikers van de zorg. Zo is een persoon die een zorgverlener vertrouwt meer geneigd om nodige zorg te vragen (Thom et al., 2004). Daarnaast leidt een hoger vertrouwen in de zorgverlener tot een betere aanname van aanbevelingen voor behandelingen. Zoals het juist gebruiken van medicijnen (Hall et al., 2002; Petersen, 2002; Thom et al., 2004) of opvolgen van medisch behandeladvies, zoals meer gaan bewegen (Safran, Taira, Rogers, Kosinki, Ware & Tarlov, 1998). Ook zal men eerder terug komen voor nieuwe zorg of nazorg wanneer vertrouwen is geschonken in een bepaalde zorgverlener (Thom et al., 2004). Tot slot zullen personen wanneer zij vertrouwen hebben in de arts, eerder deelnemen aan medisch onderzoek. Deelname aan medisch onderzoek is van belang om bijvoorbeeld betere medicijnen en een beter zorgpakket aan te kunnen bieden (Corbie-Smith, Thomas, Williams & Moody-Ayers, 1999).

Definitie vertrouwen in de arts

In dit onderzoek zal op basis van literatuur, de volgende definitie voor vertrouwen in de arts gebruikt worden:

‘De bereidheid om je kwetsbaar op te stellen ten opzichte van acties van de arts gebaseerd op de verwachting dat de arts loyaal, competent en eerlijk zal zijn, zonder dat je de mogelijkheid hebt op de arts toezicht te houden’.

In de definitie staan de begrippen arts, kwetsbaarheid, loyaliteit, competentie en eerlijkheid centraal. Deze begrippen zullen door middel van literatuur nader verklaard worden.

Vertrouwen in huisarts of specialist

In dit onderzoek staat vertrouwen in de arts centraal. In de literatuur wordt vaak, ten onrechte, geen scheiding gemaakt tussen het vertrouwen in diverse zorgverleners. Zo wordt er over het algemeen op dezelfde manier over vertrouwen in de arts, als over vertrouwen in bijvoorbeeld verpleegsters of zorginstellingen gesproken (Wilson, Morse & Penrod, 1998). Echter, tussen het vertrouwen in diverse zorgverleners bestaan grote verschillen (Hall, Dugan, Zheng & Mishra, 2001). Zo is bijvoorbeeld vertrouwen in een arts vooral gebaseerd op persoonlijke ervaringen en persoonlijkheid, terwijl vertrouwen in zorginstellingen veel meer gebaseerd is op meningen over bijvoorbeeld de zorgverzekering of beelden geschetst door de media (Mechanic, 1996). Het is dus belangrijk het vertrouwen dat wordt onderzocht in de zorgverlener duidelijk te definiëren. In dit onderzoek zal wanneer het gaat over vertrouwen in de arts, afhankelijk van de context, het vertrouwen in de huisarts of specialist in het ziekenhuis centraal staan.

Kwetsbaarheid van patiënt centraal

De interesse in het vertrouwen in de arts van patiënten is enorm gestegen na 1979, toen Caterinicchio het eerste artikel over dit onderwerp publiceerde (Caterinicchio, 1979, geciteerd in Thom et al., 2004). Sindsdien zijn er veel definities over vertrouwen in de arts geformuleerd. In deze definities wordt de kwetsbaarheid van de patiënt vaak centraal gesteld. In een zorgsituatie moet de kwetsbare persoon ervan uitgaan dat de te vertrouwen persoon (zorgverlener) zal handelen in zijn of haar belang (Hall et al., 2001; Thom et al., 2004). Aan de ene kant zou een vergrote kwetsbaarheid het vertrouwen juist kunnen verlagen, dan hangt kwetsbaarheid samen met scepticisme door angst. Aan de andere kant kan een verhoogde kwetsbaarheid ook zorgen voor een verhoogde kans op vertrouwen, doordat artsen en zorginstellingen erg noodzakelijk zijn op dat moment (Hall et al., 2001).

Vier dimensies van vertrouwen in de arts

Om vertrouwen in de arts systematisch te kunnen meten is een helder framework nodig (Hall et al., 2001). Na een uitgebreide literatuurstudie onderscheidden Hall et al. (2001) vier dimensies van vertrouwen in de arts; *loyaliteit, competentie, eerlijkheid en globaal vertrouwen*. Bij de dimensie *loyaliteit* staat doen wat het beste is voor de patiënt centraal. Hierbij mag de arts geen misbruik maken van de kwetsbaarheid van de patiënt. Begrippen als zorgen voor, steun geven, respect hebben voor en conflicten vermijden spelen bij loyaliteit een belangrijke rol. Hierbij mag de arts zijn eigen belang (economisch, professioneel of persoonlijk) niet voor dat van de patiënt laten gaan. Bij de Turks Nederlandse ouderen zou discriminatie ook een belangrijke factor kunnen zijn die geplaatst zou kunnen worden onder de dimensie loyaliteit. Uit onderzoek blijkt dat de Turks Nederlandse ouderen zich gediscrimineerd voelen door Nederlandse zorginstellingen (Meyboom & van Eekelen, 1999). Het volgende citaat geeft dat goed weer: *'Gisteren ben ik er weer geweest. Ze zeiden dat ik de negende moet komen...volgens mij...het lijkt een beetje op discriminatie, laat maar. (...) Er kwam een Nederlander en die had hetzelfde verhaal. Zijn afspraak was ook verlopen. Ze lieten die Nederlander wél zelf een andere dag uit kiezen. Ik stond erbij, maar ze dachten dat ik het niet begreep. Ja, hém lieten ze wel dag kiezen (...) Tegen wie praat je? Tegen wie!? Misschien omdat ik Turk ben. Ik weet het niet. Wat kan het anders zijn?'* De Turks Nederlandse oudere man voelde duidelijk geen loyaliteit van de zorginstelling waar hij een afspraak wilde maken. Ook in het geval van een Nederlandse arts, zou het zo kunnen zijn dat Turks Nederlandse ouderen zich soms gediscrimineerd voelen.

Bij de dimensie *competentie* gaat het om vermijden van fouten en produceren van de best haalbare medische resultaten. Fouten kunnen gemaakt worden in het beoordelen van een ziekte of plaats vinden in de uitvoering. Omdat het voor patiënten moeilijk is de technische kant van competentie te beoordelen, beroepen zij zich vaak op de intermenselijke competentie. Hierbij gaat het om communicatievaardigheden en manieren. Voor de oudere Turkse Nederlanders is het van belang deze dimensie aan te vullen met een ander aspect, namelijk begrip voor de situatie en de tijd die de arts maakt. Vooral patiënten met 'vage' klachten voelen zich vaak weinig begrepen door hun arts (de Graaff & Francke, 2002).

Bij de dimensie *eerlijkheid* gaat het erom dat een patiënt het idee heeft dat een arts de waarheid vertelt en niet de intentie heeft onwaarheden te vertellen. Oneerlijkheid kan regelrechte leugens, maar ook halve waarheden of zwijgen bevatten. De vraag is hier natuurlijk wie er baat heeft bij oneerlijkheid. Is dat de arts, die geen fouten wil maken of toegeven? De patiënt of familie van de patiënt, door valse hoop te geven of het in de hand werken van placebo-effecten? Eerlijkheid kan ook relateren aan andere dimensies van vertrouwen zoals competentie (gebrek aan kennis of ervaring) of niet eerlijk zijn om een conflict te vermijden (loyaliteit).

De laatste dimensie is het *globaal vertrouwen*. Deze vierde dimensie vervult twee functies. Ten eerste omvat deze uitkomsten die niet exclusief in één van de andere vier dimensies passen. Maar ten tweede omvat deze dimensies van vertrouwen die niet makkelijk herleidbaar zijn, deze dimensie vormt de 'soul of trust'.

Het is duidelijk dat het belangrijk is om het vertrouwen in de arts bij Turks Nederlandse ouderen te onderzoeken en dat dit door de dimensies van Hall et al. (2001) te gebruiken op systematische wijze aangepakt kan worden. Hierbij zal in dit onderzoek ook worden nagegaan welke factoren dit vertrouwen in de arts mogelijk kunnen voorspellen.

2.5 Mogelijke voorspellers van vertrouwen in de arts

In de Nederlandse wetenschappelijke literatuur is nog niets bekend over mogelijke 'voorspellers' van vertrouwen in de arts bij Turks Nederlandse ouderen. Amerikaans onderzoek biedt wel inzicht in voorspellers van vertrouwen in de arts bij zowel allochtone, als autochtone groepen. In dit verband wordt vooral gesproken over persoonlijke kenmerken, ervaren zelfeffectiviteit en tevredenheid als voorspellers van vertrouwen in de arts.

Persoonlijke kenmerken

Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat persoonlijke kenmerken als afkomst, geslacht, sociaal economische status, opleidingsniveau en taalvaardigheid van invloed kunnen zijn op het vertrouwen in de arts. Zo werd aangetoond dat etnisch culturele minderheden vaak minder vertrouwen hebben in het zorgsysteem, dan hun autochtone landgenoten (Kao, Green, Zaslavski, Koplan & Cleary, 1998; Doescher, Saver, Franks & Fiscella, 2000; Petersen, 2002; Boulware, Cooper, Ratner, LaVeist & Powe, 2003; Freburger, Callahan, Currey & Anderson, 2003; Tarrant, Stokes & Baker, 2003). Ander onderzoek toonde aan dat geslacht een rol kan spelen bij het vertrouwen in de arts. In dat onderzoek hadden vrouwen een hoger vertrouwen in hun arts, dan mannen (Bonds, Foley, Dugan, Hall & Extrom, 2004). Opleidingsniveau bleek ook van invloed te zijn op het vertrouwen in de arts, waarbij een hoger opleidingsniveau leidt tot een hoger vertrouwen door een minder sceptische houding van de patiënt (Bonds et al., 2004). Sociaal economische status bleek ook van invloed te zijn, waarbij een lagere sociaal economische status leidde tot een hoger vertrouwen in de arts (Bonds et al., 2004). Een slechtere taalvaardigheid leidde tot een lager zorgvertrouwen (Berrios-Rivera, Street, Popa- Lisseanu, Kallen, Richardson, Janssen et al., 2006). Hierbij zou het niet zelf kunnen uitleggen van klachten en de hierdoor nodige vertaling door een tolk mogelijk een rol kunnen spelen (Baker, Hayes & Puebla Fortier, 1998).

Toch zijn er ook onderzoekers die, op basis van een literatuurstudie, pretenderen dat persoonlijke kenmerken niet consistent van invloed zijn op het vertrouwen in een zorgverlener, of dat de gevonden effecten maar klein zijn (Pescosolido, Tuch & Martin, 2001). In dit onderzoek zal inzicht worden gegeven in het vertrouwen dat Turks Nederlandse mannen en vrouwen hebben in hun arts. Daarbij zal antwoord worden gegeven op de vraag in hoeverre de persoonlijke kenmerken opleidingsniveau, sociaal economische status en Nederlandse taalvaardigheid van de Turks Nederlandse ouderen van invloed zijn op het vertrouwen in de arts.

Ervaren zelfeffectiviteit

De ervaren zelfeffectiviteit van de patiënt wordt verondersteld een belangrijke rol te spelen in de communicatie tussen arts en patiënt. Een goede vertrouwensband staat of valt met deze communicatie (Hall et al., 2001). Onder ervaren zelfeffectiviteit wordt de mate waarin Turks Nederlandse ouderen zichzelf in staat achten juiste medische informatie te verkrijgen en de aandacht van de arts voor hun probleem te krijgen verstaan (Maly, Frank, Marshall, DiMatteo & Reuben, 1998). Interventies zijn vaak gericht op het verhogen van deze ervaren zelfeffectiviteit (Maly et al., 1998). Op dit gebied bestaat nog een lacune in de literatuur over de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek van Turks Nederlandse ouderen. Wel kan onderzoek onder andere bevolkingsgroepen ons meer inzicht bieden in dit fenomeen. Zo wees Amerikaans onderzoek uit dat een verhoogde ervaren zelfeffectiviteit leidt tot een betere communicatie tussen arts en patiënt en een beter gevoel voor de patiënt na afloop van het gesprek (Maly, 1998). Ook in de praktijk wordt deze ervaren zelfeffectiviteit vaak gestimuleerd tijdens bijvoorbeeld ouderenbijeenkomsten (Persoonlijk gesprek, Güher Cinar, Raster welzijn groep, 9 februari 2010). Dit onderzoek zal uitwijzen of de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek een rol speelt bij het vertrouwen in de arts dat de Turks Nederlandse ouderen ervaren.

Tevredenheid

Bij het vertrouwen in de arts speelt de tevredenheid na afloop van het artsbezoek ook een belangrijke rol (Bachinger, Kolk & Smets, 2009). Patiënten baseren hun tevredenheid doorgaans op acties van de arts in het verleden (Thom, Ribisl, Steward & Luke, 1999; Hall et al., 2001; Balkrishnan, Dugan, Camacho & Hall, 2003). Nederlands onderzoek van Schellingerhout (2004) stipt het onderwerp tevredenheid ook kort aan, Turks Nederlandse ouderen geven aan iets minder tevreden te zijn met hun huisarts dan hun autochtone landgenoten. Factoren die hierbij een rol spelen komen niet uitgebreid aan de orde. In dit onderzoek zal duidelijk worden wat de invloed van tevredenheid na afloop van het artsbezoek is op vertrouwen in de arts bij Turks Nederlandse ouderen.

Er is dus nog weinig bekend over de relatie tussen persoonlijke kenmerken, ervaren zelfeffectiviteit en tevredenheid en vertrouwen in de arts van Turks Nederlandse ouderen. Dit onderzoek zal meer inzicht bieden in deze factoren en bestaande relaties.

2.6 Onderzoeksvragen

De groep Turks Nederlandse ouderen wordt steeds groter, ook in de steden Deventer, Almelo en Enschede. Bestaand onderzoek naar deze groep is nog te beperkt, gedateerd of alleen kwantitatief van aard waardoor de ervaringen achter de cijfers onbekend blijven. Toch verschaffen deze onderzoeken waardevolle informatie. Zo blijkt dat Turks Nederlandse ouderen over het algemeen een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid ervaren en het ouder worden minder positief zien. Ook maken zij vrij veel gebruik van huisartsen- en ziekenhuiszorg in Nederland en Turkije. Bij het zorggebruik in Nederland worden barrières in de taal en cultuur ervaren. Over het vertrouwen van Turks Nederlandse ouderen in hun arts is in de literatuur nog niets bekend. Wel is in de literatuur geschreven over factoren die mogelijk een positieve invloed hebben op dit vertrouwen in de arts, zoals ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek en tevredenheid over het artsbezoek. Een lager opleidingsniveau, slechte taalvaardigheid bij de arts en een slechtere sociaal economische positie worden verondersteld een negatieve invloed te hebben op het vertrouwen in de arts. Om meer inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie, het zorggebruik en het vertrouwen in de arts zijn vier onderzoeksvragen geformuleerd. Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden zullen zowel de lichamelijke en geestelijke gezondheid als beleving van het ouder worden in het kwantitatieve onderzoek aan bod komen. In het kwalitatieve onderzoek komen wel de lichamelijke en geestelijke gezondheid, maar niet de beleving van het ouder worden aan de orde. De tweede en derde onderzoeksvraag zullen beantwoord worden door zowel het kwalitatieve, als kwantitatieve onderzoek. De laatste onderzoeksvraag wordt alleen beantwoord met het kwantitatieve onderzoek:

1. Hoe is het gesteld met de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de Turks Nederlandse ouderen en hoe beleven zij het ouder worden?

2. Welke ervaringen hebben de Turks Nederlandse ouderen met de zorg in Nederland en Turkije?

Deze onderzoeksvraag bestaat uit de volgende subvragen:

- a. Hoe is het gesteld met het zorggebruik van de Turks Nederlandse ouderen?
- b. Wat zijn ondervonden problemen met de zorg in Nederland en Turkije?
- c. Welke redenen worden genoemd voor zorggebruik in Turkije?

3. Hoe is het gesteld met het vertrouwen in de Nederlandse arts van de Turks Nederlandse ouderen?

Hierbij kan de volgende deelvraag worden onderscheiden:

In hoeverre spelen de ondervonden loyaliteit, competentie en eerlijkheid van de arts een rol bij het vertrouwen in de arts van de Turks Nederlandse ouderen?

4. In hoeverre zijn de onderstaande factoren voorspellers van het vertrouwen in de arts van de Turks Nederlandse ouderen?

- a. Persoonlijke kenmerken (Nederlandse taalbeheersing, moeite om rond te komen van het inkomen en opleidingsniveau)
- b. Ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek
- c. Tevredenheid na afloop van artsbezoek

3. METHODEN

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode beschreven worden. Daarvoor zal allereerst dieper in worden gegaan op de keuze voor een mixed methods design. Vervolgens zullen voor zowel het kwalitatieve als kwantitatieve onderzoek participanten en procedures, het gekozen meetinstrument en de analyse besproken worden.

3.1 Mixed methods; een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek

De wetenschappelijke twintigste eeuw werd veelal gedomineerd door kwantitatieve onderzoeksmethoden. De laatste dertig jaar is echter ook het kwalitatieve onderzoek in opmars (Tashakkori & Teddlie, 2003). Ondanks de waarde van beide onderzoeksvormen, zijn ze ook veel bekritiseerd door aanhangers van de andere vorm van onderzoek. Daarom wordt er de laatste jaren steeds meer gesproken over een derde onderzoeksvorm, namelijk een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek, ook wel mixed methods genoemd. Op die manier wordt de betrouwbaarheid van de gegevens vergroot en versterkt (Creswell, 2003; Verhoeven, 2006). Eventuele zwaktes van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek worden zoveel mogelijk beperkt (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Ook in dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel kwalitatief, als kwantitatief onderzoek. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd in de vorm van interviews. In de interviews kwamen de ouderen echt zelf aan het woord en werd een luisterend oor geboden. De eerste negen interviews dienden tevens als input voor het kwantitatieve gedeelte, de vragenlijst. Voor vragenlijsten werd gekozen, omdat op die manier sneller meer Turks Nederlandse ouderen bereikt konden worden. Bovendien konden zo de bepaalde begrippen en de verschillende vermeende relaties onderzocht worden. De vragenlijsten en de interviews vervulden dus beiden een belangrijke functie.

3.2 Het kwalitatieve onderzoek: interviews

Deelnemers en participanten

In totaal werd met zeventien Turks Nederlandse ouderen een interview gehouden, tien vrouwen en zeven mannen deden mee. De ouderen waren tussen de 55 en 75 jaar oud. De interviews werden gehouden in de maanden januari, februari, maart en april. Voor de interviews is iedereen persoonlijk benaderd. De Turks Nederlandse ouderen in Enschede zijn via het sociale netwerk van de onderzoeker benaderd, de Turks Nederlandse ouderen in Deventer via de Gemeente Deventer bij de Stichting Turkse Ouderen (bijeenkomsten) en Raster Groep Welzijn (bijeenkomsten). Tijdens de bijeenkomsten werd persoonlijk met de ouderen gesproken en een afspraak gemaakt voor het interview. De ouderen konden Turks spreken tijdens de interviews, een tolk vertaalde steeds van het Turks naar het Nederlands en andersom. Met veertien respondenten werd thuis gesproken, bij drie werd er tijdens een bijeenkomst in een aparte kamer gesproken, zodat het interview in een rustige omgeving plaats kon vinden. De interviews duurden tussen de twintig minuten en anderhalf uur, afhankelijk van de aanwezige tijd en houding van de respondent.

Interviewschema

Om structuur te bieden tijdens het interview, werd een interviewschema ontwikkeld (bijlage 1). Om de respondenten zoveel mogelijk zelf aan het woord te laten, hadden de vragen in dit schema hadden een open karakter. Daardoor werden niet altijd alle vragen uit het interviewschema gebruikt. Wel begonnen de interviews standaard met de vraag hoe het met de geïnterviewde, en de gezondheid van de betreffende persoon ging. Op basis van het interviewschema werd dan doorgevraagd, over bijvoorbeeld de gezondheidssituatie, het zorggebruik of het vertrouwen in de arts.

Analyse

Om een goede interpretatie van de data mogelijk te maken werden de interviews opgenomen en daarna volledig uitgetypt. Daarna werd, op basis van de begrippen uit de onderzoeksvragen, gekeken welke thema's in de interviews ontdekt konden worden (bijlage 2). De hoofdthema's, werden weer verder onderverdeeld in deelthema's. Om antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvragen werden vanuit de interviews de volgende hoofdthema's onderscheiden: 1) persoonlijke kenmerken, 2) lichamelijke en geestelijke gezondheid, 3) bevorderen eigen gezondheid, 4) zorggebruik, 5) ervaren zelfeffectiviteit, 6) tevredenheid en 7) vertrouwen in de arts.

3.3 Het kwantitatieve onderzoek: de vragenlijsten

Deelnemers en procedures

In de drie steden vulden in totaal 50 respondenten de vragenlijst in, 27 vrouwen en 23 mannen. De deelnemers aan het kwantitatieve onderzoek waren tussen de 55 en 75 jaar oud, en gemiddeld 64 jaar. De vragenlijsten werden van eind maart tot en met eind april verspreid. De vragenlijsten werden zowel tijdens bijeenkomsten, als thuis door de respondenten ingevuld. Voorafgaand werden aan de respondenten instructies gegeven over het invullen van de vragenlijst en waarborging van de anonimiteit. Omdat de meeste ouderen analfabeet zijn, was bij de bijeenkomsten altijd een tolk van buitenaf aanwezig. Wanneer de vragenlijsten thuis ingevuld werden, werd er voor gezorgd dat de ouderen hulp kregen van bijvoorbeeld familie. Een voordeel van het samen invullen van de vragenlijsten was dat de vragenlijsten op deze manier zo volledig mogelijk ingevuld werden.

De meeste benaderde Turks Nederlandse ouderen waren bereid deel te nemen aan het onderzoek. In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de locaties en het responspercentage in de verschillende steden. De moskee uitgezonderd werkten alle organisaties actief mee en vulden alle ouderen de uitgedeelde vragenlijsten in.

Tabel 3.3 Overzicht uitgedeelde en ontvangen vragenlijsten in Almelo, Deventer en Enschede

	Uitgedeelde	Ontvangen	Respons
Almelo (SAOA)¹	14	14	100%
Deventer (Raster welzijn groep)	13	13	100%
Deventer (STO)²	13	13	100%
Deventer (Moskee)	5	0	0%
Enschede (Alifa Welzijn)	10	10	100%
Totaal	55	50	91%

¹Afkorting voor Stichting Allochtone Ouderen Almelo.

²Afkorting voor Stichting Turkse Ouderen Overijssel.

De vragenlijst

De vragenlijst werd veelal ontwikkeld op basis van gevalideerde schalen en de eerste negen interviews. Daarnaast werd deze op basis van het theoretisch kader aangevuld met andere relevante vragen. Voorafgaande aan het onderzoek werd de vragenlijst allereerst vertaald door een professionele tolk. Bij deze vertaling werd zoveel mogelijk uitgegaan van de originele versies, dus de Engelse versie bij Engelstalige gevalideerde onderdelen van de vragenlijst en Nederlandse versies bij Nederlandse gevalideerde onderdelen van de vragenlijst. Deze vertaling is gecontroleerd door twee moedertaalsprekers. Kleine veranderingen werden aangebracht. Vervolgens werd de vragenlijst met twee Turks Nederlandse ouderen doorgenomen (1 man, 1 vrouw), om na te gaan of alles goed werd begrepen. Op basis daarvan werden ook een aantal veranderingen doorgevoerd. Zo werden een aantal Turkse woorden vervangen, bijvoorbeeld het voor de ouderen onbegrijpelijke woord 'vasat' (middelmatic) door 'orta' (matig), woorden met bijna dezelfde betekenis. Zowel de Nederlandse, als de Turkse vragenlijst is te vinden als bijlage (respectievelijk bijlage 3 en bijlage 4). In de vragenlijst kwamen de onderwerpen persoonlijke kenmerken, geestelijke en lichamelijke gezondheid, de beleving van het ouder worden, zorggebruik, vertrouwen in de arts, ervaren zelfeffectiviteit en tevredenheid aan bod. De onderwerpen van de vragenlijst zullen hieronder apart besproken worden.

Persoonlijke kenmerken

Allereerst werd naar de persoonlijke kenmerken van de respondenten gevraagd op basis van onderzoek van Schellingerhout (2004) en Kaya (2009). De respondenten werd gevraagd naar hun leeftijd, geslacht, geboorteland en het aantal jaren dat zij al in Nederland wonen. Daarna werd gevraagd naar hun terugkeerwens en naar burgerlijke staat, aantal kinderen, en aantal thuiswonende kinderen. Vervolgens werd gevraagd naar aantal jaren opleiding, wat men doet voor de kost, en of men gelovig is. Ook werd gevraagd of men het afgelopen jaar moeite heeft gehad rond te komen van het inkomen en naar het netto maandinkomen van het huishouden. Om de data te kunnen analyseren werden voor de 'leeftijd' de leeftijdsgroepen 55-65 jaar en 65-75 jaar gemaakt, en het aantal jaren in Nederland werd ingedeeld in de categorieën 0-15 jaar in Nederland, 15-30 jaar in Nederland en 30-45 jaar in Nederland.

Op basis van eerder onderzoek (Schellingerhout, 2004; Kaya, 2009) werden ook drie vragen gesteld over de algemene beheersing van de Nederlandse taal. De volgende vragen werden gesteld: 'Als iemand Nederlands tegen u praat, kunt u dat dan goed volgen?', 'Heeft u wel eens moeite om Nederlands te spreken?' en 'Heeft u bij het lezen van Nederlandse kranten, brieven of folders wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?'. De vragen konden beantwoord worden met 'Ja, altijd', 'Vaak', 'Soms' en 'Nooit'. Voor het berekenen van de gemiddelde scores werden de scores op het eerste item gespiegeld. Een hogere gemiddelde score staat voor een betere beheersing van de Nederlandse taal. Deze schaal bleek voldoende betrouwbaar ($\alpha=.65$).

Lichamelijke en geestelijke gezondheid en de beleving van het ouder worden

Om de lichamelijke en geestelijke gezondheid te meten werd de gevalideerde SF-12 vragenlijst (versie 2) gebruikt. Deze vragenlijst meet de kwaliteit van leven zoals ervaren door de respondent. De SF-12 is een verkorte versie van de SF-36 en bestaat uit twaalf items. In deze twaalf items zijn acht dimensies opgenomen: 'fysiek functioneren' (twee items), 'rolbeperkingen door fysieke problemen' (twee items), 'lichamelijke pijn' (één item), 'algemene gezondheidsbeleving' (één item), 'vitaliteit' (één item), 'sociaal functioneren' (één item), 'rolbeperkingen door emotionele problemen' (twee items) en 'geestelijke gezondheid' (twee items) (Ware, Kosinski & Keller, 1996). Vragen werden gesteld als: 'In welke mate bent u de afgelopen vier weken door pijn gehinderd in uw normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?' waarbij geantwoord kon worden met 'Helemaal niet', 'Een klein beetje', 'Nogal', 'Veel' en 'Heel erg veel' of 'Hoe vaak gedurende de afgelopen vier weken voelde u zich rustig en tevreden?', waarbij geantwoord kon worden met 'Altijd', 'Meestal', 'Soms', 'Zelden' of 'Nooit'. Voor de resultaten werden de dimensies samengevoegd tot de totaalschaal 'fysieke gezondheid' en de totaalschaal 'psychische gezondheid'. Per dimensie werden de scores op de items gesommeerd en getransformeerd naar een schaal van 0 tot 100 (Ware, Kosinski, Turner-Bowker, & Gandek, 2002). Een hogere score betekent een betere gezondheidstoestand.

De beleving van het ouder worden werd gemeten met de Beleving van het Ouder Worden Schaal (BOWS) (Steeverink, Bode, Westerhof, Dittman-Kohli, 1999). Verdeeld over drie subschalen (sociaal verlies, fysiek verlies en voortgezette groei), bestaat deze vragenlijst uit twaalf items. Vragen werden gesteld als: 'Ouder worden betekent voor mij dat ik veel plannen blijf maken (voortgezette groei)', 'Ouder worden betekent voor mij dat ik mij vaker eenzaam voel' (sociaal verlies) en 'Ouder worden betekent voor mij dat mijn gezondheidstoestand slechter wordt' (fysiek verlies). De vragen konden op een vierpuntsschaal beantwoord worden van 'Helemaal niet waar' tot 'Helemaal waar'. Allereerst werden de negatief geformuleerde items van de subschalen 'fysiek verlies' en 'sociaal verlies' gespiegeld. De subschalen 'sociaal verlies' ($\alpha=.39$) en 'voortgezette groei' ($\alpha=.55$) bleken onvoldoende betrouwbaar te zijn. De subschaal 'fysiek verlies' was wel intern betrouwbaar ($\alpha=.77$). Om de betrouwbaarheid van de resultaten te waarborgen werd besloten alleen met de subschaal 'fysiek verlies' en de totale schaal ($\alpha=.71$) te werken. Voor zowel de subschaal 'fysiek verlies' als voor

de totale schaal werd een schaalscore berekend. Een hogere score op de subschaal 'fysiek verlies' geeft aan dat ouder worden in hogere mate in termen van fysiek verlies wordt ervaren. Een hogere score op de totale schaal betekent een meer positieve beleving van het ouder worden (Steверink et al., 1999).

Zorggebruik

Het zorggebruik werd gemeten met vragen die zijn samengesteld op basis van de interviews. Allereerst werden algemene vragen gesteld over het zorggebruik. Zo werd eerst gevraagd hoe vaak de respondenten in het afgelopen jaar een huisarts, psycholoog of specialist in het ziekenhuis hadden bezocht. Ook werd gevraagd naar (huishoudelijke) hulp van een zorginstelling. De vragen over de frequentie van het bezoek in het afgelopen jaar konden beantwoord worden met 'Meer dan 10 keer', 'Tussen de 5 en 10 keer', 'Minder dan 5 keer', '1 keer' en 'Nooit'. Ook werd een vraag gesteld over het aantal artsbezoeken in Turkije in het afgelopen jaar. Aan diegenen die inderdaad aangaven een arts te hebben bezocht in Turkije werd vervolgens een vraag gesteld over de reden van dat artsbezoek: 'Wat is de voornaamste reden dat u een arts in Turkije bezoekt?'. Hierop konden door de respondenten drie antwoorden worden gegeven: 'De mening van de artsen in Turkije vragen over mijn ziekte', 'Een complete body check' of 'Alleen als het echt noodzakelijk is bezoek ik een arts in Turkije, dus als ik mij ter plaatse lichamelijk niet goed voel'.

Ook ervaren problemen met het zorggebruik kwamen aan bod. Zo werd op basis van de interviews een stelling geformuleerd over de verschillen in de zorg, nu en vroeger. Op de stelling: 'Vergeleken met vroeger in Nederland vind ik de zorg in Nederland...' kon op een vijfpuntsschaal geantwoord worden van 'Veel slechter' tot 'Veel beter'. Ook werd gevraagd naar problemen in de zorg met betrekking tot de Nederlandse taal. Hiervoor werden zes vragen gesteld. Vragen waren bijvoorbeeld 'Heeft u tijdens het bezoek aan uw arts wel eens moeite om Nederlands te spreken?' of 'Wanneer ik naar een arts ga, gaat er een familielid of bekende mee om te vertalen'. Deze vragen konden beantwoord worden met 'Ja, altijd', 'Vaak', 'Soms' en 'Nooit'. Hier werden tevens waar nodig items omgeschaald. Ook deze subschaal bleek voldoende intern consistent te zijn ($\alpha=.81$). Voor de verschillende subschalen en voor de totale schaal werd de gemiddelde totaalscore berekend. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe beter de Nederlandse taalbeheersing. Ook de totale schaal bleek voldoende betrouwbaar te zijn ($\alpha=.86$).

Vertrouwen in de arts

Vertrouwen in de arts werd gemeten met de door Hall et al. (2001) ontworpen 'Wake Forest Trust in Physician Scale'. De oorspronkelijke schaal bevat negen items die zijn verdeeld over de subschalen 'competentie' (drie items), 'loyaliteit' (twee items), 'eerlijkheid' (één item), en 'globaal vertrouwen' (drie items). Voordat de vragen werden ingevuld werd de respondenten gevraagd naar hun laatste bezoek aan een arts. Was dit de huisarts of de specialist in het ziekenhuis? Aan de respondenten werd gevraagd deze arts in gedachten te houden tijdens het invullen van de vragen. Vragen werden gesteld als: 'Uw arts zal er alles aan doen om ervoor te zorgen dat u de zorg krijgt die u nodig heeft' (loyaliteit) en 'Al met al vertrouwt u uw arts volledig' (globaal vertrouwen). De vragen konden beantwoord worden op een vijfpuntsschaal, van 'Zeer oneens' tot en met 'Zeer eens'. De negatief geformuleerde items werden omgeschaald. Hoe hoger de score, hoe hoger de mate van vertrouwen in de arts. In dit onderzoek was alleen de subschaal 'globaal vertrouwen' intern voldoende consistent ($\alpha=.77$). De totale schaal was al in eerder Nederlands onderzoek betrouwbaar (Bachinger et al., 2009, $\alpha=.79$), net als in dit onderzoek het geval was ($\alpha=0.61$).

Ervaren zelfeffectiviteit

De ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek werd gemeten met de gevalideerde en veelgebruikte Perceived Efficacy in Patient- Physician Interaction schaal (PEPPI) (Maly et al., 1998). Deze vragenlijst bestaat uit tien items en is eerder betrouwbaar gebleken ($\alpha = .91$, Maly et al., 1998). Vragen werden gesteld als: 'Ik ben er zeker van dat ik de arts naar mij kan laten luisteren', 'Ik ben er zeker van dat ik de bezoeken aan de arts optimaal kan benutten' en 'Ik ben er zeker van dat ik kan zorgen dat de arts iets doet aan mijn klachten'. De vragen konden beantwoord worden op een vijfpuntsschaal van 'Zeer oneens' tot en met 'Zeer eens'. Ook bij deze schaal werd een gemiddelde totaalscore berekend. Een hogere score geeft een hogere mate van zelfeffectiviteit aan. Ook in dit onderzoek bleek de schaal zeer betrouwbaar ($\alpha = .92$).

Tevredenheid

Op basis van informatie uit de interviews, werden ook vragen over de tevredenheid na afloop van het laatste artsbezoek gesteld. Over de tevredenheid na het artsbezoek werden negen vragen gesteld. Vragen werden gesteld als: 'Na het gesprek had ik het gevoel dat de juiste medicijnen waren voorgeschreven', 'Na het gesprek voelde ik mij sterk en krachtig' en 'Na het gesprek had ik gevoel dat als ik het opnieuw had kunnen doen, ik het heel anders had gedaan'. De vragen konden beantwoord worden op een vijfpuntsschaal van 'Helemaal niet' tot 'Helemaal wel'. Voor de totale schaal werd een gemiddelde berekend, waarbij een hogere score staat voor meer tevredenheid. Daarvoor werden negatief geformuleerde items gehercodeerd. De totale schaal bleek voldoende betrouwbaar ($\alpha = .85$).

Analyse en verschil in geslacht

Voor de analyse van de data uit de vragenlijsten is gebruik gemaakt van het Statistische dataverwerkingsprogramma SPSS versie 17. Hierbij werd door middel van gemiddelden en totaalscores vooral gebruikt van beschrijvende statistiek. Eerder onderzoek toonde verschillen aan tussen mannen en vrouwen op de gebieden geestelijke en lichamelijke gezondheid, beleving van het ouder worden, zorggebruik, taalbeheersing (Schellingerhout, 2004) en vertrouwen in de arts (Berrios-Rivera et al., 2006). Op basis daarvan werd in dit onderzoek ook aandacht besteed aan het verschil in geslacht. De data was bij benadering (voldoende) normaal verdeeld, daarom werd gekozen voor Pearson correlatie toetsen om de samenhang tussen de afhankelijke variabele en onafhankelijke variabelen te berekenen. Tot slot is een lineaire regressieanalyse gebruikt om na te gaan in hoeverre deze onafhankelijke variabelen gezamenlijk de afhankelijke variabele kunnen verklaren. In dit onderzoek verschilden de mannen en vrouwen niet zoveel van elkaar in de manier waarop ze gemiddeld scoorden op de persoonlijke kenmerken en de schalen over ervaren zelfeffectiviteit, tevredenheid en vertrouwen in de arts. Daarom werd voor de correlatie- en regressieanalyse de groep samengevoegd.

4. RESULTATEN UIT DE VRAGENLIJSTEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwantitatieve onderzoek besproken. Na een beschrijving van de persoonlijke kenmerken van de respondenten wordt ingegaan op de gezondheidssituatie en beleving van het ouder worden. Vervolgens worden de ervaringen met de zorg in Nederland en Turkije besproken. Daarna zal dieper in worden gegaan op het vertrouwen in de arts en hierbij mogelijk 'voorspellende' factoren.

4.1 Persoonlijke kenmerken respondenten

In tabel 4.1 worden de persoonlijke kenmerken van de respondenten samengevat. Uit de tabel blijkt dat de responderende mannen wat ouder, vaker (nog) getrouwd en hoger opgeleid waren. Van zowel de mannen als de vrouwen gaf slechts de helft aan gelovig te zijn. Het merendeel van de respondenten volgde alleen een basisschoolopleiding. Weing ouderen gaven aan op dit moment te werken, de meeste mannen gaven aan in de AOW te zitten en de meeste vrouwen zeiden huisvrouw te zijn. Mannen gaven opvallend vaker aan moeite te hebben om iedere maand financieel rond te komen dan vrouwen. Opmerkelijk hierbij is dat vrouwen vaker aangaven met een kleiner netto maandinkomen rond te moeten komen. Zowel bij de mannen als de vrouwen gaf bijna iedereen aan kinderen te hebben. De meeste kinderen woonden inmiddels niet meer thuis. De Turks Nederlandse ouderen gaven aan gemiddeld 35 jaar in Nederland te zijn. Het merendeel had destijds wel een wens om terug te keren naar Turkije (zie tabel 4.1.1), 'een terugkeerwens op dit moment' had nog maar één op de vier ouderen.

Tabel 4.1 Persoonlijke kenmerken respondenten

	Man (n=23)		Vrouw (n=27)		Totaal (n=50)	
	n	%	n	%	n	%
Leeftijd						
55-65 jaar	9	39%	18	67%	27	54%
65-75 jaar	14	61%	9	34%	23	46%
Burgerlijke staat						
Getrouwd of samenwonend	21	91%	19	70%	40	80%
Ongehuwd of gescheiden	2	9%	3	11%	5	10%
Weduwe/ weduwnaar	-	-	5	19%	5	10%
Gelovig						
Ja	12	52%	14	52%	26	52%
Nee	6	26%	9	33%	15	30%
Wil ik niet antwoorden	5	22%	4	15%	9	18%
Aantal jaren op school						
Helemaal niet	3	13%	11	41%	14	28%
Nul tot vijf jaar	13	57%	7	26%	20	40%
Vijf tot tien jaar	5	22%	4	15%	9	18%
Tien tot vijftien jaar	1	4%	5	18%	6	12%
Meer	1	4%	-	-	1	2%
Dagelijks leven						
Werk	3	13%	6	22%	9	18%
Ziektewet/WAO	6	26%	7	26%	13	26%
Pensioen/ AOW/VUT	14	61%	5	19%	19	38%
Huisvrouw/huisman	-	-	9	33%	9	18%
Moeite rond te komen						
Nee, geen moeite	3	13%	8	30%	11	22%
Nee, maar wel opletten	3	13%	4	14%	7	14%
Ja, enige moeite	7	30%	8	30%	15	30%
Ja, grote moeite	10	44%	7	26%	17	34%
Netto maandinkomen						
Minder dan €850	2	9%	4	15%	6	12%
€851 tot en met €1.150	9	40%	10	37%	19	38%
€1.151 tot en met €1.750	7	30%	4	15%	11	22%
€1.751 tot en met €3.500	2	9%	-	-	2	4%
Wil ik niet antwoorden	3	12%	9	33%	12	24%
Kinderen						
Ja	22	96%	26	96%	48	96%
Nee	1	4%	1	4%	2	4%
Thuiswonende kinderen						
Ja	5	22%	7	26%	12	24%
Nee	18	78%	20	74%	38	76%

Tabel 4.1.1 Terugkeerwens

	Man (n=23)		Vrouw (n=27)		Totaal (n=50)	
	n	%	n	%	n	%
Periode in Nederland						
0-15 jaar	-	-	1	4%	1	2%
15-30 jaar	2	9%	7	26%	9	18%
30-45 jaar	21	91%	19	70%	40	30%
Terugkeerwens toen						
Ja	14	60%	17	63%	31	62%
Nee	9	40%	10	37%	19	38%
Terugkeerwens nu						
Ja	5	22%	7	26%	12	24%
Nee	22	78%	20	74%	38	76%

Algemene Nederlandse taalvaardigheid

Over het algemeen gaven de Turks Nederlandse ouderen aan de Nederlandse taal niet zo goed te beheersen, zoals te zien is in tabel 4.1.2. Vooral het lezen van Nederlandse kranten, brieven of folders leverde voor de ouderen problemen op. Mannen en vrouwen antwoordden ongeveer gelijk op de vragen.

Tabel 4.1.2 Gemiddelde scores algemene Nederlandse taalvaardigheid

	Man (n=23)		Vrouw (n=27)		Totaal (n=50)	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Gemiddelde scores (1-4)¹						
Als iemand in het Nederlands tegen u praat, kunt u dat dan goed volgen?	2.7	(0.8)	2.8	(0.9)	2.8	(0.9)
Heeft u wel eens moeite om Nederlands te spreken?	2.0	(1.1)	2.2	(1.2)	2.1	(1.2)
Heeft u bij het lezen van Nederlandse kranten, brieven of folders wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?	1.9	(1.1)	1.8	(0.9)	1.9	(1.1)
Totale schaal	2.2	(0.6)	2.3	(0.7)	2.3	(0.7)

¹Een hogere gemiddelde score betekent een betere algemene Nederlandse taalvaardigheid.

4.2. Gezondheidssituatie en beleving van het ouder worden

Wat betreft de rapportage van de gezondheidssituatie, werden opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden. Uit tabel 4.2 kan worden afgelezen dat (vooral in vergelijking met autochtone ouderen) zowel de scores op lichamelijke als op geestelijke gezondheid voor zowel mannen als vrouwen behoorlijk laag zijn. Vrouwen gaven aan zich fysiek significant slechter te voelen dan mannen. Daarbij gaven de vrouwen aan beperkt te worden door hun gezondheid bij matige inspanning of het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals schoonmaken en koken. Wel gaven zowel de mannen als vrouwen aan zich opvallend vitaal te voelen en dus veel energie te hebben. Geestelijk rapporteerden de vrouwen een significant hogere gezondheid dan mannen. Daarbij gaven ze aan weinig hinder te ondervinden van emotionele problemen in het dagelijks leven. Ook voelden vrouwen zich weinig gehinderd door emotionele of lichamelijke problemen bij sociale activiteiten, zoals het bezoeken van familie of vrienden. Mannen daarentegen gaven aan wel meer last van emotionele rolbeperkingen te ervaren.

Tabel 4.2 Schaalscores lichamelijke en geestelijke gezondheid gemeten met de SF-12 (n=50)

	Turks Nederlandse ouderen				p ²	Nederlandse ouderen ¹	
	Man (n=23)		Vrouw (n=27)			Man	Vrouw
	M	(SD)	M	(SD)		M	M
Schaalscores (0-100)³							
Fysiek functioneren	47.8	(27.1)	27.8	(28.9)			
Rolbeperking fysiek	47.8	(28.1)	37.5	(27.5)			
Lichamelijke pijn	40.2	(35.9)	28.7	(28.3)			
Vitaliteit	54.4	(30.8)	65.7	(34.1)			
Algemene gezondheid	46.7	(15.6)	34.3	(25.1)			
Fysiek totaal	39.3	(10.5)	30.4	(11.2)	0.00***	48.7	46.1
Rolbeperking emotioneel	45.7	(24.9)	56.0	(29.5)			
Geestelijke gezondheid	43.5	(30.1)	52.3	(27.9)			
Sociaal functioneren	52.2	(18.3)	54.6	(31.0)			
Psychisch totaal	38.2	(8.7)	46.2	(8.7)	0.00***	53.9	52.1

¹Resultaten afkomstig van Wingen & Otten(2008), Bevolkingstrends(CBS), in totaal deden 9500 ouderen mee.

²Verschillen werden getoetst met een Mann-Whitney toets, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

³Een hogere score betekent meer instemming met de schaal.

Beleving van het ouder worden

Hoewel de 'overall' scores op de beleving ouder worden schaal nauwelijks verschillen van de autochtone oudere Nederlanders en tevens ongeveer gelijk waren voor mannen en vrouwen, gaven de Turks Nederlandse ouderen aan meer fysiek verlies te ervaren dan de autochtone oudere Nederlanders (zie tabel 4.1.2). Bij de beleving van het ouder worden speelt het ervaren fysieke verlies dus een belangrijke rol voor de Turks Nederlandse ouderen.

Tabel 4.2.1 Gemiddelde scores beleving ouder worden schaal

	Man (n=23)	Vrouw (n=27)	p ¹	Totaal (n=50)	Autochtonen ² (n=975)
	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)
Gemiddelde scores					
Fysiek verlies³ (0-12)	8.8 (2.9)	8.6 (2.9)	ns	8.7 (2.9)	6.5 (2.5)
Totale schaal⁴ (0-36)	22.2 (5.3)	21.1 (5.8)	ns	21.6 (5.6)	22

¹ Verschillen werden getoetst met een Mann-Whitney toets, ns=niet significant.

² Resultaten afkomstig uit onderzoek van Westerhof (2003).

³ Een hogere score betekent meer instemming met de schaal.

⁴ Een hogere score betekent een meer positieve beleving van het ouder worden.

4.3 Zorggebruik in Nederland en Turkije

Het zorggebruik is relatief hoog onder de ouderen (zie tabel 4.3). In Nederland werd vooral de huisarts opvallend vaak bezocht. Driekwart van de respondenten gaf aan in het afgelopen jaar een specialist in het ziekenhuis in Nederland te hebben bezocht. Vrouwen zeiden vaker gebruik te hebben gemaakt van zorg dan mannen, dit gold dan vooral voor de huisartsenzorg. Ook gaven vrouwen vaker aan meer hulp van een zorginstelling te hebben ontvangen dan mannen.

Twee op de drie ouderen gaf aan in het afgelopen jaar (ook) een arts in Turkije te hebben bezocht. De meeste ouderen gaven als reden voor dit artsbezoek dat ze ter plaatse hulp nodig hadden, maar ook de mening van de Turkse arts vragen en een complete bodycheck laten uitvoeren werd door een vijfde van het totale aantal respondenten genoemd. Meer vrouwen dan mannen gaven als reden de mening van de arts vragen en meer mannen dan vrouwen lieten een complete body check uitvoeren.

Tabel 4.3 Zorggebruik in Nederland en Turkije in het afgelopen jaar

	Man (n=23)		Vrouw (n=27)		Totaal (n=50)	
	n	%	n	%	n	%
Frequentie in het afgelopen jaar						
Artsbezoek Nederland						
Huisarts						
Nooit	1	4%	-	-	1	2%
1 keer	1	4%	2	8%	3	6%
Minder dan 5 keer	12	52%	7	26%	19	38%
Tussen 5 en 10 keer	7	31%	9	33%	16	32%
Meer dan 10 keer	2	9%	9	33%	11	22%
Psycholoog						
Nooit	20	87%	20	74%	40	80%
1 Keer	-	-	2	7%	2	4%
Minder dan 5 keer	2	9%	1	4%	3	6%
Tussen 5 en 10 keer	1	4%	1	3%	2	4%
Meer dan 10 keer	-	-	3	11%	3	6%
Specialist						
Nooit	6	26%	7	26%	13	26%
1 keer	5	22%	3	11%	8	16%
Minder dan 5 keer	9	39%	7	26%	16	32%
Tussen 5 en 10 keer	2	9%	3	11%	5	10%
Meer dan 10 keer	1	4%	7	26%	8	16%
Zorginstelling						
Nooit	11	49%	12	44%	23	46%
1 keer	1	4%	1	4%	2	4%
Minder dan 5 keer	3	13%	3	11%	6	12%
Tussen 5 en 10 keer	4	17%	2	8%	6	12%
Meer dan 10 keer	4	17%	9	33%	13	26%
Artsbezoek Turkije						
Nooit	7	30%	10	37%	17	34%
1 keer	4	18%	4	35%	8	16%
Minder dan 5 keer	10	44%	8	30%	18	36%
Tussen 5 en 10 keer	2	8%	2	7%	4	8%
Meer dan 10 keer	-	-	3	11%	3	6%
Reden artsbezoek Turkije						
Mening vragen	2	9%	7	26%	9	18%
Complete body check	6	26%	3	11%	9	18%
Ter plaatse hulp nodig	15	65%	17	63%	32	64%

Ervaren problemen met de zorg in Nederland

De Turks Nederlandse ouderen ervoeren vooral problemen met de zorg in Nederland door een slechte Nederlandse taalbeheersing en doordat zij aangaven dat zij de zorg nu, vergeleken met vroeger veel slechter vonden.

Nederlandse taalvaardigheid

De resultaten laten zien dat de ouderen hun taalvaardigheid bij de arts niet hoog waardeerden (tabel 4.3.1). Zowel mannen als vrouwen gaven aan zich meestal niet zelfstandig te kunnen redden wanneer ze bij de arts waren, en konden de folders, brieven en recepten van de arts moeilijk zelf lezen. Vrouwen namen vaker iemand van een zorginstelling mee om te vertalen dan mannen dat deden.

Tabel 4.3.1 Gemiddelde scores Nederlandse taalvaardigheid bij de arts

	Man (n=23)		Vrouw (n=27)		Totaal (n=50)	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Gemiddelde scores (1-4)¹						
Als een arts Nederlands tegen u praat, kunt u dat dan goed volgen?	2.5	(1.1)	2.8	(0.9)	2.6	(1.0)
Heeft u tijdens uw bezoek aan een arts wel eens moeite om Nederlands te spreken?	2.1	(1.2)	2.2	(1.1)	2.2	(1.1)
Wanneer ik naar een arts ga, gaat er een familielid of bekende mee om te vertalen.	2.3	(1.2)	2.1	(1.1)	2.2	(1.1)
Wanneer ik naar een arts ga, gaat er iemand van een zorginstelling of een professionele tolk mee om te vertalen.	2.9	(1.2)	3.5	(0.8)	3.2	(1.0)
Heeft u bij het lezen van folders, brieven of recepten van uw artsen of zorginstellingen wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?	2.0	(1.3)	1.8	(0.9)	1.9	(1.0)
Totale schaal	2.3	(0.7)	2.5	(0.4)	2.5	(0.5)

¹Een hogere gemiddelde score betekent een betere Nederlandse taalvaardigheid bij de arts.

Zorg slechter vergeleken met vroeger

Naast een slechte taalbeheersing kwam uit de vragenlijst naar voren, dat de Turks Nederlandse ouderen de zorg vroeger beter vonden, dan op dit moment. Zo gaf 72% van de ouderen aan de zorg op dit moment slechter tot veel slechter te vinden dan vroeger. 18% vond dat de zorg hetzelfde was gebleven en slechts 10% vond de zorg beter tot veel beter dan vroeger.

4.4 Vertrouwen in de arts

Voordat de respondenten de vragen over het vertrouwen in de arts invulden konden zij aangeven of hun laatste artsbezoek aan een specialist of de huisarts was. Gevraagd werd, deze arts in gedachten te houden bij het invullen van de vragen. Van de mannen gaven er 18 aan dat zij als laatste een bezoek hadden gebracht aan de huisarts, 5 mannen brachten als laatste een bezoek aan de specialist. Van de vrouwen gaven er 24 aan als laatste een bezoek te hebben gebracht aan de huisarts, 3 vrouwen gingen als laatste naar de specialist. Een ruime meerderheid van de respondenten vulde de vragen dus in met de huisarts in gedachten. Over het algemeen gaven de Turks Nederlandse ouderen in dit onderzoek aan, vrij veel vertrouwen in hun arts te hebben (tabel 4.4). Op bijna alle vragen gaven de respondenten bovengemiddeld positief antwoord. Op één vraag van de subschaal loyaliteit en op één vraag van de subschaal competentie werd iets minder positief gereageerd. Vrouwen en mannen gaven ongeveer gelijk antwoord op de vragen, zij ervoeren dus bijna evenveel vertrouwen in de arts.

Tabel 4.4 Gemiddelde scores vertrouwen in arts schaal

	Man (n=23)		Vrouw (n=27)		Totaal (n=50)	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Gemiddelde scores (1-5)¹						
Uw arts zal er alles aan doen om er voor te zorgen dat u de zorg krijgt die u nodig heeft (loyaliteit).	3.6	(1.5)	4.1	(1.0)	3.9	(1.3)
Soms stelt uw arts zijn/ haar eigen belang boven uw medisch belang (loyaliteit).	2.6	(1.5)	2.8	(1.3)	2.7	(1.3)
De medische vaardigheden van uw arts zijn niet zo goed als deze zouden moeten zijn (competentie).	2.7	(1.2)	2.8	(1.2)	2.8	(1.2)
Uw arts is uitermate zorgvuldig en nauwkeurig (competentie).	4.0	(1.2)	4.2	(0.7)	4.0	(0.9)
Soms besteedt uw arts geen volledige aandacht aan wat u hem/haar probeert te vertellen (competentie).	3.4	(1.5)	3.0	(1.3)	3.2	(1.4)
Uw arts informeert u in alle eerlijkheid over de verschillende behandelingen die voorhanden zijn voor uw aandoening (eerlijkheid).	4.0	(1.2)	4.0	(1.1)	4.0	(1.1)
U heeft alle vertrouwen in uw arts' beslissing over welke medische behandelingen het beste zijn (globaal vertrouwen).	3.6	(1.6)	3.7	(1.3)	3.7	(1.4)
U maakt zich er geen zorgen over om uw leven in handen van uw arts te leggen (globaal vertrouwen).	4.0	(1.1)	3.7	(1.2)	3.8	(1.1)
Al met al vertrouwt u uw arts volledig (globaal vertrouwen).	4.0	(1.0)	3.9	(1.2)	4.0	(1.1)
Totale schaal	3.5	(0.7)	3.6	(0.5)	3.6	(0.6)

¹Een hogere gemiddelde score betekent meer vertrouwen in de arts.

4.5 Ervaren zelfeffectiviteit en tevredenheid

Zowel de mannen als de vrouwen gaven in de vragenlijst aan over een redelijk grote mate van ervaren zelfeffectiviteit te beschikken tijdens het bezoek aan de huisarts, zoals de resultaten in tabel 4.5 laten zien. Ze hadden dus bijvoorbeeld het idee dat ze de arts naar zich konden laten luisteren, wisten welke vragen ze de arts willen stellen en konden hun grootste zorgen aan de arts vertellen.

Tabel 4.5 Gemiddelde scores ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek

	Man (n=23)		Vrouw (n=27)		Totaal (n=50)	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Gemiddelde scores (1-5)¹						
<i>Ik ben er zeker van dat ik...</i>						
de arts naar mij kan laten luisteren.	3.3	(1.3)	3.5	(1.3)	3.4	(1.3)
weet welke vragen ik de arts moet-wil stellen.	3.6	(1.2)	3.8	(1.2)	3.7	(1.2)
ervoor kan zorgen dat de arts al mijn vragen beantwoordt.	3.4	(1.4)	3.2	(1.5)	3.3	(1.4)
de arts vragen kan stellen over mijn grootste zorgen.	3.2	(1.3)	3.2	(1.5)	3.2	(1.4)
de bezoeken aan de arts optimaal kan benutten.	3.7	(1.3)	3.4	(1.4)	3.5	(1.3)
kan zorgen dat mijn arts mijn klachten of klachten serieus neemt.	3.5	(1.4)	3.5	(1.3)	3.5	(1.3)
begrijp wat de arts mij vertelt.	3.1	(1.5)	3.2	(1.4)	3.2	(1.4)
kan zorgen dat mijn arts iets doet aan mijn klachten.	4.0	(1.4)	3.6	(1.4)	3.8	(1.4)
mijn grootste klachten kan uitleggen aan de arts.	3.6	(1.3)	3.7	(1.3)	3.5	(1.3)
de arts om meer informatie kan vragen wanneer ik niet begrijp wat hij/ zij bedoelt.	3.8	(1.1)	3.5	(1.3)	3.7	(1.2)
Totale schaal	3.4	(0.9)	3.5	(1.0)	3.5	(1.0)

¹Een hogere gemiddelde score betekent een hogere ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek.

Tevredenheid

De ouderen gaven in de vragenlijst relatief vaak aan tevreden te zijn na afloop van hun meest recente artsbezoek, zoals in tabel 4.5.1 te zien is. Na het gesprek voelden zij zich dus bijvoorbeeld goed op de hoogte van de verschillende oplossingen voor het probleem, wisten zij goed wat hen te doen stond en voelden zij zich sterk en krachtig. Ook hadden ze het idee gemakkelijk een nieuwe afspraak met de huisarts te kunnen maken. Mannen en vrouwen waren bijna even tevreden na afloop van het artsbezoek.

Tabel 4.5.1 Gemiddelde scores tevredenheid na afloop artsbezoek

	Man (n=23) M (SD)		Vrouw (n=27) M (SD)		Totaal (n=50) M (SD)	
Gemiddelde scores (1-5) ¹						
Na het gesprek wist ik goed wat mij te doen stond.	3.4	(1.1)	3.6	(1.2)	3.5	(1.1)
Na het gesprek voelde ik mij goed op de hoogte van de verschillende oplossingen voor mijn probleem.	3.3	(1.4)	3.4	(1.5)	3.4	(1.4)
Na het gesprek wist ik goed wat ik moest doen om mijzelf gezond te houden.	3.6	(1.2)	3.4	(1.4)	3.5	(1.4)
Na het gesprek voelde ik mij sterk en krachtig	3.4	(1.0)	3.0	(1.5)	3.2	(1.3)
Na het gesprek voelde ik mij machteloos en neerslachtig.	3.9	(1.3)	3.6	(1.4)	3.7	(1.4)
Na het gesprek had ik het gevoel dat als ik het overnieuw had kunnen doen, ik het heel anders had gedaan.	3.4	(1.5)	3.4	(1.5)	3.4	(1.5)
Na het gesprek had ik het gevoel dat de juiste medicijnen waren voorgeschreven.	3.9	(1.4)	3.7	(1.6)	3.8	(1.5)
Na het gesprek had ik het gevoel dat ik een doorverwijzing naar de specialist had kunnen krijgen als ik dat nodig had gevonden.	4.0	(1.4)	3.6	(1.4)	3.8	(1.4)
Na het gesprek had ik het gevoel dat ik gemakkelijk weer een afspraak met de arts had kunnen maken als ik dat nodig zou vinden.	4.4	(1.0)	4.2	(0.9)	4.3	(0.97)
Totale schaal	3.7	(0.8)	3.6	(1.0)	3.6	(0.9)

¹Een hogere gemiddelde score betekent meer tevredenheid na afloop van het artsbezoek.

4.6 Samenhang tussen persoonlijke kenmerken, ervaren zelfeffectiviteit, tevredenheid en vertrouwen in de arts

Voordat antwoord gegeven kan worden op de laatste onderzoeksvraag, in hoeverre de persoonlijke kenmerken, ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek en tevredenheid na afloop van het artsbezoek het vertrouwen in de arts 'voorspellen', zal eerst worden gekeken naar de samenhang tussen de mogelijk voorspellende variabelen en het vertrouwen in de arts. In tabel 4.6 wordt een overzicht gegeven van deze samenhang.

4.6 Overzicht correlatieanalyse (n=50)

	1	2	3	4	5	6	7
Persoonlijke kenmerken							
1. Aantal jaren op school	1						
2. Moeite inkomen	ns	1					
3. Nederlandse taal	.35*	ns	1				
4. Ervaren zelfeffectiviteit	ns	-.32*	ns	1			
5. Tevredenheid	ns	-.39**	ns	.61***	1		
6. Globaal vertrouwen	ns	ns	ns	.53***	ns	1	
7. Totaal vertrouwen	ns	ns	ns	.44**	.37**	.73***	1

Correlaties zijn berekend met een Pearson correlatie analyse; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, ns= niet significant.

De resultaten laten allereerst een significante samenhang tussen opleiding en de Nederlandse taalvaardigheid zien. Hoe meer opleiding de Turks Nederlandse ouderen genoten hadden, hoe beter zij de Nederlandse taal spraken. De resultaten laten ook zien, dat hoe meer moeite een oudere aangaf te hebben rond te komen van het inkomen, hoe minder ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek en tevredenheid na afloop van het artsbezoek werd gerapporteerd. De ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek vertoonde een significante samenhang met de tevredenheid na afloop van het artsbezoek. Hoe meer ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek werd ervaren, hoe meer tevreden de ouderen waren na afloop. Omgekeerd ervoeren de ouderen ook meer zelfeffectiviteit, wanneer meer tevredenheid na afloop werd ervaren. De ervaren zelfeffectiviteit vertoonde ook een significant positieve samenhang met het globaal en totaal vertrouwen. De ouderen gaven dus aan meer globaal en totaal vertrouwen te ervaren, wanneer zij tijdens het artsbezoek meer zelfeffectiviteit ervoeren. Tot slot vertoonden tevredenheid na afloop van het artsbezoek en globaal vertrouwen en totaal en globaal vertrouwen significante samenhang. Hoe meer tevreden na afloop van het artsbezoek de ouderen aangaven te zijn, hoe meer globaal vertrouwen zij aangaven te hebben en hoe meer totaal vertrouwen zij rapporteerden, hoe meer globaal vertrouwen zij aangaven te hebben.

4.7 'Voorspellers' van vertrouwen in de arts

In deze paragraaf wordt gekeken of de persoonlijke kenmerken, ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek en tevredenheid na afloop van het artsbezoek het vertrouwen in de arts kunnen 'voorspellen'. Daarnaast wordt gekeken hoeveel van de variantie van het vertrouwen zij gezamenlijk kunnen verklaren. In tabel 4.7 wordt een overzicht gegeven van de resultaten van de regressieanalyse voor het globaal vertrouwen, in tabel 4.7.1 zijn de resultaten te vinden voor het totaal vertrouwen.

4.7 Overzicht regressieanalyse; voorspellers globaal vertrouwen (n=50)

	β^1	β^1	β^1
Persoonlijke kenmerken			
Opleiding	ns	ns	ns
Moeite inkomen	ns	ns	ns
Nederlandse taal	ns	ns	ns
Ervaren zelfeffectiviteit		0.54***	0.55**
Tevredenheid			ns
R^2	0.09	0.34	0.34
F	1.41	5.43**	4.25**
ΔR^2	0.09	+0.25	+0.00
ΔF	1.41	16.00***	0.01

¹Regressies zijn berekend met een lineaire regressieanalyse, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, ns= niet significant.

De regressieanalyse liet zien, dat de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek de belangrijkste 'voorspeller' was van globaal vertrouwen. Deze factor verklaarde zelfstandig 25% van de totale variantie. Zowel de persoonlijke kenmerken, als de tevredenheid na afloop van het artsbezoek voegden niets significant toe aan de verklaarde variantie.

4.7.1 Overzicht regressieanalyse; voorspellers totaal vertrouwen (n=50)

	β^1	β^1	β^1
Persoonlijke kenmerken			
Opleiding	ns	ns	ns
Moeite inkomen	ns	ns	ns
Nederlandse taal	ns	ns	ns
Ervaren zelfeffectiviteit		0.40**	ns
Tevredenheid			ns
R^2	0.10	0.24	0.26
F	1.57	3.23*	2.81*
ΔR^2	0.10	+0.14	+0.02
ΔF	1.58	7.48**	1.10

¹Regressies zijn berekend met een lineaire regressieanalyse, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, ns= niet significant.

Ook voor het totale vertrouwen bleek de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek de belangrijkste 'voorspeller' te zijn. In dit geval verklaarde de factor 14% zelfstandig van de variantie. De overige factoren, persoonlijke kenmerken en tevredenheid na afloop van het artsbezoek verklaarden niets significant van de variantie.

5. RESULTATEN UIT DE INTERVIEWS

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de interviews besproken. Eerst wordt de gezondheidssituatie van de respondenten besproken. Daarna zal dieper worden ingegaan op het zorggebruik in Nederland en Turkije en hierbij ervaren problemen op de gebieden Nederlandse taalvaardigheid in Nederland en corruptie en minder goede verzorging in Turkije. Daarna wordt aan de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek en tevredenheid aandacht besteed. Tot slot wordt ingegaan op het vertrouwen in de arts.

5.1 Gezondheidssituatie en bevorderen eigen gezondheid

Net als in de vragenlijsten, werd ook in de interviews gevraagd naar de gezondheidssituatie van de ouderen. De meeste ouderen gaven aan over het algemeen een slechte lichamelijke gezondheid en pijnklachten te ervaren. Chronische klachten als diabetes, een verhoogd cholesterol en een verhoogde bloeddruk werden in dit kader vaak genoemd. Toch waren er ook ouderen die zichzelf wel gezond en vitaal aangaven te voelen. Niet alle ouderen hadden last van hun chronische klachten, sommigen gaven aan zich door regelmatig medicijngebruik prima te voelen, anderen ervoeren wel de nadelen van hun chronische ziekte. Een aantal vrouwen gaf aan last van overgewicht te hebben. Vrouwen lieten zich wat negatiever over hun lichamelijke gezondheid dan mannen en zetten hun woorden soms kracht bij door te zuchten, of naar de pijnlijke plek te grijpen of te wijzen. Op vragen over geestelijke gezondheid werd over het algemeen terughoudend gereageerd. Toch waren er een aantal geïnterviewden die er wel een uitspraak over deden. Sommigen gaven aan zich geestelijk goed te voelen, enkelen gaven aan het geestelijk zwaar te hebben. Hierbij ging het dan om het ervaren van depressieve klachten, of geestelijke problemen door financiële zorgen. In tabel 5.1 zijn enkele citaten te vinden die de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de ouderen illustreren.

Tabel 5.1 Overzicht thema's en uitspraken lichamelijke en geestelijke gezondheid

Thema	Uitspraken
Lichamelijke gezondheid	
Algemeen	<i>'Met mijn gezondheid gaat het niet zo best', (vrouw, 56 jaar)</i> <i>'Met mijn gezondheid gaat het goed', (man, 73 jaar)</i>
Pijnklachten	<i>'Mijn rug doet pijn, mijn schouders doen pijn, mijn knie doet pijn, overal heb ik pijn. Oude mensen, die hebben overal pijn', (vrouw, 65 jaar)</i> <i>'Ook heb ik de laatste jaren veel pijn aan mijn benen, maar ook vanaf mijn schouders en mijn armen doet het erg pijn.....Ik heb echt ernstige pijn', (man, 65 jaar)</i>
Overgewicht	<i>'Mijn arts zegt al jaren dat ik moet afvallen', (vrouw, 65 jaar)</i>
Chronische aandoening	<i>'Mijn bloeddruk is te hoog, ik krijg ook harttabletten, maagtabletten en tabletten voor een verhoogd cholesterol', (man, 67 jaar)</i>
Geestelijke gezondheid	
Algemeen	<i>'Geestelijk gaat het goed met mij, ik denk aan vandaag, morgen zien we dan wel weer', (man, 73 jaar)</i>
Depressie	<i>'Alleen ik heb geestelijke problemen. Ik leef in depressie', (man, 57 jaar)</i>
Geldproblemen	<i>'Ja, dat wel, want ik maak me er vaak zorgen over. Dan voel ik me erg neerslachtig. We zijn al oud. Waarom moeten we het dan ook nog financieel zwaar hebben? Dat snap ik niet', (vrouw, 55 jaar)</i>

Bevorderen eigen gezondheid

In de interviews kwam ook het bevorderen van de eigen gezondheid aan de orde. De informatie over het bevorderen van de eigen gezondheid op het gebied van beweging en voeding kregen de respondenten vaak van de huisarts of tijdens georganiseerde voorlichtingsbijeenkomsten die veelal druk bezocht werden. Zo onderneemt welzijnsorganisatie 'Carinova' in Deventer veel actie om bijvoorbeeld overgewicht, een verhoogd cholesterol en diabetes bij de vrouwelijke Turks Nederlandse ouderen te verminderen. De ouderen gaven aan hier veel aan te hebben en de adviezen ook in praktijk te brengen. Ook waren er ouderen die aangaven veel (geestelijke) steun te vinden in de Koran. De citaten in tabel 5.1.1 illustreren de uitspraken van de geïnterviewden over de bevordering van de gezondheid.

Tabel 5.1.1 Overzicht thema's en uitspraken bevorderen eigen gezondheid

Thema	Uitspraken
Bevorderen eigen gezondheid	
Beweging en voeding	<i>'Ik loop elke dag 20 tot 30 kilometer. 25, 30 of 35 op een 's zomerse dag. En veel fietsen.....Ik gebruik natuur, ik leef natuur. Als ik alcohol ga drinken, ga ik wijn drinken. Want dat is ook natuur. Of sap, dat kan ook. Maar sap van groente en fruit, dat is de beste alcohol voor mij. Beter dan medicijnen. Daarvan leef ik', (man, 57 jaar)</i> <i>'Ik weet wat ik wel en niet kan eten en hou mezelf voldoende in beweging. Dat is ook erg belangrijk. Ik ga ook naar bijeenkomsten over diabetes en pas goed op mijn voeding. We wandelen nu elke dag door Deventer. Dat zei mijn huisarts en dat zeiden ze ook op de voorlichtingsbijeenkomst', (vrouw, 60 jaar)</i>
Religie	<i>'Ik lees veel in de Koran, dat geeft mij rust. Iedere dag geven wij Koranles aan huis, aan kinderen. Daarvan geniet ik ook, ik luister ook naar hun verhalen. Dan laat ik ze vertellen en geef advies. Ik leer ze dingen zoals dat ze, als ze naar de wc gaan, daarna goed hun handen moeten wassen, dus hygiënisch zijn en andere belangrijke dingen. Dat geeft me voldoening. Iedere dag zijn we daarmee bezig', (man, 70 jaar)</i>

5.2 Zorggebruik in Nederland en Turkije

Het zorggebruik kwam tijdens de interviews ook uitgebreid aan bod. Net als in de vragenlijst gaven veel ouderen aan (nog) geen hulp van een zorginstelling nodig te hebben. De ouderen die wel gebruik maakten van een zorginstelling kregen veelal huishoudelijke hulp. Hierbij vertelde een vrouw op verontwaardigde toon dat huishoudelijke hulp alleen vergoed wordt, indien de kinderen uit huis zijn. Zo vertelde ze dat toen haar zoon weer in huis kwam wonen, haar vergoeding voor huishoudelijke hulp stopte. Omdat mannen traditiegetrouw geen huishoudelijke taken uitvoeren, kwam deze vrouw alsnog in de problemen. Alle respondenten die hulp kregen van een zorginstelling, hadden een Turkse instelling gekozen, omdat de medewerkers van die instelling volgende de geïnterviewden de Turkse taal spreken en de Turkse cultuur en tradities kennen. Over deze instelling waren ze tevreden.

Over de zorg op dit moment, vergeleken met vroeger werd veel gesproken. Hierbij kwam het thema 'minder tijd en aandacht' aan de orde, zoals weergegeven in tabel 5.2. De meeste ouderen vonden dat de zorg vergeleken met vroeger slechter is geworden en dat dit vooral terug te zien is in de tijd en aandacht die aan je wordt besteed. Zo vertelden vrouwen over hun bevallingen, waarbij ze vroeger een week in het ziekenhuis mochten blijven en later na een dag alweer naar huis moesten. Ook mannen wisten voorbeelden te noemen van ervaringen waarbij het vroeger beter was. Volgens hen was er meer tijd, maar er werd ook meer aandacht aan je gegeven. De ouderen vonden het moeilijk een verklaring voor deze verandering te geven.

Ook kwam het artsbezoek in Turkije, en redenen hiervoor aan de orde. Bijna iedereen was wel eens bij een arts in Turkije geweest, diegenen die niet waren geweest noemden als reden het zich financieel niet te kunnen permitteren. De ouderen gaven aan het prettig te vinden de klachten in de eigen taal te kunnen uitleggen in Turkije. Ook wilden zij graag de mening van de arts over hun ziekte of klacht weten. Volgens de ouderen is het helemaal laten nakijken van het lichaam (complete bodycheck) erg duur, zij hadden hier dan ook geen ervaring mee. De meeste respondenten gaven echter aan alleen gebruik te hebben gemaakt van zorg in Turkije als dat op dat moment echt nodig was. Omdat zij vaak langere tijd in Turkije verblijven, is gebruik maken van zorg in Turkije vaak noodzakelijk. Tot slot werd er door sommige ouderen gebruik gemaakt van alternatieve zorg in Turkije. Hierbij ging het dan om het bezoeken van een dorpsvrouw en het gebruiken van speciale natuurlijke kruidenbaden. Deze kruidenbaden hebben volgens de geïnterviewden een weldadige invloed op het lichaam.

Tabel 5.2 Overzicht thema's en uitspraken zorg vroeger en nu, redenen artsbezoek Turkije

Thema	Uitspraken
Zorg vroeger en nu	
Minder tijd en aandacht	<i>Maar over de gezondheidszorg, daarvan heb ik toch het idee dat het minder is geworden. Er zijn dingen weg gehaald..... Vroeger lag je met hoofdpijn een dag in het ziekenhuis. Ik zie wel gebeuren dat het straks veel erger wordt, in de toekomst', (man, 63 jaar)</i> <i>'Vroeger, tien, vijftien jaar geleden was er veel meer aandacht.Het is alsof de aandacht nu minder is dan tien, vijftien jaar geleden', (vrouw, 67 jaar)</i>
Redenen artsbezoek Turkije	
Moeite met de taal	<i>'Een tijd later was ik in Turkije en wilde mijn klacht toch in mijn moedertaal uitleggen. Het is je moedertaal. Toen ik in Turkije was, kon ik mijn klacht wel goed uitleggen', (vrouw, 65 jaar)</i>
Ter plaatse zorg nodig	<i>'In Turkije kreeg ik last van bloedingen. Daarom ben ik toen naar die arts gegaan..... Het maakt me niet uit of het Turkije of hier is, waar ik problemen heb daar ga ik naar een arts. Omdat ik nu al een lange tijd in Nederland ben, ga ik meer hier naar de dokter dan in Turkije', (man, 70 jaar)</i>
Second opinion	<i>'Hier in Nederland wilde ik dat ze verder zouden onderzoeken, maar dat hebben ze niet gedaan. In Nederland hebben ze een normale scan gemaakt, maar daarmee kun je niet genoeg zien. Daarom hebben ze in Turkije een MRI scan gemaakt', (vrouw, 56 jaar)</i>
Alternatieve zorg	<i>In Turkije is een soort alternatief genezer, daar ben ik toen heen gegaan. We noemen dat een dorpsvrouw. Ze hebben bepaalde kruiden gebruikt voor een kruidenbad, gekookt en allerlei dingen gedaan. Ze hebben ook mijn rug gekraakt. Misschien heeft dat geholpen. Daarna ben ik in ieder geval veel meer opgeknapt', (vrouw, 56 jaar)</i>

Ervaren taalproblemen bij de arts in Nederland

De ervaren problemen met de Nederlandse taal kwamen ook uitvoerig aan bod in de interviews (tabel 5.2.1). Bijna alle ouderen gaven aan een slechte Nederlandse taalbeheersing te hebben. Daardoor namen ze vaak iemand mee om te vertalen tijdens het artsbezoek. Vaak werd hiervoor een oudste dochter meegenomen. Doordat gegevens in het patiëntendossier staan, gaven zij aan zich met kleine, of terugkerende klachten zelf te redden bij de arts. De ouderen verschilden van mening over ervaren problemen met taal, sommige ouderen redden zich wel met iemand die vertaalt, anderen vonden het heel moeilijk zelf klachten niet uit te kunnen leggen. In de interviews kwamen niet veel voorbeelden over de taal in brede zin aan bod. De vrouw die wel beeldspraak gebruikte voor de pijn in haar rug had daarmee geen problemen ondervonden bij de huisarts.

Tabel 5.2.1 Overzicht thema's ervaren problemen in Nederland bij de arts

Thema	Uitspraken
Taal bij de arts	
Vertalen algemeen	<i>Ik vertel mijn klachten, mijn man vertaalt dan..... Nee, als het wordt vertaald, gaat het verder wel goed. Er gaat altijd wel iemand mee', (vrouw, 60 jaar)</i>
Problemen met taal	<i>'Wanneer we gaan luister ik vooral, want zelf kan ik niks vertellen. Soms, als ik begrijp wat er gezegd word zeg ik 'ja' of 'nee'. Maar verder moet ik het maar aannemen en weer naar huis gaan. Wat moet ik dan, ik kan het hem zelf niet uitleggen. Maar er is niets aan te doen. Dat duurt als sinds 1971. Ik luister alleen', (vrouw, 65 jaar)</i> <i>'Nou, mijn klachten uitleggen via anderen gaat niet altijd goed. Het is moeilijk om dan uit te leggen wat je hebt', (man, 75 jaar)</i>
Taal in brede zin	<i>'Ik kwam bij hem met rugpijn. Ik vertelde hem dat ik het gevoel had dat meerdere honden in mijn rug hadden gebeten. Echt, het voelde alsof ik was gebeten', (vrouw, 57 jaar)</i>

Ervaren problemen in Turkije; geld en minder goede verzorging

Hoewel de meeste geïnterviewden ouderen aangaven wel eens gebruik te maken van zorg in Turkije, ondervonden ze daarbij wel veel problemen. De meesten gaven hierbij aan liever in Nederland behandeld te willen worden. Volgens de respondenten speelt corruptie en geld in Turkije een belangrijke rol. De ouderen zijn daar niet verzekerd, waardoor dus direct betaald moet worden voor zorg. Veel artsen maken hier volgens de geïnterviewden op handige wijze misbruik van. Hierbij was het opvallend dat de ouderen het moeilijk vonden negatief te spreken over de zorg in Turkije. Zo deed een oudere een negatieve uitspraak over geld in Turkije. Op de vraag of de artsen in Turkije dus niet eerlijk zijn werd bevestigend geantwoord. Toen vervolgens werd gevraagd of Nederlandse artsen dan wel eerlijk zijn, antwoordde de geïnterviewde dat Turkse artsen ook eerlijk zijn. Het antwoord was dus duidelijk tegenstrijdig. Daarnaast vonden de ouderen dat je in Turkse ziekenhuizen minder goede verzorging krijgt dan in Nederland. Hierover werd over het algemeen wel open gesproken. De citaten in tabel 5.2.4 geven een beeld van de ervaren problemen bij het zorggebruik in Turkije.

Tabel 5.2.4 Overzicht thema's en uitspraken ervaren problemen in Turkije met de zorg

Thema	Uitspraken
Ervaren problemen in Turkije met de zorg	
Geldproblemen	<i>'Als je in Turkije verzekerd bent, net als wij in Nederland bij een zorgverzekeraar, dan zijn er ziekenhuizen die heten dus 'verzekering ziekenhuizen'. Dat geeft dus aan dat het ziekenhuis aangesloten is bij die zorgverzekeraar. Maar wat er gebeurt, als ik naar het ziekenhuis ga dat is aangesloten bij mijn zorgverzekeraar, dan geeft de arts mij een blaadje en zegt kom morgen maar bij mijn eigen kantoor. En daar moet je dus betalen. Dus als je daar naartoe gaat, moet je betalen. Maar als je naar het ziekenhuis gaat, verwijst hij je door naar zijn eigen kantoor. Ze zijn op je geld uit, echt waar', (vrouw, 67 jaar)</i> <i>'Tja, ik moet het eerlijk zeggen. Misschien zijn niet alle Turkse artsen zo, maar je kunt er wel één tegenkomen die zegt 'we moeten uw been eruit halen', omdat hij dan geld kan verdienen', (vrouw, 56 jaar)</i>
Minder goede verzorging	<i>En in Turkije verzorgen ze je niet goed in ziekenhuizen. Ga maar liggen en wachten tot ze tijd voor je hebben. Dat is het verschil en hier hebben ze aandacht voor ons. Het mooie aan Nederland is; als ik hier in het ziekenhuis lig, is er een verpleegster die er is, die rond loopt. Die me helpt als ik haar nodig heb. In Turkije komt er niemand langs als je in het ziekenhuis ligt. Niemand die vraagt of je iets nodig hebt, niemand. Ze zorgen niet voor je. Ze hebben geen interesse. Die tonen geen interesse', (vrouw, 67 jaar)</i>

5.3 Ervaren zelfeffectiviteit

In de interviews kwam ook het thema 'ervaren zelfeffectiviteit' naar voren. Wel kwamen hierbij andere onderwerpen aan bod dan bij de vragenlijsten. Aan de ene kant ervoeren de ouderen een hoge ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek in de zin dat ze bij de arts goed konden spreken over medicijnen en een doorverwijzing konden krijgen, wanneer zij dat nodig vonden. Ook hadden sommige ouderen het idee dat zij hun grootste zorgen met de arts konden bespreken. Aan de andere kant gaven enkele ouderen aan soms een lage ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek te ervaren. Zo zeiden sommige ouderen het moeilijk te vinden om voor zichzelf op te komen of wilden niet zeuren. Enkele uitspraken over dit thema zijn weergegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3 Overzicht thema's en uitspraken ervaren zelfeffectiviteit

Thema	Uitspraken
Hoge ervaren zelfeffectiviteit	
Medicijnen en doorverwijzen	<i>'Als medicijnen niet helpen, kan ik zeggen dat ze niet helpen. Dan krijg ik andere', (man, 70 jaar)</i> <i>'Ja, dat gaat prima, ik vraag hem gewoon en dan verwijst hij me door', (man, 67 jaar)</i> <i>'De arts stuurt me door als ik dat nodig vind en ik kan hem alles vertellen', (vrouw, 55 jaar)</i>
Lage ervaren zelfeffectiviteit	
Niet durven opkomen voor zichzelf	<i>'Maar een Nederlander zou nu geen pijn meer hebben. Omdat Nederlanders opkomen voor hun rechten en zeggen wat ze nodig hebben.....Omdat wij het niet weten, kunnen wij er niet achteraan, we kunnen niet voor onszelf opkomen', (vrouw, 65 jaar)</i>
Niet willen zeuren	<i>'Niks, we laten het erbij. Ja, mensen zeggen wel dat we door moeten gaan en door moeten vragen.....We willen geen zeurmensen zijn', (vrouw, 63 jaar)</i>

5.4 Tevredenheid

Globaal gesproken waren de ouderen wel tevreden over hun arts, zoals blijkt uit de citaten in tabel 5.4. Minder tevreden waren ze echter over het organisatorische beleid, zo gaven ze aan dat het moeilijk is om een afspraak met de huisarts te maken. Hierbij werd het afwachtende beleid van de huisarts vaak als struikelblok genoemd. De ouderen gaven aan vaak lang te wachten met te bellen als ze klachten hebben. Ze gaven aan het vervelend te vinden dat ze, als ze bellen niet meteen geholpen worden, maar bijvoorbeeld eerst een paracetamol moeten nemen, of later terug moeten bellen. Hier bestaat een discrepantie tussen de interviews en de vragenlijst. In de vragenlijst gaven de ouderen aan wel gemakkelijk een nieuwe afspraak met de huisarts te kunnen maken als dat nodig was. Tijdens de interviews werden daar dus andere uitspraken over gedaan.

Tabel 5.4 Overzicht thema's en uitspraken tevredenheid

Thema	Uitspraken
Tevredenheid	
Tevredenheid huisarts	<i>'Over mijn huisarts ben ik echt 100% tevreden', (vrouw, 56 jaar)</i> <i>'Over mijn huisarts ben ik ook tevreden', (man, 65 jaar)</i> <i>'Ik ben erg tevreden over mijn huisarts', (man, 73 jaar)</i>
Ontevredenheid	
Organisatorisch ontevreden	<i>'Graag wil ik sneller geholpen worden. Als ik bel, dan ben ik echt ziek, want ik kom bijna nooit. Ik wil dan niet een afspraak voor de volgende dag of de dag daarop. Ik wil dan gelijk geholpen worden', (vrouw, 63 jaar)</i> <i>'En niet terugbellen over een week, mensen moeten meteen geholpen worden. Als iemand naar de arts gaat die niets heeft, moet deze persoon erop aan gesproken worden. Daar hoeft niet de overige 90 procent voor te boeten. Bijvoorbeeld als ik wist dat ik een half uur aan de lijn moest blijven, daarna mijn halve dag kwijt was aan een doktersbezoek en vervolgens te horen krijg dat ik pijnstillers moest nemen, had ik ook wel naar Kruidvat kunnen gaan', (vrouw, 57 jaar)</i>

Vergelijking zorg Nederland- Turkije

Resumerend gaven de meeste ouderen aan het liefste in Nederland gebruik te maken van zorg. Hierbij werden de zwaarwegende nadelen bij een artsbezoek in Turkije genoemd. In Nederland is iedereen verzekerd en krijgt iedereen volgens de ouderen een goede verzorging. Daarbij vonden sommige respondenten de artsen in Nederland ook beter. Enkele citaten waarin de ouderen een vergelijking maakten tussen de zorg in Nederland en Turkije, zijn te vinden in tabel 5.4.1.

Tabel 5.4.1 Overzicht thema's en uitspraken vergelijking zorg Nederland- Turkije

Thema	Uitspraken
Vergelijking zorg Nederland- Turkije	
Keuze voor behandeling in Nederland	<i>'In Turkije vertelde iedereen mij een ander verhaal. De een zei doe het maar en de ander zei van niet. Toen wist ik het niet meer. Ik dacht, ik word liever in Nederland geopereerd, daar weten ze het vast beter', (vrouw, 65 jaar)</i> <i>'Nee, ik blijf hier voor de dokter. Ik vind de dokters hier prettig. In Turkije operen ze snel. In Nederland heb ik geen problemen gehad met mijn huisarts of specialist in het ziekenhuis. Nee, ik kan het niet vergelijken. Ik heb het zelf gezien. In Turkije stellen ze een operatie voor. Pffff. Nee, als ik echt ziek ben, ga ik terug naar Nederland', (man, 73 jaar)</i> <i>'Ik vind Nederlandse artsen beter dan Turkse artsen', (man, 70 jaar)</i>

5.5 Vertrouwen in de arts

Tijdens de gesprekken kwam het vertrouwen in de arts ook aan bod. Net als in de vragenlijsten, spraken de ouderen nagenoeg altijd over hun huisarts. Het vertrouwen in de arts kwam soms expliciet, en soms minder expliciet aan bod. Bij het analyseren van de interviews werden de thema's, zoals geformuleerd in het theoretisch framework van Hall et al. (2001) terug gevonden. De ouderen deelden hun ervaringen over de competentie van de arts, de loyaliteit van de arts, eerlijkheid van de arts en ze vertelden over het globaal vertrouwen dat ze hadden in hun arts. Over het algemeen gaven de ouderen aan vertrouwen te hebben in de Nederlandse artsen. Toch werden ook enkele minder positieve uitspraken over het vertrouwen in de arts gedaan.

Over de competentie van de huisarts waren de Turks Nederlandse ouderen deels negatief en deels positief, zoals in tabel 5.5 geïllustreerd is met uitspraken. Aan de ene kant werden er positieve ervaringen over de competentie van de huisarts genoemd. Zo vonden de respondenten dat de huisarts goed doorverwees indien nodig, dat de huisarts de juiste kennis in huis had en dat er voldoende aandacht aan hen werd geschonken. Aan de andere kant spraken de ouderen zich negatief uit over het gevoel niet serieus genomen te worden door hun arts. Daarbij gaven zij aan te vinden dat er geen solide oplossing voor hun problemen werd geboden, in plaats van pijnstillers voor te schrijven zeiden zij naar een 'echte oplossing' te verlangen. Op de vraag of er wel een oplossing bestaat voor hun klachten antwoordden de ouderen vaak dat het wel zo moet zijn, maar dat zij geen arts zijn en dat dus niet weten. In dit kader gaven vrouwen bijvoorbeeld aan moeite te hebben met afvallen. De arts gaf wel aan dat ze moesten afvallen, maar ze gaven aan niet te weten hoe dit in praktijk te brengen. Ze voelden zich hierin niet serieus genomen door de arts, en bovendien werd er volgens hen geen andere goede oplossing voor het probleem geboden. De ouderen spraken zichzelf soms dus tegen, hieruit blijkt dat een begrip als vertrouwen in de arts niet eenvoudig te meten is. Hoewel de ouderen zich dus vaak niet serieus genomen voelden, vonden ze wel dat de arts goed luisterde en hen voldoende aandacht schonk. Ook beschikte hij volgens de ouderen wel over de juiste kennis.

De ouderen spraken zich positief uit over de loyaliteit van de arts wanneer het ging om het bieden van voldoende hulp en steun. Bij dit thema kwam ook een uitspraak over discriminatie voor, zoals in tabel 5.5.1 te zien is. De geïnterviewde, een hartpatiënt, vertelde zijn verhaal. Hij was op vakantie in Turkije en had erg veel last, hij was moe en futloos en maakte zich veel zorgen. Om die reden ging hij naar een arts in Turkije, die hem vertelde dat hij onmiddellijk terug naar Nederland moest gaan. Eenmaal terug in Nederland kreeg hij van zijn cardioloog het verwijt naar de arts in Turkije te zijn gegaan. Hier sprak duidelijk het eigenbelang van de arts, aan de argumenten van de patiënt werd hier voorbijgegaan. De man heeft dit voorval als erg onprettig ervaren en gaf aan zich gediscrimineerd te voelen.

Over de eerlijkheid van de arts verschilden de ouderen ook van mening, zoals te zien is in tabel 5.5.1. Sommige ouderen vonden dat de Nederlandse artsen in het algemeen wel eerlijk zijn. Anderen lieten zich minder positief uit. Hierbij ging het vooral om het nakomen van gemaakte beloftes. Zo vertelde een vrouw zeer emotioneel over het aan haar beloofde revalidatietraject dat na haar operatie niet zoals afgesproken werd uitgevoerd. Ze voelde zich daardoor erg in de steek gelaten en bedrogen. Ook was er een vrouw die het idee had dat er dingen voor haar werden achter gehouden, en dat niet alles aan haar werd verteld. In haar eigen woorden zei ze dus de artsen niet helemaal eerlijk te vinden.

Ook werden enkele globale uitspraken over vertrouwen in de arts gedaan, zoals te zien in tabel 5.5.1. Globaal gesproken hadden de ouderen wel vertrouwen in hun arts. Hierbij gaven ze aan meer vertrouwen in de Nederlandse, dan in de Turkse zorg te ervaren.

Tabel 5.5 Overzicht thema's en uitspraken vertrouwen in de arts (competentie)

Thema	Uitspraken
Competentie- positief	
Goed doorverwijzen	<i>Als ik mijn problemen vertel en de dokter kan er wat aan doen, dan geeft hij medicijnen. En als het nodig is, stuurt hij me door. Dat is gewoon fijn. Maar de dokter verwijst ons altijd door of geeft de goede medicijnen. Soms stuurt hij me door naar het ziekenhuis, of therapie. Of massage', (vrouw, 67 jaar)</i> <i>'Hij gelooft me en verwijst me altijd door als dat nodig is', (man, 73 jaar)</i>
Juiste kennis	<i>'Nou, de huisarts heeft wel heel veel kennis hoor', (vrouw, 63 jaar)</i>
Veel aandacht	<i>'Ja, hoor hij weet alles. Hij is heel goed, heel aardig. Hij neemt alle tijd. Ik ben al meer dan dertig jaar bij hem, hij luistert altijd, hij neemt altijd de tijd voor mij. Lekker rustig praten', (vrouw, 56 jaar)</i> <i>'Hij luistert heel goed. Gebruikt veel begrijpelijke taal. Zodat wij het kunnen begrijpen', (man, 67 jaar)</i>
Competentie- negatief	
Niet serieus nemen	<i>'Wanneer ik pijn heb, krijg ik dus pijnmedicijnen. Als er iets anders nodig is, zijn wij zelf diegene die onderzoek verrichten. Mijn dochter doet dat bijvoorbeeld. Zij vond bijvoorbeeld het middel 'glucosamine'. Wanneer we dit aan de dokter voorleggen krijgen we te horen dat er geen bewijs is dat dit middel werkt. Dat is zijn simpele antwoord, daarmee negeert hij het gewoon. Als we hem vragen wat er dan wel werkt, en dat we het zelf wel willen kopen als hij het niet wil voorschrijven, dan nog krijgen we geen antwoord', (vrouw, 57 jaar)</i> <i>'Ik ga niet voor de lol naar de huisarts, maar ik heb hem dan echt erg nodig. Ik heb echt ernstige pijn, ik zit op mijn laatste punt. Ze moeten dan wel meewerken. Je zegt niet zomaar, ik heb pijn en ik ga. Ik ga als ik echt pijn heb. Niet voor de lol', (man, 63 jaar)</i>
Geen oplossing bieden	<i>'AFVALLEN!? Hoe kan ik nou afvallen? Als ik niet kan bewegen. Maar soms zegt de huisarts van 'dat heb ik ook', als ik over een klacht vertel. Dan worden we echt kwaad hoor. Tweedehands, ja tweedehands voel ik mij dan. Niet eersteklas, tweedeklas. Ja, tweedeklas!', (vrouw, 63 jaar)</i> <i>'Maar we weten nog steeds niet wat het dan wel is. Ik heb dus pijnstillers, maar die helpen niet. Die pijn moet toch ergens vandaan komen? Je hebt niet zomaar pijn aan je knie. Waar komt de pijn vandaan, dat wil ik weten', (man, 65 jaar)</i>

Tabel 5.5.1 Overzicht thema's en uitspraken vertrouwen in de arts (loyaliteit, eerlijkheid en globaal vertrouwen)

Thema	Uitspraken
Loyaliteit- positief Hulp en steun bieden	<i>'Hij vraagt wat er aan de hand is, hij biedt hulp..... Hij doet alles dat nodig is, hij maakt een foto als het nodig is en andere dingen onderneemt hij', (vrouw, 67 jaar)</i>
Loyaliteit- negatief Discriminatie	<i>'Ik krijg genoeg steun van mijn huisarts', (man, 70 jaar)</i> <i>'Er is discriminatie. Op het moment dat ik hun met opzet niet vertrouw, niet geloof en in Turkije een second opinion vraag of me daar laat behandelen en ik kom terug, dan is er discriminatie. Dan verzorgen ze je niet meer. Ja, dat is mij overkomen. Toen ik dus onwel werd in Turkije en ik daar naar de arts ging en ik kwam terug zei mijn hartarts, dat is een vrouw, op een onaangename manier 'Moeten wij met uw hartproblemen aan de slag, of doen de artsen in Turkije dat'? Zo van, waar bent u mee bezig? Dat heeft ze in mijn gezicht gezegd. Ik zei dat zij het natuurlijk moest doen, ik leef hier, ik kom hier. Maar ik ben daar onwel geworden..... Dus ik apprecieerde het absoluut niet. Het achterliggende gevoel is dan toch discriminatie. Zo van hoor je bij de ene groep, of hoor je bij de andere groep', (man, 63 jaar)</i>
Eerlijkheid	<i>'In Nederland zijn de artsen zeker eerlijk', (vrouw, 67 jaar)</i>
Oneerlijkheid Dingen achter houden	<i>'Ze willen alles van mij weten, alle antwoorden, ze zorgen wel dat ze erachter komen. Van top tot teen, alles willen ze weten. Maar ze zijn geheimzinnig, ze vertellen niet alles, ze vertellen niet alle mogelijkheden, ze vertellen niet wat allemaal kan. Ze houden dingen achter. Ze vertellen niet alles. Wij zijn eerlijk, we vertellen gewoon alles', (vrouw, 57 jaar)</i>
Beloftes nakomen	<i>'Na de operatie zou ik twee maanden revalidatie krijgen om mij er weer bovenop te helpen. Na de operatie moest ik wachten en kreeg niets. Veel medicijnen kreeg ik, tegen de pijn, maar geen oplossing. Na twee maanden alleen in het ziekenhuis te hebben gelegen kreeg ik nog geen revalidatie. Het was wel beloofd. Ik lag daar alleen maar in het ziekenhuis en voelde me eenzaam. Op een dag moest ik zelf een stukje gaan lopen, maar ze lieten me alleen. Toen ontstond een infectie in mijn knie. Dat was heel erg gevaarlijk en ik werd ontzettend ziek. Ze hebben tegen mij gelogen', (vrouw, 65 jaar)</i>
Globaal vertrouwen	<i>'Ja, er is wel vertrouwen, ik vertrouw het wel', (man, 63 jaar)</i> <i>'Ik kan het hier meer vertrouwen dan in Turkije', (man, 70 jaar)</i> <i>'Ik vertrouw de artsen wel', (vrouw, 56 jaar)</i>

6. CONCLUSIE & DISCUSSIE

De resultaten in dit onderzoek waren niet zonder verrassingen en lieten, in tegenstelling tot andere onderzoeken, een positieve tendens zien. De onderzoeksresultaten wijzen uit dat de Turks Nederlandse ouderen die deelnamen positief waren over de algemene beleving van het ouder worden en het zorggebruik in Nederland. Ook gaven zij aan over een hoge mate van ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek te beschikken en tevreden te zijn over de zorg. Daarnaast hadden de meeste ouderen vertrouwen in de arts. Wel waren zij minder positief over hun lichamelijke gezondheid en ervoeren het ouder worden vooral in termen van fysiek verlies. Met de titel van dit onderzoeksrapport: *'Baklava en zoete praatjes'; ouder worden in multicultureel Nederland*, is getracht deze voornamelijk positieve conclusie te verwoorden. In dit hoofdstuk worden eerst de persoonlijke kenmerken van de Turks Nederlandse ouderen die deelnamen aan het onderzoek besproken. Vervolgens zal antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen. Ook wordt aandacht besteed aan de beperkingen van het onderzoek en zullen zowel wetenschappelijke als praktische aanbevelingen worden gedaan. Tot slot zal een model worden gepresenteerd waarin de mogelijke relaties tussen de belangrijkste conclusies en aanbevelingen schematisch worden weergegeven.

De onderzoeksvragen van dit onderzoek luiden als volgt:

1. *Hoe is het gesteld met de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de Turks Nederlandse ouderen en hoe beleven zij het ouder worden?*

2. *Welke ervaringen hebben de Turks Nederlandse ouderen met de zorg in Nederland en Turkije?*

Deze onderzoeksvraag bestaat uit de volgende subvragen:

- a. Hoe is het gesteld met het zorggebruik van de groep Turks Nederlandse ouderen?
- b. Wat zijn ondervonden problemen met de zorg in Nederland en Turkije?
- c. Welke redenen worden genoemd voor zorggebruik in Turkije?

3. *Hoe is het gesteld met het vertrouwen in de Nederlandse arts van de Turks Nederlandse ouderen?*

Hierbij kan de volgende deelvraag worden onderscheiden:

In hoeverre spelen de ondervonden loyaliteit, competentie en eerlijkheid van de arts een rol bij het vertrouwen in de arts van de Turks Nederlandse ouderen?

4. *In hoeverre zijn de onderstaande factoren voorspellers van het vertrouwen in de arts van de Turks Nederlandse ouderen?*

- a. Persoonlijke kenmerken (Nederlandse taalbeheersing, moeite om rond te komen van het inkomen en opleidingsniveau)
- b. Ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek
- c. Tevredenheid na afloop van artsbezoek

6.1 Bevindingen uit het onderzoek

De Turks Nederlandse ouderen die deelnamen aan het onderzoek

De Turks Nederlandse ouderen die deelnamen aan dit onderzoek waren tussen de 55 en 75 jaar oud. Voor een minimale leeftijdsgrens van 55 jaar werd gekozen, omdat eerder onderzoek aantoonde dat Turks Nederlandse ouderen zich al vroeg 'oud' voelen (Yerden, 2000; Schellingerhout, 2004; Dijkstra, 2006). De ouderen die deelnamen waren laagopgeleid, het merendeel had alleen een basisschoolopleiding gevolgd. Vrouwen waren lager opgeleid dan mannen. Deze bevindingen werden ook in eerder onderzoek gevonden (Schellingerhout, 2004). De helft van ouderen gaf aan gelovig te zijn, eendere gaf aan niet gelovig te zijn en het resterende aantal wilde geen antwoord geven op deze vraag. Dit is niet in overeenstemming met eerder onderzoek, waar alle Turks Nederlandse ouderen die deelnamen aangaven moslim te zijn (Dijkstra, 2006).

In de vragenlijst gaven de Turks Nederlandse ouderen aan moeite te hebben om iedere maand rond te komen van hun inkomen, dat is in overeenstemming met eerder onderzoek (Yerden, 2000; de Vries & Smits, 2003; Schellingerhout, 2004). Ook na afloop van de interviews vroegen de ouderen vaak nog even aandacht voor hun slechte financiële economische positie. De ouderen gaven in de vragenlijst aan niet voorgoed terug te willen keren naar Turkije, in de interviews werden hierbij kinderen en kleinkinderen als voornaamste reden genoemd. Dat is tevens in overeenstemming met eerder onderzoek (Meijenfildt & von Moerbeek, 1999; Schellingerhout, 2004). Tevens analoog aan eerder onderzoek (Yerden, 2000; de Vries & Smits, 2003; Schellingerhout, 2004) werd zowel uit de resultaten van de vragenlijsten, als tijdens de interviews duidelijk dat de ouderen over een slechte Nederlandse taalbeheersing beschikten. Hierbij waren ze om zich te redden in Nederland afhankelijk van anderen.

Gezondheidssituatie, beleving van het ouder worden en bevorderen eigen gezondheid

In dit onderzoek werd zowel in de vragenlijsten als in de interviews aandacht besteed aan de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de Turks Nederlandse ouderen. Uit de resultaten van de vragenlijsten werd ook meer inzicht verkregen in de beleving van het ouder worden, de interviews verschaften meer inzicht in het bevorderen van de eigen gezondheid.

Zowel in de vragenlijsten, als in de interviews, gaven de ouderen aan veel last te hebben van lichamelijke klachten. Deze resultaten zijn in overeenstemming met ander onderzoek (Dagevos, 2001; Schellingerhout, 2004; Bode et al., 2007). Een reden hiervoor kan gevonden worden in het zware lichamelijke werk dat de meeste ouderen in het verleden, zowel op het platteland in Turkije, als later in de fabriek in Nederland uitvoerden (Yerden, 2000). In de interviews werden veel chronische klachten als diabetes en een verhoogd cholesterol genoemd. Ook hartproblemen en overgewicht zorgden voor een minder goede lichamelijke gezondheid voor de ouderen. Vooral de vrouwen spraken over lichamelijke pijn en 'overal pijn in het lichaam'.

Uit de vragenlijsten kwam naar voren dat vrouwen over een opvallend betere geestelijke gezondheid beschikten dan mannen. Hierbij werden ze emotioneel ook minder gehinderd bij het ondernemen van sociale activiteiten zoals familiebezoek dan mannen. De meeste mannen in dit onderzoek waren tussen de 65 en 75 jaar. Men kan zich voorstellen dat het ouder worden gepaard gaat met een minder goede geestelijke gezondheid. Echter, dit effect werd niet gevonden in eerder onderzoek (Schellingerhout, 2004, Wingen & Otten, 2008). In vergelijking met autochtone ouderen, rapporteerden zowel de mannen als de vrouwen een lagere geestelijke gezondheid, in overeenstemming met eerder onderzoek (Dagevos, 2001; Schellingerhout, 2004; Wingen & Otten, 2008).

In de interviews werd door de meeste ouderen niet, of moeizaam over hun geestelijke gezondheid gesproken. Het niet openlijk spreken over psychische problemen vormt in de praktijk vaak een probleem. Nog te weinig Turks Nederlandse ouderen maken gebruik van de geestelijke gezondheidszorg, terwijl ze hier wel behoefte aan hebben. Het niet 'buiten hangen van vuile was' speelt hierbij een belangrijke rol bij (de Graaff & Francke, 2002). Daarnaast kunnen we ons indenken dat de ouderen onbekend zijn met het bespreken van psychische problemen en niet goed beseffen dat psychische problemen tot lichamelijke klachten kunnen leiden. Dit kan leiden tot het somatiseren van klachten dat de communicatie tussen de huisarts en Turks Nederlandse ouderen bemoeilijkt (Dagevos, 2001). Hierdoor blijven psychische problemen mogelijk onbelicht. Als de ouderen lichamelijk in orde lijken te zijn, worden vaak geen medicijnen voorgeschreven. Hierdoor voelen de Turks Nederlandse ouderen zich op hun beurt niet serieus genomen door de huisarts (Dagevos, 2001). Dit thema kwam ook in de interviews naar voren, waar de ouderen zich soms afvroegen waarom er geen goede oplossing werd geboden voor hun lichamelijke problemen. In de praktijk geven huisveel artsen aan, moeite te hebben met de omgang met Turks Nederlandse ouderen en hun klachten. Wanneer Turks Nederlandse ouderen hun klachten somatiseren en het artsbezoek pas bevredigend vinden wanneer zij medicijnen krijgen voorgeschreven of een doorverwijzing krijgen, wordt de huisarts in een moeilijke positie gebracht (Dagevos, 2001).

In de vragenlijst kwam de beleving van het ouder worden aan bod. Hoewel de ouderen aangaven het ouder worden vooral in termen van fysiek verlies te ervaren, waren de Turks Nederlandse ouderen in dit onderzoek positiever over de totale beleving van het ouder worden dan in eerder onderzoek (Dijkstra, 2006). Bovendien verschilden zij hierin nauwelijks van autochtone ouderen die meededen aan het onderzoek van Westerhof (2003). In de interviews kwam het bevorderen van de eigen gezondheid aan bod. Sommige ouderen gaven aan, hun gezondheid te bevorderen door te bewegen of vonden steun in de Koran. Het meer gaan bewegen kwam vaak als advies van een huisarts of werd tijdens georganiseerde bijeenkomsten door zorginstellingen gegeven. Hoewel de ouderen lichamelijk dus veel klachten beschreven, was de totale beleving van het ouder worden wel opvallend positief en probeerden de ouderen hun eigen gezondheid te bevorderen door het advies om meer te gaan bewegen op te volgen.

Het zorggebruik in Nederland en Turkije en hierbij ondervonden problemen

In dit onderzoek werd tevens duidelijk dat een verslechterde gezondheidssituatie voor de ouderen een verhoogd zorggebruik met zich mee bracht. De resultaten hebben meer inzicht verschaft in de ervaringen van de Turks Nederlandse ouderen met de zorg in Nederland en Turkije. Zowel in de vragenlijsten, als in de interviews kwam de frequentie van het zorggebruik aan bod. Ook werd meer duidelijk over de ondervonden problemen met de zorg in Nederland en Turkije en konden redenen voor een zorgbezoek in Turkije achterhaald worden.

De huisarts en specialist in het ziekenhuis in Nederland werden vaak bezocht door de Turks Nederlandse ouderen. Vooral vrouwen bezochten de huisarts vaak. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek (Schellingerhout, 2004; Weide & Foets, 2007). Net als in eerder onderzoek (Schellingerhout, 2004) waren in dit onderzoek chronische klachten als diabetes of een te hoog cholesterol voor de ouderen de meest voorname reden voor een groter aantal artsbezoeken.

De ouderen ondervonden tijdens het zorggebruik in Nederland vooral problemen op het gebied van een slechte Nederlandse taalbeheersing. Daarnaast gaven de ouderen zowel in de interviews, als in de vragenlijst aan dat de kwaliteit van de zorg de afgelopen jaren achteruit is gegaan. Hierbij werd in de interviews vooral gesproken over minder tijd en aandacht in de zorg.

Deze problemen waren echter geen reden om meer zorg in Turkije te zoeken. De ouderen gaven aan het wel prettig te vinden in Turkije hun klachten in hun eigen taal te kunnen vertellen. Echter, geldproblemen en corruptie waren belangrijkere redenen waarom men aangaf weinig gebruik te maken van zorg in Turkije. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek (Yerden, 2000), waar het ontbreken van corruptie bij de Nederlandse ziekenhuizen als groot voordeel wordt gezien door Turks Nederlandse ouderen. Daarbij vonden de ouderen dat je in Turkse ziekenhuizen minder goed verzorgd wordt dan in Nederland. Geen van de geïnterviewde respondenten ging speciaal voor een artsbezoek of behandeling naar Turkije en maakten liever in Nederland gebruik van zorg.

Zowel in de interviews, als in de vragenlijsten gaven de ouderen aan vooral van zorg in Turkije gebruik te maken wanneer dat noodzakelijk was op dat moment. Omdat de ouderen vaak langere tijd in Turkije verblijven is het met bijvoorbeeld hartklachten of diabetes noodzakelijk van hulp in Turkije gebruik te maken. Sommige geïnterviewde ouderen gaven aan via familie of vrienden een arts te kennen, waardoor ze soms als ze in Turkije waren de mening van de arts over een bepaald gezondheidsprobleem vroegen. Ook in de vragenlijst gaf een vijfde aan de mening van een Turkse arts te vragen. In de vragenlijst gaf eenzelfde aantal aan wel eens een complete bodycheck te laten uitvoeren in Turkije, de geïnterviewden gaven aan hier geen financiële middelen voor te hebben.

Vertouwen in de Nederlandse arts en de rol van loyaliteit, competentie en eerlijkheid

Wetenschappers pretenderen dat er geen twijfel kan bestaan over het belang van vertrouwen in zorgrelaties, omdat vertrouwen een kernelement vormt in bijvoorbeeld de relatie tussen arts en patiënt. (Pearson & Raeke, 2000; Hall, Zheng, Dugan, Camacho, Kidd, Mishra et al., 2002; Petersen, 2002; Thom, Hall & Pawslon, 2004). Toch is het vertrouwen dat de Turks Nederlandse ouderen hebben in hun Nederlandse arts nog niet eerder onderzocht. Om dit vertrouwen systematisch te kunnen meten werd op basis van onderzoek van Hall et al. (2001,2002) het vertrouwen opgedeeld in de dimensies loyaliteit, competentie en eerlijkheid.

In de vragenlijsten rapporteerden de ouderen een hoog vertrouwen in de arts, zij gaven aan de arts over het algemeen loyaal, competent en eerlijk te vinden. In de interviews spraken de meeste ouderen ook hun vertrouwen in de arts uit. Over de competentie van de arts spraken zij zichzelf het meeste uit. Hierover werd zowel positief als negatief gesproken. Zij voelden zich door de arts niet altijd serieus genomen, en hadden soms het idee dat er geen echte oplossing werd geboden voor hun problemen. Hierbij ging het vaak over pijn die door de dokter met 'pijnmedicijnen' (pijnstillers) bestreden werd. Of de vraag of er dan wel een oplossing bestaat, werd meestal ontwijkend geantwoord. Het eerder in dit hoofdstuk beschreven somatiseren van klachten zou hierbij een rol kunnen spelen (Dagevos, 2001). Daarnaast blijkt dat Turks Nederlandse ouderen het moeilijk vinden een klacht te accepteren die niet te genezen is. In de praktijk kan dit bijvoorbeeld in de palliatieve zorg communicatie- en medische problemen opleveren voor zowel de terminale patiënt, de betrokken familie en de arts (de Graaff, Francke, van den Muijsenbergh & van de Geest, 2009).

Ook werd over competentie gesproken in de term van het onvoldoende geven van steun. Sommige vrouwen gaven aan het moeilijk te vinden om af te vallen en vonden de arts niet voldoende competent in het geven van steun bij dit proces. Dit is in overeenstemming met ander onderzoek (Dagevos & Dagevos, 2008). Wel vonden sommige ouderen de arts competent in het geven van een doorverwijzing naar bijvoorbeeld een specialist, werd aan de arts door een aantal de juiste hoeveelheid kennis toegeschreven en gaven sommige ouderen aan voldoende tijd en aandacht te krijgen van hun arts.

Ook op de gebieden loyaliteit en eerlijkheid verschilden de ouderen van mening. Aan de ene kant vonden sommige ouderen de arts loyaal wat betreft het bieden van hulp en steun waar nodig. Aan de andere kant was er de ervaring met discriminatie, waarbij de arts zich totaal niet loyaal opstelde ten opzichte van de Turks Nederlandse oudere man. Het zich gediscrimineerd voelen werd ook in eerder onderzoek gevonden (Meyboom & van Eekelen, 1999). Wat betreft de eerlijkheid van de arts spraken de ouderen zichzelf nogal eens tegen. Zo hadden sommige ouderen het idee dat er dingen voor hen werden achter gehouden, en vonden ze dat beloftes niet werden nagekomen. Aan de andere kant werd de arts wel eerlijk gevonden.

‘Voorspellers’ van vertrouwen in de arts

In dit onderzoek werd verwacht dat de persoonlijke kenmerken Nederlandse taalvaardigheid, de moeite om rond te komen met het inkomen en het opleidingsniveau van invloed zouden zijn op het vertrouwen in de arts. Ook de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek en de tevredenheid na afloop van het artsbezoek zouden samenhang kunnen vertonen met het vertrouwen in de arts. Om na te gaan welke factoren het vertrouwen in de arts ‘voorspelden’, werd de data uit de vragenlijsten statistisch geanalyseerd.

Ervaren zelfeffectiviteit bleek de belangrijkste ‘voorspeller’ te zijn van het vertrouwen in de arts. Een verhoogde tevredenheid had een positieve invloed op deze ervaren zelfeffectiviteit, maar andersom had een hogere ervaren zelfeffectiviteit ook een grotere tevredenheid tot gevolg. Meer moeite om rond te komen van het inkomen vertoonde een negatieve samenhang met zowel de ervaren zelfeffectiviteit als de tevredenheid. In eerder onderzoek kwam naar voren dat proefpersonen met een lager inkomen, de arts meer controle en autoriteit gaven (Trachtenberg, Dugan & Hall, 2005). Deze toegeschreven controle en autoriteit zou de ervaren zelfeffectiviteit in de weg kunnen staan. Op die manier zou een verminderde ervaren zelfeffectiviteit door meer moeite om rond te komen van het inkomen verklaard kunnen worden. In dit onderzoek waren de Nederlandse taalvaardigheid, de moeite om rond te komen van het inkomen en het opleidingsniveau niet (direct) van invloed op het vertrouwen in de zorg. Dat is in overeenstemming met eerder onderzoek (Doescher et al., 2000).

Zowel de tevredenheid na afloop van het artsbezoek als de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek werd in de vragenlijst hoog gewaardeerd. Wat betreft de scores op de ervaren zelfeffectiviteit is een vergelijking met autochtone ouderen niet mogelijk, omdat onderzoek met deze schaal onder Nederlandse ouderen niet bekend is. Wel rapporteerden Amerikaanse oudere respondenten gemiddeld een iets hogere ervaren zelfeffectiviteit (Maly et al., 2008). In de interviews kwam de ervaren zelfeffectiviteit in een andere vorm aan bod. Sommige ouderen gaven aan hun rechten niet te kennen of niet te willen zeuren bij een bezoek aan de arts. Aan de andere kant konden de meeste ouderen de arts wel naar zich laten luisteren, en durfden zij veel met hem te bespreken. Dat ouderen tevens hoog scoorden op tevredenheid is in overeenstemming met ander onderzoek (Schellingerhout, 2004). In de interviews gaven de ouderen aan tevreden te zijn over hun arts. Ontevreden waren zij vooral over het afwachtende beleid in de huisartsenpraktijk. Dat is tevens in overeenstemming met hetzelfde onderzoek (Schellingerhout, 2004).

6.2 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Kanttekeningen moeten geplaatst worden bij de Turks Nederlandse ouderen als onderzoeksgroep en het werken met niet gediplomeerde tolken, enkele onderdelen van de vragenlijst en tot slot de kwalitatieve onderzoeksmethode. Deze tekortkomingen zullen hieronder achtereenvolgens worden besproken.

De onderzoeksgroep en tolken

Van de Turks Nederlandse ouderen die deelnamen aan dit onderzoek, waren de meesten onbekend met het invullen van vragenlijsten en het deelnemen aan interviews. Daarbij waren veel van deze ouderen analfabeet, wat het invullen van de vragenlijsten bemoeilijkte. Om de ouderen toch goed te kunnen bereiken werd gekozen voor een persoonlijke benadering. Deze benadering kan invloed hebben gehad op de resultaten, doordat de ouderen misschien sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Aan de andere kant werd zo wel meer inzicht verschaft in de denkwijze van de onderzoeksgroep. Bij het invullen van de vragenlijsten ontstond soms discussie en waren de ouderen geneigd hun eigen verhaal te vertellen. Dit leverde waardevolle inzichten op. Voor het invullen van de vragenlijsten werden de meeste ouderen benaderd via bijeenkomsten. Hierdoor zijn veel actievere ouderen benaderd. Het is mogelijk dat voor minder actieve ouderen een ander beeld ontstaat. Echter, voor de interviews is een zeer diverse onderzoeksgroep gekozen. De resultaten uit de interviews en vragenlijsten komen redelijk overeen. Er is dus geen directe aanwijzing gevonden dat de resultaten uitsluitend voor een actievere groep ouderen gelden.

Bij zowel het invullen van de vragenlijsten, als bij de interviews is gewerkt met niet gediplomeerde tolken. Hoewel de vragenlijst wel vertaald is door een gediplomeerde tolk, waren vrijwillige, niet gediplomeerde tolken aanwezig tijdens de afname. In hoeverre zij de vragen goed hebben vertaald voor de analfabete ouderen is niet nagegaan. Hoewel aan de tolken van te voren duidelijk uitleg is verschaft, is de invloed van de tolk nooit helemaal weg te nemen of te standaardiseren (Hoogstraten, 2004).

Vooraf bij de interviews kan er sprake zijn geweest van invloed van de tolk. Dat heeft ook voordelen met zich mee gebracht, zo konden de interviews plaats vinden met het nodige respect voor de Turkse cultuur. De aanwezigheid van de Nederlandse onderzoeker kan ook zeker van invloed zijn geweest, in de zin dat wellicht meer sociaal wenselijke antwoorden werden gegeven en dat de ouderen minder 'vrij' spraken. Sommige ouderen waren bekend met de tolk en onderzoeker, wat de onderzoeksresultaten mogelijk heeft beïnvloed. Het is te verwachten dat de ouderen minder sociaal wenselijke antwoorden gaven en meer 'vrij' spraken wanneer deze ervan overtuigd waren dat het gesprek in goede handen was en het interview anoniem zou blijven. Tot slot is het ook bij de interviews de vraag in hoeverre de tolken de vragen en antwoorden juist geïnterpreteerd en vertaald hebben.

De vragenlijst

De meeste constructen die de vragenlijst trachtte te meten bleken voldoende betrouwbaar te zijn. Wel moet een kanttekening geplaatst worden bij enkele onderdelen van de vragenlijst. Van de schaal met betrekking tot de beleving van het ouder worden bleken in dit onderzoek de subschalen 'sociaal verlies' en 'voortgezette groei' onvoldoende betrouwbaar. Dit is niet in overeenstemming met eerder onderzoek, waar deze subschalen wel voldoende intern betrouwbaar bleken (Bode et al., 2007; Kaya, 2009). Hiervoor kunnen twee verklaringen gevonden worden. Ten eerste werd tijdens het invullen van de vragenlijsten duidelijk dat de ouderen moeite hadden met beantwoorden van de vragen. Er kwamen veel vragen over de subschalen 'voortgezette groei' en 'sociaal verlies'. Vooral de vragen 'Ouder worden betekent voor mij dat ik minder gerespecteerd word' en 'Ouder worden betekent voor mij dat ik steeds bekwamer word' werden erg moeilijk gevonden. Dit zou een lage interne consistentie kunnen verklaren. De vragenlijst is door tijdgebrek van tevoren maar aan twee ouderen voorgelegd, waardoor mogelijk moeilijk te begrijpen zinnen onvoldoende duidelijk naar voren zijn gekomen. Daarnaast zijn de vragen in dit onderzoek (door een professionele tolk) in het Turks vertaald. Deze vertaling op zich zou al tot een lagere betrouwbaarheid kunnen hebben geleid. Hayes en Baker (1998) vergeleken de betrouwbaarheid van een Engelse en Spaanse versie van een patiënten tevredenheid vragenlijst. Zij vonden dat de Spaanse versie significant minder betrouwbaar en valide was. Ook waren Spaanstalige proefpersonen eerder geneigd positief te antwoorden dan de Engelstalige proefpersonen.

De vragen over het vertrouwen in de arts in de vragenlijst zijn gesteld met de gevalideerde 'Wake Forest Trust in Physician Scale' (Hall et al., 2001; Hall et al., 2002). Bij nader inzien bleken alleen de subschaal 'globaal vertrouwen' en de totale schaal betrouwbaar. Vandaar dat er voor gekozen is alleen met deze twee schalen te werken. Ook in eerder onderzoek bleken de andere subschalen niet betrouwbaar te zijn (Bachinger et al., 2009). Omdat de totale schaal wel betrouwbaar was, is de betrouwbaarheid van het onderzoek waarschijnlijk niet in het geding gekomen. Opvallend bij de scores op de schaal waren de hoge gemiddelden die de ouderen gaven. Hoewel hierbij een verklaring gezocht kan worden in het sociaal wenselijk antwoord geven (Hoogstraten, 2004), moet wel in ogenschouw worden genomen dat op de andere schalen vrijwel overeenkomstig met ander onderzoek is geantwoord. Hoewel de schaal van Hall et al. (2001; 2002) zijn waarde niet bewezen heeft bij de vragenlijsten, konden de dimensies van vertrouwen bij toekennen van de interviewthema's wel goed gebruikt worden. De vragenlijst is qua opzet dus niet helemaal betrouwbaar, maar het theoretisch kader achter deze vragenlijst is wel goed gefundeerd en geeft degelijk inzicht in de verschillende dimensies van vertrouwen.

Verder is bij de vragenlijst vooral gebruik gemaakt van zelfrapportageschalen. Tesser, van Dugteren en Merens (1998) wijzen erop dat het beeld van de gezondheidssituatie van allochtone ouderen sterk verschilt wanneer deze aan objectieve of aan subjectieve gezondheidsindicatoren wordt afgelezen. Ook resultaten van Dagevos (2001) ondersteunen die gedachte. Aan de andere kant zou kunnen worden gesteld dat vooral het subjectieve beeld belangrijk is, omdat dit immers het beste weergeeft hoe de ouderen zich daadwerkelijk voelen. Van daaruit bezien is dit een beperking waar nauwelijks aan te ontkomen is, aangezien zelfrapportage het meest eerlijke beeld geeft van de mening van de respondent.

De kwalitatieve en mixed methods onderzoeksmethode

De laatste kanttekeningen moeten geplaatst worden bij de kwalitatieve en mixed methods onderzoeksmethode. In dit tijdsbestek was het helaas niet mogelijk de interviewthema's door een tweede beoordelaar te laten toetsen. Hierdoor kon geen overeenstemmingmaat berekend worden. Wel zijn de thema's samengesteld op basis van een gefundeerd theoretisch kader uit eerder onderzoek door Hall et al. (2001, 2002). Daarnaast moet een kanttekening worden geplaatst bij de mixed methods methode. Doordat niet dezelfde ouderen hebben deelgenomen aan zowel de interviews als de vragenlijsten, kunnen deze resultaten niet zonder meer met elkaar worden vergeleken. Echter, zowel in de vragenlijsten, als in de interviews is een overwegend positief beeld ontstaan. Twee verschillende groepen ouderen deelden dus dezelfde mening. In die zin is de beperking dus tegelijk een sterk punt van het onderzoek, doordat de conclusie beter kan worden onderbouwd.

Relevantie en generaliseerbaarheid

Zoals in de inleiding is vermeld hebben we op dit moment in Nederland te maken met een uniek zorgvraagstuk wanneer het gaat om de arbeidsmigranten die naar Nederland kwamen in de jaren '70. Dit onderzoek heeft getracht een bijdrage te leveren aan het inzicht over de gezondheidssituatie, het zorggebruik en het vertrouwen in de arts van de oudere Turkse arbeidsmigranten. De resultaten zijn moeilijk te generaliseren naar alle oudere Turkse Nederlanders, zeker omdat het meer positieve beeld dat in dit onderzoek is geschetst niet goed overeenkomt met andere onderzoeken. Daarbij is het onderzoek simpelweg te klein van opzet en regionaal gehouden. Ook wordt vooral in de gemeente Deventer veel aandacht geschonken aan de Turks Nederlandse ouderen door een actief ouderenbeleid. Wel kan uit het onderzoek lering worden getrokken. Herhalingen van of variaties op het onderzoek kunnen uitwijzen of de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden.

6.3 Aanbevelingen voor wetenschap en praktijk

Deze laatste paragraaf verschaft aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn ruim opgezet en geformuleerd voor zowel de wetenschap als organisaties die direct in de praktijk met de Turks Nederlandse ouderen te maken hebben. Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Aanbevelingen voor de wetenschap

1. Herhaal het onderzoek, of een variatie daarvan om meer inzicht in de gezondheidssituatie, de beleving van het ouder worden en (voorspellers van) het vertrouwen in de arts te krijgen.

Wat betreft de geestelijke gezondheid, werd in dit onderzoek een opvallend resultaat gevonden. De oudere Turks Nederlandse vrouwen gaven namelijk aan, zich geestelijk veel beter te voelen dan mannen. Dit is in eerder onderzoek niet naar voren gekomen. Ook waren de ouderen in dit onderzoek positiever over de beleving van het ouder worden, dan in eerder onderzoek. Meer onderzoek onder de Turks Nederlandse ouderen kan uitwijzen of dit resultaat toevallig is ontstaan, of dat er sprake is van een trend.

Uit de literatuurstudie in hoofdstuk twee werd duidelijk dat de resultaten in de literatuur over de samenhang tussen persoonlijke kenmerken en vertrouwen in de arts elkaar tegenspreken. Sommige onderzoekers vonden wel effecten, andere onderzoekers pretendeerden dat deze effecten slechts klein of niet aanwezig waren. In dit onderzoek bleken de persoonlijke kenmerken taalvaardigheid, opleiding en moeite met om rond te komen van het inkomen niet (direct) van invloed te zijn op het vertrouwen in de arts. Meer onderzoek is nodig, om meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen persoonlijke kenmerken en het vertrouwen in de arts.

De ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek werd als belangrijkste 'voorspeller' van vertrouwen in de arts gevonden. Hoewel de relatie tussen ervaren zelfeffectiviteit en vertrouwen nog niet eerder werd onderzocht, is de ervaren zelfeffectiviteit in eerder onderzoek wel een belangrijke voorspeller van factoren gebleken. In bijvoorbeeld de bekende 'theorie van het geplande gedrag' vormt ervaren zelfeffectiviteit één van de voorspellers voor het wel of niet uitvoeren van bepaald gedrag (Ajzen, 1991). Meer onderzoek is nodig om na te gaan of ook bij een grotere groep Turks Nederlandse ouderen de mate van ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek een belangrijke 'voorspeller' vormt van vertrouwen in de arts en of er wellicht andere factoren gevonden kunnen worden.

De resultaten uit dit onderzoek kunnen zijn niet generaliseerbaar. Meer onderzoek is nodig in de gezondheidssituatie en beleving van het ouder worden, het zorggebruik en het vertrouwen in de arts van Turks Nederlandse ouderen.

2. *Praktijkgericht onderzoek naar wensen en behoeften, problemen en doelgerichte interventies bij het gebruiken van (Turkse) zorginstellingen.*

In veel onderzoek, en ook in dit onderzoek kwam de slechte lichamelijke gezondheid van de Turks Nederlandse ouderen aan bod. Vooral door vrouwen werden fysieke rolbeperkingen ervaren bij het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven, de vrouwen hadden dus bijvoorbeeld moeite met schoonmaken en koken. Toch werd ook in dit onderzoek duidelijk dat er naar verhouding weinig van de diensten van een zorginstelling gebruik wordt gemaakt. Traditiegetrouw bestaat in de Turkse cultuur vooral mantelzorg waarbij de ouderen worden verzorgd door hun schoondochter en zoon. De studies van Yerden (2000, 2003) bieden veel interessant inzicht in de zorg bij zorgafhankelijke ouderen en zorg in de traditionele context. Zo gaan de schoondochters en zonen tegenwoordig door de veranderde tijd veelal gebukt onder de zware taak die mantelzorg met zich meebrengt (Yerden, 2000). Een nieuw tijdperk is dus aangebroken, waarbij het gewenst is dat de Turks Nederlandse ouderen meer gebruik gaan maken van zorginstellingen om het lichaam op die manier meer te ontzien. Onderzoek kan uitwijzen wat de behoeften en wensen zijn op dit gebied, welke rol de culturele tradities hierbij spelen en hoe bovendien doelgericht interventies ingezet kunnen worden. Bij dit onderzoek kunnen zowel de ouderen, als de (Turkse) zorginstellingen benaderd worden. Naast huishoudelijke taken verlenen deze zorginstellingen vaak ook andere diensten, zoals dagjes uit, samen eten en voorlichtingsmiddagen in de Turkse taal. Op die manier zou een verhoogd gebruik van zorginstellingen tevens bij kunnen dragen aan een verhoogde geestelijke gezondheid. De geestelijke gezondheid was ook bij de Turks Nederlandse ouderen in dit onderzoek lager dan bij autochtone ouderen het geval was.

3. *Onderzoek naar bestaande gevalideerde vragenlijsten en de invloed van een vertaling.*

Het feit dat twee subschalen van de Beleving Ouder Worden Schaal (BOWS) (Steverink et al., 2001) in dit onderzoek niet betrouwbaar waren, is niet in overeenstemming met ander onderzoek. De verklaring dat de Turkse vertaling hierbij een rol kan hebben gespeeld zou nader onderzocht kunnen worden. In deze situatie zou het meest wenselijke onderzoek plaats vinden bij Turks Nederlandse ouderen die zowel Nederlands, als Turks spreken. Door dezelfde onderzoeksgroep een in het Nederlands en in het Turks vertaalde vragenlijst te laten invullen kan de mogelijke invloed van de vertaling achterhaald worden. Deze vragenlijsten moeten dan van tevoren uitgebreid worden getoetst. Echter, in de praktijk zal het erg moeilijk zijn een grote groep Turks Nederlandse ouderen te vinden die de Nederlandse taal goed beheersen. Een oplossing zou dan gelegen kunnen zijn in het onderzoeken van een iets jongere onderzoeksgroep. Omdat er steeds meer belangstelling komt naar de beleving van het ouder worden van de Turks Nederlandse ouderen, lijkt dit een zinvol onderzoek dat bij kan dragen aan de verdere ontwikkeling van de BOWS. De subschalen van Hall et al. (2002) zijn, net als in eerder onderzoek, ook in dit onderzoek niet voldoende betrouwbaar gebleken. Het is dan ook aan te bevelen in nieuw wetenschappelijk onderzoek vooral met de totale schaal te werken. Ook is er behoefte aan een nieuwe schaal om het vertrouwen in de arts te kunnen meten, nu deze schaal onvoldoende resultaten heeft behaald.

4. *Interviews als onderzoeksmethode.*

In dit onderzoek is gewerkt met zowel vragenlijsten als interviews. Deze combinatie heeft waardevolle inzichten in de denkwijze van de Turks Nederlandse ouderen opgeleverd. Toch werden er problemen gevonden in de betrouwbaarheid van de vragenlijst. Niet alle onderdelen van de vragenlijst bleken betrouwbaar te zijn bij deze onderzoeksgroep. Bovendien verschaften de interviews een soortgelijk beeld, aangevuld met meer relevante informatie. Ook gaven de meeste ouderen het aan, erg prettig te vinden te spreken over hun ervaringen met de Nederlandse gezondheidszorg. Het is daarom aan te bevelen in ieder geval altijd met interviews te werken, om zo een rijke, betrouwbare schat aan data te verkrijgen.

Aanbevelingen voor de praktijk

1. Stimuleren van de ervaren zelfeffectiviteit tijdens Turkstalige bijeenkomsten.

Ervaren zelfeffectiviteit bleek in dit onderzoek de belangrijkste 'voorspeller' te zijn van vertrouwen in de arts. Hoe hoger de mate van ervaren zelfeffectiviteit, hoe hoger het vertrouwen in de arts. Het is dan ook van belang deze ervaren zelfeffectiviteit actief te (blijven) stimuleren tijdens Turkstalige groepsbijeenkomsten, georganiseerd door zelforganisaties en zorginstellingen vanuit de gemeente. Naar deze groepsbijeenkomsten wordt in de interviews zeer positief gerefereerd. In de praktijk worden deze bijeenkomsten zeer goed bezocht. De ervaren zelfeffectiviteit kan worden gestimuleerd met simpele voorbeelden en rollenspellen. Zo zijn Turks Nederlandse vrouwen bijvoorbeeld gewend vaak eten (en kauwgom) in hun mond te hebben. Dit kan problemen opleveren tijdens een bezoek aan een Nederlandse arts. Volgens de Nederlandse gedragsnormen is het onbeleefd tijdens een artsbezoek eten in de mond te hebben. Hierdoor begint het gesprek mogelijk al verkeerd. Door voorlichting te geven over houding en toon bij de Nederlandse arts kan een eerste stap worden gezet naar een hogere mate van ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek.

2. Houd de tevredenheid na afloop van het artsbezoek in de gaten.

De tevredenheid na afloop van het artsbezoek van de ouderen bleek sterk samen te hangen met de ervaren zelfeffectiviteit tijdens het artsbezoek. Hoe meer tevreden de ouderen waren na afloop van het artsbezoek, hoe hoger de mate van ervaren zelfeffectiviteit was. De tevredenheid kan door de arts in de praktijk simpel getoetst worden door de ouderen af en toe een korte vragenlijst mee te geven of een gesprek met ze te voeren. De positieve invloed op de ervaren zelfeffectiviteit en daarmee het vertrouwen in de arts, is de moeite meer dan waard.

3. Het bevorderen van de eigen gezondheid actief blijven stimuleren.

Vooraf in de interviews gaven de ouderen aan hun eigen gezondheid te bevorderen door bijvoorbeeld gezond te eten, meer te bewegen of steun te zoeken in de Koran. Vaak werd hierbij verwezen naar een advies van de arts of Turkstalige voorlichtingsbijeenkomsten. De adviezen die worden gegeven werpen dus echt vruchten af, en het is dus erg belangrijk het bevorderen van de eigen gezondheid te blijven stimuleren bij de Turks Nederlandse ouderen. Ook hier zouden Turkstalige georganiseerde groepsbijeenkomsten geschikt kunnen zijn.

4. Aandacht besteden aan het inkomen van de ouderen tijdens Turkstalige bijeenkomsten.

Uit de resultaten is gebleken dat er een negatief verband bestond tussen meer moeite om rond te komen van het inkomen en tevredenheid en ervaren zelfeffectiviteit. Ook in de interviews en vragenlijsten kwam moeite om rond te komen van het inkomen aan bod. Soms vroegen de ouderen na afloop van een interview nog even aandacht voor hun financiële situatie. Hoewel gemeentes in de praktijk niet bij machte zijn de financiële situatie van de ouderen te veranderen, kan wel aandacht besteed worden aan de financiële problemen van deze groep. Door de problemen openlijk bespreekbaar te maken kunnen de ouderen hun hart luchten. Op die manier wordt er niet zonder meer aan de financiële problemen van de ouderen voorbijgegaan en zullen de ouderen zich hierin naar verwachting meer begrepen voelen. De financiële problemen zouden aangekaart kunnen worden tijdens groepsbijeenkomsten, georganiseerd door zelforganisaties uit de gemeente.

5. Bewustwording van het mogelijk somatiseren van klachten; het mes snijdt aan twee kanten.

Ook in dit onderzoek kwam naar voren dat de ouderen hun klachten veelal als lichamelijk zien en het moeilijk te accepteren vinden als voor deze lichamelijke klachten geen oplossing wordt geboden. Daarbij is het mogelijk dat zij veelal onbekend zijn met het zich uiten van psychische klachten in lichamelijke pijn en rust er bovendien een 'taboe' op het bespreken van psychische problemen. Doordat de ouderen bij de huisarts hun klachten mogelijk veelal somatiseren komen psychische problemen te weinig aan het licht. Het is voor huisartsen vaak moeilijk over het somatiseren van klachten te beginnen, omdat zij doorgaans weinig bekend zijn met de Turkse cultuur en dus niet precies weten hoe over psychische problemen wordt gedacht (Dagevos, 2001). Het is daarom van belang ook artsen meer inzicht te verstrekken in de redenen van het somatiseren van klachten, de Turkse cultuur en de omgang met de mogelijke psychische problemen van de Turks Nederlandse ouderen. Hierbij zouden geestelijke gezondheidsinstellingen een rol kunnen spelen.

Aan de andere kant kan aan de Turks Nederlandse ouderen en hun tolken (meestal familie) aandacht besteedt worden. Het is denkbaar dat de ouderen in aanwezigheid van een tolk nog minder makkelijk over psychische problemen zullen spreken. Georganiseerde groepsbijeenkomsten in de gemeentes zouden hier waarschijnlijk het meest geschikt voor zijn. Een zorgverlener van een geestelijke gezondheidsinstelling kan bijvoorbeeld voorlichting geven over het voorkomen en herkennen van psychische klachten. Door de slechte taalbeheersing van de meeste Turks Nederlandse ouderen zal deze medewerker ofwel de Turkse taal moeten spreken, of zal er een tolk aanwezig moeten zijn. In ieder geval is het belangrijk de bijeenkomst plaats te laten vinden in de traditie van de Turkse cultuur, waar bijvoorbeeld het tussendoor eten, drinken of even weglopen zeker niet onbeleefd wordt gevonden. Op deze manier kunnen de Turks Nederlandse ouderen en hun tolken (meestal familie) hopelijk meer signalen van psychische klachten gaan ontdekken en zich bewust worden van het feit dat psychische klachten zich ook lichamelijk kunnen uiten. Tevens kan door de zorgverlener de toegankelijkheid voor de individuele ouderen naar de geestelijke gezondheidsinstellingen worden vergroot. Hierbij kan voor de ouderen een vertrouwenspersoon worden aangesteld, die in ieder geval bekend dient te zijn met de Turkse cultuur en de Turkse taal spreekt. Door zowel de artsen als de Turks Nederlandse ouderen en hun tolken zelf meer bewust te maken van mogelijke psychische problemen die een rol kunnen spelen bij lichamelijke klachten, kan het mes aan twee kanten snijden.

6. Mannen en vrouwen traditiegetrouw apart benaderen tijdens Turkstalige bijeenkomsten.

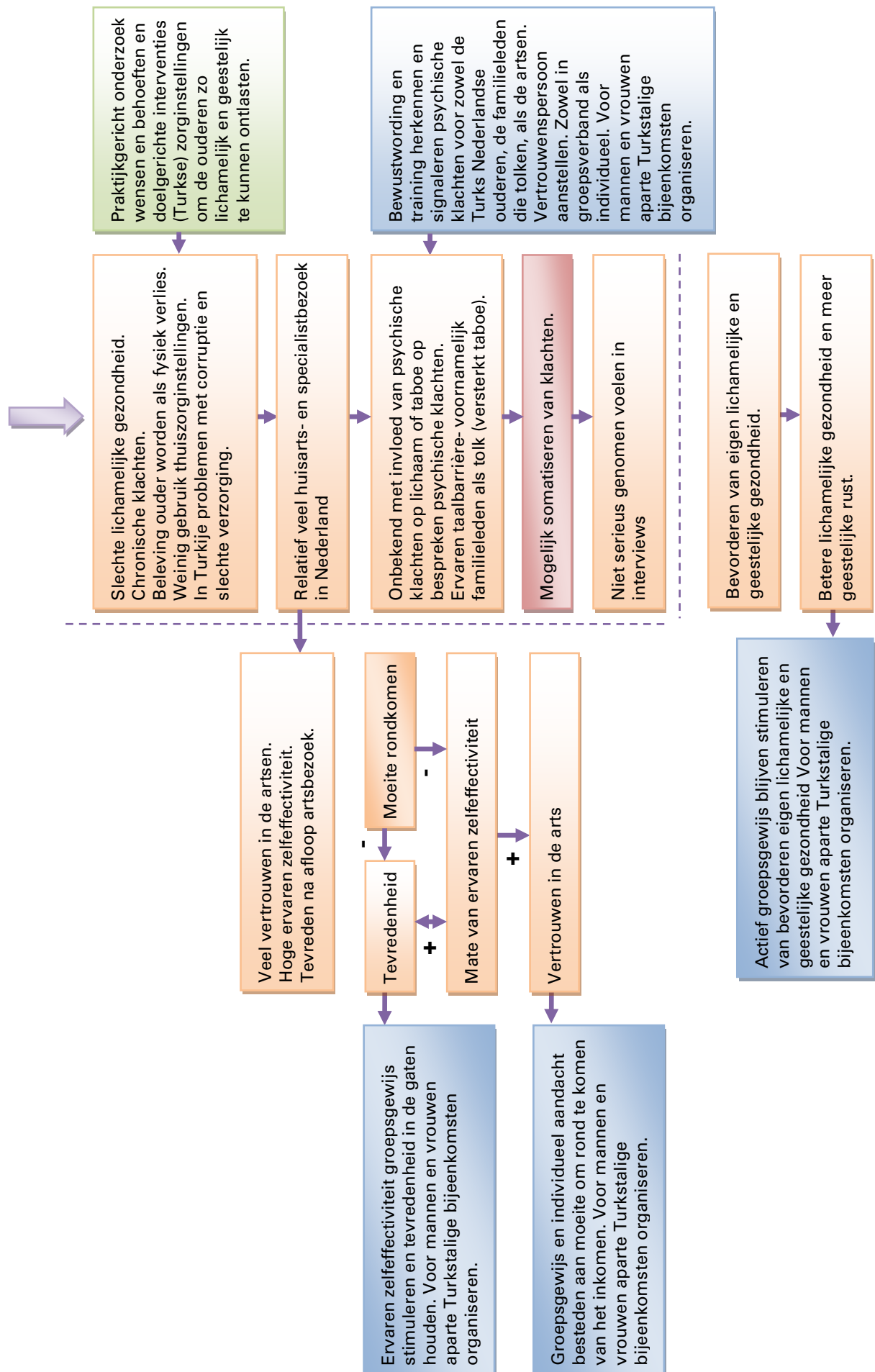
In dit onderzoek werden niet veel verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden. Toch verstrekt het nadrukkelijk de aanbeveling voor mannen en vrouwen aparte bijeenkomsten te organiseren. Traditie- en cultuurgetrouw vinden activiteiten apart plaats (Yerden, 2000). Met respect hiervoor zullen bijeenkomsten apart georganiseerd moeten worden. Persoonlijk communiceren via bijeenkomsten verdient hierbij de voorkeur. De Turkse cultuur is een cultuur met een collectivistisch karakter, waardoor communicatie in groepen zeer geschikt is. Daarnaast is het belangrijk dat de ouderen een vertrouwenspersoon hebben, waar zij heen kunnen gaan met vragen over bijvoorbeeld hun gezondheid of zorggebruik. Op die manier kunnen problemen zo snel mogelijk opgelost worden.

Door zowel in de wetenschap als in de praktijk aandacht aan deze groep te blijven besteden, en steeds nieuwe kanten te ontdekken, zullen de zoete praatjes hopelijk blijven voortbestaan.

6.4 Mogelijke relaties belangrijkste conclusies en aanbevelingen

In model 1 zijn de belangrijkste conclusies, mogelijke verklaringen en aanbevelingen van zowel het kwalitatieve als het kwantitatieve onderzoek schematisch geïntegreerd samengevoegd. Het doel van het model is een handvat aan te reiken voor een nadere interpretatie van een veelvuldig aantal resultaten en conclusies. In de conclusie kwam naar voren dat de resultaten van de interviews en de vragenlijsten redelijk goed overeen komen. Toch kunnen we deze resultaten niet zonder meer met elkaar vergelijken. Het model moet dan ook met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd waarbij de relaties niet zijn bewezen, maar wel logischerwijs uit de resultaten volgen.

Model 1. Schematische weergave mogelijke relaties tussen de meest relevante conclusies en mogelijke verklaringen, wetenschappelijke en praktijkgerichte aanbevelingen



REFERENTIES

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision process*, 50, 179-211.
- Bachinger, S.M., Kolk, A.M. & Smets, E.A.M. (2009). Patients' trust in their physician. Psychometric properties of the Dutch version of the 'Wake Forest Physician Trust Scale'. *Patient education and counseling*, 176, 126-131.
- Baker, D.W., Hayes, R. & Puebla Portier, J. (1998). Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish- speaking patients. *Medical Care*, 36 (10), 1461-1470.
- Balkrishnan, R., Dugan, E., Camacho, F.T. & Hall, M.A. (2003). Trust and satisfaction with physicians, insurers, and the medical profession. *Medical Care*, 4, 1058-1064.
- Berrios- Rivera, J.P., Street, R.L., Popa-Lisseanu, M.G.G., Kallen, M.A., Richardson, M.N., Janssen, N.M., Marcus, D.M., Reveille, J.D, Warner, N.B. & Suarez-Almazor, M. E. (2006). Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic Lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 55, 385-393
- Bode, C., Drossaert, C.H.C. & Dijkstra, E. (2007). Een verkennend onderzoek naar de eigen beleving van het eigen ouder worden onder Turkse en Hindostaans- Surinaamse ouderen in Den Haag. *Epidemiologisch bulletin*, 42 (2), 23-32.
- Bonds, D.E., Foley, K.L., Dugan, E., Hall, M.A. & Extrom, P. (2004). An exploration of patients' trust in physicians in training. *Journal health care poor underserved*, 57, 1195-1230.
- Boulware, L.E., Cooper, L.A., Ratner, L.E., LaVeist, T. A. & Powe, N.R. (2003). Race and trust in the health care system. *Public health reports*, 118, 258-365.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2009). *Bevolking naar afkomst, generatie, geslacht en leeftijd*. Geraadpleegd op 4 maart 2010 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37325&D1=a&D2=1-2&D3=0,112-113,l&D4=0&D5=0-4,137,152,215,232&D6=13-14&HDR=G2,G1,G3,T&STB=G4,G5&VW=T>.
- Clappers, A. & Woortmeijer, M. (2004). *Insjallah: de beleving van het ouder worden van Turkse en Marokkaanse ouderen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit.
- Corbie-Smith, G., Thomas, B.T., Williams, M.V. & Moody-Ayers, S. (1999). Attitudes and beliefs of African Americans toward participation in medical research. *Journal of general internal medicine*, 14, 537-546.
- Creswell, J.W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

- Dagevos, J. (2001). De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Dagevos, J. & Dagevos, H. (2008). Minderheden meer gewicht. Over overgewicht bij Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en het belang van integratiefactoren. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).
- Dijkstra, E. (2006). Oud worden in Nederland. Een onderzoek naar de beleving van het ouder worden en de gevoelens van eenzaamheid, onder allochtone ouderen. Enschede: Universiteit Twente.
- Doescher, M.P., Saver, B.G., Franks, P. & Fiscella, K. (2000). Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Archives of Family Medicine*, 9, 1156-1163.
- Freburger, J.K., Callahan, L.F., Currey, S.S. & Anderson, L. A. (2003). Use of the trust in physician scale in patients with rheumatic disease: psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 49 (1), 51-58.
- Graaff, F.M., de & Francke, A.L. (2002). Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland. Een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik. *Verpleegkunde* 17 (3), 131-139.
- Graaff, F.M., de, Francke, A.L. , Muijsenbergh, M.E.T.C., van den & Geest, S., van de (2009). Communicatie en besluitvorming in de palliatieve zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten met kanker. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Hall, M., Dugan, E., Zheng, B. & Mishra, A.K. (2001). Trust in physicians and medical institutions, what is it, can it be measured and does it matter? *The Milbank quarterly*, 79 (4), 613-639.
- Hall, M., Zheng, B., Dugan, E., Camacho, F., Kidd, K.E., Mishra, A. & Balkrishnan, R. (2002). Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical care research and review*, 59 (3), 293-318.
- Hayes, R.P. & Baker, D.W. (1998). Methodological problems in comparing English-speaking and Spanish-speaking patients' satisfaction with interpersonal aspects of care. *Medical Care*, 36 (2), 230-236.
- Hoogen, P.C.W., van den. & Pallast, E.G.M. (2003). Onderzoek allochtone ouderen in Oss. 's –Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant.
- Hoogstraten, J. (2004). De machteloze onderzoeker. Voetangels en klemmen van sociaal- wetenschappelijk onderzoek. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Johnson, R.B. & Onwuegbuzie, A.J. (2004). Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, 33 (7), 14-26.
- Kao, A., Green, D.C., Zaslavski, A., Koplan, J.P. & Cleary, P.D. (1998). The relationship between method of physician payment and patient trust. *Journal of the American medical association*, 280, 1708-1714.

- Kaya, S. (2009). Psychosociaal welbevinden van Suryoye ouderen. Enschede: Universiteit Twente.
- Kloosterboer, D. & Yilmaz, B. (2007). De leefsituatie van moslimouderen in Rotterdam. Rotterdam: Nisbo.
- Maly, R.C., Frank, J.C., Marshall, G.N., DiMatteo, M.R. & Reuben, D. B. (1998). Perceived efficacy in patient-physician interactions (peppi): validation of an instrument in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, (7), 889-894.
- Mechanic, D. (1996). Changing medical organization and the erosion of trust. *The Milbank Quarterly*, 74 (2), 171-189.
- Meijenfeldt, F.D., von & Moerbeek, S. (2001). Teruggaan én blijven: denkbeelden van oudere migranten in kaart gebracht. Amsterdam: Stichting bevordering maatschappelijke participatie.
- Meyboom, J.K. & Eekelen, W., van. (1999). Yıpratmak: uitputten, verslijten, kapot maken. Ouderdomsbeleving van oudere Turken in Nederland. *Medische antropologie*, 11 (2), 377-393.
- Oliemeulen, L. & Thung, F.H. (2007). *Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische problemen uit verschillende etnische groepen*. Antwerpen/ Apeldoorn: Garant uitgevers.
- Pearson, S.D. & Raeke, L.H. (2000). Patients' trust in physicians: many theories, few measures and little data. *Journal of general internal medicine*, 15, 509-513.
- Pescosolido, B.A., Tuch, S.A. & Martin, J.K. (2001). The profession of medicine and the public: examining Americans' changing confidence in physician authority from the beginning of the 'health care crisis' to the era of health care reform. *Journal of health and social behavior*, 42, 1-16.
- Petersen, L.A. (2002). Racial differences in trust: reaping what we have sown? *Medical care*, 40 (2), 81-84.
- Safran, D.G., Taira, D.A., Rogers, W.H., Kosinski, M., Ware, J.E. & Tarlov, A.R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of family practice*, 47, 213-220.
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Seeleman, C., Suurmond J. & Stronks, K. (2005). Een arts van de wereld: etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Steverink, N., Bode, C., Westerhof, G.J. & Dittman-Kohli, F. (2001). The personal experience of growing old, resources and subjective well-being. *Journal of gerontology*, 56, 273-364.
- Tarrant, C., Stokes, T. & Baker, R. (2003). Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *British journal of general practice*, 53, 798-800.

- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Tesser, P.T.M., Dugteren, F.A., van & Merens, A. (1998). *Rapportage minderheden 1998. De eerste generatie in de derde levensfase*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Thom, D. H., Ribisl, K.M., Steward, A.L. & Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. *Medical Care*, 37, 510–517.
- Thom, D.H., Hall, M.A. & Pawslon, L.G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23 (4), 124-132.
- Trachtenberg, F., Dugan, E. & Hall, M.A. (2005). How patients' trust relates to their involvement in medical care. *The journal of family practice*, 54 (4), 344-352.
- Verhoeven, N. (2006). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs*. Amsterdam: Boom Onderwijs
- Vries, W., de & Smits, C. (2003). *Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Een handleiding voor de praktijk*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, S. (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220–33.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Turner- Bowker, D.M. & Gandek, B. (2002). How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey. Lincoln, RI: Quality Metrics.
- Westerhof, G.J. (2003). De beleving van het eigen ouder worden. Multidimensionaliteit en multidirectionaliteit in relatie tot succesvol ouder worden en welbevinden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 34, 96-103.
- Wilson, S.,Morse, J.M. & Penrod, J. (1998). Developing reciprocal trust in the caregiving relationship. *Qualitative Health Research*, 8 (4), 446-465.
- Wingen, M. & Otten, F. (2008). Fysieke en psychische gezondheid van ouderen naar sociaal economische status. *Bevolkingstrends*, 56 (3), 65-72.
- Wurff, F.B., van der, Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H., Spijker, J.A., Smits, C.H.M, Stek, M.L. & Verhoeff, A. (2005). Prevalence and risk- factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of affective disorders*, 83, 33-41.
- Yerden, I. (2000). *Zorgen over zorg: traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Yerden, I. (2003). *Blijf je in de buurt?: zorg bij zorgafhankelijke Turkse ouderen*. Amsterdam: Aksant

BIJLAGE 1. INTERVIEWSCHEMA

INTERVIEWSCHEMA

'Allereerst zal ik zelf voorstellen. Mijn naam is Floor van den Bosch en ik ben een studente van de Universiteit Twente. Via [NAAM] ben ik met u in contact gekomen. Vanuit de gemeente is er veel behoefte naar informatie over de Turks Nederlandse ouderen om beter in de zorg voor deze groep te kunnen voorzien. In dit interview zou ik graag met u willen spreken over uw ervaringen met de medische zorg in Nederland. Daarvoor is [NAAM] meegekomen, die als tolk zal vertalen. Zo kunt u uw verhaal in uw eigen taal vertellen. Neemt u rustig de tijd voor uw antwoorden. Het is erg belangrijk om te vermelden dat alles dat u hier vertelt vertrouwelijk zal worden behandeld. Uw antwoorden blijven te allen tijde anoniem, om dit te kunnen garanderen noteer ik alleen uw geslacht en leeftijd en niet uw naam. Het gesprek zal worden opgenomen op deze voicerecorder, na de analyse wordt de informatie gewist. Er staat geen vaste tijd voor dit interview. Tijdens het gesprek maak ik aantekeningen voor mezelf om de lijn van het gesprek vast te houden. Heeft u voor zover vragen?'

1. Goedemorgen/ goedemiddag/ goedenavond. Hoe gaat het met u?
2. En met uw gezondheid, hoe gaat het daar mee?
3. De laatste keer dat u ziek was wat gebeurde er toen?
4. Kunt u naast uw positieve/ negatieve ervaringen ook andere ervaringen noemen die wel goed/minder goed waren?
5. Wat vindt u van de zorg in Turkije, ten opzichte van de zorg in Nederland?
6. Hartelijk dank voor uw medewerking. Graag zou ik het gesprek nu afronden. Heeft u nog iets toe te voegen?
7. Napraten over het interview. Wat vond u van het interview? Heeft u het idee dat u alles heeft kunnen zeggen wat u wilde? Hoe voelt u zich nu?
8. <Contactgegevens verstrekken>
9. Als u nog iets kwijt wilt over het interview, kunt u mij hier bereiken.
10. De onderzoeksresultaten zullen na afloop in Deventer gepresenteerd worden. Daar zult u tegen die tijd een uitnodiging van ontvangen. U bent van harte welkom.

VRAGEN MET BETREKKING TOT LOYALITEIT

1. Dus als ik het goed begriip had de [ARTS] wel/niet het beste met u voor?
2. Dus als ik het goed begriip werd er goed/ niet goed voor u gezorgd?
3. Dus als ik het goed begriip werd u wel/niet met respect behandeld?
4. Dus als ik het goed begriip werd een conflict wel/niet uit de weg gegaan?
5. Dus als ik het goed begriip leefde de [ARTS] zich wel/niet in uw situatie in?
6. Dus als ik het goed begriip voelde u zich wel/niet begrepen door uw [ARTS]?

VRAGEN MET BETREKKING TOT COMPETENTIE

1. Dus als ik het goed begriip bent u wel/ niet tevreden over de kundigheid van uw [ARTS]?
2. Dus als ik het goed begriip kreeg u wel/ niet de juiste informatie die u nodig had?
3. Dus als ik het goed begriip wist uw [ARTS] wel/niet goed wat er met uw aan de hand was?
4. Dus als ik het goed begriip kreeg u wel/niet de juiste instructies over de inname van uw medicijnen?
5. Dus als ik het goed begriip schreef de [ARTS] u wel/niet de juiste medicijnen voor?
6. Dus als ik het goed begriip vond u dat de [ARTS] wel/niet de juiste beslissing maakte?
7. Dus als ik het goed begriip gaf uw [ARTS] u wel/ niet de doorverwijzing die u nodig had?
8. Dus als ik het goed begriip vond u de [ARTS] wel/ niet ervaren?

VRAGEN MET BETREKKING TOT EERLIJKHEID

1. Dus als ik het goed begriip had u wel/ niet het idee dat uw [ARTS] eerlijk was tegen u?
2. Dus als ik het goed begriip had u wel/ niet het idee dat u alles verteld werd?
3. Dus als ik het goed begriip had u het idee een andere behandeling te krijgen door uw afkomst? Dus als ik het goed begriip voelde u zich gediscrimineerd?
4. Dus als ik het goed begriip wilde de [ARTS] wel/ geen fouten toegeven?
5. Dus als ik het goed begriip had u wel/niet her idee dat u alles verteld werd?
6. Dus als ik het goed begriip had u wel/niet het idee dat er informatie voor u werd achter gehouden?
7. Dus als ik het goed begriip had u het idee dat er tegen u gelogen werd?

VRAGEN MET BETREKKING TOT GLOBAAL VERTROUWEN

1. Dus als ik het goed begriip voelde u zich in het algemeen wel/ niet goed bij uw [ARTS]?
2. Dus als ik het goed begriip voelde u zich wel/niet comfortabel tijdens uw bezoek?

BIJLAGE 2. INTERVIEWTHEMA'S

1. Persoonlijke kenmerken

1.1 Terugkeerwens nu (kinderen reden om te blijven)

[Nou, ik verveel me eigenlijk. Het leven in Turkije en hier is echt een wereld van verschil. Wie kon weten toen we hier jaren geleden kwamen, dat we hier zouden blijven? Er is niet veel te doen, ik verveel me. En als ik weg zou willen gaan, dan laat mijn vrouw, onze zeven kinderen hier niet achter. En als mijn vrouw, naar Turkije zou willen gaan, laat ik onze kinderen niet achter]. Interview 9, man, 63 jaar.

[Maar ik heb geen kinderen die daar wonen, onze zeven kinderen en ook onze kleinkinderen wonen hier. Ik weet het niet, ik denk er vaak aan, het is fijn om daar te wonen, maar als mijn kinderen er niet zijn hoef ik ook niet te gaan]. Interview 10, vrouw, 57 jaar.

1.2 Terugkeerwens toen

[Ja zeker, wilden wij terug]. Interview 11, man, 65 jaar.

1.3 Algemene taalvaardigheid (vroeger de taal niet geleerd)

[Wij zijn zelf stom dat wij de taal niet hebben geleerd, dus het is onze eigen schuld dat er altijd iemand mee moet. Wij mochten de taal leren van de overheid en omdat we niet naar de les konden omdat we kinderen thuis hadden, kwam er zelfs iemand bij ons thuis. Maar het was hier een gekkenhuis, zeven kinderen over de vloer en dan nog visite. Nee, van de taal leren is het niet gekomen]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[De Nederlandse taal was toen niet van belang. Er was altijd een tolk bij. We moesten werken, werken. Werken was belangrijker dan de taal leren, in die tijd. Als ze toen hadden gezegd dat ik de taal moest leren, had ik het ook snel geleerd, we waren nog jong]. Interview 11, man, 65 jaar.

2. Lichamelijke en geestelijke gezondheid

2.1 Lichamelijke gezondheid

Algemeen

[Met mij wel goed, maar mijn gezondheid is slecht]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Mijn gezondheid is niet zo goed]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Mijn gezondheid gaat goed, ik voel me goed]. Interview 3, man, 55 jaar.

[Op dit moment ben ik gezond]. Interview 4, man, 70 jaar.

[Met mijn gezondheid gaat het niet zo best]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[Het wordt alleen steeds slechter, de laatste dagen gaat het echt slecht]. Interview 7, vrouw, 57 jaar.

[Vandaag gaat het goed, gisteren ging het niet goed. Het is elke dag anders]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

[Met mijn gezondheid gaat het niet goed]. Interview 16, vrouw, 57 jaar.

Pijnklachten

[Mijn rug doet pijn, mijn schouders doen pijn, mijn knie doet pijn, overal heb ik pijn. Oude mensen, die hebben overal pijn]. [Maar de dokter zegt aan mijn rug en knie is niets te doen, elke dag slik ik pijnstillers. Erg veel pijn heb ik, mijn knie is gevoelloos. Met liggen heb ik geen last van mijn rug, maar als ik te lang lig doet mijn knie pijn. Dan sta ik midden in de nacht op om een rondje te lopen, dan gaat het beter]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Ik heb pijn. Ik heb pijn in mijn arm en in mijn been]. [Ik heb vaak veel pijn]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Ik had heel erg veel last en pijn, twee jaar lang kon ik niet lopen. En ook van mij rug]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[Ik kan moeilijk rechtop staan, vooral in mijn rug heb ik erg veel pijn]. [Ik heb schouderpijn, rugpijn, overal pijn]. Interview 7, vrouw, 57 jaar.

[Ook heb ik de laatste jaren veel pijn aan mijn benen, maar ook vanaf mijn schouders en mijn armen doet het erg pijn]. [Ik heb echt ernstige pijn]. Interview 11, man, 65 jaar.

Gezondheidsklachten

Chronische aandoeningen

[Mijn cholesterol is niet goed en ik heb last van diabetes]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[Maar ik heb suikerziekte en last van een verhoogde bloeddruk]. [Mijn cholesterol is ook licht verhoogd]. Interview 6, man, 70 jaar.

[Voor mijn diabetes ga ik samen met mijn man,naar de verpleegkundige]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

[Ik heb suikerziekte en hartproblemen, dat is al vier jaar zo]. Interview 9, man, 70 jaar.

[Ik heb last van een verhoogde bloeddruk en hartproblemen]. Interview 10, vrouw, 57 jaar.

[Ook heb ik een te hoge bloeddruk]. Interview 11, man, 65 jaar.

[Maar ik heb wel last van een hoge bloeddruk]. Interview 12, vrouw, 55 jaar

[En ik heb last van diabetes]. Interview 13, vrouw, 60 jaar.

[Diabetes, verhoogde bloeddruk....]. Interview 16, vrouw, 57 jaar.

[Mijn bloeddruk is te hoog, ik krijg ook harttabletten, maagtabletten en tabletten voor een verhoogd cholesterol]. Interview 17, man, 67 jaar.

Overgewicht

[Mijn arts zegt al jaren dat ik moet afvallen]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Het enige dat ze zeggen is 'val af', 'val af']. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[En ik moet afvallen zeggen ze daar]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

2.2 Geestelijke gezondheid

Algemeen

[Geestelijk gaat het goed met mij, ik denk aan vandaag, morgen zien we dan wel weer] Interview 14, man, 73 jaar.

Depressie

[Alleen ik heb geestelijke problemen. Ik leef in depressie. Als sinds 19 jaar. Ik leef in depressie, maar ik leef nog. Ik kan nog wel blijven. Het is een bekende psychologische ziekte. Ik ben in depressie, maar ik probeer staande te blijven]. Interview 3, man, 57 jaar.

Emoties

[Af en toe heb ik het moeilijk. Als je ouder wordt, raak je soms geëmotioneerd]. Interview 4, man, 70 jaar

Geldproblemen

[Ja, daar lijden wij psychisch onder. We maken ons daar erg veel zorgen over, ook over de slechte leefomstandigheden in onze flat. Nee, dat komt onze gezondheid niet ten goede]. Interview 11, man, 63 jaar.

[Ja, dat wel, want ik maak me er vaak zorgen over. Dan voel ik me erg neerslachtig. We zijn al oud, waarom moeten we het dan ook nog financieel zwaar hebben? Dat snap ik niet]. Interview 12, vrouw, 55 jaar.

2.3 Bevorderen eigen gezondheid

Beweging en voeding

[Ik loop elke dag 20 tot 30 kilometer. 25, 30 of 35 op een 's zomerse dag. En veel fietsen]. [Ik gebruik natuur, ik leef natuur. Als ik alcohol ga drinken, ga ik wijn drinken. Want dat is ook natuur. Of sap, dat kan ook. Maar sap van groente en fruit, dat is de beste alcohol voor mij. Beter dan medicijnen. Daarvan leef ik]. Interview 3, man, 57 jaar.

[Ja, ik loop ook veel. Dat is belangrijk voor mij. Ik heb er altijd zin in, om te wandelen. Als ik dat niet doe, dan is het niet goed voor mij]. [Ik loop al heel lang elke dag, het is een beetje een gewoonte geworden. Het is zowel geestelijk als lichamelijk goed voor mij]. Interview 6, man, 75 jaar.

[Verder sport ik waar nodig]. Interview 9, man, 70 jaar.

[Voor mijn hartproblemen sport ik wekelijks]. Interview 10, vrouw, 57 jaar.

[Ik weet wat ik wel en niet kan eten en hou mezelf voldoende in beweging. Dat is ook erg belangrijk. Ik ga ook naar bijeenkomsten over diabetes en pas goed op mijn voeding. We wandelen nu elke dag door Deventer. Dat zei mijn huisarts en dat zeiden ze ook op de voorlichtingsbijeenkomst]. Interview 13, vrouw, 60 jaar.

[Ja, ik loop veel. Dat is toch goed, buiten lopen, lekker na het eten]. Interview 14, man, 73 jaar.

[Af en toe een beetje bewegen, ik zwem iedere week]. [Ja, dat is ook goed, dat doen we in het zwembad ook, oefeningen. Tien minuten ongeveer]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

Religie

[Ik lees veel in de Koran, dat geeft mij rust]. [Iedere dag geven wij Koranles aan huis, aan kinderen. Daarvan geniet ik ook, ik luister ook naar hun verhalen. Dan laat ik ze vertellen en geef advies. Ik leer ze dingen dat als ze naar de wc gaan, dat ze daarna goed hun handen moeten wassen, dus hygiënisch zijn en andere belangrijke dingen. Dat geeft me voldoening. Iedere dag zijn we daarmee bezig]. [Ja, we zijn zo druk, omdat we dan ook niet zoveel hoeven na te denken. Anders gaan we doormalen, onze gedachten]. [Wij naaien ook heel veel. Iedere avond naaien mijn vrouw, en ik samen kleren. Deze kleding brengen we dan naar Turkije. En ik ben ook met het bewerken van hout bezig]. [Als ik tien vrije minuten heb, ga ik ook wat doen. Dan ga ik bijvoorbeeld de tafel schoonvegen]. [Ja, daarom ben ik ook actiever dan anderen]. Interview 4, man, 70 jaar.

[Lesgeven aan kinderen over de Koran doet mij heel erg goed en ook naai ik graag. Met mijn hobby's ben ik veel tijd bezig. We kunnen soms niet volgen hoe snel de dag voorbij gaat. We zijn al drie maanden weer terug in Nederland en daarvan zijn we maar drie of vier avonden alleen thuis geweest. Of mensen komen bij ons, of wij gaan op bezoek]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

3. Zorggebruik

3.1 Diensten zorginstelling

Huishoudelijke taken

[Nou, via kennissen kwam ik er terecht. Het is heel erg fijn. Ze helpen me met de was en maken schoon].

Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Zelf kan ik niet zoveel doen, maar ik doe het samen met mijn man. Sommige dingen doet hij, en sommige dingen doe ik. We doen het samen, nu redden we dat nog zo]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[We wonen nu al in een speciale flat, het is geen bejaardentehuis, maar we krijgen wel hulp in de huishouding daar. We zijn er tevreden over, het is veilig en rustig]. Interview 6, man, 75 jaar.

[Nee, dat krijgen we niet. De huisarts heeft het ons wel aangeboden, maar dat hebben we geweigerd. Want we hebben onze dochter, die woont nog thuis. Dus we hebben het nu niet nodig]. Interview 10, vrouw, 57 jaar.

[Nee, we krijgen geen hulp. Misschien kunnen we dat later eens vragen. Voor nu gaat het goed zo in het huishouden]. Interview 12, vrouw, 55 jaar.

[Nee we krijgen geen hulp, mijn vrouw doet dat allemaal]. Interview 14, man, 73 jaar.

[Toen mijn zoon uitwonend was kreeg ik wel hulp van een zorginstelling. Maar nu hij weer bij mij woont zeggen ze dat hij mij moet verzorgen. We hebben het twee keer aangevraagd, maar met een inwonende zoon krijg je het niet. Hij moet mij verzorgen]. [Nee, dat doet hij niet. Als ik zeg 'haal maar een brood', dan doet hij het wel. Maar ik wil alles precies, niet alleen kleine dingen]. [Ja, ze deden alles wat ik vroeg. Ramen lappen, stofzuigen]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

[Ja, ik krijg hulp. Daar ben ik tevreden over. Ze komen iedere week]. Interview 17, vrouw, 57 jaar.

Groepsactiviteiten

[Ook doen we allemaal leuke dingen, dan worden we opgehaald en gaan we samen breien en eten. O, laatst, toen werd ik al vroeg opgehaald en was ik pas om 21:00 uur thuis! Dan voel ik me veel minder eenzaam. Ja, het is erg fijn]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

Mee naar de arts

[Ze helpen ook, met brieven vertalen en gaan mee naar de huisarts als dat nodig is]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Van buiten krijg ik hulp, daarvoor krijg ik geld van de overheid. Samen met iemand van deze instelling ben ik toen naar het ziekenhuis gegaan]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

Bejaardentehuis

[Nou, ik heb al met mijn vrouw afgesproken dat als wij ons later moeilijk kunnen redden, dat we dan naar een bejaardentehuis gaan. Dus daar ben ik tevreden over. Niet iedereen spreekt daar met elkaar over, wij hebben dat gelukkig wel gedaan]. Interview 6, man, 70 jaar.

[We hoorden vorige week dat er een heel Turks bejaardentehuis komt hier vlakbij. Dat vind ik heel fijn. Dan kunnen we daar later misschien heen]. Interview 11, vrouw, 55 jaar.

[Nee, ik ga niet, ik blijf thuis. Heel misschien later. Nu niet. Ik blijf hier]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

[Ja, ik wil wel hier blijven wonen. Misschien een bejaardentehuis, maar ik denk het niet. Ik blijf echt liever hier]. Interview 17, man, 67 jaar.

3.2 Zorg vroeger en nu

Minder tijd en aandacht

[Vroeger, tien, vijftien jaar geleden was er veel meer aandacht]. [Het is alsof de aandacht nu minder is dan tien, vijftien jaar geleden]. [De aandacht van nu en toen is ongeveer hetzelfde, misschien nu iets minder, maar ik verlang naar nog meer]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Maar er is toch minder aandacht dan vroeger. De arts heeft minder tijd. Daardoor krijg ik soms toch twijfels over de Nederlandse zorg]. Interview 4, man, 70 jaar.

[De zorg was vroeger echt beter, ik werd in bed gelegd, ik werd verzorgd, ze pasten goed op mij. Ik kreeg erg veel aandacht. In 1977 ben ik bevallen van mijn eerst kind. Toen heb ik vier of vijf dagen in het ziekenhuis gelegen. Dat was toen normaal. Vier jaar later ben ik van mij tweede kind bevallen, van tevoren hoorde ik dat ik maar één dag in het ziekenhuis zou mogen blijven. Dan kon ik dus net zo goed thuis bevallen, als ik toch met wonden en pijn naar huis wordt gestuurd. Toen ben ik dus thuis bevallen, maar wat als er iets zou gebeuren? Als ik een infectie zou krijgen? Wie weet wat er later gebeurt?]. [Vroeger was er meer tijd en zorg. De zorg was beter. Nu is het zo, dat als je de dokter belt, de assistente opneemt en je vragen begint te stellen. Hoe voel je je? Waar doet het pijn? En dan; neem maar een paracetamol. Rust uit, en bel over een week maar weer terug. Vroeger werd ik meteen geholpen]. [Toen ik hier net in Nederland was, in de jaren '70, en nadat mijn dochter was geboren had ze een keer hoge koorts. Het maakte niet uit wanneer ik belde, overdag of 's nachts, ik werd altijd goed geholpen. De dokter kwam zelfs thuis langs, omdat hij vond dat we mijn dochter zo niet konden vervoeren. Dat is er wat er toen gebeurde. Hij gaf zelfs aan hoe laat hij zou komen, en op die tijd kwam hij ook. Hij verzorgde mijn dochter goed. Nu kan ik zelfs niet eens rechtop staan. Als ik had gebeld, had ik zelf bij de dokter langs moeten komen. Maar hoe kan ik gaan? Normaal ga ik op de fiets, maar dat gaat niet lukken. Ik kon niet eens lopen. Een taxi is erg duur. Nu komen ze alleen in uiterste gevallen, als iemand een hartaanval krijgt en dan met de ambulance]. Interview 7, vrouw, 57 jaar.

[Maar over de gezondheidszorg, daarvan heb ik toch het idee dat het minder is geworden. Er zijn dingen weg gehaald, vroeger lag je een week of twee weken in het ziekenhuis na een operatie, nu maar een dag, zelf bij een hartoperatie. Vroeger lag je met hoofdpijn een dag in het ziekenhuis. Ik zie wel gebeuren dat het straks veel erger wordt, in de toekomst]. Interview 9, man, 63 jaar.

[Mijn ervaring is wel dat het minder wordt, de zorg. Toen ik geopereerd werd, achttien jaar geleden, heb ik twee weken in het ziekenhuis gelegen en ik werd ook meteen geholpen. Ik heb wel eens gehad dat mijn bloeddruk erg hoog was en mijn hartritme verstoord was. Toen zijn we meteen naar de Eerste Hulp gegaan. Daar zeiden ze dat ze mij eigenlijk op moesten nemen, maar dat er geen ruimte was. Ze hebben me toen naar huis gestuurd en mijn dochter moest om de twee uur komen controleren. De volgende ochtend moest ik naar mijn huisarts.

Dus dat verschil is er, als dit vroeger zo was gegaan, was ik meteen opgenomen en verzorgd]. Interview 10, vrouw, 57 jaar.

[Nu niet meer. Vroeger was het beter. Ja, toen was er veel meer aandacht. Nu moet je al na een halve dag weg]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

3.3 Redenen artsbezoek Turkije

Moeite met de taal

[Een tijd later was ik in Turkije en wilde mijn klacht toch in mijn moedertaal uitleggen. Het is je moedertaal. Als jij naar de dokter in Turkije gaat, kan je jouw klacht ook niet goed vertellen. Zo is dat voor mij in Nederland ook. Toen ik in Turkije was, kon ik mijn klacht wel goed uitleggen]. [Nee, daar kon ik zelf vertellen wat ik voelde. Als ik het uitleg, is het fijner dan dat mijn zoon het uitlegt]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

Ter plaatse zorg nodig

[In Turkije kreeg ik last van bloedingen. Daarom ben ik toen naar die arts gegaan]. [Het maakt me niet uit of het Turkije of hier is, waar ik problemen heb daar ga ik naar een arts. Waar ik pijn krijg of wat dan ook, daar ga ik naar een arts. Omdat ik nu al een lange tijd in Nederland ben, ga ik meer hier naar de dokter dan in Turkije]. Interview 4, man, 70 jaar.

[Wij gaan in Turkije alleen naar de trombosedienst, maar dat moet gewoon. En verder alleen als er echt iets is]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

[Na de operatie in Nederland ben ik wel op vakantie gegaan naar Turkije. Toen ik daar was, voelde ik me plotseling niet goed. Ik werd daar onwel, ik voelde me niet goed en dus ging in naar een Turkse arts]. Interview 9, man, 63 jaar.

Second opinion

[Hier in Nederland wilde ik dat ze verder zouden onderzoeken, maar dat hebben ze niet gedaan. Mijn dochter werkt in Turkije als verpleegster en via haar connecties en netwerk heeft ze mij geholpen]. [In Nederland hebben ze een normale scan gemaakt, maar daarmee kun je niet genoeg zien. Daarom hebben ze in Turkije een MRI scan gemaakt]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[Nee, daar ben ik nooit geweest. Ik heb er wel eens over gedacht, maar ik ben nooit gegaan. Zoals jullie weten heeft mijn man, ernstige gezondheidsproblemen. Als we op vakantie gaan naar Turkije, gaan we samen. Ik heb de luxe niet om hem alleen te laten]. Interview 10, vrouw, 57 jaar.

[Ja, in Turkije zeggen ze hetzelfde als hier. Dus wat dat betreft maakt het niet zoveel uit]. Interview 16, vrouw, 57 jaar.

[Jawel, ik ben ook in Turkije geweest. Maar daar zeggen ze hetzelfde als hier. Ze zouden dezelfde medicijnen hebben voorgeschreven. Ze hebben dezelfde school gedaan, daarom. Interview 17, man, 67 jaar.

Alternatieve zorg

[In Turkije is een soort alternatief genezer, daar ben ik toen heen gegaan. We noemen dat een dorpsvrouw. Ze heeft mij ook geholpen, misschien ben ik daardoor wat beter geworden, dat weet ik niet zeker. Ze hebben bepaalde kruiden gebruikt voor een kruidenbad, gekookt en allerlei dingen gedaan. Ze hebben ook mijn rug gekraakt, een soort fysiotherapie. Misschien heeft dat geholpen. Daarna ben ik in ieder geval veel meer opgeknapt]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[Nou, in Turkije ga ik ook in speciale natuurbaden. Het ruikt heel lekker en het helpt wel]. Interview 17, vrouw, 57 jaar.

3.4 Ervaren problemen in Nederland met de arts

3.4.1 Taal bij de arts

Vertalen algemeen

[Mijn zoon gaat mee om te vertalen, of een kennis gaat mee]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Als ik naar de huisarts ga, ga ik met een kennis mee. Die vertaalt dan]. [Omdat het voor mij vertaald wordt gaat het goed, ik vind het fijn zo]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Meestal gaat een kennis mee of één van mijn kleinkinderen. Mijn kleinkinderen gaan vaak mee]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[Ja, mijn kleinzoon of zoon gaat dan mee om te vertalen]. Interview 6, man, 75 jaar.

[Als het kleine dingen zijn die ik zelf kan vertellen, dan ga ik zelf, anders neem ik iemand mee]. Interview 10, vrouw, 57 jaar.

[Vroeger ging ik wel eens alleen, maar bij belangrijke dingen neem ik altijd mijn dochter mee. Zij heeft goed gestudeerd en spreekt vloeiend Nederlands. Zoals er nu wordt vertaald, zo gaat het dan ook. Ze legt het allemaal maar voor mij uit]. Interview 7, vrouw, 57 jaar.

[Ja, mijn jongste dochter gaat meestal mee om te vertalen]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

[Nu is het zo dat ik zelf naar de huisarts ga. Omdat mijn problemen bekend zijn is er geen noodzaak dat iemand anders meegaat. Maar dat was vroeger, vier, vijf jaar geleden anders. Toen ging ik met mijn kinderen. Tot nu toe heb ik verder geen problemen. Als ik naar de apotheek ga voor medicijnen ga ik ook alleen. Als ik naar de huisarts ga, ga ik alleen. Mijn problemen zijn nu bekend. Ik begrijp het meeste van wat ze zeggen wel]. Interview 9, man, 70 jaar.

[Ik vertel mijn klachten, mijn man, vertaalt dan]. [Nee, als het wordt vertaald, gaat het verder wel goed. Er gaat altijd wel iemand mee]. Interview 13, vrouw, 60 jaar.

[Nee, ik ga meestal alleen, dat gaat wel goed. We praten nu toch ook samen Nederlands]. [Ja, soms ga ik alleen, soms neem ik één van mijn dochters mee. Ik begrijp alles heel goed, maar soms is het moeilijk om terug te praten. Daarom neem ik soms iemand mee. Dan gaat het goed]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

[Ja, ik praat zelf een beetje Nederlands, maar mijn dochter komt ook altijd mee]. Interview 16, vrouw, 57 jaar.

Problemen met taal

[Wanneer we gaan luister ik vooral, want zelf kan ik niks vertellen. Soms, als ik begrijp wat er gezegd wordt zeg ik 'ja' of 'nee'. Maar verder moet ik het maar aannemen en weer naar huis gaan. Wat moet ik dan, ik kan het hem zelf niet uitleggen. Maar er is niet aan te doen]. [Dat duurt als sinds 1971. Ik luister alleen]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Nou, mijn klachten uitleggen via anderen gaat niet altijd goed. Het is moeilijk om dan uit te leggen wat je hebt]. Interview 6, man, 75 jaar.

[Nou, als ik de taal zou spreken had ik hem wel een lesje geleerd]. [Nou, op dat moment wist ik wel wat ik wilde zeggen. Maar ik kon natuurlijk niet vragen om dat te gaan vertalen. Maar als ik de taal kende had ik mijn zegje wel gedaan]. Interview 7, vrouw, 57 jaar.

[Het zit mij nu echt in de weg. Ik kan niets zelfs vertellen]. Interview 11, man, 65 jaar.

Taal in brede zin

[Oude mensen, die hebben overal pijn]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Hoe moeten wij zelf afvallen? Dat weten we niet]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Maar ik hoor om mij heen dat het slechter gaat] Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[Van anderen hoor ik dat zij veel klachten hebben, maar zelf heb ik dat niet meegemaakt. Andere ouderen zijn niet zo tevreden, maar zelf heb ik dat niet meegemaakt]. Interview 6, man, 75 jaar.

[Ik kwam bij hem met rugpijn. Ik vertelde hem dat ik het gevoel had dat meerdere honden in mijn rug hadden gebeten. Echt, het voelde alsof ik was gebeten]. [Een rijstkorrel kan net zo groot worden als een aardappel. Waarom zouden we aardappel moeten oplossen als we ook een rijstkorrel kunnen oplossen?] Interview 7, vrouw, 57 jaar.

3.5 Ervaren problemen in Turkije met de zorg

Geldproblemen

[Al ben je wel verzekerd. Dan moet ik cash hebben, geld hebben, om ervoor te zorgen dat iemand me komt ophalen. Dan moet ik eerst betalen, anders komen ze niet. Ik moet geld hebben, dan pas komen ze. Overdag wanneer ik naar een arts ga in het ziekenhuis (in Turkije is er geen huisarts), dan zeggen ze 'de dokter is niet'. Of u bent verzekerd, maar u moet toch betalen]. [Daar spreekt geld, daar komt het op neer]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Ik heb niet de luxe om in Turkije naar een arts te gaan, al zou ik het willen, ik heb het geld niet. Hier in Nederland is het zo geregeld dat je als je een chronische ziekte hebt en daarvoor medicijnen gebruikt, je niet zomaar naar het buitenland mag voor een onderzoek. Dan vergoeden ze dat niet]. Interview 7, vrouw, 57 jaar.

[De reden waarom ik dat niet gedaan is omdat ze in Turkije alles doen om aan geld te komen. Een hartoperatie kost in Turkije €20.000 euro, ik ben hier een dag gebleven en geopereerd en dat heeft in totaal €12.000 euro gekost. Waar het op neer komt is, ik heb ze niet geloven. Ik heb ze niet kunnen geloven, ik heb ze niet kunnen vertrouwen]. Interview 9, man, 63 jaar.

[We hebben de luxe niet in Turkije naar een arts te gaan. Alleen in noodgevallen gaan we. Het is daar niet zoals hier, je moet meteen veel geld betalen voor hulp. Ze zijn op je geld uit daar, echt waar] Interview 11, vrouw, 55 jaar.

[Tja, ik moet het eerlijk zeggen. Misschien zijn niet alle Turkse artsen zo, maar je kan er wel één tegenkomen die zegt 'we moeten uw been eruit halen', omdat hij dan geld kan verdienen]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

Minder goede verzorging

[Dit is wat ik daarmee bedoel. In Turkije ben ik niet verzekerd. Als ik hier 's nachts een dokter moet bellen, dan zeggen ze 'u kunt naar deze dokter' of ze sturen een dokter. Dokters zijn hier dag en nacht beschikbaar. Dat is in Nederland zo. Hier ben ik verzekerd. Ik kan gewoon bellen, overdag, en een afspraak maken en ik kan er naartoe gaan. Als ik naar het ziekenhuis ga, word ik ook goed verzorgd. Dan hebben ze aandacht voor me]. [En in Turkije verzorgen ze je niet goed in ziekenhuizen. Ga maar liggen en wachten tot ze tijd voor je hebben. Dat is het verschil en hier hebben ze aandacht voor ons. Het mooie aan Nederland is; als ik hier in het ziekenhuis lig, is er een verpleegster die er is, die rond loopt. Die me helpt als ik haar nodig heb. In Turkije komt er niemand langs als je in het ziekenhuis ligt. Niemand die vraagt of je iets nodig hebt, niemand. Ze zorgen niet voor je. Ze hebben geen interesse. Die tonen geen interesse]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[In Turkije heeft alles met netwerken te maken, als je daar in een ziekenhuis moet blijven, moet je echt artsen kennen. De zorg is dan veel beter. Ook door de verpleegsters word je dan beter behandeld. Anders komen ze van de vijf keer dat je roept, misschien maar één keer. Dan krijg je echt extra aandacht. Je moet overal mensen kennen in Turkije. We hebben het zelf meegemaakt, met familie. Een vrouw, was ernstig ziek en we brachten haar naar het ziekenhuis. Daar kregen we te horen dat we later maar terug moest komen. Maar ze was ernstig ziek en moest meteen opgenomen worden. Zo gaat dat]. Interview 6, man, 75 jaar.

Vergelijking zorg Nederland- Turkije

Keuze voor behandeling in Nederland

[In Turkije vertelde iedereen mij een ander verhaal. De één zei doe het maar en de ander zei van niet. Toen wist ik het niet meer. Ik dacht, ik word liever in Nederland geopereerd, daar weten ze het vast beter]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Ik vind Nederlandse artsen beter dan Turkse artsen]. Interview 4, man, 70 jaar.

[Maar ouderenzorg, en bejaardentehuizen zijn hier beter dan in Turkije]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[De zorg in Nederland is veel beter, in ziekenhuizen hier word je goed behandeld. Dat is in Turkije niet zo]. Interview 6, man, 70 jaar.

[Nee, ik blijf hier voor de dokter. Ik weet niet precies wat het vergeleken is. Maar ik vind de dokters hier prettig. In Turkije operen ze snel. In Nederland heb ik geen problemen gehad met mijn huisarts of specialist in het ziekenhuis. Nee, ik kan het niet vergelijken. Ik heb het zelf gezien. In Turkije stellen ze een operatie voor. Pffft. Nee, als ik echt ziek ben, ga ik terug naar Nederland]. Interview 14, man, 73 jaar.

[Ik weet het niet in Turkije, ik weet het niet, ik geloof het niet]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

4. Ervaren zelfeffectiviteit

Hoge ervaren zelfeffectiviteit

Medicijnen en doorverwijzing vragen

[Als medicijnen niet helpen, kan ik zeggen dat ze niet helpen. Dan krijg ik andere]. Interview 4, man, 70 jaar.

[Ja, dat gaat prima, ik vraag hem gewoon en dan verwijst hij me door]. Interview 14, man, 73 jaar.

[Het gaat goed bij de arts, ik kan goed met hem omgaan en alles tegen hem zeggen. Als ik een medicijn nodig heb dan krijg ik dat]. Interview 3, man, 55 jaar.

Lage ervaren zelfeffectiviteit

Niet voor zichzelf op durven komen

[Een kennis van mij die verderop woont, is met een Nederlandse vrouw, getrouwd. Laatst kwam hun dochter hier en die zei dat er wel een oplossing is voor mijn knieprobleem in Duitsland. Dat komt door haar moeder, Nederlanders kennen hun rechten. Sinds hij met haar samen is, weet hij veel meer hoor. Nederlanders laten zich niet zomaar wegsturen]. [Maar een Nederlander zou nu geen pijn meer hebben. Omdat Nederlanders opkomen voor hun rechten en zeggen wat ze nodig hebben]. [Omdat wij het niet weten, kunnen wij er niet achteraan, we kunnen niet voor onszelf opkomen]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[We kennen onze rechten niet. Als iedereen haar of zijn rechten zou kennen, dan zou het niet zo zijn in Nederland. Dan zou iedereen achter zijn rechten aangaan. Dan zou iedereen ervoor zorgen dat ze krijgen waar ze recht op hebben]. Interview 7, vrouw, 57 jaar.

Niet willen zeuren

[Niks, we laten het erbij. Ja, mensen zeggen wel dat we door moeten gaan en door moeten vragen. We willen geen zeurmensen zijn]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

5. Tevredenheid

Tevredenheid

Tevredenheid huisarts

[Over mijn huisarts ben ik echt 100% tevreden]. Interview 5, vrouw, 56 jaar.

[Ik ben echt tevreden met mijn huisarts]. Interview 6, man, 75 jaar.

[Graag wil ik sneller geholpen worden. Als ik bel, dan ben ik echt ziek, want ik kom bijna nooit. Ik wil dan niet een afspraak voor de volgende dag of de dag daarop. Ik wil dan gelijk geholpen worden]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

[Over mijn huisarts ben ik ook tevreden]. Interview 11, man, 65 jaar.

[Verder zijn we gewoon tevreden]. Interview 13, vrouw, 60 jaar.

[Nee, ik ga altijd eerst naar mijn Nederlandse arts. Ik ben erg tevreden over mijn huisarts]. Interview 14, man, 73 jaar.

[Ja, zeker heel tevreden. Hele goede huisarts]. Interview 17, man, 67 jaar

Ontevredenheid

Organisatorisch ontevreden

[Dat is heel duidelijk, wanneer iemand zich meldt bij de dokter moet er meteen goed gehandeld worden.

Iemand die ziek is, gaat niet voor de lol naar de arts. Zoek het goed uit, doe het niet af met pijnstillers.

Onderzoek iemand uitvoerig, doe een scan als dat nodig is, hou iemand niet aan de lijn]. [En niet terugbellen over een week, mensen moeten meteen geholpen worden. Als iemand naar de arts gaat die niets heeft, moet deze persoon erop aan gesproken worden. Daar hoeft niet de overige 90 procent voor te boeten. Bijvoorbeeld als ik wist dat ik een half uur aan de lijn moest blijven, daarna mijn halve dag kwijt was aan een doktersbezoek en vervolgens te horen krijg dat ik pijnstillers moest nemen, had ik ook wel naar Kruidvat kunnen gaan].

Interview 7, vrouw, 57 jaar.

[Graag wil ik sneller geholpen worden. Als ik bel, dan ben ik echt ziek, want ik kom bijna nooit. Ik wil dan niet een afspraak voor de volgende dag of de dag daarop. Ik wil dan gelijk geholpen worden]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

[Nou, voordat je eindelijk naar het ziekenhuis wordt doorgestuurd moet je vijf keer naar de huisarts. Ze kijken niet naar het echte probleem. Je krijgt gewoon een pil, je gaat weer, je krijgt weer een pil. Zo gaat het door. Ze kijken niet naar de oorzaken van het problemen, omgevingsfactoren nemen ze niet mee. Ik kan begrijpen dat ze niet aan alle kleine dingen tijd kunnen besteden, maar als je echt iets ernstigs is, zoals ik heb, dan ben je daar niet mee klaar. Ik zou dus graag willen dat ze daar meer tijd en aandacht aan zouden besteden, dat zou echt een verbetering zijn]. Interview 10, vrouw, 57 jaar.

6. Vertrouwen in de arts

6.1 Competentie

Competentie positief

Goed doorverwijzen

[Als ik mijn problemen vertel en de dokter kan er wat aan doen, dan geeft hij medicijnen. En als het nodig is, stuurt hij me door. Dat is gewoon fijn]. [Maar de dokter verwijst ons altijd door of geeft de goede medicijnen]. [Soms stuurt hij me door naar het ziekenhuis, of therapie. Of massage]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Jawel, hij luistert altijd goed naar mij en stuur me door als ik dat nodig vind]. Interview 12, vrouw, 55 jaar.

[Goed, mensen zijn aardig en lichten me goed in]. Interview 3, man, 57 jaar.

[Verder geen diëtiste of wat dan ook om mij te helpen]. [Maar ik krijg daar geen advies over wat ik wel of niet moet eten]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

[Mijn arts verwijst me door als dat nodig is en geeft me de juiste medicijnen]. Interview 13, vrouw, 60 jaar.

[Ik heb geen problemen met de huisarts. Hij gelooft me en verwijst me altijd door als dat nodig is]. [Hij begrijpt mijn problemen en ik begrijp hem ook goed]. Interview 14, man, 73 jaar.

Juiste kennis

[Dat kan ik niet beoordelen, of hij kennis heeft. Hij noemt zichzelf een dokter dus dat moet ik maar aannemen]. Interview 1, vrouw, 65 jaar

[Nou, de huisarts heeft wel heel veel kennis hoor]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

Veel aandacht

[Gelukkig houdt de huisarts daar wel rekening mee. Als er niemand mee kan, regelt de huisarts een tolk voor mij. Dat gaat dan telefonisch. Daar ben ik blij mee]. Interview 11, man, 63 jaar.

[Ja, hoor hij weet alles. Hij is heel goed, heel aardig. Hij neemt alle tijd. Ik ben al meer dan dertig jaar bij hem, hij luistert altijd, hij neemt altijd de tijd voor mij. Lekker rustig praten]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

[Ja, de arts werkt goed mee, hij probeert alles duidelijk uit te leggen en te vertellen]. Interview 16, vrouw, 57 jaar.

[Hij luistert heel goed. Gebruikt veel begrijpelijke taal. Zodat wij het kunnen begrijpen]. Interview 17, man, 67 jaar.

Competentie negatief

Niet serieus nemen/ geen oplossing bieden

[Al sinds 1971 zegt hij dat ik moet afvallen. Maar ik kan niet bewegen en heb overal pijn. Hoe moet ik dan afvallen vraag ik hem? Vroeger, toen ik me nog goed voelde ben ik eens op eigen kracht 27 kilo afgevallen (trots). Maar wat moet ik nu? Ik kan het toch niet alleen doen, dat afvallen]. [Maar ik wil een oplossing. Waarom is er niets aan te doen, dat snap ik niet]. [Mensen vertellen verschillende dingen, maar ik krijg niet de goede informatie]. [Ik wacht al een jaar, nog steeds heeft hij geen oplossing]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Het enige dat ze zeggen is 'val af, val af', ze geven medicijnen en zeggen 'val af']. [En ik kreeg te horen 'val af'. Maar afvallen is niet zo makkelijk. Hoe moeten wij zelf afvallen? Dat weten we niet].

[De dokter heeft mij gezegd dat ik kon gaan zwemmen, maar dat heb ik toen niet gedaan, want het zwemmen was gemengd. Het waren niet alleen vrouwen, het was gemengd.....Ja, dat heb ik toen gezegd. Het is gemengd, dus dan kan ik niet gaan. De dokter zei dat er helaas geen vrouwenavonden waren. En toen ben ik dus niet gegaan. De dokter kon er niets aan doen]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Negen jaar lang twee calciumtabletten per dag slikken is niet de oplossing. Van mijn huisarts kreeg ik zelfs tabletten, die je ook bij de supermarkt voor kinderen kan kopen, vitamine D tabletten. Maar het probleem zijn vooral de calciumtabletten. Deze stoppen mijn boterosie niet. De bedoeling van calciumtabletten is om botten flexibel te houden, als je bijvoorbeeld op de grond valt, dat je dan niet meteen iets breekt. Maar wat gebeurt er ondertussen met de erosie? Dat gaat gewoon verder. Daarbij heb ik dus veel pijn, daarvoor krijg ik pijnstillers. Maar waarom krijg ik niets dat de botten echt versterkt? Een aanvullend medicijn?]. [Iedere keer als ik met erge pijn terug ging, kreeg ik gewoon pijnstillers. Toen ik na een periode van pijn en gebruiken van pijnstillers weer terug ging, kreeg ik gewoon een ander soort pijnstiller voorgeschreven. Maar dat was niet wat ik wilde. In het begin toen hij me pijnstillers gaf moest ik er bijvoorbeeld drie tegelijk in nemen, en alleen als het nodig was. Maar het probleem is dat ik een heel gevoelig lichaam heb. Dus ik nam er dan steeds maar één, want ik ken mijn lichaam. En anders zit ik er de volgende dag met andere klachten, zoals buikpijn van de pijnstillers. Dan zegt hij dat ik het niet had moeten innemen, dat is wel eens voorgekomen]. [Maar dan krijg ik van de huisarts te horen dat hij ook wel eens pijn heeft en niet helemaal gezond is. Of dat ik oud ben en dat het erbij hoort. Wat ik wil horen is een oplossing, iets dat het lichaam sterk maakt, dat mijn botten sterk maakt. Dat antwoord krijg ik niet]. [Waarom word ik als een proefkonijn gebruikt de eerste keer? Zo van, of ik daar kom voor de lol en niet echt pijn heb. Denkt hij nou echt dat ik het leuk vind en graag een prik in mijn schouder wil? Mijn pijn is echt. Volgens mij denken zij dat wij komen om te zeuren, of gewoon voor de lol komen. Waarom is het niet meteen

opgelost? Waarom moest ik daarvoor eerst anderhalve maand pijn lijden?] [Wanneer ik pijn heb, krijg ik dus pijnmedicijnen. Als er iets anders nodig is, zijn wij zelf diegene die onderzoek verrichten. Mijn dochter doet dat bijvoorbeeld. Zij vond bijvoorbeeld het middel 'glucosamine'. Wanneer we dit aan de dokter voorleggen krijgen we te horen dat er geen bewijs is dat dit middel werkt. Dat is zijn simpele antwoord, daarmee negeert hij het gewoon. Als we hem vragen wat er dan wel werkt, en dat we het zelf wel willen kopen als hij het niet wil voorschrijven, dan nog krijgen we geen antwoord]. Interview 7, vrouw, 57 jaar.

[AFVALLEN!? Hoe kan ik nou afvallen?. Als ik niet kan bewegen]. [Maar soms zegt de huisarts van 'dat heb ik ook', als ik over een klacht vertel. Dan worden we echt kwaad hoor. Grote hilariteit ontstaat. Tweedehands, ja tweedehands voel ik mij dan. Niet eersteklas, tweedeklas. Ja, tweedeklas!]. Interview 8, vrouw, 63 jaar.

[Maar we weten nog steeds niet wat het dan wel is. Ik heb dus pijnstillers, maar die helpen niet. En ik word er alleen maar moe van. Die pijn moet toch ergens vandaan komen? Je hebt niet zomaar pijn aan je knie. Waar komt de pijn vandaan, dat wil ik weten]. Interview 11, man, 65 jaar.

[Ik bedoelde niet dat ik liever niet ga, ik bedoelde dat ik niet voor de lol ga. Dus dat ik alleen ga als ik echt pijn heb. Ik ga niet voor de lol naar de huisarts, maar ik heb hem dan echt erg nodig. Ik heb echt ernstige pijn, ik zit op mijn laatste punt. Ze moeten dan wel meewerken]. [Je zegt niet zomaar, ik heb pijn en ik ga. Ik ga als ik echt pijn heb. Niet voor de lol]. Interview 11, man, 63 jaar.

6.2 Loyaliteit

Loyaliteit positief

Hulp en steun bieden

[Hij vraagt wat er aan de hand is, hij biedt hulp]. [Hij doet alles dat nodig is, hij maakt een foto als het nodig is en andere dingen onderneemt hij]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

[Ik krijg genoeg steun van mijn huisarts]. Interview 6, man, 70 jaar.

Loyaliteit negatief

Onvoldoende hulp en steun bieden

[Recent werd ik erg boos op de arts. Ik wil dat hij mij helpt en doorverwijst]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

Discriminatie

[Er is discriminatie. Op het moment dat ik hun met opzet niet vertrouw, niet geloof en in Turkije een second opinion vraag of me daar laat behandelen en ik kom terug, dan is er discriminatie. Dan verzorgen ze je niet meer]. [Ja, dat is mij overkomen. Toen ik dus onwel werd in Turkije en ik daar naar de arts ging en ik kwam terug zei mijn hartarts, dat is een vrouw, op een onaangename manier 'Moeten wij met uw hartproblemen aan de slag, of doen de artsen in Turkije dat'? Zo van, waar bent u mee bezig? Dat heeft ze in mijn gezicht gezegd. Ik zei dat zij het natuurlijk moest doen, ik leef hier, ik kom hier. Maar ik ben daar onwel geworden. Dat vond ik echt erg onprettig. Kijk, dat vond ik niet leuk. Ik was echt onwel, ik had geen zin in eten, bewegen. Logisch, achteraf, er ging geen bloed naar mijn hart. Ik voelde me onwel, daarom ging in naar de arts. Niet om dat in het gezicht van mijn arts hier te gooien. In Turkije zeiden ze ook dat ik beter naar mijn arts kon gaan, dat wilde ik ook. Dus ik apprecieerde het absoluut niet. Het achterliggende gevoel is dan toch discriminatie. Zo van hoor je bij de ene groep, of hoor je bij de andere groep]. Interview 9, man, 63 jaar.

6.3 Eerlijkheid

Eerlijkheid

[In Nederland zijn de artsen zeker eerlijk]. Interview 2, vrouw, 67 jaar.

Oneerlijkheid

[Hij zegt dat er niets aan te doen is, en ik kan daar niets tegen in brengen. Daar heb ik moeite mee. Wat hij zegt moet ik maar aannemen en weer naar huis gaan]. [Na de operatie zou ik twee maanden revalidatie krijgen om mij er weer bovenop te helpen. Na de operatie moest ik wachten en kreeg niets. Veel medicijnen kreeg ik, tegen de pijn, maar geen oplossing. Na twee maanden alleen in het ziekenhuis te hebben gelegen kreeg ik nog geen revalidatie. Het was wel beloofd (op dit moment wordt ze erg emotioneel). Ik lag daar alleen maar in het ziekenhuis en voelde me eenzaam. Op een dag moest ik zelf een stukje gaan lopen, maar ze lieten me alleen. Toen ontstond een infectie in mijn knie (grijpt naar haar knie). Dat was heel erg gevaarlijk en ik werd ontzettend ziek]. [Ze hebben tegen mij gelogen]. Interview 1, vrouw, 65 jaar.

[Ze willen alles van mij weten, alle antwoorden, ze zorgen wel dat ze erachter komen. Van top tot teen, alles willen ze weten. Maar ze zijn geheimzinnig, ze vertellen niet alles, ze vertellen niet alle mogelijkheden, ze vertellen niet wat allemaal kan. Ze houden dingen achter. Ze vertellen niet alles. Wij zijn eerlijk we vertellen gewoon alles]. Interview 7, vrouw, 67 jaar.

6.4 Globaal vertrouwen

[Ja, er is wel vertrouwen, ik vertrouw het wel]. Interview 9, man, 63 jaar.

[Omdat ik verder een goed gevoel heb over de Nederlandse artsen]. Interview 13, vrouw, 60 jaar.

[Ik vertrouw de artsen wel]. Interview 15, vrouw, 56 jaar.

BIJLAGE 3. VRAGENLIJST NEDERLANDSE VERSIE

Enquête 'Beleving zorg in Nederland'

Een samenwerking van de Universiteit Twente & Gemeente Deventer

Beste gevraagde,

In Nederland stijgt het aantal 55 plussers snel, en dit zal in de toekomst alleen maar meer toenemen. Ook het aantal Turks Nederlandse 55 plussers neemt toe en daarmee mogelijk ook de vraag naar zorg. Met deze enquête willen wij vanuit de Gemeente Deventer en Universiteit Twente inzicht krijgen in de gezondheid van Turkse Nederlanders in Nederland en ervaringen met zorginstanties. Op deze manier willen wij graag een luisterend oor bieden, en een bijdrage proberen te leveren aan verbeteringen in de zorg.

Uw mening is erg belangrijk voor ons. U zult anoniem blijven, niemand komt te weten wat u heeft ingevuld. Wij hebben er veel aan als u eerlijke antwoorden geeft.

Vult u de enquête alstublieft volledig in.

Het invullen van de enquête kost ongeveer 20 minuten van uw tijd.

De vragen in deze enquête zijn grotendeels meerkeuzevragen, u hoeft enkel een kruisje te zetten op de juiste plek.

Voorbeeld 1:

- ☐ Ja
☒ Nee

Voorbeeld 2:

Als ouder worden voor u helemaal niet betekent dat u veel plannen blijft maken, zet u een kruisje in het eerste hokje 'helemaal niet waar'.

Ouder worden betekent voor mij...	Helemaal niet waar	Grotendeels niet waar	Grotendeels waar	Helemaal waar
Dat ik veel plannen blijf maken...				

Heel hartelijk bedankt voor uw medewerking,

Namens de Universiteit Twente en Gemeente Deventer,

Floor van den Bosch

1. PERSOONLIJKE KENMERKEN

Vragen 1 t/m 15 zijn bedoeld om persoonlijke kenmerken en uw huidige leefsituatie in kaart te brengen. **Vult u alstublieft alle vragen in.**

1. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
☐ Vrouw

3. Wat is uw geboorteland?

- ☐ Turkije
☐ Nederland
☐ Anders, namelijk

4. Hoe lang woont u al in Nederland?

..... jaar

5. Toen u naar Nederland kwam, was u toen van plan ooit terug te keren naar uw land van herkomst?

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Niet van toepassing

6. Bent u nu nog van plan ooit terug te keren naar uw land van herkomst?

- ☐ Ja
☐ Nee

7. Wat is uw burgerlijke staat?

- ☐ Getrouwd of samenwonend
☐ Ongehuwd of gescheiden
☐ Weduwe/ Weduwnaar

8. Heeft u kinderen?

- ☐ Ja
 a. Aantal
☐ Nee (ga door met vraag 10)

9. Hoeveel van uw kinderen wonen nog thuis?

- ☐ Aantal
☐ Geen van mijn kinderen woont nog thuis

10. Hoeveel jaar van uw leven heeft u op school gezeten?

- ☐ Ik heb helemaal niet op school gezeten
☐ Nul tot vijf jaar
☐ Vijf tot tien jaar
☐ Tien tot vijftien jaar
☐ Meer

11. Wat doet u in het dagelijks leven?

- ☐ In het dagelijks leven werk ik als
☐ In het dagelijks leven zit ik in de ziektewet/WAO
☐ In het dagelijks leven ben ik gepensioneerd/AOW/VUT
☐ In het dagelijks leven ben ik huisvrouw/huisman
☐ Anders, namelijk

12. Bent u gelovig?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet
- ☐ Wil ik niet antwoorden

13. Heeft u het afgelopen jaar moeite gehad om van uw inkomen rond te komen?

- ☐ Nee, geen enkele moeite
- ☐ Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven
- ☐ Ja, enige moeite
- ☐ Ja, grote moeite

De volgende vraag is een persoonlijke vraag, als u op deze vraag liever geen antwoord geeft hoeft dat niet. Zet u in dat geval alstublieft een kruisje in het onderste antwoord 'Wil ik niet antwoorden'.

14. Wat is het netto maandinkomen van uw huishouden?

- ☐ Minder dan €850
- ☐ €851 tot en met €1.150
- ☐ €1.151 tot en met €1.750
- ☐ €1.751 tot en met €3.500
- ☐ €3501 of meer
- ☐ Wil ik niet antwoorden

15. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

2. BELEVING OUDER WORDEN

We willen u allereerst graag een aantal vragen stellen over uw beleving van het ouder worden. Zet u alstublieft een kruisje in het vakje van het voor u juiste antwoord.

Wilt u alstublieft alle vragen invullen?

	Ouder worden betekent voor mij...	Helemaal niet waar	Grotendeels niet waar	Grotendeels waar	Helemaal waar
a	dat ik veel plannen blijf maken...				
b	dat ik lichamelijk minder zwaar te belasten ben...				
c	dat ik mij vaker verveel...				
d	dat ik veel ideeën kan blijven realiseren...				
e	dat ik fysiek minder fit ben...				
f	dat ik minder gerespecteerd word...				
g	dat ik in staat blijf om nieuwe dingen te leren...				
h	dat ik moeilijker om kan gaan met lichamelijke achteruitgang...				
i	dat ik mij vaker eenzaam voel...				
j	dat ik steeds bekwamer word...				
k	dat mijn gezondheidstoestand slechter wordt...				
l	dat ik niet meer zo nodig ben voor anderen...				

3. ALGEMENE INDRUK

De volgende vragen gaan over de indruk die u heeft van uw arts; uw huisarts of specialist.

Vult u de vragen alstublieft weer volledig in, zet een kruisje in het hokje van het antwoord dat voor u van toepassing is.

Denkt u alstublieft aan uw laatste bezoek aan een arts en hou dit in gedachten bij het invullen van de volgende vragen.

Vult u alstublieft eerst deze vraag in: mijn laatste bezoek aan een arts was aan de:

- ☐ Huisarts
☐ Specialist in het ziekenhuis

Vult u nu alstublieft **onderstaande vragen** in. Daarna kunt u verder gaan met de volgende vragen.

		Zeer oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer eens
a	Uw arts zal er alles aan doen om ervoor te zorgen dat u de zorg krijgt die u nodig heeft.					
b	Soms stelt uw arts zijn/ haar eigen belang boven uw medisch belang.					
c	De medische vaardigheden van uw arts zijn niet zo goed als zij zouden moeten zijn.					
d	Uw arts is uitermate zorgvuldig en nauwkeurig.					
e	U heeft alle vertrouwen in uw arts beslissing over welke medische behandelingen voor u het beste zijn.					
f	Uw arts informeert u in alle eerlijkheid over de verschillende behandelingen die voorhanden zijn voor uw aandoening.					
g	Soms besteedt uw arts geen volledige aandacht aan wat u hem/haar probeert te vertellen.					
h	U maakt zich er geen zorgen over om uw leven in handen van uw arts te leggen.					
i	Al met al vertrouwt u uw arts volledig.					

4. VAARDIGHEDEN

De volgende vragen gaan over uw vaardigheden in het algemeen, maar ook de vaardigheden tijdens het bezoek aan uw arts. **Vult u alstublieft weer alle vragen in** door een kruisje in het hokje van uw antwoord te plaatsen.

	De Nederlandse taal	Ja, altijd	Vaak	Soms	Nooit
a	Als iemand in het Nederlands tegen u praat, kunt u dat dan goed volgen?				
b	Heeft u wel eens moeite om Nederlands te spreken?				
c	Heeft u bij het lezen van Nederlandse kranten, brieven of folders wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?				
d	Als een arts Nederlands tegen u praat, kunt u dat dan goed volgen?				
e	Heeft u tijdens uw bezoek aan een arts wel eens moeite om Nederlands te spreken?				
f	Wanneer ik naar een arts ga, gaat er een familielid of bekende mee om te vertalen.				
g	Wanneer ik naar een arts ga, gaat er iemand van een zorginstelling of een professionele tolk mee om te vertalen.				
h	Heeft u bij het lezen van folders, brieven of recepten van uw artsen of zorginstellingen wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?				

Tijdens het bezoek aan de arts						
Ik ben er zeker van dat ik.....		Zeer oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer eens
a	de arts naar mij kan laten luisteren.					
b	weet welke vragen ik de arts moet/wil stellen.					
c	ervoor kan zorgen dat de arts al mijn vragen beantwoordt.					
d	de arts vragen kan stellen over mijn grootste zorgen.					
e	de bezoeken aan de arts optimaal kan benutten.					
f	kan zorgen dat mijn arts mijn klachten of vragen serieus neemt.					
g	begrijp wat de arts mij vertelt.					
h	kan zorgen dat mijn arts iets doet aan mijn klachten.					
i	mijn grootste klachten kan uitleggen aan de arts.					
j	de arts om meer informatie kan vragen wanneer ik niet begrijp wat hij/zij bedoelt.					

Denkt u eens aan de laatste keer dat u bij uw arts was.						
Hoe voelde u zich na afloop?		Helemaal niet	Een klein beetje	Nogal	Veel	Helemaal wel
a	Na het gesprek wist ik goed wat mij te doen stond.					
b	Na het gesprek voelde ik mij goed op de hoogte van de verschillende oplossingen voor mijn probleem.					
c	Na het gesprek wist ik goed wat ik moest doen om mijzelf gezond te houden.					
d	Na het gesprek voelde ik mij sterk en krachtig.					
e	Na het gesprek voelde ik mij machteloos en neerslachtig.					
f	Na het gesprek had ik het gevoel dat als ik het overnieuw had kunnen doen, ik het heel anders had gedaan.					
g	Na het gesprek had ik het gevoel dat de juiste medicijnen waren voorgeschreven.					
h	Na het gesprek had ik het gevoel dat ik een doorverwijzing naar de specialist had kunnen krijgen als ik dat nodig had gevonden.					
i	Na het gesprek had ik het gevoel dat ik makkelijk weer een afspraak met de huisarts zou kunnen maken als ik dat nodig zou vinden.					

5. ZORGGEBRUIK

*Wij willen ook graag meer weten over uw zorggebruik, in Nederland en in Turkije. Zet u alstublieft weer een kruisje in het hokje waarin volgens u het juiste antwoord staat. **Vult u alstublieft alle vragen in.***

1. Hoe vaak bezocht u uw huisarts in het afgelopen jaar?

- ☐ Meer dan 10 keer
- ☐ Tussen de 5 en 10 keer
- ☐ Minder dan 5 keer
- ☐ 1 keer
- ☐ Nooit

2. Van welke afkomst is uw huisarts?

- ☐ Van Nederlandse afkomst
- ☐ Van Turkse afkomst
- ☐ Anders

3. Hoe vaak bezocht u een psycholoog in het afgelopen jaar?

- ☐ Meer dan 10 keer
- ☐ Tussen de 5 en 10 keer
- ☐ Minder dan 5 keer
- ☐ 1 keer
- ☐ Nooit

4. Van welke afkomst is uw psycholoog?

- ☐ Van Nederlandse afkomst
- ☐ Van Turkse afkomst
- ☐ Anders

5. Hoe vaak bezocht u een specialist in het ziekenhuis in het afgelopen jaar?

- ☐ Meer dan 10 keer
- ☐ Tussen de 5 en 10 keer
- ☐ Minder dan 5 keer
- ☐ 1 keer
- ☐ Nooit

6. Van welke afkomst is uw specialist?

- ☐ Van Nederlandse afkomst
- ☐ Van Turkse afkomst
- ☐ Anders

7. Hoe vaak in het afgelopen kreeg u (huishoudelijke) hulp van een zorginstelling?

- ☐ Meer dan 10 keer
- ☐ Tussen de 5 en 10 keer
- ☐ Minder dan 5 keer
- ☐ 1 keer
- ☐ Nooit (ga door naar vraag 9)

8. Mijn zorginstelling is een:

- ☐ Nederlandse instelling
- ☐ Turkse instelling
- ☐ Anders

9. Hoe vaak in het afgelopen jaar bezocht u een arts in Turkije?

- ☐ Meer dan 10 keer
- ☐ Tussen de 5 en 10 keer
- ☐ Minder dan 5 keer
- ☐ 1 keer
- ☐ Nooit

10. Wat is de voornaamste reden dat u een arts in Turkije bezoekt?

- ☐ De mening van de artsen in Turkije vragen over mijn ziekte.
- ☐ Een complete body check.
- ☐ Alleen als het echt noodzakelijk is bezoek ik een arts in Turkije, dus als ik mij ter plaatse lichamelijk niet goed voel.

11. Wat zijn volgens u verschillen tussen de zorg en artsen in Turkije en de zorg en artsen in Nederland?

.....

.....

.....

.....

12. Vergeleken met vroeger in Nederland vind ik de zorg in Nederland:

- ☐ Veel slechter
- ☐ Slechter
- ☐ Hetzelfde
- ☐ Beter
- ☐ Veel beter

Omdat;.....

.....

.....

.....

6. LICHAAMELIJKE EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

De volgende vragen gaan over uw lichamelijke en geestelijke gezondheid. Ook willen wij graag weten in hoeverre u in staat bent dagelijkse activiteiten uit te voeren. Zet u alstublieft weer een kruisje in het hokje waarin volgens u het juiste antwoord staat. **Vult u alstublieft alle vragen in.**

De volgende vragen gaan over bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag...

1. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden?:		Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
a	Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen?			
b	Een paar trappen oplopen?			

2. Hoe vaak heeft u in de afgelopen vier weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid:		Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a	U heeft <u>minder bereikt</u> dan u zou willen.					
b	U was beperkt in het <u>soort</u> werk of bezigheden.					

3. Hoe vaak heeft u in de afgelopen vier weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad, ten gevolge van emotionele problemen (zoals depressie of angstige gevoelens)?		Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a	U heeft <u>minder bereikt</u> dan u zou willen.					
b	U deed uw werk of bezigheden <u>niet zo zorgvuldig</u> als anders.					

4. In welke mate bent u de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Een klein beetje
- ☐ Nogal
- ☐ Veel
- ☐ Heel erg veel

Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u alstublieft bij elke vraag het antwoord geven dat het best benaderd hoe u zich voelde?

5. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken.....		Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a	Voelde u zich rustig en tevreden?					
b	Had u veel energie?					
c	Voelde u zich somber en neerslachtig?					

6. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken, etc.)?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Zelden
- ☐ Nooit

Dit is het einde van de enquête.

Heel hartelijk bedankt voor het invullen.

Wilt u zelf nog iets kwijt over uw ervaringen in de zorg?:

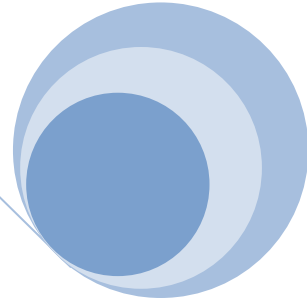
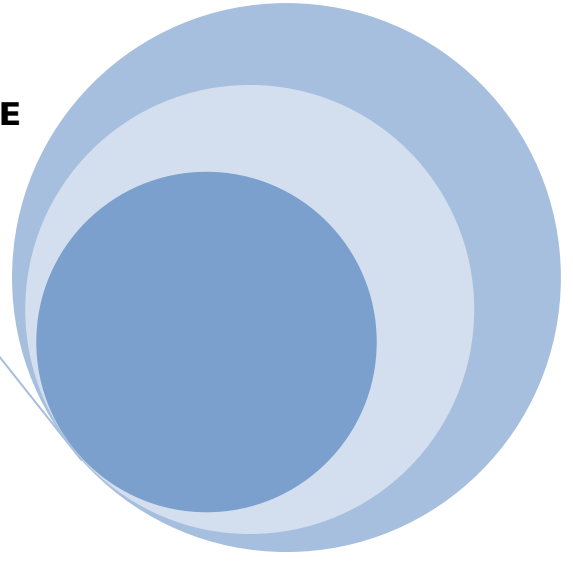
.....
.....
.....
.....
.....

Voor vragen of opmerkingen over deze enquête kunt u mij mailen: a.f.vandenbosch@student.utwente.nl

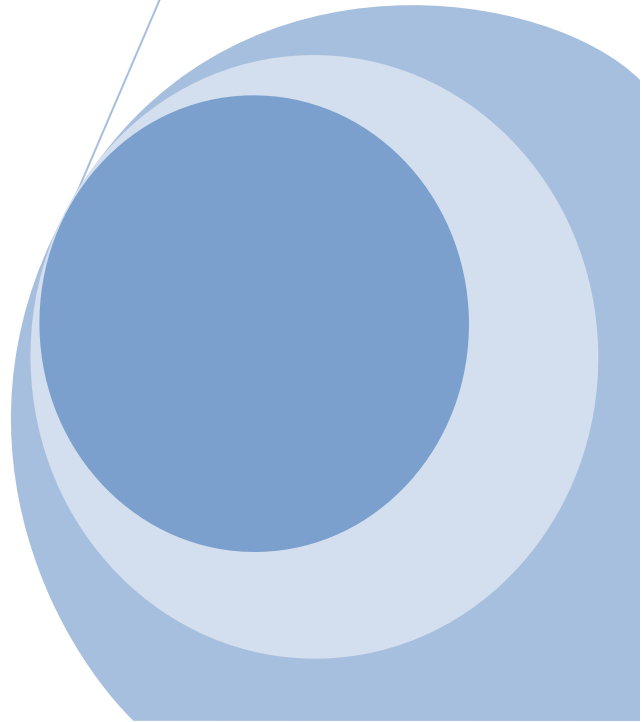
Wilt u graag op de hoogte worden gehouden van de resultaten? Vul dan hieronder uw gegevens in (Uw gegevens zullen alleen worden gebruikt om u de resultaten op te sturen, en dit gedeelte wordt na afloop van de enquête af gehaald):

Naam
Adres
Postcode
Plaats
Telefoonnummer
E-mailadres

BIJLAGE 4. VRAGENLIJST TURKSE VERSIE



'Hollanda'da sađlık bakımı kavramı' Anketi
Twente Üniversitesi ve Deventer Belediyesi'nin Ortak Çalışması



Sayın anket katılımcısı,

Hollanda’da 55 yaş ve üzeri kişi sayısı hızla yükseliyor ve bu durum gelecekte daha da artacaktır. Aynı zamanda 55 yaş ve üzeri Türk-Hollandalıların sayısı da artmaktadır. Bu nedenle bakım hizmetine olan talebin yükselmesi de mümkündür. Bu anket ile Deventer Belediyesi ve Twente Üniversitesi olarak Hollanda’daki Türk-Hollandalıların sağlığı ve bakım kuruluşlarıyla deneyimleri üzerine araştırma yapmayı istemekteyiz. Bu yolla, konu üzerine dikkatle eğilmeye ve sağlık bakımı konusundaki gelişmelere katkı sağlamaya çalışmak istiyoruz.

Fikirleriniz bizim için çok önemlidir. Ankete verdiğiniz cevapları, kimse bilmeyecektir ve anonim olarak kalacaksınız. Anketi dürüstçe yanıtlarsanız, çok memnun oluruz. Unutmayınız ki bu, anket sonuçlarının değerlendirilmesinde çok önemlidir.

Lütfen anketi tamamen doldurunuz.

Anketi doldurmak, zamanınızın yaklaşık 20 dakikasını alacaktır.

Bu anketteki sorular, büyük oranda çoktan seçmeli sorulardır. Doğru yere çarpı işareti koymanız gerekmektedir.

Örnek 1:

- ☐ Evet
☒ Hayır

Örnek 2:

Eğer yaşlanmanın hâlâ çok plan yapmaya devam etmek anlamında olduğunu tamamen düşünmüyorsanız, ilk sütundaki “tamamen yanlış” bölmesine çarpı işareti koyunuz.

Benim için yaşlanmak demek, ...	Tamamen yanlış	Büyük oranda yanlış	Büyük oranda doğru	Tamamen doğru
çok plan yapmaya devam etmemdir.	X			

İşbirliğiniz için çok teşekkür ederiz.

Twente Üniversitesi ve Deventer Belediyesi adına

Floor van den Bosch

1. KİŞİSEL BİLGİLER

1'den 15'e kadar olan sorular kişisel bilgiler ve şu anki yaşam statünüz hakkındadır.

Lütfen tüm soruları doldurunuz.

1. Kaç yaşındasınız?

.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

☐ Erkek

☐ Kadın

3. Hangi ülkede doğdunuz?

☐ Türkiye

☐ Hollanda

☐ Başka bir ülke, yani

4. Ne kadar süredir Hollanda'da yaşıyorsunuz?

..... yıl

5. Hollanda'ya geldiğinizde, hiç memleketinize geri dönmek gibi bir planınız olmuş muydu?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Uygun değil

6. Şimdi memleketinize geri dönmek gibi bir planınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

7. Medenî durumunuz nedir?

☐ Evli ya da beraber yaşama

☐ Bekâr ya da boşanmış

☐ Dul

8. Çocuğunuz var mı?

☐ Evet

a. Sayısı

☐ Hayır (10. soruya geçiniz.)

9. Çocuklarınızın kaç hâlâ sizinle aynı evde yaşıyor?

☐ Sayısı

☐ Çocuklarımla hiçbiri benimle oturmuyor

10. Hayatınızın kaç yılı okula gittiniz?

☐ Hiç okula gitmedim

☐ 0-5 yıl

☐ 5-10 yıl

☐ 10-15 yıl

☐ Daha fazla

11. Günlük hayatınızda ne yapıyorsunuz?

☐ olarak çalışıyorum

☐ Hastalık Kanunu/WAO'dan yararlanıyorum

☐ Emekliyim/AOW/VUT

☐ Ev hanımı/erkeğiyim

☐ Diğer, yani

12. Dindar mısınız?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum
- ☐ Yanıt vermek istemiyorum

13. Geçtiğimiz yıl gelirinize geçinme konusunda problem yaşadınız mı?

- ☐ Hayır, hiçbir problem yaşamadım
- ☐ Hayır, problem yaşamadım, ama harcadıklarımı da dikkat ettim
- ☐ Evet, küçük bir problemim oldu
- ☐ Evet, büyük problemlerim oldu

Sonraki soru, kişisel bir sorudur. Bu soruya yanıt vermek istemeyebilirsiniz. Bu durumda lütfen en alttaki "Yanıtlamak istemiyorum." cümlesinin yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

14. Evinizin idaresinde kullandığınız net aylık gelir nedir?

- ☐ 850 avrodan az
- ☐ 851 - 1.150 avro
- ☐ 1.151 - 1.750 avro
- ☐ 1.751 - 3.500 avro
- ☐ 3501 avro ya da daha fazla
- ☐ Yanıtlamak istemiyorum

15. Genelde sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Mükemmel
- ☐ Çok iyi
- ☐ İyi
- ☐ Orta
- ☐ Kötü

2. YAŞLANMA KAVRAMI

Size öncelikle yaşlanma konusundaki düşünceleriniz üzerine bir kaç soru yöneltmek istiyoruz. Lütfen sizin için doğru olan yanıt bölmesine çarpı işareti koyunuz.

Lütfen tüm soruları doldurur musunuz?

	Benim için yaşlanmak demek, ...	Tamamen yanlış	Büyük oranda yanlış	Büyük oranda doğru	Tamamen doğru
a	çok plan yapmaya devam etmemdir...				
b	bedensel olarak daha az ağır yük taşıyabilmemdir...				
c	daha sık canımın sıkılmasıdır...				
d	birçok düşüncenin farkına varmaya devam edebilmemdir...				
e	fiziksel olarak daha az formda olmamdır...				
f	bana daha az saygı duyulmasıdır...				
g	yeni şeyler öğrenmeye devam etmemdir...				
h	bedensel çöküş ile yaşamanın daha zor olmasıdır...				
i	kendimi daha sık yalnız hissetmemdir...				
j	daha işe yatkın hâle gelebilmemdir...				
k	sağlık durumumun daha kötü hâle gelmesidir...				
l	başkalarına çok fazla ihtiyaç duymamamdır...				

3. GENEL İZLENİM

Aşağıdaki sorular, doktorunuz, ev doktorunuz ya da uzman doktorunuz hakkındaki izlenimleriniz üzerinedir. **Lütfen soruları tamamen yanıtlayınız**, size uygun olan cevabın bulunduğu bölmeye çarpı işareti koyunuz.

Bir doktora yaptığınız en son ziyareti anımsayınız ve aşağıdaki soruları yanıtlarken bu ziyareti aklınızda tutunuz.

Lütfen ilk önce bu soruyu yanıtlayınız: bir doktora en son ziyaretim:

- ☐ Ev doktoruna idi
☐ Hastanedeki bir uzmana idi

Şimdi lütfen **aşağıdaki soruları** doldurunuz. Ardından sonraki sorulara geçebilirsiniz.

		Tamamen farklı fikirde	Aynı fikirde değil	Nötral	Aynı fikirde	Tamamen aynı fikirde
a	Ev doktorunuz, ihtiyacınız olan bakımı alabilmeniz için her şeyi yapacaktır.					
b	Bazen ev doktorunuz, kendi çıkarlarını sizin tıbbî çıkarlarınızın üzerinde tutmaktadır.					
c	Ev doktorunuzun tıbbî bilgisi, olması gerektiği kadar iyi değil.					
d	Doktorunuz son derece dikkatli ve detaycı.					
e	Doktorunuzun hangi tıbbî tedavinin sizin için en iyisi olduğu hakkındaki kararına güveniniz tam.					
f	Doktorunuz dürüst bir şekilde sizi hastalığınız için mevcut olan tüm farklı tedavi olasılıkları hakkında bilgilendirir.					
g	Bazen doktorunuz ona anlatmaya çalıştıklarınıza tamamen ilgi göstermiyor.					
h	Hayatınızı doktorunuzun ellerine teslim etmek konusunda hiçbir endişeniz yok.					
i	Sonuç olarak doktorunuza tamamen güveniyorsunuz.					

4. YETERLİLİK

Aşağıdaki sorular, geneldeki yeterliliğiniz ve aynı zamanda doktorunuzu ziyaretiniz sırasındaki yeterlilikler hakkındadır.

Lütfen tüm soruları, yanıtınızın bulunduğu bölmeye çarpı işareti koyarak doldurunuz.

	Hollandaca dili	Evet, her zaman	Genellikle	Bazen	Asla
a	Birisi sizinle Hollandaca konuştuğunda onu iyi anlayabiliyor musunuz?				
b	Hollandaca konuşma konusunda hiç sıkıntı yaşıyor musunuz?				
c	Hollandaca gazete, mektup ya da broşür okurken yazanları anlama konusunda hiç sıkıntınız oldu mu?				
d	Bir doktor sizinle Hollandaca konuştuğunda, onu iyi anlayabiliyor musunuz?				
e	Bir doktoru ziyaretiniz sırasında Hollandaca konuşma konusunda hiç sıkıntınız oldu mu?				
f	Ne zaman bir doktora gitsem, çeviri için aile üyelerinden biri ya da bir tanıdık benimle geliyor.				
g	Ne zaman bir doktora gitsem, sağlık hizmet kurumundan biri ya da profesyonel bir çevirmen çeviri için hazır bulunuyor.				
h	Doktorunuzun ya da sağlık hizmet kurumlarının broşür, mektup ya da reçetelerini okurken Hollandacayı anlama konusunda hiç sıkıntı yaşadınız mı?				

Doktor ziyareti süresince.....		Tamamen farklı fikirde	Aynı fikirde değil	Nötral	Aynı fikirde	Tamamen aynı fikirde
a	Doktora kendimi dinletebildiğimden eminim.					
b	Doktora hangi soruları yöneltmem gerektiğini bildiğimden eminim.					
c	Doktorun tüm sorularımı yanıtlamasını sağladığımdan eminim.					
d	Doktora en büyük endişelerim hakkında soru yöneltebildiğimden eminim.					
e	Doktora olan ziyaretleri iyi değerlendirebildiğimden eminim.					
f	Doktorumun şikâyet ya da sorularımı ciddiye almasını sağladığımdan eminim.					
g	Doktorun bana söylediklerini anladığımdan eminim.					
h	Doktorumun şikâyetlerim hakkında bir şey yapmasını sağladığımdan eminim.					
i	En büyük şikâyetlerimi doktora açıklayabileceğimden eminim.					
j	Doktorun neyi kastettiğini anlamadığım zaman daha fazla bilgi isteyebileceğimden eminim.					

Doktorunuza gittiğiniz son seferi düşününüz.						
Görüşmeden sonra kendinizi nasıl hissettiniz?		Kesinlikl e yanlış	Biraz	şöyle böyle	Çok iyi	Kesinlikl e doğru
a	Konuşmadan sonra, ne yapmam gerektiğini iyi biliyordum.					
b	Konuşmadan sonra, sorunum için farklı çözümler konusunda iyice bilgilendirildiğimi hissettim.					
c	Konuşmadan sonra, sorunum için ne yapmam gerektiğini iyice biliyordum.					
d	Konuşmadan sonra, kendimi dayanıklı ve güçlü hissettim.					
e	Konuşmadan sonra, kendimi zayıf ve güçsüz hissettim.					
f	Konuşmadan sonra, eğer tekrar konuşma yapabilseydim, tamamen farklı konuşacağımı hissettim.					
g	Konuşmadan sonra, doğru ilaçların yazıldığını hissettim.					
h	Konuşmadan sonra, eğer gerekli bulsaydım, doktorumdan bir uzmana yönlendirme alabileceğimi hissettim.					
i	Konuşmadan sonra, eğer gerekli bulsaydım ev doktorundan yeniden kolayca randevu alabileceğimi hissettim.					

5. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Hollanda ve Türkiye'deki sağlık hizmeti kullanımınız hakkında daha fazla bilgi almak istiyoruz. Size uyan yanıtın bulunduğu bölmeye lütfen çarpı işareti koyunuz.

Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

1. Geçtiğimiz yıl ev doktorunuzu kaç kez ziyaret ettiniz?

- ☐ 10 kereden fazla
- ☐ 5-10 kere
- ☐ 5 kereden az
- ☐ 1 kere
- ☐ Asla

2. Doktorunuz aslen nerelidir?

- ☐ Hollanda asıllı
- ☐ Türk asıllı
- ☐ Diğer

3. Geçtiğimiz yıl kaç kez bir psikolog ziyareti yaptınız?

- ☐ 10 kereden fazla
- ☐ 5-10 kere
- ☐ 5 kereden az
- ☐ 1 kere
- ☐ Asla

4. Psikoloğunuz aslen nerelidir?

- ☐ Hollanda asıllı
- ☐ Türk asıllı
- ☐ Diğer

5. Geçtiğimiz yıl kaç kez hastanedeki bir uzmanı ziyaret ettiniz?

- ☐ 10 kereden fazla
- ☐ 5-10 kere
- ☐ 5 kereden az
- ☐ 1 kere
- ☐ Asla

6. Uzman doktorunuz aslen nerelidir?

- ☐ Hollanda asıllı
- ☐ Türk asıllı
- ☐ Diğer

7. Geçtiğimiz yıl kaç kez bir sağlık bakımı kurumundan yardım (evle ilgili) aldınız?

- ☐ 10 kereden fazla
☐ 5-10 kere
☐ 5 kereden az
☐ 1 kere
☐ Asla (9. soruya geçiniz)

8. Sağlık bakımı kurumum:

- ☐ Hollandalı bir kurum
☐ Türk bir kurum
☐ Diğer

9. Geçtiğimiz yıl kaç kez Türkiye’de bir doktoru ziyaret ettiniz?

- ☐ 10 kereden fazla
☐ 5-10 kere
☐ 5 kereden az
☐ 1 kere
☐ Asla

10. Türkiye’deki doktor ziyaretinizin ana nedeni ne idi?

- ☐ Hastalığım hakkında Türkiye’deki doktorların görüşünü almak.
☐ Genel kontrol.
☐ Yalnızca çok acil ise Türkiye’de bir doktora gidiyorum, yani kendimi bedensel olarak iyi hissetmediğimde.

11. Size göre sağlık ve doktorlar konusunda Türkiye ile Hollanda arasındaki farklar nelerdir?

.....
.....
.....
.....

12. Geçmişteki durum ile karşılaştırıldığında Hollanda’da bugünkü sağlık durumu:

- ☐ Çok daha kötü
☐ Daha kötü
☐ Aynı
☐ Daha iyi
☐ Çok daha iyi

Çünkü;.....
.....
.....
.....

6. BEDENSEL VE ZİHİNSEL SAĞLIK

Aşağıdaki sorular, bedensel ve zihinsel sağlığınız hakkındadır. Aynı zamanda günlük aktivitelerinizi de ne derece yapabildiğinizi öğrenmek istiyoruz. Lütfen size uygun yanıtın bulunduğu bölmeye çarpı işareti koyunuz.

Lütfen tüm soruların a ve b seçeneklerini ayrı ayrı yanıtlayınız.

Aşağıdaki sorular, sıradan bir günde gerçekleştirebildiğiniz aktiviteler hakkındadır.

1. Şu anda aşağıdaki aktiviteleri gerçekleştirirken sağlığınız sizi kısıtlıyor mu?:		Evet, ciddi şekilde	Evet, biraz	Hayır, hiç
a	Masa taşımak, yerleri süpürmek, yürümek ve bisiklet kullanmak gibi <u>ortalama efor gerektiren işler</u> ?			
b	<u>Birkaç</u> basamak çıkmak?			

2. Bedensel sağlığınız nedeniyle, geçtiğimiz 4 hafta içinde işte ya da diğer aktivitelerde aşağıdaki problemlerden birini hangi sıklıkta yaşadınız:		Her zaman	Genellikle	Bazen	Biraz	Asla
a	İstedığınızden <u>daha az başarı sağladınız.</u>					
b	İş ya da aktivitenin <u>türü</u> nedeniyle kısıtlandınız.					

3. Duygusal problemler nedeniyle, (depresyon ya da kızgınlık hissi gibi) geçtiğimiz 4 hafta içinde işte ya da diğer aktivitelerde aşağıdaki problemlerden birini hangi sıklıkta yaşadınız:		Her zaman	Genellikle	Bazen	Biraz	Asla
a	İsteddiğinizden <u>daha az başarı sağladınız.</u>					
b	İş ya da aktivitenizi diğerleri gibi <u>çok dikkatli</u> gerçekleştirmediğiniz.					

4. Geçtiğimiz 4 hafta çektiğiniz ağrı, normal işlerinizde sizi ne derece kısıtladı (hem ev dışı işler hem de ev işleri)?

- ☐ Hiç
☐ Biraz
☐ Ortalama
☐ Çok
☐ Ciddî derecede çok

Bu sorular, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve geçtiğimiz 4 hafta içinde nasıl olduğunuzla ilgilidir. Lütfen her soruya kendinizi nasıl hissettiğiniz ile ilgili en iyi yaklaşımı belirleyen cevabı verirsiniz?

5. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca ne sıklıkta kendinizi...		Her zaman	Genellikle	Bazen	Biraz	Asla
a	sakin ve memnun hissettiniz?					
b	çok enerjiktiniz?					
c	karamsar ve ümitsiz hissettiniz?					

6. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca bedensel sağlık ya da duygusal problemlerinizi, sosyal aktivitelerinizde (arkadaş ya da aile ziyareti, vs.) sizi ne derece sınırladı?

- ☐ Her zaman
☐ Genellikle
☐ Bazen
☐ Biraz
☐ Asla

Anketin sonuna geldiniz.

Anketi yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

Sağlık bakımı üzerine yaşadığınız deneyimler konusunda mesaj bırakmak ister misiniz?:

.....
.....
.....
.....
.....

Bu anket hakkındaki sorularınız ya da görüşleriniz için bana mail gönderebilirsiniz:
a.f.vandenbosch@student.utwente.nl

Sonuçlar hakkında bilgilendirilmek ister misiniz? Eğer isterseniz, lütfen aşağıdaki forma bilgilerinizi giriniz.
(Bilgileriniz yalnızca sonuçları size göndermek için kullanılacaktır. Bilgilerinizin yer aldığı bu bölüm, anketin bitirilmesinden sonra anketten ayrılacaktır.):

İsim	
Adres	
Posta kodu	
Şehir	
Telefon numarası	
E-mail adresi	

