

## Interculturalisatie van de ouderenzorg: een terugblik en roep om meer onderzoek

Tineke Fokkema<sup>a</sup>

In 1991 organiseerde het toenmalige Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) het symposium *Tussen wal en schip?* Over de oudere migrant in Nederland. Destijds heeft dit symposium grote indruk op mij gemaakt, niet in de laatste plaats door de openingsfilm *Oud* worden ver van huis.<sup>1</sup> Deze film schetste een beeld van Nederlandse ouderen die na de Tweede Wereldoorlog naar Australië en Nieuw-Zeeland waren geëmigreerd. Sommigen woonden op latere leeftijd als eenling in een regulier verpleeghuis, terwijl anderen in Juliana Village, een speciaal bejaardendorp voor ‘Hollanders’, verbleven. De woonkamers ademden de sfeer van de jaren vijftig en zestig, alsof de tijd stil was blijven staan, met draaiende molens op het dressoir en een Friese staander en geborduurde schilderijtjes aan de wand. Enkelen spraken over hun sociaal netwerk; dat ze vanwege verschillen in culturele gewoontes, maar soms ook door slechte beheersing van de Engelse taal niet tot nauwelijks contact hadden met hun autochtone burens. Verder werd in de film aandacht geschonken aan de behoefte aan Nederlandse woon(zorg)-arrangementen omdat mensen naarmate ze ouder worden steeds meer hechten aan oude waarden en patronen en in rap tempo de taal van het ‘gastland’ vergeten. De film eindigde met een zaal vol vrolijke Nederlandse ouderen die op oer-Hollandse muziek de polonaise liepen. En daarmee werden de specifieke wensen en behoeften die oudere migranten in Nederland op het gebied van wonen, zorg en welzijn hebben, in een breder perspectief geplaatst en was de toon voor de symposiumdag gezet.

### Demografische ontwikkelingen

De organisatoren van het symposium speelden – in tegenstelling tot vele politici, beleidsmakers, en professionals – goed in op de onontkoombare demografische ontwikkeling van een verkleuring van de Nederlandse ouderenbevolking en de gevolgen daarvan voor de inrichting en uitvoering van de zorg- en welzijnssector. Begin jaren negentig van de vorige eeuw was het aandeel allochtone ouderen (personen van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren) nog zeer bescheiden, maar dit is de laatste decennia gestaag toegenomen. In 1990 telde Nederland volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 3,3 miljoen mensen van 55 jaar of ouder, van wie bijna 300 duizend (9%) van allochtone afkomst. Op 1 januari 2009 telde Nederland 615.232 allochtone ouderen. Meer dan een kwart van de huidige allochtone ouderen is van niet-westerse afkomst, van wie de Surinamers (28%), Turken (20%) en Marokkanen (18%) de grootste drie groepen vormen; veruit de meeste van hen (98%) zijn in het buitenland geboren (eerste generatie). Er is geen enkele reden om aan te nemen dat het aandeel allochtone ouderen niet verder zal toenemen.<sup>2</sup> Hoewel velen van hen nog steeds sterke gevoelens van heimwee hebben naar het land van herkomst, zullen de meesten hier voorgoed blijven wonen. De belangrijkste factoren die een definitieve terugkeer tegenhouden, zijn: het in de buurt van de (klein)kinderen willen blijven wonen (vooral voor vrouwen); het zich niet meer echt thuis voelen in het geboorteland; angst voor beperking van bewegingsvrijheid (vooral voor vrouwen) en verlies aan inkomen, en de beschikbaarheid van goede medische voorzieningen in Nederland. De CBS-voorspellingen laten dan ook een verdubbeling zien van het aantal allochtone ouderen in 2035 die vroeg of laat gebruik zullen moeten maken

<sup>a</sup> Dr. C.M. Fokkema, senior onderzoeker afdeling Sociale Demografie, Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI), Den Haag. E: [fokkema@nidi.nl](mailto:fokkema@nidi.nl)

van het Nederlandse zorgsysteem. Dit vraagt om interculturalisatie ofwel het afstemmen van de (ouderen)zorg op de zorgvraag van een toenemend aantal allochtone patiënten en cliënten, al dan niet door afzonderlijk georganiseerde voorzieningen.

### Overheidsstandpunt

Het symposium werd afgesloten door Hedy d'Ancona, de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, nu VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Zij benadrukte dat "De afbrokkelende mantelzorg en het gebrek aan kennis van voorzieningen in de praktijk kunnen leiden tot problemen als isolement, verenzaming, verarming, en verzorgingsgebrek".<sup>3</sup> In 1994 kwam haar ministerie met vier andere ministeries met de nota Kleurrijk grijs,<sup>4</sup> een overheidsnota die een reactie was op het in 1993 ongevraagde advies Kleur bekennen<sup>5</sup> van de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid waarin sterk werd aangedrongen op specifiek beleid voor allochtone ouderen vanwege hun kwetsbare situatie in de Nederlandse samenleving (waar onder weinig opleiding, een laag inkomen, en een slechte gezondheid). In de nota Kleurrijk grijs werd echter onverkort vastgehouden aan de integrale aanpak van het ouderenbeleid (met verbindingen tussen aanpalende beleidsvelden), in eerste instantie op lokaal en in tweede instantie op nationaal niveau, gericht op alle ouderen. Gemeenten kregen dan ook de opdracht alleen dan specifieke voorzieningen voor allochtone ouderen te ontwikkelen wanneer de algemene niet toereikend zouden zijn.

In de periode 1995-heden zijn nog verschillende nota's, adviezen en rapporten verschenen waarin gepleit werd voor structurele overheidsmaatregelen om de toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen te verbeteren. Zo stelde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2000 het advies Interculturalisatie van de gezondheidszorg op.<sup>6</sup> De aanbevelingen uit dit advies werden door de toenmalige minister Els Borst onderschreven en in reactie daarop stelde zij voor een periode van vier jaar (2001-2005) de landelijke Projectorganisatie Interculturalisatie van de Gezondheidszorg in, met als doel allochtonen en autochtonen gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen. Kort na het aantreden van het kabinet Balkenende-II kwam echter al weer een eind aan dit project. Onder meer aan de hand van gegevens uit het rapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002, stelde de toenmalige minister van VWS, Hans Hoogervorst, vast dat allochtonen geen generieke achterstand hebben: "Hoewel er in de gezondheidszorg verschillen tussen allochtonen en autochtonen bestaan, kan in het algemeen niet worden gesteld dat het bij de toegankelijkheid van de zorg voor alloch-

tonen gaat om een omvangrijk probleem.... Allochtonen weten meestal de weg in de zorg goed te vinden, daarbij soms geholpen door eigen netwerken van familie en vrienden.... Verder vallen niet alle verschillen in gezondheid [en in de hoeveelheid zorggebruik] tussen allochtonen en autochtonen per definitie ten nadele van allochtonen uit."<sup>7</sup> De subsidie voor de Projectorganisatie Interculturalisatie werd dientengevolge in 2004 vroegtijdig stopgezet.

Minister Hoogervorst was bovendien van mening dat het beleid van VWS in samenhang moest worden gezien met het integratiebeleid 'nieuwe stijl' van minister Verdonk,<sup>8</sup> waarin de eigen verantwoordelijkheid van de (autochtone en allochtone) burger voorop stond: "Doel [van dit beleid] is het gedeeld burgerschap. Dat houdt in dat er Nederlands wordt gesproken en men zich houdt aan basale Nederlandse normen".<sup>7</sup> Hoogervorst vond dan ook dat interculturalisatie niet een taak is van de Rijksoverheid maar van partijen (zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars en zorgvragers) en lokale overheden: "Allochtone zorgvragers en zo nodig hun directe omgeving moeten zichzelf vertrouwd maken met het Nederlandse systeem van de gezondheidszorg. Daarvoor is nodig dat zij de Nederlandse taal leren en beheersen.... Dit houdt in dat burgers en instellingen zelf hun verantwoordelijkheid moeten nemen voor de versterking van de positie van allochtone cliënten binnen de gezondheidszorg".<sup>7</sup> Ook de latere nota Lang zullen we leven! van de Tweede Kamer Themascommissie Ouderenbeleid eind 2005, waarin expliciet werd ingegaan op de kwetsbare (gezondheids- en inkomens)positie van oudere allochtonen en werd aanbevolen onderzoek te verrichten naar een interculturele aanpak, heeft daar geen verandering in kunnen brengen.<sup>9</sup> En daarmee was men weer terug bij het devies van midden jaren negentig: algemeen beleid waar mogelijk, specifiek alleen waar nodig.

### Lokale initiatieven

Het standpunt van de overheid dat interculturalisatie van de ouderenzorg door anderen moet worden opgepakt, heeft weerklank gevonden bij zorg- en welzijnsorganisaties, woningcorporaties, provincies, en gemeentes. Op lokaal niveau is een waaier aan projecten en initiatieven ontstaan om zorg op maat te ontwikkelen voor mensen van niet-westerse afkomst. Het 'cultuurcompetente' aanbod varieert van levensverhalenprojecten, huisbezoeken met inzet van cultuurtolken, tolkentelefoon en Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC); zie bijvoorbeeld het POM (Programma Oudere Migranten)-project in Rotterdam ([www.oudere-migranten.nl](http://www.oudere-migranten.nl)) en er zijn ondersteuningsprojecten voor allochtone mantelzorgers (zie bijvoorbeeld [www.zorgvoorjeouders.nl](http://www.zorgvoorjeouders.nl)). Verder zijn er multiculturele ontmoetingscentra, dagverzorging en

-behandeling, en verzorgings- en verpleeghuizen. Twee prachtige voorbeelden zijn: De Hudsonhof in het Amsterdamse stadsdeel De Baarsjes ([www.hudsonhof.nl](http://www.hudsonhof.nl)) en het verpleeghuis De Schildershoek in Den Haag ([www.schildershoek.nl](http://www.schildershoek.nl)). Andere initiatieven zijn de wervingsacties voor verplegend en verzorgend personeel onder allochtonen en de oprichting van een islamitische thuiszorgorganisatie en verpleegafdeling, zoals in verpleeghuis De Rustenburg in Rotterdam (2001). Ook oudere migranten zelf hebben hun eigen woon(zorg)arrangementen opgezet, zoals Nos Aquamarino, een woongemeenschap voor Antilliaanse en Arubaanse 50-plussers in Den Haag en de Chinese woongroep Foe Ooi Leeuw (Huis om in harmonie samen te leven) in Amsterdam Zuidoost. Daarnaast is in 2007 het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM; [www.netwerknroom.nl](http://www.netwerknroom.nl)) opgericht. Dit netwerk bestaat momenteel uit een negental organisaties en heeft als missie het bundelen en behartigen van de belangen van allochtone ouderen en het bevorderen van hun welzijn door onder meer diensten aan te bieden en activiteiten te faciliteren waaraan behoefte bestaat.

Zonder enig afbreuk te doen aan de reeds geleverde inspanningen, lijkt de weg naar interculturalisatie van de ouderenzorg echter nog lang. Het aanbod aan cultuurspecifieke voorzieningen is versnipperd, de meeste projecten zijn kleinschalig, en de verankering blijft vaak achter: projecten worden beëindigd als het subsidiegeld op is of de initiatiefnemers vertrekken; goede voorbeelden krijgen niet altijd navolging en de uitwisseling van ervaringen en methoden tussen organisaties is gering. Om overigens begrijpelijke redenen vinden de meeste projecten vooral plaats in de multiculturele wijken in de grotere steden en zijn zij vooral gericht op de getalsmatig grootste groepen ouderen van niet-westerse herkomst (Surinamers, Turken, Marokkanen); het spreekt voor zich dat een 'cultuurcompetent' voorzieningenaanbod ook gewenst is voor degenen in plaatsen met weinig allochtone ouderen, alsook voor de 'nieuwe' groepen allochtonen zoals Afghanen, Irakezen, Iraniërs, en Somaliërs. Niet anders dan zorg- en welzijnsprojecten in het algemeen, ontbreekt het verder aan evidence-based onderzoek dat de effectiviteit heeft vastgesteld: in welke mate heeft het aangeboden bijgedragen aan een verbetering van de fysieke en psychische gezondheid van de allochtone oudere deelnemers?; heeft het aanbod invloed gehad op het zorggebruik? Op basis van mijn eigen ervaringen met de aanpak van eenzaamheid bij ouderen,<sup>10</sup> ben ik hierover niet al te optimistisch gestemd. De gezondheids- en welzijnsproblematiek van allochtone ouderen is divers en complex en vraagt om een systematische verkenning van (de variatie in) zorgbehoefte en -gebruik, interventie op meer fronten en samenwerking tussen organisaties, wil men succesvol kunnen zijn. Last but not least, alle in-

spanningen tot dusver hebben niet geleid tot een landelijke, structurele koerswijziging in het beleid ten aanzien van interculturalisatie.

### Kwetsbare situatie

Gezien het bovenstaande is het dan ook niet verwonderlijk dat er geen sprake lijkt te zijn van een algehele, substantiële verbetering in de (gezondheids)positie van de allochtone ouderen. Bij herhaling worden er overzichtsstudies naar de leefsituatie en behoeftepeilingen onder allochtone ouderen uitgevoerd, zowel op nationaal als op lokaal niveau, en daaruit komt telkens weer hun kwetsbare situatie naar voren: hoe divers de allochtone ouderen ook zijn en ondanks vele overeenkomsten met hun autochtone leeftijdsgenoten, allochtone ouderen hebben doorgaans een slechtere financiële positie (door verkorte AOW en slecht pensioen), slechte huisvesting in sociaal onveilige buurten, en een slechtere gezondheid, zowel fysiek als geestelijk en zowel objectief als subjectief (allochtone ouderen voelen zichzelf al vroeg 'oud en ziek').<sup>11-23</sup> Met 'beschikbaarheid van goede medische voorzieningen' als een van de belangrijkste motieven om in Nederland te blijven, is het enigszins paradoxaal dat allochtone ouderen verder nog altijd minder gebruik maken van zorg- en welzijnsvoorzieningen (met uitzondering van de huisarts, het ziekenhuis, het algemeen maatschappelijk werk en sociale raadslieden) dan autochtone ouderen.<sup>24,25</sup> Het ondergebruik is onder andere een gevolg van: gebrek aan informatie bij allochtonen over het zorgaanbod; gebrekkige kennis over ziektes; een negatief beeld van vooral de thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuizen. Ook schaamte en andere zorgopvattingen en -verwachtingen spelen een rol. Zo rusten in verschillende migrantengroepen een taboe op verzorging van buiten de familiekring; traditioneel verwachten allochtone ouderen dat zij hulp van hun kinderen krijgen.<sup>26,27</sup> Andere redenen voor ondergebruik van zorgvoorzieningen zijn de complexiteit en de relatief hoge drempels van de gezondheidsvoorzieningen, analfabetisme/taalproblemen, gebrek aan tolk- en vertaaldiensten en interculturele competenties bij zorgverleners waardoor allochtone zorgvragers zich niet begrepen voelen en vrezen dat zij niet de juiste diagnose krijgen. Wat het welbevinden betreft wordt herhaaldelijk gewezen op een verhoogd risico op vereenzaming, vanwege heimweegevoelens en omdat zij, vanwege een slechte beheersing van de Nederlandse taal en culturele en religieuze verschillen, zeer weinig contact hebben met hun autochtone buurgenoten. Verder bemoeilijkt een laag inkomen deelname aan activiteiten, het ontvangen van visite, en het onderhouden van contacten met familie en vrienden in het land van herkomst.

## Pleidooi voor meer onderzoek

Kortom, veel allochtone ouderen lijken nog steeds tussen wal en schip te raken. De woorden die Hedy d'Ancona in 1991 uitsprak en de adviezen van de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid in 1993 hebben jammerlijk genoeg nog steeds realiteitswaarde. Er is dus nog zeer veel werk te verzetten wil de zorg gelijke toegang kunnen waarborgen voor alle bevolkingsgroepen. Gelet op het huidige politiek-maatschappelijke klimaat kan van overheidswege niet al te veel worden verwacht. Onafhankelijke onderzoekers zouden daarentegen wel een meer prominente rol kunnen, of misschien zelfs moeten spelen. Kennis over de gezondheid, het zorggebruik en vooral het welzijn van allochtone ouderen in Nederland is fragmentarisch. Meer systematisch onderzoek is nodig naar de omvang, aard en oorzaken van specifieke gezondheids- en welzijnsproblemen bij allochtone ouderen, zoals diabetes, obesitas, hart- en vaatziekten, dementie, depressie, en eenzaamheid. In dit kader is het ontwikkelen van adequate diagnostische instrumenten van groot belang. Het is immers zeer de vraag of gangbare metingen wel transcultureel toegepast kunnen worden. Verschillende vormen van bias kunnen optreden bij het meten en vergelijken van centrale gezondheids- en welzijnsconcepten tussen culturen.<sup>28</sup> Ten eerste kunnen (facetten van) concepten een geheel andere betekenis hebben voor allochtone ouderen die in een niet-westerse cultuur zijn gesocialiseerd (*construct bias*). Ten tweede kan *methodologische* bias optreden als gevolg van specifieke kenmerken van het betreffende instrument en/of de afname ervan. Zo zijn allochtone ouderen veelal minder goed in staat om in meer abstracte termen te denken, niet gewend om stellingen voorgelegd te krijgen, en hebben

zij moeite vragen te beantwoorden waarin verschillende elementen zijn gecombineerd.<sup>29,30</sup> Verder is in sommige culturen beleefdheid belangrijker dan eerlijkheid en heerst er veel schaamte binnen migrantengroepen om openlijk te spreken over psychische en psychosociale problemen, met respectievelijk een geneigdheid om het eens te zijn met uitspraken en sociaal-wenselijke antwoorden tot gevolg.<sup>22, 30-32</sup> Tot slot kan *item* bias optreden door een gebrekkige of onjuiste vertaling of doordat een bepaald item niet (op dezelfde manier) toepasbaar is binnen allochtone bevolkingsgroepen, dan wel een (iets) andere betekenis heeft. Onderzoek is ook dringend gewenst naar de effectiviteit van het bestaande arsenaal aan cultuurspecifieke voorzieningen. Naar mijn weten is nimmer op kwantitatieve wijze onderzocht in hoeverre de kwaliteit van leven van allochtone ouderen daadwerkelijk door dergelijke voorzieningen is verbeterd. Ook is niet bekend of de aangeboden voorzieningen aansluiten bij de grootste problemen die allochtone ouderen ervaren en of de voorzieningen de meest kwetsbaren bereiken. Beide typen van onderzoek bieden weliswaar geen garantie, maar zijn wel essentieel voor het ontwikkelen van (een combinatie van) interventies om het zorg- en welzijnsaanbod optimaal te laten aansluiten op de behoeften van allochtone ouderen.

Ik hoop van harte dat ik de lezers van dit schrijven heb kunnen doordringen van de noodzaak tot meer aandacht voor de toegankelijkheid tot en de zorg voor allochtone ouderen en dat ik hen kan enthousiasmeren voor meer wetenschappelijk onderzoek naar dit onderwerp. Het mag duidelijk zijn dat het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie een uitstekend forum is om uw kennis en ervaringen op dit terrein naar voren te brengen.

---

## Literatuur

- 1 KRO. Oud worden ver van huis. Marga Kerklaan (reg.), Nic Notten (prod.), Hilversum, 1984.
- 2 Dalen HP van, Fokkema T, Henkens K. Emigreren na je pensioen: Feit of fictie? *Gerōn*, tijdschrift over ouder worden en samenleving 2009;11(3):12-15.
- 3 Tenhaeff C, Bilgin S, Lenssen P, Nelissen H. Het win-win effect. Verslag van het project "Waardig oud worden in Nederland 1996-1998. Een samenhangend aanbod van welzijn, zorg en wonen; ontwikkeld met en voor allochtone ouderen". Utrecht: NIZW, 1999.
- 4 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur. Kleurrijk grijs: Reactie op het advies 'Kleur bekennen' over allochtone ouderen van de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994.
- 5 Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. Kleur bekennen: Advies over allochtone ouderen in de Nederlandse samenleving. Rijswijk: VROB, 1993.
- 6 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.
- 7 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsbrief Allochtonen in de gezondheidszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 484, nr. 1.
- 8 Ministerie van Vreemdelingenzaken en Integratie. Beleidsbrief Integratiebeleid nieuwe stijl. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29203, nr. 1.
- 9 Themacommissie Ouderenbeleid. Lang zullen we leven! Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29 549, nrs. 4-5.
- 10 Fokkema T, Tilburg T van. Aanpak van een-

- zaamheid: Helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen. NIDI report nr. 69. Den Haag: NIDI, 2006.
- 11 Alkema J. En dit hebben oudere migranten in Amsterdam nodig! Een ontmoeting van vraag en aanbod. Amsterdam: Stichting CABO, 2003.
  - 12 Dagevos J. De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland: Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes. Den Haag: SCP, 2001.
  - 13 Vries WM de, Smits CHM. Op zoek naar rust in de ziel Rahat el baal. De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005;36:216-224.
  - 14 Vries WM de, Smits CHM. Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
  - 15 Joosten-van Zwanenburg E. Molukse en Surinaamse ouderen in Capelle aan den IJssel: Oriëntatie op gezondheidsproblemen, knelpunten in de zorg en mogelijke gezondheidsinterventies. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 2005.
  - 16 Mackenbach JP, Kunst AE, Devillé WLJM, Rademakers J, Lamkaddem M. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC Rotterdam/NIVEL, 2008.
  - 17 Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten. Bagaimana – hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten. Utrecht: NOOM, 2009.
  - 18 Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam 1999-2000. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2001.
  - 19 Schellingerhout R. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: SCP, 2004.
  - 20 Uiters AH. Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands: A comparative study. Utrecht: NIVEL, 2007.
  - 21 Buren L van, Hoeksma J, Voorham T. Visies van oudere migranten op de toekomst en de zorg: Onderzoek onder Surinaamse, Turkse en Marokkaanse ouderen in Rotterdam. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 2002.
  - 22 Hoogen PCW van den, Pallast EGM. Turkse ouderen in Oss: Een kwalitatief onderzoek naar problemen, wensen en behoeften van Turkse ouderen in Oss op het gebied van wonen, welzijn en zorg. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, 2003.
  - 23 Yerden I. Zorgen over zorg: Traditie, verwantschapsrelatie, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland. Amsterdam: Het Spinhuis, 2000.
  - 24 Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers 2009. Den Haag: CBS, 2009.
  - 25 Denktas S, Koopmans GT, Birnie E, Foets MME, Bonsel GJ. Ethnic background and differences in health care use: A national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. International Journal of Equity in Health 2009;8(35): 1-9.
  - 26 Dykstra PA, Fokkema T., Persoonlijke zorgnormen: Bereidheid te geven én te ontvangen. In A. de Boer (ed.), Toekomstverkenning informele zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007: 122-142.
  - 27 Valk HAG. de, Schans D. 'They ought to do this for their parents'. Perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. Ageing and Society 2008;28(1):49-66.
  - 28 Foets M. Crossculturele validiteit: Spanning tussen theorie en praktijk. In M. Foets, J. Schuster, K. Stronks (red.), Gezondheids(zorg)-onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen. Uitgeverij Aksant, 2008:77-90.
  - 29 Uniken Venema HP, Garretsen HFL. (red.) Gezondheidsonderzoek bij moeilijk bereikbare groepen. Assen: van Gorcum, 1995.
  - 30 Eersteling P, Visser M. Praten past niet: Een onderzoek naar de psychosociale problemen en hulpvragen van allochtone ouderen in Overijssel. Zwolle: Steunpunt Minderheden Overijssel, 2002.
  - 31 Hines AM. Linking qualitative and quantitative methods in cross-cultural survey research: Techniques from cognitive science. American Journal of Community Psychology 1993;21:729-746.
  - 32 Warnecke RB, Johnson TP, Chávez N, Sudman S, O'Rourke DP, Lacey L., Horm J. Improving question wording in surveys of culturally diverse populations. Annals of Epidemiology 1997;7:334-342.