

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/B&G 2006.078

Effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse en Marokkaanse oudere migranten

Datum Oktober 2006
Auteur(s) A.M.J. Chorus
M. Hopman-Rock

Opdrachtgever Odyssee
Financiering ZonMw
Projectnummer 011.41255

Aantal pagina's 33
Aantal bijlagen -

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
1.1	Kerncijfers over allochtone ouderen in Nederland	3
1.2	Activerend Huisbezoek.....	4
1.3	Effectevaluatie Activerend Huisbezoek bij Turkse en Marokkaanse ouderen.....	5
1.4	Leeswijzer.....	6
2	Opzet effectevaluatie.....	7
2.1	Inleiding.....	7
2.2	Selectie en werving deelnemers.....	8
2.3	Interventie- of controlegroep	8
2.4	Meetinstrumenten	9
2.5	Omvang onderzoekspopulatie.....	13
2.6	Analyse	13
3	Resultaten Activerend Huisbezoek bij Turkse ouderen	14
3.1	Instroom Turkse deelnemers.....	14
3.2	Beschrijving van Turkse deelnemers waarop de effectevaluatie is gebaseerd.....	17
3.3	Effecten van Activerend Huisbezoek onder Turkse ouderen.....	17
3.4	Conclusie effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse ouderen.....	20
4	Resultaten Activerend Huisbezoek bij Marokkaanse ouderen.....	22
4.1	Instroom Marokkaanse deelnemers	22
4.2	Effecten Activerend Huisbezoek onder Marokkaanse ouderen	25
4.3	Conclusie effectevaluatie Activerend Huisbezoek Marokkaanse ouderen	28
5	Samenvatting en beschouwing.....	30
5.1	Aanbevelingen	31
	Literatuur	32

1 Inleiding

Dit rapport gaat over de evaluatie van een aangepaste versie van de sociale ondersteunings- en activeringsmethodiek 'Activerend Huisbezoek'. Deze versie is bedoeld voor Turkse en Marokkaanse ouderen ter bevordering van de zelfredzaamheid en het (opnieuw) vinden van plezier in het leven voor diegenen die zijn geconfronteerd met ingrijpende levensgebeurtenissen. Deze methodiek werd eerder bij autochtone ouderen succesvol in praktijk gebracht (Huizing, 2000). Of deze methodiek in aangepaste vorm ook werkzaam is bij allochtone ouderen is de vraag van het huidige onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Odyssee, een landelijk opererende organisatie die mensen en maatschappelijke organisaties ondersteunt bij ontwikkelings- en veranderingsprocessen. Het onderzoek is gefinancierd door ZonMw. Dit inleidende hoofdstuk bevat informatie over allochtone ouderen in Nederland, met name Turken en Marokkanen. Vervolgens wordt ingegaan op de achtergronden van de methodiek van het Activerend Huisbezoek, een beschrijving van de vragen die beantwoord zijn in het evaluatieonderzoek en een leeswijzer voor het verdere rapport.

1.1 Kerncijfers over allochtone ouderen in Nederland

In 2006 is 19,3% van de Nederlandse bevolking allochtoon, dat wil zeggen dat men zelf in het buitenland is geboren of in ieder geval één van beide ouders. Vanuit sociaal-economisch en cultureel gezichtspunt wordt onderscheid gemaakt in allochtonen van westerse herkomst en van niet-westerse herkomst. Veel aandacht gaat uit naar niet-westerse allochtonen, en met name de ouderen van Turkse en Marokkaanse herkomst. Deze groep ouderen is aanzienlijk en groeiende (CBS, Statline, 2006).

De omvang van de totale groep niet-westerse allochtone ouderen (55 jaar en ouder) in Nederland, gebaseerd op de gemeentelijke basisadministratie, is 141.783 personen (dat is 3,1% van de totale ouderenbevolking). Daaronder zijn 30.949 ouderen van Turkse afkomst en 27.087 ouderen van Marokkaanse afkomst. Op deze manier bekeken kan de groep allochtone ouderen als zo klein worden ervaren dat ze niet relevant is voor het beleid. Toch is volgens het Sociaal Cultureel Planbureau van belang deze groep onder de loep te nemen om twee redenen: 1. het aantal allochtone ouderen zal in de nabije toekomst sterk stijgen; en 2. het aandeel allochtonen in de ouderenbevolking is geconcentreerd in de grote steden. Bijna 50% van de niet-westerse allochtone ouderen woont in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag), veelal in vooroorlogse, vroeg-naoorlogse en stadsvernieuwingswijken.

De sociaal-economische positie van sommige groepen niet-westerse allochtonen is slechter dan die van de autochtone of westerse allochtone bevolking. Vooral Turkse of Marokkaanse ouderen zijn niet of zeer laag opgeleid (met name de vrouwen). Van de vrouwen heeft het merendeel niet gewerkt in Nederland. De mannen hebben voornamelijk gewerkt in lagere beroepen en zijn relatief vaak gestopt met werken wegens arbeidsongeschiktheid. De inkomens van Turken en Marokkanen zitten aan de onderkant van de inkomensverdeling. Dit is niet verwonderlijk gezien hun arbeidsverleden. Bovendien krijgen velen van hen een gekorte AOW-uitkering, omdat ze pas op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen.

Het algemene beeld van allochtone ouderen is dat zij minder gezond zijn dan autochtone ouderen (Van Oers, 2002). De oorzaak hiervan is dat er bij allochtone ouderen sprake is van een accumulatie van factoren die vaak samengaan met een slechtere gezondheidstoestand, waaronder een lage opleiding en een laag inkomen. Uit het rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau 'Gezondheid en welzijn van allochtone

ouderen' (2004) komt naar voren dat Turkse en Marokkaanse ouderen de slechtste gezondheid ervaren. Zo hebben Turken en Marokkanen relatief meer lichamelijke beperkingen in activiteiten dagelijkse levensverrichtingen (HDL) en/of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), meer chronische aandoeningen en een slechte ervaren gezondheid. Als gevolg hiervan bezoeken Turkse en Marokkaanse ouderen vaker de huisarts dan autochtone ouderen, en gebruiken meer voorgeschreven medicijnen. Het gebruik van medische voorzieningen heeft in sommige opzichten een cultureel bepaalde achtergrond. Turkse en Marokkaanse ouderen gaan sneller naar de huisarts bij vage klachten, maar ook omdat ze de huisarts sneller willen betrekken bij het genezingsproces (Weide en Foets, 1997).

Aan de andere kant maken allochtone ouderen minder gebruik van de diensten van de thuiszorg dan autochtone ouderen: slechts 1% van de Marokkaanse ouderen en 8% van de Turkse ouderen vergeleken met 16% van de autochtone ouderen. Aan de ene kant komt dit omdat allochtonen meer informele hulp krijgen van partners en kinderen, maar ook omdat men relatief onbekend is met de diensten van de thuiszorg en het aanvragen van deze diensten. Mede door de informele opvang en onbekendheid met welzijnsvoorzieningen is het gebruik niet groot onder allochtone ouderen, met uitzondering van het algemeen maatschappelijk werk.

In de toekomst zal het aantal hoogbejaarden onder allochtone ouderen toenemen, en daarmee het aantal kwetsbare ouderen. Dit zijn meer allochtone ouderen met zelfzorgproblemen, die niet over voldoende hulpbronnen beschikken, zoals voldoende inkomen en een sociaal netwerk, om deze draaglast te compenseren. Op dit moment is het beroep dat allochtone ouderen doen op zorgvoorzieningen beperkt door de geringe omvang van de groepen, de leeftijdsopbouw en de grote hoeveelheid informele hulp die zij ontvangen. Onzeker is hoe groot de bereidheid in de toekomst zal zijn onder kinderen van ouderen die op dit moment nog geen zorg krijgen. Onzeker is ook of de bereidheid bij kinderen die op dit moment al mantelzorg verlenen blijft bestaan als de zorglast alleen maar groter wordt. Er zal dan ook rekening gehouden moeten worden dat allochtone ouderen 'genoodzaakt' zijn om meer beroep te doen op zorgvoorzieningen, ook omdat het aantal verpleegkundige handelingen zal toenemen als ouderen meer gebreken krijgen.

'De' allochtone oudere bestaat niet. Er zijn grote verschillen tussen groepen wat betreft gezondheid. Voorgaande alinea's lieten zien dat de gezondheid van Turkse en Marokkaanse ouderen in vergelijking met autochtonen het minst gunstig is: zij hebben veel chronische aandoeningen en ernstige beperkingen. Beleving van ziekte en hulpzoekgedrag hebben een culturele achtergrond, die verschilt per groep. Willen zorgvoorzieningen goed aansluiten bij de behoeften van allochtone ouderen, dan zal er ook steeds meer maatwerk geleverd moeten worden (Schellingerhout, 2004).

1.2 Activerend Huisbezoek

Activerend Huisbezoek is bezoek bij ouderen door een huisbezoeker op vrijwillige basis met een tijdelijk karakter. Tijdens het huisbezoek wordt sociaal-emotionele ondersteuning geboden die moet leiden tot activering. Activeren is mensen helpen om hun vragen en behoeften te verhelderen en vervolgens te stimuleren om activiteiten te ontplooiën of stappen te ondernemen, die het leven aangenaam maken en die nieuwe vooruitzichten bieden.

De doelgroep wordt gevormd door ouderen die geconfronteerd worden met levensgebeurtenissen en veranderingen die een tijdelijke belemmering vormen voor de zelfredzaamheid en het welbevinden negatief beïnvloeden. Ingrijpende levensgebeurtenissen waarmee ouderen vaak geconfronteerd worden zijn: verlies van

inkomen, van nuttige maatschappelijke rollen, van dierbare vrienden, van lichamelijke en geestelijke spankracht. Ook omstandigheden kunnen een rol spelen. De zorg van een te grote of een slecht onderhouden woning, een incident in de buurt dat gevoelens van onveiligheid en vervreemding ten opzichte van de buurt teweeg brengt. Toch is de stap naar de professionele hulpverlening vaak te groot. Door de zaken eens op een rijtje te zetten met een vrijwilliger, die een luisterend oor biedt en kritische vragen stelt, krijgen de ouderen weer wat lucht en meer grip op hun situatie.

Binnen het Activerend Huisbezoek wordt gewerkt volgens een doelgerichte methode die bestaat uit de volgende drie stappen:

1. Situatieverheldering

In deze fase tracht de huisbezoeker een vertrouwensband op te bouwen met de oudere, en analyseert de situatie, waarin de oudere verkeert.

2. Perspectiefontwikkeling

In deze fase worden nieuwe mogelijkheden ontwikkeld, wordt de oudere gemotiveerd om veranderingen door te voeren aan de hand van reële doelen.

3. Actieondersteuning

In deze fase wordt de oudere gestimuleerd om zelf acties te nemen om de situatie te verbeteren. Verder wordt in deze fase de relatie met de oudere afgebouwd, zodat de oudere zelfstandig verder kan.

De vrijwilligers die de huisbezoeken afleggen, hebben een speciale training gekregen om zich de methodiek van activerend huisbezoek eigen te maken. Activerend huisbezoek is in 1997 geïntroduceerd door het Nederlands Instituut Zorg en Welzijn (NIZW) en uitgevoerd bij autochtone ouderen. In 2000 zijn 3 projecten Activerend Huisbezoek geëvalueerd. Het blijkt dat deze methodiek eenzaamheid en sociaal isolement bij autochtone ouderen doorbreekt. Resultaten hoeven niet altijd te wijzen op het echt ondernemen van activiteiten. Ook wanneer iemand heeft geleerd om te gaan met zijn situatie ('coping') of bijvoorbeeld een oud contact weer heeft opgepakt is er sprake van resultaat.

Een evaluatie van een project activerend huisbezoek in de gemeente Ridderkerk laat zien dat de methodiek erg hoge eisen stelt aan vrijwilligers en veel van hen vergt. Momenteel zijn er in ruim 100 gemeenten projecten 'Activerend Huisbezoek' opgezet voor voornamelijk autochtone ouderen.

Gezien de verwachte toename van de zorgvraag onder allochtone ouderen, vooral onder Turken en Marokkanen, lijkt de methodiek van het Activerend Huisbezoek in principe geschikt om een brug te slaan tussen de zorgvraag van deze groepen en professionele zorgvoorzieningen om de algehele gezondheidstoestand en zelfstandigheid van allochtone ouderen te verbeteren.

1.3 Effectevaluatie Activerend Huisbezoek bij Turkse en Marokkaanse ouderen

Odyssee heeft TNO gevraagd een evaluatieonderzoek uit te voeren naar de effecten van Activerend Huisbezoek. De effectevaluatie betreft een gerandomiseerde, gecontroleerde studie met voor- en nameting bij ouderen van Turkse en Marokkaanse herkomst. De verwachting was dat de maatschappelijke interventie minimaal een half jaar nodig zou hebben om tot meetbare resultaten te komen. De nameting heeft daarom na een half jaar plaatsgevonden.

De procesevaluatie is uitgevoerd door Odyssee en maakt geen deel uit van dit rapport.

De effectevaluatie richt zich op de volgende vraagstelling:

Wat is het effect van Activerend Huisbezoek bij Turkse en Marokkaanse ouderen op eenzaamheid, sociale steun, de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, sociaal gedrag en zelfredzaamheid?

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de opzet van de effectevaluatie. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van de effectevaluatie bij Turkse ouderen. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van de effectevaluatie bij Marokkaanse ouderen. In het slothoofdstuk, hoofdstuk 5 wordt een samenvatting en beschouwing gegeven van de resultaten.

2 Opzet effectevaluatie

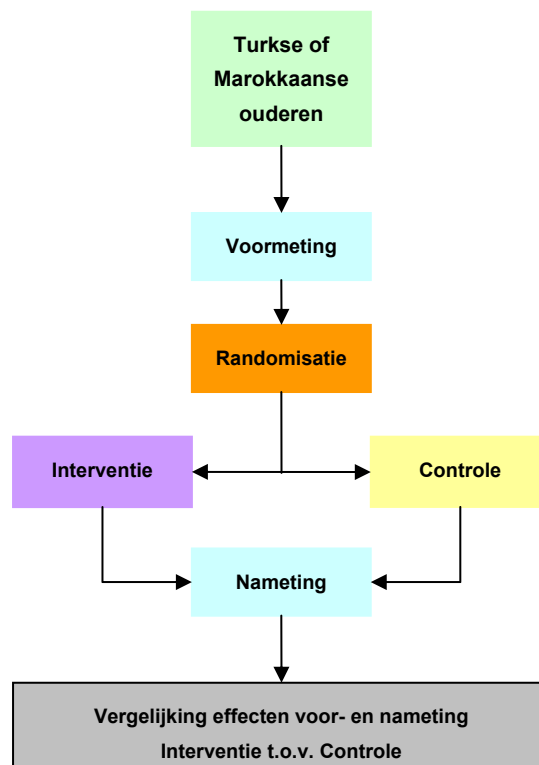
2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat informatie over de opzet van de effectevaluatie. In de volgende hoofdstukken zal voor de subgroepen Turken en Marokkanen specifiek worden ingegaan op de praktische uitwerking van deze opzet.

De effectevaluatie is gebaseerd op interviews met deelnemers voor en na het volgen van het interventieprogramma Activerend Huisbezoek of een controleprogramma (Vriendschappelijk Huisbezoek). Het programma dat werd aangeboden aan de deelnemers is door het toeval bepaald.

Het onderzoek bestaat uit een voor- en een nameting. De voormeting vindt plaats voorafgaand aan het huisbezoek. De nameting vindt plaats 6 maanden na de start van het huisbezoek. Tijdens de voor- en nameting hebben getrainde interviewers uit eigen taalgroep en cultuur met behulp van gestructureerde vragenlijsten informatie verzameld over de primaire uitkomstmaten: eenzaamheid, ervaren gezondheidstoestand en sociaal gedrag en secundaire uitkomstmaten: ervaren sociale steun en zelfredzaamheid. De interviewers waren niet op de hoogte van het feit of de deelnemers tot de interventie- of controlegroep waren toegewezen.

Vervolgens is in de analysefase nagegaan in hoeverre de toestand van Turkse ouderen die Activerend Huisbezoek ontvingen, verbeterde in vergelijking met de Turkse ouderen in de controlegroep. In figuur 2.1 wordt de globale onderzoeksopzet schematisch weergegeven. De opzet van de effectevaluatie is goedgekeurd door de Medisch-Ethische Commissie van TNO.



Figuur 2.1 Schema opzet effectonderzoek

2.2 Selectie en werving deelnemers

Potentiële deelnemers, dat wil zeggen mensen van 50 jaar en ouder van Turkse of Marokkaanse afkomst, zijn benaderd via allochtone vrijwilligers uit eigen taalgroep en cultuur van lokale maatschappelijke organisaties. Selectiecriteria voor dit onderzoek waren:

- het afgelopen jaar een ingrijpende gebeurtenis gehad, zoals het overlijden van een partner, ziek worden van een partner, zelf getroffen worden door een ziekte; of
- leren omgaan met een ziekte of handicap; of
- praktische ondersteuning nodig heeft om de zelfstandigheid in tact te houden; of
- weinig sociale contacten onderhoudt; of
- geen of weinig familiesteun ondervindt; of
- op een wachtlijst staat voor professionele hulp.

De lokale organisaties zijn via allerlei netwerken van allochtonen of professionele hulpverleners geïnformeerd over mogelijke deelnemers. Vervolgens benaderden zij deze deelnemers met de vraag of ze gedurende een half jaar ondersteund wilden worden door een allochtone oudere (huisbezoeker) die hen geregeld thuis zou bezoeken. Daarnaast is er uitgelegd dat er in een onderzoek gekeken wordt hoe men deze ondersteuning ervaart, wat dit onderzoek inhoudt en dat daartoe apart toestemming wordt gevraagd door middel van een 'informed consent'-verklaring.

2.3 Interventie- of controlegroep

2.3.1 *Randomisatie*

Nadat informed consent is verkregen zijn de deelnemers eerst geïnterviewd en vervolgens random toegewezen aan het interventie- of controlegroep door middel van gestratificeerde blokken. Dit houdt in dat binnen de Turkse subgroep en binnen de Marokkaanse subgroep per tweetal door middel van loting toewijzing plaatsvond.

2.3.2 *Activerend Huisbezoek versus Vriendschappelijk Huisbezoek*

De *interventiegroep* kreeg huisbezoek volgens de methodiek van het Activerend Huisbezoek. De *controlegroep* kreeg Vriendschappelijk Huisbezoek. In tabel 2.1 worden de kenmerken van activerend huisbezoek en vriendschappelijk huisbezoek omschreven.

Activerend Huisbezoek	Vriendschappelijk Huisbezoek
Het doel: Oudere onderneemt actie om de situatie te verbeteren	Het doel: Oudere voelt zich minder eenzaam, kan zijn of haar verhaal kwijt
Probleem wordt vastgesteld in samenspraak	Probleem is eenzaamheid, gebrek aan vriendschap
Stimuleren, aanmoedigen, dingen mee uitproberen	Gezelschap en soms praktische hulp bieden
Gericht op taak	Gericht op relatie
Contact voor afgebakende periode, gericht op leren en activeren	Langdurig contact, gericht op zorg en hulp
Relatie: vriendelijk zijn, maar ook reflecteren en confronteren	Relatie: emotioneel nabij zijn, vriendschap

Tabel 2.1 Kenmerken van Activerend en Vriendschappelijk Huisbezoek

Zowel de allochtone deelnemer als de huisbezoeker is niet op de hoogte van het feit of iemand in de experimentele groep of in de controlegroep is ingedeeld (dubbel blind). Er is zoveel mogelijk rekening gehouden met mogelijke informatieoverdracht door contaminatie van de twee onderzoeksgroepen, door vrijwilligers te werven voor een training als huisbezoeker. Vervolgens zijn deze huisbezoekers willekeurig verdeeld en toegewezen aan een training voor Activerend huisbezoeker of een training voor Vriendschappelijk huisbezoeker. Na de training zijn de huisbezoekers tijdens het bezoeken van de ouderen begeleid door een procesbegeleider. Voor iedere taal- en cultuurgroep was er één procesbegeleider afkomstig uit dezelfde taal- en cultuurgroep. Tijdens de training zijn de huisbezoekers geïnstrueerd zich strikt te houden aan het protocol en per huisbezoek een gestructureerd verslag te maken van wat er besproken is. De huisbezoekers dienden deze rapportages voor te leggen aan de procesbegeleider. Ook konden allochtone deelnemers bij deze procesbegeleider terecht voor eventuele klachten over het huisbezoek. Huisbezoekers konden altijd feedback krijgen van de procesbegeleider, ook wanneer men gevallen aantreft waarvoor het protocol geen of ontoereikende handvatten biedt. Deze besliste vervolgens samen met de projectgroep wat er ondernomen diende te worden. In het geval van medische problematiek bij deelnemers in de controlegroep is in overleg met de deelnemer professionele hulp ingeschakeld. De huisbezoeker is geïnstrueerd zich zoveel mogelijk aan het protocol te houden. Na afloop van het onderzoek konden deze deelnemers alsnog in aanmerking komen voor een andere vorm van huisbezoek.

2.4 Meetinstrumenten

De gegevens voor de effectevaluatie zijn afkomstig uit mondelinge interviews in het Turks of Arabisch door professionele en speciaal getrainde interviewers van respectievelijk Turkse of Marokkaanse afkomst. De interviews vonden plaats op basis van een gestructureerde vragenlijst met gestandaardiseerde instrumenten. Indien de instrumenten niet in het Turks of Arabisch beschikbaar waren zijn deze vertaald door een beëdigd vertaalbureau volgens de ‘forward-backward’ methode.

De meetinstrumenten die bij voor- en nameting worden gebruikt zijn:

1. De Eenzaamheidsschaal (de Jong-Gierveld & de Kamphuis, 1985; König-Zahn e.a., 1994). De eenzaamheidsschaal bestaat uit 6 items die in de richting van eenzaamheid zijn geformuleerd ('negatieve' items) en vijf items die in de tegenovergestelde richting zijn geformuleerd ('positief'). Een voorbeeld van een negatief item is: 'Ik mis mensen om me heen'. Een positief item is: 'Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen'. De antwoordmogelijkheden zijn: nee, min of meer en ja. Een hogere score betekent meer eenzaamheid. Deze lijst is speciaal voor dit onderzoek vertaald in het Turks en Arabisch.
2. Ervaren sociale steun wordt gemeten met de SSL12-I (Sociale Steun Lijst Interactieve versie, van Eijk e.a., 1994). Deze vragenlijst bestaat uit 12 items en is speciaal voor gebruik bij ouderen ontwikkeld. Een hogere score betekent meer steun. Deze lijst is speciaal voor dit onderzoek in het Turks en Arabisch vertaald.
3. Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven wordt gemeten met de SF-12, uitgesplitst in een fysieke component (PCS) en een mentale component (MCS) en de MHI-5 (onderdeel van de SF-36 vragenlijst) (Aaronson e.a., 1998). Een hogere score betekent een betere gezondheid. Deze lijst is in het Turks en Arabisch beschikbaar, verkregen via de afdeling Psychosociaal Onderzoek en Epidemiologie van het Nederlands Kanker Instituut.
4. Sociaal gedrag is gemeten met de Groningse Vragenlijst voor Sociaal Gedrag, verkorte versie (GVSG-45, de Jong, 2001). Hierin zijn de volgende domeinen gemeten: functioneren in relatie met de ouders, functioneren in relatie met een vaste partner, functioneren in relatie met kinderen jonger dan 15, functioneren in relatie tot kinderen ouder dan 15, functioneren in relatie tot vrienden, functioneren in activiteiten gerelateerd aan al dan niet betaald werk, functioneren in activiteiten gerelateerd aan huishoudelijk werk en functioneren gerelateerd aan vrije tijd. Een hogere score correspondeert met meer beperkingen. De lijst is goed hanteerbaar in een interviewsituatie en is speciaal voor dit onderzoek vertaald in het Turks en Arabisch.
5. Zelfredzaamheid is gemeten met de in het Amsterdamse onderzoek van Poort e.a. (2001) gebruikte ADL en HDL indicatoren (resp. Kempen et al, 1997 en Fillenbaum, 1985), die reeds in het Turks en Arabisch beschikbaar waren via de gezondheidsenquêtes van de GGD'en. Een hogere score correspondeert met meer problemen met betrekking tot de zelfredzaamheid.

Als achtergrondvariabelen is gevraagd naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding, woonsituatie, gezinssituatie (vragen uit gezondheidsenquêtes GGD-en, CBS). Deze vragen waren al beschikbaar in het Turks en Arabisch.

2.4.1 *Validatie meetinstrumenten*

Van de in dit onderzoek gebruikte instrumenten waren alleen de van de SF-36 afgeleide instrumenten SF-12 en MHI-5 gevalideerd voor Turken en Marokkanen. De eenzaamheidsschaal, de SSL12-i, de GVSG-45 zijn in dit onderzoek vertaald volgens de 'forward-backward' procedure van Guillemin e.a. (1993). Een eerste concept vertaling in het Turks en in het Arabisch is gemaakt door een professionele vertaler van Turkse afkomst en een professionele vertaler van Marokkaanse afkomst. Deze concepten zijn terugvertaald in het Nederlands door onafhankelijke professionele vertalers. De verschillen tussen de Turkse en Arabische versie aan de ene kant en de Nederlandse versies aan de andere kant werden bediscussieerd in de projectgroep die bestond uit personen van Turkse afkomst en personen van Marokkaanse afkomst. De

meeste verschillen waren klein en gemakkelijk aan te passen in de Turkse dan wel Arabische teksten. Hierbij diende ook in acht genomen te worden dat de instrumenten mondeling werden afgenomen.

De vertaalde instrumenten zijn getest op begrijpelijkheid, belevingswereld en sociale normen binnen een klein panel (n=5) van representanten uit de Turkse gemeenschap en Marokkaanse gemeenschap van ouderen in Nederland. Hieruit kwam naar voren dat de vertaalde instrumenten geen problemen hoefden op te leveren.

Gedurende de interviews zijn instrumenten door de interviewers geëvalueerd aan de hand van een checklist. In deze checklist kon aangegeven worden of deelnemers moeite hadden met het begrijpen van de vragen, of ze de vragen wilden beantwoorden, of de deelnemers opmerkingen hadden over de vragen en welk oordeel de interviewer had over het verloop van het interview en de situatie van de oudere. Aangezien er geen gouden standaarden bestaan voor de verschillende uitkomstmaten en vergelijking met de validiteit van de lijsten in de Nederlandse taal via een andere methode onderzocht is, zijn de scores op de eenzaamheidsschaal, SSL12-i en de GVSG-45 gecorreleerd aan verschillende dimensies van de in het Turks of anders in het Arabisch vertaalde versie van de SF-12.

Turkse vertaling

Met betrekking tot de Turkse vertaling van de eenzaamheidsschaal en de SSL12-i is er aanzienlijke spreiding in antwoorden aanwezig op items die refereren aan een eventuele partner en kinderen. Voor items die refereren aan vrienden en andere niet-verwanten gaven de antwoorden nauwelijks differentiatie binnen de onderzochte groep. Blijkbaar is het gezin en directe familie in deze groep ouderen veel belangrijker dan vrienden en niet-verwanten in de operationalisatie van eenzaamheid en ervaren sociale steun. Hieruit volgend laten de resultaten zien dat alleenstaande Turkse ouderen systematisch hoger (=meer eenzaamheid) scoren op de eenzaamheidsschaal dan niet-alleenstaande ouderen. Mannen scoren systematisch lager dan vrouwen. De correlatie tussen de psychische gezondheid volgens de MCS en de eenzaamheidsscore is -0,342. De correlatie tussen de fysieke gezondheid volgens de PCS en de eenzaamheidsscore is -0,097. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de eenzaamheidsschaal wel correleert met de psychische gezondheid, en nauwelijks met de fysieke gezondheid.

Wat betreft de SSL12-i scoren alleenstaande ouderen systematisch lager op de dimensies van de SSL12-i dan niet-alleenstaande ouderen. Mannen scoren systematisch lager dan vrouwen. De correlaties tussen de psychische gezondheid als fysieke gezondheid en de schalen van de SSL12-i zijn kleiner dan 0,350. Hieruit kunnen we concluderen dat de SSL12-i een ander construct meet dan de SF-12.

Met betrekking tot de GVSG-45 scoren Turkse ouderen met een zieke partner systematisch meer problemen op de dimensie 'relatie met vaste partner' dan ouderen die geen zieke partner hadden. Mannen scoren systematisch minder problemen op de items over het huishouden dan vrouwen. Dit laat zien dat met dit instrument de rolverdeling tussen mannen en vrouwen in de Turkse gemeenschap in kaart te brengen is. Indien de interviewer sociaal-emotionele problemen constateerde bleek dat de scores op de verschillende schalen ook minder gunstig zijn. Turkse vrouwen hadden meer moeite met beantwoorden van het item over seksualiteit dan Turkse mannen.

De schalen 'relatie met vaste partner', 'relatie met vrienden' en 'functioneren in vrije tijd' correleren redelijk ($r > 0,40$) met de psychische gezondheid volgens de SF-12. De schaal 'functioneren in vrije tijd' correleert als enige redelijk met fysieke gezondheid ($r > 0,40$).

Over het algemeen bleek dat Turkse ouderen die geen opleiding hadden gevolgd meer problemen ondervinden met het begrijpen van de vragen en antwoordcategorieën dan ouderen met een minimale opleiding vergelijkbaar met het middelbare onderwijs in Nederland. Niettemin gaven de interviewers aan dat de in dit onderzoek gebruikte vertaling van de instrumenten bruikbaar is in een interviewsituatie.

Arabische vertaling

De Arabische vertaling van de gehele vragenlijst (dus inclusief de instrumenten die al vertaald waren zoals de SF-12 en MHI-5) bleek in eerste instantie tegenstand op te werpen bij de organisatie die verantwoordelijk was voor de werving van Marokkaanse ouderen. Zij keurden de lijsten af en wegens communicatieproblemen werd het onderzoeksteam eerst niet duidelijk waarom de vertaling niet in orde was. Het onderzoeksteam ontving strijdige berichten van leden uit dezelfde bevolkingsgroep die deel uitmaakten van het projectteam van Odyssee.

Om grip te krijgen op de problematiek is er contact gezocht met dr. J. Hoogland, docent Arabisch aan de Radboud Universiteit in Nijmegen en beëdigd vertaler Arabisch. Dr. Hoogland gaf aan dat in de Arabische wereld diglossie bestaat. Dat betekent dat er in alle Arabische landen een officiële taal (het Modern Standaard Arabisch) en een spreektaal (dialect) naast elkaar bestaan. De eenzaamheidsschaal, de SSL12-i en de GVSG-45, die voor dit project vertaald werden, waren vertaald in de officiële taal, terwijl de SF-12, MHI-5 en de zelfredzaamheidsschaal die al vertaald waren, waren vertaald in het dialect. Veel Marokkaanse ouderen beheersen de officiële taal niet goed. De eenzaamheidsschaal, de SSL12-i en de GVSG-45 zijn minder geschikt om in deze doelgroep te gebruiken als de instrumenten schriftelijk worden afgenomen. Maar omdat de lijsten gebruikt werden in een mondeling interview konden de instrumenten wel als zodanig gebruikt worden in dit onderzoek.

Met betrekking tot de Arabische vertaling van de eenzaamheidslijst van de Jong-Gierveld kunnen we op basis van de kwalitatieve informatie van de interviewers concluderen dat deze lijst redelijk goed eenzaamheidsproblematiek in kaart kan brengen bij Marokkaanse ouderen. Deelnemers die volgens de interviewer eenzaam waren scoorden ook systematisch lager op de eenzaamheidsschaal dan deelnemers bij wie dat niet expliciet vermeld werd. Deze eenzaamheid werd voornamelijk veroorzaakt door heimwee naar Marokko. Uit de resultaten blijkt dat alleenstaande Marokkaanse ouderen systematisch hoger (=meer eenzaamheid) scoren dan niet-alleenstaande ouderen. De correlatie tussen de psychische gezondheid volgens de MCS en de eenzaamheidsscore is -0,575. De correlatie tussen de fysieke gezondheid volgens de PCS en de eenzaamheidsscore is -0,074. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de eenzaamheidsschaal wel correleert met de psychische gezondheid, en nauwelijks met de fysieke gezondheid.

Wat betreft de SSL12-i is er aanzienlijke spreiding in de antwoorden. Mannen scoren systematisch hoger (=beter) op de afzonderlijke dimensies dan vrouwen. Verder scoren alleenstaanden significant lager dan niet-alleenstaande ouderen. Hetgeen aangeeft dat de SSL12-i goed kan differentiëren tussen alleenstaande Marokkaanse ouderen en niet-alleenstaande ouderen. De correlaties tussen de verschillende schalen van de psychische gezondheid en de SSL12-i zijn tussen de 0,40 en 0,50. De correlaties tussen de fysieke gezondheid en de SSL12-i zijn tussen de 0,20 en 0,40.

Met betrekking tot de GVSG-45 scoren Marokkaanse ouderen bij wie de interviewer sociaal-emotionele problemen constateerde systematisch lager dan ouderen bij wie dit niet expliciet vermeld werd. Het item over seksualiteit werd bijna niet beantwoord. De schalen 'relatie met kinderen ouder dan 15' en 'functioneren in vrije tijd' correleren aanzienlijk ($r > 0,50$) met de psychische gezondheid volgens de SF-12. De schaal 'functioneren in het huishouden' correleert als enig redelijk met de fysieke gezondheid volgens de SF-12 ($p > 0,40$).

Over het algemeen was het oordeel van de interviewers dat de instrumenten goed te gebruiken zijn in een interviewsituatie. De instrumenten zijn opvraagbaar bij TNO Kwaliteit van Leven.

2.5 Omvang onderzoekspopulatie

Als we een verschil tussen de interventie- en controlegroep op de eenzaamheidsschaal van 1,45 ($SD=2,9$) vinden en een verschil van 3 punten ($SD=6$) op de sociale steunschaal (SSL12-I), kunnen we een effectgrootte aantonen van 0,5 (medium). Op basis van deze verwachtingen is in een 'power' berekening bepaald ($\alpha=0,05$, $1-\beta=0,80$ bij tweezijdige toetsing) dat in de experimentele en in de controlegroep elk 50 personen ingesloten dienen te worden (rekening houdend met een mogelijke uitval van 20%). Voor de SF-12/MHI-5 geldt dat al aangetoond is in een andere studie (Reijneveld e.a., 2002) dat groepen van 50 personen genoeg power opleveren om verandering ten opzichte van een controlegroep te kunnen meten.

2.6 Analyse

In de analyse is eerst nagegaan hoe de werving van de deelnemers verlopen is, wat de achtergrond was van de deelnemers, en in hoeverre de groepen die 'Activerend Huisbezoek' ontvingen of het controleprogramma 'Vriendschappelijk Huisbezoek' hierin verschilden. Waargenomen verschillen tussen de groepen werden getoetst op statistische significantie met behulp van een chi-kwadraat toets om verschillen in verdelingen te toetsen of een Student's t-test om verschillen in gemiddelden te toetsen. Ten tweede is nagegaan wat het effect was van het programma Activerend Huisbezoek. Daartoe is eerst nagegaan in hoeverre de toestand van de ouderen die dit programma volgden, verbeterde in vergelijking met de ouderen die het controleprogramma volgden. Dit betrof de hiervoor genoemde centrale uitkomsten in het project gemeten in de voor- en nameting. De verschilcores van de verschillende uitkomstparameters van de nameting en de voormeting zijn getest voor de controle- en interventiegroep m.b.v. variantie-analyse met correctie voor covariaten, dit zijn achtergrondvariabelen waarop de interventie- en controlegroep op baseline significant afweken (ANCOVA) in SPSS (versie 14.0 for windows). De analyses betreffende de effecten zijn beperkt tot de groep deelnemers die een voor- en nameting hebben gehad en zijn uitgevoerd op basis van intention-to-treat analyse. Tevens is onderzocht of er verschillen in het effect van de interventie zijn voor mannen en vrouwen afzonderlijk. In alle gevallen werden verschillen significant geacht als de kans dat het verschil op toeval berust kleiner is dan 5% ($p < 0,05$).

Aanvullend is er exploratief onderzocht of de uitkomstmaten statistisch significante verschillend zijn tussen de voor- en nameting per groep met behulp van een gepaarde t-toets. In geval van een statistisch significant verschil ($p < 0,05$) worden de test-waarden gemeld bij de bespreking van de resultaten.

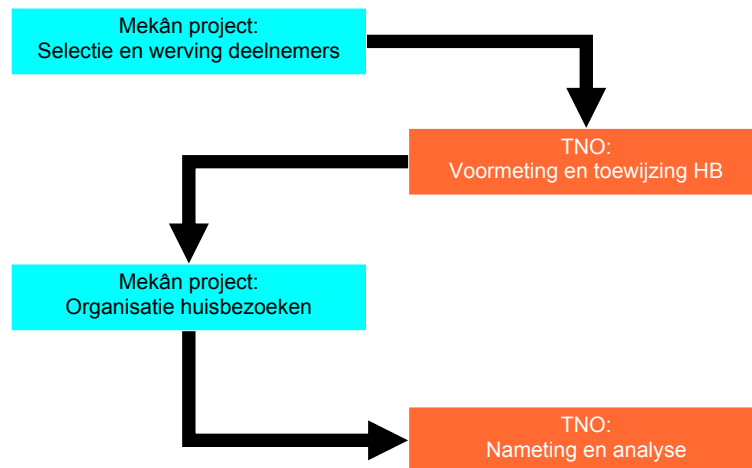
3 Resultaten Activerend Huisbezoek bij Turkse ouderen

3.1 Instroom Turkse deelnemers

Ouderen van Turkse afkomst zijn gerekruteerd via het Mekânproject in Rotterdam. Het project is een initiatief van stichting Pluspunt, stedelijk ondersteuningsinstituut voor ouderen en ouderenorganisaties, en van stichting SBWR/Stimulans, stedelijk ondersteuningsinstituut voor migrantenwerk. Het project is gericht op alle ouderen, hoewel Turkse en Marokkaanse ouderen de eerste aandacht hebben. Het doel is tweeledig: 1. het ontwikkelen van aanbod op het gebied van ontmoeting, ontspanning en educatie; en 2. maatschappelijke dienstverlening, voorlichting gezondheid, welzijn, wonen en financiën. Een Mekân is een ontmoetingsruimte voor allochtone ouderen, waar ze zich thuis kunnen voelen en waar ze nuttige informatie kunnen krijgen.

Ouderen die wilden deelnemen aan het programma zijn vooraf geïnformeerd over het onderzoek door medewerkers van het Mekân-project en zijn vervolgens via TNO benaderd door een interviewer voor de voormeting. De interviewers waren afkomstig van een professioneel Rotterdams veldwerkbureau ERC.Research, met een directeur van Turkse afkomst. Voorafgaand aan het (eerste) interview gaven deelnemers schriftelijke toestemming voor gebruik van de gegevens, na herhaling van de informatie over het onderzoek ('informed consent') door de interviewer. Vervolgens is het interview afgenomen (de voormeting). Na de voormeting werden de deelnemers door het onderzoeksteam van TNO in 'blocks' random toegewezen aan de interventiegroep, die Activerend Huisbezoek ontving, of de controlegroep, die vriendschappelijk huisbezoek ontving. De huisbezoeken zijn vervolgens geregeld door speciaal daartoe aangestelde medewerkers van het Mekân-project. De personen die het huisbezoek aflegden, waren vrijwilligers van het Mekân-project, die daarvoor een speciale training hadden gekregen van Odyssee Zes maanden na aanvang van het huisbezoek vond een tweede interview plaats, de nameting. De duur van de interviews varieerde van 45-60 minuten.

De organisatie rondom het onderzoek verliep vrij stroef. TNO was verantwoordelijk voor de effectstudie, en was voor de instroom van deelnemers voor de eerste en tweede meting afhankelijk van het Mekân-project. In de praktijk was er vaak miscommunicatie met medewerkers van het Mekân-project, vooral omdat zij geen ervaring hebben met dit type onderzoek. Omdat TNO over het onderzoek rechtstreeks communiceerde met de medewerkers van het Mekân-project bestond er ook regelmatig verwarring over de verantwoordelijkheden en werd TNO aangesproken op zaken die onder de verantwoordelijkheid lagen van Odyssee, welke het projectleiderschap in handen heeft. In figuur 3.1 is schematisch weergegeven hoe de organisatie van de voor- en nametingen van deelnemers was geregeld.



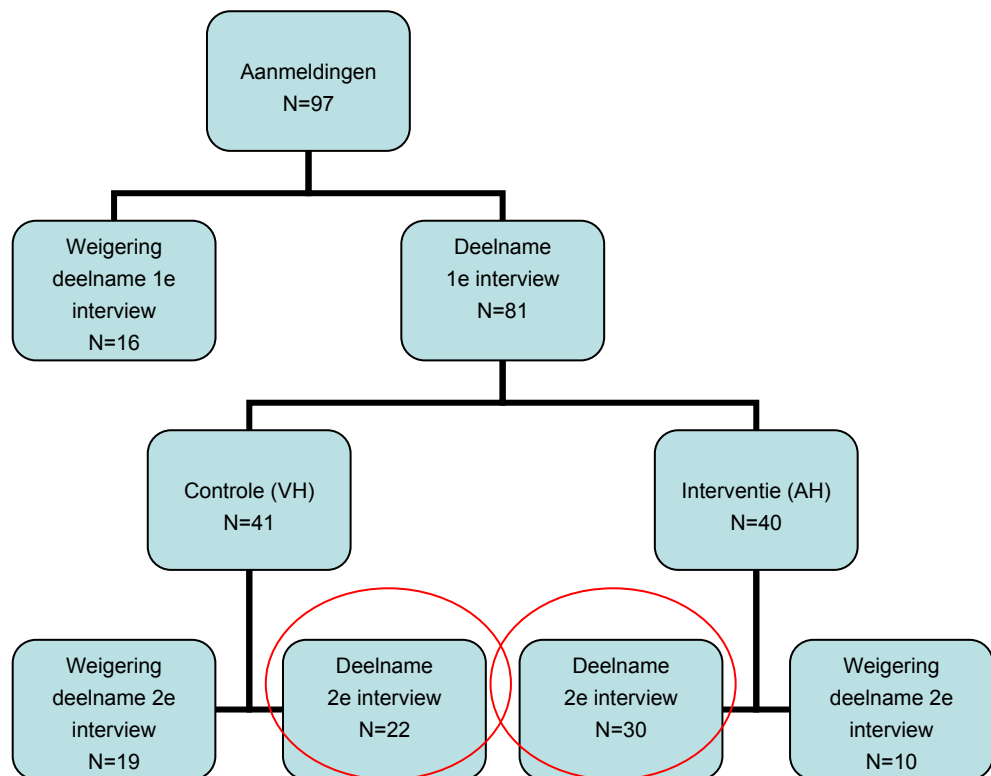
Figuur 3.1 Organisatie voor- en nametingen Turkse deelnemers

3.1.1 *Deelnemers voor- en nameting*

De medewerkers van het Mekân-project leverden bij TNO 97 Turkse ouderen aan die door hen op de hoogte waren gebracht van het huisbezoekproject en zich mondeling bereid hadden verklaard voor deelname aan het effectonderzoek. Bij benadering door de interviewer voor het eerste interview weigerden echter 16 ouderen alsnog deelname aan het effectonderzoek. De instroom van deelnemers nam een periode van 1,5 jaar in beslag met als resultaat dat niet het aantal werd bereikt dat op voorhand op basis van de powerberekening gewenst was.

In totaal is bij 81 Turkse ouderen een eerste interview afgenomen (voormeting). Van deze 81 ouderen zijn 40 door randomisatie toegewezen aan de interventiegroep, die activerend huisbezoek ontving, en 41 toegewezen aan de controlegroep, welke vriendschappelijk huisbezoek ontving.

Tussen de voor- en nameting zijn 10 ouderen in de interventiegroep uitgevallen en 19 ouderen in de controlegroep. Het uitvalspercentage is 25% in de interventiegroep en maar liefst 46% in de controlegroep. Voor de nameting zijn 30 ouderen in de interventiegroep geïnterviewd en 22 ouderen in de controlegroep. In figuur 3.2 is schematisch aangegeven hoeveel deelnemers er per interviewronde deelnamen en wat de uiteindelijke omvang van de onderzoekspopulatie is voor de effectevaluatie.



Figuur 3.2 Aantallen geïnterviewde Turkse ouders voor de voor- en nameting en aantallen waarop de effectevaluatie is gebaseerd

Om na te gaan of er sprake is van een selectieve uitval werden leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, gezinssituatie en aantal jaren in Nederland van de uitvallers vergeleken met de deelnemers aan beide metingen. Het bleek dat onder de uitvallers een hoger percentage voorkwam van ouderen met inwonende kinderen of ouderen inwonend bij kinderen vergeleken met de deelnemende ouderen ($p < 0,05$).

Voor zover de Turkse ouders dat hadden aangegeven waren de redenen van weigering voor verdere deelname: te weinig interesse in het onderzoek, geen zin in interview, geen veranderingen opgetreden, en verwachtingen die bij de ouderen waren gewekt die niet waren waargemaakt. Opvallend was dat van die laatste ouderen velen dachten dat de huisbezoeker als hulp in de huishouding zou komen.

Wat betreft de baseline gegevens van de uitkomstmaten zijn er geen statistisch significante verschillen aanwezig tussen deelnemers waarop de uiteindelijke effectevaluatie is gebaseerd en deelnemers die uitgevallen zijn gedurende het project.

3.2 Beschrijving van Turkse deelnemers waarop de effectevaluatie is gebaseerd

In tabel 3.1 zijn de achtergrondkenmerken weergegeven van de deelnemers uitgesplitst naar interventie- en controlegroep.

	Vriendschappelijk huisbezoek (controlegroep) N=22	Activerend huisbezoek (interventiegroep) N=30	P
Geslacht, vrouwen (%)	59,1	63,3	0,76
Leeftijd, jaren			0,07
- Gemiddeld (SD)	64,2 (7,7)	60,2 (7,5)	
- minimum	54	50	
- maximum	81	77	
Burgerlijke staat, gehuwden (%)	81,8	80,0	0,95
Aantal jaren woonachtig in NL			0,09
- gemiddeld (SD)	32,9 (7,1)	29,8 (5,6)	
- minimum	15,0	19,0	
- maximum	40,0	40,0	
Hoogst voltooide opleiding (%)			0,27
- geen	81,8	69,2	
- lagere school	13,6	28,2	
- middelbaar (beroeps) onderwijs	4,5	0,0	
- hoger (beroeps) onderwijs	0,0	2,6	
Personen in de huishouding, aantal			0,17
- gemiddeld (SD)	2,1 (0,7)	2,4 (0,9)	
- minimum	1	1	
- maximum	4	5	
Moskeebezoek, % nooit	22,7	46,7	0,08

Tabel 3.1 Achtergrondkenmerken van de Turkse deelnemers waarop de effectevaluatie is gebaseerd, uitgesplitst naar interventie- en controlegroep

De meerderheid van de Turkse deelnemers was vrouw, in de leeftijd van 50 tot en met 81 jaar. Gemiddeld verbleven zij iets minder dan de helft van hun leven in Nederland. Het merendeel van de onderzoekspopulatie had geen enkele opleiding voltooid, waarbij vermeld dient te worden dat meer dan de helft van deze gevallen nooit naar school was geweest.

De groep die activerend huisbezoek ontving, verschilt op een aantal punten van de controlegroep. Geen van de verschillen is statistisch significant (p-waarde was steeds $\geq 0,05$). De meeste verschillen zijn klein, alleen wat de leeftijd, de verblijfsduur in Nederland en het moskeebezoek betreft lijken de verschillen iets groter. Bij het analyseren van de effecten is voor de bevraagde factoren gecorrigeerd.

3.3 Effecten van Activerend Huisbezoek onder Turkse ouderen

Deze paragraaf bevat een beschrijving van de effecten van de nieuwe (re-) activeringstechniek, Activerend Huisbezoek, bij Turkse ouderen. De effecten zijn bepaald door een vergelijking van het verschil tussen de voormeting en nameting in de groep die Activerend huisbezoek had ontvangen en de groep die Vriendschappelijk Huisbezoek had ontvangen. De waardes van voor- en nametingen per groep betreffende de effectmaten worden gepresenteerd in tabel 3.2.

Tabel 3.2 Effecten van het Activerend Huisbezoek bij Turkse ouders: eerste en tweede meting in de controlegroep (Vriendschappelijk Huisbezoek) en de interventiegroep (Activerend Huisbezoek) en verschillen tussen beide groepen

	Controle*			Interventie*			Verschil in verandering			P
	n	na-voor	na	n	na-voor	na	Gem.	F		
Emotionele eenzaamheid (hogere score=slechter)	20	1,90	2,14	29	2,66	2,77	0,11	0,317	0,577	
Sociale eenzaamheid (hogere score=slechter)	22	3,32	2,95	27	3,11	3,83	0,72	2,964	0,093	
Eenzaamheid (totaal) (hogere score=slechter)	22	5,23	5,14	30	5,77	6,50	0,73	0,451	0,506	
Ervaren sociale steun (SSL-12-i) (hogere score=beter)	22	8,86	8,04	29	7,45	7,20	-0,25	0,080	0,927	
Alledaagse steun	22	8,27	7,48	28	7,57	7,53	-0,04	0,170	0,682	
Steun bij problemen	22	8,23	7,05	29	7,79	6,83	-0,96	0,203	0,655	
Waardering door anderen										
Fysieke gezondheid (PCS) (hogere score=beter)	21	37,42	38,48	27	39,67	37,95	-1,72	1,959	0,170	
Psychisch welbevinden (MCS) (hogere score=beter)	21	46,17	44,69	27	44,05	43,59	-0,46	0,074	0,787	
MHI-5 (psychische gezondheid SF-36) (hogere score=beter)	22	54,77	57,09	30	51,07	49,07	-2,00	1,181	0,283	
Sociaal gedrag (GVS-45) (hogere score=slechter)	15	9,73	10,38	22	10,45	12,31	1,86	3,100	0,096	
Relatieproblemen met vaste partner	20	11,65	12,14	29	11,62	12,41	0,79	0,30	0,675	
Relatieproblemen met kinderen ouder dan 15 jaar	20	12,05	11,90	29	12,10	12,93	0,83	0,368	0,548	
Relatieproblemen met vrienden	17	12,41	11,45	23	12,78	12,88	0,10	0,208	0,653	
Rolbeperkingen in huishouding	22	12,91	11,86	30	13,17	13,34	0,17	0,120	0,730	
Problemen met functioneren in vrije tijd										
ADL/HDL (hogere score=meer beperkingen)	22	0,82	0,73	30	0,50	0,57	0,07	1,054	0,310	
beperkingen persoonlijke verzorging	22	0,82	0,91	30	0,77	0,70	-0,07	0,805	0,805	
beperkingen mobiliteit	22	1,64	1,64	30	1,27	1,27	0,00	1,181	0,576	
totale ADL/HDL beperkingen										

* n=aantal personen; voor=eerste meting; na=tweede meting; na-voor=verandering tussen voor- en nameting (d.w.z. tussen de eerste en tweede meting; Gem.= gemiddelde; P=statistische significantie van het verschil tussen interventie- en controlegroep (ANCOVA met correctie voor leeftijd, verblijfsduur in NL, en moskeerbezoek)

3.3.1 *Eenzaamheid*

Volgens de scores op de eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld laten de resultaten zien dat de groep Turkse ouderen die volgens de methodiek van 'Activerend Huisbezoek' zijn benaderd niet significant verbetert ten opzichte van de controlegroep. Er is geen verschillend effect van de interventie op de eenzaamheid waarneembaar voor mannen en vrouwen afzonderlijk.

Vergelijken we de nameting met de voormeting per groep dan zien we een significante toename van de sociale eenzaamheid in de interventiegroep ($t=-2,753$; $p=0,011$).

3.3.2 *Ervaren sociale steun*

Aan de hand van de SSL12-i werd de ervaren sociale steun gemeten op drie dimensies, te weten alledaagse steun, steun bij problemen en waardering door anderen. De resultaten laten zien dat er door de groep die activerend huisbezoek ontving geen significante verbetering in sociale steun ervaren werd vergeleken met vriendschappelijk huisbezoek. Er is geen verschillend effect van de interventie waarneembaar op de ervaren sociale steun voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Het lijkt of in beide groepen een trend is in negatieve richting. Vergelijken we de voormeting met de nameting per groep dan vinden we een significante verslechtering op de schaal "waardering door anderen" in de controlegroep ($t=2,093$; $p=0,049$).

3.3.3 *Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven*

Aan de hand van de SF-12 en de MHI-5 is een beeld geschetst van de invloed van de interventie op de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van Turkse ouderen. Op basis van de SF-12 kunnen twee samengestelde scores berekend worden, een score voor de fysieke gezondheid (PCS) en een score voor het psychische welbevinden (MCS). De MHI-5 score geeft aanvullend inzicht in de psychische gezondheid.

Met betrekking tot de fysieke gezondheid laten de resultaten zien dat de groep die de Activerend Huisbezoek heeft ontvangen niet significant verbetert vergeleken met de controlegroep. Het effect van de interventie op de fysieke gezondheid is niet verschillend voor mannen en vrouwen. Vergelijken we de voor- en nameting per groep dan is er geen significante verbetering of verslechtering opgetreden in beide groepen. In vergelijking met de algemene ouderenpopulatie in Nederland is de fysieke gezondheid in beide groepen aanzienlijk minder goed dan gemiddeld (PCS= 47,0) (CBS, Statline, 2006).

Met betrekking tot het psychische welbevinden (MCS) en de psychische gezondheid (MHI-5) laten de resultaten zien dat de groep die activerend huisbezoek heeft gehad geen significante verbetering laat zien op deze uitkomstparameters vergeleken met de controlegroep. Vergelijken we de voor- en nameting per groep dan kunnen we geen significante veranderingen waarnemen. Het effect van de interventie op het psychische welbevinden is ook niet verschillend voor mannen en vrouwen. Het effect van de interventie op de psychische gezondheid is wel verschillend voor mannen en vrouwen. Vrouwen in de controlegroep laten een verbetering op de MHI-5 zien na afloop van de interventie terwijl vrouwen in de interventiegroep gelijk blijven ($F=4.777$; $p=0,038$). De effectgrootte (dat is het verschil tussen groepen/standaarddeviatie van dit verschil) is hier 1,89. Een effectgrootte van tenminste 0,8 wordt aangeduid als een groot effect (Cohen, 1988).

In vergelijking met de Nederlandse ouderenpopulatie is het psychische welbevinden en de psychische gezondheid aanzienlijk minder goed dan gemiddeld (MCS=53,1 en MHI-5=79,1) (CBS, Statline, 2006).

3.3.4 *Sociaal gedrag*

Met betrekking tot de vijf dimensies van de GVSG-45 laten de resultaten zien dat de groep die Activerend huisbezoek heeft ontvangen geen significante verbetering in het aantal problemen heeft bij het vervullen van verschillende sociale rollen dan de controlegroep. Vergelijken we de voor- en nameting per groep dan is er geen sprake van significante veranderingen op de verschillende schalen van sociaal gedrag.

Wanneer we de effecten van de interventie afzonderlijk voor mannen en vrouwen bestuderen dan nemen we voor mannen een significant verschillend effect waar op de relatieproblemen met kinderen. In de interventiegroep neemt het aantal problemen toe, terwijl in de controlegroep het aantal problemen afneemt ($F=6,641; p=0,026$).

Over het algemeen scoren de Turkse ouderen in beide groepen gemiddeld veel meer problemen dan cijfers uit andere populaties (De Jong en Van der Lubbe, 2001).

3.3.5 *Zelfredzaamheid*

Met betrekking tot ADL en HDL laten de resultaten zien dat de groep die Activerend huisbezoek heeft ontvangen geen significante verbetering in het aantal beperkingen in de persoonlijke verzorging, mobiliteit en de totale ADL/HDL activiteiten laat zien vergeleken met de controlegroep. Er zijn geen verschillen in effecten van de interventie tussen mannen en vrouwen. Vergelijken we de voor- en nameting per groep dan is er geen significante verandering waarneembaar.

3.4 **Conclusie effectevaluatie Activerend Huisbezoek Turkse ouderen**

In deze effectevaluatie is niet aangetoond dat Activerend Huisbezoek vergeleken met Vriendschappelijk Huisbezoek een gunstiger effect heeft op de eenzaamheid van Turkse ouderen, sociale steun, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, sociaal gedrag en zelfredzaamheid. Er zijn een paar aanwijzingen voor een gunstig effect van Vriendschappelijk Huisbezoek ten opzichte van Activerend Huisbezoek op de psychische gezondheid, voornamelijk bij vrouwen, en op sociaal gedrag, voornamelijk bij mannen.

Aan de andere kant zijn er aanwijzingen voor een aantal negatieve trends in de interventiegroep. Zo is er sprake van een significante toename van de sociale eenzaamheid na afloop van de interventie en een significante verslechtering op ervaren steun, vooral wat betreft de ervaren waardering door anderen. Ook in de controlegroep wordt een verslechtering van de sociale steun waargenomen op de dimensie waardering door anderen.

De bevindingen uit deze effectevaluatie kunnen zijn vertekend door verschillende factoren. Ten eerste was de uitval uit het onderzoek aanzienlijk en vooral onder deelnemers die aan de controlegroep waren toegewezen. De gezinssituatie van ouderen die uitvielen was verschillend van die van ouderen die bleven deelnemen, hetgeen kan hebben geleid tot een vertekening van de resultaten. Ouderen die uitvielen woonden vaker met volwassen kinderen in één huis dan ouderen die bleven deelnemen. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat de invloed van kinderen, en zeker van ouderen inwonend bij kinderen of met inwonende kinderen op de acceptatie van hulp van buitenaf groot is. Aangezien er geen overduidelijk beeld naar voren komt van een trend in een bepaalde richting is moeilijk aan te geven in welke richting de resultaten hierdoor vertekend zouden zijn.

Verder is het niet aannemelijk dat er vertekening van de resultaten is opgetreden als gevolg van de uitval, omdat de uitkomstmaten van de groep uitvallers op baseline niet

statistisch significant afwijken van de uitkomstmaten van de totale groep deelnemers aan de effectevaluatie.

Ten tweede is het niet helemaal uitgesloten dat er uitwisseling heeft plaatsgevonden tussen Turkse vrijwilligers die activerend huisbezoek en vrijwilligers die vriendschappelijk huisbezoek aflegden. De vrijwilligers werden namelijk geworven uit hetzelfde netwerk. En hoewel ze niet op de hoogte waren van de doelen en opzet van de studie is de kans aanwezig dat men ervaringen heeft uitgewisseld over de huisbezoeken. Dit kan leiden tot kleinere verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep. Het is overigens de vraag hoe verschillend de twee vormen van huisbezoek in de praktijk zijn. Turkse vrijwilligers die tot activerend huisbezoeker werden geschoold werden getraind om methodisch te werk te gaan bij het aanpakken van problemen die de ouderen ervaren. Vrijwilligers die als vriendschappelijk huisbezoeker werden geschoold werden vooral algemeen voorgelicht over de doelgroep die ze zouden gaan bezoeken. In de praktijk is het mogelijk dat vriendschappelijk huisbezoekers 'van nature' ouderen geactiveerd hebben. De cijfers uit de nameting voor zowel interventie- als controlegroep laten geen eenduidige trend in de juiste richting zien op de verschillende effectmaten. Alternatief zou zijn geweest om de controlegroep geen huisbezoek aan te bieden en alleen twee keer te meten bij deze groep. Deze optie werd echter vanuit ethisch oogpunt niet geaccepteerd en bovendien zou niet uitgesloten zijn geweest dat mogelijk aangetoonde effecten van het activerend huisbezoek dan toe te wijzen waren aan de extra aandacht die mensen ontvingen en niet aan de specifieke methodiek. Om beide mogelijke problemen te ondervangen is daarom gekozen voor het aanbieden van vriendschappelijk huisbezoek aan de controlegroep.

Onnauwkeurige metingen kunnen een andere reden zijn voor het niet aantonen van de meerwaarde van activerend huisbezoek. Dit kan zijn veroorzaakt doordat de groep deelnemers aan het onderzoek te klein was (dat wil zeggen een te lage statistische power) of dat de meetinstrumenten te onnauwkeurig waren.

Wat betreft de omvang van de deelnemersgroep was berekend dat het te verwachten effect van het programma Activerend Huisbezoek op eenzaamheid aangetoond kon worden als er 100 Turkse ouderen zouden deelnemen aan het onderzoek. Dit aantal is niet gehaald, hetgeen vooral te maken had met de organisatie van het onderzoek. De uiteindelijke effectevaluatie is gebaseerd op gegevens van 52 Turkse ouderen wat de helft is van het gewenste aantal en te gering om de geanticiperde verschillen aan te kunnen tonen.

Tot slot, het aantal goed onderzochte instrumenten voor Turken was op voorhand gering. In deze effectevaluatie zijn daarom instrumenten meegenomen die zoveel mogelijk gevalideerd werden voor Turken dan wel getracht zijn te valideren in dit onderzoek. Voorafgaand aan dit onderzoek waren alleen de SF-12 en MHI-5 gevalideerd voor Turken. De Turkse versies van de eenzaamheidsschaal, de SSL12-i, en de GVSG-45 werden in het huidige onderzoek gevalideerd. Bij gebrek aan een gouden standaard is dit gebeurd op basis van observaties en kwalitatief verzamelde informatie tijdens het interview en vergeleken met de SF-12. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de groep die hier onderzocht werd redelijk extreem scoorde op de gebruikte instrumenten. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de selectiecriteria voor dit onderzoek zoals vermeld in paragraaf 2.2. Niettemin kan geconcludeerd worden dat de gebruikte vertalingen redelijk in staat zijn systematische verschillen in eenzaamheid, sociale steun en gedrag te kunnen constateren bij Turkse ouderen.

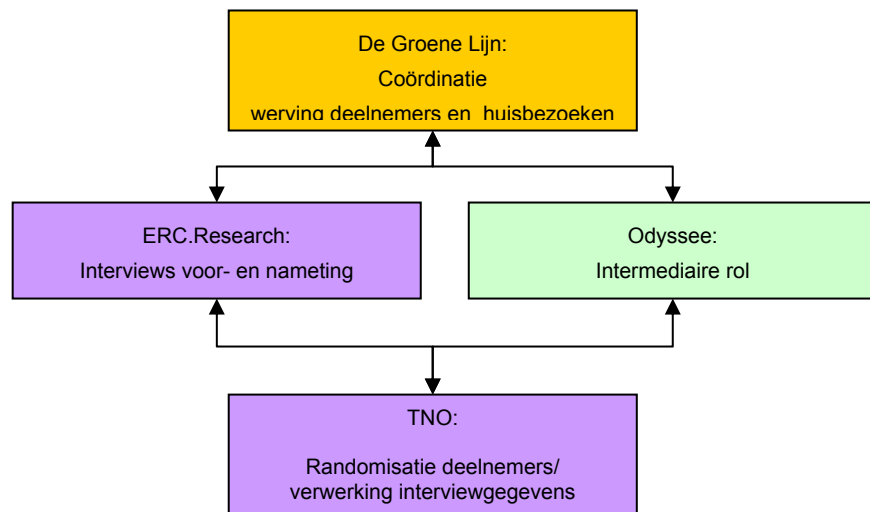
4 Resultaten Activerend Huisbezoek bij Marokkaanse ouderen

4.1 Instroom Marokkaanse deelnemers

Ouderen van Marokkaanse afkomst zijn voor het onderzoek gerekruteerd via De Groene Lijn, een samenwerkingsverband van 6 Marokkaanse zelfhulporganisaties (5 in Rotterdam en 1 in Schiedam). Met extra financiering afkomstig van het Oranjefonds kon De Groene Lijn professionele ondersteuning inhuren via het Platform Buitenlanders Rijnmond (PBR). De communicatie tussen De Groene Lijn en het PBR verliep met de nodige complicaties en zorgde daardoor voor vertraging. Dit had ook zijn negatieve weerslag op de communicatie tussen het onderzoeksteam en deze partijen, mede ook doordat De Groene Lijn zelf niet beschikte over computers met internetverbinding en de communicatie slechts via één persoon mogelijk was, die ook nog eens langdurig in het buitenland verbleef ten tijde van het project.

Uiteindelijk is de instroom van Marokkaanse ouderen als volgt geregeld. Ouderen die wilden deelnemen aan het programma zijn vooraf geïnformeerd over het onderzoek door medewerkers van De Groene Lijn. Als de ouderen geïnformeerd waren werd dit direct doorgegeven aan het interviewbureau, ERC.Research, zodat de tijd tussen informatie over en benadering voor het onderzoek zo klein mogelijk was. Omdat de directeur van het interviewbureau van Turkse afkomst is, wilde de Marokkaanse organisatie eerst aftasten of zij dit interviewbureau wel wilden toelaten tot hun achterban. Met de nodige voorzichtigheid zijn ze hiermee akkoord gegaan, maar wilden wel zelf zoveel mogelijk de coördinatie van de interviews op zich nemen. TNO is hiermee akkoord gegaan omdat er nagenoeg geen alternatief was om binnen te komen in de Marokkaanse gemeenschap.

Voorafgaand aan het (eerste) interview gaven deelnemers schriftelijke toestemming voor gebruik van de gegevens, na mondelinge herhaling van de informatie over het onderzoek ('informed consent') door de interviewer. Vervolgens is het interview afgenomen (de voormeting). Na de voormeting brachten medewerkers van Odyssee het onderzoeksteam van TNO op de hoogte van de mensen die het interview achter de rug hadden. TNO verrichtte vervolgens de randomisatie, en rapporteerde dit terug aan Odyssee, die vervolgens met de Groene Lijn de huisbezoeken via de Groene Lijn regelden. De personen die het huisbezoek aflegden, waren vrijwilligers die gerekruteerd waren via de Groene Lijn, en speciaal opgeleid via Odyssee. Vanwege de afspraken met de financier werd er bij de Marokkaanse ouderen al na vier maanden een tweede interview afgenomen. De duur van de interviews varieerde van 30-45 minuten. Toen eenmaal door Odyssee goede afspraken gemaakt waren met de Groene Lijn en vooral van het moment dat belangrijke sleutelfiguren in de gemeenschap het interviewbureau accepteerden, verliep het onderzoek vrij vlot. Niettemin was de aanlooptijd langdurig door allerlei oorzaken van politieke aard, waarop het onderzoeksteam geen grip had. TNO had geen rechtstreeks contact met de Groene Lijn, maar dit contact liep via Odyssee en indirect met het interviewbureau. Zoals in figuur 4.1 te zien is was er geen direct contact geweest tussen De Groene Lijn en het onderzoeksteam.



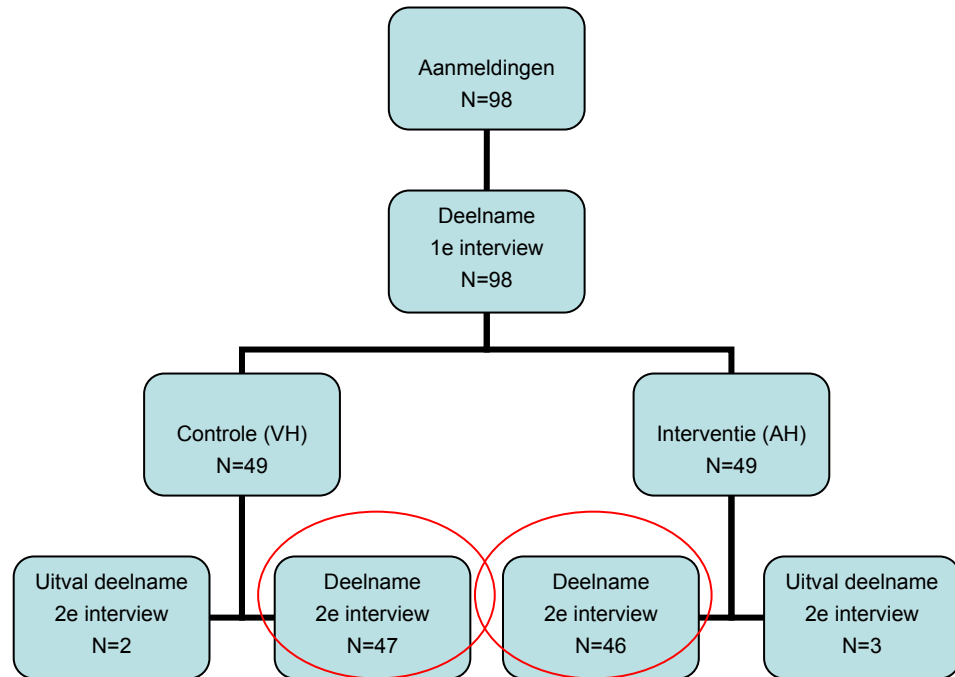
Figuur 4.1 Organisatie voor- en nameting t.b.v. effectevaluatie bij Marokkaanse ouderen

4.1.1 *Deelnemers voor- en nameting*

De medewerkers van De Groene Lijn leverden uiteindelijk 98 Marokkaanse ouderen aan die door hen op de hoogte waren gebracht van het huisbezoekproject en zich mondeling bereid verklaard hadden voor deelname aan het effectonderzoek. De periode van instroom nam slechts een periode van 6 maanden in beslag.

In totaal is bij 98 Marokkaanse ouderen een eerste interview afgenomen (voormeting). Van deze 98 ouderen zijn er 49 door randomisatie toegewezen aan de interventiegroep, die activerend huisbezoek ontving, en 49 aan de controlegroep. Op basis van de voormeting waren er geen statistische significante verschillen tussen interventie en controlegroep wat betreft de achtergrondkenmerken.

Voor de nameting zijn 93 ouderen wederom gemeten. Vijf ouderen werden niet meer bereikt vanwege langdurig verblijf in Marokko (vakantie en aansluitend Ramadan). Dit waren drie ouderen in de interventiegroep en twee ouderen in de controlegroep. Het uitvalspercentage is 6% in de interventiegroep en 4% in de controlegroep. De effectevaluatie is gebaseerd op 46 ouderen in de interventiegroep en 47 ouderen in de controlegroep. In figuur 4.2 is schematisch aangegeven hoeveel deelnemers er per interviewronde deelnamen en wat de uiteindelijke omvang van de onderzoekspopulatie is voor de effectevaluatie.



Figuur 4.2 Aantallen geïnterviewde Marokkaanse ouderen voor de voor- en nameting en aantallen waarop de effectevaluatie is gebaseerd

Beschrijving van Marokkaanse deelnemers waarop de effectevaluatie is gebaseerd
In tabel 4.1 zijn achtergrondkenmerken van de Marokkaanse deelnemers uitgesplitst naar interventie- en controlegroep.

	Vriendschappelijk huisbezoek (controlegroep) N=47	Activerend huisbezoek (interventiegroep) N=46	P
Geslacht, vrouwen (%)	23,4	23,9	0,95
Leeftijd, jaren			
- Gemiddeld (SD)	61,3 (5,4)	62,0 (6,7)	0,59
- minimum	51,0	50	
- maximum	70,0	80	
Burgerlijke staat, gehuwden (%)	95,7	93,5	0,60
Aantal jaren woonachtig in NL			
- gemiddeld (SD)	31,0 (7,8)	30,7 (7,8)	0,84
- minimum	8,0	16,0	
- maximum	43,0	46,0	
Hoogst voltooide opleiding (%)			0,54
- geen	81,8	87,0	
- lagere school	15,9	13,0	
- middelbaar (beroeps) onderwijs	0,0	0,0	
- hoger (beroeps) onderwijs	2,3	0,0	
Personen in de huishouding, aantal			
- gemiddeld (SD)	4,9 (2,4)	4,0 (2,0)	0,05
- minimum	1,0	1,0	
- maximum	10,0	8,0	
Moskeebezoek, % nooit	8,5	10,9	0,70

Tabel: 4.1 Achtergrondkenmerken van de Marokkaanse deelnemers waarop de effectevaluatie is gebaseerd, uitgesplitst naar interventie- en controlegroep

De meerderheid van de Marokkaanse deelnemers was man, in de leeftijd van 50 tot en met 80 jaar. Gemiddeld verbleven zij ongeveer de helft van hun leven in Nederland. Slechts enkele deelnemers waren naar school geweest.

De groep die activerend huisbezoek kreeg, verschilde alleen statistisch significant op het aantal personen in de huishouding. De interventiegroep had gemiddeld minder personen in de huishouding dan de controlegroep (p-waarde was 0,05). Bij het analyseren van de effecten is hier rekening mee gehouden.

4.2 Effecten Activerend Huisbezoek onder Marokkaanse ouderen

Deze paragraaf bevat een beschrijving van de effecten van de nieuwe (re-) activeringstechniek, Activerend huisbezoek bij Marokkaanse ouderen. De effecten zijn bepaald door een vergelijking van het verschil tussen de voormeting en de nameting in de groep die Activerend Huisbezoek had ontvangen en de groep die Vriendschappelijk Huisbezoek had ontvangen. De waarden van voor- en nametingen per groep betreffende de effectmaten worden gepresenteerd in tabel 4.2.

4.2.1 *Eenzaamheid*

Volgens de scores op de eenzaamheidsschaal laten de resultaten zien dat de groep Marokkaanse ouderen die volgens de methodiek van 'Activerend Huisbezoek' zijn benaderd niet significant meer verbetert ten opzichte van de controlegroep. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen.

Vergelijken we de scores van de nameting met de voormeting per groep dan zijn de verschillende scores zowel in de groep met Activerend Huisbezoek als de controlegroep (Vriendschappelijk Huisbezoek) statistisch significant afgenomen ($p < 0,05$), en dus is de eenzaamheid in beide groepen verminderd.

4.2.2 *Ervaren sociale steun*

De verschillen van de interventiegroep en de controlegroep op de SSL12-i laten zien dat de interventiegroep statistisch significant minder verbetert voor wat betreft alledaagse steun dan de controlegroep. Oftewel: de controlegroep verbetert significant meer op de dimensie alledaagse steun dan de interventiegroep. Ook de andere dimensies van ervaren sociale steun laten een positieve trend zien ten gunste van de controlegroep. Er is geen verschil in effect tussen mannen en vrouwen.

Vergelijken we de scores van de nameting met de voormeting per groep dan zijn de scores voor zowel de interventiegroep als de controlegroep statistisch significant toegenomen voor de dimensie steun bij problemen en waardering door anderen. De score voor de dimensie 'Alledaagse steun' is alleen significant toegenomen in de controlegroep. Het vriendschappelijke huisbezoek laat wat betreft de ervaren sociale steun een gunstigere ontwikkeling zien dan de interventiegroep.

4.2.3 *Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven*

Aan de hand van de SF-12 en de MHI-5 is een beeld geschetst van de invloed van de interventie op de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van Marokkaanse ouderen. Op basis van de SF-12 kunnen twee samengestelde scores berekend worden, een score van de fysieke gezondheid (PCS) en een score voor het psychisch welbevinden (MCS). De MHI-5 score geeft aanvullend inzicht in de psychische gezondheid.

Met betrekking tot de fysieke gezondheid laten de resultaten zien dat de groep die Activerend Huisbezoek heeft ontvangen niet significant verbetert vergeleken met de controlegroep. Er is geen verschil in effect tussen mannen en vrouwen. Beide groepen

scoren lager op de PCS vergeleken met de algemene ouderenpopulatie in Nederland (PCS=47,0). Vergelijken we scores van de nameting en de voormeting per groep dan is er in beide groepen geen significante verandering opgetreden van de fysieke gezondheid.

Met betrekking tot het psychische welbevinden (MCS) en de psychische gezondheid (MHI-5) zijn er geen significante verbeteringen waargenomen in de groep met activerend huisbezoek vergeleken met de controlegroep. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen. Beide groepen scoren lager op de MCS en MHI-5 vergeleken met de algemene ouderenpopulatie (MCS=53,1 en MHI-5=79,1). Vergelijken we de scores van de nameting met de voormeting per groep dan is er zowel een significante verbetering van de MCS als de MHI-5 in de interventiegroep (respectievelijk $t=-2,627$; $p=0,012$ en $t=-2,964$; $p=0,005$) en in de controlegroep (respectievelijk $t=-5,940$; $p<0,001$ en $t=-4,918$; $p<0,001$).

4.2.4 *Sociaal gedrag*

Met betrekking tot de vijf dimensies van de GVSG-45 laten de resultaten zien dat de groep die Activerend Huisbezoek heeft ontvangen niet significant meer verbetering laat zien in het aantal problemen bij het vervullen van de verschillende sociale rollen dan de controlegroep. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen.

Vergelijken we de scores van de nameting met de voormeting per groep dan is er in de interventiegroep sprake van een significante vermindering van relatieproblemen met de vaste partner, een significante vermindering van relatieproblemen met vrienden en een significante vermindering van problemen met functioneren in de vrije tijd. In de controlegroep is eveneens sprake van een significante vermindering van relatieproblemen met vrienden en van problemen met functioneren in de vrije tijd. Daarnaast is er in de controlegroep ook sprake van een significante vermindering van rolbeperkingen in het huishouden, maar geen significante vermindering van problemen met de vaste partner.

4.2.5 *Zelfredzaamheid*

Met betrekking tot ADL en HDL laten de resultaten zien dat de groep die Activerend Huisbezoek heeft ontvangen geen significante verbetering in het aantal beperkingen in de persoonlijke verzorging in vergelijking met de controlegroep. Wat betreft beperkingen in mobiliteit en beperkingen in alle ADL/HDL activiteiten verbetert de interventiegroep aanzienlijk meer dan de controlegroep, maar deze verschillen zijn niet statistisch significant. Wanneer we de effecten bekijken voor mannen en vrouwen afzonderlijk dan laten vrouwen in de interventiegroep een significante verbetering zien met betrekking tot de mobiliteitsbeperkingen en alle ADL/HDL beperkingen ten opzichte van de controlegroep ($F=7,795$; $p=0,011$, $F=6,217$; $p=0,022$ respectievelijk). Vergelijken we de scores van de nameting met de voormeting per groep dan valt op dat in de groep met Activerend Huisbezoek een significante vermindering optreedt van beperkingen in mobiliteit en totale beperkingen in ADL/HDL. Hoewel de scores in de controlegroep in de gunstige richting gaan voor mobiliteitsbeperkingen en totale beperkingen in ADL/HDL, zijn de verschillen tussen de na- en voormeting niet significant.

Tabel 4.2 Effecten van het Activerend Huisbezoek bij Marokkaanse ouders: voor- en nameting in de controlegroep (Vriendschappelijk Huisbezoek) en de interventiegroep (Activerend Huisbezoek) en verschillen tussen beide groepen

	Controle*			Interventie*			Verschil in verandering			P	
	n	voor	na	na-voor	n	voor	na	na-voor	Gem.		F
Emotionele eenzaamheid (hogere score=slechter)	47	3,43	1,89	-1,54	46	3,89	2,72	-1,17	0,37	0,970	0,327
Sociale eenzaamheid (hogere score=slechter)	47	2,80	1,17	-1,62	46	3,48	2,28	-1,20	0,42	0,423	0,517
Eenzaamheid (totaal) (hogere score=slechter)	47	6,23	3,07	-3,20	46	7,37	5,00	-2,37	0,83	0,905	0,344
Ervaren sociale steun (SSL 12-i) (hogere score=beter)	47	11,38	13,54	2,24	46	10,74	11,33	0,59	-1,65	4,070	0,047
Alleraardse steun	47	9,94	12,60	2,74	46	9,07	10,54	1,48	-1,26	3,192	0,077
Steun bij problemen	47	9,45	11,46	2,07	46	8,78	9,80	1,02	-1,05	2,298	0,133
Waardering door anderen	47	39,69	41,23	1,68	46	40,15	39,79	-0,36	-2,04	1,755	0,189
Fysieke gezondheid (PCS) (hogere score=beter)	47	46,76	54,88	8,32	46	43,60	48,58	4,97	-3,35	1,419	0,237
Psychisch welbevinden (MCS) (hogere score=beter)	47	61,70	74,14	12,87	46	54,00	64,17	10,17	-2,70	0,227	0,635
MHI-5 (psychische gezondheid SF-36) (hogere score=beter)	47	61,70	74,14	12,87	46	54,00	64,17	10,17	-2,70	0,227	0,635
Sociaal gedrag (GVSG-45) (hogere score=slechter)	45	7,11	6,57	-0,45	39	8,00	7,00	-1,00	-0,55	1,118	0,294
Relatieproblemen met vaste partner	46	8,26	8,27	0,01	46	8,91	9,33	0,42	0,41	0,080	0,778
Relatieproblemen met kinderen ouder dan 15 jaar	46	12,35	10,58	-1,83	40	12,85	11,00	-2,00	-0,17	0,029	0,865
Relatieproblemen met vrienden	11	10,73	9,36	-1,60	10	10,20	11,50	-0,22	1,38	0,928	0,351
Rolbeperkingen in huishouding	47	13,26	10,50	-2,76	46	14,15	11,78	-2,37	0,39	0,372	0,543
Problemen met functioneren in vrije tijd	47	13,26	10,50	-2,76	46	14,15	11,78	-2,37	0,39	0,372	0,543
ADL/HDL (hogere score=meer beperkingen)	47	0,00	0,00	0,00	46	0,22	0,15	-0,07	-0,07	0,655	0,420
beperkingen persoonlijke verzorging	47	0,26	0,15	-0,11	46	0,63	0,15	-0,48	-0,37	3,494	0,065
beperkingen mobiliteit	47	0,26	0,15	-0,11	46	0,85	0,30	-0,54	-0,43	3,471	0,066
totale ADL/HDL beperkingen	47	0,26	0,15	-0,11	46	0,85	0,30	-0,54	-0,43	3,471	0,066

*n=aantal personen; voor=eerste meting; na=tweede meting; na-voor=verandering tussen voor- en nameting (d.w.z. tussen de eerste en tweede meting; Gem.= gemiddelde; P=statistische significantie van het verschil tussen interventie- en controlegroep (ANCOVA; met correctie voor omvang huishouden)

4.3 Conclusie effectevaluatie Activerend Huisbezoek Marokkaanse ouderen

In deze effectevaluatie zijn er op primaire uitkomstmaten geen significante verschillen gevonden voor Activerend Huisbezoek ten opzichte van Vriendschappelijk Huisbezoek. Wel zijn er aanwijzingen gevonden dat Activerend Huisbezoek een gunstiger effect heeft op de zelfredzaamheid van Marokkaanse vrouwen ten opzichte van Vriendschappelijk Huisbezoek, vooral door een significante verbetering van de mobiliteit. Maar is er niet aangetoond dat Activerend Huisbezoek een gunstiger effect heeft op eenzaamheid, ervaren sociale steun, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, en sociaal gedrag. Sterker nog voor Vriendschappelijk Huisbezoek wordt een significant gunstiger effect op de ervaren steun gevonden ten opzichte van het Activerend Huisbezoek.

Daarnaast zijn er aanwijzingen gevonden dat zowel Activerend Huisbezoek als Vriendschappelijk Huisbezoek gunstige effecten hebben op eenzaamheid, de mentale gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en op een aantal dimensies van sociaal gedrag.

De bevindingen uit deze effectevaluatie kunnen zijn vertekend door verschillende factoren. Ten eerste kan als gevolg van uitval een verschil in samenstelling tussen de interventiegroep en controlegroep leiden tot een vertekening van de resultaten. Uitval tijdens het onderzoek kwam echter in zeer geringe mate voor (5%), en was gelijk verdeeld over interventie- en controlegroep. Deze uitval had te maken met het feit dat deze mensen niet meer bereikbaar waren in de tijd dat het veldwerk afgerond moest worden, omdat ze in Marokko verbleven. Op basis van achtergrondkenmerken blijkt dat de samenstelling van de interventiegroep en de controlegroep nauwelijks afweek met uitzondering van het aantal personen in de huishouding. Voor de mogelijke invloed van deze factor op de resultaten is gecorrigeerd.

Ten tweede is het niet uitgesloten dat er uitwisseling heeft plaatsgevonden tussen Marokkaanse vrijwilligers die Activerend Huisbezoek en vrijwilligers die Vriendschappelijk Huisbezoek aflegden. De vrijwilligers werden namelijk geworven uit hetzelfde netwerk. En hoewel ze niet op de hoogte waren van de doelen en opzet van de studie was de kans aanwezig dat men ervaringen heeft uitgewisseld over de huisbezoeken. Dit kan leiden tot kleinere verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep. Het is overigens de vraag hoe verschillend de twee vormen van huisbezoek in de praktijk zijn. Marokkaanse vrijwilligers die tot activerend huisbezoeker werden geschoold werden getraind om methodisch te werk te gaan bij het aanpakken van problemen die de ouderen ervaren. Vrijwilligers die als vriendschappelijk huisbezoeker werden geschoold werden vooral algemeen voorgelicht over de doelgroep die ze zouden gaan bezoeken. In de praktijk is het mogelijk dat vriendschappelijk huisbezoekers 'van nature' ouderen geactiveerd hebben. De cijfers van de nameting laten zien dat beide vormen van huisbezoek een gunstig effect hebben op de eenzaamheid, de mentale gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en op een aantal dimensies van sociaal gedrag.

Alternatief zou zijn geweest om de controlegroep geen huisbezoek aan te bieden en alleen twee keer te meten bij deze groep. Deze optie werd echter vanuit ethisch oogpunt niet geaccepteerd en bovendien zou niet uitgesloten zijn geweest dat mogelijk aangetoonde effecten van het Activerend Huisbezoek dan toe te wijzen waren aan de extra aandacht die mensen ontvingen en niet aan de specifieke methodiek. Om beide

mogelijke problemen te ondervangen is daarom gekozen voor het aanbieden van vriendschappelijk huisbezoek aan de controlegroep.

Onnauwkeurige metingen kunnen een andere reden zijn voor het niet aantonen van een aantal effecten in dit onderzoek. Dit kan zijn veroorzaakt doordat de groep deelnemers aan het onderzoek te klein was (dat wil zeggen een te lage statistische power) of dat de meetinstrumenten te onnauwkeurig waren.

Wat betreft de omvang van de deelnemersgroep was berekend dat het te verwachten effect van het programma Activerend Huisbezoek op eenzaamheid aangetoond kon worden als er 100 Marokkaanse ouderen zouden deelnemen aan dit onderzoek, en hierbij werd ook aangenomen dat 20% gedurende de interventie zou uitvallen. De instroom van deelnemers was iets lager dan 100, maar het uitvalspercentage is uiterst beperkt gebleven. Per saldo is daarom het gewenste aantal behaald. Het zou dus mogelijk moeten zijn geweest om een verschil op de eenzaamheidsschaal van 1,45 en van 3 punten op de sociale steunschaal te kunnen aantonen. Voor eenzaamheid zijn de waargenomen verschillen echter kleiner, mede doordat de controlegroep na afloop ook beter scoort op de eenzaamheidsschaal en zich dus ook ontwikkelde in gunstige richting. Voor de ervaren sociale steun vinden we een significant verschil voor de dimensie 'alledaagse steun', maar dan ten gunste van de controlegroep. Het verwachte verschil, dat als basis diende voor de powerberekening, is er blijkbaar niet. De nulhypothese (het verschil is er niet) wordt daarom gehandhaafd met een kans van 20% dat dit onterecht is.

Tot slot, het aantal goed onderzochte instrumenten voor Marokkanen was op voorhand gering. In deze effectevaluatie zijn daarom instrumenten meegenomen die zoveel mogelijk gevalideerd werden in het Arabisch dan wel getracht zijn te valideren in dit onderzoek. Voorafgaand aan dit onderzoek waren alleen de SF-12 en MHI-5 gevalideerd in het Arabisch. De Arabische versies van de eenzaamheidsschaal, de SSL12-i, en de GVSG-45 werden in het huidige onderzoek gevalideerd. Bij gebrek aan een gouden standaard is dit gebeurd op basis van observaties, kwalitatief verzamelde informatie tijdens het interview en vergeleken met de SF-12.

Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de gebruikte vertalingen redelijk in staat zijn systematische verschillen in eenzaamheid, sociale steun en gedrag te kunnen constateren bij Marokkaanse ouderen.

5 Samenvatting en beschouwing

Dit rapport beschrijft de resultaten van een effectevaluatie van de activeringsmethodiek ‘Activerend Huisbezoek’, aangepast voor Turkse en Marokkaanse ouderen. Deze activeringsmethodiek beoogt de zelfredzaamheid en het (terug) vinden van plezier in het leven te bevorderen bij ouderen die geconfronteerd zijn of worden met ingrijpende levensgebeurtenissen.

De effectevaluatie van ‘Activerend Huisbezoek’ voor Turkse en Marokkaanse ouderen had tot doel de volgende vraag te beantwoorden:

- Wat is het effect van Activerend Huisbezoek bij Turkse en Marokkaanse ouderen op de eenzaamheid, sociale steun, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, sociaal gedrag en zelfredzaamheid?

Deze vraag is in dit project beantwoord voor eerste generatie Turkse en Marokkaanse Nederlanders van 50 jaar en ouder. De effectevaluatie is gebaseerd op mondelinge interviews met voorgestructureerde Turkse of Arabische vragenlijsten voorafgaand en na afloop van het Activerend Huisbezoek of een controle-interventie het zogenaamde Vriendschappelijk Huisbezoek. De interventie die werd aangeboden werd door toeval bepaald. Vervolgens is nagegaan in hoeverre de toestand van Turkse en Marokkaanse ouderen die Activerend Huisbezoek hadden gekregen, verbeterde in vergelijking met de ouderen die de controle-interventie hadden gehad.

Met betrekking tot de Turkse ouderen laten de resultaten niet zien dat Activerend Huisbezoek een gunstiger effect heeft op de eenzaamheid, sociale steun, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, sociaal gedrag en zelfredzaamheid ten opzichte van Vriendschappelijk Huisbezoek. Sterker nog er zijn aanwijzingen gevonden voor een aantal negatieve effecten van Activerend Huisbezoek op de eenzaamheid en ervaren sociale steun. Aangezien de uitval groot was onder de Turkse deelnemers kunnen de resultaten vertekend zijn door factoren anders dan wij in dit onderzoek hebben kunnen bekijken.

Met betrekking tot de Marokkaanse ouderen is een gunstiger effect van Activerend Huisbezoek gevonden op de zelfredzaamheid bij vrouwen. De overige resultaten laten geen gunstiger effect van Activerend Huisbezoek zien op eenzaamheid, sociale steun, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en sociaal gedrag ten opzichte van Vriendschappelijk Huisbezoek.

De vraag is in hoeverre de twee vormen van huisbezoek in de praktijk verschillend zijn, en niet in eenzelfde richting werken. De resultaten bij Turkse ouderen laten geen consistent beeld zien. Sterker nog er worden gunstigere effecten gevonden van Vriendschappelijk Huisbezoek op de psychische gezondheid en sociaal gedrag. De resultaten bij Marokkanen echter laten zien dat er zowel bij Activerend Huisbezoek als bij Vriendschappelijk Huisbezoek positieve effecten zijn op eenzaamheid, mentale gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en sociaal gedrag. Wellicht dat de procesevaluatie door Odyssee hier nog aanvullende inzicht in kan geven.

Samenvattend: deze effectevaluatie laat zien dat Activerend Huisbezoek een positief effect heeft op de zelfredzaamheid bij Marokkaanse oudere vrouwen. Dit effect is niet gevonden bij Marokkaanse oudere mannen en Turkse ouderen. Effecten op andere beoogde uitkomsten laten geen meerwaarde van Activerend Huisbezoek zien in

vergelijking met Vriendschappelijk Huisbezoek bij zowel Turkse als Marokkaanse ouderen. Op basis van de bevindingen bij Marokkaanse ouderen concluderen wij dat huisbezoek (ongeacht de methodiek) meerwaarde kan hebben op het welzijn bij deze groepering. Hierbij is de aanname dat er zonder de interventie geen verschil in de tijd zou ontstaan. Voor Turkse ouderen is deze conclusie (nog) niet te trekken op basis van deze effectevaluatie.

5.1 Aanbevelingen

Voor Turkse ouderen is het vooralsnog niet aan te bevelen om Activerend Huisbezoek, in de vorm zoals in dit onderzoek geëvalueerd, grootschalig te implementeren. De interventie dient opnieuw tegen het licht gehouden te worden en wellicht dat elementen in de methodiek aangepast dienen te worden en beter afgestemd op de behoeften en verwachtingen die leven bij de beoogde doelgroep. Ook zal rekening gehouden dienen te worden met de rol van kinderen, vooral binnen de Turkse ouderengemeenschap.

Voor Marokkaanse oudere vrouwen is het aan te bevelen om de methodiek van Activerend Huisbezoek verder te implementeren met als doel de zelfredzaamheid te vergroten. Indien andere effecten beoogd worden als het terugdringen van de eenzaamheid, het bevorderen van sociale steun, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, en sociaal gedrag dan is het aan te bevelen om eerst na te gaan of het toepassen van Activerend Huisbezoek kosten-effectiever is dan Vriendschappelijk Huisbezoek, aangezien vergelijkbare effecten werden waargenomen.

De organisatie van het effectonderzoek heeft verschillende hobbels moeten nemen, die deels voortvloeiden uit de ingewikkelde projectorganisatie, maar ook uit de onbekendheid van het onderzoeksteam met de positie van intermediaire organisaties binnen de gemeenschappen waarin het onderzoek plaatsvond. Aan de andere kant was ook binnen de gemeenschappen onbekendheid met het uitvoeren van onderzoek. Om toekomstig onderzoek naar sociale interventies onder Turkse en Marokkaanse ouderen beter te laten verlopen is het belangrijk om voldoende aandacht te geven aan taal, omgangsvormen en andere culturele en religieuze waarden en normen. Het is volgens ons aan te bevelen om in het onderzoeksteam een persoon op te nemen met eenzelfde achtergrond als de allochtone gemeenschappen waar het onderzoek zich op richt. Deze persoon kan niet alleen als tolk optreden, maar ook een brugfunctie in nemen tussen onderzoekers en de gemeenschap met als doel het onderzoek vloeiender te laten verlopen.

Op basis van ons onderzoek onder Turkse en Marokkaanse ouderen is het aan te bevelen om rekening te houden met:

- de rol van volwassen kinderen;
- de rol van welzijnsorganisaties en zelfhulporganisaties bij het bereiken van de doelgroep. Het is namelijk van belang dat goed zicht is op de positie en de invloed van dergelijke organisaties binnen de gemeenschap;
- verhoudingen tussen gemeenschappen van verschillende afkomst.

Ondanks dat de gebruikte instrumenten in dit onderzoek bruikbaar waren voor het doel van onderzoek, is het aan te bevelen om instrumenten te ontwikkelen die specifiek aansluiten bij de problematiek van verscheidene allochtone groeperingen in Nederland in relatie tot de culturele en religieuze waarden en normen uit hun geboorteland.

Literatuur

Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, Sprangers MA, te Velde A, Verrips E. Translation, Validation and Norming of the Dutch Language Version of the SF-36 Health survey in Community and Chronic Disease Populations. *J Clin Epidemiol* 1998, 51:1055-68.

Centraal Bureau voor de Statistiek. www.statline.nl, 2006

Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 1988

Eijck van LM, Kempen GIJM, Sonderen van FLP. Een korte schaal voor het meten van sociale steun bij ouderen: de SSL12-I. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1994, 25:192-6.

Fillenbaum GG. Screening the elderly. A brief instrumental activities of daily living measure. *J Am Geriatr Soc*, 1985; 33: 698-706

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1417-1432.

Huizing A. *Ervaring leert: drie jaar activerend huisbezoek bij ouderen*. Utrecht : NIZW, 2000

Jong de P. *Handleiding Groningse Vragenlijst voor Sociaal Gedrag, verkorte versie: GVSG-45*. In bewerking, RUG Sociale Psychiatrie, 2001

Jong-Gierveld de J, Kamphuis F. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement* 1985, 9: 289-99.

Kempen GIJM, van Sonderen E, Sanderman R. Measuring health status with the Dartmouth COOP charts in low-functioning elderly. Do the illustrations affect the outcomes? *Quality of Life Research* 1997; 6: 323-8

König-Zahn C., Furer JW, Tax B. Het meten van de gezondheidstoestand, beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. 2 Lichamelijke gezondheid, sociale gezondheid. Assen: van Gorcum 1994

Poort EC. Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam 1999-2000. *Gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik*. Amsterdam: GG 2001, 55(4). 27-45.

Reijneveld SA, Westhoff MH, Hopman-Rock. *Gezond& Vitaal voor Turkse ouderen: ontwikkeling, evaluatie en implementatie*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

Schellingerhout R. *Cijferrapport allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.

SCP. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004

Van Oers JAM. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, rapport nummer 27055101, 2002

Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts. 'Bevindingen uit 12 onderzoeken in kaart gebracht'. TSG, 1997; 4: 4-12