

# Zelfredzaamheid en zorggebruik van de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migrantenouderen

E.C. Poort, J. Spijker, H. Dijkshoorn, S.A. Reijneveld \*

De eerste generatie Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten veroudert. In deze studie wordt de zelfredzaamheid en het zorggebruik van deze allochtone ouderen vergeleken met Nederlandse leeftijdsgenoten. De gegevens zijn afkomstig van een survey-onderzoek in Amsterdam naar de gezondheid van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse ouderen tussen de 55 en 74 jaar. Zelfredzaamheid is bepaald door te vragen naar het eigen functioneren bij een tiental Activiteiten in het Dagelijks Leven (adl). Turkse en Marokkaanse ouderen rapporteerden hierbij veel vaker beperkingen dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Turkse en Marokkaanse ouderen krijgen veel vaker hulp uit de eigen omgeving (informele hulp) dan autochtone ouderen, maar maken minder vaak gebruik van professionele hulp (thuiszorg en ouderenvoorzieningen). De slechte sociaal-economische positie van allochtone ouderen vormt een gedeeltelijke verklaring voor de verschillen in zelfredzaamheid. Het verschil in het gebruik van ouderenvoorzieningen blijkt deels verklaard te worden door de slechte bekendheid met het aanbod van voorzieningen onder de allochtone ouderen. We concluderen dat Turken en Marokkanen reeds op jonge leeftijd te maken hebben met een afnemende zelfredzaamheid. Deze bevindingen ondersteunen het belang van een adequate ondersteuning van Turkse en Marokkaanse mantelzorgers en van het verbeteren van de toegankelijkheid van professionele voorzieningen voor Turkse en Marokkaanse ouderen.

Trefwoorden: adl, zorggebruik, migrantenouderen, etnische verschillen

## INLEIDING

De eerste generatie Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten veroudert. In 2000 woonden in Nederland 21.580 Turkse en 19.220 Marokkaanse inwoners van 55 jaar en ouder. De meerderheid van deze ouderen arriveerde als arbeidsmigrant in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw in Nederland met de intentie om binnen enkele jaren terug te keren naar het herkomstland. Deze remigratie werd steeds langer uitgesteld en langzamerhand kreeg het verblijf een permanent karakter. Nu deze eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten ouder begint te worden, denkt slechts een kleine minderheid te remigreren.<sup>1</sup> Geschat wordt dat in 2015 het aantal Turkse ouderen is toegenomen tot 41.400 en het aantal Marokkaanse ouderen tot 34.800.<sup>2</sup> In dit onderzoek vergelijken we de zelfredzaamheid en het

zorggebruik van Turkse en Marokkaanse ouderen met Nederlandse leeftijdsgenoten. Deze informatie is nodig om het aanbod van (zorg)voorzieningen goed af te kunnen stemmen op de behoeften van deze snel groeiende groepen allochtone ouderen. Tot dusver is slechts in beperkte mate onderzoek gedaan onder Turkse en Marokkaanse ouderen. De belangrijkste bron van informatie over de gezondheid van Turkse ouderen betreft de landelijke gezondheidsenquête onder Turken in Nederland van ruim 15 jaar geleden.<sup>3</sup> Voor Marokkaanse ouderen zijn gegevens beschikbaar uit een recent onderzoek onder Marokkanen in een vijftal steden in de Randstad.<sup>4,5</sup> Omdat beide onderzoeken niet specifiek op ouderen waren gericht, hebben de gegevens betrekking op een beperkt aantal ouderen. Andere bronnen van gegevens betreffen enkele kleinschalige lokale onderzoeken onder Turkse en Marokkaanse ouderen.<sup>6-11</sup> Het beeld dat uit zowel het landelijk als lokaal onderzoek naar voren komt, is dat Turken en Marokkanen veel vaker gezondheidsklachten rapporteren dan autochtone leeftijdsgenoten. Deze minder gunstige gezondheidsbeleving is mogelijk voor een deel van psychosomatische aard. Zo heb-

\* E.C. Poort<sup>1</sup>, J. Spijker<sup>2</sup>, H. Dijkshoorn<sup>2</sup>, S.A. Reijneveld<sup>3</sup>

<sup>1</sup> GG&GD Amsterdam, cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, m.i.v. 1 januari 2003 ResCon, Haarlem

<sup>2</sup> GG&GD Amsterdam, cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering

<sup>3</sup> TNO Preventie en Gezondheid, Leiden

ben Turken en Marokkanen in vergelijking met Nederlanders met name veel gezondheidsklachten met betrekking tot het bewegingsapparaat en het spijsverteringsstelsel. Onduidelijk is of deze gezondheidsklachten leiden tot een afnemende zelfredzaamheid. De informatie hieromtrent is tot dusver afkomstig uit de eerder genoemde lokale onderzoeken. Deze onderzoeken concluderen unaniem dat Turkse en Marokkaanse ouderen reeds op jonge leeftijd ( $\pm 50$  jaar) een lage zelfredzaamheid (en een hiermee samenhangende hoge zorgbehoefte) hebben. Het Sociaal en Cultureel Planbureau concludeert in haar overzichtsstudies echter dat de onderzoeksofzet van deze studies ontoereikend is om eenduidige conclusies te kunnen trekken en verwacht dat Turkse en Marokkaanse ouderen conform Nederlandse ouderen pas vanaf 70-jarige leeftijd te maken krijgen met een toenemende zorgbehoefte.<sup>2, 5, 12</sup>

De Amsterdamse Gezondheidsmonitor van de GG&GD Amsterdam is het eerste onderzoek in Nederland waarbij informatie is verzameld over de gezondheid, de zelfredzaamheid en het zorggebruik onder een omvangrijke aselecte steekproef van Turkse en Marokkaanse ouderen. Amsterdam is één van de vier grote steden waar een belangrijk deel van de in Nederland verblijvende Turken en Marokkanen woont. Op 1 januari 2001 telde Amsterdam 2.338 Turkse 55-plussers en 4.162 Marokkaanse 55-plussers.<sup>13</sup> In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor is tevens informatie verzameld onder een aselecte steekproef van de Amsterdamse bevolking zodat de resultaten vergeleken kunnen worden met autochtone leeftijdsgenoten. In dit artikel vergelijken we de zelfredzaamheid en het zorggebruik van Turkse en Marokkaanse 55-74 jarigen met autochtone leeftijdsgenoten en gaan we in op mogelijke verklaringen voor etnische verschillen. Ten eerste is nagegaan of de etnische verschillen in zelfredzaamheid en zorggebruik worden verklaard door verschillen in leeftijd, geslacht en sociaal-economische status (SES). Uit onderzoek is bekend dat deze achtergrondkenmerken sterk samenhangen met zelfredzaamheid en zorggebruik.<sup>14, 15</sup> Ten tweede is nagegaan of de etnische verschillen in zorggebruik verklaard worden door verschillen in zelfredzaamheid en door verschillen in de bekendheid met het aanbod van professionele voorzieningen.

## METHODE

### Onderzoekspopulatie

De gegevens van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse ouderen zijn in de periode oktober 1999 tot december 2000

## Kernpunten

- **De eerste generatie Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten in Nederland veroudert.**
- **Deze ouderen rapporteren in vergelijking met autochtone leeftijdsgenoten reeds op relatief jonge leeftijd beperkingen bij activiteiten in het dagelijks leven.**
- **Hiervoor doen zij in groten getale een beroep op hulp uit de eigen omgeving, het gebruik van professionele ouderenvoorzieningen is nog gering.**
- **Ondersteuning van de mantelzorgers en het verbeteren van de toegankelijkheid van professionele voorzieningen zijn dringend gewenst.**

verzameld met behulp van een survey-onderzoek in het kader van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor van de GG&GD Amsterdam.<sup>16</sup> In de survey werden Amsterdammers van 16 jaar en ouder betrokken. Uit het Amsterdamse bevolkingsregister werd een naar leeftijd gestratificeerde aselecte steekproef getrokken en een extra steekproef onder Amsterdammers van Turkse en Marokkaanse afkomst tussen de 35 en 74 jaar. Deze extra steekproef werd getrokken om gezondheidsverschillen tussen Turkse,

Marokkaanse en Nederlandse Amsterdammers te onderzoeken. Gegevens over etniciteit zijn verkregen uit het bevolkingsregister. Op basis van het geboorteland van de respondent en van diens vader en moeder, zijn respondenten ingedeeld als Nederlands (persoon en beide ouders geboren in Nederland), Turks (persoon of één van beide ouders geboren in Turkije) en Marokkaans (persoon of één van beide ouders geboren in Marokko).<sup>17</sup>

Respondenten werden thuis door getrainde enquêteurs geïnterviewd aan de hand van een computergestuurde gestructureerde vragenlijst met gesloten vragen. De gehele vragenlijst is vertaald naar het Turks en Marokkaans Arabisch en ter controle weer terugvertaald naar het Nederlands. Voor de allochtone respondenten werden tweetalige interviewers van gelijke sekse en etnische afkomst ingezet. Op basis van de antwoorden op drie enquêtevragen (geboortedatum, geboorteland en jaar van aankomst in Nederland) is nagegaan of de interviewers de juiste respondenten hebben geïnterviewd. Deze antwoorden zijn vergeleken met gegevens uit het bevolkingsregister die bekend waren bij de onderzoekers maar niet bij de interviewers. In totaal zijn 27 respondenten tussen de 55 en 74 jaar verwijderd vanwege een discrepantie tussen gegevens uit deze beide bronnen. De respons onder autochtone Nederlanders tussen de 55 en 74 jaar was 61%. De respons onder Turkse en Marokkaanse Nederlanders werd geschat, omdat de Turkse en Marokkaanse interviewers niet volledig registreerden wie zij benaderden. Op basis van de wel geregistreerde gegevens schatten wij dat de respons van Turkse en Marokkaanse Nederlanders tussen de 55 en 74 jaar eveneens ongeveer 60% was.<sup>16</sup> Dit stemt overeen met eerder onderzoek waarin met een identieke opzet als in dit project, eveneens een gelijke respons onder Turken, Marokkanen en Nederlanders werd bereikt.<sup>18</sup> Het totaal aantal respondenten bedroeg 2673 zelfstandig wonende Amsterdammers van 16 jaar en ouder. De analyse voor dit artikel werd beperkt tot de gegevens van 933 Turkse, Marokkaanse en autochtone ouderen van 55 tot en met 74 jaar (330 Turken, 299 Marokkanen en 304 autochtonen).

### Box 1: Activiteiten Dagelijks Leven

#### Vraag

Wilt u aan de hand van de antwoordkaart aangeven of u deze handeling zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite of alleen met hulp van anderen kunt? (instructie interviewer: indien respondent niet kan lezen, vragen en antwoorden voorlezen)

#### Persoonlijke verzorging

eten en drinken  
gaan zitten en opstaan uit een stoel  
in en uit bed stappen  
aan- en uitkleden  
het gezicht en de handen wassen  
zich volledig wassen

#### Mobiliteit

zich verplaatsen naar een andere kamer op dezelfde verdieping  
de trap op en aflopen  
de woning verlaten en binnengaan  
zich verplaatsen buitenshuis

### Verzamelde gegevens

Voor het meten van zelfredzaamheid zijn in de vragenlijst vragen gesteld over het eigen functioneren bij een tiental Activiteiten in het Dagelijks Leven (adl, zie box 1), waarvan bekend is dat zij een belangrijke determinant van zorggebruik zijn.<sup>19-21</sup> Ouderen die bij minimaal één activiteit aangaven hier grote moeite mee te hebben of dit alleen met hulp van anderen te kunnen, zijn als adl-beperkt beschouwd. Wij hebben een onderscheid gemaakt in adl-beperkingen in persoonlijke verzorging en adl-beperkingen in mobiliteit. Tevens bevatte de vragenlijst vragen over het gebruik van ouderenvoorzieningen en van de thuiszorg (wijkverpleging en gezinsverzorging) in de afgelopen 12 maanden. Ten aanzien van de ouderenvoorzieningen is gevraagd naar het gebruik van negen verschillende voorzieningen zoals alarmering, maaltijdvoorzieningen of de klussendienst. Ook is gevraagd naar de bekendheid met de Wijkpost voor Ouderen. Dit is in Amsterdam een voorportaal voor welzijns- en zorgvoorzieningen waar ouderen terecht kunnen voor informatie, advies en begeleiding. In ieder stadsdeel in Amsterdam is minstens één Wijkpost voor Ouderen gevestigd. Naast het gebruik van professionele voorzieningen, is ook gevraagd naar het gebruik van informele hulp. Dit betrof de vraag of en van wie men hulp krijgt bij de persoonlijke verzorging en bij een drietal huishoudelijke taken (huis schoonhouden, warme maaltijd bereiden, boodschappen doen). De vragen over het krijgen van hulp bij huishoudelijke taken zijn alleen gesteld aan respondenten die aangaven de betreffende taak zelf niet uit te kunnen voeren. Hulp van de partner is niet als informele hulp beschouwd, omdat taken in het huishouden vaak vanuit een rollenpatroon zijn verdeeld. Zo is het meestal de vrouw die kookt.

De SES is bepaald met behulp van twee verschillende indicatoren, te weten opleidingsniveau (geen opleiding of alleen basisschool versus voortgezet onderwijs en hoger) en inkomen. Om de inkomens van huishoudens van verschillende grootte en samenstelling vergelijkbaar te maken, is het inkomen gestandaardiseerd aan de hand van de equivalentieschaal die door het CBS is ontwikkeld.<sup>22</sup> Zo ontleent bijvoorbeeld een huishouden bestaande uit twee volwassenen en een kind aan een gestandaardiseerd inkomen van 3400 gulden (1545 euro) evenveel welvaart als een eenpersoons-huishouden aan 2000 gulden (910 euro).

### Analyses

Allereerst is de representativiteit van de steekproef onderzocht door gegevens over de burgerlijke staat van de respondenten te vergelijken met de gegevens uit het bevolkingsregister van de totale Amsterdamse bevolking. Dit gebeurde per etnische groep.

Vervolgens gingen we na in hoeverre de Turkse en Marokkaanse ouderen verschillen van Nederlandse ouderen wat betreft zelfredzaamheid en zorggebruik.

Bij bovenstaande analyses zijn de gegevens gewogen voor de leeftijds- en geslachtsopbouw van de betreffende etnische groep in Amsterdam op 1-1-2000, zodat de respondenten voor deze kenmerken representatief waren voor de Amsterdamse bevolking. De gewogen prevalenties en hun betrouwbaarheidsintervallen zijn berekend met behulp van de Jackknife methode in WesVar 4.0.<sup>23</sup>

Aan de hand van een logistische regressie-analyse is vervolgens nagegaan in hoeverre verschillen in zelfredzaamheid en zorggebruik blijven bestaan na correctie voor leeftijd, geslacht en SES. Tevens is op basis van een logistische regressie-analyse onderzocht of het verschil in zorggebruik verklaard kan worden door verschillen in zelfredzaamheid en de bekendheid met de Wijkpost voor Ouderen.

De resultaten van de logistische regressie-analyses zijn uitgedrukt als gecorrigeerde odds ratio's (OR). Autochtone Nederlanders werden als referentiecategorie genomen. Een OR van 1,0 houdt in dat er geen verschil is, hoe meer de OR afwijkt van 1 des te sterker is het verband (een OR > 1 duidt op een verhoogde kans en een OR van 0 tot < 1 duidt op een verlaagde kans). De logistische regressie-analyses zijn uitgevoerd in SPSS PC 9.0.

### RESULTATEN

Uit tabel 1 blijkt dat de etnische groepen in de respondentengroep qua burgerlijke staat een zelfde samenstelling hadden als de totale populatie.

Tabel 2 geeft per etnische groep de sociaal-demografische achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie weer (ongewogen percentages). Het gegeven dat er meer 65-plussers zijn geïnterviewd onder de Nederlandse en Marokkaanse ouderen, komt doordat er meer ouderen in deze leeftijdsgroep zijn benaderd. Zoals verwacht leven Turkse en Marokkaanse ouderen in slechtere sociaal-economische omstandigheden dan Nederlandse leeftijdsgenoten. Uit tabel 3 blijkt dat Turken en Marokkanen vaker adl-beperkingen rapporteren dan Nederlandse ouderen. De ver-

**Tabel 1** Verdeling naar burgerlijke staat van de Nederlandse, Turkse en Marokkaanse bevolking (van 55-74 jaar) in Amsterdam (1-1-2001) en in de steekproef.

Burgerlijke staat	Nederlanders (bevolking)	Nederlanders Steekproef (95% BI)	Turken (bevolking)	Turken Steekproef (95% BI)	Marokkanen (bevolking)	Marokkanen Steekproef (95% BI)
Getrouwd	54,9	55,5 (49,8-61,1)	84,2	86,2 (82,5-89,2)	89,1	89,0 (84,6-92,2)
Niet getrouwd	12,8	14,9 (11,2-19,6)	1,5	0,8 (0,3-2,2)	1,1	1,7 (0,6-5,1)
Gescheiden	18,4	18,2 (14,2-23,1)	5,5	3,0 (1,6-5,7)	5,7	5,0 (2,9-8,4)
Weduwstaar	13,5	11,4 (8,4-15,2)	8,8	10,0 (7,5-13,2)	4,1	4,4 (2,7-7,1)
Partner <sup>1</sup>	0,4	-	-	-	-	-

\* geregistreerd partnerschap

**Tabel 2** Sociaal-demografische achtergrondkenmerken van de respondenten naar etnische groep (ongewogen %)\*.

Kenmerken	Nederlanders N=304	Turken N=330	Marokkanen N=299
<i>Leeftijd</i>			
55-64 jaar	41	56	47
65-74 jaar	59	44	54
<i>Geslacht</i>			
Man	44	50	56
Vrouw	56	50	44
<i>Netto gestandaardiseerd maandinkomen in guldens</i>			
≤ 1500			
1501-2100	17	55	73
2101-3000	23	26	7
>3001	31	6	2
onbekend	22	1	1
	7	12	17
<i>Opleiding</i>			
Geen opleiding of basisschool	28	96	99
LBO/MAVO/MULO	34	3	1
MBO/HAVO/HBS/VWO	18	1	
HBO/WO	20		

\* door afronding tellen niet alle percentages op tot 100%

schillen doen zich voor bij zowel de persoonlijke verzorging als bij de mobiliteit. Terwijl autochtone ouderen nauwelijks beperkingen rapporteren in persoonlijke verzorging (3%), heeft reeds 12% van de Turkse en 17% van de Marokkaanse ouderen beperkingen op dit gebied. Een kwart van de Turkse ouderen en ruim een derde van de Marokkaanse ouderen (36%) gaf aan mobiliteitsbeperkingen te hebben tegen nog geen één op de tien van de autochtone leeftijdsgenoten (8%). Na correctie voor de achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht en SES) blijven de verschillen bestaan. Uit tabel 4 blijkt vervolgens dat Turken en Marokkanen minder vaak een ouderenvoorziening gebruiken, maar dat de verschillen niet significant zijn. Na correctie voor leeftijd en geslacht (OR<sup>1</sup>) zijn deze verschillen wel significant. Wanneer ook wordt gecorrigeerd voor SES (OR<sup>2</sup> en OR<sup>3</sup>) en voor de mate van zelfredzaamheid nemen de verschillen toe (OR<sup>4</sup>).

De drie etnische groepen verschillen niet significant wat betreft het gebruik van thuiszorg (ook niet na correctie voor leeftijd en geslacht). Na correctie voor SES maken allochtone ouderen minder vaak gebruik van de thuiszorg (voor Turkse ouderen geldt dit overigens alleen wanneer wordt gecorrigeerd voor opleiding). Na correctie voor zelfredzaamheid nemen de verschillen in gebruik verder toe.

Verder blijkt uit tabel 4 dat Turkse en Marokkaanse ouderen beduidend vaker informele hulp krijgen (42% versus nog geen 5% van de autochtone Nederlanders). Uit aanvullende analyses blijkt dat deze hulp met name afkomstig is

van de kinderen (gegevens niet gepresenteerd). Na correctie voor de achtergrondkenmerken en de aanwezigheid van adl-beperkingen blijven de verschillen bestaan.

Tot slot is nagegaan of de verschillen tussen de etnische groepen verdwijnen na correctie voor de bekendheid met de Wijkpost voor Ouderen. Dit blijkt het geval te zijn voor de verschillen in het gebruik van ouderenvoorzieningen. Na deze correctie zijn er geen significante verschillen meer ten opzichte van de Nederlandse ouderen (Turken OR 0,59; 95% BI 0,33-1,07 en Marokkanen OR 0,55; 95% BI 0,28-1,07). Voor gebruik van de overige vormen van zorg blijven de verschillen tussen etnische groepen ongeveer hetzelfde (resultaten niet gepresenteerd).

## DISCUSSIE

Turkse en Marokkaanse ouderen rapporteren veel vaker adl-beperkingen dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Dit betreft zowel adl-problemen bij de persoonlijke verzorging als bij de mobiliteit. Desondanks is hun gebruik van professionele voorzieningen juist lager dan bij Nederlandse ouderen. Turkse en Marokkaanse ouderen krijgen beduidend vaker informele hulp dan autochtone ouderen. De slechte inkomenspositie en het lage opleidingsniveau van deze groep vormen slechts ten dele een verklaring voor de slechtere zelfredzaamheid van allochtone ouderen. Het geringe gebruik van ouderenvoorzieningen onder Turkse en Marokkaanse ouderen is deels te wijten aan onbekendheid met de Wijkpost voor Ouderen onder deze groepen.



**Tabel 3** Prevalenties van ervaren lichamelijke beperkingen naar etniciteit en gecorrigeerde Odds Ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI).

Beperkingen	% beperkt (95% BI)	OR <sup>1</sup> (95% BI)	OR <sup>2</sup> (95% BI)	OR <sup>3</sup> (95% BI)
<i>Adl totaal</i>				
Nederlanders	8,3 (5,8-11,8)	1	1	1
Turken	28,1 (23,2-33,6)	4,75 (3,01-7,49)	3,45 (1,89-6,31)	4,29 (2,50-7,36)
Marokkanen	38,3 (31,7-45,4)	7,06 (4,48-11,12)	5,06 (2,74-9,34)	5,71 (3,22-10,14)
<i>Persoonlijke verzorging</i>				
Nederlanders	2,6 (1,4-4,7)	1	1	1
Turken	12,0 (8,6-16,4)	4,45 (2,18-9,10)	2,80 (1,12-7,01)	2,96 (1,32-6,63)
Marokkanen	17,1 (12,5-23,0)	7,06 (3,52-14,16)	4,36 (1,75-10,88)	3,71 (1,60-8,57)
<i>Mobiliteit</i>				
Nederlanders	7,6 (5,2-10,9)	1	1	1
Turken	25,3 (20,7-30,5)	4,86 (3,02-7,81)	3,31 (1,78-6,15)	4,45 (2,54-7,79)
Marokkanen	36,4 (29,9-43,4)	7,20 (4,49-11,54)	4,83 (2,58-9,05)	6,37 (3,52-11,53)

<sup>1</sup> gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht

<sup>2</sup> gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

<sup>3</sup> gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gestandaardiseerd inkomen

Onze bevindingen worden mogelijk verklaard door bias/vertekening. Ten eerste kan er sprake zijn van een selectieve respons onder Turken en Marokkanen, waardoor voor hen een te ongunstig beeld ontstaat.

Ten tweede is de manier waarop SES is gemeten in dit onderzoek een mogelijke bron van vertekening. Verschillende studies stelden reeds vast dat de gangbare SES indicatoren te ongevoelig zijn voor het onderzoeken van etnische verschillen in sociale positie.<sup>17, 24-26</sup> De bevinding in ons onderzoek dat SES slechts een klein deel van de verschillen in adl-beperkingen verklaart, wordt mogelijk veroorzaakt doordat inkomen en opleidingsniveau onvoldoende de ongunstige maatschappelijke positie waarin Turken en Marokkanen leven, weergeven. Ook het gegeven dat bijna één op de vijf Turkse en Marokkaanse ouderen de vragen over het inkomen niet hebben beantwoord, bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten. Het lijkt echter onaannemelijk dat SES, ook indien perfect gemeten, een volledige verklaring biedt voor de gevonden etnische verschillen.

Een derde bron van vertekening kan het verschillend interpreteren van vragen over beperkingen en zorggebruik zijn. Zelfredzaamheid is in dit onderzoek bepaald op basis van het oordeel van de respondent over het voorkomen van adl-beperkingen. Dit subjectieve oordeel (*illness*) wordt niet alleen bepaald door de aanwezigheid van objectief aantoonbare beperkingen (*disease*), maar wordt ook beïnvloed door onder andere sociale en psychologische factoren.<sup>27, 28</sup> Ook speelt de culturele achtergrond een rol in de beleving van de gezondheid en de manier waarop individuen reageren op gezondheidsproblemen, hetgeen de vergelijkbaarheid tussen etnische groepen van zelfgerapporteerde gezondheidsgegevens mogelijk beïnvloedt.<sup>29, 30</sup> Daarnaast wordt de vergelijkbaarheid tussen etnische groepen mogelijk bemoeilijkt door de invloed van de culturele achtergrond op de wijze waarop met vragenlijstonderzoek wordt omgegaan. Zo blijkt uit onderzoek in de VS dat respondenten die tot een etnische minderheidsgroep behoren, vaker geneigd zijn om sociaal wenselijke antwoorden te geven en extreme antwoordcategorieën te kiezen.<sup>31, 32</sup> Er is slechts in beperkte

mate onderzoek gedaan naar het effect van deze culturele verschillen op de validiteit van zelfgerapporteerde gezondheidsgegevens onder etnische minderheden. Wat betreft zorggebruik ging Reijneveld eerder na wat de crossculturele validiteit is van vragenlijstonderzoek naar zorggebruik.<sup>33</sup> Dit onderzoek liet zien dat de samenhang tussen zelfgerapporteerd en geregistreerd gebruik nauwelijks slechter was voor Turken en Marokkanen dan voor Nederlanders. Wat betreft de validiteit van zelfgerapporteerde gezondheidsmaten als de SF-12 en de ervaren gezondheid vonden onderzoekers in Engeland eveneens geen verschil tussen etnische groepen.<sup>34, 35</sup> Het Sociaal en Cultureel Planbureau constateert in haar overzichtstudies echter dat er met name bij Turken en Marokkanen sprake is van een discrepantie tussen subjectieve indicatoren en meer objectieve indicatoren, hetgeen mogelijk wordt veroorzaakt door de culturele invloed op het eigen oordeel over de gezondheid.<sup>5, 12</sup> Op basis van de objectieve indicatoren, zoals sterftcijfers en door huisartsen gediagnosticeerde aandoeningen, lijkt de gezondheidssituatie van Turken en Marokkanen niet ongunstiger dan die van Nederlandse leeftijdsgenoten.<sup>2, 5, 12, 36</sup> Daarentegen zijn Turken en Marokkanen in hun oordeel over hun gezondheid veel negatiever dan autochtone ouderen en geven ze vaker aan chronische aandoeningen te hebben.<sup>2, 5, 12, 37</sup> Mogelijk zijn Turkse en Marokkaanse ouderen eerder geneigd om gezondheidsklachten te rapporteren dan Nederlandse ouderen. Tesser en Dagevos concluderen dat het geringe gebruik van voorzieningen onder Turken en Marokkaanse ouderen vooral moet worden toegeschreven aan het feit dat het aantal 70-plussers onder hen beperkt is en er maar weinig Turken en Marokkanen zijn met een zorgbehoefte als gevolg van objectief aantoonbare beperkingen. Uit onderzoek onder de autochtone bevolking is echter bekend dat de subjectieve indicatoren zoals de gezondheidsbeleving en de rapportage van adl-beperkingen in het bijzonder belangrijke voorspellers zijn van professioneel zorggebruik.<sup>14, 18, 20</sup> Nader onderzoek is nodig om na te gaan waarom Turken en Marokkanen ondanks de slechte gezondheidsbeleving weinig gebruik maken van professio-

**Tabel 4** Gebruik van ouderenvoorzieningen, thuiszorg en informele hulp naar etniciteit in percentages en gecorrigeerde Odds Ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI).

Zorggebruik	% gebruikt (95% BI)	OR <sup>1</sup> (95% BI)	OR <sup>2</sup> (95% BI)	OR <sup>3</sup> (95% BI)	OR <sup>4</sup> (95% BI)
<i>Ouderenvoorzieningen</i>					
Nederlanders	20,7 (16,8-25,2)	1	1	1	1
Turken	15,5 (11,5-20,2)	0,59 (0,39-0,89)	0,52 (0,30-0,89)	0,44 (0,26-0,73)	0,38 (0,22-0,65)
Marokkanen	11,7 (7,8-17,2)	0,44 (0,28-0,69)	0,38 (0,21-0,69)	0,40 (0,22-0,71)	0,33 (0,18-0,61)
<i>Thuiszorg</i>					
Nederlanders	4,6 (2,9-7,5)	1	1	1	1
Turken	4,0 (2,3-6,9)	0,84 (0,40-1,77)	0,38 (0,16-0,88)	0,51 (0,22-1,16)	0,30 (0,12-0,75)
Marokkanen	3,1 (1,4-6,6)	0,53 (0,22-1,26)	0,23 (0,09-0,61)	0,28 (0,10-0,79)	0,15 (0,05-0,46)
<i>Informele hulp</i>					
Nederlanders	4,7 (2,8-7,5)	1	1	1	1
Turken	42,0 (36,8-47,3)	17,9 (10,2-31,4)	19,1 (9,0-40,6)	18,2 (9,3-35,7)	15,5 (7,7-31,2)
Marokkanen	42,2 (35,4-49,3)	17,0 (9,7-30,0)	18,2 (8,4-39,5)	17,7 (8,7-35,8)	13,4 (6,4-28,2)

<sup>1</sup> gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht

<sup>2</sup> gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

<sup>3</sup> gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gestandaardiseerd inkomen

<sup>4</sup> gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, gestandaardiseerd inkomen en aanwezigheid adl-beperking(en)

nele voorzieningen. Hierbij dient aandacht te worden besteed aan de culturele invloed op gezondheidsbeleving en de validiteit van de zelfgerapporteerde gezondheid in verschillende etnische groepen.

Gezien de grootte van de verschillen in de adl-beperkingen is het onwaarschijnlijk dat deze volledig verklaard worden door de culturele invloed op het eigen oordeel van het fysiek functioneren. Turkse en Marokkaanse ouderen hebben blijkbaar op relatief jonge leeftijd te maken met een afnemende zelfredzaamheid. Mede op basis van eerder onderzoek is het aannemelijk dat de verschillen in zelfredzaamheid voor een deel verklaard worden door de ongunstige sociaal-economische positie waarin de meeste Turkse en Marokkaanse ouderen verkeren.<sup>17,24-26,38,39</sup> Een tweede mogelijke verklaring vormt de hoge mate van psychosociale stress ten gevolge van de migratie en de aanpassing in een vreemde cultuur. Het gaat hierbij om stressfactoren als heimwee, verlies aan zelfwaardering, gevoelens van onzekerheid, desillusie, sociaal isolement en discriminatie.<sup>40,41</sup> Uit een onderzoek onder oudere Turkse mannen bleek dat zij zelf de taalbarrière en de daaruit voortkomende stress als belangrijkste oorzaak van hun gezondheidsproblemen zien.<sup>42</sup> Daarnaast is de hoge mate van adl-beperkingen bij mannen mogelijk deels het gevolg van slechte werkomstandigheden in het verleden. Tot slot kunnen de verschillen verklaard worden door cultureel bepaalde leefgewoonten. Zo zijn overgewicht en lichamelijke inactiviteit belangrijke determinanten van lichamelijke beperkingen<sup>14,43</sup> en komt overgewicht in vergelijking met autochtone Nederlanders veelvuldig voor bij Turken en Marokkanen en bewegen Marokkanen (zowel mannen als vrouwen) en Turkse mannen onvoldoende.<sup>3,44</sup>

De bevinding dat Turkse en Marokkaanse ouderen desondanks weinig gebruik maken van professionele ouderenvoorzieningen kan deels verklaard worden doordat zij veel vaker een beroep kunnen doen op hulp van iemand uit de eigen omgeving. Deze verzorging, die veelal volgens een traditioneel patroon wordt gegeven, wordt echter minder

vanzelfsprekend.<sup>45</sup> Zolang de ouderen nog niet daadwerkelijk zorg nodig hebben, liggen de verwachtingen van zowel de ouderen als de kinderen in lijn met de traditie. Zodra echter de ouderen zorgafhankelijk worden, lijkt de spanning op het traditionele zorgsysteem toe te nemen. Professionele ondersteuning van Turkse en Marokkaanse mantelzorgers is dan onontbeerlijk. Er zijn inmiddels diverse cursussen ontwikkeld die als doel hebben de allochtone mantelzorger te ondersteunen in de zorgtaken die hij of zij uitvoert door het aanleren van praktische kennis en vaardigheden.<sup>46</sup> Het geringe gebruik van professionele voorzieningen is echter niet volledig terug te voeren op de ruime beschikbaarheid van mantelzorg, maar wordt ook verklaard doordat de voorzieningen onvoldoende toegankelijk zijn voor Turkse en Marokkaanse ouderen. Deze ontoegankelijkheid heeft te maken met onbekendheid met de Nederlandse zorg- en dienstverlening onder Turkse en Marokkaanse ouderen, met taal- en cultuurverschillen en met financiële drempels.<sup>47-49</sup> Verder is ook de ouderenzorg zelf onvoldoende bekend met de wensen en verwachtingen van allochtone ouderen en is het voorzieningenaanbod onvoldoende afgestemd op de specifieke wensen en behoeften van diverse groepen ouderen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg suggereerde hiervoor in 2000 een aantal oplossingen zoals bevordering van de instroom van allochtone werknemers in de zorg, ruimte geven aan cultuurspecifieke voorzieningen en het inschakelen van intermediairen.<sup>47</sup> Wat betreft het inschakelen van intermediairen dient aangesloten te worden bij de reeds opgedane ervaringen met voorlichters eigen taal en cultuur (vetc'ers)<sup>50</sup> en intermediaire ouderenadviseurs.<sup>51</sup> De etnische verschillen in zelfredzaamheid die in ons onderzoek zijn geconstateerd maken dergelijke oplossingen dringend gewenst.

## ABSTRACT

*Functional performance and utilisation of health care among elderly Turkish and Moroccan immigrants, compared with elderly of Dutch origin*

Since the number of Turkish and Moroccan elderly in the Netherlands is growing, information is needed on the functional performance and on the utilisation of health care services among these groups. This study compares the self-reported functional performance and the utilisation of care of elderly Turkish and Moroccan immigrants with elderly of Dutch origin. The data were obtained from a community-based health survey among inhabitants of Dutch, Moroccan and Turkish decent aged 55-74 years living in Amsterdam, the Netherlands. Self-assessed functional performance was considerably poorer among the Turkish and Moroccan population than among the Dutch population. Nevertheless, Turkish and Moroccan elderly reported a lower use of professional services for the elderly, including paid home care. However, they received more informal care. The multivariate analysis including age, sex and income did not change these results. Unfamiliarity with professional services among Turkish and Moroccan elderly seemed an explanation for the differences in use of these services. We conclude that Turkish and Moroccan elderly are disabled at a relatively young age. These findings indicate that formal services should be more sensitive to the particular needs of ethnic groups and their informal caregivers, in order to provide them accessible and appropriate services.

**Key-words:** *adl, health services utilisation, migrant elderly, ethnic differences*

## **Noot**

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van Bureau Informatisering Amsterdam, TNO Preventie en Gezondheid en de Gemeente Amsterdam, sociaal structuurplan.

## **LITERATUUR**

1. *Martens EP*. Minderheden in beeld: SPVA-98. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1999.
2. *Dagevos J*. Allochtone ouderen. In: Klerk MMY de (red.) Rapportage ouderen 2001: veranderingen in de leefsituatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001:249-86.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland, 1989/1990. Den Haag: SDU, 1991.
4. GGD Rotterdam e.o. De gezondheid van Marokkanen in de randstad. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 1998.
5. *Tesser PTM, Dugteren FA van, Merens JGF*. Rapportage minderheden 1998: de eerste generatie in de derde levensfase. Rijswijk/Den Haag: SCP/Elsevier Bedrijfsinformatie, 1998.
6. *Monsels LM*. Oud(er) worden in een vreemd land: een onderzoek naar de leefsituatie van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam. Amsterdam: Bestuursinformatie, 1987.
7. *Kürkçü T, Kloosterboer D*. De leefsituatie van moslimouderen in Amsterdam. Amsterdam: Nisbo, 1996.
8. *Kloosterboer D, Yilmaz B*. De leefsituatie van moslimouderen in Rotterdam. Rotterdam: Nisbo, 1997.
9. Amsterdams Centrum Buitenlanders. Oud worden in Haarlem: een onderzoek naar de zorgbehoeften van Turkse en Marokkaanse ouderen in Haarlem. Amsterdam: Amsterdams Centrum Buitenlanders, 1996.
10. *Tas K, Schokker G*. Oud worden is een zegen, oud zijn... een probleem?: vele tinten grijs: een exploratief onderzoek naar de leefsituatie en de behoefte van allochtone ouderen en het aanbod in Hengelo: bouwstenen voor diversiteit in het ouderenbeleid. Den Haag: Intercultureel Projectbureau Elan, 1997.
11. *Toorn M van*. Turkse ouderen in Rotterdam: een onderzoek naar de wensen en behoeften van Turkse ouderen in de Tarwewijk en Afrikaanderwijk ten aanzien van zorgvoorzieningen. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1992.
12. *Dagevos J*. De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland: stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes: voorstudie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001.
13. *Zee W van, Hermans C, Hinte P van, Hylkema C, Mies J, Scholten D*. Amsterdam in cijfers: jaarboek 2001. Amsterdam: O+S, het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek, 2001.
14. *Deeg DJH, Hoeymans N*. Succesvol of gebrekkig oud worden?: een literatuurstudie naar determinanten en gevolgen van functionele beperkingen. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1997;75:397-405.
15. *Broese van Groenou MI, Deeg DJH*. Sociaal-economische gezondheidsverschillen bij ouderen. Tijdschr Gezondheidsw 2000;78:294-302.
16. *Dijkshoorn H, Erkens C, Verhoeff AP*. Gezondheidsenquête Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999/2000: opzet, verloop van het onderzoek en eerste resultaten. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam, 2001.
17. *Heeten J den, Verweij AO*. Identificatie en registratie van etnische herkomst: een handleiding voor registratie en beleid. Den Haag: VNG, 1993.
18. *Reijneveld SA*. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socio-economic factors explain their adverse position? J Epidemiol Community Health 1998;52:298-304.
19. *Kempen GIJM, Sonderen FLP van*. Individuele determinanten van het gebruik van professionele en informele thuiszorg. In: Kempen GIJM, Ormel J (red). Dagelijks functioneren van ouderen. Assen: Van Gorcum, 1996. p. 193-206.
20. *Kempen GIJM, Bos GAM van den, Ormel J*. Lichamelijk functioneren in een algemene oudere populatie: referentie-gegevens en de relatie tussen algemene en domein-specifieke meetinstrumenten. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1997;75:177-83.
21. *Al-Windi A, Dag E, Kurt S*. The influence of perceived well-being and reported symptoms on health care utilisation: a population-based study. J Clin Epidemiol 2002;55:60-6.
22. *Schiepers JMP, Pommer EJ*. Kostenverschillen tussen huishoudens. In: Sociaal en Cultureel Planbureau. Armoedemonitor 1998. Rijswijk/Den Haag: SCP/Elsevier bedrijfsinformatie 1998. p. 51-72.
23. *Westat*. Wesvar<sup>TM</sup> 4.0 user's guide. Rockville: Westat, 2000.
24. *Dijkshoorn H, Diepenmaat ACM, Buster MCA, Uitenbroek D, Reijneveld SA*. Sociaal- economische status als verklaring van verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders. Tijdschr Gezondheidsw 2000;78:217-22.
25. *Lindström M, Sundquist J, Östergren PO*. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. J Epidemiol Community Health 2001;55:97-103.
26. *Smith GD*. Learning to live with complexity: ethnicity, socio-economic position, and health in Britain and the United States. Am J Public Health 2000;90:1694-8.

27. *Kempen GJIM, Steverink N, Ormel J, Deeg DJH.* The assessment of ADL among frail elderly in an interview survey: self-report versus performance-based tests and determinants of discrepancies. *J Gerontol Psychol Sci* 1996;51B:254-60.
28. *Hirides JP, Forbes WF.* Factors associated with the maintenance of good self-rated health. *J Aging Health* 1993;5:101-22.
29. *Angel R, Thoits P.* The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture Med Psychiatry* 1987;11:465-94.
30. *Shetterly SM, Baxter J, Mason LD, Hamman RF.* Self-rated health among Hispanic vs non-Hispanic white adults: the San Luis Valley Health and Aging Study. *Am J Public Health* 1996;12:1798-801.
31. *Warnecke RB, Johnson TP, Chávez N et al.* Improving question wording in surveys of culturally diverse populations. *Ann Epidemiol* 1997;7:334-42.
32. *McGraw SA, McKinlay JB, Crawford SA, Costa LA, Cohen DL.* Health survey methods with minority populations: some lessons from recent experience. *Ethn & Dis* 1992;2:273-87.
33. *Reijneveld SA.* The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data. *J Clin Epidemiol* 2000;53:267-72.
34. *Jenkinson C, Chandola T, Coulter A, Bruster S.* An assessment of the construct validity of the SF-12 summary scores across ethnic groups. *J Public Health Med* 2001;23:187-94.
35. *Chandola T, Jenkinson C.* Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn Health*. 2000;5:151-9.
36. *Uitenbroek DG, Verhoeff AP.* Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, the Netherlands. *Social Sci Med* 2002;54:1379-88.
37. *Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff AP.* Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam: gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 2001.
38. *Stronks K, Mheen H van de, Mackenbach JP.* Sociaal-economische gezondheidsverschillen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (red). *Volksgezondheid toekomst verkenning* 1997: II gezondheidsverschillen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:153-80.
39. *Stronks K, Uniken Venema P, Dahhan N, Gunning-Schepers LJ.* Allochtoon, dus ongezond?: mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *Tijdschr Gezondheidsw* 1999;77:33-40.
40. *Knipscheer J, Kleber R.* Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog* 1998;33:151-7.
41. *Karlsen S, Nazroo JY.* Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92:624-31.
42. *Meyboom JK, Eekelen W van.* Yipratmak: uitputten, verslijten, kapot maken: ouderdomsbeleving van oudere Turken in Nederland. *Medische Antropologie* 1999;11: 377-93.
43. *Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC.* Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-69.
44. *Dijkshoorn H.* Ongezone leefgewoonten in Amsterdam: verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders: Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999-2000. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 2002.
45. *Yerden I.* Zorgen over zorg: traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland. Amsterdam: Het Spinhuis, 2000.
46. *Poort E, Spijk M van.* Zorg afstemmen op Turkse en Marokkaanse ouderen: eerder contact leggen in de moskee. *Ouderenzorg* 2002;5(4):24-6.
47. *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.* Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000.
48. *Beljaarts MAMM.* Zorg voor allochtone ouderen. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1997.
49. *Veer AJE de, Francke A, Hutten JB.* Allochtonen in de thuiszorg: bereik, verrichtingen en opbrengsten. Utrecht/Bunnik: Nivel, STOOM, 2001.
50. *Haastregt P van, Singels L.* Cultuurspecifieke voorlichting heeft belangrijke voordelen. *Tijdschr Gezondheidsw* 2000;78:261-3.
51. *Vliet K van, s'Jacob R.* Intermediairs voor allochtone oudere vrouwen: schakels voor integratie? *Sociale Interventie* 2001;10(2):36-43.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

**H. Dijkshoorn, GG&GD Amsterdam, afdeling EDG, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam, tel. 020- 555 5585, fax 020-555 5160, e-mail: [hdijkshoorn@ggd.amsterdam.nl](mailto:hdijkshoorn@ggd.amsterdam.nl)**

*Voor publicatie aanvaard in februari 2003.*