



GGD
Amsterdam



Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden

Factsheet Gezondheidsenquête volwassenen en ouderen G4

Deze factsheet gaat over de gezondheid, de beperkingen en de leefgewoonten van oudere migranten. Waarom oudere migranten?

In Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht zal het aantal 65-plussers met een migratie achtergrond in de komende twintig jaar bijna verdrievoudigen. Eerder onderzoek liet zien dat er grote gezondheidsverschillen zijn tussen migranten en Nederlandse ouderen. Hoe is het nu gesteld met hun gezondheid en welbevinden? In hoeverre verschillen zij van hun Nederlandse leeftijdsgenoten? Nemen migranten 65-plussers voldoende deel aan de samenleving en hebben ze voldoende regie over hun leven?

In deze factsheet vindt u een overzicht van de meest recente gegevens over de gezondheid en het welbevinden van oudere migranten in Nederland. De cijfers zijn gebaseerd op de Gezondheidsenquêtes volwassenen en ouderen 2012 in de vier grote steden [1].



Kernpunten



De gezondheid en de leefgewoonten van 65-plussers uit de vier grote steden verschillen aanzienlijk naar etnische herkomst. Op vrijwel alle aspecten scoren migranten met een niet-westerse achtergrond ongunstiger dan Nederlandse ouderen. Tussen de Nederlandse en overige westerse 65-plussers zijn er geen noemenswaardige verschillen.

Nederlandse ouderen ervaren hun gezondheid als beduidend beter dan Marokkaanse, Turkse en Surinaamse 65-plussers en rapporteren minder vaak beperkingen van het zicht, gehoor en mobiliteit.

Chronische ziekten komen vaker voor bij Marokkaanse, Turkse en Surinaamse 65-plussers dan bij Nederlandse 65-plussers. De drie meest gerapporteerde aandoeningen naar etnische herkomst zijn: hoge bloeddruk (54% bij de Surinaamse ouderen), suikerziekte (53% bij Marokkaanse ouderen) en aandoeningen van het bewegingsapparaat (51% bij Turkse ouderen).

Vergeleken met Nederlandse ouderen, hebben oudere migranten van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse herkomst een slechtere psychosociale gezondheid: zij voelen zich vaker eenzaam, sociaal uitgesloten en/of gediscrimineerd. Ook hebben zij vaker last van psychische klachten en minder regie over het eigen leven.

De leefgewoonten laten een wisselend beeld zien: oudere migranten, vooral met een Marokkaanse en Turkse achtergrond drinken minder vaak alcohol maar bewegen minder vaak dan Nederlandse ouderen. Overgewicht is vooral bij ouderen met een Turkse achtergrond een groot gezondheidsprobleem. Er zijn nauwelijks etnische verschillen in rookgedrag op de Marokkanen na, die van alle groepen het minst roken.

Als rekening wordt gehouden met de invloed van leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status, blijven de meeste waargenomen etnische gezondheidsverschillen voor een groot deel overeind.

Achtergrond

Vergrijzing migranten

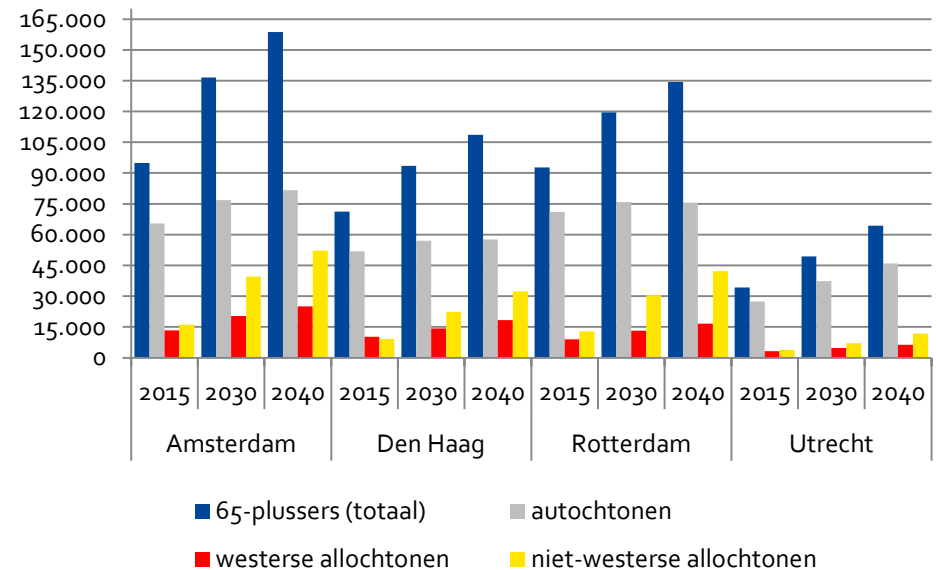
Het aantal 65-plussers in Nederland zal de komende jaren fors toenemen. Hoewel hun aandeel in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag lager zal zijn dan het landelijke gemiddelde (16% tegen 24% in 2030) verandert de samenstelling van de ouderenpopulatie in de grote steden drastisch [2]. In alle vier grote steden (hierna G4 genoemd) zal het aantal oudere migranten van niet-westerse herkomst meer dan verdrievoudigen (figuur 1): van 41.800 in 2015 tot 138.400 in 2040. Wat de westerse migranten betreft, neemt het aantal ook toe maar minder hard: van 35.700 in 2015 tot 66.300 in 2040.

Onderzoek naar gezondheid van migranten

In Nederland is weinig onderzoek uitgevoerd dat specifiek gericht is op oudere migranten [3]. Uit eerdere studies blijkt dat vooral oudere migranten van niet-westerse herkomst tot de kwetsbaren in de samenleving behoren [5-7]. Er zijn echter geen recente gegevens beschikbaar over de gezondheid, de beperkingen en de leefgewoonten van oudere migranten; onderwerpen die voor het ouderenbeleid van belang zijn. Het onderzoek 'Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen' dat het SCP in 2003 liet uitvoeren, is één van de weinige breed opgezette onderzoeken naar onder meer de lichamelijke gezondheid en het psychische welbevinden van oudere migranten [3]. De groep oudere migranten is in de tussentijd niet alleen in omvang toegenomen maar ook ouder en waarschijnlijk meer hulpbehoevend geworden. In tegenstelling tot wat voorheen gedacht werd, zullen velen van hen niet terugkeren naar het land van herkomst. Tegelijkertijd hebben allerlei veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel plaatsgevonden, zoals de invoering (en sinds begin 2015 aanpassing) van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het is onduidelijk welke invloed deze ontwikkelingen op de oudere migranten hebben gehad

Met niet-westerse ouderen bedoelen we in deze factsheet Marokkaans-Nederlandse, Turks-Nederlandse en Surinaams-Nederlandse ouderen. In verband met de leesbaarheid van de factsheet, wordt de term Marokkaanse, Turkse en Surinaamse ouderen c.q. 65-plussers gehanteerd om deze herkomstgroeperingen aan te duiden.

Figuur 1 Aantal 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst [2]



Definitie van etniciteit volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek [4]

Een autochtoon is iemand van wie beide ouders in Nederland zijn geboren, ongeacht het land waar men zelf is geboren. Een allochtoon is iemand van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Een 'niet-westerse' allochtoon is iemand van wie tenminste één ouder is geboren in Afrika, Latijns-America of Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. Een 'westerse' allochtoon is iemand van wie ten minste één ouder is geboren in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië, of Indonesië en Japan.

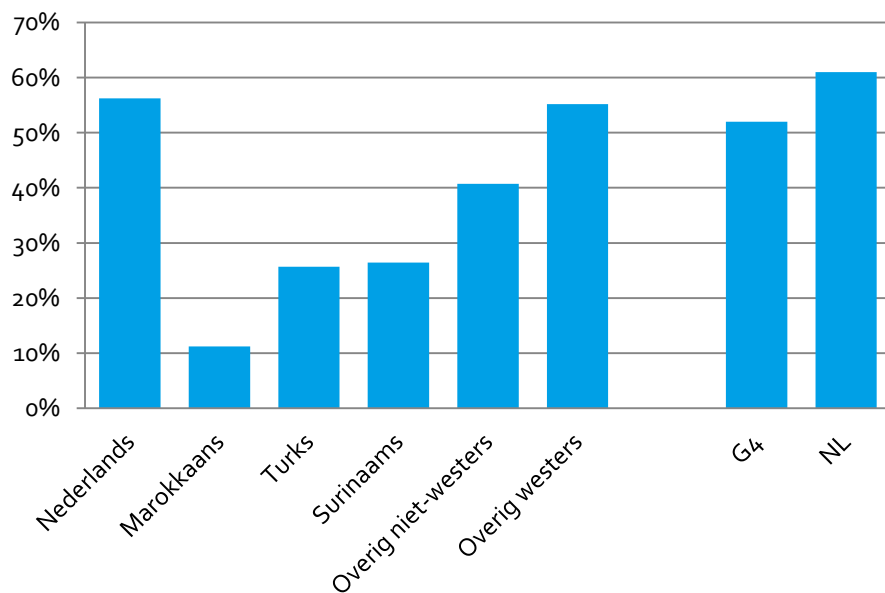
Gezondheid, ziekte en beperkingen

Met het ouder worden, neemt zowel het aantal chronische aandoeningen als het aantal beperkingen toe en neemt het positieve oordeel over de eigen gezondheid af. In hoeverre 65-plussers uit de verschillende etnische groeperingen hierin van elkaar verschillen, leest u hieronder.

Nederlandse ouderen het meest positief over eigen gezondheid

De vraag naar gezondheidsbeleving is een goede voorspeller voor ziekte, sterfte en zorggebruik van de bevolking. In de G4, beoordeelt de helft van de 65-plussers de eigen gezondheid als goed tot zeer goed. De verschillen naar etnische herkomst zijn echter groot (figuur 2). Onder de Marokkaanse 65-plussers is het percentage het laagst (11%). Onder de Turkse en Surinaamse 65-plussers ervaart één op de vier de eigen gezondheid als goed tot zeer goed.

Figuur 2 Percentage 65-plussers dat de eigen gezondheid als (zeer) goed beoordeelt in de G4 naar etnische herkomst (%)

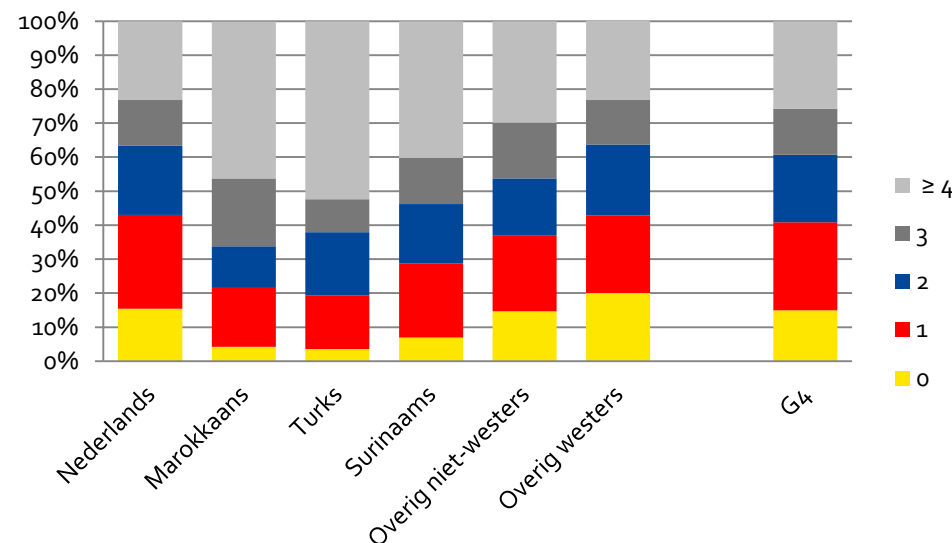


Niet-westerse ouderen hebben meer chronische aandoeningen

Acht op de tien 65-plussers hebben één of meer chronische aandoeningen; zes op de tien hebben tenminste twee chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Dit betreft aandoeningen waarvoor men de laatste 12 maanden onder behandeling of controle was van een arts. Onder Marokkaanse, Turkse en Surinaamse ouderen komt multimorbiditeit vaker voor; de percentages zijn respectievelijk 79%, 81% en 71% tegen 57% bij Nederlandse ouderen.

Figuur 3 laat zien dat de verdeling van chronische aandoeningen verschilt per etnische groepering; met name het percentage 65-plussers dat te kampen heeft met vier of meer aandoeningen. Dit percentage is het hoogst onder Turkse 65-plussers (52%), gevolgd door Marokkaanse (46%) en Surinaamse 65-plussers (40%).

Figuur 3 Verdeling van het aantal chronische aandoeningen (*) onder de 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)



*: waarvoor de laatste 12 maanden onder behandeling of controle door een arts

Eén op de vier 65-plussers voelt zich sterk belemmerd door deze chronische aandoeningen. De percentages lopen op van 33% bij de Surinamers, 48% bij de Turken tot 54% bij de Marokkanen. Van de Nederlandse ouderen voelt 23% zich sterk belemmerd door een chronische aandoening.

Meer suikerziekte, hoge bloeddruk en aandoeningen bewegingsapparaat bij niet-westerse ouderen

De drie meest voorkomende chronische aandoeningen onder ouderen in de G4 waarvoor men de laatste 12 maanden onder behandeling of controle was door een arts zijn: hoge bloeddruk, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en suikerziekte (tabel 1). De etnische verschillen in het vóórkomen van deze aandoeningen zijn groot. Onder Surinaamse 65-plussers heeft ruim één op de twee hoge bloeddruk. Eveneens ruim één op de twee Marokkaanse 65-plussers heeft suikerziekte. Het hoogste

percentage aandoeningen aan het bewegingsapparaat zien we onder Turkse 65-plussers (51%).

Vaker beperkingen bij Marokkaanse en Turkse 65-plussers

Bijna vier op de tien 65-plussers in de G4 hebben één of meer functionele beperkingen. Dit wil zeggen dat zij beperkt zijn bij het zien, horen en/of bewegen. Er zijn twee keer zoveel Marokkaanse (70%) en Turkse (73%) ouderen met een functionele beperking dan onder de Nederlandse ouderen (35%) in de vier grote steden.

Bij alle etnische groepen komen problemen met de mobiliteit het meest voor (figuur 4). Wel zijn er verschillen tussen de groepen. Zes op de tien Marokkaanse en Turkse 65-plussers hebben te maken met mobiliteitsproblemen tegen bijna drie op de tien Nederlandse ouderen. Surinaamse ouderen nemen een tussenpositie in.

Tabel 1 Tien meest gerapporteerde chronische ziekten en aandoeningen (*) door 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)

	Nederlands	Marokkaans	Turks	Surinaams	Overig niet-westers	Overig westers	G4
hoge bloeddruk	37	40	40	54	52	36	38
≥ 1 aandoeningen bewegingsapparaat	30	45	51	43	31	25	31
suikerziekte	16	53	35	39	29	15	19
≥ 1 hart- en vaatziekten	15	15	24	21	10	16	16
kanker	12	6	12	5	9	11	11
astma of COPD	11	15	20	13	9	10	11
onvrijwillig urineverlies	8	17	23	16	6	5	9
duizeligheid met vallen	6	18	15	15	7	5	7
ernstige/hardnekkige darmstoornissen	6	12	14	8	4	5	6
chronisch eczeem	3	9	13	5	5	2	3

*: waarvoor de laatste 12 maanden onder behandeling of controle door een arts

Psychosociale gezondheid

Psychosociale problemen, zoals angst, depressie en eenzaamheid, komen bij ouderen vaak voor. Hieronder leest u in hoeverre 65-plussers in de G4 verschillen naar etnische herkomst voor wat betreft het vóórkomen van deze psychosociale problemen.

Turkse en Marokkaanse ouderen vaak psychische klachten

Gemiddeld heeft 45% van de 65-plussers in de G4 matige of ernstige psychische klachten. Eén op de twaalf heeft zelfs ernstige klachten. Dit percentage is het hoogst bij Marokkaanse 65-plussers: drie op de tien hebben ernstige psychische klachten; terwijl dit geldt voor één op de zestien Nederlanders (tabel 2).

Meer eenzaamheid onder niet-westerse ouderen

In de G4 ervaart één op de twee 65-plussers eenzaamheid. Twaalf procent voelt zich zelfs (zeer) ernstig eenzaam. Eenzaamheid komt het vaakst voor onder de Turkse 65-plussers, gevolgd door de Marokkanen en de Surinamers (tabel 2).

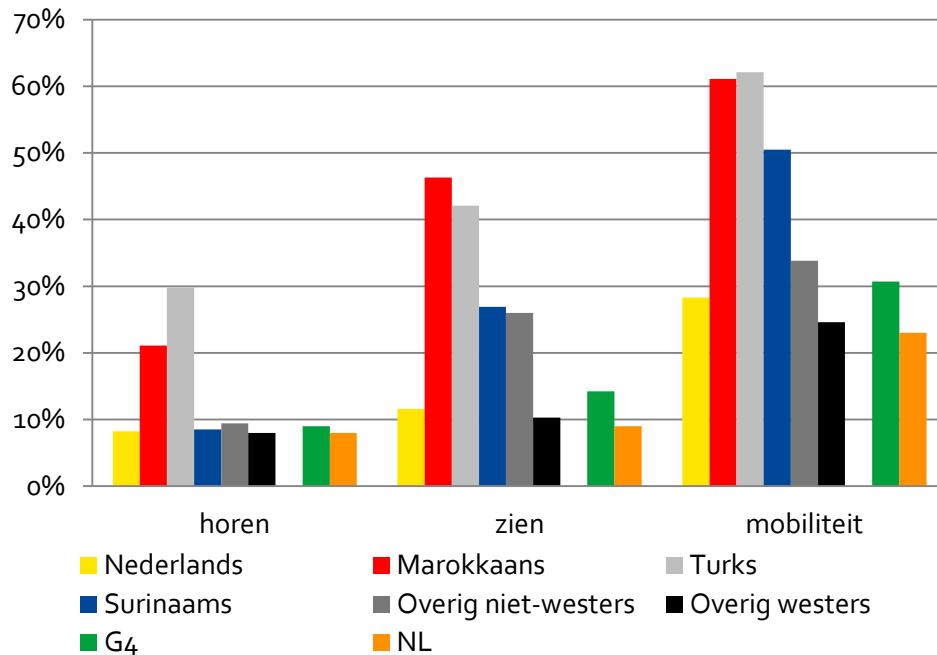
Maken we onderscheid in de twee typen eenzaamheid, de sociale en de emotionele eenzaamheid, dan blijkt het percentage sociaal eenzame 65-plussers veel hoger te liggen dan het percentage emotioneel eenzamen (49% tegen 37%) (figuur 5). Beide typen eenzaamheid komen vaker voor onder niet-westerse ouderen. Turkse ouderen zijn met 62% het vaakst emotioneel eenzaam, gevolgd door Marokkanen (55%) en Surinamers (42%). Het percentage sociaal eenzamen bij niet-westerse ouderen is hoger (variërend van 56% tot 58%) dan onder Nederlandse ouderen (35%).

Definitie van eenzaamheid

Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan betekenisvolle sociale relaties. Er wordt onderscheid gemaakt tussen sociale en emotionele eenzaamheid. Sommige mensen ervaren beiden. Sociale eenzaamheid: iemand heeft minder contact met andere mensen dan hij of zij wenst.

Emotionele eenzaamheid: iemand voelt zich eenzaam door het ontbreken van een hechte, emotionele band met anderen.

Figuur 4 Beperkingen bij horen, zien en mobiliteit onder 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)

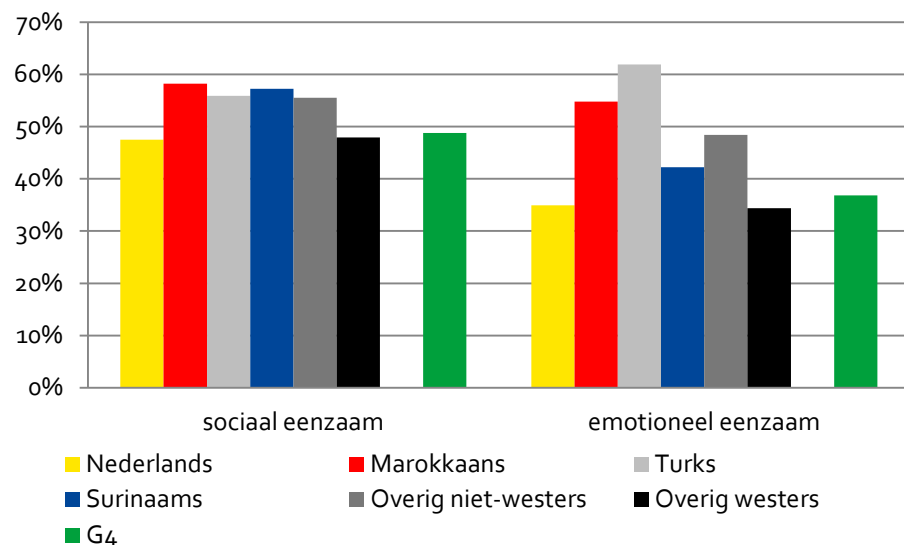


De lichamelijke gezondheid van 65-plussers van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse herkomst blijkt slechter dan die van hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Op enkele uitzonderingen na blijven deze verschillen bestaan als we rekening houden met verschillen in leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status

Tabel 2 Psychosociale gezondheid van 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)

	Nederlands	Marokkaans	Turks	Surinaams	Overig niet-westers	Overig westers	G4	NL
matige of ernstige psychische klachten	43	72	74	57	52	42	45	38
ernstige psychische klachten	6	31	26	15	10	7	8	4
matig en (zeer) ernstig eenzaam	50	64	69	60	61	47	51	45
(zeer) ernstig eenzaam	11	18	21	18	17	12	12	9
weinig regie eigen leven	17	42	36	24	23	18	19	x
matig of sterk sociaal uitgesloten	5	27	24	22	24	6	8	3
voelt zich gediscrimineerd	8	48	30	32	31	16	13	x

Figuur 5 Sociale en emotionele eenzaamheid onder 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)



Beperkte ervaren regie bij niet-westerse ouderen

Bijna één op de vijf 65-plussers ervaart weinig regie over het eigen leven. Vooral Marokkaanse en Turkse ouderen vormen een risicogroep; respectievelijk vier op de tien Marokkaanse en één op de drie Turkse ouderen

ervaren weinig regie over het eigen leven, terwijl dit geldt voor één op de zes Nederlandse ouderen (figuur 6).

Weinig regie over het eigen leven ervaren wil zeggen dat mensen het gevoel hebben dat de omstandigheden hen overkomen en dat zij hierover zelf weinig controle hebben.

Niet-westerse oudere voelt zich vaak sociaal uitgesloten

Het risico op sociale uitsluiting is, met ongeveer één op de vier het grootst bij ouderen met een niet-westerse achtergrond (figuur 6). De percentages variëren van 22% (Surinamers) tot 27% (Marokkanen). Nederlandse ouderen voelen zich het minst sociaal uitgesloten (5%). We spreken van sociale uitsluiting wanneer iemand niet volledig kan deelnemen aan de samenleving. Dit wordt gemeten aan de hand van vragen op verschillende terreinen, zoals sociale contacten en financiële middelen [8].

Niet-westerse ouderen voelen zich vaker gediscrimineerd

Dertien procent van de 65-plussers in de G4 voelt zich wel eens gediscrimineerd. Het percentage ligt hoger bij niet-westerse ouderen dan bij Nederlandse ouderen: het varieert van 30% (Turken) tot 48% (Marokkanen) tegen 8% bij Nederlandse ouderen.

Onder discriminatie verstaan we het benadelen van mensen of groepen (meestal minderheden) op basis van uiteenlopende kenmerken zoals afkomst, ras, geboorteland, geloof, politieke of religieuze overtuigingen, sociale gewoonten, sekse, seksuele geaardheid, taal, handicap, leeftijd, enzovoort.

Leefgewoonten

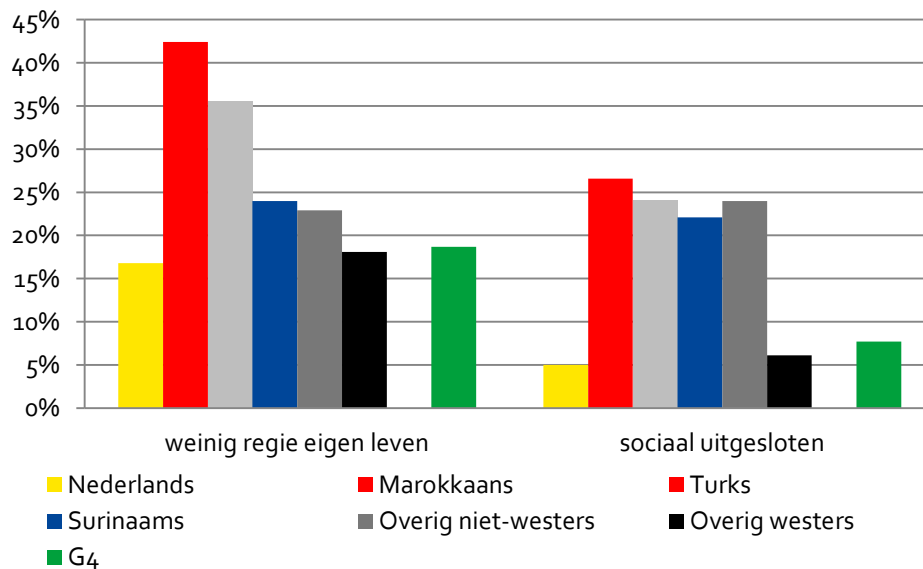
65-plussers met een Marokkaanse, Turkse en Surinaamse achtergrond hebben vaker ernstige psychische klachten, voelen zich vaker eenzaam, vaker sociaal uitgesloten en ervaren vaker een beperkte regie over het eigen leven dan Nederlandse 65-plussers. Als rekening gehouden wordt met de bevolkingsopbouw en de sociaaleconomische status, blijven de meeste waargenomen etnische verschillen voor een groot deel overeind.

Roken, te weinig lichaamsbeweging, overmatig alcoholgebruik en een ongezond voedingspatroon zijn voorbeelden van ongezonde leefgewoonten (zie pagina 10). Betere leefgewoonten verkleinen de kans op sterfte aan verschillende welvaartsaandoeningen, zoals suikerziekte en hart – en vaatziekten. In dit hoofdstuk presenteren we de leefgewoonten van de inwoners in de G4 van 65 jaar en ouder naar etnische herkomst.

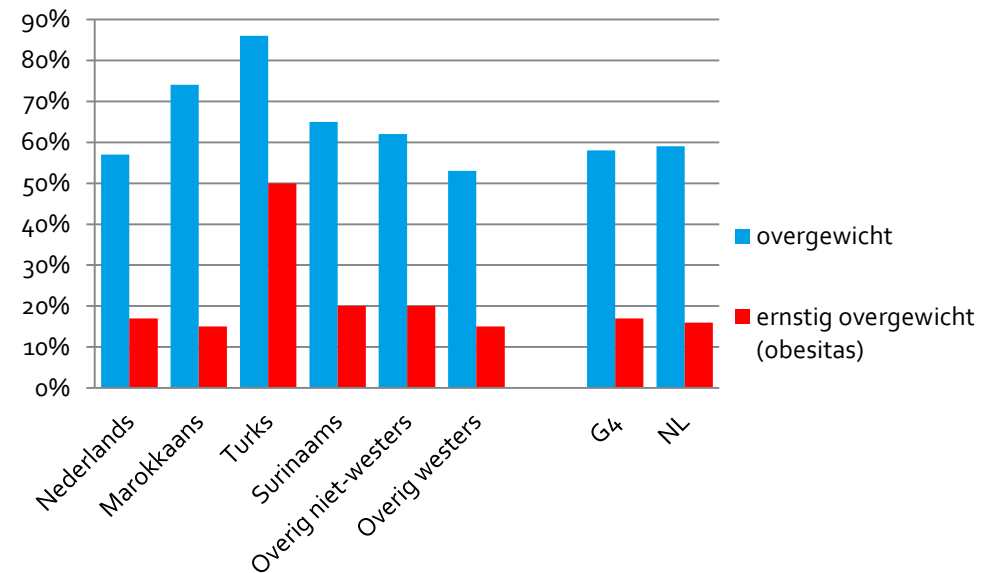
Meerderheid Turkse ouderen heeft overgewicht

Bijna zes op de tien 65-plussers in de G4 hebben overgewicht. Bij 17% is er sprake van ernstig overgewicht (obesitas). De verschillen tussen de etnische groepen zijn echter aanzienlijk (figuur 7). Bij de Turkse 65-plussers heeft zelfs één op de twee ernstig overgewicht, terwijl dat voor 20% van de Surinamers, 17% van de Nederlanders en 15% van de Marokkanen geldt.

Figuur 6 Regie over eigen leven en mate van sociale uitsluiting onder 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)



Figuur 7 Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) bij 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)



Overgewicht neemt toe met het ouder worden. Ook verhoogt overgewicht de kans op diverse chronische aandoeningen zoals suikerziekte, hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten.

Nauwelijks verschil in roken

In de G4 rookt 16% van de 65-plussers. Er zijn geen etnische verschillen in rookgedrag tussen Nederlandse en oudere migranten, met uitzondering van de Marokkaanse ouderen die met 4% het minst roken (tabel 3).

Nederlandse 65-plusser drinkt vaker overmatig

Het alcoholgebruik varieert sterk naar de etnische achtergrond van de ouderen. Van de Nederlanders geeft 77% aan wel eens alcohol te drinken, terwijl dit voor 2% van de Marokkanen geldt. De overige etnische groepen nemen een tussenpositie in met 18% bij de Turkse ouderen oplopend naar 60%.

Nederlandse oudere lichamelijk actiever

Het percentage 65-plussers dat voldoende beweegt is bij de Marokkaanse, Turkse en Surinaamse ouderen van de G4 lager dan onder de Nederlandse ouderen. Zo voldoen twee op de drie Nederlandse ouderen aan de norm gezond bewegen tegen ruim één op de twee ouderen van Marokkaanse, Turkse of Surinaamse achtergrond (tabel 3).

De fitnorm is een zwaardere norm dan de beweegnorm en is vooral gericht op het onderhouden van fysieke fitheid. Het percentage ouderen dat hieraan voldoet is eveneens lager onder niet-westerse migranten, vooral bij de Turkse ouderen (10%).



Tabel 3 Leefgewoonten van 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)

	Nederlands	Marokkaans	Turks	Surinaams	Overig niet-westers	Overig westers	G4	NL
rookt	16	4	16	18	13	17	16	13
alcoholgebruiker	77	2	18	60	56	72	72	77
overmatige drinker	11	<1	2	4	5	10	10	8
beweegt voldoende	65	52	57	56	60	70	65	68
voldoet fitnorm	34	14	10	23	19	35	32	x
eet voldoende groente	48	41	60	53	54	55	50	x
eet voldoende fruit	55	53	57	59	62	59	56	x

Nederlandse 65-plussers drinken vaker overmatig maar zijn lichamelijk actiever en hebben minder overgewicht dan Marokkaanse, Turkse en Surinaamse 65-plussers. Deze verschillen zijn deels te verklaren door de sociaal demografische factoren leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen.

Bijna geen etnische verschillen in groente- en fruitconsumptie

Gemiddeld eet de helft van de oudere inwoners van de G4 voldoende groente en iets meer dan de helft voldoende fruit. Turkse 65-plussers voldoen vaker aan de groentenorm dan overige etnische groepen. Er zijn geen opvallende verschillen in de mate waarin 65-plussers aan de fruitnorm voldoen. De consumptie van voldoende groente en fruit is een indicator voor een gezond voedingspatroon. Een gezond voedingspatroon kan het risico op overgewicht en hart- en vaatziekten verkleinen. Vanwege de grote verschillen in de voedingsgewoonten tussen de etnische groepen, is het hanteren van deze indicator als enige bron van informatie onvoldoende. Aardappelen bijvoorbeeld worden binnen het Nederlandse voedingspatroon niet als groente gezien, terwijl dit in andere eetculturen wel het geval is.

Definitie van leefgewoonten

Overgewicht wordt bepaald m.b.v. Body Mass Index (BMI: lichaamsgewicht (kg) / lengte² (m²)). Overgewicht: BMI \geq 25 kg/m²; ernstig overgewicht (obesitas): BMI \geq 30 kg/m².

Overmatig alcohol gebruik: wekelijks meer dan 21 glazen (mannen) of meer dan 14 glazen (vrouwen).

Nederlandse norm gezond bewegen: minimaal een half uur per dag matig intensief lichamelijk actief op tenminste vijf dagen van de week.

Fitnorm: tenminste 3 keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit.

Fruitnorm: twee stuks fruit per dag waarvan één stuk vervangen mag worden door een glas vruchtensap;

Groentenorm: 150-200 gram groente per dag.

Zorg en omgeving

In dit hoofdstuk vindt u informatie over vrijwilligerswerk en mantelzorg: de belangrijkste vormen van maatschappelijke participatie vanaf 65 jaar. Verder leest u of er etnische verschillen zijn in het gebruik van huisartsenzorg en in de mate van tevredenheid met de eigen leefomgeving.

Gebruik huisartszorg groot

De huisarts is voor veel mensen het eerste aanspreekpunt voor vragen over gezondheid en ziekte, in het bijzonder voor ouderen. Vrijwel alle 65-plussers met een niet-westerse achtergrond hebben contact gehad met de eigen huisarts in het jaar voorafgaand aan het onderzoek. Het percentage is met 96% het hoogst onder Turkse ouderen, gevolgd door de Marokkanen (94%) en de Surinamers (90%); onder de Nederlandse ouderen heeft 84% contact gehad met de eigen huisarts.

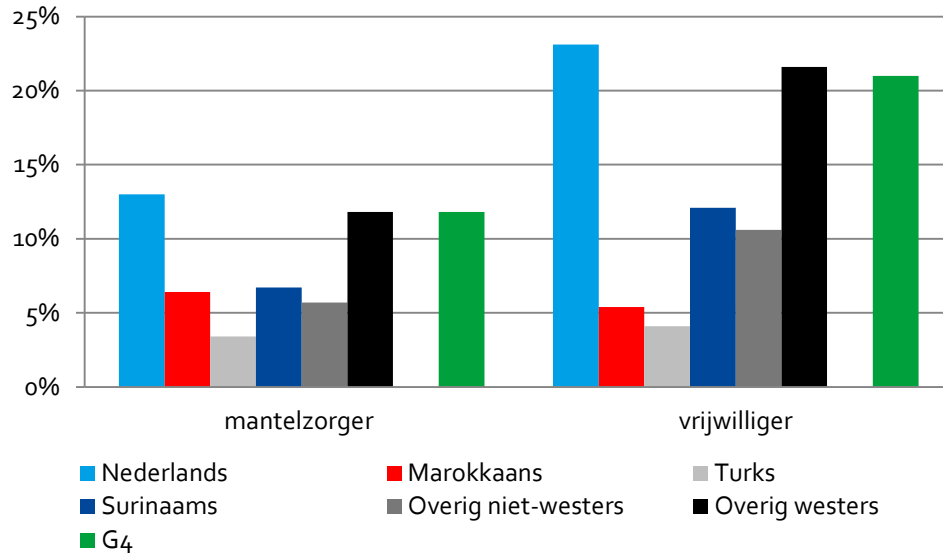
Nederlandse oudere vaker mantelzorg of vrijwilliger

Nederlandse 65-plussers zijn vaker mantelzorg (13%) of vrijwilliger (23%) dan 65-plussers met een niet-westerse herkomst. Het laagste percentage dat mantelzorg verleent of vrijwilligerswerk doet, zien we onder de Turkse ouderen: 3% is mantelzorg en 4% is actief als vrijwilliger (figuur 8). We spreken van mantelzorg als men langdurig (minimaal 8 uur per week of langer dan 3 maanden) zorgt voor een bekende die (chronisch) ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Vrijwilligerswerk is het in georganiseerd verband verrichten van vrijwilligersactiviteiten.

Marokkaanse, Turkse en Surinaamse ouderen gaan vaker naar de huisarts en zijn minder vaak mantelzorg of vrijwilliger dan Nederlandse ouderen. Deze verschillen zijn maar deels te verklaren door leeftijd, geslacht of sociaaleconomische status. De waargenomen verschillen in tevredenheid over de eigen woning en de woonomgeving zijn eveneens groot en kunnen niet geheel worden verklaard door relevante achtergrondkenmerken.

De etnische verschillen in het verlenen van mantelzorg kunnen niet alleen door verschillen in gezondheid verklaard worden (minder gezonde mensen zijn minder in staat mantelzorg te verlenen), maar hebben mogelijk ook te maken met (verschillen in) de interpretatie van het begrip mantelzorg.

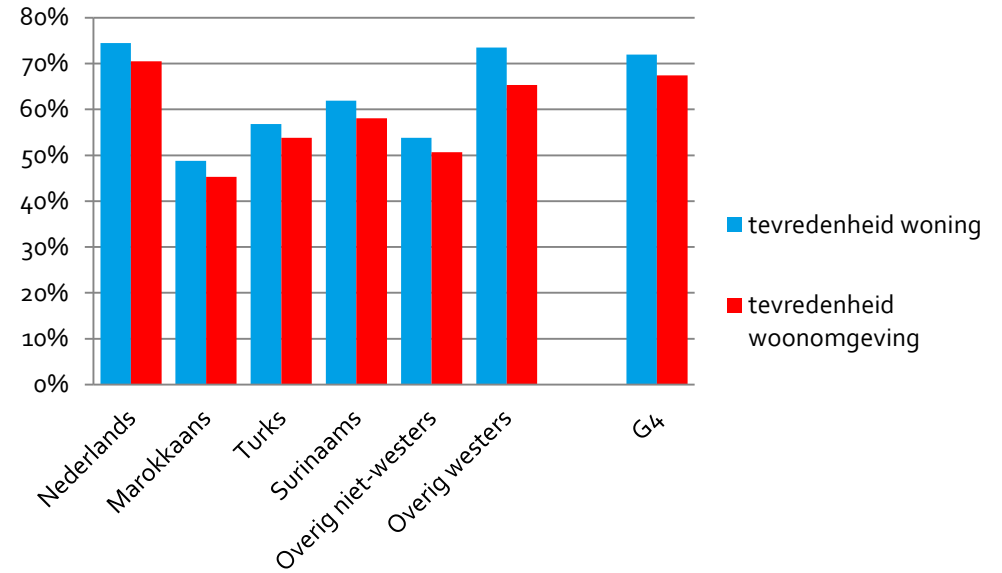
Figuur 8 Vrijwilligerswerk en mantelzorg onder 65-plussers in de G4 naar etnische herkomst (%)



Niet-westerse migrant minder tevreden over leefomgeving

Het merendeel van de inwoners van 65 jaar en ouder in de G4 is tevreden over hun leefomgeving: 67% geeft een acht of hoger voor de eigen woning. En 72% geeft een vergelijkbaar rapportcijfer voor de woonomgeving. De tevredenheid over de eigen woning is onder niet-westerse ouderen lager en varieert tussen 49% (Marokkanen) en 62% (Surinamers). Turkse 65-plussers nemen met 57% een tussenpositie in. De etnische verschillen in tevredenheid met de woonomgeving vertoont een vergelijkbaar patroon. Ouderen met een niet-westerse achtergrond zijn minder tevreden met hun woonomgeving dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten (figuur 9).

Figuur 9 Tevredenheid 65-plussers in de G4 met hun leefomgeving naar etnische herkomst (%)



Conclusie

Uit de resultaten gepresenteerd in deze factsheet blijkt dat oudere migranten met een niet-westerse achtergrond vaker in een ongunstige lichamelijke en psychosociale gezondheidstoestand verkeren dan Nederlandse ouderen. Ze beoordelen de eigen gezondheid vaak slechter, hebben vaker last van chronische ziekten zoals suikerziekte, hoge bloeddruk en aandoeningen aan het bewegingsapparaat, en vaker te maken met lichamelijke beperkingen bij het bewegen, zien of horen. Verder blijken Marokkaanse, Turkse en Surinaamse ouderen vaker onvoldoende regie te ervaren over hun eigen leven en minder vaak mantelzorg te verlenen of actief te zijn als vrijwilliger. Wat de leefgewoonten betreft, scoren ze soms juist gunstiger (alcoholgebruik) dan Nederlandse ouderen en soms niet (bewegen en overgewicht). Maar ook onderling verschillen de niet-westerse ouderen voor wat betreft de mate waarin bepaalde gezondheidsproblemen vóórkomen.

Het merendeel van de bovengenoemde verschillen staat los van leeftijd, geslacht of sociaaleconomische status. Dit betekent dat niet-westerse mannen en vrouwen van 65 jaar of ouder een slechtere lichamelijke en psychosociale gezondheid hebben dan Nederlandse leeftijdsgenoten in een vergelijkbare sociaaleconomische situatie.

De resultaten in deze factsheet zijn gebaseerd op de Gezondheidsenquêtes volwassenen en ouderen 2012. Deze gezondheidsenquêtes vormen een belangrijke informatiebron op basis waarvan het gezondheidsbeleid van de gemeenten wordt uitgestippeld. Gemeenten kunnen de resultaten in deze factsheet onder meer gebruiken als achtergrondinformatie voor de lokale situatie, bijvoorbeeld om een beeld te krijgen van de gezondheidstoestand, de beperkingen en de leefgewoonten van ouderen van een bepaalde etnische achtergrond, met name in buurten en wijken waar deze oververtegenwoordigd zijn.



Verantwoording

De gezondheidsenquête volwassenen en ouderen is een vierjaarlijks grootschalig onderzoek van de GGD 'en naar gezondheid, welzijn en leefstijl onder zelfstandig wonende inwoners van de gemeente. Dit onderzoek helpt de gemeente bij het opstellen van het gezondheidsbeleid en geeft achtergrondinformatie voor het plannen en uitvoeren van gezondheidsbevordering.

De resultaten in deze factsheet zijn gebaseerd op de gezamenlijke gezondheidsenquêtes onder de volwassen bevolking van 19 jaar en ouder van de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht uit 2012. De dataverzameling bestond uit verschillende, grotendeels overlappende, vragenlijsten. Naast de landelijke samenwerking en afstemming met het RIVM en het CBS, hebben de GGD 'en c.q. afdelingen Volksgezondheid van de G4 in 2012 aanvullende afspraken gemaakt om de inhoud van de vragenlijsten en de uitvoering van het onderzoek zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen. Potentiële respondenten konden in alle steden deelnemen door middel van een digitale of een schriftelijke vragenlijst. Daarnaast werd, waar nodig, hulp aangeboden bij het invullen van de vragenlijsten. Een deel van de onderzoekspopulatie is in elke stad aanvullend benaderd met een huisbezoek, of een mondeling of telefonisch interview. Moeilijk bereikbare doelgroepen zoals eerste generatie migranten werden zoveel mogelijk in de eigen taal benaderd.

Van de 19.386 inwoners van 65 jaar en ouder die benaderd zijn (Amsterdam, n=4.595; Den Haag, n=4.447; Rotterdam, n= 9.258; Utrecht, n=1.086), hebben in totaal 10.960 de vragenlijsten ingevuld. Hiervan waren 8.469 Nederlanders, 1.181 overige westerse allochtonen, 193 Marokkanen, 199 Turken, 595 Surinamers en 323 overige niet-westerse allochtonen. De respons onder de 65-plussers was vergelijkbaar in de G4 en varieerde tussen 54% (Amsterdam), 56% (Rotterdam) tot 57% (Den

De responscijfers onder de niet-westerse ouderen waren in alle steden lager: deze schommelde tussen 23% en 35% bij de Marokkanen, 28% en 33% bij de Turken en 31% en 55% bij de Surinamers. Een overzicht van de achtergrondkenmerken van de ouderen naar etnische herkomst staat in tabel 4.

De cijfers en figuren in deze factsheet worden gepresenteerd naar herkomstgroepering en voor zover beschikbaar, aangevuld met G4 en landelijke cijfers [9]. In de afzonderlijke gezondheidsenquêtes van elke gemeente zitten echter te weinig oudere migranten om uitspraken te kunnen doen per etnische achtergrond. Daarom worden de data van de G4 steden samengenomen en kunnen geen uitspraken worden gedaan over de afzonderlijke steden.

Om de te verwachten verschillen tussen de groepen nader te verklaren, is rekening gehouden met verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw en sociaaleconomische status.

De gegevens zijn gewogen naar de bevolkingssamenstelling en hierdoor zoveel mogelijk representatief voor de oudere bevolking van de vier grote steden.

Tabel 4 Achtergrondkenmerken van de 65-plussers in de onderzoekspopulatie naar etnische herkomst (gewogen %)

	Nederlands n=8.469	Marokkaans n=193	Turks n=199	Surinaams n=595	Overig niet- westers n=323	Overig westers n=1.181	G4 n=10.960
geslacht							
man	42	66	58	42	51	45	44
vrouw	58	34	42	58	49	55	57
leeftijd							
65-74 jaar	52	76	75	70	73	56	56
75-84 jaar	35	24	25	26	25	36	34
85+	13	0	0	4	2	9	11
herkomst							
Nederlands	100	xx	xx	xx	xx	xx	72
eerste generatie	xx	100	100	94	96	56	21
tweede generatie	xx	0	0	6	4	44	7
burgerlijke staat							
gehuwd, samenwonend	51	77	66	32	46	48	51
ongehuwd, nooit gehuwd geweest	9	<1	<1	15	13	12	9
gescheiden	12	6	9	33	23	18	14
weduwe, weduwnaar	28	17	25	20	18	23	26
opleiding							
laagst (LO)	17	87	74	39	45	13	21
laag (MAVO, LBO)	46	10	14	36	22	34	42
midden (HAVO, VWO)	18	2	10	12	14	22	18
hoog (HBO, WO)	18	1	2	12	18	31	19
inkomen							
maximaal €15.200	12	43	60	37	46	15	17
€15.200-€19.400	31	37	24	32	23	25	30
€19.400-€24.200	23	14	8	12	13	21	21
€24.200-€31.000	18	5	8	12	9	15	16
minimaal €31.000	16	2	1	8	9	24	16
overige achtergrondkenmerken							
leeft van alleen AOW	21	72	85	47	55	19	26
heeft moeite met rondkomen	17	67	64	50	47	18	22
woont in achterstandswijk	27	64	79	52	57	25	31
gemeente							
Amsterdam	31	44	36	38	30	37	33
Den Haag	22	12	21	29	27	32	24
Rotterdam	35	15	36	30	39	22	32
Utrecht	12	29	8	4	4	9	11

Bronnen

1. Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD'en, CBS en RIVM in de Zorgatlas. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas, 12 maart 2014.
2. CBS: <http://statline.cbs.nl> [geraadpleegd op: 1 juli 2015]
3. Draak den, M. Klerk de, M. Oudere migranten: Kennis en kennislacunes. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.
4. CBS: <http://www.cbs.nl>.
5. Poort EC. Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam '99-'00: gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik: Amsterdamse gezondheidsmonitor 1999-2000. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2001.
6. Schellingerhout R. (red.). Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2004.
7. Pharos. Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf. Utrecht: Pharos -UMCU/NUZO-AMC, 2015.
8. Bergen van APL, Hoff SJM, Ameijden van EJC, Hemert van AM. Measuring Social Exclusion in Routine Public Health Surveys: Construction of a Multidimensional Instrument. PLoS ONE;9(5):2014,e98680.doi:10.1371/journal.pone.0098680.
9. Tabellenboek G4 Gezondheidsmonitor 2012. GGD Amsterdam, GGD Haaglanden, GGD Rotterdam-Rijnmond, Gemeente Utrecht/Volksgezondheid. [herziende versie] 2014.

Colofon

Auteurs: dr.ir. Fatima El Fakiri¹
drs. Jessica Bouwman-Notenboom²

Vormgeving: Anton Janssen¹

Fotografie: Annelies van Brink

Contact: dr.ir. Fatima El Fakiri

Telefoon: 020-555 54 95

Email: fefakiri@ggd.amsterdam.nl

Website: ggd.amsterdam.nl

Uitgave datum: oktober, 2015

Uitgave GGD Amsterdam i.s.m. GGD Haaglanden, GGD Rotterdam-Rijnmond en Gemeente Utrecht/ Volksgezondheid

1: GGD Amsterdam, afdeling Epidemiologie & Gezondheidsbevordering
2: Gemeente Utrecht, Volksgezondheid