

Toen ik hier kwam was ik kerngezond

Toen ik hier kwam was ik kerngezond

De gezondheid van Turken in Nederland

I WAS HEALTHY WHEN I CAME HERE
THE HEALTH SITUATION OF TURKS IN THE NETHERLANDS

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus
Prof. dr. A.H.G. Rinnooy Kan
en volgens besluit van het College van Dekanen.
De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 10 mei 1989 om 15.45 uur

door

HENRIËTTA PETRINA UNIKEN VENEMA
geboren te Waalre

PROMOTIECOMMISSIE

PROMOTOR: PROF. DR. P.J. VAN DER MAAS

OVERIGE LEDEN: PROF. DR. H.J. DOKTER

PROF. DR. J. HUISMAN

PROF. DR. A.J.F. KÖBBEN

CO-PROMOTOR: DR. H.F.L. GARRETSSEN

Inhoudsopgave

Woord vooraf	11
Hoofdstuk I Doel, vraagstelling en belangrijkste begrippen	13
1.1 Achtergronden van het onderzoek	13
1.2. Doel en vraagstellingen	14
1.3. Bronnen van informatie	15
1.4. Samenwerking	16
1.5. Belang van het onderwerp	16
1.6. Centrale begrippen, gezondheid en ziektegedrag	17
1.6.1. Wat is gezondheid?	17
1.6.2. Lichamelijke en geestelijke gezondheid	19
1.6.3. Ziektegedrag	20
1.7. Samenvatting	21
Hoofdstuk II Wat is er al bekend over de gezondheid en het ziektegedrag van Turken in Nederland?	23
2.1. Inleiding	23
2.2. De gezondheid van Turken in Nederland	23
2.2.1. De gezondheidstoestand	23
2.2.2. Ervaren gezondheid	28
2.3. Geestelijke gezondheid	29
2.4. Het ziektegedrag van Turken in Nederland	29
2.5. Ervaringen van hulpverleners	31
2.6. Samenvatting en conclusies	33
Hoofdstuk III Opzet en uitvoering van het onderzoek	35
3.1. Inleiding	35
3.2. De onderzoeksmethode	35
3.2.1. Het meten van gezondheid en ziektegedrag	35
3.2.2. Werkwijze in het huidige onderzoek	36
3.2.3. De gestructureerde interviews	37
3.2.4. De half-gestructureerde interviews	39
3.3. De onderzoeksopzet	39
3.4. De selectie van de onderzoeksgroepen	40

3.4.1. De Turkse onderzoeksgroep	40
3.4.2. De Nederlandse vergelijkingsgroep	41
3.4.3. Selectie van respondenten voor de half-gestructureerde interviews	42
3.5. De uitvoering van de gestructureerde interviews	42
3.5.1. De procedure	42
3.5.2. De interviewsituatie	43
3.6. De uitvoering van de half-gestructureerde interviews	45
3.7. Non-respons	45
3.8. Verwerking van de gegevens, statistische aspecten	47
3.8.1. Vergelijking van de resultaten van Turkse en Nederlandse respondenten	47
3.8.2. Verbanden tussen (groepen van) variabelen	48
3.9. Samenvatting	52
Hoofdstuk IV Validiteit en betrouwbaarheid	55
4.1. Inleiding	55
4.2. Validiteit	55
4.2.1. Algemene aspecten	55
4.2.2. Validiteit in dit onderzoek	56
4.3. Betrouwbaarheid	59
4.3.1. Algemene aspecten	59
4.3.2. Betrouwbaarheid in dit onderzoek	59
4.4. Samenvatting en conclusies	62
Hoofdstuk V De onderzoeksgroepen	65
5.1. Inleiding	65
5.2. Een beknopte typering van de Turkse en de Nederlandse onderzoeksgroep	66
5.2.1. Samenstelling van de onderzoeksgroep naar leeftijd en geslacht	66
5.2.2. Gezinssituatie	66
5.2.3. Huisvesting	67
5.2.4. Sociale contacten	68
5.2.5. "Dagelijks werk"	69
5.2.6. Sociaal-economische status	70
5.2.7. Het herkomstland, Turkije	72
5.2.8. Gerichtheid op Turkije	76
5.2.9. Taalbeheersing	77
5.3. De vergelijkbaarheid van Turken en Nederlanders	78
5.4. Representativiteit van de gegevens	79
5.4.1. Algemeen	79

5.4.2. Geslacht	79
5.4.3. Leeftijdsopbouw	80
5.4.4. Huisvesting	81
5.4.5. Burgerlijke staat	83
5.4.6. Arbeidssituatie	83
5.4.7. Conclusie	84
5.5. Samenvatting	84
Hoofdstuk VI De gezondheidstoestand	87
6.1. Inleiding	87
6.2. De gezondheidstoestand van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam	87
6.2.1. Het vóórkomen van chronische aandoeningen	87
6.2.2. Aard van de chronische aandoeningen	91
6.2.3. Ziekte in de veertien dagen voorafgaand aan het interview	94
6.2.4. Aard van de klachten	94
6.3. De gezondheidstoestand van Turkse inwoners van Antwerpen	96
6.3.1. Overeenkomsten en verschillen tussen de projecten uit Antwerpen en Rotterdam	96
6.3.2. Chronische aandoeningen van Turkse inwoners van Antwerpen en Rotterdam vergeleken	97
6.3.3. klachten uit de afgelopen veertien dagen vergeleken	98
6.4. Samenvatting en conclusies	98
Hoofdstuk VII De ervaren gezondheid	101
7.1. Inleiding	101
7.2. De ervaren gezondheid van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam	101
7.2.1. Algemene beoordeling van de eigen gezondheid	101
7.2.2. Gepercipieerde ernst van de aandoeningen uit de afgelopen veertien dagen	104
7.2.3. De VOEG	104
7.3. De ervaren gezondheid van Turkse inwoners van Rotterdam en Antwerpen vergeleken	106
7.3.1. De algemene beoordeling van de eigen gezondheid	106
7.3.2. Gemiddelde VOEG-scores	106
7.3.3. Ernst van de klachten uit de afgelopen veertien dagen	107
7.4. Samenvatting en conclusies	107

Hoofdstuk VIII Determinanten van gezondheid	109
8.1. Inleiding	109
8.2. Een ordening van determinanten van gezondheid	110
8.3. Individuele kenmerken	113
8.3.1. Leeftijd en geslacht	113
8.3.2. Sociaal-economische status	113
8.3.3. Riskante gewoonten	115
8.3.4. Probleem oplossend vermogen	116
8.4. Omgevingskenmerken	116
8.4.1. Huisvesting	116
8.4.2. Klimaat	117
8.4.3. Werk	117
8.4.4. Voorzieningen	119
8.4.5. Sociale contacten	119
8.5. Factoren die te maken hebben met de migratie	120
8.5.1. De situatie in het land van herkomst	120
8.5.2. De omstandigheden van de migratie	121
8.5.3. De situatie in het land van ontvangst	121
8.6. Opvattingen over oorzaken van ziekte bij respondenten	126
8.7. Alternatieve verklaringen	130
8.8. Samenvatting en conclusies	131
Hoofdstuk IX Ziektegedrag van Turken en Nederlanders	133
9.1. Inleiding	133
9.2. Het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam	133
9.2.1. Ziektegedrag in de twee weken voorafgaand aan het interview	133
9.2.2. Gebruik van eerstelijns voorzieningen	134
9.2.3. Medisch specialisten	137
9.2.4. Het ziekenhuis	138
9.2.5. Geneesmiddelen	138
9.2.6. "Traditionele" en "alternatieve" genezers	140
9.2.7. Gebruik van Turkse voorzieningen	141
9.2.8. Verzuim wegens ziekte	142
9.3. Het ziektegedrag van Turkse inwoners van Rotterdam en Antwerpen vergeleken	143
9.3.1. Ziektegedrag in de twee weken voorafgaand aan het interview	143
9.3.2. Bezoek aan de huisarts	143
9.3.3. Bezoek aan de tandarts	144

9.3.4. Raadpleging van medisch specialisten	144
9.3.5. Ziekenhuisopname	145
9.4. Samenvatting en conclusies	145
Hoofdstuk X Determinanten van ziektegedrag	147
10.1. Inleiding	147
10.2. Een ordening van determinanten	147
10.3. Consumptiemogelijkheid	149
10.3.1. Het aanbod van voorzieningen	149
10.3.2. Toegankelijkheid	149
10.4. Noodzaak	152
10.5. Geneigdheid	155
10.5.1. Demografische kenmerken	155
10.5.2. Sociale structuur	155
10.5.3. Sociaal psychologische kenmerken	156
10.6. Samenvatting en conclusies	161
Hoofdstuk XI Het gemeentelijk beleid	163
11.1. Inleiding	163
11.2. Mogelijkheden en beperkingen van een gemeentelijk beleid gericht op de gezondheid van migranten	163
11.2.1. Het (van overheidswege) georganiseerde minderheden-beleid, structuur en organisatie	163
11.2.2. Het minderhedenbeleid inhoudelijk	165
11.2.3. Volksgezondheidsbeleid, structuur en organisatie	166
11.2.4. Het volksgezondheidsbeleid inhoudelijk	167
11.2.5. De zorg voor de gezondheid van migranten op lokaal niveau	168
11.3. Het beleid van de gemeente Rotterdam	168
11.4. Samenvatting	172
Hoofdstuk XII Conclusies en aanbevelingen	175
12.1. Inleiding	175
12.2. De gezondheidsenquête als onderzoeksinstrument	175
12.3. Verschillen in gezondheid en ziektegedrag	175
12.4. Verklaringen van verschillen	176
12.5. Aanbevelingen met betrekking tot gemeentelijk beleid	177
12.5.1. Inleiding	177
12.5.2. Algemene uitgangspunten	178
12.5.3. Vijf circuits van zorg	178
12.6. Samenvatting	181

Summary	183
Literatuur	187
Bijlagen	197
Gezondheidsonderzoek Rotterdam 1986	221
Curriculum vitae	269

Woord vooraf

Dit boek bevat informatie over de gezondheid en het ziektegedrag van Turken in Nederland. Het is gebaseerd op een vergelijking van de gezondheidssituatie van Turken in Rotterdam met die van Nederlandse inwoners van deze stad. Daarnaast werd de gezondheid van Turkse inwoners van Rotterdam vergeleken met die van Turkse inwoners van Antwerpen. Deze informatie is voor een belangrijk deel ontleend aan een onderzoek dat van 1985 tot 1987 werd uitgevoerd. Behalve deze onderzoeksresultaten wordt ook een overzicht gepresenteerd van de belangrijkste literatuur op het gebied van gezondheid en migranten en er wordt een poging gedaan om verschillen tussen de onderzoeksgroepen te verklaren. Ook wordt ingegaan op de implicaties van deze studie voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Het onderzoek waarop een belangrijk deel van de informatie uit dit boek is gebaseerd werd gesubsidieerd door het Praeventiefonds. De verdere bewerking van de gegevens die nodig waren voor de totstandkoming van dit boek werd mogelijk gemaakt door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst van Rotterdam. Voor de inhoudelijke begeleiding ben ik veel dank verschuldigd aan mijn promotor en copromotor, respectievelijk Prof. dr. P.J. van der Maas en dr. H.F.L. Garretsen.

Verder dank ik J. Hoogendoorn, dr. W.C.J. Koot, dr. R.F. Peeters, drs. P. M.J. Selter en drs J.H.M. Teeuwen voor hun waardevolle inbreng bij het tot stand komen van dit boek.

Ook nog niet genoemde leden van de begeleidingscommissie van het onderzoek hebben bijgedragen aan het welslagen van het project: M. Asraoui, R. Dumlugöl, drs. C. de Kloet, dr. R. Slooff en drs. A.J.J. Voorham.

Een aantal fasen in het onderzoek werden onder zeer grote tijdsdruk uitgevoerd. Dat het project in deze fase niet in een chaos is geëindigd is in belangrijke mate te danken aan de inzet van medewerkers van het Bureau Ondersteuning Projecten (M. C.C. Arkestein, C. Kooiman, R. van Kooy, J.C. Leuring-Tode, C. Smitshoek, Th.K. Stoter en E. B. van Tiel) en van het secretariaat van de afdeling epidemiologie (A. Onderdelinden, C.J. de Hooze-Breen en S. Laurens).

De lay-out van dit boek werd uitstekend verzorgd door I. de Graaf van Astra-Com.

Tenslotte bedank ik alle nog niet genoemde personen die op enigerlei wijze hebben bijgedragen aan dit boek.

Utrecht, maart 1989

I Doel, vraagstelling en belangrijkste begrippen

1.1 Achtergronden van het onderzoek

In de jaren rond 1960 kwam een groot aantal mannen uit Turkije en Marokko naar Nederland om hier te werken. Ieder die zich destijds vanuit een van de wervingslanden kandidaat stelde voor het werken bij een Nederlands bedrijf werd in het land van herkomst onderworpen aan een medische keuring. In Nederland ging men er daarom vanuit dat ieder die deze keuring had doorstaan over een goede gezondheid beschikte. Er was dan ook weinig nadere belangstelling voor de gezondheid van deze groep arbeidsmigranten, temeer daar aanvankelijk werd aangenomen dat het verblijf in Nederland tijdelijk zou zijn. Voor zover er wel iets voor deze groep werd ondernomen betrof dat vooral het voorkómen van de import van besmettelijke ziekten zoals tuberculose, die in de herkomstlanden wel, en in Nederland nauwelijks meer voorkwamen.

Het verblijf van deze arbeidsmigranten bleek echter veel minder tijdelijk dan aanvankelijk werd gedacht. Gezinshereniging, de overkomst van gezinnen van de arbeidsmigranten, bracht ook vrouwen en kinderen naar Nederland. Dit had belangrijke consequenties voor de leeftijds- en geslachtsopbouw van de migrantengroepen in Nederland. De migrantenpopulatie bestond niet langer meer uit jonge (en gezonde) mannen.

Deze min of meer permanente aanwezigheid van grote aantallen buitenlandse gezinnen in Nederland had belangrijke gevolgen op allerlei terreinen: in het onderwijs, op het gebied van huisvesting, in het welzijnswerk, op de arbeidsmarkt en uiteraard ook in de gezondheidszorg. Op verschillende niveaus werden beleidsplannen opgesteld; de rijksoverheid vervulde hierbij een centrale coördinerende rol.

Aanvankelijk werden vooral taalproblemen en het andere cultuurpatroon van de migranten gezien als factoren die zorgden voor problemen bij de intrede van migranten in de Nederlandse samenleving. In de laatste jaren bestaat vooral bezorgdheid over de lage sociaal-economische positie die migranten innemen. Beleidsdoelstellingen zijn er vooral op gericht om de positie op de arbeidsmarkt, in de huisvesting en in het onderwijs te verbeteren.

De volksgezondheid heeft, in vergelijking met bovengenoemde beleidsterreinen, steeds een lage prioriteit gekregen in het minderhedenbeleid. Waren er op dat terrein geen problemen, zoals aanvankelijk verondersteld? Of kwamen knelpunten op dit terrein uitsluitend voort uit problemen op bovengenoemde terreinen?

Wanneer we voor de beantwoording van deze vragen afgaan op publikaties geschreven door of over hulpverleners dan lijkt het haast ongelooflijk dat aanvankelijk werd geloofd dat de zorg voor de gezondheid van migranten geen problemen zou opleveren. Het is inmiddels vrijwel ondoenlijk om nog het overzicht te behouden over de talloze artikelen en boeken die geschreven zijn over de gezondheidszorg voor en de gezondheid van migranten. Veel van deze publikaties zijn geschreven door mensen die in de praktijk van de hulpverlening aan migranten grote problemen ervaren. Vaak wordt gesteld dat migranten zich met "andere" ziekteverschijnselen presenteren aan de Nederlandse gezondheidszorg en andere opvattingen hebben over oorzaken van ziekte en over genezing. Verder staan volgens hulpverleners taalproblemen adequate hulpverlening in de weg.

De conclusie lijkt dus gerechtvaardigd dat er, in elk geval bij hulpverleners, problemen zijn met betrekking tot de zorg voor de gezondheid van migranten. Er is echter nog onvoldoende informatie om een goede analyse van de situatie te geven. Over problemen die migranten zelf ervaren met hun gezondheid of met de Nederlandse gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld nauwelijks representatieve gegevens bekend.

Deze gebrekkige kennis maakt het moeilijk om te bepalen of, en zo ja op welke wijze, extra inspanningen gewenst zijn om de gezondheid van en de hulpverlening aan migranten te verbeteren. Bij de Gezondheidsdienst van de gemeente Rotterdam was dit de aanleiding om in 1985 het initiatief te nemen tot een onderzoek naar de gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam.

De keuze voor de Turkse bevolkingsgroep was gebaseerd op de overweging dat dit in Rotterdam de grootste mediterrane migrantengroep is. Bij deze beslissing speelde ook een belangrijke rol dat aansluiting gezocht kon worden bij vergelijkbare initiatieven in Duitsland (Heidelberg) en België (Antwerpen).

De gegevens uit dit onderzoek, aangevuld met literatuurstudie, vormen de belangrijkste basis voor dit boek.

1.2 Doel en vraagstellingen

Het doel van het onderzoek is na te gaan of en zo ja in welke opzichten de gezondheid of het ziektegedrag van Turkse inwoners van Rotterdam afwijkt van die van autochtone inwoners in een vergelijkbare sociaal-economische situatie.

Hierbij is duidelijk hoe verschillen in gezondheid geëvalueerd moeten worden: een goede gezondheid is nastrevenswaardig en als zou blijken dat Turkse inwoners van Rotterdam een slechtere gezondheid hebben dan Nederlandse dan moeten beleidsinspanningen worden gericht op het verbeteren van de gezondheid van Turken.

Bij ziektegedrag is dit minder duidelijk. We raken daarmee aan het vraagstuk van evenredigheid en toegankelijkheid. Van evenredigheid zou sprake zijn wanneer Turken even vaak als Nederlanders gebruik maken van dezelfde voorzieningen (Veenman 1987). De term toegankelijkheid duidt op de mate waarin groepen de mogelijkheid hebben om overeenkomstig hun behoeften of wensen gebruik te maken van voorzieningen. Hieraan kunnen bovendien een subjectieve en een objectieve component worden onderscheiden. De objectieve component heeft betrekking op de feitelijke noodzaak tot gebruik van voorzieningen; de subjectieve component betreft de ervaren behoefte eraan. Het "onderzoeken van verschillen in ziektegedrag" dat als doelstelling van dit onderzoek werd geformuleerd suggereert een evenredigheidstoets. Waar het feitelijk om gaat is de toegankelijkheid. Als wordt gevonden dat Turken meer of minder gebruik maken van bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen is dat gegeven alléén nog geen reden tot actie. Pas als blijkt dat er sprake is van geringe toegankelijkheid is er aanleiding tot bezorgdheid.

De onderzoeksvragen luiden:

1. Is er verschil tussen de gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en autochtone inwoners van Rotterdam?
2. Wat zijn verklaringen voor eventuele verschillen? Hebben deze te maken met een andere verdeling van dezelfde risicofactoren of zijn er fundamenteel andere gezondheidsrisico's?
3. Welke consequenties hebben de antwoorden op de eerste twee vragen voor het gemeentelijk beleid inzake de gezondheid van migranten?

Behalve een inhoudelijke doelstelling was aan het onderzoek ook een methodologische doelstelling verbonden. Er is in dit onderzoek gekozen voor een onderzoeksmethode waarvan bij voorbaat niet vaststond dat dit een geschikte werkwijze zou zijn voor onderzoek naar de gezondheid van leden van etnische groepen. Op basis van de onderzoeksresultaten moeten ook over de bruikbaarheid van het onderzoeksinstrument uitspraken gedaan kunnen worden. Dit is van belang wanneer wordt overwogen dergelijk onderzoek bij andere groepen te herhalen.

1.3 Bronnen van informatie

Een groot deel van de informatie in dit rapport is gebaseerd op een onderzoek naar de gezondheid van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. Dit onderzoek werd van 1985 tot 1987 uitgevoerd bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst van Rotterdam. De subsidie voor dit onderzoek werd verstrekt door het Praeventiefonds.

Verder werd gebruik gemaakt van binnen- en buitenlandse literatuur.

Deze literatuurstudie was vooral gericht op de volgende onderwerpen:

- gangbare theorieën over het verband tussen migratie of het migrant-zijn en gezondheid en ziektegedrag

- gegevens over de gezondheid en het ziektegedrag van Turken in Nederland of andere West-Europese landen
- het beleid met betrekking tot de gezondheid van migranten

Bij het zoeken naar literatuur over de relatie tussen migratie of het migrant-zijn en gezondheid zijn weinig beperkingen aangehouden wat betreft betrokken migrantengroepen of landen. Het was de bedoeling om een breed overzicht te krijgen van factoren die hierbij een rol zouden kunnen spelen. Op basis hiervan kon systematisch worden nagegaan of deze factoren ook relevant zijn voor de situatie van Turken in Nederland.

Daarnaast is gericht gezocht naar gegevens over de gezondheid en het ziektegedrag van Turken in Nederland en andere West-Europese landen. De bedoeling hiervan was in de eerste plaats om in dit rapport een zo volledig mogelijk overzicht te kunnen bieden van alle kennis over de gezondheid en het ziektegedrag van Turken, óók over aspecten waaraan in het onderzoek geen aandacht is besteed. In de tweede plaats kon zo de in het onderzoek verkregen kennis vergeleken worden met die uit andere studies.

In dit rapport worden de onderzochte groepen soms met "algemene" termen aangeduid (migranten, alloctonen, of leden van etnische groepen). Daarnaast wordt er vaak specifiek gesproken over "Turken". De algemene termen worden gehanteerd wanneer het gaat om algemene processen of ontwikkelingen die niet specifiek zijn voor een bepaalde groep. Hierbij worden deze algemene termen willekeurig afgewisseld.

Feitelijke gegevens over de gezondheid van Turken en Nederlanders hebben uitsluitend betrekking op deze bevolkingsgroepen.

1.4 Samenwerking

Bij de start van het Rotterdamse onderzoek werden ook in Heidelberg en in Antwerpen studies gepland naar de gezondheid van Turkse inwoners. Bij de opzet van deze drie projecten werd ernaar gestreefd zoveel mogelijk dezelfde werkwijze te hanteren opdat de onderzoeksresultaten vergelijkbaar zouden zijn. In Duitsland bleek dit niet mogelijk te zijn. Het Antwerpse en het Rotterdamse onderzoek vertonen daarentegen qua opzet en uitvoering grote overeenkomsten. In dit rapport zal aparte aandacht worden besteed aan de vergelijking van de Rotterdamse gegevens met die uit Antwerpen.

De projecten in België en Duitsland werden beide in 1986 met een rapport afgesloten (Eylenbosch en Peeters 1986; Kroeger en anderen 1986).

1.5 Belang van het onderwerp

Het feit dat er, althans volgens hulpverleners, veel problemen zijn met betrekking tot de gezondheid van migranten maakt het al relevant om aandacht te

besteden aan de gezondheid van en de gezondheidszorg voor migranten. Er zijn echter meer redenen.

In de eerste plaats is een goede gezondheid een belangrijk goed. Daarom is het van belang om regelmatig te onderzoeken of de gezondheid van bepaalde bevolkingsgroepen slechter is dan die van andere bevolkingsgroepen. Op basis hiervan kan besloten worden of gerichte beleidsmaatregelen gewenst zijn.

In het Nederlandse minderhedenbeleid staat het verbeteren van de sociaal-economische positie van etnische minderheidsgroepen centraal. Ook dan is het belangrijk om aandacht te besteden aan gezondheid. Recent is er in het volksgezondheidsbeleid in toenemende mate aandacht voor de samenhang tussen gezondheid en sociaal-economische status.

Hierbij wordt ervan uitgegaan dat niet alleen de sociaal-economische status van invloed is op de gezondheid, maar dat gezondheid omgekeerd ook van invloed kan zijn op de uitkomst van maatschappelijke verdelingsprocessen (arbeid, inkomen en opleiding) (Mackenbach en Van der Maas 1987).

Een heel duidelijk voorbeeld hiervan werd gevonden in een onderzoek naar leerplichtverzuim bij Turkse en Marokkaanse oudere meisjes. Ziekte van de moeder was voor deze meisjes de meest genoemde reden om -soms zeer langdurig- van school te verzuimen (Luykx en Uniken Venema 1985).

De relevantie van het onderwerp wordt tenslotte ook door de respondenten uit dit onderzoek onderstreept. Vooruitlopend op de bespreking van het onderzoek kan hier vast worden meegedeeld dat met een kleine groep respondenten uitgebreide half-gestructureerde interviews werden gehouden. Hierbij ging het vrijwel zonder uitzondering om personen die met problemen op het gebied van gezondheid, maar tevens met een groot aantal andere problemen werden geconfronteerd. Juist de Turkse respondenten brachten zelf vaak naar voren dat de zorgen over hun gezondheid alle andere zorgen overheersen.

1.6 Centrale begrippen, gezondheid en ziektegedrag

1.6.1 Wat is gezondheid?

In dit rapport wordt een vergelijking gemaakt tussen de gezondheid van Turken en Nederlanders. Wat wordt hierbij onder gezondheid verstaan? Wanneer noemen we iemand gezond?

Iemand met een duidelijke, aantoonbare stoornis waardoor hij ernstig wordt belemmerd in het lichamelijk functioneren zal in de meeste situaties als "ziek" worden beschouwd. Maar is dit wel altijd zo duidelijk? Het is heel goed mogelijk dat de "zieke" zelf zich helemaal niet "ziek" voelt, of dat de omgeving hem niet als "ziek" beschouwt. Ook het omgekeerde kan het geval zijn; iemand kan zich ziek voelen, terwijl er objectief gezien geen afwijkingen te vinden zijn.

Het is ook mogelijk dat een aandoening in een bepaalde groep of in een bepaalde situatie zo gewoon is, dat het binnen die groep niet als ziekte wordt beschouwd.

Een voorbeeld hiervan is een huidziekte, "pinta", die bij sommige Zuid-Amerikaanse stammen zo vaak voorkomt dat het niet hebben van deze aandoening als pathologisch wordt beschouwd en zelfs een reden kan zijn om niet als huwelijkspartner in aanmerking te komen (Ackerknecht in Zola 1966).

In de literatuur worden de complexe begrippen "gezondheid" en "ziekte" door verschillende auteurs op verschillende wijze "ontleed".

Wolinsky onderscheidt in zijn handboek voor de medische sociologie drie dimensies: medisch, sociaal en psychologisch. Op elk van deze dimensies is er sprake van een continuüm van "ziek" tot "gezond". Een individu kan op elk van de drie dimensies ergens op het continuüm geplaatst worden. Volledig "gezond" is iemand die op elk van de drie dimensies gezond is. De Wereld Gezondheidsorganisatie omschrijft deze toestand als "een situatie van evenwicht dat wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten, of zich met behulp van anderen kunnen verwerven, om zich te verweren tegen verstoringen. Deze verstoringen kunnen hun oorsprong hebben zowel in het lichaam of de persoon (endogeen) als daarbuiten (exogeen)." (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1986, pag 10.).

Meestal wordt "gezondheid" echter afgemeten aan de afwezigheid van ziekte. Hierbij wordt vooral in de medisch-sociologische literatuur veel aandacht geschonken aan het onderscheid tussen de aanwezigheid van aantoonbare lichamelijke aandoeningen en de beleving van ziekte. Hiervoor worden twee verschillende gebruikt: respectievelijk *disease* en *illness*. Over de betekenis van deze begrippen is vooral in engelse literatuur uitgebreid gepubliceerd (o.a. Kleinman 1980, Shuval 1981). Hierbij wordt vooral benadrukt dat het "belevingsaspect" van ziekte, "illness", in sterke mate afhankelijk is van de omgeving en van de daar heersende cultuur. *Illness* wordt wel genoemd de "persoonlijke, interpersoonlijke en culturele reactie op *disease*" (o.a. Kleinman 1977). Het is in belangrijke mate van de situatie (de omgeving, de cultuur, heersende normen en waarden) afhankelijk hoe een stoornis in het lichaam wordt waargenomen, welke verklaring ervoor kan worden gegeven en welk belang eraan moet worden gehecht (Freidson 1970).

"*Illness*" en "*disease*" hoeven niet altijd samen te gaan. Er kan sprake zijn van gevoelens van ziekte zonder dat er sprake is van een "*disease*". Ook het omgekeerde kan voorkomen: "*diseases*" kunnen jaren onopgemerkt blijven, zodat er geen sprake kan zijn van een reactie hierop.

Bij het vaststellen van begrippen die in dit rapport zullen worden gehanteerd is als volgt geredeneerd: Het is belangrijk om theoretisch onderscheid te maken tussen de aan- of afwezigheid van (aantoonbare) aandoeningen enerzijds en de beleving van ziekte of gezondheid anderzijds. Beide aspecten zijn relevant voor het beantwoorden van de vraagstellingen van dit onderzoek. In de praktijk is het echter moeilijk dit onderscheid strikt vol te houden.

Informatie over de feitelijke aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen kan meestal door medisch onderzoek verkregen worden. Dergelijk soort informatie wordt in dit onderzoek niet verzameld. In dit onderzoek wordt uitgegaan van gegevens die verstrekt worden door Turken en Nederlanders zelf. Dit betekent dat over feitelijke "disease" geen uitspraken gedaan kunnen worden. Wel gaan we ervan uit dat het mogelijk is om uitspraken van personen over de eigen gezondheid in te delen in uitspraken die betrekking hebben op de aanwezigheid van duidelijke lichamelijke aandoeningen en op diagnoses hierover die bij respondenten bekend zijn (bijvoorbeeld suikerziekte of astma) enerzijds en uitspraken die meer betrekking hebben op de "beleving" van de eigen gezondheid anderzijds. In het eerste geval wordt in dit boek gesproken van "gezondheidstoestand" in het tweede geval van "ervaren gezondheid". Bij de keuze van deze (en andere) begrippen is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de terminologie die in dit vakgebied gebruikelijk is.

Bij het doen van uitspraken over de gezondheidstoestand wordt vooral de (gerapporteerde) aan- of afwezigheid van lichamelijke aandoeningen in termen van diagnoses gebruikt. Indicatoren voor ervaren gezondheid zijn in de eerste plaats uitspraken van individuen over de eigen gezondheid in algemene zin en in de tweede plaats uitspraken over de aan- of afwezigheid van vage lichamelijke klachten.

1.6.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Een belangrijk onderscheid is dat tussen geestelijke en lichamelijke gezondheid. De twee aspecten "beleving" en "feitelijke toestand" zijn zowel bij lichamelijke als bij geestelijke gezondheid relevant. Deze theoretische indeling blijkt op het gebied van de geestelijke gezondheid veel moeilijker in de praktijk toepasbaar dan bij lichamelijke gezondheid. De aanwezigheid van een fysiologische aandoening is hier nauwelijks een relevant criterium. Soms wordt dan ook een andere indeling gehanteerd en worden problemen op het psychisch vlak onderscheiden in "psychosociale" en "psychiatrische" problemen. In gangbare definities van psychosociale problematiek wordt de beleving van problemen centraal gesteld; bij psychiatrische problematiek staan de symptomen centraal aan de hand waarvan een onderzoeker of hulpverlener bepaalt of er sprake is van een probleem (Hodiamont e.a. 1986, Reelick 1988).

In het onderzoek waarop een belangrijk deel van dit boek betrekking heeft is overwegend aandacht besteed aan de lichamelijke gezondheid. Gezien de nauwe verbondenheid van lichamelijke en geestelijke gezondheid zou het beter zijn om beide aspecten in onderlinge samenhang te bestuderen. Hiervoor zou echter een veel uitgebreider onderzoeksplan vereist zijn waarbij wordt voorzien in verschillende methoden van dataverzameling.

Bovendien kon in dit onderzoek worden geprofiteerd van ervaringen die in Nederland bestaan met het doen van onderzoek naar de gezondheid van bevolkingsgroepen. De onderzoekstraditie op het gebied van lichamelijke ge-

zondheid is hierbij veel groter dan die op het terrein van de geestelijke gezondheid.

Daar waar in dit rapport wordt ingegaan op "determinanten" van gezondheid komen aspecten van de geestelijke gezondheid wel aan de orde (bijvoorbeeld leefomstandigheden die aanleiding kunnen zijn tot spanningen). Deze aspecten gelden daar niet als afhankelijke variabele, als resultaat, maar als gezondheidsbepalende factor.

1.6.3 Ziektegedrag

Het gevoel van ziek-zijn wordt vaak ook in gedrag tot uitdrukking gebracht. We praten dan zowel over uitingen van ziekte (bijvoorbeeld het uitdrukken van pijn) als over gedrag dat erop gericht is de ziekte te genezen of de negatieve gevolgen ervan te verminderen. In het tweede geval wordt het begrip ziektegedrag gebruikt.

In de termen die in de vorige paragraaf werden geïntroduceerd is ziektegedrag is altijd een reactie op "ervaren ongezondheid". Het lijkt wellicht enigszins inconsequent om hier weer over "ziekte"-gedrag te spreken, de reden hiervoor is dat dit nu eenmaal de gangbare uitdrukking in de Nederlandse taal is.

Welke mogelijkheden zijn er wanneer iemand actie wil ondernemen om te genezen? In de eerste plaats kan hij gebruik maken van de "alledaagse kennis" die in het dagelijks leven wordt verworven (via ouders, familie, bekenden, publieke media, enzovoorts). In de Verenigde Staten en in Taiwan werd gevonden dat 70 tot 90 procent van alle ziekte-episodes op deze wijze wordt "opgelost" (Dean 1981, Kleinman 1980)

Een tweede mogelijkheid is het benaderen van een daartoe opgeleide genezer. De meeste hulpverleners in Nederland zijn opgeleid volgens "westerse", wetenschappelijke traditie. Er is echter ook een kleine groep hulpverleners van wie de werkwijze wordt bepaald door andere opvattingen over het ontstaan van ziekte en over geneeswijzen (acupuncturisten, homeopathen, enzovoorts).

Leden van etnische groepen hebben nog andere mogelijkheden: zij kunnen tijdens een verblijf in het herkomstland een beroep doen op genezers daar. Verder zijn er zowel in Nederland als in de herkomstlanden "traditionele" genezers werkzaam.

In het hoofdstuk waarin de gegevens over ziektegedrag van Turken en Nederlanders worden behandeld zijn ook enkele gegevens opgenomen over het gebruik van preventieve gezondheidszorgvoorzieningen (bijvoorbeeld het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters).

1.7 Samenvatting

Het doel van het onderzoek waarover hier wordt gerapporteerd is na te gaan of en zo ja in welke opzichten de gezondheid en het ziektegedrag van Turkse inwoners van Rotterdam afwijken van die van autochtone inwoners in een vergelijkbare sociaal-economische positie. Ook zal worden onderzocht in hoeverre de in dit onderzoek gebruikte methode geschikt is om uitspraken te doen over de gezondheid van leden van etnische groepen.

Informatie hierover zal worden ontleend aan de resultaten van een onderzoek dat tussen 1985 en 1987 werd uitgevoerd bij de GGD in Rotterdam. Verder wordt gebruik gemaakt van de gegevens van een vergelijkbaar onderzoek in Antwerpen. Ook werd een literatuurstudie verricht.

Aan het begrip "gezondheid" worden twee aspecten onderscheiden: in de eerste plaats de aan- of afwezigheid van aantoonbare lichamelijke aandoeningen, hier genoemd de gezondheidstoestand; in de tweede plaats de beleving van de eigen gezondheid, de "ervaren (on)gezondheid".

Ziektegedrag is het gedrag dat mensen vertonen als zij ervaren ziek te zijn met de bedoeling te genezen.

II Wat is er bekend over de gezondheid en het ziektegedrag van Turken in Nederland?

2.1 Inleiding

Om inzicht te krijgen in de gezondheid van Turken in Nederland kijken wij naar "indicatoren" voor gezondheid, gegevens dus die informatie verschaffen over een aspect van gezondheid. Indicatoren voor de gezondheidstoestand van een bevolkingsgroep zijn bijvoorbeeld sterftecijfers of gegevens over de aanwezigheid van chronische ziekten. Indicatoren voor de ervaren gezondheid zijn uitspraken van mensen zelf over de eigen gezondheid en de aanwezigheid van lichamelijke klachten die vermoedelijk geen organische basis hebben.

Hoewel, zoals in het vorige hoofdstuk is uitgelegd, de belangstelling in dit boek primair uitgaat naar de lichamelijke gezondheid van volwassenen wordt in dit overzicht van de beschikbare literatuur ook globaal weergegeven wat er bekend is over de gezondheid van kinderen en over de geestelijke gezondheid. Hierbij zal vaak worden verwezen naar een "trendstudie" die in 1985 werd vericht (Gründemann 1985).

Dit hoofdstuk bestaat uit drie gedeelten. In de eerste twee delen wordt een overzicht geboden van de feitelijke gegevens over de gezondheid, respectievelijk het ziektegedrag van Turken in Nederland. In het derde gedeelte komt de visie van hulpverleners hierop aan de orde.

2.2 De gezondheid van Turken in Nederland

2.2.1 De gezondheidstoestand

■ sterfte

Een zeer belangrijke indicator voor de (on)gezondheidstoestand van een bevolkingsgroep is de perinatale- en zuigelingensterfte. Van perinatale sterfte wordt gesproken bij doodgeboorte na 28 weken zwangerschap tot 1 week na de geboorte; zuigelingensterfte treedt op in het eerste levensjaar vanaf 1 week na de geboorte.

De perinatale sterfte was tussen 1975 en 1980 bij Turken en Marokkanen in Den Haag en Amsterdam hoger dan bij Nederlanders (Nijhuis e.a. 1985) Deze gegevens konden niet verklaard worden door leeftijd van de moeder, beroep van de vader en pariteit (eerder aantal geboorten) van de moeder. Ook wer-

den bij migrantenkinderen bij de geboorte vaker afwijkingen (lagere apgar-scores) gevonden (Gründemann 1985).

Door de niet geheel betrouwbare meting van deze gegevens over perinatale sterfte wordt het verschil tussen de sterfte bij Mediterrane en Nederlandse kinderen hierdoor nog enigszins onderschat (Doornbos e.a. 1987).

De sterfte bij nul-jarigen bij Turken en Marokkanen wijkt nauwelijks af van het landelijk gemiddelde; dit is wel het geval met de sterfte in de leeftijdsgroep van 1 tot 14 jaar. Turkse en Marokkaanse kinderen in die leeftijdsgroep hebben meer kans om te overlijden dan Nederlandse kinderen (CBS 1983). Bij oudere leeftijdsgroepen nemen verschillen in sterfte af; bij de Turken is er in de hoogste leeftijdsgroepen sprake van een lagere sterfte (tabel 2.1.). Dit laatste gegeven, de lage sterfte bij oudere Turken, kan enigszins "vertekend" zijn doordat het hier vermoedelijk gaat om zeer geringe aantallen.

Tabel 2.1.

Aantal overleden per 10.000 inwoners naar land van nationaliteit en leeftijd, 1977/1981

	Totaal	Turken
0 jaar	89,4	94,8
1 jaar	8,6	19,1
2 jaar	5,9	11,8
3 jaar	4,5	8,0
4 jaar	3,8	12,0
5- 9 jaar	3,0	6,2
10-14 jaar	2,6	5,6
15-19 jaar	5,6	6,4
20-24 jaar	6,6	11,5
25-29 jaar	6,3	9,7
30-34 jaar	7,6	9,7
35-39 jaar	11,2	14,0
40-44 jaar	18,2	22,2
45-49 jaar	32,5	31,8
50-54 jaar	52,7	25,6
55-59 jaar	84,4	72,2
60-64 jaar	138,8	68,2
65-69 jaar	224,2	173,1
70-74 jaar	364,4	175,9
75 +	913,0	229,6

Bron: CBS maandstatistiek bevolking 1983

Over de oorzaken van deze hogere sterftecijfers bij kinderen uit etnische groepen is nog weinig bekend. Het is denkbaar dat de verschillen tussen allochtonen en autochtonen voor een deel te maken hebben met verschillen in sociaal-economische status. Daarnaast spelen vermoedelijk ook andere factoren een rol, zoals blijkt uit het feit dat de perinatale sterfte ook verschilt wanneer rekening wordt gehouden met het beroep van de vader.

In Duitsland werd eveneens een hoge perinatale sterfte bij Turken geconstateerd (Zink en Korporal 1984). Ook de zuigelingensterfte bij Turken bleek in Duitsland hoger te zijn. Bovendien traden bij de geboorte van Turkse kinderen vaker complicaties op.

In België zijn er tegenstrijdige gegevens over deze vormen van sterfte gepubliceerd. De Ridder (1988) presenteert gegevens waaruit blijkt dat de sterfte bij Turken en Marokkanen hoger ligt dan bij de autochtone bevolking; Peeters (1983) rapporteert over onderzoek van Maffenini waaruit het tegenovergestelde zou blijken.

■ lengte en gewicht

Uit diverse onderzoeken blijkt dat Turkse en ook Marokkaanse kinderen en volwassenen kleiner zijn dan Nederlandse (Douma e.a. 1987, Gorissen e.a. 1988, Gründemann 1985, Meulmeester 1988). Relatief (in verhouding tot de lengte) verschilt het gewicht van Turkse en Marokkaanse kinderen niet van dat van Nederlandse (Gründemann 1985, Meulmeester 1988). Ook huidplooi-metingen (waarmee informatie over het vetweefsel kan worden verkregen) leveren ongeveer dezelfde resultaten op bij kinderen van verschillende etnische groepen (Douma e.a. 1987).

Volwassen Turken en Marokkanen zijn relatief (in verhouding tot de lengte) zwaarder dan Nederlanders (vastgesteld met de "quetelet-index") (Gorissen e.a. 1988).

Gründemann (1985) geeft verder een vergelijking van de lengte van de Turkse kinderen uit een Nederlands onderzoek met die van Turkse kinderen in Turkije. De lengte van de Turkse kinderen in Nederland (die overwegend uit de laagste sociaal-economische klasse in Turkije afkomstig waren) komt overeen met die van kinderen uit hoogste (voor de jongens) en middelste (voor de meisjes) sociaal-economische klassen in Turkije. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de migratie naar en het leven in Nederland een positieve invloed heeft op de lichaamslengte van kinderen.

■ morbiditeit

Gründemann bespreekt een aantal studies waaruit blijkt dat Turkse, Marokkaanse en Surinaamse kinderen een verhoogde kans zouden hebben op rachitis. Inmiddels lijkt dit probleem in belangrijke mate teruggedrongen (Avezaat 1988). Wel is er bij 8- en 11-jarige Turkse en Marokkaanse kinderen relatief

vaak sprake van vitamine-D tekort waardoor zij een risicogroep blijven voor rachitis (Meulmeester 1988, v.d. Velde 1986).

Verder werden in diverse onderzoeken ijzertekorten aangetroffen bij kinderen en volwassenen van verschillende etnische groepen (Gorissen e.a. 1988, Gründemann 1985, Meulmeester 1988).

De vaccinatiegraad van Turkse en Marokkaanse kinderen tegen DKTP en de mazelen steeg tussen 1978 en 1983 tot ongeveer het niveau van Nederlandse kinderen (Gründemann 1985, Kuiper e.a. 1986).

In Utrecht bleek de vaccinatiegraad tegen mazelen bij Turkse en Marokkaanse kinderen iets lager te zijn dan bij Nederlandse; Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben minder vaak antistoffen tegen rode hond (Gorissen e.a. 1988). Ondanks deze (geringe) verschillen werd geconcludeerd dat er sprake is van een hoge beschermingsgraad tegen deze ziekten.

Uit hetzelfde Utrechtse onderzoek bleek dat het cholesterolgehalte in het bloed van Turken en Marokkanen lager is dan dat van Nederlanders.

Van enkele infectieziekten is vastgesteld dat zij bij Turken en Marokkanen vaker voorkomen dan bij Nederlanders (tuberculose, hepatitis-a en scabiës) (van Geuns 1982, Gründemann 1985, van Knapen e.a. 1982). Een hogere prevalentie van tuberculose werd ook gevonden bij mediterrane groepen in Frankrijk, België en Duitsland (Hoffmann 1978, Peeters 1983).

Avezaat en Lutjehuis (1986) registreerden in een huisartsenpraktijk in Den Haag een relatief groot aantal gevallen van maagzweer bij Turkse en Marokkaanse mannen. Ook in Duitsland werd bij immigranten relatief vaak een maagzweer aangetroffen (Hofmann 1978).

Meulmeester (1988) vindt dat de gebitstoestand van Turkse en Marokkaanse jongens en meisjes gelijk is aan die van Nederlandse jongens. Alleen Nederlandse meisjes hebben een beter gebit.

Bovengenoemde gegevens hebben betrekking op specifieke ziekten of aandoeningen. Daarnaast kunnen enkele onderzoeken worden genoemd die een algemene bestudering van het morbiditeitspatroon tot doel hadden. Dit betreft voornamelijk studies die verricht zijn bij huisartsen.

Veruit het meest omvangrijk is een registratieproject dat werd uitgevoerd door de GG&GD in Amsterdam (van Wieringen e.a. 1986). Gedurende een jaar werd in 12 Amsterdamse huisartsenpraktijken met een groot percentage allochtone patiënten voor alle contacten met patiënten een formulier ingevuld. Om de vier weken werd een week lang elk consult geregistreerd. Hierbij werden gegevens over de patiënt, de aard van de klacht, de diagnose en de therapie bijgehouden. Klachten en diagnoses werden gecodeerd volgens de "International Classification for Primary Health Care".

Wanneer de resultaten per leeftijds- en geslachtsgroep worden vergeleken dan valt op dat de "rangorde" van klachten voor Turken en Nederlanders sterke overeenkomsten vertoont.

Toch zijn er enkele verschillen te melden: klachten aan de luchtwegen komen meer voor bij Turkse kinderen (0-14 jaar) dan bij Nederlandse. Bij alle groepen zijn dit echter de meest genoemde klachten.

Verder noemen Turkse (en Marokkaanse) volwassenen meer klachten die betrekking hebben op de spijsvertering en minder psychische klachten dan Nederlanders van hetzelfde geslacht (tabel 2.2.). Alleen voor de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar werden bij Turken meer klachten aan het bewegingsapparaat gesignaleerd.

Ook de diagnose van de arts werd genoteerd. Diagnoses van artsen konden zo worden vergeleken met de aangemelde klachten. In het algemeen was er grote overeenstemming tussen beide. Een uitzondering hierop vormen klachten aan het bewegingsapparaat die bij alle groepen minder vaak als zodanig werden gediagnostiseerd. Psychische problemen worden vaker door artsen dan door patiënten zelf gesignaleerd.

Tabel 2.2.

Klachten van Turkse en Nederlandse 15-44 jarige patiënten in Amsterdamse huisartsenpraktijk in percentages van het totaal aantal klachten per groep. Tussen haakjes zijn de diagnoses van de huisartsen weergegeven (Van Wieringen e.a. 1986).

	Nederl.				Turken			
	man		vrouw		man		vrouw	
bewegingsapparaat	21	(15)	12	(9)	25	(17)	11	(8)
huid	16	(20)	9	(11)	11	(14)	8	(9)
luchtwegen	13	(15)	10	(11)	16	(18)	12	(15)
psychisch	13	(19)	7	(12)	6	(14)	2	(9)
spijsvertering	7	(6)	7	(5)	13	(11)	15	(11)
algemeen	7	(6)	5	(6)	7	(7)	8	(5)
neurologisch	5	*	5	*	8	*	11	*
voortplanting			18	(17)			13	(14)
genitaal	4	*	13	(10)	4		7	(5)
socialeproblematiek	**	(4)	**	(5)	**	(5)	**	(6)
overig	14	(18)	14	(15)	10	(14)	13	(17)
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100
totaal aantal	2299	2213	3906	3616	553	529	562	526

* = niet als diagnose-categorie vermeld

** = niet als klacht vermeld

Ook in onderzoek bij schoolkinderen werd een dergelijke overeenkomst in morbiditeitspatroon gevonden (De Haas 1981, Leeuw-Vringer 1983).

In Duitsland werd eveneens gevonden dat Turken overwegend met dezelfde klachten als de autochtone bevolking de huisarts bezoeken (Wagner e.a. 1985). Diagnoses van artsen hadden bij Turken wel vaker betrekking op de maag; bij Duitsers vaker op ademhalingsorganen. Overigens wordt in ander Duits onderzoek juist gemeld dat klachten aan de ademhalingsorganen bij Turken relatief vaak voorkomen (Zink en Korporal 1984). In Duitstalige literatuur wordt algemeen aangenomen dat maagklachten zeer vaak bij Turken voorkomen (Kroeger e.a. 1985, Zink en Korporaal 1984).

Dat klachten aan de ademhalingsorganen bij buitenlandse kinderen vaker voorkomen werd ook in een Brusselse huisartsenpraktijk geconstateerd (Peeters 1983).

2.2.2 Ervaren gezondheid

In 1975 werden twee onderzoeken gedaan naar de gezondheidsklachten van Turkse inwoners van Utrecht, Rotterdam en Almelo (Gründemann 1985). Uit deze onderzoeken bleek dat de meest genoemde klachten griep, hoofdpijn, rugpijn en maagpijn waren. Een vergelijking met klachten van Nederlanders ontbreekt in deze onderzoeken. Bovendien waren overwegend Turkse mannen geënquêteerd. Uitspraken over overeenkomsten of verschillen met Nederlanders kunnen op basis van deze studies niet gedaan worden.

Vergelijkingsmogelijkheden zijn er wel in twee studies die op scholen werden uitgevoerd. In beide gevallen werden vragenlijsten voorgelegd aan leerlingen van respectievelijk basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs (van Heide en Eppink 1987 en Danz, Gründemann en Koopman 1987).

De resultaten komen in grote lijnen overeen: er worden nauwelijks verschillen gevonden tussen gezondheidsklachten van Turkse en Nederlandse leerlingen. Wel rapporteerden Turkse leerlingen op basisscholen relatief vaak over kiespijn.

De "open" vraag naar gezondheidsklachten in de afgelopen drie maanden werd door Turkse meisjes op middelbare scholen wel vaker bevestigend beantwoord; tussen Turkse jongens en Nederlandse jongens en meisjes werd geen verschil gevonden (Danz e.a. 1987).

Een steekproef van Turkse en Marokkaanse inwoners van Utrecht bleek bevestigend vaker hoger (= ongunstiger) te scoren op een vragenlijst naar ervaren gezondheid (VOEG) dan een steekproef van de Nederlandse inwoners (Gorissen e.a. 1988). Hierbij valt op dat Turkse en Marokkaanse mannen hogere scores hebben dan de vrouwen. Nederlandse vrouwen daarentegen beoordelen de eigen gezondheid ongunstiger dan Nederlandse mannen. Hoge VOEG-scores bij Turkse en Marokkaanse mannen werden ook gevonden in het CBS-leefsituatie onderzoek (CBS 1986).

In Duitsland bleek de ervaren gezondheid van Turkse arbeiders slechter te zijn dan die van hun Duitse collega's. Ook beoordeelden zij hun klachten vaker als "ernstig" (Kroeger e.a. 1985).

2.3 Geestelijke gezondheid

Aan het einde van de jaren zeventig werden aanwijzingen gevonden voor een verhoogde neurotische labiliteit bij Turkse mannen in Nederland (Mak en Schrameijer 1983). Dedeoglu trof in 1979 in elk van de onderzochte 24 Turkse gezinnen minstens een persoon aan met ernstige psychische of psychosomatische klachten (Dedeoglu 1979).

In Duitsland werden in diezelfde tijd bij migranten veel depressieve en psychosomatische klachten gesignaleerd (Häffner 1977). Onderzoek wees uit dat bij Turkse kinderen in Duitsland in 1977 meer psychiatrische symptomen voorkwamen dan bij kinderen in Turkije (Öztek 1986).

Hierbij moet bedacht worden dat in de tijd waarin bovengenoemde onderzoeken werden uitgevoerd gezinshereniging nog niet, of zeer recent had plaatsgevonden.

Ruim tien jaar later bleken Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen in Utrecht hogere scores te hebben op een vragenlijst die geacht wordt "psychisch disfunctioneren" te meten (de General Health Questionnaire) dan een steekproef uit de Nederlandse bevolking (Gorissen e.a. 1988).

In het vergelijkend onderzoek van Danz e.a. bij Turkse en Nederlandse jongeren werd nagevraagd met welke zaken de jongeren "het moeilijk hebben" (Danz e.a. 1987). Er zijn geen grote verschillen tussen de beide groepen in het aantal genoemd "probleemvelden". Voor beide groepen bleken problemen met betrekking tot de schoolprestaties en geboden en verboden binnen het gezin een belangrijke rol te spelen. Nederlandse jongeren noemden ook problemen die te maken hebben met relaties binnen het gezin; Turkse jongeren hebben ook problemen die voortvloeien uit onduidelijkheid over remigratie. Heel veel Turkse jongens ondervinden bovendien last van de verplichting de militaire dienstplicht in Turkije te vervullen.

2.4 Het ziektegedrag van Turken in Nederland

Een groot probleem bij het vaststellen van de deelname van migranten aan voorzieningen voor gezondheidszorg is, dat vrijwel nergens een registratie naar nationaliteit wordt gevoerd (Hoolboom 1986). Alle informatie moet daardoor via gericht onderzoek verzameld worden. Nu is er inmiddels een aantal van dergelijke studies verricht; in deze paragraaf wordt een overzicht van de belangrijkste resultaten gegeven.

Turken (en Marokkanen) doen vaker een beroep op de huisarts dan Nederlanders; daarover kan nauwelijks verschil van mening bestaan gezien het grote

aantal onderzoeken waarin dit is gevonden (Belleman 1986, CBS 1986, Gorissen e.a. 1988, Gründemann 1985, Van Wieringen 1986). Alleen kleinschalig Amsterdams onderzoek leverde aanwijzingen dat Turkse jongeren niet vaker de huisarts bezoeken dan Nederlandse jongeren uit dezelfde praktijk (De Haan 1984).

Verder lijkt het erop dat Turken en Marokkanen minder frequent de tandarts bezoeken (Gorissen e.a. 1988, Gründemann 1985). Een zelfde resultaat werd ook in Duitsland gevonden (Kroeger e.a. 1986).

In Amsterdam bleken Turkse en Marokkaanse patiënten van 12 huisartsenpraktijken ongeveer even vaak naar een specialist te worden doorverwezen als de Nederlandse patiënten uit diezelfde praktijken (van Wieringen 1986). Turkse en Marokkaanse hoofden van huishoudens bezochten vaker een specialist dan een steekproef van Nederlandse respondenten (CBS 1986).

Het bezoek van Turken en Marokkanen aan consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters ligt ongeveer op hetzelfde niveau als dat van Nederlanders (Choenni en de Jong 1982, Gründemann 1985, Kuiper e.a. 1986). Deze gegevens zijn vooral bekend uit Amsterdam en 's-Gravenhage, het staat nog niet vast of dit ook in andere gemeenten het geval is (Gründemann 1985).

Ook aan prenatale zorg lijken migranten evenredig deel te nemen. Wel wordt als probleem gesignaleerd dat Turkse en Marokkaanse vrouwen zich later in de zwangerschap melden voor de eerste controle (Gründemann 1985).

Over de frequentie van opname en verblijfsduur van Turken in ziekenhuizen zijn geen gegevens bekend. Wel zijn er aanwijzingen dat Turkse en Marokkaanse vrouwen vaker in het ziekenhuis bevallen, maar dit lijkt plaatselijk te verschillen. Verder werd in diverse onderzoeksverslagen gerapporteerd dat in ziekenhuizen het vermoeden bestaat dat Turkse en Marokkaanse kinderen sneller in het ziekenhuis worden opgenomen en daar gemiddeld ook langer verblijven (Gründemann 1985).

Frequenter en langduriger verblijf van Turkse kinderen en volwassenen in ziekenhuizen werd wel vastgesteld in Duitsland (Kroeger e.a. 1985, Zink en Korporal 1984); in België werd echter het tegenovergestelde gerapporteerd (Peeters 1983). Migrantenvrouwen in België zouden juist korter in het ziekenhuis liggen dan Belgen.

Uit registratie-gegevens van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid bleek dat Turken (en Marokkanen) relatief minder vaak worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis dan Nederlanders. Vooral Turkse en Marokkaanse vrouwen komen opvallend weinig in een psychiatrische inrichting terecht (Mak en Schrameijer 1983). De achtergrond hiervan is niet bekend. Een mogelijke verklaring zou zijn dat men bij psychiatrische ziekten relatief vaak terugkeert naar het land van herkomst. Enige aan-

wijzingen hiervoor werden gevonden tijdens een studiereis in Turkije (Uniken Venema 1987b).

Deze gegevens komen overeen met Duitse onderzoeksresultaten; ook daar werd gevonden dat migranten (ook Turken) relatief zelden psychiatrische hulp ontvangen (Häffner 1980).

Over het gebruik van andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg is weinig bekend. In onderzoek bij jongeren werd gevonden dat Turkse 13- tot 19-jarigen minder goed op de hoogte zijn van de voorzieningen op dit terrein en hiervan ook minder gebruik maken (Danz e.a. 1987). Ook jongere Turkse en Marokkaanse kinderen ontvangen zelden psychosociale hulp (Mook-Engel 1988).

Over andere vormen van ziektegedrag dan het gebruik van voorzieningen ("zelfzorg", consultatie van leken, enzovoorts) is nauwelijks iets bekend. Alleen over het medicijngebruik weten we dat in een steekproef van Turkse en Marokkaanse hoofden van huishoudens meer medicijnen gebruikt worden dan in een steekproef van de Nederlanders (CBS 1986). In Utrecht bleek dit alleen op te gaan voor geneesmiddelen die op recept verkrijgbaar zijn; andere geneesmiddelen werden door Turken en Marokkanen juist minder gebruikt (Gorissen e.a. 1988).

Turkse fabriekswerknemers in Duitsland bleken minder medicijnen te gebruiken dan hun Duitse collega's (Kroeger e.a. 1985).

Een geheel ander aspect van ziektegedrag is het ziekteverzuim. Turkse en Marokkaanse hoofden van huishoudens kunnen langer en vaker vanwege ziekte hun werk niet verrichten dan Nederlanders. Ook zijn zij vaker arbeidsongeschikt (CBS 1986). Deze verschillen hebben alleen betrekking op de leeftijds-groep vanaf 25 jaar; in de jongste groep (18-24) zijn er geen verschillen. Ook Turken in Duitsland bleken gemiddeld meer dagen ziek te zijn dan Duitsers (Oppen 1985).

Verder zijn er zeer beperkte gegevens over de mate waarin hulp wordt gevraagd binnen het eigen "lekennetwerk" (Gelauff-Hanzon 1985). Nederlandse ouders bleken vaker dan Turkse en Marokkaanse ouders familie of bekenden te raadplegen voor problemen rond de gezondheid van kinderen.

2.5 Ervaringen van hulpverleners

Wat is nu de mening van hulpverleners in de gezondheidszorg over de gezondheid en het ziektegedrag van Turken in Nederland? Een specifiek antwoord op deze vraag is voor Turken niet te geven. Vaak wordt in de literatuur zeer algemeen gesproken over "buitenlanders"; soms worden hierbij mediterrane groepen wel apart genoemd.

Er is bij hulpverleners sprake van een grote belangstelling voor de zorg voor migranten. Er zijn talloze studiedagen en bijscholingscursussen georganiseerd en deze resulteren vaak in publikaties waarin een overzicht wordt gegeven van de problemen op dit terrein (o.a. verslag Boerhaave cursus 1982, Danz e.a. 1982, Hoolboom 1980, Medisch Contact 1977, Schrameijer 1983).

De meeste publikaties zijn gebaseerd op eigen ervaringen van de auteurs (o.a. Dorrenboom 1982).

In alle publikaties over migranten in de gezondheidszorg wordt aandacht besteed aan communicatieproblemen. Door moeilijkheden in de communicatie met buitenlandse patiënten zou het moeilijk zijn contact te krijgen en een goede diagnose te stellen (o.a. Choenni en De Jong 1982, Gründemann 1985, Van der Meer 1984, Spruit 1984). Deze communicatieproblemen gaan veelal verder dan alleen de taal. Van der Meer (1984) beschrijft dat een gedegen kennis van omgangsvormen bij Marokkanen belangrijk is voor een goed verlopend gesprek in de hulpverlening.

Verder gaat de aandacht vooral uit naar dat, waarin de buitenlandse patiënt "afwijkend" wordt geacht van de gemiddelde Nederlandse patiënt (Spruit 1984):

- *patiëntgedrag*: afwijkend hulpzoekgedrag en afwijkende verwachtingen ten aanzien van hulpverleners. Er wordt onder andere gesteld dat buitenlanders al snel bij meerdere artsen tegelijk hulp zoeken, direct van arts wisselen als het resultaat van de behandeling niet direct zichtbaar is, en weinig vertrouwen in Nederlandse artsen hebben. Verder zouden zij afspraken slecht nakomen en voorschriften slecht opvolgen (Allema 1982, Özüm 1982, Venneman 1980).

Onbekendheid van migranten met preventieve zorg zou er de oorzaak van zijn dat zij nauwelijks bij deze instellingen gezien worden.

Ook wordt vaak een afwijkende, onduidelijke klachtenpresentatie genoemd als factor die de hulpverlening in de weg staat (Gelauff-Hanzon 1985).

- *overtuigingen en attitudes*; migranten zouden andere opvattingen hebben over oorzaken van ziekte (onder andere geen psychische oorzaken van ziekte erkennen), geen onderscheid maken tussen lichaam en geest, erg weinig kennis hebben over de werking van het lichaam en een andere beleving van ziekte en gezondheid hebben (Allema 1982, Van Dijk 1985, Eppink 1983, Gelauff-Hanzon 1985, Özüm 1982). Van der Meer (1984) stelt dat voor Marokkanen psychische klachten een gevolg zijn van fysieke klachten.

Ook ten aanzien van kinderen zouden zij een sterke aandacht hebben voor de lichamelijke ontwikkeling; psychosociale problemen worden door ouders niet signaleerd (Mook-Engel 1988).

- *afwijkende symptomatologie*, vooral psychosomatiek zou vaker voorkomen bij Turken en Marokkanen (Boutar-Boxelaar en Burgers 1982, Van Etten 1982, diverse auteurs in Mak en Schrameijer 1983, Venneman 1980). Diverse auteurs schatten dat meer dan tweederde van alle klachten van leden van etnische groepen psychosomatisch is (Mak en Schrameijer 1983).

Verder wordt het zeer frequent voorkomen van klachten aan het spijsverteringskanaal genoemd (Paes 1974, Venneman 1980)

Overigens valt op dat juist in tamelijk recent onderzoek ook incidenteel gerapporteerd wordt dat huisartsen menen dat er geen fundamentele verschillen zijn tussen ziektegedrag en gezondheid van migranten en Nederlanders (van Dijk 1985, Gelauff-Hanzon 1985, van der Most van Spijk 1985). Ook wordt in de jeugdgezondheidszorg wel gezegd dat met het toenemen van de ervaringen met buitenlandse patiënten steeds meer oplossingen worden gevonden om de communicatie te verbeteren (Gelauff-Hanzon 1985).

2.6 Samenvatting en conclusies

Wat kan er op basis van de geraadpleegde literatuur gezegd worden over de gezondheidstoestand en het ziektegedrag van Turken in Nederland?

In de eerste plaats valt de hogere perinatale- en kindersterfte op. Een verklaring hiervoor is nog niet gevonden. De morbiditeit van migrantenkinderen lijkt niet noemenswaardig te verschillen; wel zouden klachten aan de luchtwegen bij Turkse kinderen vaker voorkomen dan bij Nederlandse. Verder zijn er weinig aanwijzingen voor grote verschillen in gezondheidstoestand of ervaren gezondheid van Turkse en Nederlandse kinderen en jongeren.

Er lijken weinig opvallende verschillen te zijn tussen morbiditeitspatronen van volwassen Turken en Nederlanders. Wel hebben Turkse volwassenen vaker maagklachten en bij Turkse mannen wordt ook vaker een maagzweer geconstateerd dan bij Nederlandse mannen. Dit bleek ook bij Turken in Duitsland het geval te zijn.

Over de ervaren gezondheid zijn weinig gegevens bekend. Er zijn enige aanwijzingen dat de ervaren gezondheid van Turkse hoofden van huishoudens slechter is dan die van Nederlandse.

Ook op het gebied van de geestelijke gezondheid beschikken we over niet meer dan enige aanwijzingen dat er sprake zou zijn van een verhoogde psychosociale of psychiatrische problematiek. Deze leidt in elk geval niet tot een verhoogde opnamefrequentie in psychiatrische instellingen.

Met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen kan in elk geval gesteld worden dat Turken vaker de huisarts bezoeken dan Nederlanders. Bij de tandarts komen zij daarentegen minder frequent. Ook in de geestelijke gezondheidszorg lijken Turken relatief ondervertegenwoordigd.

Over de frequentie van specialistbezoeken bestaan tegenstrijdige gegevens.

Het is opmerkelijk dat ondanks de aanzienlijke hoeveelheid literatuur op dit terrein de vraag of de gezondheid van Turken nu belangrijker slechter is dan die

van Nederlanders eigenlijk niet beantwoord kan worden. Hiervoor is een aantal redenen te geven.

In de eerste plaats valt op dat veel literatuur beschouwend van aard is. Als er al onderzoeksgegevens bekend zijn hebben deze zelden betrekking op een representatieve steekproef uit de bevolking. Dergelijke representatieve gegevens zijn onontbeerlijk voor een goed begrip van de gezondheidstoestand van Turkse inwoners van Nederland.

Het interpreteren van de gegevens die wél beschikbaar zijn is ook vaak moeilijk. Soms worden gegevens over migrantengroepen geheel niet vergeleken met die over Nederlanders, of soms alleen met gegevens over een steekproef uit de totale Nederlandse bevolking (bijvoorbeeld het CBS leefsituatieonderzoek). Het is bekend dat gezondheid en ziektegedrag verschillen tussen verschillende sociaal-economische klassen. Het is ook bekend dat Turken in Nederland gemiddeld tot de laagste sociaal-economische klassen behoren. Het is daarom moeilijk om vast te stellen of verschillen tussen een steekproef uit de Turkse bevolking en een steekproef uit de Nederlandse bevolking te maken hebben met specifieke problemen van Turken of met problemen die te maken hebben met de verschillen in sociaal- economische klasse.

In elk geval valt op dat in die onderzoeken waarin de gezondheid van Turken systematisch wordt vergeleken met die van Nederlanders uit dezelfde huisartsenpraktijken of van dezelfde scholen (beide gelden als indicatie voor sociaal- economische status) de verschillen tussen Turken en Nederlanders gering zijn.

Zeker met deze laatste informatie in het achterhoofd roept de visie van hulpverleners over migranten in de gezondheidszorg vragen op. Vooral het "anders-zijn" van de klachten en het ziektegedrag van migranten wordt in de "hulpverlenersliteratuur" benadrukt. Zoals gezegd is de beschikbare kennis nog onvoldoende om met zekerheid uitspraken te doen over overeenkomsten en verschillen tussen Turken en Nederlanders. Er zijn echter vooralsnog weinig aanwijzingen dat er sprake zou zijn van geheel ander ziektegedrag of geheel andere klachtenpatronen.

III De opzet en uitvoering van het Rotterdamse onderzoek

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt besproken hoe het Rotterdamse onderzoek werd opgezet en uitgevoerd. Hiertoe wordt eerst een bespreking gewijd aan de problemen die zich voordoen bij het meten van gezondheid en ziektegedrag. Vervolgens komt de selectie van de onderzoeksgroepen aan de orde. In de daarop volgende paragrafen wordt ingegaan op de uitvoering van het onderzoek, de non-respons en de verwerking van de gegevens.

3.2 De onderzoeksmethode

3.2.1 *Het meten van gezondheid en ziektegedrag*

Op welke wijze kunnen gezondheid en ziektegedrag worden gemeten? Het antwoord op deze vraag hangt er vooral vanaf in welke aspecten van gezondheid men geïnteresseerd is.

Met betrekking tot gezondheid werd in hoofdstuk 1 uiteengezet dat een belangrijk onderscheid gemaakt moet worden tussen de beleving van de eigen gezondheid door individuen enerzijds en de min of meer "objectieve" vaststelling van ziekten door "deskundigen" anderzijds. Wanneer het vooral om de objectief vastgestelde ziekten of handicaps gaat ligt een zoveel mogelijk "objectief" meetinstrument voor de hand. Hierbij valt te denken aan medisch onderzoek of aan tests, of een beoordeling door artsen aan de hand van duidelijke criteria.

In deze studie staat informatie die kan worden verkregen via individuen zelf centraal. Dit heeft belangrijke consequenties voor de wijze waarop gezondheid en ziekte gemeten dienen te worden. Er moet dan gekozen worden voor een methode waarbij personen de gelegenheid krijgen zelf uitspraken over hun gezondheid te doen.

De mening van personen over de eigen gezondheid kan zowel mondeling als schriftelijk worden nagevraagd. Hierbij kan een "gestructureerde", een "half-gestructureerde" of een "open" werkwijze worden gehanteerd. In het eerste geval staan onderwerpen, en veelal ook de antwoordcategorieën, al bij voorbaat vast. In het tweede geval zijn de onderwerpen wel, maar de antwoordcategorieën niet van tevoren bepaald. Bij de derde mogelijkheid wordt het aan de respondent overgelaten welke onderwerpen ter sprake komen.

Ook bij het bestuderen van ziektegedrag zijn verschillende methodes met een verschillende graad van betrouwbaarheid denkbaar. Het gaat nu om het "me-

ten" van gedrag, en hiervoor is feitelijke vaststelling van dat gedrag door de onderzoeker de meest betrouwbare werkwijze. Bij de in hoofdstuk 1 gegeven omschrijving van ziektegedrag (alles wat men doet bij ziekte, dus niet alleen het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen) kan dit alleen door intensieve observatie. Indien men alleen geïnteresseerd zou zijn in een enkel aspect van ziektegedrag, namelijk het gebruik van voorzieningen ("medische consumptie"), zou wellicht ook registratie bij instellingen in aanmerking komen. Een voorwaarde is dan wel dat contacten op individueel niveau worden geregistreerd en dat ook achtergrondkenmerken (tenminste de etnische herkomst) van cliënten bekend zijn. Dit is in de praktijk zelden het geval.

Ook het bijhouden van dagboekjes is een methode die wel wordt gehanteerd om informatie over ziektegedrag te krijgen. Voor onderzoek bij Turken in Nederland is dit geen geschikte werkwijze omdat een aanzienlijk deel van hen niet voldoende taalvaardig is.

3.2.2 Werkwijze in het huidig onderzoek

Bij de keuze van een methode van gegevensverzameling hebben de volgende overwegingen een rol gespeeld:

- Er moest een goede mogelijkheid zijn om gegevens van verschillende onderzoeksgroepen te vergelijken.
- Het onderzoek moest gegevens opleveren die enigszins representatief zijn voor de totale populatie Turken in Rotterdam; dit betekent onder andere dat de onderzoeksgroepen van enige omvang dienden te zijn.
- Het totale onderzoek (inclusief verslaglegging) diende in twee jaar voltooid te zijn.
- Vanwege beperkte (schriftelijke) taalvaardigheid was het te verwachten dat niet alle (Turkse) respondenten in staat zouden zijn om een schriftelijke vragenlijst goed te begrijpen en in te vullen.

Op basis van deze overwegingen werd gekozen voor mondelinge gegevensverzameling. Hierbij kon gekozen worden voor gestructureerde of ongestructureerde interviews, of voor een "tussenvorm" van beide methoden.

Een gestructureerde wijze van gegevens verzamelen heeft het voordeel dat gegevens van verschillende respondentgroepen eenvoudig vergeleken kunnen worden. Verder brengt het feit dat deze werkwijze reeds veelvuldig elders is toegepast voordelen met zich mee. Er is hierdoor reeds kennis beschikbaar over geschikte "vraagvormen". Ook aan andere methodologische kwesties is in diverse publikaties al aandacht besteed. Kars-Marshall e.a. (1983, 1988) geven hiervan een overzicht. Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat deze methodologische studies alleen zijn uitgevoerd bij autochtone populaties. Dat dezelfde resultaten verkregen zouden worden bij gebruik voor allochtone populaties mag zeker niet zonder meer worden aangenomen.

Een belangrijke beperking van deze gestructureerde interviews is, dat het niet goed mogelijk is om informatie te krijgen over achterliggende gedachten en opvattingen van respondenten.

Er is daarom in dit onderzoek gekozen voor een combinatie van gestructureerde en half-gestructureerde interviews. De laatste methode werd bij een selectie van respondenten gebruikt. Hierdoor is het mogelijk om zowel kwantitatieve en goed vergelijkbare gegevens te verzamelen als om enig inzicht te krijgen in ideeën en motieven van respondenten.

3.2.3 De gestructureerde interviews

Bij de samenstelling van de vragenlijst werd vooral gebruik gemaakt van twee "voorbeeldlijsten": de vragenlijst die reeds eerder in Rotterdam werd gebruikt (Garretsen en Wierdsma 1984) en de vragenlijst die werd afgenomen in het onderzoek dat gehouden werd onder Turkse inwoners van Antwerpen. De fase van gegevensverzameling van dit Belgische onderzoek was reeds afgerond toen de vragenlijst voor het huidige onderzoek werd ontworpen, zodat in ruime mate geprofiteerd kon worden van de ervaringen uit Antwerpen.

De vragenlijst is getest door enkele ervaren Turkse en Nederlandse interviewers. Hierbij werd gelet op de begrijpelijkheid van de vragen, de duur van het interview, het verloop van het gesprek en de volgorde van de vragen. Nadat op grond van deze proefinterviews enige wijzigingen waren aangebracht, is de lijst door officiële vertalers in het Turks vertaald. Deze vertaling is besproken met alle Turkse interviewers (waaronder een aantal tolken en vertalers). Nadat over de gehele lijst overeenstemming was bereikt, werd de vragenlijst vastgesteld. De vragenlijst is als bijlage opgenomen. In tabel 3.1. zijn de onderwerpen beschreven.

Tabel 3.1.

Onderwerpen uit de vragenlijst met verwijzing naar de betreffende vragen

<u>Achtergrond gegevens over de respondent</u>	nummer van de vraag
. leeftijd	1
. gezinssituatie	1
. arbeidssituatie	1,110,113,127
. opleiding	104
. huisvesting	176-192
. sociale contacten	148-153,165-174
 <u>Specifieke onderwerpen bij Turken</u>	
. migratieverleden	3
. taalbeheersing	154-164
. gerichtheid op Turkije	141-147

*Vervolg tabel 3.1*Gegevens over de subjectieve gezondheidstoestand

. een checklist van 25 chronische klachten (CBS-gezondheidsenquête)	10
. verkorte versie VOEG	15
. klachten in de veertien dagen voorafgaand aan het interview	11-12
. subjectieve gezondheid (direct gevraagd)	9
. "invaliditeit" ten gevolge van de ziekte	14,16-20

Ziektegedrag

. wat deden respondenten bij klachten in de afgelopen veertien dagen	12
. gebruik van diverse gezondheidsvoorzieningen in afgelopen jaar	60-87
. bezoek huisarts in afgelopen drie maanden	29-30
. medicijngebruik (zowel medicijnen ooit gebruikt als medicijnen gebruikt in afgelopen drie maanden)	48-59

Gegevens over de gezondheid van kinderen

. de gezondheid van de kinderen (direct gevraagd)	92
. medische consumptie ten behoeve van kinderen	97-101

Opvattingen van respondenten over gezondheid en ziekte

. de oorzaak van de klachten die de respondent in twee weken voorafgaand aan het interview had	12
. de huisarts (items vooral van Sociaal-logisch Onderzoeksinstituut Leuven)	35,36,41,42
. gedrag dat respondenten zouden vertonen als zij last zouden hebben van een aantal met name genoemde klachten	91
. medische kennis (gebaseerd op Cassee 1973)	90
. gepercipieerde gevaren voor de volksgezondheid (naar De Haes en De Haan '80)	89

Gegevens over de interviewsituatie

. duur	E1
. aanwezigheid van derden	E3-5
. evaluatie gesprek door interviewer	E2
. vragen die problemen hebben opgeleverd	E8,9

De selectie van achtergrondvariabelen is gebaseerd op kennis over determinanten van gezondheid en ziektegedrag (Hoofdstuk 8 en 10).

Niet alle onderwerpen uit de vragenlijsten worden in dit boek behandeld. Voor een overzicht van alle onderzoeksresultaten wordt verwezen naar een eerdere publikatie (Uniken Venema 1987a).

3.2.4 De half-gestructureerde interviews

Onderwerpen die in het half-gestructureerde interview aan de orde kwamen zijn:

- het belang van problemen op het gebied van gezondheid in vergelijking tot andere problemen
- achtergronden van gezondheidsklachten
- achtergronden van huisartsbezoek
- het bezoek aan de tandarts.

Het eerste onderwerp is gekozen om het belang van het onderwerp van onderzoek enigszins te kunnen relateren aan andere zaken in het leven van respondenten. Gaat het hier om een onderwerp dat ook voor de mensen die het betreft een zeer groot probleem is, of zijn problemen op het gebied van gezondheid van ondergeschikt belang in vergelijking met problemen op het gebied van bijvoorbeeld financiën, huisvesting, relaties, werk?

Een van de centrale onderwerpen uit dit onderzoek is de vraag welke factoren van invloed zijn op de gezondheid van Turken en Nederlanders. Ook in de gestructureerde interviews was al gevraagd naar achtergronden van gezondheidsklachten. De half gestructureerde interviews zijn beter geschikt om hierover uitgebreider door te vragen.

Het derde onderwerp is opgenomen omdat uit de gestructureerde interview was gebleken dat er verschillen zijn tussen het bezoek van huisartsen door Turken en door Nederlanders. Een "verklaring" voor deze verschillen was met uitsluitend gegevens uit de gestructureerde interviews niet te geven.

Turkse en Nederlandse respondenten bleken ook in duidelijk verschillende mate de tandarts te bezoeken. Dit resultaat uit de gestructureerde interviews was aanleiding om ook in de half-gestructureerde interviews het tandartsbezoek aan de orde te stellen.

3.3 De onderzoeksopzet

Bij de keuze van het onderzoeksplan hebben de volgende overwegingen een rol gespeeld:

1. Het onderzoek diende gegevens op te leveren die gegeneraliseerd kunnen worden naar de totale groep Turken in Rotterdam.

Dit impliceert dat een a-selecte steekproef van Turkse inwoners van Rotterdam bij het onderzoek betrokken moet worden.

2. Het onderzoek diende inzicht te verschaffen in de vraag in hoeverre de gezondheid en het ziektegedrag van de Turkse respondenten verschilt van die van autochtone inwoners van Rotterdam.

Het is bekend dat er belangrijke verschillen zijn tussen de Turkse en de Nederlandse bevolking van Rotterdam. Zo is er sprake van een andere leeftijdsopbouw, een enigszins andere geslachtsverdeling en een andere verdeling over sociaal- economische klassen. Waarschijnlijk in belangrijke mate samenhangend met verschillen in sociaal-economische klasse zijn er verschillen in huisvestingssituatie, in de verdeling over stadsbuurten, enzovoorts. Veel van deze factoren kunnen van invloed zijn op gezondheid of ziektegedrag.

Indien in dit onderzoek een representatieve steekproef van Turken vergeleken zou worden met een representatieve steekproef van Nederlanders zouden er zeker belangrijke verschillen worden geconstateerd die in belangrijke mate toe te schrijven zijn aan de verschillen in genoemde "achtergrondkenmerken". Het zou dan zeer moeilijk zijn om te kunnen achterhalen of er, behalve de genoemde factoren, nog andere factoren van invloed zijn op de gezondheid van Turken. Dit zou achteraf met behulp van multi-variate analysetechnieken kunnen gebeuren, maar dit is alleen zinvol bij een groot aantal respondenten.

Vanwege de arbeidsintensieve onderzoeksmethode is ervoor gekozen het aantal respondenten beperkt te houden en de "efficiency" van het onderzoek te vergroten door ervoor te zorgen dat de verschillen tussen Turkse en Nederlandse onderzoeksgroepen in relevante achtergrondkenmerken geminimaliseerd worden. Om dit te bereiken zijn Turkse en Nederlandse respondenten "gematched" naar leeftijd, geslacht en woonadres.

Deze matching heeft alleen gediend om de onderzoeksgroepen samen te stellen. Om een aantal redenen was het niet mogelijk om analyses op de gematchte "paren" uit te voeren. In de eerste plaats waren de paren niet altijd te herkennen in de gegevens over Nederlandse respondenten die ons door "Bureau Bevolking" van de gemeente Rotterdam werden aangeleverd. In de tweede plaats bleek na afloop van de interviewfase een vrij groot aantal van de Turkse interviews niet bruikbaar te zijn (zie paragraaf 3.5.1.). Deze zijn vervangen door interviews met respondenten van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht. Voor de vergelijkingsgroep werden de oorspronkelijke Nederlandse respondenten gehandhaafd; de paarsgewijze matching werd hier dus losgelaten.

3.4 De selectie van de onderzoeksgroepen

3.4.1 De Turkse onderzoeksgroep

Voor deelname aan het onderzoek kwamen alle Turkse inwoners van Rotterdam die op 1 januari 1986 niet jonger dan 16 en niet ouder dan 69 waren in

aanmerking. Deze leeftijdsgrenzen zijn zó gekozen dat alle respondenten met eenzelfde vragenlijst benaderd konden worden.

Het was de bedoeling om in dit onderzoek gegevens te verzamelen die zoveel mogelijk voor deze gehele groep representatief zijn. Derhalve was het belangrijk om geen enkele subpopulatie systematisch van het onderzoek uit te sluiten. Dit was mogelijk door gebruik te maken van een steekproef uit het bevolkingsregister. De enigen die hierdoor (noodgedwongen) systematisch buiten het onderzoek gelaten worden zijn Turken die illegaal in Rotterdam aanwezig zijn.

Het aantal personen dat uiteindelijk zou moeten worden geïnterviewd werd gesteld op 500. Hiervan moest de helft uit Turken en de helft uit autochtone Nederlanders bestaan. Om uitval vanwege non-respons en onjuiste adressen te ondervangen werd een steekproef getrokken die tweemaal zo groot was als het gewenste aantal respondenten.

Voor de samenstelling van de Turkse onderzoeksgroep werd een a-selecte steekproef getrokken uit alle personen met de Turkse nationaliteit tussen de zestien en negenenzestig jaar die op 1 januari 1986 bij de gemeente Rotterdam stonden ingeschreven.

3.4.2 De Nederlandse vergelijkingsgroep

Het was de bedoeling om een Nederlandse onderzoeksgroep samen te stellen die gematched was aan de Turkse op de variabelen leeftijd, geslacht en sociaal-economische status.

Het selecteren van Nederlanders naar leeftijd en geslacht levert weinig problemen op: het gemeentelijk bevolkingsregister biedt hiervoor een zeer bruikbare ingang. Het is echter zeer moeilijk op grond van sociaal-economisch niveau te selecteren. Nergens wordt dit gegeven voor alle inwoners van Rotterdam bijgehouden. Er is daarom gezocht naar een indicator voor sociaal-economisch niveau die wél in bestaande registraties wordt bijgehouden. Het meest hiervoor in aanmerking kwam de straat waar de respondent woont. Verwacht werd dat de Nederlandse bureaus van Turkse respondenten relatief vaak tot dezelfde sociaal-economische klasse zouden behoren.

Achteraf kon met behulp van de gegevens die in de interviews waren verkregen worden vastgesteld of de beide groepen inderdaad op de genoemde kenmerken vergelijkbaar zijn. In hoofdstuk 5 wordt dit verder besproken.

In de gemeentelijke bevolkingsadministratie werd bij elke Turkse respondent een autochtone Nederlander geselecteerd uit dezelfde leeftijdsklasse (met een marge van 2,5 jaar naar boven en naar beneden) en van hetzelfde geslacht, woonachtig in dezelfde straat. In enkele gevallen was er niemand die aan deze criteria voldeed. Dan werd gezocht naar Nederlanders uit omliggende straten.

Een bijkomend voordeel van deze wijze van samenstellen van de vergelijkingsgroep is, dat twee groepen kunnen worden vergeleken die niet alleen redelijk overeenkomen in leeftijd, geslacht en sociaal-economisch niveau, maar die ook over enigszins gelijkwaardige huisvesting beschikken.

3.4.3 Selectie van respondenten voor de half-gestructureerde interviews

Per nationaliteit en per geslachtsgroep werden voor deze gesprekken respondenten gekozen die tijdens het gestructureerde interview hun gezondheid op verschillende indicatoren als slecht hadden beoordeeld.

Deze gesprekken werden gevoerd met 8 Turkse mannen, 10 Turkse vrouwen, 6 Nederlandse mannen en 11 Nederlandse vrouwen.

De half-gestructureerde interviews vonden ongeveer een jaar na het gestructureerde interview plaats.

3.5 De uitvoering van de gestructureerde interviews

3.5.1 De procedure

Alle respondenten werden eerst schriftelijk benaderd met een verzoek om deelname en een voorstel voor een tijdstip voor het interview. Een aantal respondenten reageerde hierop met een telefonische weigering (hierover meer in de volgende paragraaf). Alle overige respondenten werden thuis bezocht. Als de betreffende persoon niet thuis was werden minimaal twee nieuwe pogingen ondernomen om de respondent thuis te treffen, steeds op wisselende dagen. De meeste respondenten waren op het afgesproken tijdstip wel thuis. Voor 17 procent van de Turkse en 26 procent van de Nederlandse respondenten moesten interviewers een tweede keer terugkomen, omdat de respondent de eerste maal niet thuis was: bij 3 procent van de Turkse en 8 procent van de Nederlandse respondenten werd de respondent pas de derde maal thuis aangetroffen.

De Turkse respondenten werden door een Turkse interviewer ondervraagd, Nederlandse respondenten door een Nederlandse interviewer. In alle gevallen zijn de mannen door mannelijke interviewers en de vrouwen door vrouwelijke interviewers geïnterviewd. Alle interviewers hadden een training in gespreks- en interviewtechniek gevolgd, de meesten hadden bovendien reeds ervaring als interviewer. Na de training en nadat enkele interviews waren afgenomen bleek dat een paar interviewers ook met intensieve begeleiding niet aan onze eisen konden voldoen. Deze interviewers werden van verdere interviewactiviteiten uitgesloten.

Drieëndertig Turkse en dertig Nederlandse respondenten zijn na enige weken (minimaal twee en maximaal zes) nog eens benaderd voor een herhalingsinter-

view. Het doel van dit herhalingsinterview was het toetsen van de test-hertest-betrouwbaarheid van de vragenlijst.

Tijdens en na de interviewfase werd gecontroleerd of alle interviews volgens afspraak waren verlopen. Helaas bleek dit bij drie interviewers niet het geval te zijn. Zij hadden sommige respondenten in het geheel niet benaderd, andere interviews telefonisch afgenomen en in weer andere gevallen slechts een zeer beperkte selectie uit de vragenlijst aan respondenten voorgelegd. Deze interviews (in totaal 76) zijn alle verwijderd uit het onderzoek en vervangen door nieuwe respondenten.

3.5.2 De interviewsituatie

Alle interviews werden gehouden tussen januari en juli 1986. De gesprekken duurden meestal tussen één en anderhalf uur.

Zoals blijkt uit tabel 3.2. duurden interviews met de Turkse respondenten veel langer dan die met de Nederlandse respondenten. De reden hiervoor is vermoedelijk dat in de Turkse vragenlijst vragen voorkomen die voor Nederlanders niet van toepassing zijn.

Tabel 3.2.

Duur van de interviews in percentages

	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS (N=241)
minder dan 1 uur	4	32
van 1 tot 1,5 uur	47	44
van 1,5 tot 2 uur	31	15
van 2 tot 2,5 uur	13	3
langer dan 2,5 uur	2	0
onbekend	2	6
	100	100
Gemiddelde gespreksduur	1,54 uur	1,19 uur

Het was de bedoeling dat interviewers met de respondenten alléén een gesprek zouden voeren. Dit bleek vaak niet mogelijk, slechts 21 procent van de Turken en 39 procent van de Nederlanders werd geïnterviewd zonder dat anderen hierbij aanwezig waren. In alle overige gevallen waren "derden" bij het gesprek aanwezig, meestal de partner of kinderen. Deze aanwezigheid van derden bleek lang niet altijd storend te zijn, vaak waren bijvoorbeeld partners in een ander deel van de kamer aanwezig zodat zij het gesprek wel konden vol-

gen, zonder hieraan zelf deel te nemen. Regelmatig waren ook jonge kinderen in de kamer aan het spelen.

In 16 procent van de interviews met Turkse respondenten en 12 procent van de interviews met Nederlanders was de interviewer van mening dat de aanwezigheid van "derden" invloed had op het gesprek.

Vaak ging het dan om één vraag of een enkel cluster van vragen, waarbij anderen zich in het gesprek mengden. Een enkele maal had een interviewer de indruk dat de antwoorden van een respondent hierdoor beïnvloed werden. Als dit door de interviewer duidelijk aan te geven was, zijn de betreffende vragen niet verwerkt.

Na elk interview diende de interviewer een oordeel te geven over het verloop van het gesprek. In tabel 3.3. zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 3.3.

Beoordeling van het verloop van het gesprek door de interviewer in percentages

	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS (N=241)
erg prettig	46	39
prettig	34	49
gaat wel	13	10
onprettig	2	1
erg onprettig	0	0
wisselend	1	0
onbekend	4	0
	100	100

Het blijkt dat zowel bij de Turkse als de Nederlandse interviewers het oordeel over de gesprekken meestal positief was. Helaas is het moeilijk om te beoordelen hoe respondenten zelf deze gesprekken ervaren hebben. Een aanwijzing in positieve richting ligt in het feit dat 89 procent van de Turkse en een even groot percentage van de Nederlandse respondenten bereid was om, indien nodig, nog eens een interviewer voor dit onderzoek te ontvangen. Bij de herhalingsinterviews bleek dat deze bereidheid ook werkelijk aanwezig was. Slechts zelden werd deelname aan het herhalingsinterview geweigerd. Als dit al voorkwam, dan was dit vooral om praktische redenen (ziekenhuisopname, op handen zijnde verhuizing en dergelijke).

3.6 De uitvoering van de half-gestructureerde interviews

Ook voor de half-gestructureerde interviews werden de respondenten eerst schriftelijk en vervolgens mondeling benaderd. Deze gesprekken werden gevoerd door de meest ervaren interviewers die hiervoor een aparte instructie hadden ontvangen.

De gesprekken werden door de interviewers opgenomen op een cassette-recorder. De Turkse interviews werden vervolgens door de interviewers mondeling (woordelijk) vertaald ingesproken op een tweede cassettebandje. Deze werkwijze heeft in het algemeen weinig problemen gegeven, slechts één respondent weigerde opname van het interview.

3.7 Non-respons

Het is bekend dat bij onderzoek onder "de bevolking" altijd een aantal potentiële respondenten niet mee wil doen of niet bereikt kan worden. Als er voldoende "reserves" zijn is dit natuurlijk niet zo erg, tenzij de respondenten die niet mee doen in een belangrijk opzicht verschillen van diegenen die wel aan het onderzoek meewerken. Dit zou de representativiteit van de gegevens van de Turkse onderzoeksgroep of de vergelijking tussen Turkse en Nederlandse respondenten kunnen beïnvloeden.

Hoeveel personen zijn in het huidige onderzoek afgefallen, om welke reden doen zij niet mee en zijn er aanwijzingen dat de afvallers "anders" zijn dan de respondenten?

In totaal kon 235 maal een gepland interview geen doorgang vinden. Soms waren respondenten verhuisd, er waren respondenten die ook na drie pogingen van de interviewer niet thuis werden getroffen en tenslotte weigerden respondenten medewerking aan het onderzoek. In tabel 3.4. zijn deze gegevens systematisch beschreven.

Duidelijk blijkt uit deze tabel dat Nederlanders veel vaker dan Turken weigeren aan het onderzoek mee te doen. Belangrijkste redenen voor weigeringen waren: "al zo vaak lastig gevallen voor zoiets", "ik heb er toch niets aan", "geen tijd", of zonder veel commentaar: "ik zie het niet zitten".

Indien adressen onjuist zijn en respondenten dus op geen enkele manier bereikt konden worden (en wellicht ook niet meer tot de onderzoekspopulatie behoren, dat wil zeggen niet meer in Rotterdam wonen), wordt dit gerekend tot "oneigenlijke" non-respons. Wanneer we deze "oneigenlijke" non-respons buiten beschouwing laten wordt de non-respons bij de Turken 12 en bij de Nederlanders 37 procent.

Dat de bereidheid van Turken om mee te werken aan sociaal-wetenschappelijk onderzoek erg hoog is, is inmiddels een bekend fenomeen (onder andere Brassé e.a. 1983; CBS 1986; Bouw en Nelissen 1986). De veronderstellingen dat er sprake zou zijn van "onderzoeksmoeheid" bij migranten, een gedachte

die soms te beluisteren valt bij diegenen die toegang moeten verschaffen tot namen en adressen van respondenten, wordt vooralsnog dan ook niet door feiten ondersteund. Voor de aanwezigheid van een zekere onderzoeksmoeheid bij autochtonen levert dit onderzoek eerder aanwijzingen. De omvang van de non-respons bij Nederlanders komt globaal overeen met die in andere soortgelijke onderzoeken (onder andere Garretsen en Wierdsma 1984).

Tabel 3.4.

Respons en redenen voor non-respons, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal pogingen

	TURKEN (N=311)	NEDERLANDERS (N=414)
respons	78	59
non respons	22	41
waarvan:		
fout adres	5	4
vertrek naar Turkije	5	0
driemaal niet thuis	7	9
weigering	5	28
	100	100

De vraag of de groep die behoort tot de non-respons verschilt van de groep respondenten, is natuurlijk altijd moeilijk te beantwoorden. Over respondenten is veel, over de "non-respondenten" weinig bekend. Wel beschikken wij voor iedereen die in het kader van dit onderzoek is benaderd over gegevens over geslacht, leeftijd en buurt.

Bij de Turken zijn de vrouwen iets oververtegenwoordigd in de non-respons (62% van de non-respons). Bij de Nederlanders behoren mannen ongeveer even vaak als vrouwen tot de non-respondenten. Zowel bij de Turken als bij de Nederlanders komen bij de non-respondenten relatief minder ouderen voor dan in de onderzoeksgroepen. Deze verschillen zijn echter niet erg groot. De non-respons is in alle buurten ongeveer gelijk.

Non-respons kan om twee redenen de doelstelling van dit onderzoek in gevaar brengen. Non-respons kan afbreuk te doen aan de representativiteit van de gegevens van Turkse respondenten en non-respons kan afbreuk doen aan de vergelijkbaarheid van de onderzoeksgroepen.

In hoeverre doet de non-respons hier af aan de representativiteit? Bij de samenstelling van de Turkse onderzoeksgroep werd uitgegaan van het streven een representatieve steekproef samen te stellen van alle Turkse inwoners van

Rotterdam. De geringe omvang van de non-respons doet vermoeden dat deze geen grote afbreuk heeft gedaan aan de representativiteit van het onderzoek. Dit wordt verder ondersteund door de (vrijwel) gelijke verdeling van de non-respons over geslachten, buurten en leeftijdsgroepen.

Wel blijft het mogelijk dat de non-respondenten zich in andere dan de hier gemeten kenmerken (wellicht ook in kenmerken die met gezondheid of ziektegedrag kunnen samenhangen) onderscheiden van de onderzoeksgroep. Zo is het denkbaar dat er onder de non-respondenten relatief veel werkenden, of erg "traditioneel" ingestelden voorkomen. Ook is het mogelijk dat er verschillen in gezondheid zijn tussen respons en non-respons. Zieke en invalide mensen zullen vermoedelijk vaker thuis getroffen worden dan gezonden. Het kan bovendien zijn dat zij relatief vaak meewerken aan een gezondheidsonderzoek, omdat het onderwerp voor hen erg relevant is, of omdat zij gewoon meer tijd hebben. Ook een omgekeerd verband behoort tot de mogelijkheden: mensen met acute ziekten, mensen die zich erg ziek voelen en uiteraard mensen die intramuraal worden verzorgd behoren waarschijnlijk minder snel tot de respondenten.

Gezien de geringe omvang van de non-respons, lijkt de stelling verdedigbaar dat het niet waarschijnlijk is dat de non-respons systematisch op enkele van deze mogelijke kenmerken van de onderzoeksgroep verschilt.

De non-respons lag bij de Nederlandse onderzoeksgroep aanmerkelijk hoger. Als non-respons samenhangt met gezondheid of ziektegedrag dan kan de uitkomst van de vergelijking tussen Turken en Nederlanders door de non-respons beïnvloed worden.

Wanneer we ons echter beperken tot de variabelen die bij de samenstelling van de vergelijkingsgroep een rol gespeeld hebben (buurt, leeftijd, geslacht), dan kan in elk geval met zekerheid worden vastgesteld dat de non-respons de samenstelling van de Nederlandse vergelijkingsgroep naar leeftijd en geslacht niet heeft veranderd. Bij de vervanging van uitgevallen adressen werden immers dezelfde criteria gehanteerd als bij de eerste selectie (bij elke Turkse respondent een Nederlandse van dezelfde leeftijd, geslacht en buurt).

3.8 Verwerking van de gegevens, statistische aspecten

3.8.1 Vergelijking van de resultaten van Turkse en Nederlandse respondenten en de toetsing van gevonden verschillen

De gegevens zijn verwerkt met behulp van het SPSSX-statistisch pakket. Soms worden in de tabellen toetsingsresultaten vermeld, vooral als het gaat om verschillen tussen Turken en Nederlanders.

Bij het interpreteren van deze toetsresultaten is enige voorzichtigheid geboden: het toetsen van verschillen is gewenst als men wil vaststellen hoe groot de kans is dat in een steekproef gevonden verschillen door toeval tot stand gekomen zijn, dan wel een gevolg zijn van werkelijke verschillen in de populatie.

Voorwaarde voor het trekken van dergelijke conclusies is dat het onderzoek is uitgevoerd bij twee a-selecte steekproeven uit de populatie waarover uitspraken gedaan moeten worden. Het is duidelijk dat dit in het huidige onderzoek voor de Turkse onderzoeksgroep wel, maar voor de Nederlandse groep niet geldt. De Nederlandse onderzoeksgroep is geen steekproef uit een populatie, maar zou wel beschouwd kunnen worden als een "gematchte steekproef".

De waarde van de toetsgrootheden en significantieniveaus is vanwege deze beperking vooral beschrijvend. Uitspraken over populaties kunnen bij de Nederlanders en bij een vergelijking tussen Turken en Nederlanders niet worden gedaan. Wel zegt de toets iets over de orde van grootte en de consistentie van de verschillen tussen de gegeven onderzoeksgroepen

Afhankelijk van het meetniveau van de variabelen worden als toetsen gebruikt: de Chi-kwadraat, Kendall's tau b en de Wilcoxon-rangtoets voor onafhankelijke steekproeven. De chi-kwadraattoets is gebruikt bij variabelen van nominaal meetniveau, Kendall's tau b bij variabelen van ordinaal meetniveau en de Wilcoxon rangtoets bij interval- of ratio niveau. De toetsresultaten zijn per tabel vermeld in de tekst. In alle tabellen zijn ontbrekende gegevens als "onbekend" weergegeven. Deze ontbrekende waarden zijn bij toetsing buiten beschouwing gelaten. Indien bepaalde gegevens op (een groep) respondenten niet van toepassing zijn (bijvoorbeeld de arbeidssituatie voor niet-werkenden), dan zijn de betreffende respondenten niet in de tabel opgenomen.

In enkele gevallen was toetsing wel gewenst, maar waren de celvullingen te gering om de standaard Chi-kwadraat-toets te kunnen gebruiken. Als de verwachte waarde in een cel minder dan vijf is is daarom de Fisher exact-toets toegepast.

Telkens waar resultaten in percentages zijn weergegeven is afgerond tot gehele getallen. Hierdoor kan de som van de percentages soms afwijken van 100. In de tabellen is dan toch het totaal op 100 procent gesteld.

3.8.2 Verbanden tussen (groepen van) variabelen

Welke methode?

Een van de doelstellingen van het onderzoek was om na te gaan welke factoren eventuele verschillen in gezondheid en ziektegedrag van Turken en Nederlanders kunnen verklaren. Om hierover méér dan alleen speculatieve uitspraken te kunnen doen moet worden nagegaan of een verband kan worden vastgesteld tussen gezondheid en ziektegedrag enerzijds en mogelijke determinanten anderzijds.

Leeftijd en geslacht kunnen mogelijke "confounders" zijn in het verband tussen mogelijke determinanten en indicatoren voor gezondheid. Daarom moet voor deze variabelen zoveel mogelijk worden gecontroleerd. Dit impliceert dat een analysemethode moest worden gekozen waarbij een aantal variabelen tegelijk

wordt opgenomen ("multivariate analyse"). Minimaal moeten hierbij nationaliteit, leeftijd, geslacht, een "onafhankelijke" variabele (de determinant) en een "afhankelijke", oftewel resultaatvariabele worden opgenomen.

Hierbij is al bij voorbaat te verwachten dat van sommige determinanten de invloed op gezondheid en ziektegedrag nauwelijks kan worden nagegaan. Dit is namelijk het geval wanneer zowel afhankelijke als onafhankelijke variabelen zeer sterk samenhangen met de "storende" variabelen leeftijd en geslacht. Dit zou zich bijvoorbeeld kunnen voordoen bij de samenhang tussen verblijfsduur en gezondheid. Als (wat niet geheel denkbeeldig is) vrijwel alle oudere Turkse respondenten lang in Nederland zijn en vrijwel alle jongere respondenten een korte verblijfsduur hebben en als bovendien de oudere respondenten overwegend een slechte en de jongeren een goede gezondheid hebben, dan valt er over het verband tussen verblijfsduur en gezondheid weinig meer te zeggen. In dat geval moet overigens ook worden overwogen of de samenhang tussen leeftijd en gezondheid niet (mede) wordt bepaald door verblijfsduur.

Al bij voorbaat was dus duidelijk dat het uitvoeren van multi-variate analyses met deze gegevens een moeilijke onderneming zou zijn. In verhouding tot het aantal variabelen is het aantal respondenten gering; bovendien zijn veel variabelen van "lage" meetniveau's. Een belangrijke remedie was geweest om een veel groter aantal respondenten bij het onderzoek te betrekken. Dit was praktisch niet uitvoerbaar. Bovendien was een dergelijke uitbreiding van de onderzoeksgroepen niet nodig om de andere doelstellingen van het onderzoek te realiseren (beschrijving en "feasibility"). Om toch zoveel mogelijk inzicht te krijgen in het verband tussen mogelijke determinanten en gezondheid en ziektegedrag zijn globaal twee benaderingen mogelijk. In de eerste plaats kan worden gezocht naar een methode waarbij verschillende variabelen in een analyse worden betrokken. In de tweede plaats kan het verband tussen een afhankelijke en een onafhankelijke variabele voor verschillende "subgroepen" worden nagegaan. In dit geval zou een "subgroepindeling" naar leeftijd, geslacht en nationaliteit voor de hand liggen. Deze alternatieven worden hier kort besproken.

1. Wellicht de meest gebruikte multi-variate analysetechnieken zijn multi-pele regressie-analyse en covariantie-analyse. Voor correcte toepassing van deze methoden moet aan twee voorwaarden zijn voldaan: in de eerste plaats moeten variabelen minimaal op intervalniveau gemeten zijn (dat wil zeggen dat zowel de volgorde als de onderlinge afstand van categorieën van de variabelen betekenis hebben); in de tweede plaats moet de afhankelijke variabele in de populatie normaal verdeeld zijn; (o.a. Kleinbaum e.a. 1980).

De data-set van het Rotterdamse onderzoek voldoet aan geen van beide voorwaarden.

Een methode die wel geschikt is is niet-lineaire canonische correlatie-analyse (CANALS). Met behulp van deze exploratieve methode kan de samenhang tussen verschillende "sets" van variabelen van verschillende meetniveau's worden nagegaan (Van den Burg 1985). In een volgende stap kan ook worden vastgesteld welke variabelen binnen een set het meest van invloed zijn op deze

samenhang. Een belangrijk voordeel van deze methode is dat het mogelijk is om een groter aantal variabelen tegelijk in een analyse op te nemen. Een nadeel is dat er nog maar weinig ervaring bestaat met de uitvoering van deze analysetechniek. Ook is het een tamelijk ingewikkelde methode waarvan de resultaten niet altijd eenvoudig te interpreteren zijn.

2. Het probleem van de "storende" variabelen leeftijd en geslacht kan ook worden opgelost door het verband tussen een afhankelijke en een onafhankelijke variabele eerst vast te stellen binnen groepen die homogeen zijn in leeftijd en geslacht (gestratificeerde analyse). Vervolgens kan op basis van effect-schattingen in de subgroepen (de "strata") een "overall"-maat worden geconstrueerd om het totale effect van de onafhankelijke variabele te schatten (Rothman 1986).

Een zeer belangrijk voordeel van deze werkwijze is dat deze methode in vergelijking met bovenbeschreven technieken tamelijk eenvoudig toe te passen en te interpreteren is. Bovendien kan van elke onafhankelijke variabele afzonderlijk het effect worden vastgesteld.

Toch is helaas ook deze methode in dit onderzoek niet zonder meer geschikt. Het aantal respondenten laat een "fijnmazige" indeling in leeftijds- geslachts- en nationaliteitsgroepen nauwelijks toe.

Geen enkele methode lijkt zonder meer geschikt om in dit onderzoek informatie te krijgen over de samenhang tussen mogelijke determinanten en gezondheid en ziektegedrag. Gegeven de beperkingen van het data-bestand leek het verstandig om twee analysemethoden toe te passen: niet-lineaire canonische correlatieanalyse en gestratificeerde analyse.

Niet lineaire Canonische Correlatieanalyse (CANALS)

De toepassing en de interpretatie van deze methode vragen om een zeer uitgebreide toelichting en motivering. Dit zou in het kader van dit rapport te ver op methodologische zijpaden voeren. Een aparte rapportage hierover is verzorgd door degene die deze analyses heeft voorbereid en uitgevoerd (Hoogendijk 1988).

Hier wordt alleen kort uitgelegd op welke principes deze methode is gebaseerd. De uitwerking en de resultaten zijn in bijlage 3.1. opgenomen.

Canonische correlatieanalyse geeft de samenhang tussen twee sets variabelen weer. Hiertoe worden de oorspronkelijke waarden van de variabelen zodanig getransformeerd dat een optimale samenhang tussen de twee variabelensets ontstaat. Bij het transformeren van de variabelen wordt rekening gehouden met het niveau waarop de variabelen gemeten zijn.

De somscore van de getransformeerde variabelen van een set heet de "canonische variaat". De samenhang tussen de twee sets wordt weergegeven door het

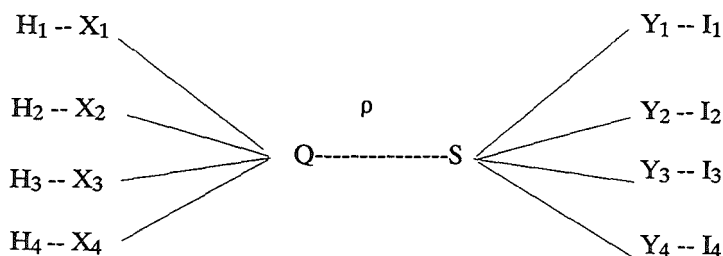
verband tussen twee "canonische variaten". In figuur 3.1. is dit schematisch weergegeven.

De correlatie tussen de getransformeerde variabelen en de variaat geeft aan hoe sterk de betreffende variabele heeft "bijgedragen" tot de oplossing, oftewel hoe belangrijk deze variabele is voor de totale samenhang tussen de twee sets. Door een grafische weergave van de resultaten kan ook worden nagegaan welke categorieën van een variabele samenhangen met categorieën van variabelen van de andere set.

Vaak is voor de beschrijving van de gegevens meer dan één canonische variaat (aan beide zijden) nodig. Er is dan sprake van meerdere canonische correlaties.

Figuur 3.1.

Schematische weergave van Canonische correlatie-analyse



H_i en I_j : De oorspronkelijke variabelen

X_m en Y_n : De getransformeerde variabelen

Q en S: De canonische variaten

ρ : De correlatie tussen de canonische variaten
(= canonische correlatie)

Gestratificeerde analyse

Bij deze methode wordt ervan uitgegaan dat de onafhankelijke variabele dichotoom is, waarbij een van de beide categorieën als "risicovol" ("exposure") kan worden onderscheiden (Rothman 1986). Ook de afhankelijke variabele is dichotoom en van de twee categorieën kan er één als "ongunstig" resultaat worden beschouwd.

In dit onderzoek hebben de meeste variabelen meer dan twee categorieën. Voor deze gestratificeerde analyse zijn meestal categorieën samengevoegd zodat er twee categorieën overbleven. Indien dit niet op zinvolle wijze mogelijk was zijn de categorieën paarsgewijs vergeleken.

Als maat voor het effect van de "exposure" wordt de odds ratio gebruikt. Deze geeft aan hoe de kans van geëxponeerden op een "ongunstig" resultaat ten opzichte van de kans op een "gunstig" resultaat zich verhoudt tot die kans van niet geëxponeerden. Een odds ratio van 1 betekent dat er geen samenhang kan worden vastgesteld tussen de "exposure" en het resultaat. Indien een odds ratio kleiner dan 1 wordt gevonden dan wil dat zeggen dat het "ongunstige" resultaat bij geëxponeerden minder vaak voorkomt; is een odds ratio groter dan 1 dan betekent dat dat het negatieve resultaat bij de geëxponeerden vaker voorkomt.

Deze odds ratio's kunnen voor elk stratum (leeftijds- en geslachtsgroep) en voor de beide nationaliteiten apart berekend worden. Van deze stratum-specifieke odds-ratio's kan een gewogen gemiddelde worden berekend met behulp van een door Mantel en Haenszel ontwikkelde procedure (de Mantel- Haenszel odds ratio) (Rothman 1986).

Doordat sommige achtergrondvariabelen zeer sterk met leeftijd en geslacht samenhangen komen in de strata vaak "lege cellen" voor (alle respondenten hebben op de afhankelijke of de onafhankelijke variabele dezelfde score). Deze cellen bevatten dan geen informatie over de samenhang tussen de risicofactor en het resultaat.

Bij het interpreteren van de Mantel-Haenszel odds ratio is het een probleem dat stratum-specifieke odds ratio's sterk kunnen variëren ("heterogeniteit"). In het eindresultaat is dit niet terug te vinden, terwijl dit voor de interpretatie van de samenhang tussen risicofactor en resultaat een belangrijk gegeven kan zijn. Het is mogelijk om de resultaten van de Mantel-Haenszel procedure te toetsen op heterogeniteit; bij geringe aantallen is deze toets echter weinig krachtig. Steeds waar op basis van dit eindresultaat aanleiding was te vermoeden dat de onafhankelijke variabele van invloed was op gezondheid of ziektegedrag is daarom op basis van kruistabellen in de individuele strata nagegaan in hoeverre dit ook enigszins consistent in de strata herkenbaar is. Indien dat niet het geval was is dit resultaat als niet voldoende vaststaand terzijde geschoven.

In bijlage 3.2. is weergegeven welke variabelen voor deze analyses gebruikt zijn. Hierbij zijn ook de resultaten (odds ratio's en bijbehorende p-waarden) weergegeven. In de hoofdstukken 8 en 10 zijn die resultaten vermeld die ook bij een bestudering van de gegevens per stratum naar voren kwamen.

3.9 Samenvatting

In dit onderzoek worden twee methoden van data-verzameling gebruikt. De eerste en meest belangrijke is een mondelinge gezondheidsenquête. Daarnaast

werden half-gestructureerde interviews gehouden. Turkse respondenten werden door Turkse interviewers ondervraagd, Nederlanders door Nederlandse interviewers van het eigen geslacht.

De belangrijkste onderwerpen die in de gezondheidsenquête aan de orde kwamen waren de gezondheid, het ziektegedrag en achtergrondgegevens: de gezinssituatie, het dagelijks werk, opleiding, huisvestingssituatie en sociale contacten. In de half-gestructureerde interviews werd gesproken over achtergronden van gezondheidsklachten en over huisartsbezoek.

De Turkse onderzoeksgroep werd samengesteld door een a-selecte steekproef te trekken uit alle Turkse inwoners van Rotterdam tussen 16 en 69 jaar. Voor de Nederlandse onderzoeksgroep werd bij elke Turkse respondent in de gemeentelijke bevolkingsadministratie een Nederlander gezocht van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht, bovendien woonachtig in dezelfde straat.

Tweehonderdachtenveertig Turken en tweehonderdeenenvieftig Nederlanders namen deel aan het onderzoek. De non-respons bedroeg bij de Turken 13 en bij de Nederlanders 38 procent.

Voor het vergelijken van de gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse respondenten wordt gebruik gemaakt van kruistabellen en van enkele statistische maten. De invloed van achtergrondgegevens op gezondheid en ziektegedrag wordt op twee manieren onderzocht. In de eerste plaats wordt een techniek voor multivariate analyse toegepast (niet-lineaire canonische correlatie analyse) gebruikt. In de tweede plaats zijn bivariate analyses uitgevoerd, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht.

IV Validiteit en betrouwbaarheid

4.1 Inleiding

Over methodologische aspecten van vragenlijstonderzoek en gezondheids-enquêtes is veel gepubliceerd (zie o.a. De Jong-Gierveld en Van der Zouwen 1987, Kars-Marshall e.a. 1983, 1988, Kuyl en 1987, Van der Zouwen 1984). Over de betrouwbaarheid en de validiteit van een dergelijk instrument bij allochtone bevolkingsgroepen is veel minder bekend.

Bij de start van het onderzoek kon er dan ook niet zonder meer van worden uitgegaan dat de gezondheidsenquête een geschikt instrument is om gegevens te verzamelen over de gezondheid van Turken. Het verkrijgen van informatie hierover is daarom opgenomen als een van de doelstellingen van het onderzoek. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de twee aspecten die in belangrijke mate de kwaliteit van een vragenlijst bepalen: validiteit en betrouwbaarheid.

Eerst worden deze beide begrippen nader toegelicht; vervolgens wordt besproken welke informatie werd verkregen over de validiteit en de betrouwbaarheid van de vragenlijst die voor het gestructureerde interview werd gebruikt.

4.2 Validiteit

4.2.1 Algemene aspecten

In de eerste plaats is de validiteit van de vragenlijst van belang, ofwel: meet de vragenlijst dat, waarvoor hij bedoeld is?

In de methodologische literatuur wordt een groot aantal "vormen" van validiteit onderscheiden (o.a. Drenth 1984, Meerling 1981). Hier komen drie "basisvormen" aan de orde: criteriumvaliditeit, inhoudsvaliditeit en constructvaliditeit. Veel van de in de literatuur genoemde vormen van validiteit zijn hierin onder te brengen.

1. Criteriumvaliditeit

Resultaten op een vragenlijst worden gebruikt om de positie van een individu op een vast criterium te schatten of te voorspellen. Een voorbeeld hiervan is een vragenlijst die is ontwikkeld om te voorspellen of een bepaalde behandelingsmethode bij een persoon wel of niet zal slagen. Bij de beoordeling van de validiteit van de vragenlijst staat centraal in hoeverre de resultaten van de vragenlijst goede voorspellers zijn voor het criterium, in dit geval het slagen van de behandeling.

2. *Inhoudvaliditeit*

Resultaten van de vragenlijst worden gebruikt om uitspraken te doen over kenmerken, attitudes of gedragingen van personen. Wanneer men een vragenlijst bijvoorbeeld gebruikt om uitspraken te doen over het ziektegedrag van respondenten dan is het voor het beoordelen van de inhoudvaliditeit van belang dat de "gemeten" variabelen een goede afspiegeling vormen van het "do-mein" van gedragingen die betrekking hebben op ziektegedrag. Om dit te kunnen beoordelen moet een goede omschrijving beschikbaar zijn van het begrip "ziektegedrag". Er moet bekend zijn welke aspecten hieraan te onderscheiden zijn en de uiteindelijke vragenlijst moet een evenwichtige weergave hiervan vormen.

3. *Constructvaliditeit*

Resultaten van een vragenlijst worden gebruikt om uitspraken te doen over een abstract theoretisch "construct", ook wel "latente" variabele genoemd. Als een onderzoeker de bedoeling heeft op basis van de resultaten van een vragenlijst uitspraken te doen over dergelijke constructen dan is de constructvaliditeit van belang, oftewel de mate waarin de metingen een goede indicatie vormen voor het construct. Een bekend voorbeeld hiervan is intelligentie, maar ook gezondheid is zo'n theoretisch construct. De waarde van deze constructen ligt vooral in het feit dat zij in relatie staan met andere constructen en/of gedragingen. Een begrip als gezondheid ontleent haar waarde vooral aan het feit dat zij in verband staat met pijn, verdriet, inkomstenderving, sterfte, etc.

Constructvaliditeit is niet direct vast te stellen. In feite is dit ook weinig relevant; het gaat bij een construct nooit om de waarde ervan als zelfstandige variabele, maar altijd om de samenhang met andere concepten of gedragingen. Van constructvaliditeit is sprake wanneer ook de relaties met andere constructen of gedragingen "onaangetast" blijven door de meting.

Alle vormen van validiteit komen in gevaar wanneer de afname van de vragenlijst "invalide" is: respondenten geven een andere betekenis aan de vragen dan door de onderzoeker is bedoeld. Dit kan het geval zijn als de respondent de vraag niet goed begrepen heeft maar toch een antwoord geeft. Ook is het heel goed mogelijk dat iemand de vraag goed begrijpt, maar om een of andere reden het "juiste" antwoord niet wil of kan geven. Dit laatste zal sneller optreden bij vragen over gevoelige onderwerpen en bij vragen die als het ware vragen om sociaal wenselijke antwoorden.

4.2.2 *Validiteit in dit onderzoek*

Met welke vormen van validiteit moet in dit onderzoek rekening gehouden worden?

Bij de eerste vorm, de criteriumgerelateerde validiteit, doet zich meteen de vraag voor of het gewenst en mogelijk is een goed "criterium" te vinden. Soms wordt de validiteit van een gezondheidsenquête vastgesteld door de resultaten

te vergelijken met de uitslagen van medisch onderzoek (Kars-Marshall e.a.1983, Kroeger 1985). In dat geval is deze uitslag te beschouwen als "criterium". Voor het vaststellen van de validiteit van vragen over ervaren gezondheid is een dergelijke toets niet relevant; voor de vragen over gezondheidstoestand wel. Bij dit laatste moet overigens wel bedacht worden dat het doel van het afnemen van een gezondheidsenquête nooit een "screening" van individuele personen is. Het gaat er alleen om of de gezondheidsenquête een goede indruk geeft van de gezondheidstoestand van groepen personen.

Kars-Marshall e.a. bespreken diverse studies waarin resultaten van gezondheidsenquêtes zijn vergeleken met medische dossiers of de uitslagen van medisch onderzoek. De resultaten zijn zeer verschillend, vermoedelijk omdat de vraagstellingen en de populaties van onderzoek tot onderzoek verschillen.

In het huidige onderzoek is ervoor gekozen om een dergelijke validiteitstoets niet uit te voeren. Het zou een zeer bewerkelijk deelonderzoek vormen waarvan de totale benodigde inspanningen, gezien het totale doel van het onderzoek niet zouden opwegen tegen de baten.

De tweede en de derde vorm van validiteit zijn voor dit onderzoek zeer relevant.

Het doel van het onderzoek is het doen van uitspraken over gezondheid en ziektegedrag van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. In hoofdstuk 1 werd een poging ondernomen om deze begrippen te omschrijven en aan te geven welke aspecten wel, welke niet bij dit onderzoek betrokken worden. Deze "aspecten" staan al dichter bij de empirie dan de begrippen gezondheid en ziektegedrag. Wanneer ook bij de conclusies geen uitspraken worden gedaan over andere aspecten dan is de inhoudsvaliditeit redelijk gewaarborgd.

Van belang is dan nog de constructvaliditeit. Bij ziektegedrag levert dit de minste problemen op: we omschreven in hoofdstuk 2 precies welke vormen van ziektegedrag in dit onderzoek relevant zijn (bezoek huisarts en specialist, medicijngebruik, enz). Vervolgens werd hier in de vragenlijst direct naar gevraagd.

Met betrekking tot het meten van de gezondheidstoestand en ervaren gezondheid doen zich andere problemen voor: ook de constructvaliditeit is nu van belang.

Ook hier is het probleem van validiteit al enigszins "ingedamd" door expliciet te formuleren welke aspecten van gezondheid onderzocht worden. Vaststellen of de diverse onderdelen uit de vragenlijst goede (=valide) omzettingen zijn van deze aspecten is zeker geen eenvoudige zaak. Door bij de presentatie van de resultaten zoveel mogelijk te verwijzen naar de exacte operationalisaties van de constructen kan in elk geval worden voorkomen dat onjuiste interpretaties worden geformuleerd. Verder is getracht de validiteit van de meting van ervaren gezondheid te bevorderen door zoveel mogelijk gebruik te maken van inhoudelijke kennis en van vragen die door anderen reeds gebruikt zijn.

Verder kon achteraf enig inzicht in de validiteit worden verkregen. In de eerste plaats door na te gaan of die vragen waarvan werd verondersteld dat zij betrekking hebben op hetzelfde construct ook vergelijkbare resultaten opleveren. Dit is duidelijk het geval. Uit de hoofdstukken 6 en 7 zal blijken dat de verschillende indicatoren voor gezondheidstoestand ongeveer dezelfde resultaten opleveren. Ook hangen deze indicatoren op dezelfde wijze samen met de belangrijkste achtergrondvariabelen leeftijd en geslacht. Hetzelfde kan gezegd worden over de indicatoren voor ervaren gezondheid.

Een voorwaarde voor elke vorm van validiteit is dat de respondent de vraag overeenkomstig de bedoeling van de onderzoeker interpreteert.

Om informatie te verkrijgen over deze vorm van validiteit werden in de eerste plaats proefinterviews gehouden. Hiervoor werden de meest ervaren interviewers ingezet, die uitdrukkelijk de instructie kregen na te gaan of de vragen door respondenten goed begrepen werden en of vragen weerstand of aarzeling bij respondenten oproepen.

Verder werd voor, tijdens en na de interviewfase intensief overlegd met de interviewers. Hierbij is aan de interviewers gevraagd om op basis van hun kennis van de Turkse cultuur en eerdere interview-ervaringen een oordeel te geven over de vragenlijst in zijn geheel en over individuele vragen. Ook werden zij geïnstrueerd om tijdens de interviews zeer alert te zijn op reacties van respondenten en hierover achteraf verslag te doen. Vooraf hebben deze besprekingen ertoe geleid dat enkele vragen niet, of in een andere vorm, zijn gesteld dan aanvankelijk gepland.

Uit de gesprekken met de Turkse en Nederlandse interviewers tijdens en na de interviewfase bleek dat meesten van hen van mening zijn dat de vragen in het algemeen goed begrepen en naar eerlijkheid beantwoord zijn. Wel was het regelmatig een probleem om de bedoeling duidelijk te maken van vragen die niet betrekking hebben op feiten maar op meningen of veronderstellingen. Indien de respondent volgens de interviewer een vraag echt niet goed begrepen heeft, dan zijn de betreffende antwoorden niet verwerkt. Enkele vragen werden door meerdere interviewers als "problematisch" (moeilijk uit te leggen of aanleiding gevend tot misverstanden) omschreven. Dit waren in de eerste plaats de vragen naar de mate waarin men denkt zelf de eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden (vraag 13 en 17). Deze vragen werden door Turkse en Nederlandse respondenten soms niet goed begrepen.

De vraag hoe vaak men zich gezond genoeg voelt om de dingen te doen die men wil doen of meestal doet (vraag 14 en 16) leverde vooral bij de Turkse respondenten problemen op. Veel Turkse respondenten vonden dit "rare" vragen want "het werk moet toch gedaan, of je je goed voelt of niet".

Bedreigingen voor "de volksgezondheid" van inwoners van Nederland (vraag 89) konden door weinig respondenten onderscheiden worden. Deze vraag was te ingewikkeld geformuleerd en vaak hadden interviewers de indruk dat ook na uitgebreide toelichting de vraag niet goed begrepen was.

Tenslotte rapporteerden sommige interviewers problemen met de vragen over "psychische problemen" (de vragen 21 t/m 25). De ervaringen met deze vragen

verschillen sterk per interviewer. Mannelijke interviewers hadden meestal meer problemen met deze vraag dan vrouwelijke. In het algemeen hadden de gesprekken met de mannen een wat "zakelijk" karakter waardoor de overgang van vragen over de lichamelijke gezondheid naar psychische problemen moeilijker te maken was.

De resultaten van alle hier genoemde vragen zijn in dit rapport niet verder verwerkt.

Verschillen tussen de bedoeling van de onderzoeker en de interpretatie van een vraag door respondenten kunnen ook veroorzaakt worden door nuanceverschillen bij de vertaling. De kans hierop werd geminimaliseerd door met de vertalers niet alleen de inhoud van de vragen door te nemen, maar ook de bedoeling van de vragen uit te leggen. Verder werd de vertaling uitgebreid besproken met alle Turkse interviewers waarvan sommigen ook officiële vertalers waren.

4.3 Betrouwbaarheid

4.3.1 *Algemene aspecten*

Een tweede aspect dat van belang is voor de beoordeling van een vragenlijst is de betrouwbaarheid. Hiermee wordt bedoeld of de vragenlijst als meetinstrument, als "thermometer", goed is. Geeft de meter in dezelfde omstandigheden steeds dezelfde uitslag? Zijn de uitkomsten niet afhankelijk van "toevalsfactoren" als omgevings- of tijdsinvloeden, bijvoorbeeld degene die het instrument toepast, of de plaats waar het wordt afgenomen?

Informatie hierover kan alleen worden verkregen wanneer mogelijke bronnen van onbetrouwbaarheid als variabele in het databestand zijn opgenomen (bijvoorbeeld plaats en tijdstip van het interview, of de aanwezigheid van "derden").

4.3.2 *Betrouwbaarheid in dit onderzoek*

Bij de opzet van onderzoek kan al worden geprobeerd om de kans op onbetrouwbare antwoorden zo klein mogelijk te maken, bijvoorbeeld door de periode waarover gerapporteerd moet worden zo klein mogelijk te houden. Hierbij moet steeds worden afgewogen dat bij een zeer korte herinneringsperiode weliswaar de meest betrouwbare, maar in kwantitatief opzicht vaak minder informatierijke gegevens oplevert. Hoe korter de herinneringsperiode, des te minder respondenten in die periode ziek geweest zijn.

Over het probleem van de tijdsperiode waarover vragen over gezondheid en medische consumptie nog redelijk accuraat kunnen worden beantwoord (de "recall periode") is uit ander onderzoek met vergelijkbare vragenlijsten reeds

enige kennis beschikbaar (Kars-Marshall e.a. 1983, Kroeger 1983, Van Sonsbeek en Stronkhorst 1983).

In dit onderzoek is geprobeerd deze bron van onbetrouwbaarheid uit te sluiten door gebruik te maken van "recall- perioden" en vraagvormen waarmee in ander onderzoek de beste resultaten zijn bereikt.

Op twee wijzen werd onderzocht of de aldus verkregen resultaten voldoende betrouwbaar zijn: door toepassing van multivariate analyses op de gegevens en door het uitvoeren van een hertest.

1. Niet-lineaire canonische correlatie analyse

In dit onderzoek was een aantal mogelijke foutenbronnen aanwezig. De belangrijkste hiervan zijn de interviewer, de interviewsituatie (bij sommige interviews waren "derden" aanwezig) en de periode waarin het interview plaatsvond (de maand van het jaar).

Gezien het feit dat dit onderzoek in methodologisch opzicht een verkennend karakter heeft (de eerste maal dat een gezondheidsenquête bij migranten werd toegepast) is het van groot belang om de invloed van deze mogelijke foutenbronnen zoveel mogelijk te onderscheiden. De niet-lineaire canonische correlatie-analyse (hoofdstuk 3) levert hierover informatie. Hierbij wordt het verband tussen een set met "meetmethodekenmerken" enerzijds en twee sets met indicatoren voor gezondheid en ziektegedrag anderzijds onderzocht. De set "meetmethodekenmerken" bestond uit de volgende variabelen: de interviewer, de duur van het gesprek, de aanwezigheid van derden, de beoordeling van het verloop van het gesprek door de interviewer, de maand waarin het interview werd afgenomen, het aantal pogingen dat moest worden ondernomen om de respondent thuis te treffen en tenslotte de nationaliteit.

De resultaten van de CANALS-analyses zijn uitgebreid beschreven in bijlage 3.1. Hieruit blijkt dat er in het algemeen weinig verband is tussen de meetmethodekenmerken en indicatoren voor gezondheid en ziektegedrag. Wel bleek dat enkele indicatoren voor ziektegedrag tezeer afhankelijk zijn van de interviewer. Dit geldt voor de volgende variabelen: somscore medicijngebruik, het huisartsbezoek in de drie maanden voor het interview, de reden voor het laatste tandartsbezoek en het antwoord op de vraag of men wel eens kiespijn had zonder de tandarts in te schakelen. Deze samenhang blijkt grotendeels te worden veroorzaakt door één interviewer die zeer afwijkende antwoorden heeft genoteerd.

Zonder deze interviewer blijft de samenhang tussen interviewer en resultaat alleen bestaan voor de somscore medicijngebruik. We moeten dus concluderen dat deze variabele ongeschikt is voor verder interpretatie. Bij een eventueel volgend onderzoek zal veel aandacht besteed moeten worden aan de training van interviewers juist bij de vragen over medicijngebruik.

Die variabelen waarbij de resultaten van één interviewer sterk afwijken van die van de overige interviewers werden verder geanalyseerd zonder de door deze interviewer verkregen resultaten hierbij te betrekken.

2. Test-hertest

"Stabiliteit over tijd" is niet voor alle onderdelen van de vragenlijst in dezelfde mate gewenst. Een aantal onderwerpen uit de vragenlijst is per definitie tijdsgebonden (bijvoorbeeld de vraag naar het huisartsbezoek in de afgelopen drie maanden). Als dergelijke vragen na verloop van enige tijd door individuen anders beantwoord worden zegt dat nog weinig over de betrouwbaarheid van de meting. Wel mag geëist worden dat de resultaten op geaggregeerd niveau niet sterk veranderen. Alleen veranderingen ten gevolge van seizoenwisselingen zijn dan acceptabel. Er zijn ook enkele vragen waarbij ook op individueel niveau in een korte tijdsperiode geen grote veranderingen mogen optreden (bijvoorbeeld vragen naar chronische klachten). Bij het onderzoeken van de test-hertest betrouwbaarheid moet met dit verschil rekening gehouden worden.

Bij 33 Turkse en 32 Nederlandse respondenten werd twee tot zes weken na het eerste interview een tweede interview afgenomen waarin de belangrijkste vragen uit het eerste interview nog eens aan de orde zijn gesteld.

Deze herhalingsinterviews werden afgenomen door de interviewer die ook het eerste interview bij de betreffende respondent had afgenomen. De interviewers beschikten echter niet meer over de informatie uit het eerste interview.

De samenhang tussen de twee metingen wordt gezien als maat voor de betrouwbaarheid. Voor die variabelen waarbij ook op individueel niveau stabiliteit mag worden verwacht is ook gekeken naar het percentage van de respondenten dat bij de tweede meting een afwijkend antwoord gaf.

Een lastig probleem bij het interpreteren van deze gegevens is dat er geen algemeen geldende normen zijn op grond waarvan beslist kan worden over (on)betrouwbaarheid. Bovendien kan er niet één criterium gehanteerd worden voor alle vragen. De normen hangen af van de verdeling van de antwoorden bij de eerste meting en van het aantal antwoordcategorieën.

Voor elke variabele werd de betrouwbaarheid onderzocht voor de totale onderzoeksgroep en vervolgens voor Turken en Nederlanders apart.

In bijlage 4.1. is een volledig overzicht van de gehanteerde criteria en van de resultaten per "vraagcategorie" geboden. Hier worden alleen de belangrijkste resultaten vermeld.

In het algemeen gaven Nederlandse respondenten vaker dan Turkse bij de twee metingen dezelfde antwoorden. De test-hertestbetrouwbaarheid is bij de Nederlanders dus hoger.

De volgende variabelen bleken bij een van beide groepen niet voldoende betrouwbaar gemeten te zijn:

Bij Nederlanders:

- laatste huisartsbezoek

Bij Turken:

- het voorkomen van chronische rugklachten
- het voorkomen van reuma in de knie
- belemmering bij het dagelijks werk vanwege ziekte.

Wel voldoende betrouwbaar waren de antwoorden bij de overige chronische klachten, de somscore van het totaal aantal klachten (hierbij reuma in de knie en rugklachten uitgezonderd), de VOEG-score, het specialistbezoek in het afgelopen jaar, het huisartsbezoek in de afgelopen drie maanden en het totaal aantal gebruikte medicijnen.

4.4 Samenvatting en conclusies

Bij de start van het onderzoek was niet bekend in hoeverre de gezondheids-enquête een valide en betrouwbaar instrument zou zijn in een onderzoek bij een allochtone bevolkingsgroep. Daarom is in dit onderzoek op een aantal manieren geprobeerd om informatie te krijgen over de validiteit en betrouwbaarheid van dit instrument.

Vooral bij voorbereiding van het onderzoek is veel aandacht besteed aan het voorkómen van invaliditeit door het houden van proefinterviews en door een duidelijke omschrijving van begrippen.

Achteraf werd vastgesteld dat de vragen waarvan werd verondersteld dat zij betrekking hadden op hetzelfde concept globaal ook dezelfde resultaten opleverden.

Tijdens en na de interviewfase werd intensief overlegd met interviewers over de reacties van respondenten op de vragen. Enkele vragen leverden in de praktijk veel problemen op, zij moesten vaak extra worden toegelicht en/of gaven aanleiding tot misverstanden. Deze vragen zijn niet verder verwerkt.

Voor Turken en Nederlanders waren dit de vragen naar de mate waarin men de eigen gezondheid kan beïnvloeden en de vraag naar bedreigingen voor de volksgezondheid. Specifiek door Turken werd de vraag hoe vaak men zich gezond voelt om het "gewone" werk te doen als "raar" ervaren. Vragen over psychische problemen leverden vooral in gesprekken met Turkse en Nederlandse mannen problemen op.

Informatie over de betrouwbaarheid van de vragenlijst werd verkregen door het uitvoeren van een her-test bij een kleine groep respondenten. Hieruit bleek dat de test-hertestbetrouwbaarheid in het algemeen bij de Nederlandse respondenten iets groter is dan bij de Turkse. De meeste vragen bleken echter te voldoen aan de (enigszins arbitrair gekozen) normen van betrouwbaarheid. Dit geldt niet voor de vraag naar het laatste huisartsbezoek, de vragen naar chronische rugklachten en reuma in de knie en de vraag hoe vaak men door ziekte niet al het gewone werk kan doen.

Tenslotte werd met behulp van niet-lineaire canonische correlatie analyse nagegaan in hoeverre kenmerken van de meetmethode samenhangen met de gemeten eigenschappen. Dit bleek gelukkig weinig het geval te zijn. Alleen de interviewers bleken bij enkele vragen niet voldoende uitwisselbaar. Bij enkele vragen was dit vooral toe te schrijven aan één interviewer. De resultaten van deze interviewer zijn bij deze vragen buiten beschouwing gelaten.

Bij één variabele, het totale medicijngebruik uit de drie maanden voorafgaand aan het interview, was het gebrek aan uitwisselbaarheid van interviewers niet veroorzaakt door één interviewer. Deze variabele is daarom in het geheel niet meer gebruikt.

V De onderzoeksgroepen

5.1 Inleiding

Het onderzoek heeft betrekking op een steekproef van 16- tot 69-jarige Turkse inwoners van Rotterdam en een groep "autochtone Rotterdamers" van dezelfde leeftijd.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste karakteristieken van deze beide onderzoeksgroepen beschreven en vergeleken. Deze beschrijving is om een aantal redenen van belang:

1. Voor een goede interpretatie van de gegevens is het noodzakelijk om iets te weten over de achtergronden van de onderzoeksgroepen. Bestaan zij vooral uit werklozen of werkenden, ouderen of jongeren, alleenstaanden of gehuwden en, specifiek voor de Turken: hoelang wonen zij in Nederland, uit welke streken van Turkije zijn zij afkomstig, hoe is het gesteld met hun taalvaardigheid? Deze vragen worden in dit hoofdstuk beantwoord. Later zal worden nagegaan of er een verband is tussen deze variabelen en de gezondheidstoestand of het ziektegedrag van de respondenten.
2. Bij het samenstellen van de Nederlandse vergelijkingsgroep werd ernaar gestreefd om deze groep wat betreft leeftijd, geslacht en sociaal-economische status zoveel mogelijk gelijk te houden aan de Turkse onderzoeksgroep. Achteraf kan worden vastgesteld of deze doelstelling werd gerealiseerd.
3. Het is de bedoeling om op basis van dit onderzoek uitspraken te doen die geldig zijn voor Turken in Rotterdam. Daarom is het nodig te weten in hoeverre de groep die bij dit onderzoek betrokken is representatief is voor de totale populatie Turken in Rotterdam. De vraag naar de representativiteit van de gegevens over de Nederlandse onderzoeksgroep is voor dit onderzoek niet relevant. Van belang is alleen de mate waarin deze groep vergelijkbaar is met de Turkse onderzoeksgroep.

Aan de Turkse onderzoeksgroep uit Antwerpen wordt in dit hoofdstuk geen aandacht besteed. Deze groep is in dit rapport vooral van belang om inzicht te krijgen in determinanten van gezondheid en ziektegedrag. Achtergrondkenmerken van de Turkse respondenten uit Antwerpen zijn hier alleen relevant als zij eventuele verschillen tussen de gezondheid of het ziektegedrag van Turken in Rotterdam en Turken in Antwerpen kunnen verklaren. Op deze kwestie wordt in paragraaf 6.3. ingegaan.

Dit hoofdstuk bestaat uit drie delen, waarin achtereenvolgens op de drie bovengenoemde doelstellingen wordt ingegaan. In het eerste deel worden belangrijke achtergrondkenmerken van de Turkse en Nederlandse onderzoeks-

groep gepresenteerd. Hierbij komen eerst de algemene onderwerpen aan de orde: leeftijdsopbouw, huisvesting in Rotterdam, gezinssituatie, taalbeheersing, sociale contacten, achtergronden in Turkije van de Turkse respondenten, oriëntatie op Turkije, dagelijkse activiteiten en sociaal-economische status. Vervolgens wordt specifiek over de Turkse respondenten nog informatie verstrekt die te maken heeft met de migratie en de taalbeheersing. In het tweede deel komt de "vergelijkbaarheid" van de Turkse en de Nederlandse onderzoeksgroep aan de orde. In het derde deel wordt ingegaan op de representativiteit van de gegevens door waar mogelijk gegevens over de onderzoeksgroep te vergelijken met andere populaties.

5.2 Een beknopte typering van de Turkse en de Nederlandse onderzoeksgroep

5.2.1 Samenstelling van de onderzoeksgroep naar leeftijd en geslacht

De beide onderzoeksgroepen bestaan voor de helft uit mannen en voor de helft uit vrouwen.

Uit tabel 5.1. blijkt dat er relatief veel respondenten uit de jongste leeftijdsgroepen afkomstig zijn. Dit weerspiegelt de populatie-opbouw van Turken in Rotterdam.

Tabel 5.1.

Leeftijdsopbouw van de Turkse en Nederlandse respondenten in percentages (leeftijd op 1.1.1986)

	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS (N=241)
16 t/m 24 jaar	30	30
25 t/m 34 jaar	23	27
35 t/m 44 jaar	25	22
45 t/m 54 jaar	19	18
ouder dan 55 jaar	4	4
	100	100
gemiddeld	34,0	33,7
standaarddeviatie	12,0	12,0

5.2.2 Gezinssituatie

Zowel bij de Turkse als bij de Nederlandse respondenten leeft het merendeel samen met een partner. Dit percentage is voor beide groepen ongeveer gelijk (respectievelijk 79 en 73 procent). Verder bestaat de Turkse onderzoeksgroep

voor zes en de Nederlandse voor zestien procent uit alleenstaanden. Het percentage kinderen dat bij ouders inwoont is bij de Turken elf en bij de Nederlanders acht procent. De "restgroepen", respectievelijk vier en drie procent van beide onderzoeksgroepen, bestaan vooral uit respondenten die met personen samenleven die zij niet als "partner" beschouwen.

Tabel 5.2.

Aantal kinderen van Turkse en Nederlandse respondenten in percentages.

	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS(N=241)
geen kinderen	32	52
1 of 2 kinderen	31	45
3 of 4 kinderen	30	3
5 tot 7 kinderen	7	0
	100	100
gemiddeld aantal kinderen	2,7	1,5
standaarddeviatie	1,3	0,6

Turkse respondenten hebben vaker dan Nederlandse respondenten één of meer kinderen (respectievelijk 68 en 48 procent). Wanneer alleen diegenen die gehuwd zijn of samenwonen worden vergeleken worden deze percentages respectievelijk 84 en 64 procent. Ook het aantal kinderen per gezin is bij de Turken beduidend hoger (tabel 5.2.).

5.2.3 Huisvesting

Een gering deel van de respondenten (zestien procent Turken en dertien procent Nederlanders) is eigenaar van het huis waarin zij wonen.

De woningen van Turkse en Nederlandse respondenten verschillen niet wat betreft het aantal kamers. Wel wonen Turken gemiddeld met meer mensen in deze huizen (tabel 5.3.).

Tweeënveertig procent van de Turken en zesenviertig procent van de Nederlanders heeft klachten over hun woning. Deze klachten zijn zeer gevarieerd, sommigen vinden hun woning te klein, anderen te gehorig of te vochtig; er zijn woningen die lekken. Veel respondenten hebben bovendien meer dan één klacht over de woning.

Nederlanders wonen vaker in een huis met centrale verwarming (39 procent bij Nederlanders, 16 procent bij Turken).

Tabel 5.3.

Gemiddeld aantal personen per kamer bij Turkse en Nederlandse respondenten in percentages

	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS (N=241)
<1 persoon	17	53
≥1; <2 personen	64	45
≥2 personen	20	3
	100	100

5.2.4 Sociale contacten

Zowel met de Turkse als met de Nederlandse respondenten is gesproken over de contacten die zij onderhouden met anderen. De bedoeling hiervan was om respondenten die erg geïsoleerd leven te kunnen onderscheiden van hen, die waarschijnlijk gemakkelijker steun kunnen vinden bij anderen.

Vanzelfsprekend kan op deze wijze alleen een zeer globale indruk verkregen worden van de sociale contacten van respondenten. Een aspect waarover bovendien helemaal geen informatie beschikbaar is, is hoe respondenten die sociale contacten beleven. Sommigen kunnen zich eenzaam voelen terwijl zij elke dag een groot aantal mensen ontmoeten. Anderen kunnen erg tevreden zijn met een goede vriend die zij éénmaal per maand telefonisch spreken. Over deze aspecten kon in dit onderzoek geen informatie worden verzameld.

Vrijwel alle respondenten hebben kennissen of familieleden in Rotterdam waarmee zij regelmatig contact hebben. Meestal spreken zowel Turkse als Nederlandse respondenten deze kennissen minstens één keer per maand, vaak vindt ook dit contact minstens éénmaal per week of zelfs dagelijks plaats. Zesenzeventig procent van de Turkse respondenten heeft daarnaast ook contact met Nederlanders in de buurt. Zij onderhouden hiermee echter minder intensief contact dan met hun Turkse kennissen.

Bijna driekwart (73 procent) van de Turkse vrouwen gaat alleen of met andere vrouwen op bezoek bij Turkse kennissen. Minder dan een kwart (22 procent) van alle Turkse vrouwen bezoekt wel eens alleen of met andere vrouwen een Nederlandse kennis. Zevenenzestig procent van de Nederlandse vrouwen gaat wel eens zonder man op bezoek bij anderen.

Hoewel vaak wordt gesteld dat Turkse vrouwen zonder de begeleiding van een man niet de deur uit mogen, blijkt hiervan niets uit dit onderzoek. Integendeel, wanneer we het percentage Turkse vrouwen dat alleen of met andere vrouwen op bezoek gaat bij anderen vergelijken met het percentage Nederlandse vrou-

wen voor wie dit het geval is, dan blijkt dat Turkse vrouwen zelfs vaker alleen of met andere vrouwen op stap gaan dan Nederlandse.

Dat de meeste Turkse vrouwen wel degelijk (ook zelfstandig) contacten buitenshuis onderhouden wordt ook in ander onderzoek gevonden (Risvanoglu, Brouwer en Priester, 1986).

5.2.5 "Dagelijks werk"

In tabel 5.4 is weergegeven hoe de Turkse en de Nederlandse respondenten verdeeld zijn over de categorieën werkend (buitenshuis), schoolgaand, huishouden, werkloos/werkzoekend, WAO/AWW en gepensioneerd. Op enkele respondenten is een combinatie van deze mogelijkheden van toepassing, bijvoorbeeld werken en schoolgaan. In tabel 5.4. is dit samengevat in de categorie "meerdere".

Het is duidelijk dat er grote verschillen zijn tussen de bezigheden van Turkse en Nederlandse mannen en vrouwen. De beroepsbevolking (werkenden en werkzoekenden) is bij de Turkse en Nederlandse mannen ongeveer even groot. Het percentage werklozen is bij de Turken echter veel hoger.

Tabel 5.4.

Activiteit van Turkse en Nederlandse respondenten naar geslacht in percentages

	TURKEN		NEDERLANDERS	
	mannen (N=123)	vrouwen (N=125)	mannen (N=122)	vrouwen (N=119)
werkend	46	18	64	37
schoolgaand	9	6	9	9
werkzoekend	28	3	7	3
huishouden	1	71	3	46
arbeidsongeschikt	9	0	9	1
meerdere	1	0	0	1
onbekend	7	2	9	4
	100	100	100	100

Nadere analyse van de onderzoeksresultaten leert dat voor de totale onderzoeksgroep geldt dat diegenen die nu niet werken meestal in het verleden wel hebben gewerkt. Alleen bij de Turkse vrouwen is dit niet het geval. Tweederde deel van de vrouwelijke Turkse respondenten heeft nog nooit buitenshuis gewerkt.

Hiermee wijken deze gegevens over de arbeidsmarktpositie van Turkse vrouwen af van resultaten van ander onderzoek. Risvanoglu en anderen vonden dat meer dan de helft van de Turkse vrouwen uit hun steekproef werkt of heeft gewerkt. Uit recent onderzoek in Utrecht bleek, dat vrijwel alle Turkse vrouwen op de een of andere wijze "georiënteerd zijn op de arbeidsmarkt", dat wil zeggen buitenshuis werken, gewerkt hebben, of willen werken (Bouw en Nelissen, 1986).

Een verklaring voor deze discrepantie is niet direct te geven. Het is mogelijk dat respondenten in het Rotterdamse onderzoek dat door een gemeentelijke dienst werd uitgevoerd minder geneigd waren om over hun arbeidssituatie te rapporteren.

5.2.6 Sociaal-economische status

Over drie indicatoren voor sociaal-economische status werd in dit onderzoek informatie verzameld: beroepsniveau, opleidingsniveau en inkomen.

Beroepsniveau.

Aan alle respondenten die nu werken, of dat in de afgelopen vijf jaar hebben gedaan, is gevraagd welk beroep zij uitoefenen of uitgeoefend hebben. Dit beroep is volgens een door het ITS ontwikkeld classificatiesysteem ingedeeld in categorieën (Westerlaak, Kropman en Collaris, 1975).

Tabel 5.5.

Beroepsniveau van Turkse en Nederlandse respondenten naar geslacht in percentages. Huidig beroep of in afgelopen vijf jaar uitgeoefend.

	TURKEN		NEDERLANDERS	
	mannen (N=93)	vrouwen (N=37)	mannen (N=102)	vrouwen (N=80)
ongeschoolde arbeid	43	70	11	23
geschoolde arbeid	51	3	45	23
lagere employé	1	8	23	46
kleine zelfst.	1	0	2	1
middelbare employé	1	8	7	4
hoger beroep	1	0	6	1
onbekend	2	11	7	3
	100	100	100	100

Honderddertien Turkse en eenenvijftig Nederlandse respondenten (respectievelijk 46 en 21 procent van de totale groepen) hebben in de afgelopen vijf jaar niet gewerkt en dus geen beroep opgegeven. Van de resterende groep is het beroepsniveau in tabel 5.5. weergegeven.

Het blijkt duidelijk dat Nederlandse respondenten niet alleen vaker een werkkring buitenshuis hebben, maar ook beroepen uitoefenen die hoger gekwalificeerd zijn. Aangezien beroepsniveau een belangrijke indicator is voor sociaal-economisch niveau, kunnen wij reeds voorzichtig stellen dat de opzet om een groep Nederlanders te selecteren met vergelijkbaar sociaal-economisch niveau niet geheel geslaagd is. In paragraaf 5.3. wordt de "vergelijkbaarheid" van de Turkse en Nederlandse respondenten nog eens expliciet aan de orde gesteld. Eerst worden de resultaten voor andere indicatoren voor sociaal-economische status gepresenteerd.

Opleidingsniveau.

Net als het beroepsniveau blijkt ook het opleidingsniveau van Nederlanders beduidend hoger te zijn dan dat van de Turkse respondenten (tabel 5.6.). Nu was het ook nauwelijks te verwachten dat beide groepen gemiddeld hetzelfde opleidingsniveau zouden hebben. Het is algemeen bekend dat een groot deel van de eerste generatie Turken weinig of geen opleiding in Turkije heeft genoten. Bij Nederlanders komt dit weinig voor. Zoals verwacht kan worden, valt bij de Turken een duidelijk verschil tussen opleidingsniveaus van mannen en vrouwen te constateren; Turkse vrouwen hebben een lager opleidingsniveau dan Turkse mannen. Bij de Nederlandse respondenten is de samenhang tussen geslacht en opleidingsniveau grilliger.

Tabel 5.6.

Opleidingsniveau van Turkse en Nederlandse respondenten uitgesplitst naar geslacht in percentages

	TURKEN		NEDERLANDERS	
	mannen (N=123)	vrouwen (N=125)	mannen (N=122)	vrouwen (N=119)
geen of enkele jaren basisond.	18	43	10	3
volt. basisond.	52	42	16	32
volt. LBO/MAVO	17	7	33	32
volt HAVO/MBO/VWO	6	2	20	15
voltooid HBO/Univ.	2	2	7	4
schoolgaand	2	3	6	5
anders/onbekend	0	2	8	10
	100	100	100	100

Inkomen.

Aan respondenten werd gevraagd het netto totaal gezinsinkomen in één van de zes mogelijke categorieën in te delen. Hierbij werd er expliciet om gevraagd alle inkomsten bij elkaar op te tellen (salarissen van alle gezinsleden, kinderbijslag, uitkeringen en dergelijke).

Deze gegevens moeten met voorzichtigheid worden beschouwd, omdat een dergelijke wijze van vragen vermoedelijk niet de meest betrouwbare is. Het is mogelijk dat niet alle respondenten even goed overzicht hebben over alle bronnen van inkomsten, of deze niet even accuraat bij elkaar optellen. Ook is het denkbaar dat er enige terughoudendheid bestaat bij het rapporteren hierover wanneer niet alle bronnen van inkomen geheel en al "legaal" zijn.

Zeven procent van de Nederlandse en één procent van de Turkse respondenten was niet in staat of niet bereid om informatie over het gezinsinkomen te verstrekken.

Het gezinsinkomen van Turkse respondenten is duidelijk lager dan dat van de Nederlandse respondenten (tabel 5.7.). Hierbij moet dan ook nog eens rekening gehouden worden met het feit dat het merendeel van de Turkse huishoudens een gedeelte van het gezinsinkomen naar Turkije stuurt, waardoor slechts een deel van het netto gezinsinkomen voor uitgaven in Nederland beschikbaar is. Bovendien moeten de Turkse gezinnen met meer mensen van dit geld rondkomen. Per gezinslid is in de Turkse gezinnen dus een aanzienlijk lager bedrag beschikbaar dan in de Nederlandse gezinnen.

Tabel 5.7.

Netto maandelijks gezinsinkomen van Turkse en Nederlandse respondenten in percentages

	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS (N=241)
minder dan fl 900,-	2	6
fl. 900 t/m fl 1499,-	23	17
fl. 1500 t/m fl 2199,-	46	28
fl. 2100 t/m fl. 2999,-	16	24
fl. 3000 t/m fl. 4499,-	7	12
meer dan fl. 4500,-	0	1
onbekend	6	12

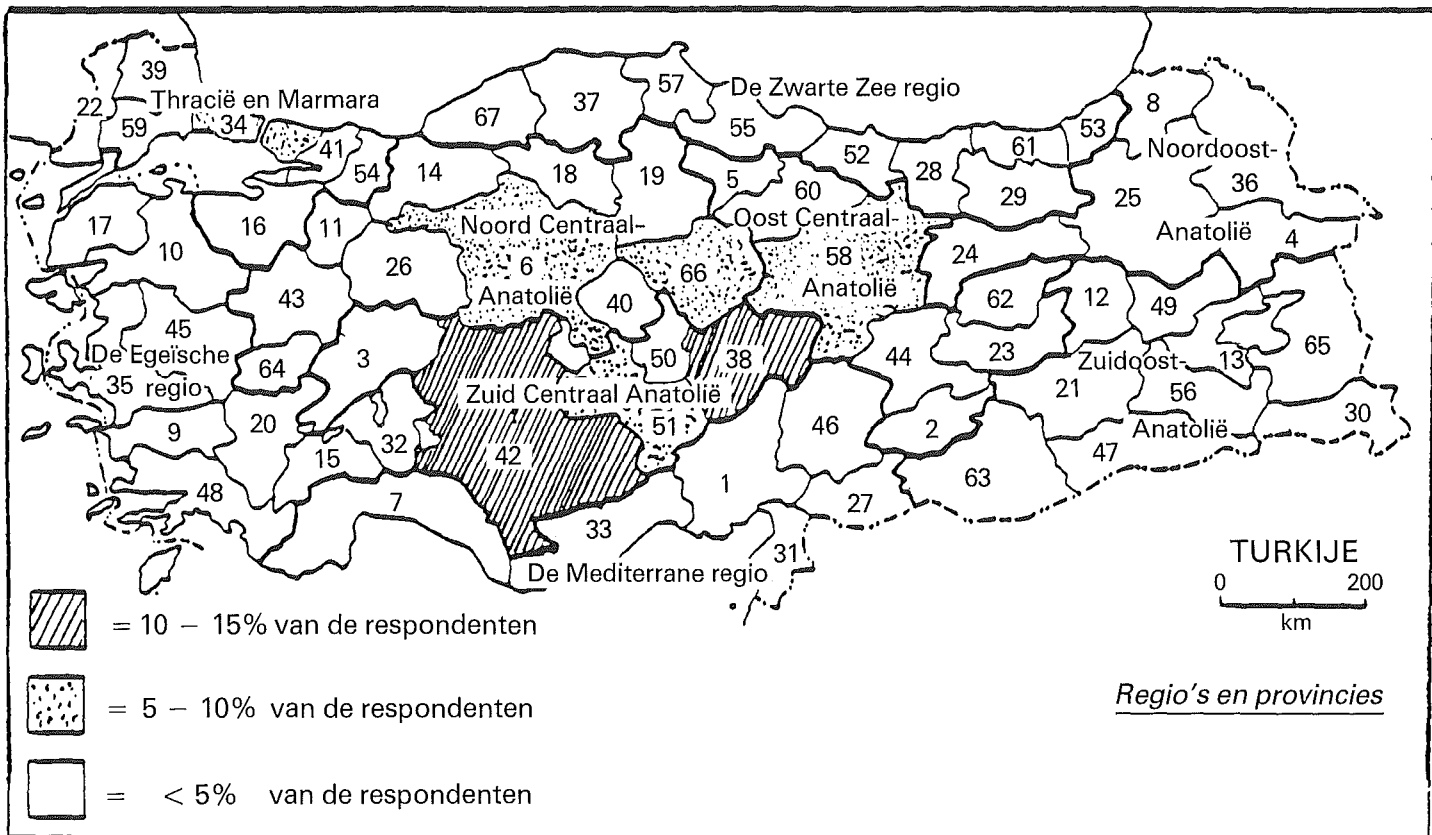
5.2.7 Het herkomstland, Turkije

De gedachte dat de Turkse inwoners van Rotterdam een homogene groep vormen, wordt al direct weersproken wanneer gekeken wordt naar de regio's van herkomst van de Turkse respondenten. Uit vrijwel alle delen van Turkije zijn er wel vertegenwoordigers in de onderzoeksgroep te vinden. In figuur 5.1. is

op de kaart van Turkije aangegeven waar de meeste respondenten vandaan komen.

Drieëntwintig procent van de respondenten is opgegroeid in één van de grotere steden van Turkije, tweeëntwintig procent groeide op in een "voorstad" (in de omgeving van een stad), precies de helft van alle respondenten bracht de jeugd door in een dorp. De resterende groep (5 procent van het totaal) is in Nederland opgegroeid.

Figuur 5.1. Provincies van herkomst van Turkse respondenten



Figuur 5.1.

Provincies van herkomst van Turkse respondenten

1. Adana	24. Erzincan	46. Maras
2. Adiyaman	25. Erzurum	47. Mardin
3. Afyonkarahisar	26. Eskischir	48. Mugla
4. Agri	27. Gaziantep	49. Mus
5. Amasya	28. Giresun	50. Nevsehir
6. Ankara	29. Gümüşhane	51. Nigde
7. Antalya	30. Hakkari	52. Ordu
8. Artvin	31. Hatay	53. Rize
9. Aydin	32. Isparta	54. Sakarya
10. Balikesir	33. Icel	55. Samsun
11. Bilecik	34. Istanbul	56. Siirt
12. Bingöl	35. Izmir	57. Sinop
13. Bitlis	36. Kars	58. Sivas
14. Bolu	37. Kastamonu	59. Tekirdag
15. Burdur	38. Kayseri	60. Tokat
16. Bursa	39. Kırklareli	61. Trabzon
17. Canakkale	40. Kirschir	62. Tunceli
18. Cankiri	41. Kocaeli	63. Urfa
19. Corum	42. Konya	64. Usak
20. Denizli	43. Kütahya	65. Van
21. Diyarbakir	44. Malatya	66. Yozgat
22. Edirne	45. Manisa	67. Zonguldak
23. Elazig		

De verblijfsduur van de Turkse respondenten komt globaal overeen met die van de meeste Turken in Nederland. De meerderheid is tussen 1965 en 1979 naar Nederland gekomen. De mannen zijn gemiddeld langer in Nederland dan de vrouwen (tabel 5.8.).

Tabel 5.8.

Jaar van vestiging in Nederland van Turkse respondenten in percentages

	mannen (N=123)	vrouwen (N=125)
voor 1965	6	1
1965 t/m 1969	24	6
1970 t/m 1974	29	26
1975 t/m 1979	27	42
na 1980	15	26
	100	100

5.2.8 Gerichtheid op Turkije

Toen de eerste arbeidsmigranten in de zestiger jaren naar Nederland kwamen, werd alom gedacht dat hun verblijf hier tijdelijk zou zijn. Zowel migranten zelf als Nederlandse beleidmakers waren hiervan overtuigd. Het was in die tijd dan ook vanzelfsprekend dat de Turken in Nederland grotendeels georiënteerd waren op Turkije. Naarmate de gezinshereniging op gang kwam en duidelijk werd dat de meesten van hen langduriger, zo niet permanent, hier zouden blijven was deze volledige gerichtheid op Turkije minder vanzelfsprekend. Via de kinderen, die Nederlandse scholen bezoeken, nemen de "Nederlandse invloeden" bovendien toe.

In 1986 wil 58 procent van de Turkse onderzoeksgroep voorgoed terugkeren naar Turkije. Voor de meesten van hen die terug willen is dit een "lange termijn" wens.

Slechts 20 procent van de respondenten zou binnen vijf jaar terug willen naar Turkije (tabel 5.9).

Er is een zeer duidelijk verband tussen de wens tot remigreren en leeftijd. De wens tot terugkeer is bij oudere respondenten sterker dan bij jongere (bijlage 5.1.). Of deze wensen tot remigratie ook werkelijk zullen worden gerealiseerd staat nog geenszins vast. Uit migratieliteratuur is bekend dat voornemens tot remigratie vaak weinig voorspellende waarde hebben.

Tabel 5.9.

Wens tot remigratie van Turkse respondenten in percentages

denkt binnen een jaar terug te gaan	4
denkt binnen 5 jaar terug te gaan	16
denkt binnen 5 - 10 jaar terug te gaan	11
denkt over meer dan 10 jaar terug te gaan	15
wil terug, maar weet niet op welke termijn	9
wil niet terug naar Turkije	41
geen mening over al dan niet terugkeer	1
onbekend	4
<hr/>	
N=248	100

Een groot gedeelte van de respondenten is op de een of andere wijze ook "feitelijk" georiënteerd op Turkije. Zevenenvijftig procent van hen stuurt regelmatig geld naar Turkije. Een even groot percentage heeft bezittingen in Turkije (meestal een huis). Ook in de keuze van het onderwijs voor de kinderen kan gerichtheid op Turkije tot uitdrukking komen. Voor vijfenveertig procent van de respondenten met kinderen geldt dat één of meer kinderen in Turkije of Nederland een Turkse school bezochten.

In het kader van dit onderzoek konden slechts enkele indicatoren voor de gerichtheid op Turkije worden opgenomen. Het zou niet juist zijn te menen dat op basis hiervan ook werkelijk een goed inzicht kan ontstaan in de binding met het moederland, zoals die in het dagelijks leven van de respondenten een rol speelt.

Er zijn in Nederland diverse studies verricht die uitsluitend gericht waren op het onderzoeken van de oriëntatie of de "identiteit" van Turken in Nederland (Risvanoglu e.a., 1986; De Vries, 1987). Uit deze studies komt duidelijk naar voren dat er eigenlijk nauwelijks gesproken zou mogen worden van "de" oriëntatie van Turken in Nederland. Er zijn vele aspecten aan deze oriëntatie te onderscheiden, die alleen door diepgaand contact met de betreffende personen kunnen worden onderzocht.

In dit onderzoek werden alleen enkele zeer feitelijke gegevens over de contacten met het herkomstland opgenomen.

5.2.9 Taalbeheersing

Tweeëntwintig procent van de Turkse respondenten is in Turkije nooit naar school geweest. De meesten van hen hebben nooit leren lezen. Vierentachtig procent van de respondenten zegt Turks te kunnen lezen, 84 procent zegt ook het schrijven in het Turks machtig te zijn. Zoals te verwachten was, zijn aanzienlijk minder respondenten in staat het Nederlands actief of passief te gebruiken.

Tweederde van de respondenten zegt Nederlands te verstaan, maar van deze groep zegt slechts dertig procent alles te kunnen verstaan in het Nederlands. Zestig procent van de respondenten zegt Nederlands te spreken, maar ook hiervan spreekt slechts dertig procent naar eigen zeggen deze taal goed.

Een minderheid van de respondenten antwoordt in staat te zijn Nederlands te lezen en te schrijven (respectievelijk 35 en 23). Respondenten die in het Nederlands kunnen lezen en schrijven zijn meestal van mening dat zij deze vaardigheden goed beheersen (respectievelijk 54 en 67 procent).

Jongeren (onder de 35 jaar) beheersen de geschreven Nederlandse taal beter dan de ouderen en mannen beter dan vrouwen. Bij de mondelinge taalbeheersing is er geen duidelijk verband met leeftijd. Ter illustratie hiervan wordt in tabel 5.10. weergegeven welk percentage mannen en vrouwen van een bepaalde leeftijdsgroep de Nederlandse taal naar eigen zeggen kan verstaan en lezen. Duidelijk blijkt uit deze gegevens dat de taalbeheersing van de jongere Turkse mannen het grootst en die van de oudere vrouwen het kleinste is.

Tabel 5.10.

Turkse respondenten die naar eigen zeggen Nederlands kunnen verstaan en lezen naar leeftijd en geslacht in percentages (tussen haakjes het totaal aantal respondenten per leeftijdsgroep)

	Nederlands verstaan		Nederlands lezen	
	mannen (N=123)	vrouwen (N=125)	mannen (N=123)	vrouwen (N=125)
16-24 jaar	94 (35)	50 (38)	80 (35)	45 (38)
5-34 jaar	84 (25)	68 (31)	56 (25)	29 (31)
35-44 jaar	59 (27)	50 (34)	22 (27)	6 (34)
45-54 jaar	72 (29)	39 (18)	17 (29)	11(18)
55 en ouder	86 (7)	0 (4)	43 (7)	0 (4)

5.3 De vergelijkbaarheid van Turken en Nederlanders

In het eerste hoofdstuk werd uiteengezet dat er bij de samenstelling van de vergelijkingsgroep Nederlanders naar werd gestreefd vooral leeftijd, geslacht en sociaal-economisch milieu gelijk te houden. Dat dit voor de variabelen leeftijd en geslacht goed geslaagd is lag, gezien de steekproefopzet, voor de hand. Aangezien alleen het woonadres gebruikt kon worden bij de selectie van de vergelijkingsgroep, was het veel minder zeker dat de beide groepen van vergelijkbaar sociaal-economisch milieu zijn. Het gemiddeld opleidings- en beroepsniveau van Nederlanders bleek inderdaad te verschillen, en ook het gezinsinkomen was bij de Turken lager.

Bij de verdere analyse moet hiermee rekening gehouden worden. Dit kan op twee manieren gebeuren. Een eerste mogelijkheid is om bij de presentatie van de resultaten steeds een indeling naar sociaal-economische status te hanteren. De tweede mogelijkheid is om de onderzoeksgroepen zo aan te passen dat de verschillen in sociaal-economische status worden verkleind, zodat een vergelijking van de totale onderzoeksgroepen wel mogelijk is.

De vergelijking van twee groepen, mogelijkheid twee, is voor het doel van dit onderzoek veruit het meest geschikt. Wijziging van de samenstelling van de Nederlandse onderzoeksgroep is dan onontkoombaar.

Welke criteria moeten daarbij worden gehanteerd? De variabele inkomen bleek weinig te correleren met indicatoren voor gezondheid. Deze kan daarom hier buiten beschouwing gelaten worden. Wel moet rekening gehouden worden met opleidings- en beroepsniveau. Zoals verwacht is er een duidelijk verband tussen deze beide variabelen (bijlage 5.2.).

Bij het "waarderen" van de opleidingsniveaus doet zich een aantal problemen voor. Eerder in dit verslag werd al gesteld dat het niet reëel is te verwachten dat de Turken en Nederlanders een zelfde gemiddeld opleidingsniveau zouden

hebben. Het is bekend dat een groot deel van de eerste generatie Turken nauwelijks opleiding heeft genoten.

Bij "matching" van Turken en Nederlanders naar opleidingsniveau zouden aan de "onderkant" alleen Nederlanders overblijven die, ook binnen de sociale klasse waartoe zij behoren, tamelijk uitzonderlijk zijn, terwijl het bij de Turken gaat om een "gemiddelde" van de totale groep. We kunnen daarom ertoe besluiten om bij de "lagere" opleidingsniveaus te accepteren dat er enig verschil is tussen Turken en Nederlanders.

Het probleem doet zich dan vooral voor bij de hoogste opleidingsgroepen. Kijken we nu nog eens naar het verband tussen beroep en opleiding, dan blijkt dat er respondenten zijn die zowel een hoog opleidings- als een hoog beroepsniveau hebben. Het gaat hierbij om 14 Nederlandse en 3 Turkse respondenten. Het lijkt terecht om in deze groep selectie toe passen.

Aan deze aparte groep moeten nog twee andere "categorieën" respondenten worden toegevoegd: respondenten die wel het hoogste opleidingsniveau hebben maar geen beroep uitoefenen en studenten aan een Universitaire of Hogere beroepsopleiding.

Deze totale "aparte" groep van studenten en hoger opgeleiden bestaat dan uit 3 Turken en 23 Nederlanders.

Om het aantal hoog opgeleiden in de beide onderzoeksgroepen gelijk te houden zullen bij vergelijkingen tussen de beide totale respondentgroepen 20 Nederlanders buiten beschouwing gelaten worden. Deze 20 zijn zodanig uit de groep van 23 gekozen, dat de gelijke geslachtsverdeling tussen Turken en Nederlanders zoveel mogelijk gehandhaafd bleef.

5.4 Representativiteit van de Turkse steekproef

5.4.1 Algemeen

Het doel van het onderzoek was om informatie te verkrijgen over een representatieve steekproef van Turkse inwoners van Rotterdam. Door het vergelijken van enkele demografische kenmerken van de onderzoeksgroep met die van de totale populatie Turken in Rotterdam is het mogelijk na te gaan in hoeverre deze doelstelling is gerealiseerd.

5.4.2 Geslacht

Zevenenvijftig procent van de Turkse inwoners van Rotterdam tussen de 15 en 65 jaar zijn mannen (tabel 5.11.).

Dat de mannen in de meerderheid zijn heeft te maken met de migratiegeschiedenis. Eerst kwamen de mannelijke "gastarbeiders", later hun vrouwen en kinderen. Niet altijd heeft gezinshereniging plaatsgevonden, soms bleef de vrouw met de kinderen in Turkije achter, bijvoorbeeld omdat zij niet mee wilde, omdat (schoon-)ouders niet alleen achter konden blijven, of omdat er de

voorkeur aan werd gegeven kinderen in Turkije op te voeden. Ook komt het voor dat Turkse vrouwen na een kortstondig verblijf in Nederland al dan niet met kinderen terugkeren naar Turkije.

Tabel 5.11.

Geslachtsverdeling van alle Turkse inwoners van Rotterdam en van de Turkse respondenten in percentages

	Rotterdam* (N=13.390)	onderzoeksgroep (N=248)
man	57	50
vrouw	43	50
	100	100

* Bron: GBOS, 1985.

In de steekproef is het aantal mannen en vrouwen gelijk gehouden. Dat de verdeling mannen-vrouwen in de steekproef niet volledig overeenkomt met die van de totale populatie is dus geen toeval. Per geslacht is er wel sprake van generaliseerbaarheid, bij het generaliseren van de resultaten van de gehele onderzoeksgroep naar de totale groep Turken in Rotterdam moet met deze geslachtsverschillen eventueel enige rekening gehouden worden.

5.4.3 Leeftijdsopbouw

De leeftijdsindeling van de Turkse onderzoeksgroep komt redelijk overeen met die van de totale populatie Turken in Rotterdam (tabel 5.12.).

Voor zover er wel verschillen zijn kunnen die wellicht gedeeltelijk worden toegeschreven aan de niet helemaal overeenkomende indeling van de categorieën.

De Nederlandse respondenten zijn zo geselecteerd dat hun leeftijd grotendeels overeenkomt met die van de Turkse respondenten. De leeftijdsverdeling van de Nederlandse respondenten vertoont dan ook meer overeenkomsten met die van de totale Turkse populatie dan met die van de totale Nederlandse populatie.

Tabel 5.12.

Leeftijdsofbouw van respondenten en de totale Rotterdamse bevolking in percentages

	TURKEN		NEDERLANDERS	
	Rotterdam	onderzoeks- groep	Rotterdam	onderzoeks- groep
	(N=13.390)	(N=248)	(N=346.928)	(N=241)
15*-19	16	11	10	10
20 -34	42	40	37	47
35 -64*	42	49	53	43
	100	100	100	100

* 15-jarigen zijn in de gemeentelijke statistieken wel, in dit onderzoek niet opgenomen. De leeftijdsgroep van 64 tot 69 jaar is in de gemeentelijke statistieken niet, maar in dit onderzoek wel opgenomen.

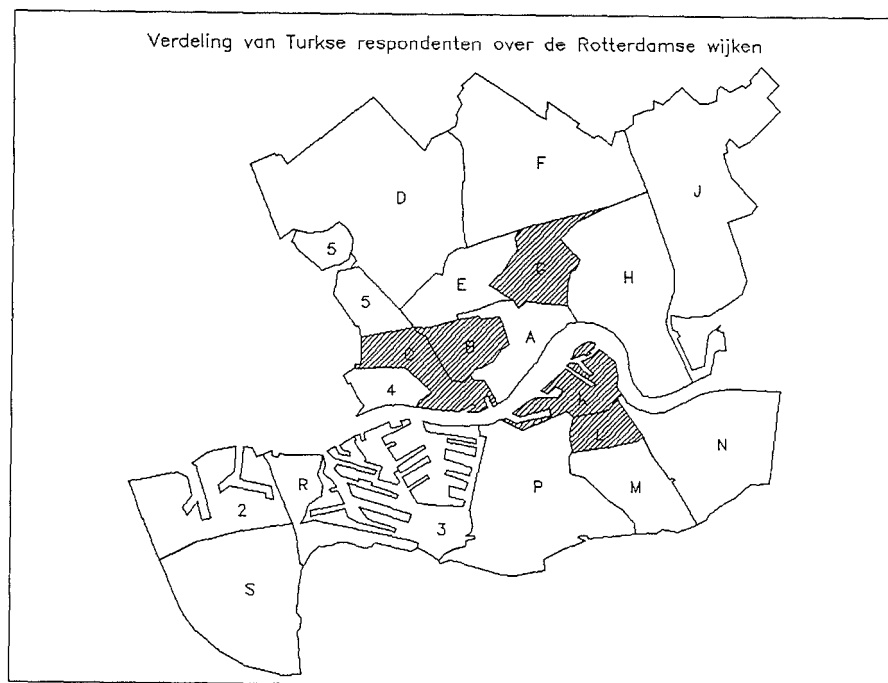
5.4.4 Huisvesting

De Turkse inwoners van Rotterdam wonen sterk geconcentreerd in een aantal stadswijken. Vijf wijken hebben een opvallend hoog percentage Turkse (en andere allochtone) inwoners: 78 procent van alle Turken woont in één van deze vijf wijken. Op onderstaand figuur zijn deze wijken gearceerd. Voor elk van deze vijf wijken is weergegeven welk percentage van de totale Turkse populatie in de wijk gevestigd is. Om spreiding van de onderzoeksgroep hiermee te kunnen vergelijken is eveneens genoteerd welk percentage van de steekproef in deze wijken woonachtig is.

Duidelijk blijkt uit dit overzicht dat de Turkse onderzoeksgroep in elk geval wat buurt betreft een goede afspiegeling vormt van de totale Turkse bevolking van Rotterdam.

Figuur 5.2.

Verdeling van Turkse respondenten over Rotterdamse wijken



wijk	% Turken in Rtd in wijk gevestigd*	% Turken uit steekproef	bestaand uit de buurten
B	18	20	Oude Westen, Nieuwe Westen, Middelland
C	16	17	Delfshaven, Bospolder, Tussendijken, Spangen
G	12	13	Rubroek, Oude Noorden, Nieuw en Oud Crooswijk,
K	15	17	Katendrecht, Afrikaanderwijk, Feyenoord, Noordereiland
L	17	17	Bloemhof, Hillesluis

*Bron: Gemeentelijke Bureau voor Onderzoek en Statistiek gemeente Rotterdam, Prognose etnische minderheden, Rotterdam, 1984-1994.

5.4.5 Burgerlijke staat

Turkse vrouwen uit de onderzoeksgroep zijn iets vaker gehuwd dan op basis van het percentage gehuwde vrouwen in de totale Turkse populatie verwacht mocht worden. Enige vertekening kan veroorzaakt worden door het feit dat 15-jarigen in de totale populatie wel en bij de onderzoeksgroep niet inbegrepen zijn.

Tabel 5.13.

Burgerlijke staat van Turkse en Nederlandse mannen en vrouwen in de onderzoeksgroep in Rotterdam in percentages

	TURKEN				NEDERLANDERS			
	man		vrouw		man		vrouw	
	ond	Rtd	ond	Rtd	ond	Rtd	ond	Rtd
	N=	N=	N=	N=	N=	N=	N=	N=
	123	7583	124	5807	121	171664	118	175264
gehuwd	72	73	87	77	60	50	78	53
ongeh.	28	27	13	23	40	50	23	47
	100	100	100	100	100	100	100	100

ond = onderzoeksgroep

Rtd = Rotterdam

* Bron Rotterdammers: Gemeentelijk Bureau voor Onderzoek en Statistiek, Demografische gegevens, 1985, Rotterdam.

5.4.6 Arbeidssituatie

De werkloosheidspercentages die bij deze onderzoeksgroepen werden gevonden komen globaal overeen met de percentages die in de Arbeidskrachtentelling werden gevonden voor de allochtone en autochtone bevolking van Rotterdam. In deze Arbeidskrachtentelling werd geen onderscheid gemaakt naar nationaliteit. In een onderzoek bij Turkse hoofden van huishoudens werd in de drie grote steden gezamenlijk (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) een werkloosheidspercentage van 34 geconstateerd (CBS, 1986). In dit Rotterdamse onderzoek lag de werkloosheid bij de Turkse respondenten op 30 procent.

5.4.7 Conclusie

Leeftijdverdeling, woonsituatie, burgerlijke staat en werkloosheidspercentage van de Turkse onderzoeksgroep komen sterk overeen met die van de totale populatie Turkse inwoners van Rotterdam. Het lijkt er dus op dat de opzet om met die onderzoek gegevens te verzamelen die gegeneraliseerd kunnen worden naar de totale Rotterdamse populatie redelijk gerealiseerd is.

5.5 Samenvatting

De Turkse en de Nederlandse onderzoeksgroep bestaat voor de helft uit mannen en voor de helft uit vrouwen. De respondenten zijn tenminste 16 en ten hoogste 69 jaar oud. Omdat er, zeker bij de vrouwen, relatief nog weinig oudere Turken in Rotterdam zijn ingeschreven, zijn ook in de beide onderzoeksgroepen de jongere leeftijdsgroepen relatief oververtegenwoordigd. De meeste respondenten zijn gehuwd of wonen ongehuwd met een partner samen. Dit geldt zowel voor de Turken als voor de Nederlanders. Turkse respondenten hebben vaker, en per gezin meer, kinderen.

Bijna alle respondenten hebben kennissen of familieleden in de stad waarmee zij regelmatig contact onderhouden. Bijna de helft van de Turkse respondenten heeft ook contact met Nederlanders in de buurt. Deze contacten zijn in het algemeen minder intensief dan die met Turkse kennissen. In tegenstelling tot wat soms gedacht wordt, blijken Turkse vrouwen zelfs iets vaker dan Nederlandse vrouwen zonder mannelijke begeleiding bezoeken bij anderen af te leggen.

Het "dagelijks werk" van Turkse en Nederlandse mannen en vrouwen verschilt. Nederlandse mannelijke respondenten verrichten overwegend (betaald) werk. Dit percentage is lager bij de Turkse mannen. Zij zijn relatief vaak werkloos. Het percentage werkenden is bij de Nederlandse vrouwen lager dan bij de Turkse mannen en hoger dan bij de Turkse vrouwen. Vrouwen die niet buitenshuis werken verrichten meestal huishoudelijk werk.

In alle groepen volgt ongeveer tien procent van de respondenten onderwijs. Verder is tien procent van de Turkse en de Nederlandse mannen arbeidsongeschikt.

De meeste Turkse respondenten zijn tussen 1965 en 1979 naar Nederland gekomen. Achterenvijftig procent van hen wil ooit voorgoed terug keren naar Turkije. Een groot deel van de respondenten heeft bezittingen in Turkije. Velen (57 procent) sturen regelmatig geld naar familieleden in Turkije.

De meeste Turkse respondenten zeggen dat zij Turks kunnen lezen en schrijven. Veel minder mensen beheersen deze vaardigheden ook in de Nederlandse taal (ongeveer een vijfde van alle respondenten). Zestig procent van de res-

pondenten kan Nederlands verstaan en spreken, maar van deze groep zegt slechts een derde deel het Nederlands goed te kunnen verstaan en spreken.

De schriftelijke taalbeheersing is bij jongeren beter dan bij de ouderen. Mannen beheersen de Nederlandse taal zowel mondeling als schriftelijk beter dan vrouwen.

Ondanks de selectie van Nederlandse respondenten uit dezelfde straten als de Turkse respondenten is het sociaal-economisch niveau van de Nederlanders hoger dan dat van de Turkse. Dit blijkt uit een vergelijking van opleidings- en beroepsniveau en van het inkomen. Omdat bekend is dat sociaal-economische status samenhangt met gezondheid zou de vergelijking tussen de gezondheid van Turken en Nederlanders vertekend kunnen worden door de verschillen in sociaal-economische status. Om die reden zijn bij vergelijking tussen de beide onderzoeksgroepen 20 Nederlanders met hoge sociaal-economische status buiten beschouwing gebleven.

Over de generaliseerbaarheid van de resultaten kan tenslotte nog worden opgemerkt, dat de leeftijdsverdeling, woonsituatie, burgerlijke staat en werkloosheidspercentage van de Turkse onderzoeksgroep sterk overeenkomen met die van de totale populatie Turken in Rotterdam. Resultaten over de Turkse onderzoeksgroep lijken gegeneraliseerd te mogen worden naar de totale populatie Turkse inwoners van Rotterdam, zeker wanneer dit per geslacht gebeurt.

VI De gezondheidstoestand

6.1 Inleiding

Ondanks de grote hoeveelheid publikaties over de gezondheid van migrantengroepen in Nederland is er geen duidelijk antwoord op de vraag of de gezondheid van Turken beter of slechter is dan die van Nederlanders (hoofdstuk 2). Weliswaar zijn er duidelijke aanwijzingen dat enkele specifieke (import-) ziekten vaker voorkomen bij mediterrane migranten; dit betreft echter ziekten met een geringe prevalentie die nog weinig zeggen over het totale beeld van de gezondheidstoestand van de bevolkingsgroep. Wel lijkt er in de literatuur enige overeenstemming over te bestaan dat maagklachten vaker voorkomen bij Turkse en Marokkaanse mannen dan bij Nederlandse mannen.

In dit hoofdstuk wordt de gezondheidstoestand van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam vergeleken. In het eerste hoofdstuk van dit boek werd "gezondheidstoestand" omschreven als de aan- of afwezigheid van lichamelijk aandoeningen. Gezondheidstoestand werd hiermee onderscheiden van de ervaren gezondheid, waarmee vooral de subjectieve beoordeling van de eigen gezondheid wordt bedoeld. In dit onderzoek zijn beide aspecten gemeten door hierover navraag te doen bij Turken en Nederlanders zelf. Dit impliceert dat ook gegevens over de gezondheidstoestand niet meer zijn dan een indicatie van de aan- of afwezigheid van aandoeningen.

Dit hoofdstuk bevat ook gegevens over de gezondheidstoestand van Turkse inwoners van Antwerpen.

6.2 De gezondheidstoestand van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam

6.2.1 Het voorkomen van chronische aandoeningen

Om informatie te verkrijgen over het voorkomen van chronische aandoeningen bij de beide onderzoeksgroepen werd een lijst met 25 van dergelijke aandoeningen gebruikt. Telkens moesten respondenten meedelen of zij last hebben van een bepaalde aandoening en zo ja, of de betreffende aandoening ook door een arts is geconstateerd en of in het afgelopen jaar voor deze aandoening een behandeling werd ondergaan.

De lijst die hiervoor is gebruikt is overgenomen van de CBS-gezondheidsenquête.

De resultaten van deze lijst met chronische aandoeningen werden op twee wijzen bewerkt; in de eerste plaats werd nagegaan hoeveel respondenten in beide onderzoeksgroepen één of meer aandoeningen hadden, in de tweede plaats werd de aard van de aandoeningen van Turken en Nederlanders vergeleken. Van dit laatste wordt in paragraaf 6.2.2. verslag gedaan; hier wordt ingegaan op het aantal aandoeningen van Turken en Nederlanders.

Hierbij is niet met alle 25 aandoeningen rekening gehouden. De twee vragen die bij de her-test onbetrouwbare antwoorden opleverden zijn hier buiten beschouwing gebleven (zie hoofdstuk 4). Het gaat dan om het hebben van reuma in de knie en rugklachten. Welke betekenis wél aan deze aandoeningen mag worden toegekend komt in paragraaf 6.2.2. nog aan de orde.

Turken en Nederlanders hebben ongeveer even vaak last van één van de genoemde chronische aandoeningen (tabel 6.1.). Nederlandse vrouwen hebben vaker een chronische aandoening dan Nederlandse mannen; bij de Turken is er weinig verschil.

Jongere respondenten hebben relatief weinig chronische aandoeningen; dit geldt zowel voor Turken als voor Nederlanders (tabel 6.2). Turkse respondenten tussen 16 en 34 jaar hebben minder aandoeningen dan Nederlanders van dezelfde leeftijd. Bij de 35- tot 44- jarigen ligt de situatie precies andersom; Turkse respondenten hebben vrijwel allen één of meer chronische aandoeningen. Bij de Nederlanders is dit niet het geval.

Tabel 6.1.

Respondenten met en zonder chronische aandoeningen naar geslacht in percentages

	TURKEN			NEDERLANDERS		
	mannen (N=123)	vrouwen (N=125)	totaal (N=248)	mannen (N=107)	vrouwen (N=114)	totaal (N=221)
wel aandoeningen	68	69	68	62	73	67
geen aandoeningen	33	31	32	38	27	33
	100	100	100	100	100	100
Turkse mannen versus Turkse vrouwen	$X^2 = 0,01$; df=1; p=0,93					
Turkse mannen versus Ned. mannen	$X^2 = 0,84$; df=1; p=0,44					
Turkse vrouwen versus Ned. vrouwen	$X^2 = 0,28$; df=1; p=0,59					
Ned. mannen versus Ned. vrouwen	$X^2 = 2,62$; df=1; p=0,11					
Turken versus Nederlanders	$X^2 = 0,01$; df=1; p=0,95					

Tabel 6.2.

Percentage respondenten met chronische aandoeningen naar leeftijd. Tussen haakjes zijn de absolute aantallen respondenten per leeftijdsgroep vermeld

	TURKEN	NEDERLANDERS	X^2	p-waarde
16-24 jaar	41 (73)	56 (64)	2,56	0,11
25-34 jaar	63 (56)	75 (59)	1,43	0,23
35-44 jaar	92 (61)	58 (48)	15,18	0,00
45-54 jaar	85 (47)	81 (42)	0,05	0,81
55-69 jaar*	73 (11)	88 (8)	0,61	0,60
totaal	68(248)	67(241)	0,01	0,95
Kendall's tau b	0,35	0,13		
p-waarde	0,00	0,01		

* gegevens uit de hoogste leeftijdsgroep kunnen vanwege het geringe totale aantal moeilijk geïnterpreteerd worden.

Bij beide respondentengroepen komt het dus ongeveer even vaak voor dat een respondent last heeft van één of meer chronische aandoeningen. Dit betekent nog niet dat beide groepen ook gemiddeld even veel aandoeningen hebben. We kunnen hierover informatie verkrijgen door per groep het gemiddeld aantal aandoeningen te berekenen. De berekening van dit gemiddelde is gebaseerd op alle respondenten, ook diegenen die geen chronische aandoening hebben.

Dit gemiddelde blijkt voor de Turkse respondenten hoger te zijn; dit verschil wordt volledig verklaard door verschillen tussen Turkse en Nederlandse mannen. Het gemiddelde aantal aandoeningen is het hoogst bij de Turkse en het laagst bij de Nederlandse mannen (tabel 6.3.). Gemiddelde scores van Turkse en Nederlandse vrouwen komen exact overeen. Binnen de groep Turkse mannen is er sprake van een grote spreiding; zo blijkt uit de hoge standaarddeviatie. Dit betekent dat het hoge totaal gemiddelde van de Turkse mannen veroorzaakt wordt door een subgroep met zeer veel chronische aandoeningen.

Wanneer het gemiddeld aantal aandoeningen per leeftijdsgroep wordt bekeken komt ongeveer hetzelfde patroon naar voren als eerderesignaleerd: jonge Turkse respondenten (jonger dan 35 jaar) hebben minder aandoeningen dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten; oudere Turken hebben meer aandoeningen dan oudere Nederlandse respondenten (tabel 6.4.). Hieruit kan worden geconcludeerd dat de subgroep Turkse mannen met veel aandoeningen in de hoogste leeftijdsgroepen gezocht moet worden.

Tabel 6.3.

Gemiddeld aantal aandoeningen naar geslacht en nationaliteit

	TURKEN			NEDERLANDERS		
	gem.	st.dev.	N	gem.	st.dev.	N
mannen	1,87	2,54	123	1,25	1,41	107
vrouwen	1,76	1,99	125	1,76	1,74	114
totaal	1,82	2,27	248	1,52	1,61	221
wilcoxon rangsom toets				tweezijdige p-waarde		
Turkse mannen versus Turkse vrouwen				0,77		
Turkse mannen versus Nederlandse mannen				0,25		
Turkse vrouwen versus Nederlandse vrouwen				0,47		
Nederlandse mannen versus Ned. vrouwen				0,02		
Turken versus Nederlanders				0,78		

gem. : rekenkundig gemiddelde; st.dev.: standaard deviatie; N: aantal respondenten.

Tabel 6.4.

Gemiddeld aantal aandoeningen van Turkse en Nederlandse respondenten naar leeftijdsgroep

leeftijd in jaren	TURKEN			NEDERLANDERS			toetsing per leeft. (wilcoxon) p-waarde
	gem.	st.dev.	N	gem.	st.dev.	N	
16-24	0,67	1,02	73	1,10	1,34	64	0,04
25-34	1,25	1,41	56	1,66	1,39	59	0,05
35-44	2,61	2,61	61	1,25	1,42	48	0,00
45-54	2,89	2,78	47	1,91	1,91	42	0,07
55-64	3,27	3,13	11	3,38	2,62	8	0,70

gem.: rekenkundig gemiddelde; st.dev.: standaard deviatie; N: aantal respondenten;

*gegevens uit de hoogste leeftijdsgroep kunnen vanwege het geringe totale aantal moeilijk geïnterpreteerd worden.

Bij Turken en bij Nederlanders zijn de verschillen tussen leeftijdsgroepen statistisch significant bij toetsing met de Kruskal-Wallis toets ($p=0,00$ bij Turken en Nederlanders).

Tenslotte zijn hier nog de resultaten van de niet-lineaire Canonische Correlatie Analyse (CANALS) van belang.

Uit deze analyses blijkt dat leeftijd (veel sterker dan nationaliteit) samenhangt met het totaal aantal chronische aandoeningen.

6.2.2 Aard van de chronische aandoeningen

In de eerste kolom van tabel 6.5. is weergegeven welk percentage van de respondenten last heeft van elk van de genoemde chronische aandoeningen. In de tweede kolom is af te lezen bij welk percentage van de respondenten deze aandoening door een arts is bevestigd; de laatste kolom geeft weer welk percentage van de respondenten in het afgelopen jaar voor deze aandoening werd behandeld of hiervoor medicijnen slikte.

De vragen naar rugklachten en reuma in de knie bleken bij de test-hertest-betrouwbaarheid onbetrouwbare antwoorden op te leveren. Dat betekent dat de genoemde aandoeningen als chronische aandoening onbetrouwbaar zijn. Het feit dat zowel bij de eerste als bij de tweede afname van de vragenlijst een groot aantal (vooral Turkse) respondenten last had van deze aandoeningen sluit wel aan bij de bevinding dat Turkse respondenten vaker last hebben van aandoeningen van reumatische aard.

Uit tabel 6.5. blijkt dat van de "chronische aandoeningen" migraine, blaasontsteking, aandoeningen aan galblaas en galwegen en reumatische rug- en schouderklachten (significant) vaker door Turkse respondenten wordt genoemd, en dat Nederlanders vaker hoge bloeddruk en darmstoornissen noemen.

Het is moeilijk om op grond van deze gegevens conclusies te trekken over de vraag of de aard van de aandoeningen van Turken en Nederlanders nu overwegend overeenkomt dan wel belangrijke verschillen vertoont.

Om deze kwestie nog eens van een andere invalshoek te bekijken wordt ook gekeken of er overeenkomsten dan wel verschillen zijn in de "rangorde" die de verschillende aandoeningen bij beide groepen innemen. Hierbij zijn alleen aandoeningen die door meer dan 10 procent van de respondenten van een van beide groepen worden genoemd vergeleken.

Duidelijk blijkt uit tabel 6.6. dat er overeenkomsten zijn tussen de volgorde van de aandoeningen bij Nederlandse en Turkse respondenten. Het zijn voor een groot deel dezelfde aandoeningen die door beide groepen vaak worden genoemd. Wel zijn er verschillen in de mate van voorkomen van deze aandoeningen.

Tabel 6.5.

Het voorkomen van chronische aandoeningen bij Turkse en Nederlands respondenten in percentages

aandoening	aandoening aanwezig			door arts bevestigd			behandeling of medicijnen		
	T.	N.	p-waarde	T.	N.	p-waarde	T.	N.	p-waarde
astma	11	11	1,00	9	9	0,93	10	4	0,02
sinusitis	7	7	0,88	6	7	0,76	5	4	0,85
hartklachten	6	2	0,15	4	2	0,31	4	2	0,36
hoge bloeddruk	8	15	0,01	6	14	0,01	5	7	0,51
slecht gehoor	6	10	0,17	3	6	0,17	3	3	0,95
spataderen	7	11	0,09	3	6	0,15	2	2	0,70*
aambeien	11	10	0,86	7	5	0,41	7	3	0,11
maag-klachten	23	20	0,34	18	15	0,30	17	9	0,01
darmstoornissen	10	17	0,05	7	11	0,18	7	6	0,84
galblaas/ galwegen chron.	6	1	0,02	5	1	0,06	5	0	0,00
blaasonst.	8	2	0,01	7	2	0,03	6	2	0,04
suikerziekte	5	1	0,06	5	1	0,09	5	1	0,04
reumatische rugpijn	9	1	0,00	9	1	0,00	9	1	0,00
reumatische schouderpijn	12	2	0,00	9	2	0,00	9	2	0,00
reuma elders	10	6	0,19	8	2	0,02	7	1	0,01
epilepsie/ toevallen	0	1	0,56*	0	1	0,56*	0	1	0,47*
migraine	28	15	0,00	21	10	0,00	22	5	0,00
huidklachten/ eczeem	13	14	0,84	12	13	0,76	12	9	0,53

vervolg tabel 6.5

prostaat klachten (alleen mannen)	3	1	0,40*	2	0	0,27*	2	0	0,27*
verzakking (alleen vrouwen)	4	7	0,47	3	6	0,45	4	4	1,00
dragen bril/lenzen	17	34	0,00						
kunstgebit/brug	28	37	0,06						

*: getoetst m.b.v. Fisher exact-toets.

Tabel 6.6.

Percentage van de respondenten met specifieke chronische aandoeningen

TURKEN		NEDERLANDERS	
chronische aandoening	perc. van voorkomen	chronische aandoening	perc. van voorkomen
migraine	28	maagklachten	20
maagklachten	23	darm, buik	17
huid	13	migraine	15
reuma in de schouder	12	hoge bloeddruk	15
astma	11	huid	14
aambeien	11	astma	11
darm, buik	10	spataderen	11
		slecht gehoor	10
		aambeien	10

Duidelijke verschillen zijn er bij de aandoeningen van reumatische aard. Deze zijn bij de Nederlandse respondenten zeldzaam. De enige aandoening die door Nederlanders beduidend vaker wordt gemeld is hoge bloeddruk. Het is overigens opvallend dat juist deze twee aandoeningen, reuma en hoge bloeddruk, naar de mening van een aantal Turkse artsen bij Turken minder valide gegevens opleveren (Uniken Venema, 1987b). Uit onderzoek in Turkije is gebleken dat veel Turken zelf niet op de hoogte zijn van het feit dat ze hoge bloeddruk hebben. Over reuma is bekend dat dit door veel patiënten (en ook wel door artsen) te gemakkelijk als diagnose wordt gehanteerd bij gewrichtsklachten. Dit zou kunnen betekenen dat sommige gewrichtsaandoeningen door

Turkse respondenten wel, en door Nederlandse respondenten niet als "reuma" zijn genoemd.

Bij de Turken blijken er weinig verschillen te zijn tussen mannen en vrouwen wat betreft het voorkomen van specifieke aandoeningen (bijlage 6.2.). Alle aandoeningen worden ongeveer even vaak door mannen als door vrouwen genoemd. Bij de Nederlanders zijn er wel enkele verschillen: gehoorstoornissen worden vaker door mannen gerapporteerd; vrouwen daarentegen zeggen vaker last te hebben van spataderen en darmklachten.

De meeste aandoeningen worden vaker door ouderen dan door jongeren genoemd (bijlage 6.3.).

Medische bevestiging/behandeling

Er zijn weinig verschillen tussen Turken en Nederlanders, wat betreft het percentage van de aandoeningen dat door een arts bevestigd is (bijlage 6.4.). Turken ondergaan wel duidelijk vaker een of andere vorm van behandeling voor de aandoeningen die zij noemen. Aandoeningen die door een arts bevestigd zijn worden bij Turkse respondenten vrijwel altijd ook behandeld. Bij Nederlanders is dit niet altijd het geval. Dit kan natuurlijk te maken hebben met de ernst van de aandoening, maar ook met het ziektegedrag. In het volgende hoofdstuk zal hierop verder worden ingegaan.

6.2.3 Ziekte in de veertien dagen voorafgaand aan het interview

In de periode van veertien dagen voorafgaand aan het interview heeft 41 procent van de Turkse, en een precies even groot percentage van de Nederlandse respondenten last gehad van één of meer klachten omtrent de gezondheid. Deze percentages zijn ook voor mannen en vrouwen ongeveer gelijk. Ook de leeftijd blijkt weinig van invloed te zijn op dit gegeven; alleen bij de Turken hebben de jongeren weer de minste klachten (bijlage 6.1.).

Ook hier kunnen we een gemiddeld aantal klachten berekenen. Dit ligt bij de Turkse respondenten weer hoger dan bij de Nederlandse. Turken noemen gemiddeld 1,6 klachten, Nederlanders gemiddeld 1,3 klachten.

Aan de Turkse respondenten is bovendien gevraagd of de betreffende klacht ook in Turkije al bestond. Dit blijkt meestal niet het geval te zijn; tachtig procent van de klachten is in Nederland ontstaan.

6.2.4 Aard van de klachten uit de afgelopen veertien dagen

In tabel 6.7. zijn de klachten weergegeven die het meest frequent door Turken en Nederlanders zijn genoemd als klacht waarvan men in de veertien dagen voor het interview last heeft gehad. De cijfers in de tabel hebben betrekking op het percentage respondenten dat de betreffende klacht genoemd heeft. Sommige respondenten noemde meer dan een klacht. Dit betekent dat het

sompercentage in de tabel boven de 100 zou uitkomen indien alle klachten hier vermeld zouden zijn.

In de tabel zijn alle klachten opgenomen die door meer dan vijf procent van de respondenten zijn genoemd. Bij beide groepen zijn de klachten in volgorde geplaatst.

Tabel 6.7.

Klachten in de veertien dagen voorafgaand aan het interview bij Turken en Nederlanders

TURKEN (N=104)		NEDERLANDERS (N=89)	
klacht	percentage v. voorkomen	klacht	percentage v. voorkomen
verkoudheid, griep	18	verkoudheid, griep	28
hoofdpijn	17	hoofdpijn	20
reuma	16	maagklachten	14
maagklachten	14	rugklachten	10
rugklachten	14	spierpijn	10
allergie	13	darmklachten	7
nierklachten, blaas	7	reuma	7
totaal aantal klachten	166		116

Het zijn ook hier overwegend dezelfde klachten die door Turken en Nederlanders vaak worden genoemd. Verkoudheid, hoofdpijn, maag- en rugklachten komen bij beide groepen voor als meest genoemde klachten. Reuma en allergie worden overwegend door Turken, spierpijn hoofdzakelijk door Nederlanders gerapporteerd.

De klachten kunnen verder worden ingedeeld in groepen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de "International Classification for Primary Care (ICPC)" die door de World Health Organization is ontwikkeld. Deze indeling bestaat uit zeventien categorieën; veertien ervan hebben betrekking op onderdelen van het menselijk lichaam, de overige drie betreffen "algemene", "psychologische" en "sociale" klachten.

Zowel Turken als Nederlanders noemen voornamelijk klachten die vallen binnen een van de volgende vier groepen: "spijsvertering" (maag, buik, aambeien, enz.), "botten, spieren en gewrichten" (rugklachten, spierpijnen, reuma), "neurologisch" (vooral hoofdpijn, maar ook hersenschudding, enz.) en "luchtwegen en longen" (griep, verkoudheid, bronchitis, enz.). Zeventig procent van alle klachten die door Turken zijn genoemd valt in een van deze vier groepen;

bij de Nederlanders is dit percentage nog hoger, vijfentachtig procent. De overige klachten waren zeer gespreid over de verschillende diagnosegroepen.

Tabel 6.8.

Gegroepeerde klachten in de veertien dagen voorafgaand aan het interview uitgedrukt als percentages van het totaal aantal genoemde klachten

TURKEN (N=104)		NEDERLANDERS (N=89)	
klacht	percentage v. voorkomen	klacht	percentage v. voorkomen
botten, spieren en gewrichten	26	botten, spieren en gewrichten	2
luchtwegen en longen	16	luchtwegen en longen	25
spijsvertering	16	neurologisch	17
neurologisch	12	spijsvertering	16
totaal aantal klachten	166		116

Wederom lijkt er ook hier een behoorlijke mate van overeenkomst tussen de aard van de klachten van Turken en Nederlanders. Alleen klachten aan luchtwegen en longen komen bij Nederlanders vaker voor. Ook wanneer mannen en vrouwen apart worden vergeleken blijft deze overeenkomst bestaan (bijlage 6.5.). Alleen bij de klachten aan "botten, spieren en gewrichten" is er een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen; mannen hebben veel vaker klachten die in deze categorie vallen. Dit verschijnsel doet zich zowel bij Turken als bij Nederlanders voor.

Bij deze zelfde klachtengroep is er ook een zeer duidelijk leeftijdsverschil; dergelijke klachten komen bij respondenten boven de 35 jaar veel vaker voor dan bij jongeren (bijlage 6.6.). Dit is niet het geval bij de klachten aan luchtwegen en longen (verkoudheid, griep etc.). Deze klachten nemen met het stijgen van de leeftijd eerder af dan toe.

6.3 De gezondheidstoestand van Turkse inwoners van Antwerpen

6.3.1 Overeenkomsten en verschillen tussen de projecten uit Antwerpen en Rotterdam

In ongeveer dezelfde tijdsperiode als in Rotterdam werd ook in Antwerpen onderzoek gedaan naar de gezondheid van Turkse inwoners. In beide onder-

zoeken werd dezelfde werkwijze gehanteerd, en de gebruikte vragenlijsten bevatten gedeeltelijk dezelfde vragen.

Ook bij het Antwerpse onderzoek werd een autochtone vergelijkingsgroep betrokken. De vergelijking van de resultaten hier blijft echter beperkt tot de beide Turkse groepen. De reden hiervoor is dat bij de samenstelling van de Antwerpse vergelijkingsgroep een geheel andere methode werd gehanteerd dan in Rotterdam. Hierdoor wijkt onder andere de leeftijdsopbouw van de Antwerpse vergelijkingsgroep duidelijk af van die van zowel de Turkse onderzoeksgroep in België als de beide onderzoeksgroepen in Rotterdam.

Voor een goede vergelijking van de gezondheidstoestand van de Turkse onderzoeksgroepen in Antwerpen en in Rotterdam is het een noodzakelijke voorwaarde dat de groepen op vergelijkbare wijze zijn geselecteerd. Dit was niet helemaal het geval. Wel werd in beide studies gebruik gemaakt van een a-selecte steekproef van personen met de Turkse nationaliteit; in België waren jongeren die bij de ouders inwonen echter van het onderzoek uitgesloten, in Rotterdam is dit niet gebeurd. Ten behoeve van deze vergelijking zijn de resultaten uit Rotterdam opnieuw geanalyseerd zonder deze inwonende kinderen. Tenslotte kan worden opgemerkt dat tussen leeftijd, geslacht, beroepsniveau, arbeidssituatie en opleidingsniveau van de beide groepen geen grote verschillen bleken te bestaan.

6.3.2 Chronische aandoeningen van Turkse inwoners van Antwerpen en Rotterdam vergeleken

In beide steden werd een somscore berekend van het totaal aantal chronische aandoeningen dat door de Turkse respondenten werd genoemd. Rugklachten en het hebben van reuma in de knie zijn hierbij weer buiten beschouwing gelaten.

Turkse respondenten in Antwerpen blijken (significant) meer chronische aandoeningen te hebben dan de respondenten in Rotterdam (tabel 6.9.).

Bij uitsplitsing naar geslacht blijkt dat dit verschil in totaal aantal aandoeningen tussen de Turkse respondenten uit Antwerpen en Rotterdam veroorzaakt wordt door het feit dat de vrouwelijke respondenten in Antwerpen beduidend meer aandoeningen hebben dan zowel de mannen in Antwerpen als de mannen en de vrouwen in Rotterdam.

Drie chronische aandoeningen worden door Belgische respondenten (significant) vaker genoemd dan door Nederlandse respondenten: astma, neusbijholte-ontsteking en hartklachten.

Aangezien veruit de meeste aandoeningen in Rotterdam en Antwerpen ongeveer even vaak genoemd worden lijkt het gerechtvaardigd om voorzichtig te

concluderen dat er geen grote verschillen zijn tussen de aard van de aandoeningen van Turken in Antwerpen en Rotterdam.

Tabel 6.9.

Gemiddeld aantal aandoeningen van Turkse respondenten uit Antwerpen en Rotterdam naar geslacht

	ANTWERPEN			ROTTERDAM		
	gem.	st.dev.	N	gem.	st.dev.	N
mannen	1,88	1,81	120	2,06	2,62	109
vrouwen	2,56	2,14	123	1,93	2,03	112
totaal	2,23	2,01	243	1,99	2,34	221
wilcoxon rangsom toets						p-waarde
mannen Antwerpen versus mannen Rotterdam						0,61
vrouwen Antwerpen versus vrouwen Rotterdam						0,01

6.3.3 Klachten uit de afgelopen veertien dagen vergeleken

Er is geen verschil tussen het percentage respondenten dat in de veertien dagen voorafgaand aan het interview een klacht had. Zowel in Rotterdam als in Antwerpen ligt dit percentage tussen 41 en 44 procent voor mannen en vrouwen.

Ook de aard van de klachten uit de afgelopen veertien dagen komt frappant overeen. Zowel door de Rotterdamse als de Antwerpse Turken worden klachten die te maken hebben met verkoudheid en griep het meest genoemd. Op de tweede, derde en vierde plaats komen respectievelijk hoofdpijn, rugklachten en maagklachten.

Duidelijker nog dan bij de chronische aandoeningen ligt hier de conclusie voor de hand dat de aard van de gezondheidsklachten van de Turkse inwoners van Antwerpen en Rotterdam in grote lijnen overeenkomt.

6.4 Samenvatting en conclusies

Een even groot deel van de Turkse en de Nederlandse onderzoeksgroep heeft tenminste één chronische aandoening. Ook het percentage respondenten dat in de veertien dagen voorafgaand aan het interview gezondheidsklachten had is bij de Turken en Nederlanders ongeveer gelijk. Wel hadden Turken gemid-

deld iets méér klachten en meer chronische aandoeningen. Dit verschil wordt vooral veroorzaakt door verschillen tussen Turkse en Nederlandse mannen. Turkse mannen hebben meer klachten en aandoeningen dan Nederlandse mannen. Bij de vrouwen is er geen verschil tussen de beide nationaliteiten.

Zowel bij de Turken als bij de Nederlanders geldt dat oudere respondenten een slechtere gezondheidstoestand hebben dan de jongere. De middelste leeftijdsgroep met 35- tot 45-jarigen lijkt bij de Turken opvallend veel, en bij de Nederlanders opvallend weinig aandoeningen te hebben. Omdat leeftijd vooral bij de Turkse respondenten zeer sterk samenhangt met een aantal "achtergrondkenmerken" (bijvoorbeeld verblijfsduur en taalbeheersing) kan niet worden vastgesteld waardoor de gevonden leeftijdsverschillen vooral veroorzaakt werden. Het is mogelijk dat leeftijd de belangrijkste factor is, maar het kan ook zijn dat andere kenmerken van deze specifieke leeftijdsgroepen een rol spelen. In dat laatste geval zou van een "cohort-effect" sprake zijn. Op basis van deze gegevens kunnen dus geen algemene uitspraken worden gedaan over het verband tussen leeftijd en gezondheid.

De aard van de klachten en aandoeningen van Turken en Nederlanders vertoont in veel opzichten overeenkomsten. Dit blijkt zowel uit de chronische aandoeningen die genoemd werden als uit de klachten die men in de afgelopen veertien dagen had. De meest voorkomende chronische aandoeningen zijn bij de Turken (in volgorde) migraine, maagklachten, huidklachten, reuma in de schouder, astma, aambeien en darm- en buikklachten. Bij de Nederlandse respondenten zijn dit: maagklachten, darm- en buikklachten, migraine, hoge bloeddruk, huidklachten, astma, slecht gehoor en aambeien.

Met deze kennis van de gezondheidstoestand van Turken en Nederlanders kan een aantal conclusies worden getrokken.

In de eerste plaats lijkt het erop dat de bezorgdheid over de gezondheid van migranten die spreekt uit de grote hoeveelheid literatuur op dit terrein niet geheel gerechtvaardigd is. Noch in het voorkomen van chronische aandoeningen of klachten, noch in de aard ervan zijn er grote verschillen gevonden tussen Turkse inwoners van Rotterdam en hun Nederlandse buurtgenoten die in vergelijkbare sociaal-economische omstandigheden leven.

In de tweede plaats valt op dat een van de weinige zaken waarover in de literatuur overeenstemming leek te bestaan, namelijk dat Turken meer last zouden hebben van maagklachten, in dit onderzoek niet werd bevestigd.

Wanneer de gezondheidstoestand van de Turkse respondenten uit Rotterdam wordt vergeleken met die uit Antwerpen dan blijkt dat de Turkse vrouwen uit Antwerpen meer chronische aandoeningen hebben dan zowel de Turkse mannen in Antwerpen als de Turkse mannen en vrouwen in Rotterdam. Tussen de aard van de aandoeningen van Turken uit Antwerpen en Rotterdam zijn weinig opvallende verschillen aanwezig.

VII Ervaren gezondheid

7.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat er weinig aanleiding is om te denken dat er sprake is van een alarmerende gezondheidstoestand bij Turkse inwoners van Rotterdam. Dit blijkt althans wanneer de gezondheid van Turken systematisch wordt vergeleken met die van Nederlanders van de zelfde leeftijd en hetzelfde geslacht en uit vergelijkbare sociaal- economische klasse.

Hoe valt deze vergelijking uit wanneer niet de gezondheidstoestand, maar de ervaren gezondheid onderwerp van vergelijking is?

In eerder onderzoek werden aanwijzingen gevonden dat de ervaren gezondheid van Turken slechter zou zijn dan die van Nederlanders (Gorissen e.a. 1988, CBS 1986), maar in deze studies werd steeds het resultaat van een steekproef bij Nederlanders vergeleken met het resultaat van een steekproef bij Turken. Er werd geen rekening gehouden met sociaal- economische verschillen. Bovendien werd in deze onderzoeken maar één meetinstrument gebruikt, en wel de Vragenlijst voor Ervaren Gezondheid. Deze lijst werd ook in het huidige onderzoek gebruikt; daarnaast zijn ook twee andere indicatoren voor ervaren gezondheid opgenomen: de algemene beoordeling van de eigen gezondheid en de beoordeling van de ernst van de klachten uit de afgelopen twee weken. In dit hoofdstuk worden de resultaten hiervan gepresenteerd. Daarna wordt, net als in het vorige hoofdstuk, aandacht besteed aan de vergelijking van de ervaren gezondheid van Turkse inwoners van Rotterdam en Antwerpen.

7.2 De ervaren gezondheid van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam

7.2.1 Algemene beoordeling van de eigen gezondheid

Aan alle respondenten is gevraagd of zij hun eigen gezondheid in het algemeen "goed", "matig" of "slecht" vinden. Turken beantwoorden deze vraag vaker dan Nederlanders met "slecht" en minder vaak met "goed" (tabel 7.1.). Turkse mannen zijn vaker dan Turkse vrouwen van mening dat zij een slechte gezondheid hebben. Bij de Nederlandse respondenten is er geen verschil tussen mannen en vrouwen.

Behalve dit verschil tussen mannen en vrouwen, is er ook een verschil tussen ouderen en jongeren. Van de 16- tot 24-jarige Turkse respondenten vindt 81

procent de eigen gezondheid "goed", bij de 25- tot 34-jarigen is dit percentage gedaald tot 63, terwijl in de oudere leeftijdsgroepen nog maar 34 procent van alle respondenten de eigen gezondheid goed vindt (tabel 7.2.). Bij de Nederlandse respondenten zijn deze verschillen minder zichtbaar; althans niet wat betreft het aantal respondenten dat de eigen gezondheid goed vindt. Wel neemt het percentage respondenten dat de eigen gezondheid als slecht beoordeelt toe met de leeftijd.

Wanneer de gegevens per leeftijdsgroep worden vergeleken dan blijkt dat Turkse 16- tot 24-jarigen zichzelf ongeveer even gezond vinden als de Nederlandse jongeren (tabel 7.2).

Tabel 7.1.

Beoordeling van de eigen gezondheid door Turken en Nederlanders naar geslacht in percentages

	TURKEN			NEDERLANDERS		
	man (N=123)	vrouw (N=125)	totaal (N=248)	man (N=107)	vrouw (N=114)	totaal (N=241)
goed	55	54	55	77	77	77
matig	17	34	25	17	19	18
slecht	28	12	20	6	4	5
onbekend	0	0	0	1	0	1
	100	100	100	100	100	100
Turkse mannen versus Turkse vrouwen	$X^2 = 14,35; df=2; p=0,00$					
Turkse mannen versus Ned. mannen	$X^2 = 19,99; df=2; p=0,00$					
Turkse vrouwen versus Ned. vrouwen	$X^2 = 14,71; df=2; p=0,00$					
Ned. mannen versus Ned. vrouwen	$X^2 = 0,72; df=2; p=0,70$					
Turken versus Nederlanders	$X^2 = 33,14; df=2; p=0,00$					

Tabel 7.2.

Beoordeling van de eigen gezondheid naar leeftijd in percentages

TURKEN					
	16-24 jaar (N=73)	25-34 jaar (N=56)	35-44 jaar (N=61)	45-54 jaar (N=47)	55-69 jaar* (N=11)
goed	81	63	34	34	46
matig	16	27	36	23	27
slecht	3	11	30	43	27
onbekend	0	0	0	0	0
	100	100	100	100	100
Kendall's tau b=0,36; p=0,00					
NEDERLANDERS					
	(N=64)	(N=59)	(N=48)	(N=42)	(N=8)
goed	78	76	81	76	50
matig	20	20	15	12	38
slecht	0	3	4	12	13
onbekend	2	0	0	0	0
	100	100	100	100	100

Kendall's tau b=0,06; p=0,15

*: gegevens uit de hoogste leeftijdsgroepen kunnen vanwege het geringe totale aantal moeilijk geïnterpreteerd worden.

Toetsing van verschillen in ervaren gezondheid tussen Turken en Nederlanders binnen leeftijdsgroepen:

16-24 jaar: $\chi^2 = 2,06$; df=2; p=0,36

25-34 jaar: $\chi^2 = 3,51$; df=2; p=0,17

35-44 jaar: $\chi^2 = 24,76$; df=2; p=0,00

45-54 jaar: $\chi^2 = 16,35$; df=2; p=0,00

55-69 jaar: $\chi^2 = 0,65$; df=2; p=0,71 (ex)

Ook uit de niet-lineaire Canonische Correlatieanalyse blijkt tenslotte dat nationaliteit sterk samenhangt met de beoordeling van de eigen gezondheid (bijlage 3.1.).

7.2.2 Gepercipieerde ernst van de aandoeningen uit de afgelopen veertien dagen

Hiervoor werd al gerapporteerd over het aantal respondenten dat in de veertien dagen voorafgaand aan het interview één of meer aandoeningen over de gezondheid had. Dit werd beschouwd als een indicator voor de gezondheidstoestand. De mate waarin deze aandoeningen door respondenten als ernstig worden ervaren geldt als een indicator voor de ervaren gezondheid.

De Turkse respondenten waren vaker dan de Nederlandse van mening dat hun aandoeningen ernstig zijn (76 procent van de aandoeningen bij Turken wordt ernstig gevonden, bij de Nederlanders 52 procent). De meeste aandoeningen (64 procent) bij de Turken bestaan al langer dan een jaar, bij 42 procent van de aandoeningen van Nederlanders is dit het geval.

7.2.3 De VOEG (Vragenlijst voor ervaren gezondheid)

In 1967 werd deze Vragenlijst voor Ervaren Gezondheid door Dirken ontwikkeld. Sindsdien is deze vragenlijst in zijn geheel of in een verkorte versie veelvuldig gebruikt in sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Over de vraag wat met deze vragenlijst gemeten kan worden bestaan verschillende opvattingen. Visser (1983) beschrijft in een overzichtsartikel dat Dirken vooral de nadruk legde op de meting van "psychobiologische stress". Visser zelf komt op basis van literatuur tot de conclusie dat "de VOEG niet uitsluitend opgevat kan worden als een vragenlijst ter meting van de somatische gezondheidszorg; het is tevens een indicator van het algemene onwelbevinden van mensen, die ook het gevolg is van psychische en sociale klachten". Ook Van der Zee (1982) komt tot de slotsom dat de score op de VOEG te omschrijven is als "resultante van emotionele of neurotische labiliteit enerzijds en slechte gezondheid anderzijds". Deze beide aspecten zijn moeilijk te scheiden. Ook wordt wel gesteld dat "klaaggeneigdheid" de score op de VOEG (mede) zou bepalen.

Resultaten van de VOEG kunnen dus moeilijk eenduidig geïnterpreteerd worden. Dit maakt het nodig om voorzichtig te zijn bij de interpretatie van de gegevens.

In dit onderzoek werd de verkorte versie van de VOEG gebruikt, bestaande uit 19 vragen die samen een "intern consistente" schaal vormen (Garretsen en Wierdsma 1984). Per respondent is een somscore berekend van alle vragen die bevestigend geantwoord zijn.

Turken hebben een hogere gemiddelde VOEG score dan Nederlanders (tabel 7.3.). Dit verschil lijkt vooral te worden veroorzaakt door de mannen. Turkse mannen hebben de hoogste en Nederlandse mannen de laagste score. Scores van Turkse en Nederlandse vrouwen nemen ten opzichte van die van de mannen een tussenpositie in. De resultaten hiervan zijn ook in tabel 7.3. weergegeven.

De spreiding binnen de groepen is bij de Turkse mannen het grootst.

Tabel 7.3.

Gemiddelde VOEG-scores van Turkse en Nederlandse respondenten naar geslacht

	TURKEN			NEDERLANDERS		
	gem.	st.dev.	N	gem.	st.dev.	N
mannen	6,50	4,57	123	3,88	3,81	107
vrouwen	5,79	4,25	125	5,25	3,73	114
totaal	6,14	4,66	248	4,58	3,82	221

Wilcoxon rangsom toets	tweezijdige p
Turkse mannen versus Turkse vrouwen	0,19
Turkse mannen versus Ned. mannen	0,00
Turkse vrouwen versus Ned. vrouwen	0,71
Ned. mannen versus Ned. vrouwen	0,00
Turken versus Nederlanders	0,00

gem.: rekenkundig gemiddelde; st.dev.: standaard deviatie; N: aantal respondenten.

Zoals bij andere indicatoren al consequent naar voren kwam, blijkt er ook hier bij de Turken een duidelijk verband te zijn tussen leeftijd en VOEG-score (bijlage 7.1.). Binnen de jongste leeftijdsgroep is er wederom geen verschil tussen Turken en Nederlanders; in de hogere leeftijdsgroepen nemen de verschillen snel toe. Alleen de oudste leeftijdsgroep vormt hierop een uitzondering, maar deze gegevens zijn vanwege het geringe aantal respondenten in deze groep moeilijk te interpreteren.

Evenals voor de beoordeling van de eigen gezondheid geldt ook hier dat niet-lineaire canonische correlatie analyse aantoonde dat nationaliteit in belangrijke mate (belangrijker dan leeftijd) samenhangt met de VOEG-score.

7.3 De ervaren gezondheid van Turkse inwoners van Rotterdam en Antwerpen vergeleken

7.3.1 De algemene beoordeling van de eigen gezondheid

Aan alle respondenten is gevraagd of zij de eigen gezondheid in het algemeen als goed, matig of als slecht beoordelen. De Turkse respondenten in Nederland vinden de eigen gezondheid beduidend slechter dan die in België (tabel 7.4.).

Bij uitsplitsing naar geslacht is er in Nederland wel, in België geen verschil tussen mannen en vrouwen. In Nederland beoordelen de Turkse mannen de eigen gezondheid beduidend slechter dan de vrouwen (paragraaf 7.2.1.)

Tabel 7.4.

Beoordeling van de eigen gezondheid door Turkse inwoners van Rotterdam en Antwerpen in percentages.

	ANTWERPEN (N=248)	ROTTERDAM (N=221)
goed	63	51
matig	32	27
slecht	5	22
	100	100

$$X^2 = 29.56; df=2; p=0,00$$

7.3.2 Gemiddelde VOEG-scores

In de beide onderzoeken werd gebruik gemaakt van dezelfde versie van de vragenlijst voor ervaren gezondheid die bestaat uit 19 items.

Uit de resultaten blijkt dat de Turkse inwoners van Rotterdam gemiddeld een hogere VOEG-score hebben dan de Turkse inwoners van Antwerpen. Bij uitsplitsing naar geslacht valt vooral de lage gemiddelde VOEG-score van 4,9 van de Turkse mannen uit Antwerpen op. De gemiddelde score van Turkse mannen uit Rotterdam is 6,7. De vrouwen hebben gemiddelde VOEG-scores van respectievelijk 6,8 en 6,0.

7.3.3 Ernst van de aandoeningen uit de afgelopen veertien dagen

Hoewel Turkse respondenten uit Rotterdam in de veertien dagen voorafgaand aan het interview ongeveer even vaak een klacht over de gezondheid hadden als de respondenten in Antwerpen zijn zij veel vaker van mening dat het hierbij om een ernstige klacht gaat (respectievelijk 76 en 46 procent van de aandoeningen).

7.4 Samenvatting en conclusies

Anders dan bij de gezondheidstoestand, waar tamelijk grote overeenkomsten werden gevonden, blijkt dat ervaren gezondheid van Turkse respondenten slechter is dan die van de Nederlandse respondenten. Zij beoordelen de eigen gezondheid vaker als slecht, zijn vaker van mening dat klachten uit de afgelopen veertien dagen ernstig waren en hebben hogere (= ongunstiger) scores op de vragenlijst voor ervaren gezondheid (de VOEG).

Aanwijzingen voor een slechtere ervaren gezondheid bij Turken waren ook al in ander onderzoek gevonden (CBS 1986, Gorissen e.a. 1988). Nu blijkt dat ook bij systematische vergelijking van de ervaren gezondheid van Turken met die van Nederlanders uit vergelijkbare sociaal-economische klasse de situatie van de Turken ongunstiger is.

Leeftijds- en geslachtsverschillen wijzen in dezelfde richting als bij de gezondheidstoestand: Nederlandse mannen zijn relatief gezond; Turkse mannen relatief ongezond. Turkse en Nederlandse vrouwen nemen een tussenpositie in.

Verder is de ervaren gezondheid van ouderen slechter dan die van jongeren; het verschil is bij de Turken echter groter.

Binnen de jongste leeftijdsgroep(en) zijn er meestal geen verschillen tussen Turken en Nederlanders. Dit sluit aan bij de resultaten van onderzoek dat op scholen werd verricht (Danz e.a. 1987, van Heide en Eppink 1987). In deze studies werden ook geen verschillen gevonden tussen de ervaren gezondheid van Turkse jongeren en hun Nederlandse klasgenoten.

Ook in vergelijking met Turkse respondenten uit Antwerpen is de ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam slechter. Dit in tegenstelling tot de gezondheidstoestand, die bij de (vrouwelijke) respondenten uit Antwerpen gemiddeld iets slechter was.

Het is verder opmerkelijk dat in Antwerpen zowel de gezondheidstoestand als de ervaren gezondheid van de Turkse mannen beter is dan die van de Turkse vrouwen. In Rotterdam is de ervaren gezondheid van Turkse mannen juist slechter dan die van Turkse vrouwen.

VIII Determinanten van gezondheid

8.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken werden de resultaten van onderzoek naar de gezondheid van Turken en Nederlanders gepresenteerd. Hierbij bleken er zowel verschillen als overeenkomsten tussen de onderzoeksgroepen te bestaan. In dit hoofdstuk wordt gezocht naar factoren die van invloed zijn op de gezondheid van Turken en Nederlanders. Hierbij ligt de nadruk op het "verklaren" van de belangrijkste verschillen tussen de gezondheid van Turken en Nederlanders. Worden deze verschillen veroorzaakt door het feit dat er andere risicofactoren van invloed zijn op de gezondheid van Turkse respondenten of ligt een verklaring voor verschillen in het feit dat dezelfde risicofactoren verschillend over de beide groepen zijn verdeeld?

Met behulp van gegevens uit de gestructureerde interviews konden relaties tussen mogelijke determinanten van gezondheid en indicatoren voor gezondheid worden gezocht. De analysemethoden die hiervoor gebruikt zijn, zijn beschreven in hoofdstuk 3. De mogelijkheden om verbanden tussen mogelijke determinanten en indicatoren voor gezondheid vast te stellen zijn zeer beperkt (zie hoofdstuk 3). Dit impliceert dat "harde" uitspraken over verklaringen voor verschillen niet gedaan kunnen worden. Wel kunnen veronderstellingen hierover worden geformuleerd, gebaseerd op de resultaten van de half- gestructureerde interviews, de vergelijking met België en literatuurstudie.

Uit de half-gestructureerde interviews werd duidelijk wat naar de mening van respondenten zelf de oorzaak is van hun ziekten. Ook de vergelijking met Antwerpen levert belangrijke informatie over determinanten van gezondheid. De mogelijkheden om op basis van de Rotterdamse resultaten alléén informatie te krijgen over sommige determinanten van gezondheid zijn beperkt doordat deze omstandigheden voor Turkse en Nederlandse respondenten ongeveer gelijk waren. Dit geldt vooral voor meer structurele factoren in de samenleving (bijvoorbeeld de organisatie van de gezondheidszorg). Om over de invloed van dergelijke variabelen een uitspraak te kunnen doen zijn gegevens over groepen in verschillende omstandigheden nodig.

De belangrijkste vraag waarop in dit hoofdstuk een antwoord gezocht wordt is hoe de slechte ervaren gezondheid van de Turken in Rotterdam (en dan vooral van de mannen) te verklaren is. Hierbij wordt zowel gedacht aan de vergelijking met Turkse respondenten in Antwerpen als de vergelijking met de Nederlandse respondenten in Rotterdam. Het is mogelijk dat dezelfde factoren de verschillen tussen de onderzoeksgroepen verklaren; het kan ook zijn dat bepaalde factoren maken dat de ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam

slechter is dan die van Nederlanders, terwijl andere factoren verantwoordelijk zijn voor een relatief goede ervaren gezondheid van Turken in Antwerpen.

8.2 Een ordening van determinanten van gezondheid

Tot nog toe werd in dit rapport steeds onderscheid gemaakt tussen ervaren gezondheid en gezondheidstoestand. In de titel van dit hoofdstuk wordt in algemene zin gesproken over gezondheid (en niet over ervaren gezondheid en gezondheidstoestand apart). De reden hiervoor is dat in de literatuur een onderscheid tussen verschillende aspecten van gezondheid zelden terug te vinden is. De kennis uit de literatuur is bovendien vaak te fragmentarisch om consequent over de mogelijke invloed van de determinanten op de onderscheiden aspecten uitspraken te doen.

Bij de bespreking van de verschillende determinanten zal uiteraard wel worden gezocht naar factoren waarvan kan worden verondersteld dat zij juist de ervaren gezondheid beïnvloeden; hierin deden zich tenslotte de duidelijkste verschillen tussen de onderzoeksgroepen voor.

In de literatuur over factoren die van invloed zijn op de gezondheid van migranten wordt groot gewicht toegekend aan de migratie zelf. Over de richting van een eventueel verband tussen migratie en gezondheid bestaan twee veronderstellingen. De eerste gaat ervan uit dat de migratie, of de gevolgen van migratie "ziekmakend" zijn. De tweede veronderstelt dat er vóór de migratie een (negatieve) selectie heeft plaatsgevonden: juist diegenen die al enigszins "labiel" of zwak waren zijn gemigreerd.

Hoewel er in de buitenlandse literatuur aanwijzingen zijn dat de laatste veronderstelling op sommige migrantengroepen van toepassing is (Mak en Schrammeyer 1983), is het erg de vraag of deze theorie bruikbaar is bij het verklaren van verschillen tussen de gezondheid van de Turkse en Nederlandse inwoners van Nederland. Emigratie was destijds een massaal verschijnsel en zo overwegend gebaseerd op economische motieven dat het niet waarschijnlijk lijkt dat er hier een negatieve "voorselectie" heeft plaatsgevonden. Eerder nog lijkt, althans voor de arbeidsmigranten zelf, het tegenovergestelde het geval. Uitsluitend jonge mannen werden geworven, er werd medisch gekeurd, en er zijn aanwijzingen dat het juist niet de sociaal allerzwaksten zijn die tot migratie overgingen (Koot en Van der Wiel 1982). Dit geldt althans voor de eerste migrantengroepen. Waarschijnlijk heeft in de latere migratiestromen zo'n positieve selectie niet plaatsgevonden.

Het is ook denkbaar dat in de toekomst een tegenovergesteld proces zal gaan optreden. Sinds november 1985 kunnen oudere arbeidsongeschikte en werkloze migranten met behoud van uitkering terugkeren naar het land van herkomst. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat in de oudste leeftijdsgroepen juist de meest gezonden in Nederland blijven.

Op de nu beschikbare onderzoeksresultaten heeft bovengenoemde maatregel vermoedelijk geen effect gehad; deze gegevens zijn zeer kort na het ingaan van de maatregel verzameld.

De meeste auteurs gaan ervan uit dat de migratie of de gevolgen van migratie van invloed zijn op de gezondheid. In de literatuur over de gezondheid van migranten worden hierbij vaak alleen die determinanten van gezondheid benadrukt die geacht worden direct samen te hangen met de migratie. Dit lijkt soms een vrij willekeurige selectie van mogelijke relevante factoren te zijn. Het gevaar bestaat dan dat voorbij wordt gegaan aan zeer "algemene" risicofactoren die ook bij autochtonen van invloed zijn. Een ongelijke verdeling van deze algemene risicofactoren kan even belangrijk zijn bij het verklaren van de verschillen in de gezondheid van Turken en Nederlanders.

In dit onderzoek zal aan de relatieve bijdrage van zowel algemene als specifieke factoren aandacht worden besteed.

Om de factoren die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van allochtonen en autochtonen op enigszins systematische wijze te bespreken kunnen twee werkwijzen worden gehanteerd. In de eerste plaats kan worden uitgegaan van theoretische invalshoeken. In de tweede plaats kunnen factoren die in verschillende theoretische benaderingen naar voren komen náást elkaar worden geplaatst.

Hier is gekozen voor de laatste methode. Er is een opsomming gemaakt van determinanten van gezondheid die in de literatuur worden benadrukt. Veel kennis uit de literatuur is te fragmentarisch om deze onder te brengen in theoretische uitgangspunten. Het nadeel van de gekozen werkwijze is dat alle mogelijke determinanten van gezondheid "naast" elkaar worden besproken zonder dat de onderlinge samenhang of het "gewicht" van de verschillende factoren tot uitdrukking komen.

Aan dit bezwaar wordt hier zoveel mogelijk tegemoet gekomen door in sommige gevallen wel te wijzen op mogelijke samenhang tussen de verschillende determinanten.

De clustering van determinanten is overwegend op pragmatische gronden gebaseerd, en wel zó dat alle factoren die in de literatuur relevant geacht worden in dit model een plaats vinden.

Hier wordt gekozen voor een indeling met twee "hoofdgroepen": individuele kenmerken (vooral demografische en gedragskenmerken) en omgevingskenmerken (fysieke en maatschappelijke omgeving).

Het is duidelijk dat factoren in de beide groepen elkaar wederzijds sterk beïnvloeden. Dit geldt vooral sterk voor gedragskenmerken van het individu en de maatschappelijke omgevingskenmerken. Fysieke omgevingskenmerken kunnen ook onafhankelijk van individuele kenmerken direct de gezondheid beïnvloeden; maatschappelijke omgevingsfactoren zijn vooral door de interactie met individuele gedragskenmerken relevant.

Een aantal omstandigheden die direct te maken hebben met de migratie zijn moeilijk in deze indeling onder te brengen. Zo is het moeilijk om rekening te houden met een situatie waarin een ingrijpende verandering van omgeving heeft plaatsgevonden en niet alleen de nieuwe, maar ook invloeden van de oude situatie relevant blijven. In het geval van Turken in Nederland lijkt het zeker belangrijk om ook de situatie in het herkomstland in beschouwing te nemen; niet alleen omdat een groot deel van de (volwassen) Turken in Nederland in Turkije is opgegroeid, maar ook omdat in vrijwel alle gevallen veelvuldig contacten met het herkomstland worden onderhouden.

Ook tijdens en na de migratie zijn er omstandigheden die zo specifiek zijn voor een migrantensituatie dat een apart cluster "factoren die samenhangen met migratie" gerechtvaardigd lijkt. Deze factoren kunnen (naar Murphy 1977) worden onderscheiden in factoren die van invloed zijn vóór, tijdens en na de migratie.

Per "cluster" is een groot aantal factoren denkbaar dat de gezondheid kan beïnvloeden (bijv. Koeter-Kemmerling e.a. 1987, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1986). In dit hoofdstuk worden die factoren besproken waarvan op basis van literatuur of inhoudelijke overwegingen mag worden verondersteld dat zij in verschillende mate of op verschillende wijze van belang zijn voor de gezondheid van Turken en Nederlanders.

Het totale "model" ziet er dan als volgt uit:

- | | |
|--|--|
| a. <i>Individuele kenmerken</i> | leeftijd en geslacht
sociaal-economische status
riskante gewoonten
probleem oplossend vermogen |
| b. <i>Omgevingskenmerken</i> | huisvesting
klimaat
werk
voorzieningen
sociale contacten |
| c. <i>Factoren die te maken hebben met de migratie</i> | situatie in het land van herkomst
omstandigheden van de migratie
situatie in het land van ontvangst (verblijfsduur, cultuurovergang, houding van de ontvangende samenleving) |

8.3 Individuele kenmerken

8.3.1 Leeftijd en geslacht

Leeftijd en geslacht zijn zeer belangrijke determinanten van zowel ervaren gezondheid als gezondheidstoestand, zo bleek al uit de eerder gepresenteerde onderzoeksresultaten en uit de literatuur (o.a. Van der Zee 1982, CBS 1988, Gorissen e.a. 1988). Voor de verklaring van verschillen in ervaren gezondheid tussen Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam zijn deze beide kenmerken echter niet relevant omdat de onderzoeksgroepen juist in leeftijd en geslacht overeenkomen. Bovendien worden de resultaten steeds óók naar leeftijd en geslacht geanalyseerd.

8.3.2 Sociaal-economische status

Er is in Nederland toenemende belangstelling voor het feit dat er verschillen in gezondheid bestaan tussen verschillende sociaal-economische klassen (Mackenbach en van der Maas 1987). Mensen met een lage sociaal-economische status lopen in veel opzichten extra gezondheidsrisico's.

Nu zou direct kunnen worden aangevoerd dat er bij de selectie van onderzoeksgroepen verschillen in sociaal-economische status zoveel mogelijk zijn uitgesloten, zodat hierin geen verklaring kan liggen voor de slechte ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam. Het zou echter al te gemakkelijk zijn om hiermee de bespreking van de invloed van sociaal-economische status af te sluiten.

In de eerste plaats werd eerder al geconstateerd dat er ondanks de wijze van selecteren toch verschillen bestaan in opleidings- en beroepsniveau van de Turkse en de Nederlandse respondenten.

In de tweede plaats is van belang dat sociaal-economische status meestal niet een direct gezondheidsbepalende factor is. Wel zijn er "gezondheidsbeïnvloedende variabelen" die bij personen uit lagere sociaal-economische klassen relatief vaak ongunstig uitwerken. Mackenbach en van der Maas noemen: materiële voorzieningen in de privésfeer, arbeidsomstandigheden en verhoudingen, gezondheidsgedrag/riskante gewoonten, adequaat gebruik van gezondheidszorg en tenslotte persoonlijkheidskenmerken. Het staat niet zonder meer vast dat deze zelfde factoren ook bij Turken van lage sociaal-economische status de gezondheid negatief beïnvloeden. Daarom zal bij de bespreking van deze factoren (die al in het "model" waren opgenomen) aandacht besteed worden aan de vraag of er aanwijzingen zijn dat deze zelfde factoren ook bij Turken de gezondheid negatief beïnvloeden.

Het behoren tot een lage sociaal economische klasse kan ook direct de gezondheid beïnvloeden. Het is bekend dat het verbeteren van de sociaal-economische situatie het belangrijkste migratiemotief was van veel mediterrane arbeidsmigranten. Het doel van velen was om in Nederland veel geld te ver-

dienen om daarna in Turkije een eigen bedrijf of winkel te kunnen starten. De meesten van hen zijn er niet in geslaagd om deze idealen te realiseren.

In de literatuur over de gezondheid van migranten wordt vaak verondersteld dat het hieruit voortkomende gevoel van falen een belangrijke bron van psychische problemen zou zijn (bijvoorbeeld Durkheim in Mak en Schrameijer 1983 en Merton in Peeters 1983, Van den Berg-Eldering 1977). Hiermee wordt bedoeld dat er een kloof bestaat tussen normen en verwachtingen enerzijds en de mogelijkheden om deze te realiseren anderzijds. Als individueel verschijnsel komt dit bij personen uit alle bevolkingsgroepen voor; bij migranten zou het niet kunnen realiseren van verwachtingen en aspiraties beschouwd kunnen worden als een bijna universeel proces.

Overigens wordt in dit verband ook vaak gesteld dat er een discrepantie kan bestaan tussen het respect dat het hoofd van een huishouden binnen het gezin in (mediterrane) herkomstlanden geniet en de positie van diezelfde persoon in de Nederlandse samenleving.

In de half-gestructureerde interviews viel op dat in gesprekken met Turkse respondenten vaak naar voren kwam dat zorgen over financiële kwesties een grote rol spelen.

Kortom, er zijn wel redenen om aan te nemen dat sociaal- economische status een rol kan spelen bij de verschillen in ervaren gezondheid tussen Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. Niet alleen omdat het hebben van een lage sociaal-economische status door Turkse respondenten wellicht negatiever wordt ervaren, maar ook omdat de Turkse respondenten ondanks de opzet van het onderzoek toch een nog iets lager opleidings- en beroepsniveau hebben dan de Nederlandse respondenten. Bovendien sturen de meeste gezinnen regelmatig een deel van het gezinsinkomen naar Turkije zodat het in Nederland besteedbaar inkomen lager ligt.

Ook voor het verklaren van verschillen met de Turkse respondenten in Antwerpen zou deze factor een rol kunnen spelen. Weliswaar zijn er geen verschillen tussen opleidings- en beroepsniveau van de beide Turkse groepen; wel beschikken Turkse huishoudens in Antwerpen gemiddeld over een hoger gezinsinkomen. Dit kan ermee te maken hebben dat de Turkse gezinnen in België gemiddeld groter zijn en er dus meer personen zijn die geld kunnen binnenbrengen maar ook mee opmaken. Of de reële bestedingsmogelijkheden van Turkse gezinnen in Antwerpen groter zijn kan hierdoor niet goed worden vastgesteld.

Voor het feit dat de gezinnen in Antwerpen gemiddeld groter zijn bestaat overigens een zeer voor de hand liggende verklaring. In België was gezinshereniging per gezin één keer mogelijk. Alle gezinsleden die zich in België wilden vestigen dienden tegelijk naar België te komen. In Nederland gold deze regel niet en konden kinderen tijdelijk in Turkije achterblijven om zich later bij het gezin in Nederland te voegen. Vaak werd gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Vijfendertig procent van de Turkse mannen die tijdens de mi-

gratie al gehuwd waren heeft nog steeds een of meer kinderen in Turkije (CBS 1987).

Ook zijn huur- en koopprijzen van woningen in Antwerpen lager, waardoor vermoedelijk een kleiner deel van het inkomen "verwoond" hoeft te worden.

Dit alles zou juist voor de situatie van mannen van betekenis kunnen zijn; in Turkse gezinnen wordt het zeer duidelijk tot de taak van de man gerekend om te zorgen voor voldoende inkomsten (van Schelven 1987).

Om meer inzicht te krijgen in de rol van sociaal-economische status bij het verklaren van de slechte ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam is het materiaal van het Rotterdamse onderzoek verder geanalyseerd. Indicatoren voor sociaal- economische status zijn opgenomen als onafhankelijke variabelen bij de Canonische Correlatie analyse, maar bleken hier geen grote onderscheiden invloed te hebben (Bijlage 3.1.).

Of verschillen in sociaal-economische status een rol spelen bij het verklaren van verschillen in ervaren gezondheid kan op grond van deze resultaten dus niet worden vastgesteld. Op grond van inhoudelijke overwegingen mag het echter zeker niet worden uitgesloten.

8.3.3 *Riskante gewoonten*

Met riskante gewoonten worden die gewoonten bedoeld die een negatief effect op gezondheid kunnen hebben. De meest bekende zijn (overmatig) gebruik van alcohol, tabak, geneesmiddelen, illegale drugs, en verder slechte voeding, gebrek aan beweging, gevaarlijk gedrag in het verkeer en gewelddadig sociaal gedrag (Koeter-Kemmerling e.a. 1987).

Over het vóórkomen van deze riskante gewoonten bij migranten is nog weinig bekend. In het onderzoek werden hierover ook geen vragen gesteld.

In onderzoek zijn enige aanwijzingen gevonden dat Turken gemiddeld vaker roken van Nederlanders (Gorissen e.a. 1988).

Er is wel onderzoek verricht naar de vrijetijdsbesteding van Turkse en Marokkaanse jonge mannen en vrouwen. De vrouwen bleken beduidend minder aan sport te doen dan Nederlandse vrouwen met een laag opleidingsniveau; bij de mannen doen zich geen noemenswaardige verschillen voor (Brassé 1985).

Ook slechte voeding wordt beschouwd als een riskante gewoonte. De voedingswaarde van maaltijden van Turkse peuters en kleuters voldeed redelijk aan de normen die in Nederland aan goede kindervoeding worden gesteld (Gründemann 1985).

In onderzoek bij schoolkinderen werd vastgesteld dat de voedingstoestand van Turkse kinderen zeker niet slechter is dan die van hun Nederlandse klasgenoten (Meulmeester 1988).

Zowel Turkse als Nederlandse respondenten brachten in de half-gestructureerde interviews zelf wel naar voren dat hun leefwijze (voeding, roken, gebrek aan beweging) één van de oorzaken is van hun slechte gezondheid.

Deze "riskante gewoonten" zijn vermoedelijk echter vooral riskant voor de gezondheidstoestand, en spelen waarschijnlijk geen rol bij de slechte ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam.

8.3.4 Probleem oplossend vermogen

Met "probleem oplossend vermogen" wordt bedoeld het vermogen dat mensen hebben om een situatie die als bedreigend wordt ervaren het hoofd te bieden (o.a. Shuval 1981). Een van de manieren waarop op een moeilijke situatie kan worden gereageerd is door middel van ziekte. Er wordt wel gesteld dat deze reactie veel bij migranten voorkomt (Van Dijk 1985). De reden hiervoor is dat zij in een nieuwe, onbekende samenleving niet over voldoende andere mogelijkheden beschikken om om te gaan met de situatie.

Of een dergelijk verschijnsel een rol speelt bij Turkse inwoners van Rotterdam is moeilijk vast te stellen. Hiervoor bestaan in elk geval weinig concrete aanwijzingen, maar dit betekent natuurlijk niet dat het niet zou voorkomen. In dat geval is echter wel de vraag waarom dit niet zou voorkomen bij Turken in Antwerpen.

8.4 Omgevingskenmerken

8.4.1 Huisvesting

Hoewel huisvesting in alle overzichten van determinanten van gezondheid een plaats krijgt is niet steeds duidelijk welke aspecten van de woonsituatie gezondheidsbedreigend zijn (Koeter-Kemmerling e.a. 1987).

Van der Most van Spijk (1985) stelt dat de kleine en kwalitatief slechte behuizing van Turkse en Marokkaanse gezinnen de kans vergroot op ongevallen binnenshuis, op de verspreiding van bepaalde infectieziekten en vermoedelijk ook op spanningen binnen het gezin. Ook in ander onderzoek in Nederland en Duitsland worden aanwijzingen gevonden voor een hoger ongevalsrisico bij buitenlandse kinderen (Gelauff-Hanzon 1985, van der Veen 1987, Zink en Korporal 1984).

Uit de onderzoeksresultaten uit Antwerpen en Rotterdam blijkt dat huizen van Turkse respondenten uit Rotterdam minder kamers hebben dan die van de beide andere groepen. Huisvesting zou daarmee een van de factoren kunnen zijn die bijdraagt tot de slechte ervaren gezondheid bij Turken in Rotterdam. Aan de waarschijnlijkheid hiervan wordt enigszins afbreuk gedaan door het feit dat de verschillen in ervaren gezondheid vooral bij de mannen zicht-

baar zijn. Het is te verwachten dat de huiselijke omgeving voor vrouwen belangrijker is dan voor mannen. Turkse vrouwen brengen nu eenmaal een veel groter deel van hun tijd binnenshuis door dan Turkse mannen (Brassé 1985, de Vries 1987).

Extra analyses op het Rotterdamse bestand wezen uit dat er geen verband is tussen het aantal kamers dat er per persoon in een huis beschikbaar is en de gezondheid van de inwoners.

8.4.2 Klimaat

In de literatuur is "klimaat" als gezondheidsbeïnvloedende factor zelden terug te vinden. Turkse respondenten zelf brengen in de half-gestructureerde interviews wel een aantal malen naar voren dat hun gezondheid lijdt onder het Nederlandse klimaat.

"Wij zijn uit een warm land afkomstig en dit land heeft een koud klimaat. Onze lichamen hebben energie nodig en die krijgen wij hier niet."

Turkse man

Als het klimaat een belangrijke factor is die de gezondheid van Turken beïnvloedt dan zou dit ook moeten blijken uit een slechte gezondheid bij Turken in Antwerpen en hiervan is, zoals gezegd, geen sprake.

8.4.3 Werk

Zowel lichamelijke inspanning als sociaal-psychologische aspecten van de arbeidssituatie kunnen van invloed zijn op gezondheid.

Het merendeel van de Turkse respondenten werkt in industriële beroepen (in België 67 procent en in Nederland 75 procent). Van de Nederlandse respondenten werkt slechts 31 procent in een industrieel beroep, Nederlanders werken ook vaak in de handel of in verzorgende beroepen.

Van de Belgische Turken heeft 13 procent een leidinggevende positie; bij de Rotterdamse Turken is dit 9 procent en bij de Nederlandse respondenten uit Rotterdam 24 procent. Wat betreft het werken in ploegdienst liggen deze percentages op respectievelijk 34, 32 en 9 procent. De rest werkt in dagdienst. Een kwart van de werkende respondenten in beide steden maakt regelmatig overuren.

Voor verschillen in de gezondheid van Turkse en Nederlandse mannen in Rotterdam zouden deze factoren een (gedeeltelijke) verklaring kunnen vormen. Dit geldt niet voor verschillen in ervaren gezondheid tussen Turken in Antwerpen en Turken in Rotterdam.

De "objectieve" karakteristieken van de arbeidssituatie waarover hier informatie kon worden verzameld weerspiegelen uiteraard maar een beperkt deel van de mogelijke gezondheidsbedreigende invloeden van de arbeidssituatie.

Het heel goed mogelijk dat er veel meer verschillen bestaan in bijvoorbeeld de arbeidsverhoudingen (contacten met collega's en werkgevers) of in de werkelijke taakuitoefening. Hierover zijn in dit onderzoek echter geen gegevens verzameld.

Wel geldt in het algemeen dat de arbeidsomstandigheden van Turken in Nederland ongunstiger zijn dan die van Nederlanders, (waarschijnlijk) ook in vergelijking met Nederlandse arbeiders.

Turken (en andere arbeidsmigranten) vulden vaak de meest ongunstige plaatsen op waarvoor veel Nederlanders zich niet meer beschikbaar stelden. Er zijn dan ook aanwijzingen dat migranten relatief vaak het slachtoffer worden van een bedrijfsongeval (Directoraat-Generaal van de Arbeid 1972). Ook in diverse buitenlandse studies werd gevonden dat Turken (en Marokkanen) grotere werk-gerelateerde risico's lopen (Hoffmann 1978, Peeters 1983, Zink en Korporel 1984).

Turkse en Nederlandse mannen zelf schrijven hun slechte gezondheid voor een belangrijk deel toe aan het zware en/of onregelmatige werk dat zij verrichten of verricht hebben.

Niet alleen de arbeidsomstandigheden zijn van invloed op gezondheid, ook het niet hebben van arbeid kan een bedreiging zijn voor de ervaren gezondheid (Koeter- Kemmerling e.a. 1987, van der Zee 1982). Recente studies geven geen uitsluitsel over de algemene geldigheid van deze risicofactor. Waarschijnlijk is de relevantie ervan (mede) afhankelijk van andere factoren. Verkley e.a. (1986) vonden enkele aanwijzingen dat de gevolgen van de werkloosheid mede afhangen van sociale klasse. Ook lijkt het aannemelijk dat de kwaliteit van het werk een rol speelt. Als het werk veel spanning met zich meebrengt (bijvoorbeeld door discriminatie of zware lichamelijk inspanning) dan zou ook het werken als een risicofactor beschouwd kunnen worden.

In Antwerpen is 18 procent van de Turkse respondenten werkloos. In Rotterdam geldt dit voor 16 procent van de Turkse en 5 procent van de Nederlandse respondenten.

Uit het feit dat de werkloosheid bij Turken in Antwerpen nog hoger is dan die bij Turken in Rotterdam mag worden afgeleid dat hierin geen belangrijke oorzaak schuilt voor de slechte ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam. Bovendien bleek uit de niet-lineaire Canonische Correlatie analyse (Bijlage 3.1.) dat de ervaren gezondheid van werklozen eerder beter dan slechter is dan die van werkenden.

Ook uit de bivariate analyses bleek dat werkloosheid geen bijzondere risico's inhoudt voor de ervaren gezondheid van deze respondenten (Bijlage 3.2.).

8.4.4 Voorzieningen

Het ligt voor de hand dat de aanwezigheid en de kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen van invloed zijn op de gezondheid van bevolkingsgroepen. In principe zijn alle gezondheidszorgvoorzieningen in Nederland en België voor allochtonen en autochtonen in gelijke mate toegankelijk. Over het aanbod aan voorzieningen en de mogelijkheden voor allochtonen hiervan gebruik te maken gaat een volgend hoofdstuk. Daar staat de frequentie van het gebruik van voorzieningen centraal.

De frequentie van het bezoek aan voorzieningen is echter nog geen goede indicator voor het "profijt" dat men heeft van die voorziening. Uit een groot aantal publikaties komt naar voren dat de communicatie tussen hulpverleners en allochtone patiënten vaak moeizaam verloopt (bijv. Spruit 1983, Gründemann 1985). Ook zijn er uit antropologische literatuur talloze voorbeelden bekend waarin de hulpverlening aan personen met een andere etnische herkomst dan de hulpverlener niet optimaal verloopt onder meer doordat niet de juiste diagnoses kunnen worden gesteld (Kleinman 1977, 1980, Eppink 1987).

Ook hiervoor geldt weer dat als inadequate hulpverlening een rol speelt bij de slechte gezondheid van Turken in Rotterdam onduidelijk is waarom dan niet hetzelfde zou optreden in Antwerpen. Er zijn geen aanwijzingen dat daar een beter antwoord is gevonden op problemen in de hulpverlening.

Het vraagstuk van de "selectieve effectiviteit" van de zorg is overigens niet alleen voor de hulpverlening aan allochtonen relevant, het is te verwachten dat er ook autochtone groeperingen zijn die niet optimaal profiteren van de geboden zorg. Mackenbach en Van der Maas (1987) zien hierin een van de mogelijke verklaringen voor de ongelijkheid in gezondheid tussen personen uit hogere en lagere sociaal-economische strata.

8.4.5 Sociale contacten

In een groot aantal publikaties werd aangetoond dat de aanwezigheid van een hecht sociaal netwerk de lichamelijke en geestelijke stabiliteit kan bevorderen (o.a. Eppink 1987, Koeter-Kemmerling e.a. 1987, Peeters 1983). Shuval (1981) stelt dat sociale steun in de omgeving op twee manieren "bescherm" tegen ziekte. In de eerste plaats wordt een situatie minder snel als problematisch ervaren; in de tweede plaats neemt het "probleemoplossend vermogen" toe.

Bij migranten kan het behoud van een band met mensen in het herkomstland en met leden van de eigen groep in het gastland een negatieve invloed van migratie op gezondheid voorkomen (diverse auteurs in Eppink 1987 en Peeters 1983). Hoewel dit een van de weinige zaken is waarover in de literatuur overeenstemming bestaat is nog onvoldoende bekend waaraan deze sociale netwerken moeten voldoen (wat betreft omvang, intensiteit van contact) om een dergelijke positieve uitwerking te hebben.

Zijn er aanwijzingen dat mogelijkheden tot het onderhouden van onderlinge contacten een rol spelen bij verschillen in ervaren gezondheid tussen Turken in Antwerpen en die in Rotterdam? Helaas beschikken we over weinig informatie op dit terrein. Wel zijn er enkele feitelijk gegevens bekend: Turkse inwoners van Rotterdam hebben even vaak als die in Antwerpen familieleden in de stad wonen (respectievelijk 62 en 63 procent). De frequentie waarmee contact wordt onderhouden met deze familieleden verschilt wel. Meer dan de helft van de Turken uit Antwerpen heeft elke dag contact met familieleden in de stad, in Rotterdam geldt dit voor slechts 22 procent van de respondenten.

Het lijkt waarschijnlijk dat deze verschillen in sociale netwerken vooral van invloed zijn op de ervaren gezondheid (en minder op de gezondheidstoestand). Ook zijn er redenen om aan te nemen dat het onderhouden van sociale contacten juist bij mannen een positief effect zou hebben. Voor Turkse vrouwen (en meisjes) heeft een hecht (Turks) sociaal netwerk ook een keerzijde: de sterke sociale controle en hiermee gepaarde gaande roddel. Deze lijkt door veel Turkse meisjes en vrouwen als belastend te worden ervaren (Risvanoglu e.a. 1986, De Vries 1987).

8.5 Factoren die de maken hebben met de migratie

8.5.1 *De situatie in het land van herkomst*

Turken in Nederland en België hebben niet alleen te maken hebben met de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg, maar ook met die in Turkije. In Turkije komen ziekten voor die in Nederland weinig (meer) voorkomen, bijvoorbeeld tuberculose. Op het platteland, waar veel Turken in Nederland vandaan komen, is de gezondheidszorg beduidend minder goed ontwikkeld dan in Nederland.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat ook bij Turken in Nederland enkele specifieke (import-) ziekten worden aangetroffen die bij Nederlanders nauwelijks meer voorkomen (hoofdstuk 2). Ook waarschuwt Van der Most van Spijk (1985) dat bij Turken in Nederland "restverschijnselen" kunnen voorkomen van een niet adequaat behandelde ziekte in het land van herkomst.

Het gaat hierbij echter vaak om uitzonderingen die vooral voor de klinische praktijk van belang zijn. Voor het verklaren van verschillen in ervaren gezondheid bij de onderzoeksgroepen speelt deze factor vermoedelijk weinig een rol. Zeker verschillen tussen Turken in Antwerpen en Turken in Rotterdam zijn met deze factor niet te verklaren.

Verder hecht Murphy (1977) veel waarde aan de wijze waarop de "primaire socialisatie" in het land van herkomst plaatsvond. De kans op negatieve gevolgen van migratie is groter voor personen die zijn opgegroeid in een omgeving waar groepsnormen (in tegenstelling tot individueel gedrag) een belangrijke

plaats innemen; die bovendien individueel gemigreerd zijn en in een nieuwe samenleving komen waar de oude normen sterk op proef gesteld worden. Het eerste kenmerk is duidelijk van toepassing op Turken in Nederland en België. Aan groepsnormen werd en wordt veel meer belang gehecht dan aan individuele normen. Van "individuele" migratie is zeker geen sprake. Integendeel, vaak zijn mensen uit dezelfde dorpen in Turkije elkaar opgevolgd naar dezelfde steden (en buurten) in West-Europa. Ook hierin weinig verschil dus tussen Turken in Antwerpen en in Rotterdam. Over de mate waarin oude normen op de proef gesteld worden in de nieuwe samenleving kunnen alleen veronderstellingen worden geuit. Hierop wordt later in deze paragraaf verder ingegaan.

8.5.2 De omstandigheden van de migratie

Murphy (1977) beschrijft een tweetal onderzoeken waaruit blijkt dat migranten die tot de migratie gedwongen zijn meer psychosociale en psychiatrische problemen hebben dan migranten die uit eigen vrije keus migreren. Ook Mc Kinlay benadrukt een negatieve invloed van gedwongen migratie op de gezondheid (Mc Kinlay 1975).

In het geval van Turken in Nederland en België lijkt er in eerste instantie sprake van vrijwillige migratie. In veel gevallen was de situatie complexer, en zullen individuen het zeker niet als een volledig vrije keus ervaren hebben. Dit kan zowel gelden voor mannen die door de zeer ongunstige omstandigheden in Turkije en/of door sociale druk ertoe overgehaald werden naar West-Europa te gaan als voor vrouwen en kinderen.

Dit geldt zowel voor Turken in België als voor Turken in Nederland en het is dus niet aannemelijk dat hierin een verklaring schuilt voor verschillen in ervaren gezondheid.

8.5.3 De situatie in het land van ontvangst

a. Verblijfsduur

In verschillende buitenlandse onderzoeken werd gevonden dat de gezondheid van migranten verandert (meestal verbetert) naarmate de verblijfsduur toeneemt (o.a. Eppink 1987, Häffner 1980, Murphy 1982).

Over de richting van het verband worden ook tegenstrijdige gegevens gepubliceerd (o.a. Böker 1977). Dit heeft vermoedelijk ermee te maken dat verblijfsduur vooral in interactie met andere factoren relevant lijkt, bijvoorbeeld de kwestie of de migratie al dan niet als "stress" is beleefd, de wijze van ontvangst in de ontvangende samenleving, de mate waarin gewoonten uit het land van ontvangst worden overgenomen, enzovoorts.

Een lastig probleem bij het interpreteren van een eventueel verband tussen verblijfsduur en gezondheid is ook dat het onduidelijk is wat nu precies de ach-

terliggende factoren zijn die verantwoordelijk zijn voor het verband. Met het toenemen van verblijfsduur neemt de duur van blootstelling aan de nieuwe samenleving toe, maar ook is het aanpassingsproces langer op gang. Bovendien kunnen verschillen in verblijfsduur samenhangen met verschillen binnen de migrantengroepen (Kasl en Berkman 1983).

Uit analyses met de Rotterdamse onderzoeksresultaten bleek geen verband tussen verblijfsduur en gezondheid (bijlage 3.2.).

b. Cultuurovergang

Verschillen in cultuur van het land van herkomst en het ontvangende land kunnen een bron zijn van psychische problemen. Hoe groter het verschil in cultuur des te groter is deze "cultuurschok" (Eppink 1987, Kasl en Berkman 1983, Limburg-Okken 1981, Mak 1983, Spruit 1982). Deze cultuurschok treedt snel na migratie op en neemt af naarmate immigranten beter "accultureren".

In de buitenlandse onderzoeksliteratuur worden tegenstrijdige resultaten beschreven. Vermoedelijk wijst deze tegenstrijdigheid erop dat cultuurverschil alleen niet tot ongezondheid hoeft te leiden (Eppink 1987). Veel hangt waarschijnlijk af van de beleving en de waardering van cultuurverschillen door autochtonen en allochtonen en van de mate waarin deze cultuurverschillen samengaan met verschillen in maatschappelijke status. Ook kan, zoals eerder al werd genoemd, de aanwezigheid van hechte sociale contacten met leden van de eigen etnische groep de cultuurovergang minder "traumatisch" maken.

Lange tijd was het zelfs gebruikelijk om vrijwel alle problemen van migranten toe te schrijven aan de cultuurverschillen tussen migranten en "de" Nederlandse samenleving. Later werden deze gedachten meer genuanceerd en kwam er meer aandacht voor het feit dat zowel binnen migrantengroepen als binnen de Nederlandse samenleving enorme culturele verschillen bestaan. Uit anthropologische literatuur is bovendien voldoende bekend dat cultuur dynamisch is, voortdurend verandert in veranderende omstandigheden en door één persoon in verschillende situaties ook verschillend beleefd kan worden.

Over Turken in Nederland is bekend dat vaak voorafgaand aan de migratie al grote veranderingen zijn opgetreden door de toenemende confrontatie met de "westerse" cultuur en vaak ook de trek van platteland naar stad. Bovendien blijkt voor veel Turkse gezinnen in Nederland de confrontatie met een andere cultuur (althans in het midden van de jaren tachtig) zeker niet per definitie traumatisch te zijn (Risvanoglu e.a. 1986, De Vries 1987).

Deze kanttekeningen zijn vooral bedoeld om aan te geven dat het niet zo zeker is - zoals lang werd aangenomen - dat cultuurverschillen de belangrijkste bron van problemen bij migranten zouden zijn. Ondanks deze kanttekeningen mag niet worden uitgesloten dat de mate waarin cultuurverschillen tussen de "oude" en de "nieuwe" samenleving optreden en dan vooral de mate waarin

deze cultuurverschillen conflicten opleveren van invloed kunnen zijn op het "welbevinden" van migranten.

Een kleine aanwijzing hiervoor wordt ook geleverd door analyses op het Rotterdamse gegevensbestand (Bijlage 3.2.). Hieruit blijkt dat Turkse respondenten die direct uit een dorp naar Nederland zijn gemigreerd in de veertien dagen voorafgaand aan het interview vaker gezondheidsklachten hadden dan respondenten die uit een stad in Turkije naar Nederland vertrokken. Een verband met de ervaren gezondheid werd niet vastgesteld.

Murphy (1977) wijst erop dat de mate waarin oude normen en gedragspatronen in de nieuwe samenleving op de proef worden gesteld van belang is voor de gezondheid van migranten die zijn opgegroeid met sterke groepsnormen. Als hierin een verklaring schuilt voor verschillen in ervaren gezondheid tussen Turken in Rotterdam en Antwerpen dan zouden de oude normen en gewoonten van Turken in Antwerpen minder op de proef gesteld worden dan die in Rotterdam. Zijn er hiervoor aanwijzingen te vinden?

Twee zaken moeten onderscheiden worden. In de eerste plaats de vrijheid die immigrantengroepen hebben om oude gedragspatronen voort te zetten en gewoonten in stand te houden. In de tweede plaats is de omvang van de verschillen tussen oude en nieuwe waarden en normen van belang.

Om te kunnen beoordelen in hoeverre de positie van Turken in Antwerpen en Rotterdam in deze opzichten verschilt ontbreken veel gegevens. Wel wordt enig inzicht in verschillen tussen Vlaanderen en Nederland verschaft in twee "spiegelstudies" die zijn verricht naar de positie van Vlamingen in Nederland en die van Nederlanders in Vlaanderen (Jansen 1988 en Verzijl 1988). In beide projecten werd een literatuurstudie verricht en er werden interviews gehouden met Vlaamse inwoners van Nederland en met Nederlanders in Vlaanderen. Uit beide onderzoeken worden vrijwel dezelfde conclusies getrokken omtrent verschillen tussen de beide landen.

België wordt gekarakteriseerd als een land van "leven en laten leven". Belgen zijn bovendien gedisciplineerder wat in belangrijke mate wordt toegeschreven aan strenge opvoeding thuis en op school. Tegelijkertijd echter zijn alle informanten in de beide onderzoeken het erover eens dat in België volop "gesjoemeld" of "geritseld" wordt met allerlei wetten en maatregelen. "Vlamingen hebben de neiging om tussen de mazen van het net door en buiten de regels om de zaken te arrangeren". In het algemeen wordt aan Vlamingen ook een groter relativiseringsvermogen toegeschreven.

Verder wordt de sterke familieband bij Belgen genoemd. Binnen de hechte familiekring geldt duidelijke sociale controle; ten opzichte van personen die daarbuiten vallen heerst tamelijk grote tolerantie.

Nederland wordt omschreven als een land waar de nadruk ligt op verzorging en het helpen van de zwakken in de samenleving. Liefdadigheidsacties zouden in België nooit zo'n succes kunnen zijn als in Nederland. "Nederland hangt van hulpverlening en sociale wetten aan elkaar". Vooral de bureaucratie, "de papierwinkel" heeft voor de Belgen in Nederland (van wie de meesten een acade-

mische opleiding hadden!) in de eerste periode ook veel problemen opgeleverd.

In tegenstelling tot de tamelijk bescheiden en gedisciplineerde opstelling die Vlamingen eigen zou zijn, wordt aan Nederlanders de eigenschap toegeschreven altijd overal een mening over te hebben en die ook te laten horen. "Een Nederlander loopt al direct met zijn mening en moet alles rondbazuinen en moet ook zijn zegje hebben. In België denkt iedereen het zijne en zwijgt".

Ook Philipsen komt na een vergelijking van de gezondheidszorg in België en Nederland tot dergelijke conclusies (Philipsen 1985). Hij heeft het over de "regelzucht en een sterke individualisering van de samenlevingsverbanden" in Nederland.

De intentie om ieder vrij te laten in het naleven van de eigen culturele waarden is ook in Nederland op papier zeker aanwezig. De toepassing ervan is vaak niet eenvoudig in een samenleving waarin veel aspecten van het dagelijks leven door regels zijn vastgelegd (bijvoorbeeld met betrekking tot ruimtelijke ordening, en ook in de gezondheidszorg). Niet alleen is hierdoor het verschil met de situatie in Turkije groot (waar het dagelijks leven veel minder geregeld is), ook kan het moeilijk zijn om een manier te vinden om oude gedragspatronen voort te zetten zonder hiermee in conflict te komen met de normen en regels van de Nederlandse samenleving.

De situatie in België is anders. Daar lijkt er grotere vrijheid te zijn om "de eigen gang te gaan". Verder komt het "ongeregelde" veel meer overeen met wat men in Turkije gewend was. Ook in enkele andere opzichten lijken er meer overeenkomsten tussen de situatie in Turkse en Belgische gezinnen: meer waarde hechten aan discipline en verder de hechte familiebanden (Kagitçibasi 1988).

Om vast te stellen of deze verschillen tussen de Vlaamse en de Nederlandse samenleving die door Belgische en Nederlandse (hoog opgeleide) respondenten wordenesignaleerd ook door Turkse inwoners van de beide landen worden ervaren is nader onderzoek nodig. Vooralsnog mag niet worden uitgesloten dat deze zaken een rol spelen bij de slechte ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam. Het is ook tamelijk aannemelijk dat dit de gezondheid van mannen het meest zou beïnvloeden. Het zijn veelal de Turkse mannen die buitenshuis de zaken "regelen".

c. De houding van de ontvangende samenleving

Aan de houding van de ontvangende samenleving worden twee belangrijke elementen onderscheiden: in de eerste plaats de houding van "autochtonen" in de directe interactie met Turken; in de tweede plaats de houding van "de overheid" zoals die tot uitdrukking komt in een minderhedenbeleid.

Het is opmerkelijk dat in studies naar de mogelijke samenhang tussen migratie en gezondheid slechts zelden de houding van de ontvangende samenleving wordt genoemd als belangrijke factor. Peeters (1983) besteedt hieraan in zijn

zeer uitgebreide literatuuroverzicht slechts enkele regels. Enkele auteurs veronderstellen dat vreemdelingenhaat en racisme de geestelijke gezondheid negatief beïnvloeden (Burke 1986, Fernando 1986, Friessem 1974). Empirisch materiaal op dit punt lijkt weinig of niet voorhanden te zijn. Toch kan het bijna niet anders of de wijze waarop een nieuwe migrantengroep wordt "ontvangen" in de samenleving is van belang voor het algemeen welbevinden van de individuele immigrant.

De directe omgang met autochtonen zou vooral op de ervaren gezondheid van invloed kunnen zijn. Het lijkt bovendien waarschijnlijk dat deze factor vooral relevant is voor mannen, omdat Turkse mannen meer dan de vrouwen in contact komen met de omringende samenleving.

Er is helaas weinig vergelijkbaar materiaal beschikbaar over de houding van Belgen en Nederlanders ten opzichte van Turken. Het is te verwachten dat juist de dagelijkse omgang op straat, op het werk en in winkels hierbij belangrijk is en juist hierover zijn nauwelijks vergelijkbare gegevens voorhanden. De enige beschikbare indicator voor een "buitenlander-onvriendelijke" houding is het percentage kiezers dat stemt op een politieke partij met een racistisch karakter. Bij de laatste gemeenteraadsverkiezingen in Rotterdam stemde 3,44 procent van de Rotterdamse kiezers op de centrumpartij (Buijs en Rath 1986). In het kiesdistrict Antwerpen was het percentage stemmers op het Vlaams Blok in 1985 met 6,69 procent al aanzienlijk hoger. In 1988 was dit percentage in België gestegen tot 17 procent.

Als er op grond van deze gegevens een conclusie getrokken mag worden over het "klimaat" ten opzichte van Turken in de beide steden, dan zou die conclusie luiden dat in Antwerpen een meer buitenlander-onvriendelijk klimaat heerst dan in Rotterdam. Dit zou echter totaal niet kunnen verklaren waarom de ervaren gezondheid van Turken in Antwerpen juist beter is dan die van de Turken in Rotterdam. Een mogelijke verklaring zou dan nog kunnen zijn dat een negatieve houding van de omringende samenleving de onderlinge netwerken van migrantengroepen versterkt. Dit kan, zoals eerder werd verondersteld, een positief effect hebben op de gezondheid. Voor een dergelijke verklaring bestaan echter weinig concrete aanwijzingen zodat deze vooralsnog een zeer hypothetisch karakter heeft.

In hoofdstuk 11 wordt ingegaan op het Nederlandse minderhedenbeleid. Het zou te ver voeren om ook het Belgische beleid te bespreken; wel kunnen de belangrijkste verschillen worden genoemd. In Nederland wordt het minderhedenbeleid in eerste instantie "getrokken" door de landelijke overheid die op centraal niveau de voorwaarden schept waaraan op lokaal niveau verder vorm gegeven wordt. Hierbij zijn algemene doelstellingen van het minderhedenbeleid geformuleerd die in principe richting geven aan alle verdere activiteiten op dit terrein. Aanvankelijk lag hierbij de nadruk op het welzijn en "de cultuur" van de migranten, inmiddels is de aandacht meer verschoven naar het bevorderen van emancipatie en van gelijke deelname aan maatschappelijke goederen.

In België is het centraal georganiseerd beleid beperkt tot enkele onderwerpen, vooral regelingen met betrekking tot immigratie en de rechtszekerheid van migranten (Entzinger 1984). Andere aspecten van het minderhedenbeleid vallen onder de verantwoordelijkheden van locale en regionale autoriteiten. Uitgangspunten en doelstellingen van het minderhedenbeleid in Vlaanderen komen in grote lijnen overeen met het Nederlands minderhedenbeleid (Entzinger 1984).

Ondanks een overeenkomst in formele doelstellingen lijken er wel verschillen te zijn in de wijze waarop het beleid wordt uitgevoerd. In België hebben beleidsdoelstellingen veel minder geleid tot concrete maatregelen (Hobin en Moulaert 1986).

Als het minderhedenbeleid al enig effect heeft op de gezondheid van Turken, dan zou men op grond van het laatste gegeven toch eerder verwachten dat deze invloed ten gunste van de Turken in Rotterdam zou uitwerken. Dit lijkt niet het geval.

Ook in dit opzicht zouden we voorzichtig de redenering kunnen doorvoeren die in de voorgaande paragrafen geleidelijk werd ontwikkeld. Het Nederlandse minderhedenbeleid zou in die redenering gezien kunnen worden in het verlengde van de Nederlandse "regelarij", de geregulariseerde verzorgingsstaat. We kunnen dan de vraag stellen of hiermee niet de "eigen" oplossingen van Turken zo worden doorbroken dat hiermee een tegengesteld effect wordt bereikt.

In het algemeen zijn er dus wel enige redenen denkbaar waarom de houding van de ontvangende samenleving een rol kan spelen bij de slechtere ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam. Deze verklaringen zijn wellicht nogal "gezocht" en zonder verder onderzoek hiernaar kunnen zij alleen met grote voorzichtigheid worden gehanteerd.

8.6 Opvattingen over oorzaken van ziekte bij respondenten

Bij de bespreking van de verschillende determinanten van gezondheid werd soms al de visie van de respondenten zelf naar voren gebracht. Veel van wat de Turkse en Nederlandse respondenten over de achtergronden van hun gezondheidsklachten naar voren brachten kon echter niet bij de afzonderlijke determinanten worden ondergebracht. Daarom is een aparte paragraaf gewijd aan de opvattingen van respondenten over de oorzaken van hun ziekten.

Kleinman (1980) gebruikt het begrip "verklaringsmodel" om het totaal van opvattingen van individuen of groepen over een bepaalde ziekte-episode aan te duiden. Deze verklaringsmodellen kunnen betrekking hebben op de volgende onderwerpen: ontstaan van de ziekte, begin van de symptomen, fysiologische aspecten, het verloop van de ziekte (ook de ernst en de typering ervan) en de gewenste behandeling. Verklaringsmodellen van "leken" zijn vaak weinig "coherent" en bestrijken soms ook maar een enkele van de bovengenoemde onderwerpen. De achterliggende ideeën kunnen ontleend worden aan verschil-

lende "theoretische modellen" aangevuld met praktijkervaringen. Verklaringsmodellen zijn dus aan verandering onderhevig, en het is te verwachten dat een grote mate van verschillende, nieuwe, praktijkervaringen leidt tot het bijstellen van verklaringsmodellen.

In publikaties van hulpverleners wordt regelmatig gesignaleerd dat migranten andere, "vreemde", opvattingen hebben over de oorzaken van ziekte (Spruit 1984, zie ook hoofdstuk 2). Zo zouden zij geen psychische achtergronden voor ziekte erkennen of psychische klachten alleen zien als een gevolg van lichamelijke aandoeningen (Van der Meer 1984). De reden hiervoor wordt vaak gezocht in de situatie in het land van herkomst.

Veruit de meeste kennis hierover kan worden afgeleid uit antropologisch veldonderzoek in Turkije, Zweden en Duitsland (Borghols en van Haastrecht 1988, Kroeger e.a. 1986, Sachs 1983). Uit deze studies blijkt zeer duidelijk het dynamische karakter van verklaringsmodellen.

"Traditionele" opvattingen in Turkije erkennen twee belangrijke bronnen van ziekte of van ongeluk: "mediated" en "unmediated forces" (Sachs 1983). "Mediated forces" worden veroorzaakt door personen, geesten of boze krachten; "unmediated forces" zijn verschijnselen als hitte, kou, wind, zonlicht, enzovoorts. In beide gevallen gaat het dus om krachten die van buitenaf op een persoon inwerken.

Van Haastrecht (1988) signaleerde ook andere opvattingen over de achtergronden van lichamelijke klachten bij dorpsbewoonsters in Turkije. In de dagelijkse bijeenkomsten van de vrouwelijke bewoonsters van twee Turkse dorpen was gezondheid een zeer belangrijk gespreksthema. Hierbij viel op dat veelvuldig werd geklaagd over hoofdpijn, maagpijn, rugpijn of hartkloppingen. Oorzaken van deze klachten werden door de vrouwen heel vaak gezocht bij ongenoegen over sociale relaties met echtgenoten en kinderen.

In de genoemde onderzoeken worden talloze voorbeelden gegeven van situaties waarin deze traditionele opvattingen al in Turkije (gedeeltelijk) zijn verdrongen op basis van ervaringen met de westerse geneeskunde en een westerse, meer rationele leefwijze in het algemeen. Heel vaak ook worden elementen uit traditionele opvattingen en medisch-biologische denkwijzen beide gehanteerd, afhankelijk van de situatie en de ziekte.

Van Haastrecht signaleert ook dat jongeren kritischer ten opzichte van traditionele denkwijzen staan dan ouderen. Ook bij Turken in Duitsland werd een dergelijk resultaat gevonden (Kroeger e.a. 1986).

De confrontatie met de gezondheidszorg in Zweden (Sachs) en Duitsland (Kroeger e.a.) betekent een intensivering, maar geen fundamentele omslag in veranderingsprocessen die in Turkije reeds in gang gezet waren.

Hoe denken nu de Turkse respondenten uit Rotterdam over oorzaken van ziekte? Zowel in de gestructureerde als in de half-gestructureerde interviews is hiernaar gevraagd.

In de gestructureerde interviews is gevraagd wat de oorzaak is van de klachten die in de veertien dagen voorafgaand aan het interview werden ondervonden. In de half-gestructureerde interviews is meer in het algemeen gesproken over oorzaken van ziekten.

Wanneer de resultaten van de beide interviewrondes worden vergeleken dan valt op dat zowel voor Turkse als Nederlandse respondenten de antwoorden nogal lijken af te hangen van de gehanteerde onderzoeksmethode. In de gestructureerde interviews wordt een groot aantal uiteenlopende redenen genoemd. De belangrijkste hiervan zijn een virus, een chronische ziekte en voor Nederlanders ook psychische factoren (tabel 8.1).

Tabel 8.1.

Oorzaken van klachten van Turken en Nederlanders (als percentage van het totaal aantal klachten)

	TURKEN (N=80)	NEDERLANDERS (N=80)
virus	12	15
ongeval	9	4
vermoeidheid	0	1
psychisch	8	18
klimaat	7	7
chronische ziekte	15	11
arbeidsomstandigheden	7	5
anders	23	19
weet niet	20	19
	100	100
totaal aantal oorzaken	105	99

In de half-gestructureerde interviews noemen vooral de vrouwen van beide nationaliteiten spanningen en zorgen als belangrijkste oorzaak van gezondheidsklachten. Vooral Turkse vrouwen brengen dit vaak zeer expliciet naar voren; de meerderheid is van mening dat spanningen ("verdriet", "teveel denken") de belangrijkste oorzaak van hun gezondheidsklachten zijn.

"Als hij (echtgenoot) gokt dan vind ik dat erg en dan word ik nerveus en dan word ik ziek".

Turkse vrouw

"Mijn vader is overleden en toen kon ik niet huilen en toen is er iets met mijn maag gebeurd".

Turkse vrouw

"Ik moet mijn hoofd rechtzetten en niet zoveel denken....Ik denk aan alles, dat is buiten mijn macht, daarvan wordt ik ziek".

Turkse vrouw

Nederlandse vrouwen spreken meer in algemene termen over een verband tussen lichamelijke gezondheid en overige problemen:

"De meeste grote ziekten komen toch door problemen van mensen, op het werk, of financieel..".

Nederlandse vrouw

"Ik ben ervan overtuigd dat misschien wel 90 procent van de dingen waar je last van hebt terug te voeren zijn op je geest".

Nederlandse vrouw

In de gestructureerde interviews wordt veel minder frequent verwezen naar een psychische achtergronden van klachten (tabel 8.1).

Verder viel in deze gesprekken op dat Turkse vrouwen in het algemeen meer en naar hun eigen mening ernstiger zorgen hebben dan Nederlandse vrouwen. Bijna alle Turkse en Nederlandse vrouwen noemden een of meerdere zaken in hun leven waarover zij zich regelmatig zorgen maken. Nederlandse vrouwen leken echter minder gebukt te gaan onder de problemen, vaak noemden zij deze problemen zelf "niet zo erg". Turkse vrouwen hebben meestal méér problemen en de problemen lijken meer dan bij Nederlandse vrouwen hun leven te beheersen.

Onderwerpen waarover de Turkse vrouwen zich zorgen maken zijn vooral problemen rond familieleden in Turkije, relatieproblemen binnen het gezin en financiële problemen. Ook de eigen gezondheid wordt door veel vrouwen genoemd als iets waarover zij zich veel zorgen maken.

Alle Nederlandse en enkele Turkse mannen noemen werk (zwaar/onregelmatig) als oorzaak van klachten. Verder worden door Turkse mannen genoemd klimaat (3x), leeftijd (2x), leefwijze (4x) en eenmaal ook spanningen. Dit laatste wordt ook door de helft van de Nederlandse mannen genoemd.

"Af en toe voel ik me teveel. Iedereen werkt en jij niet; ik heb wel eens het idee dat je erop aangekeken wordt. En dat slaat dan bij mij direct weer terug op mijn gezondheid."

Nederlandse man

Ongeveer de helft van de Turkse mannen en vrouwen meent dat hun gezondheid in Turkije beter zou worden. Verder noemen vrouwen vooral veranderingen in hun situatie (relatie met echtgenoot, ander huis, enz) terwijl de Turkse mannen verbetering van de gezondheid verwachten door het opvolgen van de voorschriften van artsen.

"Ik moet luisteren naar wat artsen zeggen en hun adviezen blijven opvolgen en tabletten blijven slikken".

Turkse man

De helft van de Nederlandse mannen denkt dat hun gezondheid niet kan verbeteren. Nederlandse vrouwen denken dat verbetering van hun gezondheid bereikt kan worden door stoppen met roken (2x), minder eten, ander werk, ander huis, meer sporten.

8.7 Alternatieve verklaringen

Tot nog toe werd steeds gezocht naar verklaringen voor de slechte ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam. Alvorens dit hoofdstuk af te sluiten met enkele samenvattende opmerkingen over determinanten van gezondheid kunnen twee "alternatieve" verklaringen worden geformuleerd (en vervolgens weer verworpen).

1. In hoofdstuk 5 waarin de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoeksmateriaal centraal stond werd al geconcludeerd dat ten aanzien van de validiteit wel alle mogelijke voorzorgsmaatregelen genomen kunnen worden (en ook zijn genomen) maar dat over één bron van invaliditeit moeilijk informatie verkregen kan worden. Het gaat dan om de invloed van "cultuur" bij het beantwoorden van de vragen, en dan juist bij die vragen waar het gaat om zeer subjectieve aspecten als de ervaren gezondheid. Er bestaan in medisch-anthropologische literatuur diverse voorbeelden van zeer cultuur bepaalde reacties op ervaren ongemak (o.a. Zola 1966).

Kan de slechte ervaren gezondheid van Turkse inwoners van Rotterdam verklaard worden doordat het "klagen" over de eigen gezondheid in de Turkse cultuur meer geaccepteerd is? Uitgesloten kan deze verklaring niet; maar zeer waarschijnlijk is zij ook niet. Als de antwoorden op de vragen naar ervaren gezondheid in sterke mate cultuurbepaald zijn dan zou men bij Turken in Antwerpen hetzelfde resultaat verwachten.

2. Een verklaring van verschillen tussen de gezondheid van Turken in Antwerpen en Rotterdam zou ook gezocht kunnen worden in een selectief beleid ten aanzien van zieken waardoor het waarschijnlijker wordt dat in een van beide landen juist veel zieken of gezonden zullen voorkomen (bijvoorbeeld vanwege een "healthy workers effect"). Dit zou kunnen optreden als in een van beide landen een beleid wordt gevoerd waardoor zieke of arbeidsongeschikte

Turken het land eerder verlaten. Dit kan ofwel door het scheppen van mogelijkheden voor terugkeer naar Turkije, ofwel door het beperken van de mogelijkheden in België/Nederland.

In beide landen zijn de remigratie voorwaarden voor de leeftijdsgroep waarin de meeste respondenten vallen tamelijk onaantrekkelijk. Weliswaar zijn er in Nederland sinds enkele jaren mogelijkheden voor oudere migranten om met behoud van uitkering terug te keren naar het land van herkomst; deze regeling was echter op het moment van gegevens-verzameling nog maar net in werking.

Gegevens over feitelijke remigratie zijn in België niet of zeer moeilijk verkrijgbaar. In Nederland gaat het om een zeer beperkt verschijnsel. Al met al zijn er weinig aanwijzingen om hierin een verklaring te zoeken voor verschillen in ervaren gezondheid.

8.8 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk werd een antwoord gezocht op de vraag waarom de ervaren gezondheid van Turkse respondenten (vooral de mannen) in Rotterdam slechter is dan die van Turkse inwoners van Antwerpen en Nederlandse inwoners van Rotterdam. Determinanten van gezondheid werden daartoe ingedeeld in individuele kenmerken, omgevingskenmerken en factoren die te maken hebben met de migratie.

Van de genoemde individuele kenmerken blijft eigenlijk alleen sociaal-economische status over als een factor die mogelijk een rol kan spelen bij de verschillen in ervaren gezondheid.

Hoewel bij de samenstelling van de onderzoeksgroepen zoveel mogelijk is getracht te voorkomen dat er verschillen in sociaal-economische status zouden bestaan was het toch niet te vermijden dat de Turkse respondenten een lager opleidings- en beroepsniveau hebben dan de Nederlandse respondenten. Het is bovendien denkbaar dat de lage sociaal-economische status voor Turken meer problemen oplevert. Positieve verbetering was immers juist het doel van de migratie. Het feit dat de Turken in Antwerpen tot dezelfde sociaal-economische klasse behoren als Turken in Rotterdam maakt deze verklaring iets minder waarschijnlijk. Hun ervaren gezondheid is gelijk aan die van de Nederlanders. Wel lijkt het erop dat de Turken in Antwerpen meer financiële armoede hebben. Ook de huisvestingssituatie van Turken in Rotterdam is ongunstiger dan zowel die van Turken in Antwerpen als Nederlanders in Rotterdam.

Verschillen in ervaren gezondheid tussen Turken en Nederlanders in Rotterdam kunnen ook te maken hebben met bijzondere gezondheidsrisico's die de migratie of het leven als migrant met zich meebrengen. Als dit het geval is dan is het merkwaardig dat deze gezondheidsrisico's kennelijk geen negatief effect hebben op de ervaren gezondheid van Turken in Antwerpen. Hiervoor zijn wel enige mogelijke verklaringen aan te voeren; deze verklaringen dragen echter vooral een hypothetisch karakter.

Zijn er aanwijzingen dat de migratie of de gevolgen ervan gepaard gaan met bijzondere gezondheidsrisico's? Heel duidelijk is dit het geval voor wat betreft de gevolgen van de relatief slechte gezondheidszorg in Turkije. Hierdoor komen enkele specifieke ziekten vaker voor bij Turken dan bij Nederlanders. Voor de onderzoeksresultaten op het gebied van ervaren gezondheid is dit waarschijnlijk geen goede verklaring.

Een relevante "risicofactor" ligt vermoedelijk wel in de overgang naar een andere cultuur. Hierbij zijn twee zaken van belang. In de eerste plaats de mate waarin het mogelijk is om in de nieuwe samenleving voor zover men dat wenst de "oude" gedragspatronen voort te zetten. In de tweede plaats de mate waarin de "nieuwe" samenleving verschilt van de oude. In beide opzichten lijkt de situatie van Turken in Antwerpen gunstiger te zijn dan die van Turken in Rotterdam. Dit verschil wordt vooral veroorzaakt door het feit dat de Nederlandse samenleving veel strakker dan de Belgische (althans de Vlaamse) georganiseerd is en meer bepaald is door "regels".

Verder valt op dat de Turken in Antwerpen veel frequenter onderling contact hebben dan de Turken in Rotterdam. In de literatuur over de gezondheid van migranten wordt aan deze factor veel gewicht toegekend. Hechte sociale contacten zouden een "buffer" vormen tegen negatieve effecten van migratie op de gezondheid.

Ook ervaringen van discriminatie kunnen een extra bedreiging vormen voor de ervaren gezondheid van Turkse respondenten. Of er hierin verschil is tussen de Antwerpse en de Rotterdamse Turken is niet bekend. "Objectieve" indicatoren (het percentage stemmers op een buitenlanderonvriendelijke partij) wijzen erop dat in Antwerpen meer sprake zou zijn van discriminatie. Op grond hiervan kan de betere ervaren gezondheid van Turken in Antwerpen dus niet verklaard worden.

Turkse en Nederlandse respondenten uit Rotterdam hebben ongeveer dezelfde ideeën over de achtergronden van hun gezondheidsklachten. Turkse en Nederlandse vrouwen schrijven hun slechte gezondheid vooral toe aan zorgen. Bij de Turkse vrouwen valt verder de cumulatie van problemen op. Sommige van deze problemen hebben duidelijk te maken met het migrantenbestaan: heimwee naar of bezorgdheid om familieleden in Turkije. De Turkse en de Nederlandse mannen noemen zwaar of onregelmatig werk als belangrijkste oorzaak van hun gezondheidsklachten.

IX Ziektegedrag van Turken en Nederlanders

9.1 Inleiding

Volgens de definitie die in hoofdstuk 1 is gegeven, wordt onder ziektegedrag verstaan: alles wat mensen doen bij klachten of ziekte. Dit kan zijn naar de dokter gaan; maar ook het op eigen initiatief gebruiken van medicijnen, het vragen van advies aan anderen, rust nemen of thuis blijven van werk of school zijn vormen van ziektegedrag. Deze verschillende vormen van ziektegedrag kunnen natuurlijk ook gelijktijdig bij één persoon voorkomen.

In de gestructureerde interviews is over deze verschillende aspecten van ziektegedrag informatie verzameld. In de eerste plaats werd aan alle respondenten die in de periode van veertien dagen voorafgaand aan het interview aandoeningen hadden gerapporteerd, gevraagd wat ze bij elke klacht gedaan hadden. Verder werd "gericht" gevraagd naar een aantal vormen van ziektegedrag: verzuim van school of werk, gebruik van voorzieningen in de eerste lijn (onder andere de huisarts) en van specialisten, ziekenhuisbezoek, medicijngebruik en het gebruik van Turkse voorzieningen.

In dit hoofdstuk wordt het ziektegedrag van Turkse inwoners van Rotterdam vergeleken met dat van Nederlandse Rotterdammers en, voor zover mogelijk, Turkse inwoners van Antwerpen.

9.2 Het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam

9.2.1 Ziektegedrag in de twee weken voorafgaand aan het interview

Eenenveertig procent van de Turkse en de Nederlandse respondenten had in de twee weken voor het interview één of meer gezondheidsklachten. Van deze respondenten is bekend wat zij ondernamen na het optreden van de betreffende ziekte.

Turkse respondenten raadpleegden voor bijna al deze aandoeningen een arts; bij de Nederlandse respondenten kwam dit veel minder voor (tabel 9.1.). Nederlanders doen vaker zelf iets om de ziekte te verhelpen (bijvoorbeeld medicijngebruik, wijzigen van voedingspatroon of rust nemen). Ook komt het bij Nederlanders vaker voor dat zij niets doen.

Turkse vrouwen raadpleegden vaker de arts dan Turkse mannen (in respectievelijk 85 en 71 procent van alle aandoeningen). Bij Nederlanders is het eerder andersom. Ook de leeftijd is van invloed op dit ziektegedrag: Turkse en Nederlandse 16- tot 24-jarigen gaan bij een klacht relatief zelden naar een arts (bijlage 9.1. en 9.2.).

Tabel 9.1.

Ziektegedrag in de afgelopen veertien dagen bij Turken en Nederlanders als percentage van het totaal aantal gedragingen

	TURKEN (N=94)	NEDERLANDERS (N=88)
professionele medische zorg	78	31
zelfzorg	9	26
anders	2	12
meerdere	5	9
niets	7	22
	100	100
Aantal gedragingen	129	109

$$\chi^2 = 52,68; df = 4; p = 0,00$$

9.2.2 Gebruik van eerstelijns voorzieningen

a. De huisarts

Op een heel enkele uitzondering na hebben alle Turkse en Nederlandse respondenten heeft vaste huisarts. Een derde van de Turkse en vijftien procent van de Nederlandse respondenten is via het ziekenfonds aan de naam van deze huisarts gekomen; de anderen zijn bij de keuze van de huisarts afgegaan op adviezen van familie en bekenden, of hebben zelf een huisarts gevonden.

Aanzienlijk meer Turken dan Nederlanders hebben in de afgelopen drie maanden contact gehad met de huisarts; Turken bezochten bovendien vaker de huisarts (tabel 9.2.).

Aan alle respondenten die in de afgelopen drie maanden niet bij de huisarts zijn geweest is gevraagd wanneer zij voor het laatst bij de huisarts waren. Deze tijdsperiode is voor Turken en Nederlanders ongeveer gelijk; bij ruim de helft van deze groep vond het laatste bezoek aan de huisarts niet langer dan een jaar geleden plaats.

Bij Turkse en Nederlandse respondenten blijken er verschillen te bestaan tussen de frequentie van huisartsbezoek door mannen en door vrouwen: vrouwen gaan vaker naar de huisarts dan mannen (bijlage 9.3.). Op grond van deze gegevens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat, zoals wel wordt verondersteld, Turkse vrouwen minder in staat zouden zijn om de huisarts te bezoeken (omdat zij het huis niet uit zouden mogen, geen mannelijke arts zouden mogen bezoeken, enzovoorts). Integendeel, de Turkse vrouwen uit dit onderzoek brachten vaker

dan de Turkse mannen (en vaker dan de Nederlandse vrouwen) uit dit onderzoek een bezoek aan de huisarts. Over de keuze van de huisarts (man/vrouw) werd in dit onderzoek verder geen informatie verzameld.

De reden voor het laatste contact met de huisarts was in de meeste gevallen een klacht (89 procent van de Turken en 73 procent van de Nederlanders). Bij dertien procent van de Nederlandse en vier procent van de Turkse respondenten had het laatste bezoek betrekking op aanvraag van of controle voor anticonceptie; in overige gevallen werden het verkrijgen van een herhalingsrecept, inenting, het halen van een verwijsbrief en controle genoemd.

Tabel 9.2.

Aantal contacten met de huisarts in de drie maanden voorafgaand aan het interview in percentages

	TURKEN (N=224)*	NEDERLANDERS (N=221)
geen	40	53
1 x	23	26
2 - 3 x	23	15
4 - 5 x	8	2
6 x of meer	5	3
onbekend	2	1
	100	100

Kendall's tau $b = -0,16$; $p = 0,00$.

*In deze tabel zijn de gegevens van één Turkse interviewer buiten beschouwing gelaten. Op deze variabele bleken de antwoorden van deze interviewer te zeer af te wijken van de andere interviewers (hoofdstuk 5).

b. De tandarts

Ruim een kwart van alle Turkse respondenten is nog nooit bij een tandarts geweest (26 procent), bij Nederlanders komt dit weinig voor (vier procent van de respondenten). Er is weinig verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het al dan niet bezocht hebben van een tandarts; wel is er bij de Turken een verband tussen leeftijd en tandartsbezoek. Respondenten uit de jongste leeftijdsgroep zijn het minst naar een tandarts is geweest (bijlage 9.4.).

Bij vijfenvijftig procent van de Turken die wel eens naar een tandarts zijn geweest was het laatste bezoek langer dan zes maanden geleden; bij Nederlanders geldt dit voor veertig procent van de respondenten.

De reden voor het laatste bezoek aan de tandarts is voor Turken meestal acute last (kiespijn), terwijl Nederlanders zich meer houden aan de periodieke controle die door tandartsen algemeen wordt aanbevolen (tabel 9.3.). Met deze kennis is het ook te begrijpen dat jonge Turkse respondenten minder vaak

naar een tandarts zijn geweest dan oudere. Gezien hun jonge leeftijd is het waarschijnlijk dat zij minder last van hun gebit gehad hebben; bovendien hebben zij minder "kans" gehad kiespijn te krijgen.

Tabel 9.3.

Reden voor het laatste bezoek aan de tandarts van Turkse en Nederlandse respondenten in percentages

	TURKEN (N=180)	NEDERLANDERS (N=212)
acute pijn	51	9
periodiek onderzoek	25	59
behandeling na onderzoek	3	8
anders	14	25
onbekend	6	0
	100	100

$\chi^2=97,59$; $df=3$; $p=0,00$.

c. Overige instellingen voor eerstelijnsgezondheidszorg

Van een aantal eerstelijnsvoorzieningen werd nagegaan of respondenten hiervan in het afgelopen jaar gebruik gemaakt hebben. De resultaten zijn af te lezen uit tabel 9.4.

Nederlanders maken meer gebruik van gezinszorg, de diensten van de kruisverenigingen en van kraamzorg; Turken doen wat vaker een beroep op de wijkverpleging.

Aan alle respondenten die een of meer kinderen van vier jaar of jonger hadden werd ook gevraagd of zij of hun partner in het afgelopen jaar met het kind een consultatiebureau bezochten. 79 Procent van de Turkse en 95 procent van de Nederlandse ouders beantwoordde deze vraag bevestigend. Bij de Turkse vrouwen lag dit percentage hoger dan bij de Turkse mannen (respectievelijk 84 en 71 procent); bij de Nederlanders waren er nauwelijks geslachtsverschillen. Het verschil tussen de antwoorden van mannen en vrouwen kan ermee te maken hebben dat mannen niet altijd op de hoogte zijn van het feit dat hun echtgenotes wel een consultatiebureau bezoeken..

Tabel 9.4.

Percentage Turkse en Nederlandse respondenten dat in het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van een van deze diensten

	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS (N=221)	p-waarde
gezinszorg	1	5	0,03
wijkverpleging	8	5	0,16
uitleen verpleegartikelen via kruisvereniging	2	5	0,05

Het is niet mogelijk om onderscheid te maken tussen het bezoek aan zuigelingen- en kleuterbureaus omdat de exacte leeftijd van de kinderen niet werd genoteerd.

Het consultatiebureaubezoek ligt bij de Turken dus iets lager dan bij de Nederlandse respondenten. Dit is niet helemaal in overeenstemming met resultaten van ander onderzoek, waaruit ook bleek dat de participatie van migranten aan de jeugdgezondheidszorg zeker niet achterblijft bij die van de autochtonen (Gründemann, 1985).

9.2.3 Medisch specialisten

In tegenstelling tot de voorzieningen in de eerste lijn gaat het hier om een voorziening die alleen na doorverwijzing door de huisarts bezocht kan worden. Het initiatief ligt hierbij dus niet alleen bij de patiënt.

In een periode van een jaar voor het interview is 47 procent van de Turkse en 41 procent van de Nederlandse respondenten tenminste eenmaal naar een specialist geweest. Mannen bezoeken ongeveer even vaak een specialist als vrouwen. Verder doet zich bij de Turkse respondenten weer een leeftijdsverschil voor, ouderen gaan vaker naar een specialist dan jongeren (bijlagen 9.5. en 9.6.).

De specialist die door Turken en Nederlanders het meest werd bezocht is de gynaecoloog, verder gaan Turken relatief vaak naar een internist (tabel 9.5.).

De respondenten die in het afgelopen jaar een specialist bezochten legden gemiddeld 4,9 bezoeken af. Dit gemiddelde ligt bij de Nederlanders iets hoger (5,6 bij Nederlanders; 4,4 bij Turken, bijlage 9.7.).

In bijna tweederde van alle contacten met de specialist was een klacht de reden van het bezoek; in de overige gevallen ging het meestal om controlebezoeken.

Tabel 9.5.

Percentage respondenten dat in het jaar voor het interview de betreffende specialist bezocht

	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS (N=221)
gynaecoloog	10	11
internist	10	4
maag/darmarts	4	3
oogarts	1	6
chirurg	3	4
huidarts	2	6
neuroloog	2	5

9.2.4 Het ziekenhuis

Vijftien procent van de Turken en elf procent van de Nederlanders was in het jaar voor het interview tenminste één nacht opgenomen in het ziekenhuis. In veel gevallen was de reden voor opname een bevalling. Wanneer we verder deze opnames voor bevalling buiten beschouwing laten is het opname-percentage bij Turken 10, en bij Nederlanders 6 procent. Bij beide nationaliteiten zijn mannen even vaak opgenomen als vrouwen. Bij de Nederlanders is er ook geen verband tussen leeftijd en opname in het ziekenhuis. Bij de Turkse respondenten geldt weer dat respondenten uit de jongste leeftijdsgroep aanzienlijk minder in het ziekenhuis lagen (3 procent).

Voor die respondenten die om andere redenen dan een bevalling opgenomen waren in het ziekenhuis, geldt dat de Turken gemiddeld langer in het ziekenhuis lagen. In die groep was de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis voor Turken 13,4 en voor Nederlanders 7,4 dagen.

9.2.5 Geneesmiddelen

In de literatuur over de gezondheid van migranten wordt vaak gesteld dat migranten een grote voorliefde zouden hebben voor het gebruik van geneesmiddelen. Deze veronderstellingen worden zelden ondersteund door feitelijke gegevens hierover.

In dit onderzoek is een lijst met (groepen van) medicijnen gebruikt die werd voorgelezen. Respondenten vermeldde welke medicijnen zij in het verleden wel eens gebruikt hadden, of dit op doktersrecept was of niet, en of het betreffende medicijn ook in de afgelopen drie maanden werd gebruikt. Hierdoor kan uiteraard geen informatie worden verkregen over de frequentie waarmee de verschillende medicijnen worden gebruikt.

In het algemeen doen zich geen grote verschillen voor tussen het gebruik van een geneesmiddel door Turken en Nederlanders. Turken slikten in de afgelopen drie maanden wel vaker pijn- en koortswerende middelen, middelen tegen infecties en griep en medicijnen tegen reuma. Dit laatste sluit volledig aan bij het gegeven dat Turkse respondenten veel vaker last hebben van reumatische aandoeningen (hoofdstuk 6).

Turken en Nederlanders gebruikten de meeste medicijnen op doktersadvies. Voor de meeste medicijnen geldt dat tussen de 85 en de 100 procent van alle gebruikers meedeelde dit op doktersadvies te doen. Uitzonderingen hierop vormen het gebruik van pijn- en koortswerende middelen (meestal aspirine) en, alleen voor Nederlanders, laxermiddelen. Minder dan de helft van de Nederlanders gebruikte deze medicijnen op doktersadvies.

Tabel 9.6.

Percentage respondenten dat in de drie maanden voor het interview een bepaald geneesmiddel heeft gebruikt

	TURKEN (N = 248)	NEDER- LANDERS (N = 221)	p-waarde
pijn en koortswerende middelen	54	41	0,01
middelen tegen infecties, griep e.d.	28	17	0,00
versterkende middelen	9	13	0,14
middelen voor hart, bloedvaten, bloeddruk	4	6	0,37
plaspillen	4	2	0,24
laxermiddelen	1	3	0,16*)
medicijn voor maag- en darm- klachten	12	7	0,14
slaap en kalmeringsmiddelen	5	5	1,00
antibiotica	8	5	0,24
medicijnen voor de huid	14	12	0,66
middelen tegen reuma en gewrichtspijn	12	3	0,00
middelen tegen allergie	4	3	0,76
medicijnen tegen astma	5	2	0,16

* getoetst m.b.v. Fisher exact toets

9.2.6 "Traditionele" en "alternatieve" genezers

Zowel voor Turkse als voor Nederlandse respondenten werd een lijstje met alternatieve of traditionele genezers voorgelezen. Vijf procent van de Turkse en vijf procent van de Nederlandse respondenten had in het afgelopen jaar ten minste één genezer uit de lijst bezocht. In tabel 9.7. zijn de resultaten weergegeven.

Vrijwel altijd vond het bezoek aan een "traditionele genezer" in Turkije plaats.

Naast de in tabel 9.7. genoemde genezers roemen de Turkse respondenten vaak ook de heilzame werking van de Turkse warmwaterbaden. Het bezoek aan dergelijke baden wordt niet tot de "traditionele genezing" gerekend aangezien er geen sprake is van een genezer, maar van een "therapie" die ook zonder enige begeleiding kan worden genoten. Het gaat hier bovendien om een therapie die niet echt berust op specifieke traditionele principes, zoals de andere in dit rijtje genoemde.

Wanneer we de warmwaterbaden buiten beschouwing laten dan is er weinig verschil tussen het bezoek van andere dan "westerse" genezers van Turken en Nederlanders.

Tabel 9.7.

Percentage Turkse en Nederlandse respondenten dat in het afgelopen jaar een traditionele of alternatieve genezer heeft bezocht

TURKEN		NEDERLANDERS	
okutma/hoça	2	homeopathische arts	1
türbe	1	acupuncturist	1
camur banyolari	2	natuurgenezer	0
cikikci	0	manuele therapeut	1
anders	0	magnetiseur/strijker	1
		anders	1

Korte uitleg van Turkse genezers:

<i>okutma/hoça</i>	- op Islam gebaseerde geneeswijze
<i>türbe</i>	- bezoek aan begraafplaats van "heiligen"
<i>camur banyolari</i>	- modderbaden
<i>cikikci</i>	- genezing bij ontwrichtingen

Op basis van deze resultaten lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat het bezoeken van traditionele genezers bij Turken in Nederland geen veel voorkomende

vorm van ziektegedrag is. Grote voorzichtigheid bij een dergelijke conclusie is echter gewenst.

Het gebruik maken van de diensten van een traditionele genezer hoeft niet gepaard te gaan met een bezoek. Sachs (1983) beschrijft enkele voorbeelden van situaties waarin Turkse vrouwen in Zweden amuletten lieten opsturen die door familieleden in Turkije bij de hoca gehaald waren.

Verder constateerde van Haastrecht (1988) dat Turkse vrouwen in Turkije dergelijke traditionele genezers vaak niet als zodanig benoemden. In kleine dorpen zijn deze genezers vaak bekende personen die naast hun functie als genezer ook andere sociale rollen vervullen. Het bezoek aan zo'n genezer wordt niet beschouwd als een stap naar een officiële deskundige, maar meer als het raadplegen van een oude bekende.

Tenslotte is het belangrijk om te beseffen dat traditionele genezers in Turkije bij de wet verboden zijn. Hoewel zij ondanks dit verbod in Turkije in vrijwel elk dorp te vinden zijn (o.a. Taylor e.a. 1968) is het niet uitgesloten dat er toch een zekere "terughoudendheid" bestaat om hierover vrijuit te praten.

Het was in dit onderzoek niet mogelijk om uitgebreid in te gaan op de beweegredenen van de respondenten die heil zochten bij een traditionele genezer. Sommige auteurs zijn van mening dat het bezoek aan traditionele genezers vaak op "principiële" gronden berust: mensen zoeken een genezer die dezelfde opvattingen heeft over het ontstaan en de genezing van ziekte als zichzelf (onder andere Sachs 1983). Andere onderzoekers beweren dat vooral pragmatische factoren (bereikbaarheid, kosten, ervaringen van anderen) de keus voor een westerse of traditionele genezer bepalen (Foster en Anderson 1987, Kroeger en anderen, 1986).

Uit de resultaten van het Rotterdamse onderzoek blijkt dat diegenen die in het afgelopen jaar een traditionele genezer bezochten, in de laatste drie maanden voor het interview ook vaker de huisarts consulteerden dan respondenten die geen traditionele genezer bezochten.

Cassee (1972) vond een dergelijke sterke samenhang tussen het bezoek aan "alternatieve" en "officiële" genezers ook bij autochtonen.

Dit gegeven lijkt een ondersteuning voor de veronderstelling dat er weinig principiële overwegingen een rol spelen bij het bezoeken van een traditionele genezer.

9.2.7 Gebruik van Turkse voorzieningen

Hebben Nederlanders eigenlijk uitsluitend de mogelijkheid gebruik te maken van voorzieningen die in Nederland aanwezig zijn, Turken hebben een "extra" alternatief, zij kunnen ook gebruik maken van voorzieningen in Turkije. Als zij dit doen voor een klacht die tijdens een verblijf in Turkije acuut wordt, dan vergoedt het Nederlandse ziekenfonds de kosten. Voorwaarde hiervoor is wel

dat de behandeling geschiedt in een van de ziekenhuizen van de "SSK", een Turkse verzekeringsorganisatie met eigen ziekenhuizen door het hele land. Bezoekt men echter zonder toestemming van het ziekenfonds een Turkse arts voor een klacht waarvoor men ook in Nederland reeds in behandeling is, dan gebeurt dit (in principe) op eigen kosten.

Ruim een vijfde (22procent) van alle Turkse respondenten heeft in het afgelopen jaar in Turkije een arts bezocht. Meestal ging het dan om een klacht waarvoor men ook reeds in Nederland een arts had geraadpleegd.

In meer dan de helft van de gevallen was de reden voor het bezoek aan de Turkse arts dat tijdens de vakantie in Turkije last werd ondervonden van een kwaal. Anderen wilden het "daar ook maar eens proberen", of kozen doelbewust voor een arts die de eigen taal spreekt. Het is overigens heel goed mogelijk dat deze laatste argumenten ook een rol spelen bij de respondenten die zeiden voor een acute klacht tijdens de vakantie de Turkse arts te hebben opgezocht. De voorwaarden voor vergoeding door het ziekenfonds kunnen van invloed zijn op de opgegeven redenen. Tien procent van alle Turkse respondenten heeft in de afgelopen drie maanden medicijnen gebruikt die uit Turkije zijn meegenomen.

9.2.8 Verzuim wegens ziekte

Aan de respondenten is de vraag voorgelegd of zij in de drie maanden voor het interview één of meerdere dagen wegens ziekte een deel van hun dagelijkse werk niet konden verrichten. Op deze vraag antwoordde ruim een derde van alle respondenten bevestigend. Er is hierbij geen noemenswaardig verschil tussen Turken en Nederlanders (respectievelijk 35 en 36 procent).

Het komt bij mannen vaker dan bij vrouwen voor dat zij wegens ziekte hun werk niet kunnen doen. Ook bij uitsplitsing naar geslacht zijn verschillen tussen Turken en Nederlanders gering. Bij 41 procent van de Turkse, en 43 procent van de Nederlandse mannen is het in de afgelopen drie maanden wel eens voorgekomen dat zij door ziekte niet al het gebruikelijke werk konden doen; bij de vrouwen liggen deze percentages op respectievelijk 26 en 29 procent. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn bij Turkse respondenten statistisch significant (bijlage 9.8.).

Bij de Turken is ook leeftijd van invloed op de beantwoording van deze vraag; ouderen zijn vaker door ziekte niet in staat hun werk te doen dan jongeren (bijlage 9.9).

Van diegenen die in de afgelopen drie maanden door ziekte niet al het gebruikelijke werk konden doen heeft ruim de helft één of meer dagen in bed gelegen. Ook dit kwam bij Turkse en de Nederlandse respondenten even vaak voor.

Hoewel het aantal respondenten dat door ziekte gehandicapt wordt bij Turken en bij Nederlanders gelijk is, zijn er wel duidelijke verschillen in de duur van

de ziekte. Turken zijn gedurende een langere periode niet in staat het gewone werk te doen, en ook zijn zij meer dagen door de ziekte aan bed gekluisterd (zie bijlage 9.10.).

9.3 Het ziektegedrag van Turkse inwoners van Rotterdam en Antwerpen vergeleken

9.3.1 Ziektegedrag in de twee weken voorafgaand aan het interview

Uit onderstaande tabel blijkt overduidelijk dat de respondenten in Rotterdam bij een klacht veel vaker professionele hulp zoeken. Turken uit Antwerpen proberen meestal om zelf een oplossing te zoeken, dit blijkt voor tweederde zelfmedicatie te zijn.

Tabel 9.8.

Ziektegedrag in de afgelopen veertien dagen bij Turkse inwoners van Rotterdam en Antwerpen als percentage van het totaal aantal gedragingen

	ANTWERPEN (N=100)	ROTTERDAM (N=85)
professionele medische zorg	29	79
zelfzorg	69	10
anders of meerdere	2	5
niets	0	6
	100	100
aantal gedragingen	157	116

$$\chi^2 = 97,58; df=3; p=0,00$$

9.3.2 Bezoek aan de huisarts

Aan alle respondenten in de beide landen is gevraagd wanneer zij voor het laatst voor zichzelf contact gehad hebben met de huisarts. In tabel 9.9. zijn de resultaten weergegeven.

Ook uit deze gegevens komt naar voren dat Turken in Rotterdam beduidend vaker de huisarts bezoeken dan Turken in Antwerpen.

Tabel 9.9.

Aantal contacten met de huisarts in de drie maanden voorafgaand aan het interview in percentages

	ANTWERPEN (N=244)	ROTTERDAM (N=215)
geen	69	35
1 x	13	25
2 - 3 x	15	24
4 en meer	2	16
	100	100

$$\chi^2 = 52.56; df=2; p=0,00$$

9.3.3 Bezoek aan de tandarts

Tachtig procent van de Antwerpse en 75 procent van de Rotterdamse Turken heeft wel eens een bezoek gebracht aan de tandarts. In Antwerpen kwam het veel vaker voor dat het laatste bezoek aan de tandarts langer dan een half jaar geleden plaatsvond (respectievelijk 77 en 53 procent van de respondenten). Hieruit kan worden geconcludeerd dat de Turken in Rotterdam frequenter een tandarts bezoeken dan de Turken in Antwerpen.

9.3.4 Raadpleging van medisch specialisten

In tabel 9.10 is weergegeven welk percentage van de respondenten in het afgelopen jaar een specialist voor zichzelf heeft geraadpleegd. In België gaat het hier zowel om raadpleging op eigen initiatief als na verwijzing door de huisarts, in Nederland kan de specialist door ziekenfondsverzekerden alleen na doorverwijzing door de huisarts worden bezocht.

Rotterdamse Turken blijken niet alleen vaker bij de huisarts te komen, ook de specialist bezoeken zij vaker dan de Turken in Antwerpen.

De meeste Turken die een specialist raadpleegden deden dit slechts eenmaal. Het percentage respondenten dat twee of meer specialisten raadpleegden was in Antwerpen 9 procent en in Rotterdam 7 procent.

Zowel in Antwerpen als in Rotterdam werd gevonden dat de meest geraadpleegde specialisten de gynaecoloog en de internist zijn.

Tabel 9.10.

Percentage respondentent die in het jaar voorafgaand aan het interview een specialist raadpleegden (voor zichzelf)

	ANTWERPEN (N=244)	ROTTERDAM (N=218)
specialist bezocht	27	48
geen specialist bezocht	73	52
	100	100

$$\chi^2 = 21.12; df = 1; p = 0,00$$

9.3.5 Ziekenhuisopname

Aan alle respondenten is gevraagd of zij in het jaar voor het interview een of meer nachten in het ziekenhuis hebben gelegen. Dit was het geval bij 20 procent van de Antwerpse en 17 procent van de Rotterdamse respondenten.

De gemiddelde verblijfsduur (in nachten) bij de laatste opname was in Antwerpen 8.5 en in Rotterdam 10.9 (inclusief bevallingen).

Uit deze gegevens blijkt dat er noch in frequentie, noch in gemiddelde opname duur opvallende verschillen zijn tussen Antwerpen en Rotterdam.

9.4 Samenvatting en conclusies

In overeenstemming met bevindingen uit ander onderzoek gaan de Turkse respondenten vaker naar de huisarts dan de Nederlandse respondenten. Het merendeel van de Turken die in de veertien dagen voor het interview een klacht had heeft hiervoor een arts bezocht; bij Nederlanders komt dit veel minder voor. Antwoorden op de vraag hoe vaak men in de afgelopen drie maanden de huisarts bezocht wijzen in dezelfde richting: Turken bezoeken vaker de huisarts dan Nederlanders. Vrouwen van beide nationaliteiten gaan vaker dan mannen.

Frequent huisartsbezoek werd niet gevonden bij Turkse respondenten in Antwerpen. Hun bezoekfrequentie ligt ongeveer op hetzelfde niveau als dat van de Nederlandse respondenten in Rotterdam. Deze gegevens komen ongeveer overeen met de resultaten wat betreft de ervaren gezondheid. Turken in Rotterdam hebben een slechtere ervaren gezondheid dan Turken in Antwerpen en Nederlanders in Rotterdam.

Turken in Rotterdam en Antwerpen gaan minder vaak naar een tandarts dan Nederlanders. Turken in Rotterdam gaan wel regelmatig naar een tandarts dan de Turkse respondenten in Antwerpen.

Alleen pijn lijkt voor veel Turken een goede reden te zijn voor tandartsbezoek. Nederlanders komen veel vaker voor een periodieke controle bij de tandarts.

Het specialistbezoek is voor Turken en Nederlanders ongeveer gelijk. Gezien het feit dat in België medisch specialisten ook op eigen initiatief bezocht kunnen worden is het opmerkelijk dat Turkse respondenten in Antwerpen veel minder vaak een specialist bezochten dan de Turkse en Nederlandse respondenten in Rotterdam.

Turken in de beide steden liggen iets vaker, en per bezoek ook langer in een ziekenhuis dan Nederlandse respondenten. De redenen voor opname verschillen weinig.

In de drie maanden voorafgaand aan het interview werden enkele medicijnen vaker door Turken dan door Nederlanders gebruikt. Het gaat om middelen tegen infecties of griep, pijn- en koortswerende middelen en medicijnen tegen reuma.

Vijf procent van de Turkse respondenten bezocht in het afgelopen jaar een "traditionele" genezer. Dit is ongeveer gelijk aan het percentage Nederlanders dat een bezoek bracht aan een "alternatieve" genezer.

Ruim een vijfde van alle Turkse respondenten heeft in het afgelopen jaar in Turkije een arts bezocht. Meestal ging het om een klacht waarvoor men ook in Nederland reeds een dokter had geraadpleegd. Redenen om ook in Turkije voor dezelfde klacht naar een arts te gaan zijn vooral dat tijdens een vakantie last werd ondervonden, of dat men de aandoeningen ook eens wilde bespreken met een arts die dezelfde taal spreekt.

Turken en Nederlanders zijn ongeveer even vaak door ziekte niet in staat het normale dagelijkse werk te verrichten. Wel zijn Turken gemiddeld langer door ziekte aan bed gebonden.

Wat betreft huisarts- en tandartsbezoek bevestigen de resultaten uit dit hoofdstuk de bevindingen en/of indrukken van andere auteurs (zie hoofdstuk 2). Afwijkend zijn de gegevens over verzuim van het dagelijks werk wegens ziekte. In een steekproef van Turkse hoofden van huishoudens werd een hoger verzuim gevonden dan in een vergelijkbare steekproef van Nederlandse hoofden van huishoudens (CBS 1986). Dit verschil wordt vermoedelijk veroorzaakt door het feit dat de steekproef van Nederlandse hoofden van huishoudens a-select uit de totale Nederlandse populatie is getrokken waardoor verschillen in sociaal-economische status tussen de beide onderzoeksgroepen bestaan.

X Determinanten van ziektegedrag

10.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk stond de beschrijving van verschillen en overeenkomsten tussen het ziektegedrag van Turken en Nederlanders centraal. Als meest in het oog springend resultaat op het gebied van ziektegedrag wordt het verschil in consultfrequentie van de huisarts gezien. Hoe zit het nu met de verklaring van deze verschillen?

Over de vraag waarom en in welke situaties mensen hulp zoeken bij ziekte is een enorme hoeveelheid literatuur beschikbaar, vooral uit medisch-sociologische hoek. In deze publikaties worden verschillende "determinanten van ziektegedrag" onderscheiden.

In dit hoofdstuk zal met behulp van deze determinanten gezocht worden naar verklaringen voor de verschillen in huisartsbezoek. Ook aan de tandarts wordt hierbij enige aandacht besteed.

Over sommige van deze determinanten is in het eigen onderzoek geen informatie verzameld. Over de relevantie van deze determinanten kan dus alleen gespeculeerd worden op basis van kennis uit de literatuur en uitspraken van respondenten zelf.

Bij die determinanten waarover wel informatie is, is geprobeerd om na te gaan of er een verband is met het huisartsbezoek. Dit bleek, om redenen die ook in de inleiding van hoofdstuk 8 zijn uiteengezet, zeer moeilijk.

Problemen bij het zoeken naar "verklaringen" voor ziektegedrag op basis van kwantitatieve gegevens doen zich overigens ook in ander, veel grootschaliger, onderzoek voor (Mechanic 1979). Verklaringen die op basis van kwalitatief onderzoek voor de hand liggen worden zelden in kwantitatief onderzoek bevestigd. De verklaring hiervoor legt Mechanic onder andere bij de beperkte mogelijkheden om factoren zodanig te operationaliseren dat zij betrokken kunnen worden bij kwantitatief onderzoek.

10.2 Een ordening van determinanten

Er bestaan twee "typen" modellen voor de indeling van determinanten van ziektegedrag (Kroeger 1983):

a. "*Pathway-models*" die de verschillende stappen beschrijven in het proces van beslissingen nemen, en per stap analyseren welke overwegingen een rol hebben gespeeld. Een voorbeeld hiervan is het model van Suchman (1965) die de volgende stadia van ziektegedrag beschrijft: symptoom gewaarwording; aanna-

me van de ziekterol; contact met medische hulpverlening; aanname van de patiëntenrol (de verantwoordelijkheid ligt nu bij de hulpverlener); en tenslotte herstel.

b. *"Determinants models"* die uitgaan van variabelen die een rol spelen bij de keuze voor een bepaalde vorm van ziektegedrag. Meestal wordt hierbij uitgegaan van een indeling in factoren die te maken hebben met de mogelijkheid tot medische consumptie, factoren die te maken hebben met geneigdheid en factoren die te maken hebben met de noodzaak tot medische consumptie (Andersen 1968).

De mogelijkheid tot medische consumptie hangt voor een belangrijk deel af van de organisatie van de gezondheidszorg (aanbod, financiering van voorzieningen).

Factoren die te maken hebben met geneigdheid worden verder onderverdeeld in demografische kenmerken, sociale structuur (opvoeding, beroep, etnische herkomst) en verwachtingen omtrent het "rendement" van medische consumptie.

De noodzaak tot medische consumptie verwijst naar de directe aanleiding tot medische consumptie, de ziekte.

Het eerste "type" model benadrukt meer het procesmatig karakter van ziektegedrag; het tweede model gaat uit van een meer statische benadering, de factoren die bijdragen tot het "eindresultaat" worden opgesomd.

Een combinatie van beide benaderingen biedt waarschijnlijk de meeste mogelijkheden om gedegen inzicht te verkrijgen in factoren die eventuele verschillen in ziektegedrag tussen Turken en Nederlanders zouden kunnen verklaren. Dit zou betekenen dat per "stap" een overzicht wordt gemaakt van relevante determinanten. De hiervoor benodigde informatie kan echter alleen in uitgebreid kwalitatief onderzoek worden verkregen. Dit is nauwelijks te combineren met andere doelstellingen van het onderzoek: het verzamelen van representatieve informatie over de gezondheidstoestand en de ervaren gezondheid. Voornamelijk om praktische redenen wordt dan ook gekozen voor het tweede model, dat meer mogelijkheden biedt voor een kwantitatieve benadering. Hierbij zullen de volgende determinanten van gezondheid worden onderscheiden:

a. <i>Consumptiemogelijkheid</i>	aanbod toegankelijkheid	-geografisch -financieel -organisatie gezondheidszorg
b. <i>Consumptienoodzaak</i>	gezondheidstoestand, ervaren gezondheid	
c. <i>Consumptiegeneigdheid</i>	demografische kenmerken sociale netwerken sociaal-psychologische factoren	

De indeling in clusters van determinanten gaat eraan voorbij dat niet alle factoren die tot een cluster behoren ook op dezelfde wijze ziektegedrag beïnvloeden (Mootz 1983). Evenmin wordt aandacht besteed aan de interactie die tussen en binnen clusters van determinanten kan optreden.

Deze beperkingen van een dergelijke ordening van determinanten vormen in het huidige onderzoek geen overwegend bezwaar. Het doel van het onderzoek is niet om tot een volledige verklaring van verschillen in ziektegedrag van Turken en Nederlanders te komen; het doel is wel om enig inzicht te krijgen in factoren die verantwoordelijk zouden kunnen zijn voor de verschillen in huisarts- en tandartsbezoek van Turken en Nederlanders. Een systematische categorisering van mogelijke determinanten van ziektegedrag is daarbij een bruikbaar hulpmiddel.

In tegenstelling tot bovengenoemde "pathway" modellen is dit model op het eerste gezicht vooral geschikt om determinanten van medische consumptie te beschrijven. Zoals in hoofdstuk 1 is uitgelegd is dat slechts een aspect van ziektegedrag. Toch spelen dezelfde factoren een rol bij de vraag of er überhaupt deskundige hulp wordt gezocht of dat er in het geheel geen, of alleen lekenhulp wordt ingeroepen.

10.3 Consumptiemogelijkheid

10.3.1 *Het aanbod van voorzieningen*

Het formele aanbod van voorzieningen in Nederland is in principe gelijk voor Turkse en Nederlandse inwoners. Ook het formele aanbod in de Belgische gezondheidszorg verschilt hiervan niet veel (Peeters e.a. 1987). Het is dan ook niet te verwachten dat hierin een oorzaak ligt voor verschillend ziektegedrag.

10.3.2 *Toegankelijkheid*

In hoofdstuk 1 werd gesteld dat de toegankelijkheid van zorg betrekking heeft op de mate waarin groepen de mogelijkheid hebben om overeenkomstig hun behoeften of wensen gebruik te maken van voorzieningen. Die toegankelijkheid wordt door een groot aantal factoren bepaald; in deze paragraaf gaat het om praktische factoren die de mogelijkheid tot het gebruik van voorzieningen beperken of juist bevorderen. Dit zijn de geografische afstand tot voorzieningen, benodigde financiële middelen en de organisatie van de gezondheidszorg. Ook psychologische factoren bepalen de toegankelijkheid van voorzieningen. Deze worden behandeld bij "geneigdheid".

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg is voor Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam gelijk. Dit geldt althans wanneer praktische aspecten van toegankelijkheid worden vergeleken.

In sommige opzichten zijn er wel verschillen tussen de toegankelijkheid van zorg in België en Nederland (Peeters e.a. 1987). Bij onderstaand overzicht van de belangrijkste verschillen is voor Nederland uitgegaan van de positie van ziekenfondsverzekerden. Vrijwel alle respondenten horen tot deze groep.

- Medisch specialisten zijn in Nederland alleen toegankelijk na verwijzing door de huisarts; in België kan men ook zelf rechtstreeks naar een specialist gaan.
- In Nederland is een voorwaarde voor vergoeding door ziekenfondsen en verzekeringen dat één vaste huisarts wordt bezocht. In België geldt een dergelijke voorwaarde niet, en kan men bij elk consult beslissen tot welke arts men zich wil wenden.
- Voor huisarts- en specialistbezoek is men in België een financiële bijdrage verschuldigd. Patiënten moeten bij een consult direct het totale bedrag betalen, later wordt een deel hiervan terugbetaald door de "mutualiteiten". In Nederland zijn ziekenfondsverzekerden voor een huisartsbezoek geen financiële bijdrage verschuldigd.
- Sommige medicijnen die in Nederland alleen op recept verkrijgbaar zijn zijn in België bij de apotheek ook zonder recept te krijgen.
- De specialisten- en huisartsendichtheid is in België groter.
- In Nederland is sanering en regelmatige controle van het gebit een voorwaarde voor vergoeding van tandartsenkosten door het ziekenfonds. In België wordt hieraan geen voorwaarde gesteld.

a. Geografische bereikbaarheid

In ontwikkelingslanden bleek de fysieke bereikbaarheid van voorzieningen een belangrijke rol te spelen bij het gebruik ervan (Kroeger 1983). In het geval van inwoners van een grote stad in Nederland of België is de afstand tot voorzieningen waarschijnlijk geen relevante factor; de geografische bereikbaarheid van voorzieningen is er voor iedereen zeer groot.

b. Financiële bereikbaarheid

Op het moment van het schrijven van dit boek zijn er in Nederland weinig financiële drempels die het gebruik van voorzieningen belangrijk zouden kunnen belemmeren. Voor het verklaren van eventuele verschillen in ziektegedrag tussen Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam lijkt dit dan ook geen factor om rekening mee te houden.

Anders ligt dit in de vergelijking met België. Het is heel goed mogelijk dat de financiële vergoeding die men in België voor een huisartsbezoek verschuldigd is een remmend effect heeft op het huisartsbezoek van Turken in Antwerpen. Ook voor het regelmatiger tandartsbezoek van Turken in Rotterdam in vergelijking met Turken in Antwerpen zouden financiële regels een verklaring kunnen vormen. In Nederland geldt, zoals gezegd, regelmatige controle als voorwaarde voor vergoeding van tandartszorg door het ziekenfonds.

c. De organisatie van de gezondheidszorg

Om mogelijke problemen van Turken met de Nederlandse (en Belgische) organisatie van de gezondheidszorg te begrijpen is het belangrijk om enige informatie te hebben over de organisatie van de gezondheidszorg in Turkije. Er is in Turkije een belangrijk onderscheid tussen privé-gezondheidszorg en de zorg die door de staat (of door verzekeringen) wordt georganiseerd. De laatste vorm van zorg is gratis, maar heeft een tamelijk slechte naam. Voor privé-artsen moet (meestal veel) betaald worden, maar als het maar enigszins tot de mogelijkheden behoort dan wordt toch hieraan de voorkeur gegeven. Het kunnen bezoeken van dure (privé-) artsen geeft bovendien status (van Haastrecht 1988). In dorpen zijn veelal geen vertegenwoordigers van de officiële, "westerse" gezondheidszorg aanwezig. Een "traditionele" genezer is dan vaak de eerste die wordt geraadpleegd. Ook komt het vaak voor dat advies wordt gevraagd bij een apotheker.

Voor meer informatie over de Turkse gezondheidszorg wordt verwezen naar van Haastrecht (1988) of Uniken Venema (1987b).

In hoeverre zou de organisatie van de gezondheidszorg een oorzaak kunnen zijn voor een verschil in ziektegedrag?

Een "pasklare" verklaring ligt niet voor de hand. Wel valt op dat de gezondheidszorg in België meer dan die in Nederland overeenkomsten vertoont met de Turkse gezondheidszorg. Die overeenkomsten bestaan er vooral in dat het de gebruiker vrij staat om zich direct tot een specialist te wenden, in het ruimere aanbod aan geneesmiddelen dat zonder recept verkrijgbaar is en in het feit dat voor de meeste vormen van medische consumptie betaald moet worden.

Bij Turken in Zweden en in Duitsland is gevonden dat de organisatie van de gezondheidszorg soms problemen oplevert (Kroeger e.a. 1986, Sachs 1983). Turkse vrouwen in Zweden hielden zich aanvankelijk niet aan de openingstijden, kwamen met zieke kinderen naar preventieve instellingen, enzovoorts. Na verloop van tijd zijn de regels versoepeld en tegelijkertijd hebben vrouwen meer geleerd wat ze konden verwachten en zijn zij de aangeboden zorg meer gaan waarderen.

Ook in Nederland zijn hiervoor aanwijzingen gevonden. Van der Most van Spijk (1985) beschrijft dat Turkse en Marokkaanse vrouwen in Amsterdam vooral beperkte openingstijden van gezondheidszorgvoorzieningen als probleem ervaren.

Deze problemen zijn tamelijk "praktisch" van aard en in Zweden bleek dat hiervoor na een periode van wederzijdse aanpassing wel oplossingen gevonden worden.

Veel fundamenteeler is een probleem dat door Sachs wat terloops wordt gesignaleerd. Door de confrontatie met de Zweedse gezondheidszorg die -in vergelijking met Turkije- veel meer georganiseerd is en waarbinnen het "traditionele" ziektegedrag afkeuring ondervindt verliezen Turkse vrouwen het vertrouwen in het eigen vermogen om adequaat te reageren op ziekte. Een voor de

hand liggende reactie is dan om voor elk lichamelijk ongemak een arts te raadplegen.

Het is denkbaar dat hierin een verschil ligt in de situatie van Turken in Antwerpen en die in Rotterdam. De gezondheidszorg in België lijkt meer overeen te komen met wat men in Turkije gewend was. Overigens werd in hoofdstuk 8 ook voorzichtig gesteld dat er meer overeenkomsten zijn tussen de Belgische en de Turkse samenleving. Hierdoor is het wellicht beter mogelijk om op dezelfde wijze op ziekte te reageren als men in Turkije gewend was.

10.4 Noodzaak

Triviaal is het gegeven dat de aanwezigheid van ziekten de meest bepalende determinant is van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen (Kohn en White 1977, Van der Zee 1982). Verschillen in gezondheid tussen de verschillende onderzoeksgroepen kunnen dan ook zeker een rol spelen bij eventuele verschillen in ziektegedrag.

Hierbij is niet alleen de feitelijke gezondheidstoestand van belang; uit de literatuur is al bekend dat ook de ervaren gezondheid een zelfstandige invloed uitoefent op de frequentie van artsbezoek (Dean 1981, Mootz 1983).

Ook in het huidig onderzoek bleek dat er een zeer sterke samenhang is tussen indicatoren voor ervaren gezondheid en gezondheidstoestand enerzijds en de frequentie van bezoek aan de huisarts anderzijds (tabel 10.1). Hierbij valt op dat Turken en Nederlanders die de eigen gezondheid als "goed" of "matig" beoordelen gemiddeld even vaak naar de huisarts gaan. De (relatief grote) groep Turken die de eigen gezondheid "slecht" beoordeelt is verantwoordelijk voor de grote verschillen in huisartsbezoek. Deze groep gaat veel vaker naar een huisarts dan Nederlanders die de eigen gezondheid als "slecht" beoordelen. Nu is deze laatste groep erg klein zodat deze gegevens moeilijk interpreteerbaar zijn. Dat er binnen de groep respondenten met een slechte ervaren gezondheid grote verschillen zijn in (neiging tot) huisartsbezoek bleek echter ook duidelijk uit de half-gestructureerde interviews.

Bij de gezondheidstoestand is hoger artsbezoek bij Turken ook zichtbaar wanneer alleen Turken en Nederlanders met dezelfde gezondheidstoestand worden vergeleken (tabel 10.1.)

Ook uit de niet-lineaire canonische correlatie analyse bleek een duidelijke samenhang tussen ervaren gezondheid en gezondheidstoestand enerzijds en huisartsbezoek anderzijds (Bijlage 3.1.). Dit was tegelijk ook het enige verband dat op deze wijze kon worden vastgesteld tussen huisartsbezoek en andere variabelen.

Het lijkt dus waarschijnlijk dat het hogere huisartsbezoek van Turkse respondenten in Rotterdam voor een deel te maken heeft met de slechte ervaren gezondheid bij deze groep.

Het is mogelijk dat het verband tussen ervaren gezondheid en huisartsbezoek geen zuiver causaal verband is. Het is ook denkbaar dat huisartsbezoek en ervaren gezondheid beide een uitdrukking zijn van achterliggende problemen (bijvoorbeeld een opeenhoping van problemen waarin geen uitweg wordt gezien).

Tabel 10.1.

Ervaren gezondheid, gezondheidstoestand en huisartsbezoek van Turkse en Nederlandse respondenten in procenten

huisarts- bezoek	<u>Ervaren gezondheid</u>					
	TURKEN			NEDERLANDERS		
	goed (N=119)	matig (N=55)	slecht (N=46)	goed (N=167)	matig (N=40)	slecht (N=10)
nooit	55	31	15	59	28	60
1x	26	26	15	26	35	0
2-3x	15	29	35	13	20	30
4-5x	4	13	13	2	5	0
6 of meer	0	2	22	1	13	10
	100	100	100	100	100	100

Kendall's tau b = 0,39; p = 0,00

Kendall's tau b = 0,23; p = 0,00

huisarts- bezoek	<u>Gezondheidstoestand</u>			
	TURKEN		NEDERLANDERS	
	geen klacht (N=62)	wel klacht (N=158)	geen klacht (N=70)	wel klacht (N=148)
nooit	57	34	64	49
1x	24	23	26	26
2-3x	16	25	10	17
4-5x	3	10	0	3
6 of meer	0	7	0	5
	100	100	100	100

Kendall's tau b = 0,23; p = 0,00

Kendall's tau b = 0,17; p = 0,00

In de half-gestructureerde interviews bleek dat Turkse en Nederlandse respondenten zelf verschillen in huisartsbezoek in belangrijke mate toeschrijven aan verschillen in morbiditeit. Op de vraag waarom Turken vaker dan Nederlanders naar de huisarts gaan noemen de meeste Turkse en Nederlandse respondenten redenen waarom Turken vaker ziek zijn of meer problemen hebben. Dit wijst erop dat in de visie van respondenten zelf "noodzaak" een heel belangrijke rol speelt bij huisartsbezoek. Er zijn ook respondenten die, soms in aanvulling op bovengenoemde redenen, verwijzen naar een verschillende "geneigdheid" (zie onder).

Shuval vestigde in 1970 voor het eerst de aandacht op de mogelijkheid dat het gebruik van gezondheidszorg ook voort kan komen uit een andere "noodzaak" dan de aanwezigheid van ziekte. Op basis van onderzoek bij recent aangekomen immigrantengroepen in Israël formuleert zij de theorie dat het moeizaam proces van acculturatie dat veel immigranten ondergaan acute problemen veroorzaakt. Hierdoor ontstaat behoefte aan een mogelijkheid om om te gaan met het gevoel van falen (in de vorm van ziekte) en behoefte aan sociale steun. De zeer goede toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Israël draagt ertoe bij dat dáár in eerste instantie hulp wordt gezocht.

In een replicatiestudie die tien jaar later werd uitgevoerd bleek dat de behoefte aan steun bij de immigrantengroepen nog steeds groot is (Honig-Parnass 1982). Niet langer echter leidt deze behoefte aan steun tot een verhoogde medische consumptie en de conclusie ligt voor de hand dat de immigranten hebben "geleerd" dat de gezondheidszorg niet geschikt is om "sociale behoeften" te vervullen.

Het is mogelijk dat "sociaal gebruik" van gezondheidszorgvoorzieningen (vooral de huisarts) voorkomt bij Turken in Nederland. Veel aanwijzingen hiervoor zijn in dit onderzoeksmateriaal niet te vinden.

Nederlandse vrouwen verwijzen in de half-gestructureerde interviews juist wel naar deze functie van de huisarts. Zij zeggen zelf wel eens naar de huisarts te gaan "als zij niemand hebben om tegen te praten" of "om eens lekker uit te huilen". Zij verwachten verder niet veel van zulke bezoeken "maar het lucht wel op". Het is, gezien de beperkte Nederlandse taalbeheersing van veel Turkse respondenten nauwelijks verbazingwekkend dat zij niet verwijzen naar "andere" functies van de gezondheidszorg, anders dan voor genezing van lichamelijke aandoeningen.

Een laatste factor die onder "noodzaak" gerangschikt kan worden is de behoefte aan legitimatie van ziekte. Door diverse auteurs wordt benadrukt dat het raadplegen van een arts, en zeker het ondergaan van een behandeling, een legitimering kunnen vormen van een toestand van verminderde capaciteit (o.a. Freidson 1970).

10.5 Geneigdheid

10.5.1 Demografische kenmerken

Het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen verschilt voor leeftijds- en geslachtsgroepen (Mc Kinlay 1972, Wolinski 1980). Hierbij speelt uiteraard "noodzaak", ofwel verschillen in gezondheidstoestand een rol. Echter, ook andere factoren kunnen hierbij van belang zijn. Een voorbeeld hiervan is het verschil tussen de frequentie van gebruik van voorzieningen van mannen en vrouwen. Vrouwen maken in het algemeen meer gebruik van de gezondheidszorg dan mannen (Kohn & White 1977). Wolinsky (1980) schrijft dit verschil mede toe aan sociologische factoren (van mannen wordt verwacht dat zij minder snel "klagen" en meer pijn verdragen).

In het huidige onderzoek werden de onderzoeksgroepen met opzet zo samengesteld zij wat betreft leeftijd- en geslachtsverdeling overeenkomen. Voor een verklaring van verschillen tussen de onderzoeksgroepen spelen leeftijd en geslacht dus geen rol.

10.5.2 Sociale structuur

Opvattingen over ziekte en genezing worden voor een belangrijk deel "gevormd" in de interactie met de omgeving. Er bestaat een groot aantal voorbeelden van de invloed van sociale netwerken op ziektegedrag van individuen (Borghols en van Haastrecht 1988, Kroeger 1983, Kleinman 1980). Hierbij spelen twee zaken een rol.

In de eerste plaats bepaalt de mate waarin iemand is opgenomen in sociale netwerken voor een belangrijk deel in hoeverre iemand zal handelen in overeenstemming met de normen die heersen binnen de netwerken. Deze normen kunnen voorschrijven voor welke aandoeningen welke therapievorm het meest geschikt is. Sachs beschrijft dat bij Turkse vrouwen op het platteland in Turkije een grote mate van consensus heerst over de vraag welke genezer bij welke kwaal moet worden geraadpleegd. Ook van Haastrecht geeft diverse voorbeelden van de gesprekken die vrouwen in Turkije dagelijks voeren over de eigen gezondheid. Ideeën van "de groep" zijn van grote invloed op het gedrag van individuele vrouwen.

In de tweede plaats beïnvloeden aard en intensiteit van de sociale contacten ook zelfstandig de medische consumptie. Iemand met hechte sociale contacten die voor een belangrijk deel gebaseerd zijn op familiebanden zal bij ziekte eerder het eigen "lekenetwerk" consulteren dan iemand met een minder hecht netwerk waarin vriendschapsbanden een belangrijker rol spelen (Mc Kinlay 1972).

Op dezelfde lijn liggen de ideeën van Suchman. Hij onderscheidt twee "tegengestelde" vormen van participatie in sociale netwerken: cosmopoliet en provin-

ciaal. De eerste vorm wordt gekarakteriseerd als progressief, open, individualistisch; de tweede vorm als ethnocentrisch, traditioneel, gesloten. Suchman vindt aanwijzingen dat provinciale omgangsvormen in geval van ziekte vaker gepaard gaan met consultatie binnen de eigen groep.

Zijn er aanwijzingen dat verschillen in sociale contacten verantwoordelijk zijn voor het hoge huisartsbezoek bij Turken in Rotterdam? Op het eerste gezicht lijkt een dergelijke verklaring niet voor de hand te liggen. Althans niet voor de verschillen tussen Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. Turkse respondenten hebben in kwantitatief opzicht evenveel contacten met anderen als de Nederlandse respondenten (hoofdstuk 5). In de half-gestructureerde interviews geven zowel Turkse als Nederlandse vrouwen aan dat zij mensen in hun omgeving hebben met wie zij over hun problemen kunnen praten. Dit zijn overigens wel verschillende personen; Nederlandse vrouwen praten in eerste instantie met hun partner; Turkse vrouwen wenden zich tot vriendinnen of dochters. Turkse en Nederlandse mannen bespreken problemen het meest met vertegenwoordigers van instanties en verder met de partner of vrienden.

Uit diverse studies is bekend dat Turken in Nederland intensief met elkaar omgaan en dat er sprake is van een sterke sociale controle (Risvanoglu e.a. 1986, De Vries 1987). Over sociale netwerken bij Nederlanders van lage sociaal-economische status is weinig bekend, zodat over verschillen in dit opzicht weinig gezegd kan worden. In elk geval lijkt het weinig aannemelijk dat het hoge huisartsbezoek bij Turken in Rotterdam te maken heeft met het ontbreken van een voldoende hecht sociaal netwerk.

Anders zou het kunnen zijn bij de vergelijking met Turkse respondenten in Antwerpen. Eerder zagen we al dat zij nog frequenter contact onderhouden met familieleden in de stad. Het is mogelijk dat de netwerken van Turken in Antwerpen nog hechter zijn dan in Nederland. In Turkije was "gezondheid" een belangrijk gespreksonderwerp van vrouwen. Het is mogelijk dat door frequenter onderling contact van Turken in Antwerpen gemakkelijker binnen de "eigen kring" oplossingen worden gezocht in gevallen van ziekte.

10.5.3 Sociaal-psychologische kenmerken

Uit de half-gestructureerde interviews blijkt duidelijk een verschillende "geneigdheid" ten aanzien van het huisartsbezoek. Turkse respondenten vertellen zelf vaak dat "Turken voor alles naar de huisarts gaan". Veel Nederlandse respondenten daarentegen stellen heel duidelijk zelf "niet zo'n dokterloper te zijn".

Ook met betrekking tot (preventief) tandartsbezoek werden in de half-gestructureerde interviews duidelijke verschillen in "geneigdheid" gevonden. Sommige Turkse respondenten vinden het in principe wel een goede zaak, maar toch niet zó belangrijk dat zij zichzelf hieraan onderwerpen. Anderen zijn van mening dat het geen zin heeft om naar een tandarts te gaan als je geen problemen hebt. Slechts een enkele Turkse respondent vindt preventief tandarts-

bezoek een belangrijke zaak. Dit ligt anders bij de Nederlandse respondenten. Zij zijn er veel vaker van overtuigd dat het belangrijk is om het gebit regelmatig te laten controleren.

Een verschillende geneigdheid vormt ongetwijfeld een deel van de verklaring van verschillen in ziektegedrag. Een geheel bevredigende verklaring is het echter niet. Het blijft de vraag of er voor deze verschillen in "geneigdheid" een uitleg gevonden kan worden. Hebben deze te maken met ervaringen met of verwachtingen van de huisarts, met andere ideeën over oorzaken van ziekte of zijn dit "cultuurverschillen" tussen de beide groepen waarvoor meer een historische verklaring gezocht moet worden?

a. Opvattingen over oorzaken van ziekte en over genezing

In hoofdstuk 2 bleek dat hulpverleners in Nederland vaak van mening zijn dat leden van etnische groepen in Nederland totaal andere opvattingen hebben over oorzaken van ziekte en -een punt waarover bij hulpverleners grote overeenstemming lijkt te bestaan- geen "psychische" oorzaken van ziekte zouden accepteren. In hoofdstuk 8 werd duidelijk dat de verschillen in opvattingen over oorzaken van ziekte bij Turkse en Nederlandse respondenten niet zo groot lijken te zijn. Bovendien zijn juist de Turkse vrouwen vaak van mening dat hun slechte gezondheid samenhangt met spanningen en problemen.

Het besef dat veel lichamelijke aandoeningen te maken hebben met andere factoren speelt voor veel Nederlandse vrouwen uit de half-gestructureerde interviews ook een rol bij de beslissing om voor een klacht niet naar de huisarts te gaan. Hoewel dit besef ook bij Turkse vrouwen zeer sterk aanwezig is, lijkt dit bij hen niet van invloed te zijn op de verwachtingen ten aanzien van de huisarts. Ook als zij weten dat hun aandoeningen niet-medische achtergronden hebben verwachten zij dat de arts iets kan doen om de klacht weg te nemen.

b. Ervaringen in de hulpverlening

In het algemeen geldt dat de meeste respondenten wel tevreden zijn over hun huisarts. Criteria die hierbij voor alle respondenten een rol spelen zijn tijd en aandacht. Voor Turkse mannen is ook snelle doorverwijzing naar een specialist belangrijk; Turkse vrouwen stellen het erg op prijs als een huisarts goede medicijnen geeft. Nederlandse respondenten hebben juist op deze punten soms ook andere wensen; sommigen van hen vinden dat een huisarts niet snel moet doorverwijzen en zo weinig mogelijk medicijnen moet voorschrijven.

Uit de gestructureerde interviews blijkt dat Turkse en Nederlandse respondenten in Rotterdam ongeveer gelijk oordelen over de effectiviteit van het laatste bezoek aan de huisarts. In ongeveer de helft van de gevallen is men van mening dat het laatste bezoek een positief effect heeft gehad op de gezondheid (bijlage 10.1.). Turkse respondenten in Antwerpen waren veel vaker van mening dat het bezoek aan de huisarts een verbetering van de gezondheid tot gevolg heeft gehad.

In de half-gestructureerde interviews werd veel minder positief geoordeeld over het rendement van huisartsbezoek. Slechts weinig respondenten zijn van mening dat hun aandoeningen werkelijk verminderd of verholpen zijn. Dit verschil in resultaten van de verschillende interviewmethoden kan te maken hebben met het feit dat voor de half-gestructureerde interviews alleen respondenten met een slechte gezondheid werden benaderd.

Bij de Nederlandse respondenten bleek er een duidelijk verband te bestaan tussen de constatering dat bezoeken aan de huisarts weinig effect hadden en de frequentie van huisartsbezoek.

"Als het niet geholpen heeft dan ga ik niet meer terug; dan kom ik nooit meer op het onderwerp (de klacht) terug!"

Nederlandse vrouw

Uit de half-gestructureerde interviews bleek dat Nederlandse respondenten de beslissing om al dan niet voor een bepaalde klacht de huisarts te raadplegen mede afhangt van eerdere ervaringen met de huisarts. Nederlandse respondenten maken duidelijk onderscheid tussen aandoeningen waarvoor het wel en aandoeningen waarvoor het niet gewenst is de huisarts de raadplegen.

Bij Turken lijken eerdere ervaringen veel minder een rol te spelen bij de beslissing om de huisarts te bezoeken. Als zo'n bezoek niet het gewenste effect heeft dan wordt het bezoek (soms een groot aantal malen) herhaald.

Er zijn wel enkele aanwijzingen dat dit in de toekomst zou kunnen veranderen. Eén Turkse vrouw zegt "er genoeg van te hebben omdat het toch niet helpt" en spreekt het voornemen uit om zich in de toekomst niet meer bij de huisarts te melden. Een andere Turkse vrouw heeft dit besluit enkele maanden geleden genomen, en is sindsdien niet meer bij de huisarts geweest.

Deze reactie lijkt wat "ongenuanceerder" te zijn dan die van de Nederlanders, die vaak per klacht de beslissing nemen om wel of niet de arts te raadplegen. Wellicht heeft dit ermee te maken dat er voor de Nederlandse respondenten meer "gedragsalternatieven" zijn in de vorm van zelfzorg of het raadplegen van andere (dan medische) deskundigen.

Een geheel ander aspect van de omgang tussen patiënten en huisarts is de communicatie. Problemen in de communicatie tussen artsen en allochtone patiënten worden veelvuldig beschreven in publikaties van hulpverleners (hoofdstuk 2).

Ruim een vijfde van de Turkse respondenten zegt bij het laatste bezoek aan de huisarts niet alles begrepen te hebben. Dit geldt overigens ook voor vijf procent van de Nederlandse respondenten. In een derde van de gevallen namen Turkse respondenten een "tolk" mee, meestal een kind of de partner. Zoals verwacht mocht worden nemen vooral de mensen die eerder aangaven geen Nederlands te verstaan iemand mee als tolk; toch blijkt dat 35 procent van de respondenten die helemaal geen Nederlands verstaan geen hulp van anderen heeft bij de communicatie met de huisarts. Ook de huisarts heeft in deze gevallen geen tolk ingeschakeld. Ook uit ander onderzoek blijkt dat het inscha-

kelen van een tolk door de hulpverlener maar gedeeltelijk afhankelijk is van de taalbeheersing van de patiënt. Organisatorische kwesties spelen een minstens even grote rol (Voorham 1988).

Problemen in de communicatie met de huisarts komen ook heel duidelijk naar voren in de half-gestructureerde interviews:

"Wij kunnen onze problemen niet zo goed vertellen. De huisarts kan zo geen oplossing vinden."

Turkse vrouw

Waarschijnlijk zijn deze communicatieproblemen ook een van de redenen waarom hulpverleners zo slecht op de hoogte zijn van de ideeën die Turkse patiënten hebben over de achtergronden van hun aandoeningen (hoofdstuk 2). In hoeverre zij dit bij autochtone patiënten uit lage sociaal-economische klassen wel zijn is overigens ook nog maar de vraag. Het lijkt echter aannemelijk dat hulpverleners de ideeën van allochtone patiënten moeilijker kunnen doorzien dan die van Nederlandse.

Kleinman geeft diverse voorbeelden van situaties waarin de hulpverlening in gevaar komt doordat de arts niet voldoende op de hoogte is van de opvattingen van patiënten.

c. Verwachtingen ten aanzien van de huisarts

Sachs vindt bij Turkse vrouwen in Zweden zeer duidelijke verwachtingen van een medisch consult:

"Treatment is the only thing that helps against illness".

Met bovenstaande uitspraak verwoordt een van de respondenten uit het onderzoek van Sachs de opvattingen die zij bij veel Turkse vrouwen in Zweden constateerde: bij ziekte moet altijd een vorm van behandeling plaatsvinden. Het wordt dan ook zeer negatief beoordeeld als een arts het beter acht om af te wachten of in het geheel geen behandeling uit te voeren.

Ook bij de Turkse respondenten uit dit onderzoek valt een dergelijke houding te herkennen.

"Als Turken maar iets hebben gaan ze naar een arts. We verwachten dat ze ons meteen kunnen helpen."

Turkse man

Vooraf Turkse mannen koesteren zeer hoog gespannen verwachtingen van de adviezen van de huisarts. Op de vraag waardoor hun gezondheid zou verbeteren antwoorden veel Turkse mannen dat zij hiervoor de voorschriften van de huisarts moeten opvolgen.

"Ik moet luisteren naar wat artsen zeggen en hun adviezen blijven opvolgen en tabletten blijven slikken."

Turkse man

Noch Turkse vrouwen, noch Nederlandse respondenten waren van mening dat artsen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de gezondheid. Bij hen is eerder het tegendeel het geval; zij zijn vaak van mening dat de huisarts "doet wat hij kan", maar dat het rendement van zijn inspanningen niet groot is.

d. Perceptie van alternatieven voor huisartsbezoek

De beslissing om voor een bepaalde klacht een arts te bezoeken hangt mede af van de kennis die men heeft over mogelijkheden om zelf hieraan iets te doen (o.a. Suchman 1965). Eerder in dit hoofdstuk werden redenen gegeven waarom Turkse respondenten in Rotterdam wellicht minder in staat zijn alternatieven voor huisartsbezoek te vinden dan Turkse respondenten in Antwerpen. Uit de half-gestructureerde interviews bleek dat hierin in elk geval een groot verschil is tussen Turkse en Nederlandse respondenten. Ook door de respondenten zelf wordt dit zo waargenomen:

"Ze kennen misschien niet veel andere mogelijkheden om problemen op te lossen, voor hen is de huisarts een soort vertrouwenspersoon. Bovendien hebben ze veel minder informatie doordat ze de taal niet spreken; ze kunnen veel minder zelfwerkzaam zijn."

Nederlandse vrouw

"Misschien om aandacht te krijgen; ik denk dat Turkse vrouwen heel slecht met hun problemen ergens terecht kunnen. Het zijn geen mensen die van huis uit gewend zijn voor alles naar een dokter te lopen."

Nederlandse vrouw

"Als wij ons ziek voelen gaan we meteen naar de huisarts. Nederlanders proberen eerst zelf om zich beter te maken. Sommige kruiden gebruiken ze. Ze kennen hun lichaam ook beter dan wij."

Turkse vrouw

Niet alleen "zelfzorg" is voor Nederlanders een reëler alternatief, ook maken zij meer gebruik van verschillende "soorten" hulpverleners (maatschappelijk werkers, "alternatieve" genezers, psychologen) afhankelijk van de aard van de klacht.

Ook in een onderzoek naar hulpverlening aan kinderen bleek dat de huisarts veruit de belangrijkste hulpverlener is terwijl Nederlandse ouders naast de huisarts een breed scala aan andere hulpverleners raadplegen (Gelauff-Hanzon 1985).

e. Cultuurverschillen

Is het frequent bezoeken van de huisarts iets wat deel uitmaakt van traditionele cultuurpatronen in Turkije? Als dit zo is dan zouden er redenen gevonden moeten worden waarom Turken in Antwerpen dit cultuurpatroon hebben "losgelaten".

Het is moeilijk over deze kwestie duidelijke uitspraken te doen. In Turkije is er geen huisartszorg en de "moderne" gezondheidszorg is in sommige delen van Turkije slecht bereikbaar. Voor zover er hierover gegevens bekend zijn wijzen die er zeker niet op dat het hoge huisartsbezoek een "gewoonte" is die uit Turkije is meegenomen. Het lijkt er eerder op dat er in (dorpen van) Turkije juist zeer gedifferentieerd wordt gereageerd op verschillende ziekten. Eerst wordt het betreffende ziektegeval uitgebreid besproken in de informele "vrouwengroep". Vervolgens wordt meestal geprobeerd om zelf een oplossing te vinden. Als dat niet lukt wordt, afhankelijk van de aard van de ziekte en de bereikbaarheid van de verschillende voorzieningen, een apotheek, een "traditionele" genezer en/of een "moderne" arts geraadpleegd (Borghols en Van Haastrecht 1988). Het is dus zeker niet zo dat men in Turkije gewend was om voor alle aandoeningen een arts te raadplegen.

Het gedrag van Turken in Antwerpen lijkt waarschijnlijk meer op de manier van omgaan met ziekte zoals dat in Turkije gewoon was.

10.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk werd nagegaan waarom Turken in Rotterdam frequenter een beroep doen op de huisarts dan zowel Nederlandse respondenten in Rotterdam als Turkse respondenten in Antwerpen. Hiervoor werd onderzocht in hoeverre het waarschijnlijk is dat in de literatuur genoemde determinanten van ziektegedrag een rol spelen.

Eén factor zou tegelijkertijd de verschillen met Turken in Antwerpen en met Nederlanders in Rotterdam kunnen "verklaren", namelijk de ervaren gezondheid. De ervaren gezondheid van Turkse respondenten in Rotterdam was slechter dan die van de beide andere groepen.

In de half-gestructureerde interviews die met Turkse en Nederlandse respondenten met een slechte gezondheid gehouden zijn viel een zeer groot verschil in "geneigdheid" op. Turken gaan bij veel gezondheidsklachten direct naar de huisarts. Nederlanders laten hun acties meer afhangen van de aard van de klacht en van eerdere ervaringen met de huisarts. Voor Turkse respondenten in Rotterdam lijken er in geval van ziekte nauwelijks alternatieven te bestaan voor een huisartsbezoek.

Turken in Antwerpen lijken deze alternatieven wel te hebben. Redenen voor deze verschillen tussen Turken in Antwerpen en Turken in Rotterdam zouden kunnen liggen in de overgang van het ziektegedrag zoals men dat in Turkije gewend was naar de mogelijkheden voor ziektegedrag die de nieuwe samenleving biedt. Het lijkt erop dat het gezondheidszorgsysteem in België meer overeenkomsten vertoont met dat van Turkije. Hierdoor hoeven zij minder dan de

Turken in Nederland "nieuw" gedrag te leren in geval van ziekte. Bovendien hebben Turken in Antwerpen meer contact met familieleden in de stad waardoor zij wellicht beter in staat zijn om in de eigen kring oplossingen te zoeken. Bij Turkse respondenten in Nederland zou dit alles ertoe kunnen leiden dat men het vertrouwen in het eigen vermogen om adequaat te reageren op ziekte verliest. Een zelfde verschijnsel werd ook geconstateerd bij Turkse vrouwen in Zweden.

Ook het feit dat respondenten in Antwerpen een financiële vergoeding verschuldigd zijn voor een bezoek aan de huisarts kan "remmend" werken op het huisartsbezoek van Turken in Antwerpen.

XI Gemeentelijk beleid

11.1 Inleiding

Dit onderzoek is opgezet met het doel om informatie te leveren ten behoeve van het gemeentelijk beleid. Het ligt dan ook voor de hand om hier aan de orde te stellen op welke wijze de gegevens gebruikt kunnen worden bij gemeentelijke beleidsvoering.

Om te kunnen beoordelen of de resultaten aanleiding geven het beleid aan te passen is het nodig om eerst een overzicht te bieden van het tot nog toe gevoerde beleid. Om eventuele alternatieven/aanvullingen voor het gevoerde beleid te kunnen aanvoeren moet bovendien bekend zijn welke mogelijkheden en beperkingen het gemeentelijk beleid op dit terrein heeft.

11.2 Mogelijkheden en beperkingen van een gemeentelijk beleid gericht op de gezondheid van migranten

Gemeentelijk beleid inzake de gezondheid van migranten komt tot stand op een raakvlak van twee beleidssectoren: volksgezondheid en minderheden. Regelingen en inhoudelijke doelstellingen uit beide sectoren bepalen de mogelijkheden voor een actief gemeentelijk beleid op dit terrein. In deze paragraaf wordt daarom kort ingegaan op die aspecten van structuur en inhoud van beide beleidsterreinen die relevant zijn voor het gemeentelijk beleid inzake de gezondheid van migranten.

11.2.1 Het (van overheidswege georganiseerde) minderhedenbeleid, structuur en organisatie

De rijksoverheid is verantwoordelijk voor een landelijk beleid en tevens financier van overheidsinspanningen op lagere niveaus (gemeenten en provincies). De uitvoering van minderhedenbeleid is een zaak van bijna alle vakministeries; de coördinatie van het minderhedenbeleid over alle beleidssectoren berust bij het ministerie van Binnenlandse Zaken.

Tot het eind van de 70-er jaren werden er vanuit de rijksoverheid weinig initiatieven genomen om gemeenten te stimuleren aandacht te besteden aan minderheden in de gemeente. Ook op landelijk niveau was er nog weinig sprake van een integraal beleid op dit terrein. Door velen werd immers aangenomen dat het verblijf van etnische minderheden in Nederland van tijdelijke aard zou zijn. Beleidsmaatregelen bestonden vooral uit het creëren van tijdelijke, cate-

goriale voorzieningen. Na 1979 veranderde de opvatting over de tijdelijkheid van het verblijf van allochtonen groepen in Nederland en ook de opvatting over de verantwoordelijkheden van de rijksoverheid en de gemeentelijke overheden. In de Minderhedennota wordt hierover gesteld dat "de gemeenten dienen te worden betrokken bij, en meer verantwoordelijkheid kunnen dragen voor, het beleid met betrekking tot minderheden" (Binnenlandse Zaken 1983:164).

Dit betekent overigens niet dat er vóór die tijd in geen enkele gemeente werd nagedacht over een minderhedenbeleid; in veel gemeenten lag er al een "minderhedennota". In Rotterdam bestond al vanaf 1972 bijzondere aandacht voor de positie van migrantengroepen in de stad (Oude Engberink 1987). Ook in gemeenten was het gevoerde beleid echter veelal ad hoc.

Om te stimuleren dat ook op gemeentelijk niveau een meer integraal minderhedenbeleid gevoerd zou worden werd een subsidieregeling ingesteld: de "tijdelijke bijdrageregeling voor de extra bestuurskosten". Deze extra bestuurskostenregeling trad in 1980 in werking.

Volgens deze regeling kunnen gemeenten een vergoeding ontvangen voor de kosten die nodig zijn voor de organisatie en voorbereiding van een gecoördineerd minderhedenbeleid. De hoogte van het bedrag is afhankelijk van het aantal allochtonen in de gemeente. De extra bestuurskostenregeling vormt een bijdrage in de financiering van een coördinerende ambtelijk functionaris, het voorbereiden en institueren van inspraakmogelijkheden, het uitvoeren van onderzoek en het verstrekken van voorlichting aan minderheden. Hiermee wordt aan gemeenten een tamelijk grote vrijheid gelaten met betrekking tot de feitelijke besteding van deze gelden.

Behalve deze tijdelijke regeling zijn er specifieke subsidieregelingen van het rijk. Op het gebied van gezondheidszorg vormt de subsidie voor tolkencentra hiervan een voorbeeld. Verder berust de planning en uitvoering van een gemeentelijk minderhedenbeleid voor een belangrijk deel op middelen en menskracht die zijn vrijgemaakt binnen het gemeentelijk apparaat.

Uit een onderzoek dat in 1985 door de Vereniging Nederlandse Gemeenten werd gehouden bleek dat in 26 onderzoeksgemeenten gemiddeld precies duizend gulden per (allochtoon) hoofd van de bevolking werd uitgegeven ten behoeve van leden van etnische minderheden (VNG 1985).

Een analyse van de herkomst van de bedragen leerde dat gemiddeld 87 procent hiervan afkomstig is van het rijk. Aangezien de voorwaarden voor de specifieke rijkssubsidies (bijvoorbeeld met betrekking tot volwasseneducatie) volledig door het rijk zijn opgesteld is de "speelruimte" voor gemeenten vooral beperkt tot de beslissing om al dan niet een beroep te doen op deze regelingen (of anderen te stimuleren dit te doen).

De bestemming van het bedrag ligt voor minder dan de helft bij "extern beleid", dat wil zeggen niet door de gemeente uitgevoerde activiteiten. Voorbeelden hiervan zijn alle activiteiten uitgevoerd door buurthuizen of het vrij-

willigerswerk. Voorbeelden van "intern beleid" zijn activiteiten van de ambtelijk minderhedencoördinator of gemeentelijke diensten.

De invloed van de "zelforganisaties" van etnische groepen is in de meeste gevallen gering (VNG 1985).

11.2.2 Het minderhedenbeleid inhoudelijk

De belangrijkste inhoudelijke doelstellingen van het minderhedenbeleid zijn neergelegd in de "Minderhedennota" die in 1983 door het Ministerie van Binnenlandse Zaken werd gepubliceerd.

In deze nota werden voor het eerst uitgangspunten voor een samenhangend minderhedenbeleid geformuleerd. Centraal hierin staat de gedachte dat het minderhedenbeleid gericht is "op de totstandkoming van een samenleving, waarin de in Nederland verblijvende leden van minderheidsgroepen ieder afzonderlijk en als groep een gelijkwaardige plaats en volwaardige ont-plooiingskansen hebben" (Ministerie van Binnenlandse Zaken 1983, p. 10). Deze algemene doelstelling werd vervolgens uitgewerkt in drie "subdoelstellingen": het verminderen van achterstanden, het tegengaan van achterstelling en discriminatie en het scheppen van voorwaarden voor emancipatie en participatie. Verder spreekt uit de nota het streven naar integratie van migrantengroepen en naar het zoveel mogelijk vermijden van categoriale maatregelen. Dit laatste vanuit de gedachte dat categoriale maatregelen en voorzieningen de segregatie zouden bevestigen. Overigens wordt in het landelijk minderhedenbeleid prioriteit gelegd bij het bestrijden van werkloosheid (actieprogramma minderhedenbeleid 1987). Deze prioriteitsstelling is door de gemeente Rotterdam overgenomen.

Op het gebied van de gezondheidszorg betekenen bovengenoemde uitgangspunten dat leden van minderheidsgroepen op voet van gelijkheid toegang dienen te hebben tot de voorzieningen. Het streven is daarbij om de zorg voor migranten zoveel mogelijk via algemene instellingen te doen plaatsvinden en niet via categoriale voorzieningen. Bovenstaande algemene doelstellingen van het minderhedenbeleid impliceren ook dat indien er sprake is van achterstanden op het gebied van gezondheid gestreefd moet worden naar opheffing van deze achterstanden.

Om deze doelstellingen te realiseren worden enkele landelijke maatregelen genomen. Er worden mogelijkheden geschapen om "tolkcentra" in te stellen waar hulpverleners in de gezondheidszorg gratis tolkhulp kunnen vragen. Verder kwam er een landelijk "Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Migranten" dat zich bezighoudt met voorlichting aan en over migranten.

Inmiddels (1988) bestaan over de effectiviteit van het tot nog toe gevoerde beleid veel vragen. Zo constateerde Penninx (1988) dat het nog steeds zeer slecht gesteld is met de maatschappelijke positie van sommige etnische groepen in

Nederland. Het kabinet erkent de eigen onmacht bij het bestrijden van de werkloosheid en heeft hierover advies gevraagd aan de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Organisaties van migranten organiseerde in 1987 een "noodconferentie" en ook de vier grote gemeenten trokken gezamenlijk aan de bel middels een "Memorandum inzake het minderhedenbeleid in de jaren '90".

De belangrijkste zorgen gaan hierbij uit naar de maatschappelijke positie van leden van etnische groepen.

11.2.3 Volksgezondheidsbeleid, structuur en organisatie

De mogelijkheden om op gemeentelijk niveau een actief gezondheidsbeleid te voeren zijn beperkt door:

1. het feit dat de belangrijkste beslissingen in het algemeen op landelijk niveau worden genomen en de gemeenten alleen ruimte wordt gelaten voor het "invullen" van de lokale situatie
2. de beperkte mogelijkheden van de overheid op een beleidsterrein waar het particulier initiatief een belangrijke rol vervult.

De structuur van de gezondheidszorg in Nederland is de laatste jaren veelvuldig onderwerp geweest van belangrijke nota's. De rol van de gemeentelijke overheid is een van de onderwerpen die hierbij ter discussie staat. Zowel op de huidige situatie als op mogelijke ontwikkelingen in de toekomst wordt hier kort ingegaan.

De huidige situatie

De gemeentelijke overheid heeft van oudsher de belangrijkste taak op het gebied van preventie, gezondheidsbescherming en de gezondheidsbevordering. Deze taken werden en worden in belangrijke mate uitgevoerd door Gemeentelijke Gezondheidsdiensten.

De curatieve zorg is grotendeels in handen van het particulier initiatief: vrije beroepsbeoefenaren en zorgverlenende instellingen. De overheid kan hierop relatief weinig invloed uitoefenen. Financiering van de gezondheidszorg vindt hoofdzakelijk plaats via ziektekostenverzekeringen.

In de vier grote gemeenten heeft de lokale overheid wel méér bevoegdheden inzake het vestigingsbeleid van huisartsen en de maatschappelijke dienstverlening. Op overige gebieden hebben gemeenten hoofdzakelijk een stimulerende en voorwaardenscheppende rol.

In sommige gevallen is de gemeente wel direct verantwoordelijk voor de (curatieve) zorg in gemeentelijke gezondheidscentra, ziekenhuizen of verpleeghuizen. Het zal duidelijk zijn dat de bevoegdheden van de gemeente in die gevallen heel anders liggen.

Toekomstige ontwikkelingen?

Er is in de afgelopen jaren een groot aantal voorstellen geproduceerd voor een herstructurering van de gezondheidszorg. De rol die hierbij aan de gemeentelijke overheid wordt toegekend verschilt per voorstel.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de ontwerp Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM) waren gebaseerd op de gedachte dat het beleid in de gezondheidszorg op regionaal niveau vorm zou moeten krijgen via integrale gezondheidszorgplannen. De lokale overheid zou een belangrijk rol moeten gaan vervullen bij het opstellen van die plannen. Het kabinet besloot echter in de zomer van 1986 om deze wetsvoorstellen in te trekken.

Het ministerie van WVC installeerde een Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de "commissie Dekker"). In maart 1987 kwam deze commissie met een advies met de titel "Bereidheid tot veranderen". De belangrijkste elementen van dit advies hebben in de eerste plaats betrekking op de structuur van de gezondheidszorg die veel meer zou moeten worden gebaseerd op een marktmechanisme en op het verzekeringsstelsel (een basis verzekering voor iedereen met een aantal aanvullende verzekering tegen bijbetaling). In deze visie is er weinig aandacht voor de rol van de regio's in de gezondheidszorg. Instellingen die op basis van gebiedsindeling opereren (lokale overheden) krijgen in het rapport van de commissie Dekker nauwelijks een rol van betekenis. Alleen op het gebied van de collectieve preventie worden aan lokale overheden duidelijke taken toegekend.

11.2.4 Het volksgezondheidsbeleid inhoudelijk

In 1986 werd de "Nota 2000" uitgebracht waarin de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid tot het jaar 2000 uiteen gezet worden. Uitgangspunt in deze nota is de gedachte dat het streven naar een goede gezondheid van alle inwoners van Nederland centraal moet staan. De aandacht voor gezondheidszorgvoorzieningen is geen doel op zichzelf, maar een "afgeleide" van het streven naar een goede gezondheid voor ieder.

Gezondheidsbeleid moet gericht zijn op alle determinanten van gezondheid: omgevingsfactoren, biologische/erfelijke factoren, leefstijl en de gezondheidszorg. Preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming zijn hierbij belangrijke middelen. Ook wordt in de nota gepleit voor meer aandacht voor intersectoraal beleid; veel factoren die van invloed zijn op gezondheid vallen immers onder andere beleidsterreinen (bijvoorbeeld arbeid, huisvesting, milieu, recreatie).

Een belangrijke doelstelling van het gezondheidsbeleid is het verkleinen van verschillen in gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen.

11.2.5 De zorg voor de gezondheid van migranten op lokaal niveau

Na de voorgaande inleidingen in het minderhedenbeleid en het volksgezondheidsbeleid is het mogelijk om een antwoord te geven op de vraag wat de mogelijkheden zijn voor een gemeente om een actief beleid te voeren inzake de gezondheid van migranten.

De onduidelijkheden over de toekomstige taken en bevoegdheden van gemeenten op het terrein van de volksgezondheid maken dat het antwoord op deze vraag een voorlopig karakter heeft.

Wat zijn de consequenties van het landelijk minderhedenbeleid voor gemeentelijk beleid inzake de gezondheid van migranten? In de eerste plaats is van belang dat er middelen ter beschikking van gemeenten worden gesteld voor de coördinatie van het minderhedenbeleid. Bij de besteding van deze gelden hebben gemeenten een tamelijk grote vrijheid.

Verder geeft het landelijk minderhedenbeleid enige richting aan een inhoudelijke uitwerking. Op het gebied van de volksgezondheid is deze hoofdzakelijk beperkt tot algemene doelstellingen als het streven naar gelijkwaardigheid en het doel de hulpverlening bij algemene in plaats van categoriale voorzieningen te doen plaatsvinden. In het algemeen ligt er, zoals gezegd, weinig prioriteit bij dit beleidsterrein.

De mogelijkheden van gemeenten om beleid te voeren op het gebied van de volksgezondheid zijn relatief beperkt doordat de financiering in belangrijke mate via het stelsel van sociale verzekeringen plaatsvindt.

Is het, gegeven de zeer beperkte bevoegdheden van gemeenten op het gebied van de volksgezondheid en gegeven de geringe prioriteit die in het landelijk minderhedenbeleid wordt toegekend aan gezondheid, nog wel mogelijk om een beleid te voeren gericht op het verbeteren van de gezondheid van migranten? In hoeverre kan een eventueel "coördinerende en stimulerende" rol ook werkelijk worden vervuld in een veld dat voornamelijk beheerst wordt door het particulier initiatief?

In de volgende paragraaf zal worden beschreven op welke wijze in de gemeente Rotterdam is geprobeerd om een actieve rol te vervullen bij het verbeteren van de gezondheid van allochtone inwoners van de stad.

11.3 Het beleid van de gemeente Rotterdam

De ambtelijke coördinatie van het gemeentelijk minderhedenbeleid is in handen van het "Bureau Migranten". Dit bureau coördineert beleidsinspanningen van alle beleidssectoren en ondersteunt de wethouder "bijzondere groepen", de coördinerend wethouder op dit terrein.

De inhoudelijke prioriteiten van het gemeentelijk beleid bij de besteding van de beschikbare middelen liggen bij onderwijs, scholing, werkgelegenheid, kadervorming en integratie (ontwerp-bestedingsplan 1987).

In 1978 werd voor het eerst in de gemeenteraad aandacht gevraagd voor de gezondheid van migranten. Dit heeft onder andere geleid tot de aanstelling

van een coördinator gezondheidszorg migranten bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst. Andere "voorzieningen" waarbij de gemeente in de loop van de jaren een actieve, veelal uitvoerende, rol heeft gespeeld zijn: het tolken-centrum, experimenten met aangepaste oproepsystemen bij de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD, gerichte activiteiten van de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en de afdeling epidemiologie van de GGD, en deelname aan het zogenaamde Samenwerkingsverband GVO waarbinnen bijzondere aandacht aan migranten besteed wordt. Eén van de activiteiten van dit Samenwerkingsverband is het organiseren van een "kadercursus" gezondheidszorg voor buitenlandse vrouwen. Dit houdt in dat Turkse en Marokkaanse vrouwen worden getraind in het geven van voorlichting over gezondheid aan leden van de eigen etnische groep.

Deze voorzieningen en activiteiten zijn voornamelijk beperkt tot die terreinen waar de gemeente wel eigen bevoegdheden heeft. Zij bestrijken slechts een zeer beperkt deel van de gezondheidszorg. De vraag blijft nu of het gemeentelijk beleid enige invloed kan uitoefenen op overige sectoren van de gezondheidszorg.

Nota "de zorg voor de gezondheid van migranten"

In Rotterdam zijn de uitgangspunten voor een "integraal" beleid inzake de gezondheid van migranten neergelegd in de nota "de zorg voor de gezondheid van migranten" die op 13 maart 1987 door burgemeester en wethouders werd vastgesteld.

Alvorens meer inhoudelijk in te gaan op het gezondheidsbeleid in Rotterdam is het nuttig kort stil te staan bij de achtergronden en de reikwijdte van de nota. Bij de totstandkoming van de nota waren diverse instellingen betrokken: de Gemeentelijke Gezondheidsdienst, de secretariaat afdeling Sociale Zaken, Volksgezondheid en Bijzondere groepen, de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen en het landelijk Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. Ter voorbereiding van de nota werden gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van organisaties en instellingen in de gezondheidszorg en er werd een literatuurstudie uitgevoerd. Deze tamelijk "brede" oriëntatie vooraf is duidelijk terug te vinden in de inhoud van de nota. De nota bestrijkt alle sectoren van zorg, ook die waarover de gemeente weinig of geen zeggenschap heeft.

Bij de inventarisatie van knelpunten heeft dus het perspectief van hulpverleners centraal gestaan (ook in de literatuur over dit onderwerp is zelden informatie te vinden over de zienswijze van migranten zelf). In de nota is verder geen aandacht besteed aan de vraag in hoeverre de gesignaleerde knelpunten ook bij autochtone bevolkingsgroepen voorkomen.

Overeenkomstig de uitgangspunten van het landelijk beleid wordt in het beleid van de gemeente Rotterdam ervan uitgegaan dat de zorg voor de gezondheid

van migranten zoveel mogelijk vanuit algemene instellingen verzorgd moet kunnen worden.

In de nota wordt vervolgens ingegaan op knelpunten in de zorgverlening en beleidsmatige knelpunten in vijf "circuits van zorg": de preventieve zorg, de eerstelijnsgezondheidszorg, de intramurale zorg, de geestelijke gezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskundige sector.

■ *preventieve zorg*

In de preventieve zorg bestaan reeds veel initiatieven ter verbetering van de hulpverlening aan migranten. Ontwikkelingen op dit gebied lijken gunstig en ingrijpende nieuwe initiatieven van de kant van de gemeente worden niet noodzakelijk geacht.

In het algemeen wordt wel het probleem gesignaleerd dat migranten onbekend zijn met preventieve gezondheidszorg en het belang van deze voorzieningen niet voldoende erkennen.

■ *eerstelijnsgezondheidszorg*

Het is nog onvoldoende duidelijk in hoeverre er bij huisartsen behoefte bestaat aan bij- en nascholing. Een belangrijk "knelpunt" dat door huisartsen wordt ervaren is de "inadequate hulpvraag" van migranten. Inventarisatie van behoefte aan voorlichting, deskundigheidsbevordering, samenwerking en onderzoek is dringend gewenst, zo wordt in de nota gesteld.

Gezinszorg, kraamzorg en wijkverpleging worden door migranten zelden gebruikt. "Vooralsnog lijkt voorlichting een aangewezen middel. In tweede instantie kan pas worden nagegaan welke ondersteuning de hulpverleners behoeven."

In het maatschappelijk werk bestaat al een initiatief: het "Voorbeeldproject psychosociale hulpverlening" aan migranten in de eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam-zuid. Het betreft een intensieve samenwerking tussen een Turkse en een Marokkaanse maatschappelijk werker en zes gezondheidscentra. De activiteiten van de maatschappelijk werkers zijn gericht op hulpverlening, consultatie en deskundigheidsbevordering. In de nota wordt als een van de mogelijke taken van de gemeente gezien om de ervaringen uit deze beide projecten zo goed mogelijk te verspreiden.

■ *intramurale zorg*

In hoeverre in de intramurale sector extra aandacht van het gemeentelijk beleid gewenst is, is nog onvoldoende duidelijk. Het lijkt erop dat voorzieningen wel zijn afgestemd op de aanwezigheid van allochtone patiënten; of de ziekenhuizen ook in andere opzichten (bijvoorbeeld communicatie of patiëntenvoorlichting) in staat zijn de zorg voor migranten te vervullen is nog onvoldoende bekend.

■ *ambulante geestelijke gezondheidszorg*

De instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben dringend behoefte aan ondersteuning. De problemen van de cliënten uit etnische groepen zijn vaak zeer ernstig, terwijl adequate hulpverleningsmethodieken nog onvoldoende ontwikkeld zijn. Bij de meeste instellingen zijn hulpverleners uit etnische groepen werkzaam die onder meer ondersteuning zouden moeten bieden aan hun collega's. Van deze ondersteunende functie komt in de praktijk meestal weinig terecht; deze hulpverleners worden geheel en al in beslag genomen door het verlenen van directe hulpverlening.

■ *verzekeringsgeneeskunde*

Binnen de verzekeringsgeneeskunde verdient vooral de samenwerking met de huisarts en met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg de aandacht.

Prioriteiten

Naar aanleiding van de nota werd door burgemeester en wethouders gediscussieerd over prioriteiten. Dit heeft geresulteerd in de volgende prioriteitsstelling:

1. problemen die zich voordoen (c.q. waarvan mag worden verwacht dat deze zich in de toekomst in grotere mate zullen voordoen) op de beleidsterreinen ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg;
2. problemen in de intramurale geestelijke gezondheidszorg waarover (nog) weinig bekend is en waarvoor dan ook speciale aandacht is gevraagd;
3. problemen die zich voordoen in de eerstelijnsgezondheidszorg en speciaal in de huisartsgeneeskunde;
4. problemen met betrekking tot de opvang en verzorging van migranten in algemene ziekenhuizen.

Genoemde knelpunten en ook de gestelde prioriteiten liggen voor een belangrijk deel buiten de directe invloedssfeer van de gemeente. Het gemeentelijk beleid heeft op deze terreinen nauwelijks formele bevoegdheden.

Op welke wijze kan het gemeentelijk beleid dan bijdragen aan de oplossing van gesignaleerde problemen? Impliciet spreekt in de nota de gedachte dat de inspanningen van de gemeente vooral op die terreinen gericht moeten zijn waar de uitvoerende instellingen onvoldoende in staat zijn de hulpverlening aan migranten te organiseren (omdat de eigen organisatie niet voldoende mogelijkheden biedt of omdat rijksregelingen tekort schieten). Anders gezegd: de gemeente signaleert hiaten in de zorg en stimuleert dat deze hiaten worden ingevuld.

Verder wordt het als een taak van de gemeente gezien om vooral actief te zijn op een niveau dat "boven" dat van de individuele instellingen ligt. Dit betekent aan de ene kant het breder toegankelijk maken van oplossingen die binnen een organisatie zijn gevonden en aan de andere kant het zoeken naar meer algemene oplossingen voor beleidsmatige knelpunten bij individuele instellingen.

Om deze taken, die voornamelijk liggen op het terrein van stimuleren en coördineren, te realiseren is een aantal concrete activiteiten ontplooid. Voor de financiering hiervan is jaarlijks fl. 100.000 uit de middelen voor het minderhedenbeleid gereserveerd. De inhoudelijke prioriteiten die gesteld zijn in de nota vormen een belangrijke leidraad bij de inzet van deze middelen.

Een voorbeeld van de uitvoering van gemeentelijke activiteiten is de organisatie van de "workshop psychosociale hulpverlening" die in mei 1987 werd gehouden. Aanleiding tot deze workshop was de constatering dat de psychosociale hulpverlening aan migranten bij veel instellingen problemen oplevert. Bij enkele instellingen zijn hiervoor (experimentele) oplossingen gevonden. Het doel van de workshop was om de ervaringen met deze experimenten ook voor de overige instellingen toegankelijk te maken en om problemen bij de onderlinge doorverwijzing van cliënten te verbeteren.

Een dergelijke activiteit, die de belangen van individuele instellingen en organisaties overschrijdt maar wel duidelijk tegemoet komt aan behoeften die bij die instellingen leven en die bovendien juist op lokaal niveau zo relevant is, wordt bij uitstek gezien als een van de aandachtspunten voor het gemeentelijk beleid.

Een tweede voorbeeld is het "informatieproject" dat door de GGD wordt opgezet. Het doel hiervan is om hulpverleners en migranten zelf meer informatie te geven over de gezondheidszorgvoorzieningen in de stad. De voorlichting aan migranten zal verstrekt worden via een televisieprogramma op het kabelnet; de voorlichting aan hulpverleners zal in de vorm van een brochure plaatsvinden.

Indien mogelijk steunt de gemeente ook initiatieven die genomen worden bij instellingen die zelf niet voldoende in staat zijn de initiatieven verder te ontwikkelen. De middelen hiertoe zijn echter zeer beperkt omdat prioriteit wordt verleend aan activiteiten die "instellingsoverschrijdend" zijn. Wel kan de gemeente bevorderen dat elders financiële middelen worden gevonden. Zo is dat bijvoorbeeld gebeurd bij een experiment "dagbehandeling van allochtone psychiatrische patiënten" bij de BAVO-kliniek in Rotterdam.

11.4 Samenvatting

De feitelijke bevoegdheden van de gemeente op het terrein van de gezondheid van migranten zijn beperkt. Op de uitvoering van de zorg kan zij weinig invloed uitoefenen. We zagen echter dat dit een actieve rol van de gemeente op dit terrein niet in de weg hoeft te staan. In Rotterdam zijn diverse activiteiten ontplooid die een verbetering van de hulpverlening aan migranten kunnen bewerkstelligen. Inhoudelijk wordt hiermee aangesloten bij de enige duidelijk landelijke doelstelling met betrekking tot de gezondheid van migranten, namelijk om de zorg voor migranten zoveel mogelijk bij algemene (in plaats van categoriale) instellingen onder te brengen. Het gemeentelijk beleid is gebaseerd

op een analyse van de problemen die hulpverleners ervaren bij de opvang van migranten bij instellingen.

Reeds verrichte en geplande activiteiten zijn voornamelijk "overkoepelend", dat wil zeggen het belang of de capaciteiten van individuele instellingen overschrijdend. Op het gebied van de gezondheidszorg lijkt er dus wel degelijk ruimte te zijn voor een actieve, coördinerende rol van de gemeentelijke overheid.

XII Conclusies en aanbevelingen

12.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk van dit boek werd een aantal vragen gesteld. In de tusslenliggende hoofdstukken werd gerapporteerd over het antwoord op deze vragen. Hier wordt het antwoord op de gestelde vragen nog eens kort samengevat.

Ook komt de evaluatie van de onderzoeksmethode hier aan de orde.

Een doel van deze studie was het verzamelen van gegevens die relevant zijn voor het gemeentelijk beleid inzake de gezondheid van migranten. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke implicaties de onderzoeksresultaten hebben voor het gemeentelijk beleid.

12.2 De gezondheidsenquête als onderzoeksinstrument

In hoofdstuk 4 werd ingegaan op de betrouwbaarheid en de validiteit van de gezondheidsenquête. Hierin werd geconcludeerd dat enkele vragen uit de gezondheidsenquête niet voldoende betrouwbaar of valide gemeten werden. In het algemeen kan echter worden gesteld dat de resterende vragen veel informatie opleverden over de gezondheid en het ziektegedrag van de respondenten. Hierbij moet worden opgemerkt dat vooraf veel aandacht is besteed aan het houden van proefinterviews en het raadplegen van deskundigen en ervaren interviewers over de wijze waarop vragen waren geformuleerd. Tijdens de interviewfase zijn alle interviewers intensief begeleid. Zonder een dergelijke grondige voorbereiding en begeleiding zou een aantal foutenbronnen in de vragenlijst en in de resultaten niet zijn opgemerkt.

De gezondheidsenquête lijkt dus een bruikbaar instrument om gegevens te verzamelen over de gezondheid en het ziektegedrag van Turken. Op grond van deze positieve ervaring kan worden aanbevolen een dergelijk onderzoek ook bij andere etnische groepen uit te voeren. Bij de planning hiervan moet dan wel voldoende rekening gehouden worden met het feit dat veel tijd nodig is voor voorbereiding, proefinterviews en begeleiding om fouten te voorkomen of op zijn minst te signaleren.

12.3 Verschillen in gezondheid en ziektegedrag

De gezondheidstoestand van Turkse en Nederlandse respondenten bleek geen grote verschillen te vertonen. In beide groepen heeft ongeveer een zelfde per-

centage last van chronische aandoeningen en ook over de twee weken voorafgaand aan het interview werden in beide groepen even vaak ziekten gemeld.

De ervaren gezondheid van Turkse respondenten is wel slechter. Zij beoordelen de eigen gezondheid vaker als slecht en zij behalen hogere (ongunstiger) scores op de Vragenlijst voor Ervaren Gezondheid.

De aard van de gezondheidsklachten van Turken en Nederlanders vertoont in veel opzichten overeenkomsten.

In het algemeen is de gezondheid van Turkse mannen slechter dan die van Turkse vrouwen; bij Nederlanders liggen geslachtsverschillen andersom.

Uit de vergelijking van de gezondheid van Turken en Nederlanders per leeftijdsgroep blijkt dat de gezondheidstoestand en de ervaren gezondheid van jonge Turkse respondenten iets beter is dan die van hun Nederlandse leeftijdsgenoten. In de leeftijdsgroep van 35 tot 45 jaar is de gezondheid van Turkse respondenten aanzienlijk slechter dan die van de Nederlandse respondenten.

Het ziektegedrag van Turken en Nederlanders vertoont enkele duidelijke verschillen. Turkse respondenten bezoeken veel vaker de huisarts dan Nederlandse. Nederlandse respondenten proberen veel vaker om zelf de klacht te verhelpen.

Turkse respondenten bezoeken minder frequent een tandarts. Er werd weinig verschil gevonden in de frequentie van bezoek aan medisch specialisten.

Turkse respondenten liggen wel iets vaker, en per opname ook langer in het ziekenhuis dan Nederlandse respondenten.

12.4 Verklaringen voor verschillen

In de hoofdstukken 8 en 10 van dit boek werd ingegaan op determinanten van gezondheid en ziektegedrag.

Om inzicht te verkrijgen in mogelijke verklaringen voor verschillen werd ook een vergelijking gemaakt met de situatie van Turkse respondenten in Antwerpen.

Op basis van de onderzoeksresultaten is het weliswaar niet mogelijk om met grote zekerheid uitspraken te doen over verklaringen; wel werden aanwijzingen gevonden dat sommige factoren meer, andere minder een rol spelen bij het verklaren van verschillen.

De slechtere ervaren gezondheid van de Turkse respondenten kan gedeeltelijk te maken hebben met de slechte sociaal-economische positie (vooral de financiële situatie). Hoewel de Turkse en Nederlandse onderzoeksgroepen zó waren samengesteld dat er zo weinig mogelijk verschil in sociaal- economische status zou bestaan bleek toch dat de positie van de Turkse respondenten in dit opzicht ongunstiger is. Ook de huisvestingssituatie is slechter.

Verder lijkt het erop dat de Turkse respondenten die de eigen gezondheid slecht beoordelen in een situatie leven waarin sprake is van een cumulatie van

problemen op allerlei terreinen. Bij Nederlandse respondenten is dit minder het geval.

Hoewel de Turkse respondenten in Antwerpen vermoedelijk gedeeltelijk met dezelfde problemen te maken hebben als de Turkse respondenten in Rotterdam is bij hen de ervaren gezondheid beter. Dit kan ermee te maken hebben dat Turkse respondenten in Antwerpen intensievere contacten met familieleden onderhouden wat een "bufferfunctie" kan vervullen. Ook de overgang van Turkije of Turkse cultuurpatronen naar de "nieuwe" samenleving zou voor Turken in Antwerpen gemakkelijker kunnen verlopen. Het lijkt aannemelijk dat Turken in Antwerpen indien zij dat wensen de "oude" gedragspatronen beter kunnen voortzetten. Bovendien is de afstand tot de organisatie van de samenleving in Vlaanderen wellicht minder groot dan tot de strak georganiseerde Nederlandse samenleving.

De verschillen in ervaren gezondheid tussen Turkse en Nederlandse respondenten vormen waarschijnlijk tegelijkertijd een deel van de verklaring voor de verschillen in huisartsbezoek. Daarnaast speelt een rol dat de Turkse respondenten weinig alternatieven kennen voor artsbezoek. Uit onderzoek in Zweden bleek dat Turkse vrouwen het vertrouwen in "oude" oplossingen in geval van ziekte verloren hadden en zich daarom bij een klacht heel snel tot de Zweedse gezondheidszorg wendden. De grote verschillen tussen de organisatie van de gezondheidszorg in Zweden en in Turkije hebben deze reactie vermoedelijk mede in de hand gewerkt.

Bij de Turkse respondenten in Antwerpen bleek er geen sprake te zijn van een hoge frequentie van huisartsbezoek. Dit kan ermee te maken hebben dat de organisatie van de gezondheidszorg in België grotere overeenkomsten vertoont met de Turkse. Ook het feit dat de Turkse respondenten frequenter contact onderhouden met familieleden in de stad kan bevorderen dat zij bij gezondheidsproblemen te rade gaan bij familieleden.

12.5 Aanbevelingen met betrekking tot het gemeentelijk beleid

12.5.1 Inleiding

Welke consequenties hebben de antwoorden op de onderzoeksvragen voor het gemeentelijk beleid inzake de gezondheid van migranten?

Het onderzoek had alleen betrekking op Turkse inwoners van Rotterdam. Over de mate waarin deze resultaten ook op andere allochtone groepen van toepassing zijn is nog weinig te zeggen. Een eerste aanbeveling aan het gemeentelijk beleid is dan ook om een dergelijk onderzoek te herhalen bij andere etnische groepen. Hierdoor zou het ook mogelijk worden om in beleidsplannen meer specifiek aandacht aan verschillende etnische groepen te besteden. In de gemeentelijke beleidsnota (zie hoofdstuk 11) wordt nu alleen zeer algemeen gesproken over "migranten".

12.5.2 Algemene uitgangspunten

De nadruk die in Rotterdam wordt gelegd bij de problemen bij instellingen is niet geheel overeenkomstig het landelijk volksgezondheidsbeleid. In de nota 2000 wordt ervoor gepleit om niet langer de voorzieningen centraal te stellen, maar om meer uit te gaan van het bevorderen van de gezondheid van de bevolking. Dit houdt in dat de aandacht meer gericht moet zijn op factoren die de gezondheid beïnvloeden en de gezondheidszorg is hierbij weliswaar een belangrijke, maar zeker niet de enige factor. Welke andere factoren hierbij een rol kunnen spelen werd in hoofdstuk 8 beschreven. In vergelijking met de Nederlandse respondenten is er bij de Turkse respondenten vaker sprake van een cumulatie van problemen. Het is duidelijk dat de mogelijkheden om hierin verbetering te brengen gedeeltelijk buiten het bereik van het gezondheidsbeleid vallen. In samenwerking met andere gemeentelijke diensten zou echter gezocht moeten worden naar mogelijkheden om de situatie te verbeteren. Speciale aandacht verdient hierbij de rol van sociale netwerken.

Een tweede opmerking van meer algemene aard betreft de gedachte dat het perspectief van migranten zelf niet mag ontbreken bij een analyse van problemen op het gebied van de gezondheid van migranten. Bij het nemen van beleidsmaatregelen of het doen van onderzoek dienen visies van hulpverleners én van de migrantengroepen zelf als complementair te worden beschouwd. Bij een aantal onderwerpen kunnen op grond van de kennis van het perspectief van Turken andere nuances worden gelegd dan op grond van informatie van hulpverleners alléén (zoals in de nota "De zorg voor de gezondheid van migranten"). Per "circuit van zorg" zal hierop verder worden ingegaan.

12.5.3 Vijf circuits van zorg

a. Preventieve zorg

Het bezoek van Turkse respondenten aan een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters is al tamelijk hoog. Aangezien ook andere onderzoeksresultaten dit bevestigen lijkt er geen reden om op basis van onderzoeksresultaten aanbevelingen te doen voor beleidswijzigingen.

Tot de preventieve gezondheidszorg moet zeker ook de tandarts gerekend worden. Van problemen of te ondernemen acties op dit terrein wordt in het gemeentelijke beleidsplan geen melding gemaakt. De onderzoeksresultaten wijzen duidelijk uit dat Turken weinig gebruik maken van de diensten van de tandarts. In de volgende paragraaf over eerstelijnsgezondheidszorg wordt hierop verder ingegaan.

b. Eerstelijnsgezondheidszorg

In de nota wordt gesteld dat op het gebied van huisartsgeneeskunde nog veel onbekend is. Voor huisartsen ligt een belangrijk knelpunt in de "inadequate

zorgvraag" van migranten. Uit de onderzoeksresultaten die in dit rapport werden gepresenteerd blijkt dat het voor een goed begrip van problemen rond de hulpverlening aan migranten zeker niet voldoende is alleen hulpverleners aan het woord te laten.

Zo werpen onderzoeksresultaten ander licht op de uitspraak van veel hulpverleners dat migranten geen psychische achtergronden van ziekte zouden erkennen. In de gesprekken die bij respondenten thuis met een interviewer uit de eigen etnische groep werden gehouden brachten de meeste respondenten spontaan naar voren dat hun gezondheidsklachten te maken hebben met problemen op andere terreinen. Het probleem dat door hulpverleners wordt gesignaleerd lijkt dan ook eerder te liggen bij de communicatie tussen hulpverlener en Turkse patiënt of bij de perceptie van hulpverleners dan alleen bij de opvattingen van Turkse patiënten.

Dit alles neemt niet weg dat het "inventariseren van behoefte aan voorlichting, deskundigheidsbevordering, samenwerking en onderzoek" bij hulpverleners zoals in de gemeentelijke beleidsnota voorgesteld, een nuttige zaak kan zijn. Er moet alleen voor gewaakt worden dat bij de vaststelling van de inhoud van deze voorlichting en deskundigheidsbevordering en van de wijze van samenwerking niet alléén wordt uitgegaan van de probleem-analyse van hulpverleners.

In dat geval zou een belangrijk onderwerp voor voorlichting of deskundigheidsbevordering vermoedelijk al buiten beschouwing blijven, namelijk het bestrijden van vooroordelen en stereotiepe opvattingen over de gezondheid van migranten.

Ook moet meer aandacht besteed worden aan het feit dat communicatieproblemen vaak al een eerste barrière vormen tussen arts en buitenlandse patiënt. Ondanks het feit dat dit toch alom wordt erkend en er hulpmiddelen voor de communicatie beschikbaar zijn blijkt het toch voor te komen dat een patiënt die geen woord Nederlands spreekt of verstaat aan de huisarts moet zien uit te leggen wat hem mankeert.

In de praktijk worden er wel enkele initiatieven genomen om de communicatie tussen huisarts en allochtone patiënten te verbeteren (bijvoorbeeld een cursus die ontwikkeld is door de Stichting Buitenlandse Werknemers). De omvang van het probleem lijkt echter een grootschaliger aanpak te rechtvaardigen.

De gezondheidsklachten waarmee Turkse patiënten de huisarts bezoeken zijn in grote lijnen dezelfde als die van de Nederlandse respondenten uit dit onderzoek. Wel lijkt het erop dat de "drempel" om een bezoek te brengen aan de huisarts voor Turken lager is. De Turkse respondenten gaan bij een klacht al heel snel naar de huisarts; Nederlanders proberen veel vaker zelf een oplossing te vinden. De achtergrond van dit verschil kon niet met zekerheid worden vastgesteld. Een mogelijke verklaring is dat de reacties op ziekte die men in Turkije gewend was in Nederland niet voortgezet konden worden omdat de omstandigheden daar niet meer naar zijn en ook omdat men de ervaring heeft

dat de eigen oplossingen in de westerse gezondheidszorg worden afgekeurd. Kennis over hier bruikbare vormen van ziektegedrag wordt moeilijk verworven doordat de informatie vaak moeilijk toegankelijk is. Hierbij speelt niet alleen taal een rol maar ook het feit dat een deel van de respondenten een zeer laag opleidingsniveau heeft. Uit de half-gestructureerde interviews bleek dat voor (vooral vrouwelijke) Nederlandse respondenten boeken en vooral ook tijdschriften, "damesbladen", een belangrijke bron van informatie zijn over ziekte en gezondheid.

Het is gewenst dat de mogelijkheden van "zelfzorg" (acties die men zelf kan ondernemen in geval van ziekte, anders dan het raadplegen van deskundigen) van Turken worden vergroot. Voorlichting is dan de aangewezen weg. Hierbij moet er bijzonder voor worden gewaakt dat het zelfvertrouwen in zaken van gezondheid en ziekte niet nog verder wordt ondermijnd. Preventie en voorlichting moet daarom zoveel mogelijk aansluiten bij gedragingen die Turken gewend waren toe te passen. De eerder genoemde "kadercursus" waarbij Turkse en Marokkaanse vrouwen worden getraind in het geven van voorlichting over gezondheid sluit hierbij goed aan. Het is belangrijk dat mogelijkheden worden gecreëerd om deze vrouwen zoveel mogelijk aan het werk te helpen.

In de gemeentelijke beleidsnota wordt ervan uitgegaan dat gezinszorg en de curatieve diensten van de wijkverpleging zelden door migranten gebruikt worden. Van gezinszorg wordt inderdaad door de Turkse respondenten heel weinig gebruik gemaakt; in vergelijking met Nederlandse respondenten wordt echter iets vaker een beroep gedaan op de wijkverpleging. Voorlichting over wijkverpleging lijkt dus niet nodig te zijn, althans niet met het doel het gebruik ervan te stimuleren. Wat betreft de gezinsverpleging geldt vermoedelijk dat niet (alleen) onbekendheid met de voorziening verantwoordelijk is voor het geringere gebruik. Het is ook heel goed mogelijk dat deze vorm van hulpverlening waarbij een Nederlandse gezinsverzorgster het huishouden regelt niet erg op prijs wordt gesteld in Turkse gezinnen. Ook is niet duidelijk of er bij Turken behoefte bestaat aan deze vorm van zorg. Voordat met voorlichting wordt begonnen moet hierover meer duidelijkheid bestaan.

Over knelpunten in de tandartszorg wordt in het gemeentelijk beleidsplan in het geheel niet gesproken. Deze zijn echter wel degelijk aanwezig. Turken gaan beduidend minder vaak naar een tandarts dan Nederlanders. Als zij al een tandarts bezoeken gebeurt dat pas bij acute pijn; het periodiek onderzoek komt bij Turken nauwelijks voor. In de gestructureerde interviews bleek soms dat Turkse respondenten niet op de hoogte zijn van het feit dat tandartsenzorg (nog) deel uitmaakt van het ziekenfondspakket. In de half-gestructureerde interviews werd hiernaar gericht gevraagd. Hieruit werden geen verdere aanwijzingen gevonden dat de ziekenfondsvergoeding door tandartsen onbekend is. Uit deze half-gestructureerde interviews bleek wel dat preventief tandartsbezoek heel weinig prioriteit krijgt in de Turkse gezinnen. Wel zeggen de Turkse respondenten dat het goed is dat hieraan op scholen aandacht wordt

besteed en ook voor henzelf zien zij er het nut wel van in. Het belang wat eraan wordt toegekend is alleen niet erg groot.

Voorlichting hierover kan zeker relevant zijn. Op die plaatsen waar Turken wel komen (bijvoorbeeld de huisarts) zou informatie verstrekt kunnen worden over het belang van periodiek onderzoek bij de tandarts en over de betalingsmogelijkheden hiervan. Uiteraard zullen hierbij ontwikkelingen met betrekking tot de ziekenfondsdekking nauwlettend gevolgd moeten worden.

c. Intramurale zorg

Turkse respondenten verblijven gemiddeld langer in een ziekenhuis dan Nederlandse. De achtergrond hiervan is nog onduidelijk. Nu is het aantal respondenten waarop deze informatie is gebaseerd gering. Er zijn echter geen landelijke statistische gegevens bekend op basis waarvan kan worden vastgesteld of het hier om een landelijke tendens gaat, of dat deze resultaten door toeval tot stand zijn gekomen. Het is belangrijk dat deze gegevens wel beschikbaar komen, ofwel door uitbreiding van bestaande registraties ofwel door gericht onderzoek. Als resultaten hiervan overeen zouden komen met die van het Rotterdamse onderzoek dan moet vervolgens worden onderzocht wat de oorzaken zijn van de langere opnameduur van Turken.

De aanbeveling die hieruit voortvloeit, namelijk om na te gaan wat de mogelijkheden zijn voor registratie van indicatoren voor etnische herkomst in ziekenhuisgegevens, is inmiddels al bij de GGD in uitvoer gebracht. Eind 1988 werd gestart met een "haalbaarheidsonderzoek".

d. Ambulante geestelijke gezondheidszorg

Aan het gebruik van voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg werd in dit onderzoek wel enige aandacht besteed. Omdat de gesprekken over dit onderwerp vooral bij (Nederlandse en Turkse) mannelijke respondenten vaak zeer moeizaam verliepen zijn de resultaten verder niet geïnterpreteerd.

Een onderzoeksresultaat dat wel relevant is voor de geestelijke gezondheidszorg is het feit dat de Turkse respondenten in de half-gestructureerde interviews wel degelijk bereid en in staat waren om te praten over psychische achtergronden van hun gezondheidsklachten.

12.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de vragen die in het begin van dit boek werden geformuleerd.

In de eerste plaats wordt geconcludeerd dat de gezondheidsenquête, mits met grote zorgvuldigheid uitgevoerd, een geschikt instrument lijkt te zijn voor het verzamelen van informatie over de gezondheid van Turken. Het lijkt dan ook zinvol om een dergelijk onderzoek ook bij andere etnische groepen te herhalen.

De gezondheidstoestand van de Turkse respondenten komt in grote lijnen overeen met die van de Nederlandse respondenten; de ervaren gezondheid van de Turkse respondenten is slechter dan die van de Nederlandse respondenten.

De slechte(re) ervaren gezondheid van Turken in Rotterdam kan te maken hebben met een ongunstige financiële positie, een slechte huisvestingssituatie en met een cumulatie van problemen op verschillende terreinen. Ook de inpassing in de tamelijk strak geregelde Nederlandse samenleving kan problemen met zich meebrengen die de ervaren gezondheid negatief beïnvloeden.

Turkse respondenten bezoeken vaker de huisarts en liggen gemiddeld iets vaker en ook langer in het ziekenhuis dan Nederlandse respondenten. Nederlandse respondenten komen vaker bij een tandarts.

Het hoge huisartsbezoek bij Turkse inwoners van Rotterdam heeft deels te maken met de slechtere (ervaren) gezondheid. Ook het feit dat andere mogelijkheden om (in Nederland) te reageren op situaties van ongezondheid minder bekend zijn kan hierbij een rol spelen. Dit kan weer te maken hebben met verschillen tussen de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland en Turkije.

Bij het vaststellen van het beleid inzake "de zorg voor de gezondheid van migranten" in Rotterdam is alleen rekening gehouden met problemen die zich voordoen bij gezondheidszorginstellingen. Hierdoor wordt in de eerste plaats voorbij gegaan aan het feit dat de gezondheid door veel meer factoren dan alleen de gezondheidszorg wordt beïnvloed. Bovendien wordt te weinig rekening gehouden met het perspectief van migranten zelf. Het gevolg hiervan is dat in de beleidsnota overwegend verschillen tussen leden van etnische groepen en autochtone Nederlanders worden benadrukt. Uit het onderzoek waarover hier wordt gerapporteerd blijkt dat er in veel opzichten ook overeenkomsten zijn.

Op het gebied van voorlichting en bijscholing van hulpverleners bestaan in Rotterdam reeds diverse initiatieven. Het is belangrijk dat hierbij rekening wordt gehouden met de kennis die in dit onderzoek werd verzameld.

Ook voorlichting aan Turken is gewenst. Hierbij moet aan een aantal onderwerpen gedacht worden. Het eerste en meest belangrijke betreft ziektegedrag en dan vooral de mogelijkheden voor "zelfzorg". Een tweede onderwerp is het preventief tandartsbezoek. De Turkse respondenten hechten hieraan weinig belang. Door middel van voorlichting kan hierin wellicht verandering worden gebracht.

SUMMARY

Background and study design

This book deals with health and illness behaviour of Turkish and Dutch inhabitants of Rotterdam in the Netherlands. The information was gathered in a study, conducted by the municipal health service of the city of Rotterdam. Data of a similar project among Turkish people in Antwerp (Belgium) were also used. In addition a study of relevant literature was carried out.

An investigation of this kind was necessary because, in spite of the existing huge amount of literature on the subject, few real data were available on the differences in health situation and illness behaviour between Turkish people in the Netherlands and Dutch people with a similar socio-economic background. The literature that was available at the start of the project was mostly of a reflective nature. Data on the health situation of immigrant groups in the Netherlands only very rarely concerned a random sample of an immigrant group. Representative information of this kind is vital for a proper understanding of the health situation of immigrant groups.

Two hundred and forty-eight Turkish and 244 Dutch people participated in the study. Half of them were male, half female. They were all interviewed at their homes by an interviewer of their own ethnic group and sex. With some respondents who reported a bad health condition in the first (structured) interview, a second, semi-structured, interview was held.

The Turkish respondents were randomly selected from the municipal registry office; Dutch respondents were matched pairwise with them, according to ages, sex and address.

Since this study was the first to conduct a health interview survey among an immigrant group in the Netherlands, extensive attention was paid to methodological aspects (the reliability and the validity of the data).

The health situation

A distinction is made between more "subjective" and more "objective" indicators of (un)health, somewhat analogous to the distinction between "illness" and "disease". The most important "subjective" indicators of health are the answers to a questionnaire measuring vague physical complaints and the answers to questions how respondents rate their own health condition (good, reasonable or bad). "Objective" health indicators are in the first place the answers to questions measuring chronic disorders and in the second place the answers to questions about diseases suffered in the two weeks prior to the interview. It must

be remembered though, that the respondents form the only source of information. This means that there is a subjective element in all the data collected.

In both groups the percentage of respondents reporting one or more physical disorders is approximately the same. Also the categories of the disorders show great resemblance in both groups. It is therefore concluded that Turkish and Dutch respondents are very similar in regard to "objective" indicators of health. "Subjective" indicators however, show more differences between the two groups. Turkish people, especially the men in the older age groups, answered the questions relating to this aspect in a less positive way than the Dutch respondents did.

Signs of a poorer health situation of Turkish immigrants in regard to more subjective aspects are in agreement with the results of other similar studies in the Netherlands.

Differences between the sexes are reverse for Dutch and Turkish respondents: Dutch male respondents are relatively healthy, whereas Turkish male respondents are relatively unhealthy. Turkish and Dutch women however, are in relatively the same, intermediate, health position.

When comparing the health situation of Turkish respondents from Rotterdam with the health situation of Turkish respondents from Antwerp, it turns out that Turkish women from Antwerp suffer more from chronic disorders than both Turkish men in Antwerp and Turkish men and women from Rotterdam. Again, the categories of the disorders are quite similar in both groups.

The subjective health of Turks from Antwerp is better than the subjective health of Turks from Rotterdam.

Contrary to the differences between the sexes in Rotterdam, Turkish men in Antwerp show more positive results on both subjective and objective indicators of health than Turkish women.

The relatively bad subjective health of (especially male) Turkish respondents found in Rotterdam could be related to their low socio-economic status. Although this potentially confounding factor has been matched for as much as possible, it could not be avoided that the Turkish respondents have a lower average level of education and occupation than the Dutch respondents. It is furthermore possible that the low socio-economic status infers even more problems for Turkish than for Dutch people, since the main goal of their migration to the Netherlands was to improve their socio-economic status.

The fact, however, that Turkish inhabitants from Antwerp belong to similar socio-economic groups as Turkish inhabitants from Rotterdam and yet have a better subjective health, renders this explanation less plausible.

The housing situation of Turks in Rotterdam is bad compared to both Turks in Antwerp and the Dutch respondents in Rotterdam. Another difference between the Turkish respondents from Antwerp and from Rotterdam that may account for the difference in subjective health, is the intensity of social contacts. Although both groups have frequent contact with members of their family within the same city, these contacts are even more frequent within the

Turkish immigrant group in Antwerp. In the literature on the health situation of immigrants, much importance is given to this factor. Tight social networks can act as a "buffer" against potentially harmful effects of migration. However, in the Dutch literature it is also reported that for Turkish women very frequent contacts with other Turkish families can bring along stress, because it usually implies also strong social control.

Another relevant risk factor for health can be the existing differences in customs, standards and values in Turkey and the Netherlands (which does not mean that these are homogenous within both countries). At least two issues are relevant here. In the first place there is the degree to which it is possible to maintain, as far as desired, "old" customs in the "new" society. The second issue is the extent to which the "new" society differs from the "old". Although there is not much real proof, it seems likely that in both aspects the situation of Turkish people in Antwerp is better than the situation of Turkish people in Rotterdam. The difference lies mainly in the fact that Dutch society is more strictly organized and more governed by "rules". Belgian and Turkish societies may be more similar in these respects.

Turkish and Dutch respondents both have similar ideas about the origin of their health complaints. Turkish and Dutch women both ascribe their bad health situation merely to "anxieties". In the literature about this subject it is often stated that mediterranean immigrants do not accept the idea that their physical condition may have something to do with psycho-social factors. In this study it is shown that especially Turkish women are very well aware of the relationship between their health status and problems in other sectors of life.

Turkish women in a bad health condition also report a cumulation of problems of different categories. This is generally not the case with Dutch women in a similar health condition. Some of the troubles of Turkish women typically relate to their immigrant status: worries about, or longing for family members in Turkey.

Turkish and Dutch men on the other hand, name a heavy or unregular working situation as the main cause of their health problems.

Illness behaviour

In line with results of other studies, Turkish respondents in this project visit their general practitioner more often than the Dutch respondents. Women of both nationalities do so more often than men. Turkish respondents in Antwerp visit their general practitioner far less frequently than the Turkish respondents in Rotterdam.

It can be speculated that the higher frequency of visits to their general practitioner by Turkish respondents in Rotterdam is partly caused by the noted differences in subjective health. The second, semi-structured, interviews showed that Turkish respondents are far more likely than the Dutch to visit a

physician when they notice physical discomfort. The reaction of Dutch people to physical complaints is more differentiated. Depending on the kind of disorder and on previous experiences with their general practitioner they vary their response.

In both Rotterdam and Antwerp, Turkish respondents are hospitalized slightly more often and for a longer period than the Dutch respondents in Rotterdam. Approximately one fifth of the Turkish respondents in Rotterdam visited a doctor in Turkey during the year preceding the interview.

Turkish respondents visit the dentist less frequently than Dutch respondents.

The method evaluated

In various ways information was gathered about the reliability and validity of the health interview survey that was used in this study. On a limited scale a test-retest study was carried out. Furthermore the relation between characteristics of the method and the research results was investigated. Finally intensive talks were held with the interviewers before, during and after the interviewing period, among others about possible sources of misunderstanding by respondents.

These experiences led to the conclusion that the values of the answers to some questions could not be relied on. These questions were therefore omitted from the results.

In general however the conclusion is that, if carried out with considerable scrupulousness, the health interview survey proves to be a useful method for gathering information about the health situation of immigrant groups.

Literatuur

- Actieprogramma minderhedenbeleid, Tweede Kamer der Staten Generaal 1987.
- Allema, J., Knelpunten en lacunes in de algemene gezondheidszorg, in: Danz, M.J., M.A. van Geuns en H.J. Nordbeck, *Verslagboek symposium gezondheidszorg voor ethnische minderheden 1982*, 3-15.
- Andersen, R., A behavioral model of families use of health services, in: *Research series* 25, Chicago Center for Health Administration studies, 1968.
- Avezaat, J.J.M. en J.Th. Lutjehuis, Ulcus pepticum bij allochtone Nederlanders, in: *Huisarts en Wetenschap* 29 (1986), 218-219.
- Avezaat, J.J.M., Migranten in een huisartsenpraktijk, in: *Bijblijven*, 4 (1988) 5, 17-23.
- Belleman, S.J.M., De contactfrequentie van allochtone patienten, in: *Huisarts en Wetenschap* 29 (1986), 48-50.
- Berg-Eldering, L. v.d., Falen als oorzaak van stress bij Marokkaanse arbeiders in Nederland, in: *Medisch Contact* 32 (1977), 495-499.
- Böcker, W., Zur psychischen Morbidität ausländischer Arbeitnehmer (Gastarbeiter) in der B.R.D., in: *öff. Gesundheitswesen* 39 (1977), 720-732.
- Borghols, P. en P. van Haastrecht, *From innovation to fatalism: attitudes of three groups of women towards nutrition, familyplanning, health and illness in two small anatolian villages, Turkey*, Doctoraalscriptie Rijks Universiteit Utrecht 1988.
- Boutar-Boxelaar, M. en M.J. Burgers, *Marokkanen en Turken in de Nederlandse Gezondheidszorg*, Doctoraalscriptie Rijks Universiteit Utrecht, Utrecht 1982.
- Bouw, C. en C. Nelissen, *Werken en zorgen; een vergelijkend onderzoek naar de arbeidservaring van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse vrouwen*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1986.
- Brassé, P., De vrijetijdsbesteding van jonge Turken en Marokkanen, in: *Migrantenstudies* 1 (1985) 2, 6-16.
- Brassé, P., W. van Schelven, L. van der Valk en M. de Vries, *Jonge Turken en Marokkanen op de Nederlandse arbeidsmarkt*, Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam 1983.
- Burg, E. van den, *Canals*, Department of datatheory, University of Leiden 1985.
- Burke, A.G., Racism, prejudice and mental illness, in: J.L. Cox, *Transcultural psychiatry*, Croom Helm, London 1986, 139-158.
- Buijs, F. en J. Rath, *De stem van migranten en werklozen*, COMT/Rijks Universiteit Leiden, Leiden 1986.

- Cassee, E.Th., *Naar de dokter, enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg*, Boom, Meppel 1972.
- CBS, *Maandstatistiek van de bevolking* 6, 1983.
- CBS, *De leefsituatie van Turken en Marokkanen in Nederland*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1986.
- CBS, *De leefsituatie van Turken en Marokkanen in Nederland* 1984, deel 3, Huishoudens en migratie, Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage 1987.
- CBS, *Netherlands health interview survey 1981-1985*, CBS, 's-Gravenhage 1988.
- CBS, *De leefsituatie van Turken en Marokkanen in Nederland*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1986.
- Choenni, C. en R. de Jong, *Migranten aan de beurt*, COMT/Rijks Universiteit Leiden, Leiden 1982.
- Collatz, J., E. Kursat-Ahlers en J. Korporal, *Gesundheit für Alle*, E.B. Verlag, Rissen 1985.
- Colledge, M., H. van Geuns en P.G. Svensson, *Towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*, W.H.O., Kopenhagen 1986.
- Danz, M.J., H.A. van Geuns en H.J. Nordbeck, *Verslagboek Symposium Gezondheidszorg voor etnische minderheden* 1982.
- Danz, M.J., R.W.M. Gründemann en D. Koopman, *Klasgenoten, de situatie van Turkse en Nederlandse jongeren vergeleken*, NIPG/TNO, Leiden 1987.
- Dean, K., Self care responses to illness: a selected review, in: *Soc. Science and Med.* 15a (1981), 673-687.
- Dedeoglu, N., *Gezondheidsproblemen van Turkse gastarbeiders*, Koninklijk instituut voor de Tropen, Amsterdam 1979.
- Deursen, C.L.G. van, H.F.L. Garretsen en A.F. Algra, *Gezondheid, leefstijl en ziekteverzuim bij Rotterdamse gemeenteambtenaren*, GGD. afdeling Epidemiologie, Rotterdam 1988.
- Dijk, R. van, *Mijn gezondheid is gebarsten als glas, arbeidsongeschikte Marokkanen en Turken in de eerste lijn in Bos en Lommer*, OSA, Amsterdam 1985.
- Dijk, R. van, Somatiseren bij arbeidsongeschikte Marokkanen, *Migrantenstudies*, 1 (1985) 4, 36-50.
- Directoraat Generaal van de Arbeid, Ongevallen bij buitenlandse werknemers in Nederland over 1968, '70 en '71, *De Veiligheid* 48 (1972) 387/388.
- Doornbos, J.P.R., H.J. Nordbeck en P.E. Treffers, De betrouwbaarheid van de registratie van de perinatale sterfte in Nederland, onderzocht voor de gemeente Amsterdam, *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde* 131 (1987) 21.
- Dorrenboom, G., *Arts en buitenlandse werknemer*, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht 1982.
- Douma, G., G. den Blanken, K. van der Haak, N. Sheik Joesoef en R. Luyken, De voedingstoestand van Marokkaanse, Turkse en Nederlandse kinderen in Amsterdam: Antropometrie, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 65 (1987), 125-130.
- Drenth, J.D., *Inleiding in de testtheorie*, Van Loghum Slaterus, Deventer 1984.
- Entzinger, H.B., *Het minderhedenbeleid*, Boom, Meppel 1984.

- Eppink, A., *Migranten in het buitenland, buitenlands wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheid van migranten*, NCGV Reeks 113, Utrecht 1987.
- Eppink, A., Lezing over de praktijk van de hulpverlening, in: F. Schrameijer, *Migranten en geestelijke gezondheidszorg, verslag van een studiedag*, NCGV Reeks 61, Utrecht 1983, 17-29.
- Etten, G.M. van, Onderzoek op het gebied van de Gezondheidszorg voor ethnische minderheden, in: M.J. Danz, H.A. van Geuns, H.J. Nordbeck, *Verslagboek symposium Gezondheidszorg voor ethnische minderheden* 1982, 39-43.
- Eylenbosch, J.W. en R. Peeters, *Omgaan met gezondheid en ziekte*, ESOC, Universiteit van Antwerpen 1986.
- Fernando, S., Depression in ethnic minorities, in: J.L. Cox, *Transcultural psychiatry*, Croom Helm, London 1986, 107-139.
- Foster, G.M. en B.G. Anderson, *Medical anthropology*, John Wiley and Sons Inc. 1978.
- Freidson, E., *Profession of medicine, a study of the sociology of applied knowledge*, Harper and Row 1970.
- Friessem, D.H., Psychiatric and psychosomatic diseases of foreign workers in the Federal Republic of Germany: a contribution to psychiatry of migration, in: *Psych. Neurol. med. Psychologie* 26 (1974), 78-90.
- Garretsen, H. en A. Wierdsma, *Een locale gezondheidsenquête, wenselijkheden en mogelijkheden*, GGD, afdeling Epidemiologie, Rotterdam 1984.
- Gelauf-Hanson, C.W., *Hulpzoeken, een onderzoek naar het hulpzoekgedrag van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse ouders t.b.v. hun 0 t/m 12 jarige kinderen*, Ned. inst. v. kinderstudies 1985.
- Gemeentelijk Bureau voor Onderzoek en Statistiek, *Demografische gegevens* 1985, Rotterdam 1985.
- Geuns, H.A., TBC en de volksgezondheid, in: *Gezondheidszorg Turkse en Marokkaanse migranten*, Boerhave commissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde 1982, 115-125.
- Gorissen, W.H.M., P.C.M. Ticheler e.a., *Gezondheidspeiling Utrecht: Resultaten van de gezondheidspeiling Utrecht 1986-1987*, GG&GD Utrecht.
- Gründeman, *Migranten, gezondheid en kontakten met de Nederlandse gezondheidszorg*, NIPG/TNO, Leiden 1985.
- Haan, M. de, Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren in een Amsterdamse huisartsenpraktijk, in: *Huisarts en Wetenschap* 27 (1984), 345-348.
- Haas, M. de, *Buitenlandse kinderen in de jeugdgezondheidszorg te Rotterdam*, Landbouwhogeschool Wageningen 94, 1981.
- Haastrecht, P. van, *Turkse migranten. Gezondheid en gezondheidszorg, aanzet tot een herinterpretatie*, Doctoraalscriptie Rijks Universiteit Utrecht, Utrecht 1988.
- Häffner, H., G. Moschel en M. Öztek, Psychische Störungen bei Türkischen Gastarbeitern, eine Prospektiv Epidemiologischen Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung, in: *Nervenarzt*, 1977, 48, 268-275.
- Häffner, H., Psychiatric morbidity among immigrant workers in Mannheim, epidemiologische Analyse einer inanspruchnahmepopulation, in: *Nervenarzt*, 1980, 11, 672-683.

- Haes, W.M.F. de en C.G. de Haan, Gezondheidsbedreigingen en gezondheidsgedrag, visies van de bevolking als basisgegevens voor G.V.O. activiteiten, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 58 (1980), 709-714.
- Heide, A. van de en M. Eppink, *Aspecifieke gezondheidsklachten bij Rotterdamse schoolkinderen*, Landbouwhogeschool Wageningen & GGD, Rotterdam 1987.
- Hobin, V. en F. Moulart, *Integratiebeleid buitenlandse minderheden in Vlaanderen*, Brussel 1986.
- Hodiamont, P.P.G, E.J.H. ter Heine, P.H.J.M. Heyendaël, J.W. Fürer en P.G.M. Peer, Psychiatrische en psycho-sociale problematiek: overeenkomst en verschil, *Maandblad voor geestelijke Volksgezondheid* 1986, 2, 128-144.
- Hoffmann, L., Erkrankungen bei Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Med. Klin.* 73 (1978) 16, 571-578.
- Honig-Parnass, T., The effects of latent social needs on physician utilization by immigrants: a replication study, in: *Soc. Science and Med.* 16 (1982), 505-514.
- Hoogendijk, J., *Canonische correlatie analyse en de resultaten van een gezondheidsenquête bij Turken*, GGD, afdeling Epidemiologie, Rotterdam 1988.
- Hoolboom, H., *Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers*, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij, Alphen aan de Rijn 1980.
- Hoolboom, H., The problems of research into health and health care, with particular reference to ethnic minorities, in: Colledge, M., H. van Geuns, P.G. Svensson, *Towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*, W.H.O., Copenhagen 1986, 103-121.
- Jansen, S., *Belgische migranten in Nederland*, Vakgroep Cult. Antrop. Rijks Universiteit Utrecht, Utrecht 1988.
- Jong-Gierveld, J. de, en J. van der Zouwen, *De vragenlijst in het sociaal onderzoek*, Van Loghum Slaterus, Deventer 1987.
- Kagitçibasi, C., Relatieproblemen in het Turkse gezin en de rol van de vrouw, in: Koning Boudewijnstichting, *Bilgi Alisverisi, Hulpverlening en gezondheidspromotie met Turkse migranten*, Brussel 1988, 41-51.
- Kalsbeek, H., Tandcariës bij kinderen van migranten uit Turkije en Marokko, in: *Voeding*, 49 (1988), 54-58.
- Kars-Marshall, C.S., Y.W. Spronk-Boon en M. Pollemans, National health interview surveys for healthcare policy, in: *Soc. Science & Med.*, 22 (1988) 2, 223 -233.
- Kars-Marshall, C.S., M. Pollemans en Y.W Spronk-Boon, *Feeling the nations pulse, a study of national health interview surveys*, Department of Public Health and Social Sciences, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1983.
- Kasl, S.V. en L. Berkman, Health consequences of the experience of migration, *Ann. Rev. Public Health* 4 (1983), 69-90.
- Kleinbaum, D.G., L.L. Kupper en K.E. Muller, *Applied regression analysis and other multivariable methods*, P.W.S. Kent Publishing Company, Boston 1980.

- Kleinman, A., Depression, Somatization and the new cross-cultural psychiatry, in: *Soc. Science and Med.* 11 (1977), 3-10.
- Kleinman, A., *Patients and Healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley/Los Angeles/Londen 1980.
- Knapen, F. van, A.R. Verdonk en J.H. Franchimont, Echinokose in Nederland, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 126, (1982) 24.
- Koeter-Kemmerling, L.G., J.P. van Dijk en L.J. Middel, *Determinanten van gezondheid, inventarisatie van Nederlands onderzoek naar leefwijzen en maatschappelijke omgevingsfactoren*, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen 1987.
- Kohn, R. en K.L. White, *Health care, an international study*, Report of the W.H.O. international collaborative study of medical care utilization, Oxford Univ. Press 1977.
- Koot, W., en A. van der Wiel, *Op weg naar werk ver van huis*, Coutinho, Muiderberg 1982.
- Kroeger, A., Response errors and other problems of health interview surveys in developing countries, in: *World Health Statistics Quarterly* 38 (1985), 15 - 37.
- Kroeger, A., W. Weber, E. Koen en E. Streich, *Der Umgang mit Krankheit im Türkischen und Deutsche Arbeitnehmerfamilien*, Institut für Tropenhygiene der Universität Heidelberg 1986.
- Kroeger, A., Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results, in: *Int. journal of Epidemiology* 4 (1983), 465-481.
- Kroeger, A., Anthropological and socio-medical health care research in developing countries, in: *Soc. Science and Med.* 1983, 3, 147-161.
- Kuiper, C., E. Schlesinger-Tas en G. Vaandrager, Preventieve gezondheidszorg voor kinderen van migranten, een onderzoek naar de deelname aan de jeugdgezondheidszorg (0-4 jr.) in Den Haag, in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 64 (1986), 365-369. Kuylen, H., *Bibliografie methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek*, NIVEL, Utrecht 1987.
- Leeuw-Vringer, J. de, *Gezondheidstoestand van Nederlandse en Buitenlandse kinderen - bevindingen bij P.G.O.*, NIPG/TNO, Leiden 1983.
- Limburg-Okken, A., Identiteitsonzekerheid bij Marokkanen, *Maandblad voor geestelijke volksgezondheid* 1981, 7/8, 625-634.
- Luykx, M. en P. Uniken Venema, *Wegblijven van school, een onderzoek naar het verzuim en het voortijdig verlaten van de school bij 14-17 jarige Turkse, Marokkaanse en Nederlandse meisjes*, Vakgroep Onderwijskunde, Rijks Universiteit Utrecht, Utrecht 1985.
- Mackenbach, J.P. en J.P. van der Maas, *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*, Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1987.
- Mak, G. en F. Schrameijer, *Migranten en geestelijke gezondheidszorg*, NCGV 55, Utrecht 1983.
- Mc. Kinlay, J.B., Some issues associated with migration, health status and the use of health services, in: *Journal of chronic diseases* 28 (1975) 579-592.

- Mc. Kinlay, J.B., Some approaches and problems in the study of the use of services - an overview, in: *Journal of health and social behavior* 13, (1972), 115-152.
- Mechanic, D., Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects?, in: *Journal of health and social behavior* 1979, 20, 387-396.
- Medisch Contact*, themanummer "Gastarbeider en gezondheidszorg", 1982, 32.
- Meer, Ph. J. van der, *Het psychosociale gesprek met Marokkaanse cliënten*, Proefschrift Rijks Universiteit Leiden, Leiden 1984.
- Meerling, *Methoden en technieken van psychologisch onderzoek*, Boom, Mepel 1981.
- Memorandum, *Memorandum inzake het minderhedenbeleid in de jaren '90*, vier grote gemeenten.
- Meulmeester, J.F., *Voedingsonderzoek bij Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland*, Koninklijk instituut voor de Tropen, Amsterdam 1988.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken, *Minderhedennota*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1983.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Nota 2000*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1986.
- Mook-Engel, J.C., Psychosociale hulp, ook voor kinderen van migranten?, in: *Migrantenstudies* 4 (1988), 34-42.
- Mootz, M., De geneigdheid tot het gebruik van medische voorzieningen, in: *Gezondheid en samenleving* 1983, 1, 42-52.
- Most van Spijk, M. van de, *Gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam, ervaringen van ouders en hulpverleners*, GG&GD, Amsterdam 1985.
- Murphy, H.B.M., Migration, culture and mental health, in: *Psychological Medicine* 1977, 7, 677-684.
- Nijhuis, G., H. Nordbeck en S. Belleman, *Perinatale en Zuigelingensterfte in Amsterdam en Den Haag, een probleem van migranten*.
- Öztek, Z., Social and health problems of migrant workers, in: Colledge, M., H. van Geuns, P.G. Svensson, *Towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*, W.H.O., Copenhagen 1986.
- Oppen, M., Ausländerbeschäftigung, Gesundheitsverschleib und Krankenstand, in: Collatz e.a., *Gesundheit für Alle* 1985, 196-212.
- Oude Engberink, G., Sociale rechtvaardigheid in een tijd van schaarste, in: R. Hoppe (red.), *Etniciteit, politiek en beleid in Nederland*, VU Uitgeverij, Amsterdam 1987, 71-87.
- Özum, E.Y., Problemen van buitenlanders bij het opvolgen van voorschriften en het voorkomen daarvan, in: *Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten*, Boerhave Commissie voor Postacademisch onderwijs in de geneeskunde, 1982, 27-38.
- Paes, A., *Gastarbeiders en hun huisartsen*, Instituut voor huisartsgeneeskunde, Rijks Universiteit Utrecht, Utrecht 1974.
- Peeters, R., *Ziekte en gezondheid bij Marokkaanse immigranten*, Kath. Universiteit, Leuven 1983.

- Peeters, R., F. Stevens en J. van der Zee (red), *Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische systemen van Gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit*, Van Loghum Slaterus, Deventer 1987.
- Penninx, R., *Minderheidsvorming en emancipatie, balans van kennisverwerving ten aanzien van immigranten en woonwagenbewoners*, Samsom, Alphen aan de Rijn 1988.
- Philipsen, H., Gezondheid en Gezondheidszorg in België en Nederland, in: *Gezondheidszorg en Samenleving* 1985, 4, 223-231.
- Praag, C. van, *Remigratie onder de experimentele regeling*, Sociaal en Cultureel Planbureau, 44, Rijswijk 1987.
- Reelick, N.F., *Het voorkomen van psychosociale problemen in de Beverwaard*, GGD, afdeling Epidemiologie, 39, Rotterdam 1988.
- Ridder, H. de, De Turkse vrouw: een uitdaging voor de gezondheidszorg, in: Koning Boudewijnstichting, *Bilgi Alisverisi, hulpverlening en gezondheids-promotie met Turkse migranten*, Brussel 1988, 63-73.
- Risvanoglu, S., L. Brouwer en M. Priester, *Verschillend als de vingers van een hand, een onderzoek naar het integratieproces van Turkse gezinnen in Nederland*, COMT/Rijks Universiteit Leiden, Leiden 1986.
- Rothman, K.J., *Modern Epidemiology*, Little, Brown and Company, Boston/Toronto 1986.
- Sachs, L., *Evil eye or bacteria, Turkish migrant women and Swedish health care*, Stockholm Studies in Social Anthropology 1983.
- Schelven, W. van, Jonge Turken: De sexen vergeleken, in: M. de Vries, *Ogen in je rug, Turkse meisjes en jonge vrouwen in Nederland*, Samsom 1987, 191-202.
- Schrameijer, F., *Migranten en geestelijke gezondheidszorg, verslag van een studiedag*, NCGV, 61, Utrecht 1983.
- Shadid, W.A.R. en P.S. van Koningsveld, *Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg*, Van Gorcum, Assen 1983.
- Shual, J.T., The contribution of psychological and social phenomena to an understanding of the aetiology of diseases and illness, in: *Soc. Science and Med.* 15a (1981), 337-342.
- Sonsbeek, J. en L. Stronkhorst, *Statistische onderzoeken: Methodische aspecten van de gezondheidsenquête*, CBS, Staatsuitgeverij 1983.
- Spruit, I.P., De cultuurschok in het aanpassingsproces, in: *Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse immigranten*, Boerhavecommissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde, Fac. der Geneeskunde, Rijks Universiteit Leiden, Leiden 1982, 147-156.
- Spruit I., Communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten in de apotheek, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61 (1983) 15, 517-518.
- Spruit, I., *Etnische minderheden in de gezondheidszorg: Veel besproken problemen, maar waar liggen ze*, Paper t.b.v. Sociologendagen, 1984.
- Suchman, E.A., Stages of illness and medical care, *Journal of health and human behavior* 6 (1965), 114-128.
- Taylor, C., R. Dirican, en R. Derschle, *Health manpower in Turkey*, John Hopkins Press, 1968.

- Toet, J., *De gezondheidsprofielen van vijf Rotterdamse buurten*, GGD, afdeling Epidemiologie, Rotterdam 1988.
- Uniken Venema, P., *De gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse Rotterdammers*, GGD, afdeling Epidemiologie, Rotterdam 1987b.
- Uniken Venema, H.P., *Gezondheid in Turkije, verslag van een studiereis*, GGD, afdeling Epidemiologie, Rotterdam 1987a, rapportnr. 35.
- Veen, A. van der, *Ziekenhuisopnames en sterfte bij 0 tot en met 14 jarigen in de verschillende buurten van Amsterdam*, NIPG/TNO, Leiden 1987.
- Veenman, J., Evenredigheid en toegankelijkheid, een kruispunt van minderhedenbeleid en minderhedenonderzoek, *Migrantenstudies* 1987, 2-13.
- Velde, H. van de, M. Wijn, H. van de Berg, A. Leentvaar-Kuypers, J. van Wieringen en R. Luyken, Vitamine-D status van Marokkaanse, Turkse en Nederlandse 11 jarige schoolkinderen in Utrecht, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 64 (1986) 11, 370-375.
- Venneman, W., Ervaringen van een Amsterdamse huisarts, in: H. Hoolboom, *Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers*, Alphen aan de Rijn/Brussel 1980, 123-136.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten, *Lokale uitgaven voor minderheden*, 's- Gravenhage 1985.
- Verkley, H., J. Spruit, J. Stolk, M. van Nieuwenhuysen, Verschillen naar sociale klasse in welbevinden en gezondheid bij werklozen en werkenden in de Randstad Holland, in: *Sociologische Gids* 1986, 2, 82-99.
- Verzijl, P., *Het is naast de deur, maar toch anders, Nederlanders in Vlaanderen*, Doctoraalscriptie Rijks Universiteit Utrecht, Utrecht 1988.
- Visser, A., De betekenis van de V.O.E.G.: enkele gegevens over de begripsvaliditeit, in: *Gezondheid en Samenleving*, 1983, 3, 177-188.
- Voorham, A.J.J., *Communicatieproblemen niet opgelost*, GGD, afdeling GVO, Rotterdam 1988, rapportnr. 90.
- Vries, M. de, *Ogen in je rug, Turkse meisjes en jonge vrouwen in Nederland*, Samsom, Alphen aan de Rijn 1987.
- Wagner, P., H. Kerek-Bodden, E. Schach e.a., Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer in Spektrum der ambulanten Versorgung, in: Collatz, J., E. Kursat-Ahlers, J. Korporal, *Gesundheit für Alle*, E.B. Verlag, Rissen 1985, 177-196.
- Westerlaak, J.M. van, J.A. Kropman, J.W.M. Collaris, *Beroepenklapper*, ITS, Nijmegen 1975.
- Wieringen J. van, A. Leentvaar-Kuypers, H. Brouwer, A. Slegt en H. van Kessel Al, *Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen*, Instituut voor Huisartsgeneeskunde en GG&GD, Amsterdam 1986.
- Wolinsky, F.D., *The sociology of health*, Little, Brown and Company, Boston 1980.
- Zee, J. van de, *De vraag naar de diensten van de huisarts*, Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1982.
- Zink, A., Türkische Frauen als Patientinnen, interaktionsprobleme aus der Sicht der behandelnden ärzte, in: J. Collatz, E. Kuersat-Ahlers, J. Korporal (red), *Gesundheit für Alle*, E.B. Verlag-Rissen 1985.

- Zink, A., en J. Korporal, Soziale Epidemiologie der Erkrankungen von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland, in: H. Kentenich, P. Reeg, K.H. Wehkamp, *Zwischen zwei Kulturen, wass macht Auslander krank?* Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin 1984.
- Zola, I.K., Culture and Symptoms, an analysis of patients presenting complaints, in: *American Sociological Review* 1986, 615-630.
- Zouwen, W. v.d., W. Dijkstra en J. van Bovenkamp, *Inadequate interacties en informatieverwerking in interviews*, Paper t.b.v. Sociologendagen 1984.

Bijlagen

Bijlage 3.1. Uitwerking en resultaten van de niet-lineaire Canonische Correlatieanalyse

De volgende sets van variabelen werden onderscheiden:

- | | |
|---------------------------|---|
| a. "Meetmethodekenmerken" | .interviewer
.duur van het gesprek
.aanwezigheid derden
.beoordeling gesprek door interviewer
.aantal bezoeken voordat respondent thuis was
.maand waarin interview plaatsvond |
| b. "Achtergrondkenmerken" | .nationaliteit
.leeftijd
.geslacht
.wijk waar respondent woont
.aantal leden gezin
.aantal kinderen
.activiteit van respondent
.arbeidssituatie
.wel/niet werkend
.opleidingsniveau
.beroepsniveau
.arbeidssector
.lichamelijke eisen beroep
.gezinsinkomen
.soort woning
.aantal vertrekken
.sociale contacten |
| c. gezondheid | .VOEG
.som-score CBS
.beoordeling eigen gezondheid
.ziek afgelopen veertien dagen
.darmstoornissen
.maagklachten
.migraine/ernstige hoofdpijn |

d. ziektegedrag

.huisartsbezoek
.specialistbezoek
.opname ziekenhuis
.bezoek fysiotherapeut
.tandartsbezoek

Alle beschikbare indicatoren voor gezondheidstoestand en ervaren gezondheid zijn gebruikt; van de chronische klachten zijn de vier meest voorkomende geselecteerd. Indicatoren voor gezondheidstoestand en ervaren gezondheid zijn in een set variabelen ondergebracht.

Kenmerken van de Turkse respondenten die te maken hebben met de migratie zijn hier buiten de analyses gelaten. De reden hiervoor is dat deze gegevens alleen voor de Turkse respondenten relevant zijn. Een technisch probleem hierbij zou zijn dat een heel blok van variabelen dat "genest" is binnen nationaliteit erg veel gewicht zou geven aan de variabele "nationaliteit".

De enige mogelijkheid om wel informatie te verkrijgen over verbanden tussen migratiekenmerken en overige variabelen zou zijn om voor de Turkse respondenten apart CANALS-analyses uit te voeren. Dit is achterwege gelaten vanwege het verwachte geringe rendement (te weinig respondenten).

Resultaten

Voor een volledige weergave van de resultaten van de CANALS-analyses zou een beschrijving vragen van alle gevolgde stappen. Dit zou een onevenredig groot beslag leggen op de ruimte in dit proefschrift. Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar een andere publikatie over dit onderwerp (Hoogen-dijk 1988). Hier wordt alleen globaal verslag gedaan van de resultaten.

Hierbij wordt uitgegaan van de correlatie tussen variabelen en de door CANALS geconstrueerde variaten. Deze geeft aan hoe belangrijk de betreffende variabele is voor de samenhang tussen de twee sets.

Bij de interpretatie van de resultaten is alleen rekening gehouden met variabelen die boven een bepaalde "grenswaarde" samenhangen met een variaat. Hierbij is als "grenswaarde" voor de variabelen van de set met meetmethode en de set met achtergrondkenmerken gekozen voor .50; voor de variabelen uit de sets met gezondheids- en ziektegedrag variabelen is deze grenswaarde .30.

De keuze van deze grenswaarden is tamelijk arbitrair. Er bestaat geen algemeen geaccepteerde grenswaarde voor deze correlaties. Overleg met medewerkers van de vakgroep "Datatheorie" van de Rijksuniversiteit Leiden waar dit programma is ontwikkeld heeft geleerd dat de door ons gehanteerde grenzen vrij "streng" zijn. Gezien het feit dat er nog weinig bekend is over de "stabiliteit" van CANALS-oplossingen (de mate waarin de oplossing afhangt van toevallige steekproeffluctuaties) is het ook gewenst tamelijk strenge grenzen aan te houden. De kans dat verbanden worden gevonden die in werkelijkheid niet bestaan is dan klein. De keerzijde hiervan is uiteraard dat de mogelijkheid bestaat dat verbanden die wel aanwezig zijn niet worden opgespoord.

De samenhang tussen meetmethodekenmerken en gezondheid of ziektegedrag.

Tussen meetmethodekenmerken en gezondheid werd geen verband geconstateerd. Wel bleek dat de interviewers onderling niet uitwisselbaar waren voor enkele indicatoren voor ziektegedrag. Dit betrof de vraag naar huisartsbezoek in de afgelopen drie maanden en de totaalscore van het medicijngebruik. Bij verder analyse bleek dat het bij het huisartsbezoek vooral ging om één interviewer die sterk afwijkende resultaten had verzameld. De somscore van het medicijngebruik was ook met weglating van deze interviewer niet betrouwbaar gemeten.

Op de consequenties van deze resultaten wordt in hoofdstuk 5 "Betrouwbaarheid en validiteit" ingegaan.

De samenhang tussen achtergrondkenmerken en gezondheid of ziektegedrag.

De nationaliteit van de respondent hangt samen met de VOEG-score en de algemene beoordeling van de eigen gezondheid. Turkse respondenten hebben een slechte ervaren gezondheid; Nederlandse een goede.

Er is een verband tussen de "activiteit" van de respondent en dezelfde twee indicatoren voor ervaren gezondheid. Arbeidsongeschikte respondenten hebben zoals verwacht een slechte ervaren gezondheid. Respondenten die werkzoekend zijn, het huishouden doen, scholier zijn of meerdere activiteiten verrichten hebben een goede ervaren gezondheid. Werkende respondenten hebben een matige ervaren gezondheid.

De somscore chronische klachten hangt samen met leeftijd: oudere respondenten hebben veel, jongere weinig klachten.

De samenhang tussen gezondheid en ziektegedrag.

Er werd een duidelijk verband gevonden tussen vier indicatoren voor gezondheid (VOEG-score, algemene beoordeling van de eigen gezondheid, somscore chronische klachten en ziekte in de veertien dagen voor het interview) en huisartsbezoek en bezoek aan de fysiotherapeut. Ongezonde respondenten brengen vaak een bezoek aan huisarts en fysiotherapeut.

Bijlage 3.2. Gestratificeerde analyse, variabelen en resultaten**Onafhankelijke variabelen**

Opleidingsniveau*
 Beroepsniveau*
 Inkomen
 Al dan niet buitenshuis werken
 Al dan niet werkloos zijn
 Gezinsgrootte
 Aantal personen per kamer
 Sociale contacten

Sociale contacten met Turken
 Sociale contacten met Nederlanders
 Verblijfsduur
 Woonplaats Turkije
 Remigratiewens

Afhankelijke variabelen

Huisartsbezoek
 Specialistbezoek
 Algemene beoordeling gezondheid
 Hebben van chronische klachten
 Hebben v. klachten afgelopen 14 dagen

*Bij deze variabelen was geen zinvolle dichotomie aan te brengen. Het aantal categorieën is voor deze variabelen daarom teruggebracht tot 3, waarbij eerst de odds ratio voor de laagste en de hoogste categorie wordt berekend en vervolgens voor de laagste en de middelste.

Odds ratio' voor de verschillende risicofactoren bij Turken en Nederlanders

TURKEN

	specialist	huis- arts	beoorde- ling gezond- heid	chron. klacht	klacht afgelopen 14 dagen
Opl. niveau (laag-hoog)	.76	1.54	1.01	1.15	.70
(laag-midden)	1.36	2.38*	.53	1.72	1.24
Beroepsniveau (laag-hoog)	.89	**	2.0	3.13	3.80
(laag-midden)	.51	.47	1.18	.82	.38
Inkomen	.76	.99	.87	.71	.40*
Al dan niet werk	1.43	.91	1.60	1.07	1.00
Al dan niet werkloos-	1.28	.43	.77	1.74	.72
Gezinsgrootte	.65	.83	.70	1.07	.77
Aantal personen per kamer	.65	1.26	.83	1.23	1.05
Sociaal contact	1.87	.97	1.64	1.33	1.74
Contact Turken	1.23	.99	1.33	1.29	1.04
Contact Nederl.	1.16	1.30	1.96*	1.09	.99
Verblijfsduur	1.04	.64	1.00	.95	.83
In Turkije in dorp gewoond	.81	1.47	1.00	1.44	1.92*
Remigratiewens	1.11	.93	1.47	2.17*	1.38

NEDERLANDERS

	specialist	huis- arts	alg. beoord.	chron. klacht	afgel. 14 dagen
Opl. niveau (laag-hoog)	1.55	1.56	1.66	1.66	5.05 *
(laag-midden)	3.75	5.88	1.25	1.81	2.11
Beroepsniveau (laag-hoog)	1.86	1.02	1.92	1.06	1.60
(laag-midden)	.93	.93	2.17	1.35	2.05
Inkomen	1.23	.48	2.08	2.00	1.48
Al dan niet werk	1.22	.53	1.93*	1.17	.97
Al dan niet werkloos	1.51	.43	4.84*	1.83	.96
Gezinsgrootte	.54	.28	.92	1.14	1.28
Aantal personen per kamer	1.30	1.14	.74	.62	1.10
Sociaal contact	.33	1.11	1.20	1.26	1.76

* Statistisch significant bij $p \leq 0,05$

** Geen waarde gegeven omdat tabel onvoldoende informatie bood

BIJLAGE 4.1. Resultaten test-hertest betrouwbaarheid

- a. Dichotome variabelen, bovendien meer dan 75 procent van de variabelen in één categorie.

Criterium: niet meer dan 25 procent van de respondenten geeft bij de tweede meting een ander antwoord dan bij de eerste.

variabele	nationaliteit	% afwijkende antw.
astma	Turken	6
	Nederlanders	3
	Totaal	5
sinusitis	Turken	0
	Nederlanders	0
	Totaal	0
hartklachten	Turken	6
	Nederlanders	3
	Totaal	5
hoge bloeddruk	Turken	6
	Nederlanders	6
	Totaal	6
gehoorstoornissen	Turken	6
	Nederlanders	6
	Totaal	6
maagklachten	Turken	18
	Nederlanders	6
	Totaal	12
darmstoornissen	Turken	15
	Nederlanders	16
	Totaal	15
galafwijking	Turken	3
	Nederlanders	0
	Totaal	2

Vervolg vorige bladzijde

suikerziekte	Turken	3
	Nederlanders	0
	Totaal	2
reuma in de rug	Turken	12
	Nederlanders	0
	Totaal	6
reuma in de knie	Turken	30
	Nederlanders	0
	Totaal	15
reuma in de schouder	Turken	15
	Nederlanders	3
	Totaal	9
huidziekten	Turken	6
	Nederlanders	3
	Totaal	5
specialist bezoek	Turken	21
	Nederlanders	13
	Totaal	17

- b. Dichotome variabelen, waarbij niet meer dan 75 procent van de antwoorden in één categorie vallen.

Criterion: Niet meer dan 25 procent van de respondenten geeft bij de tweede meting een ander antwoord dan bij de eerste meting én de (product-moment) correlatie tussen de eerste en de tweede meting is tenminste .40.

variabele	nationaliteit	correlatie	% afwijkende antw.
chronische rugklachten	Turken	.46	36
	Nederlanders	.85	6
	Totaal	.61	22
migraine	Turken	.69	15
	Nederlanders	.62	9
	Totaal	.67	12

c. Variabelen met meer dan twee antwoordcategorieën.

Criterium: De correlatie tussen de eerste en de tweede meting is tenminste .40.

variabele	nationaliteit	correlatie
somscore chronische aandoeningen	Turken	.55
	Nederlanders	.75
	Totaal	.59
somscore medicijn- gebruik	Turken	.61
	Nederlanders	.60
	Totaal	.56
VOEG score	Turken	.62
	Nederlanders	.70
	Totaal	.68
geen werk vanwege ziekte	Turken	.16
	Nederlanders	.65
	Totaal	.33
frequentie huisartsbezoek 3 maanden	Turken	.55
	Nederlanders	.64
	Totaal	.59
laatste contact huisarts	Turken	.75
	Nederlanders	.36
	Totaal	.47

Bijlage 5.1. Wens tot remigratie per leeftijdsgroep in percentages

leeftijd	16-24 jaar (N=73)	25-34 jaar (N=56)	35-44 jaar (N=61)	45-55 jaar (N=47)	55 jaar en ouder (N=11)
wel remigreren	34	57	61	81	100
niet remigreren	62	43	39	17	0
weet het niet	4	0	0	2	0
	100	100	100	100	100

Bijlage 5.2. Opleidings- en beroepsniveau van Turkse en Nederlandse respondenten in absolute aantallen

TURKEN

opleiding	1	2	3	4	5	6
ongeschoolde arbeiders	27	32	10	1	1	1
geschoolde arbeiders	11	30	9	3	0	0
lage employé's	0	3	1	0	0	0
kleine zelfst.	0	0	1	0	0	0
middelb. employé's	0	0	0	1	2	0
hoger beroep	0	0	0	0	1	0
onbekend	38	52	8	4	0	10
	76	117	29	9	4	11

NEDERLANDERS

opleiding	1	2	3	4	5	6
ongeschoolde arbeiders	4	15	11	1	0	3
geschoolde arbeiders	6	20	25	12	0	7
lage employé's	1	9	28	15	2	8
kleine zelfst.	0	0	1	1	0	1
middelb. employé's	0	0	2	4	3	1
hoger beroep	0	0	0	0	6	0
onbekend	4	12	12	10	2	10
	15	56	79	43	13	30

Opleiding:

1. geen of onvoltooid lager onderwijs
2. voltooid lager onderwijs; onvoltooid LBO/MAVO
3. voltooid LBO/MAVO; onvoltooid VWO, MBO, HAVO
4. voltooid HAVO/MBO/VWO; onvoltooid HBO/Univ.
5. voltooid HBO/Univ.
6. andere opleiding of schoolgaand/studerend

Bijlage 6.1. Respondenten met en zonder een klacht in de afgelopen 14 dagen naar leeftijd in percentages

	TURKEN	NEDERLANDERS	X ²	p-waarde
16-24 jaar	29 (73)	36 (64)	0,51	0,47
25-34 jaar	43 (56)	44 (59)	0,00	1,00
35-44 jaar	46 (61)	44 (48)	0,07	0,79
45-54 jaar	47 (47)	33 (42)	1,16	0,28
55-69 jaar	46 (11)	75 (8)	1,66	0,33 (ex)
Kendall's tau b	-0,13	-0,04		
p-waarde	0,01	0,25		

Bijlage 6.2. Voorkomen van chronische klachten bij Turkse en Nederlandse mannen en vrouwen in percentages

	TURKEN		NEDERLANDERS	
	m	v	m	v
astma	12	10	10	11
sinusitis	8	5	7	8
hart	7	4	5	0
bloeddruk	10	6	15	16
gehoor	7	5	15	5*
spataderen	4	9	6	17*
aambeien	9	13	6	14
maag	26	21	18	21
darm	10	10	10	23*
gal	6	6	1	2
blaas	7	9	0	4
prostaat	3	0	1	0
verzakking	0	4	0	7
suikerziekte	5	5	2	1
rug	35	39	24	19
reuma rug	12	7	2	1
knie	20	18	3	7
schouder	14	10	2	3
reuma elders	7	12	5	7
migraine	29	26	10	19
huid	12	14	12	16
kunstgebit	29	28	35	40
bril	18	15	32	38

* bij X²-toetsing significante verschillen tussen mannen en vrouwen per nationaliteit; p ≤ 0,05.

Bijlage 6.3. Voorkomen van chronische klachten bij Turken en Nederlanders naar leeftijd in percentages

	TURKEN					NEDERLANDERS				
	6/24	25/34	35/44	45/54	55+	6/24	25/34	35/44	45/54	55+
astma	4	9	16	19	9*	8	14	4	12	50
sinusitis	4	4	8	11	9*	5	9	2	10	38
hart	1	5	7	11	0*	2	2	2	5	0
bloeddruk	4	5	10	11	18*	9	14	15	26	25*
gehoor	4	0	7	11	27*	2	10	13	19	13*
spataderen	1	11	5	6	27*	2	15	15	12	38*
aambeien	3	5	25	15	0*	6	14	6	12	25
maag	13	23	38	21	27*	16	25	21	14	25
darm	6	9	15	13	9	19	21	15	12	13
gal	1	2	10	11	18*	0	2	0	2	13
blaas	4	4	10	11	27*	2	2	2	5	0
prostaat	0	4	0	7	20*	5	0	0	0	0
verzakking	0	0	9	12	0*	3	3	17	7	40*
suikerziekte	1	0	5	13	18*	2	0	4	0	0
rug	21	32	46	57	36*	16	24	25	26	13
reuma rug	0	2	16	20	27*	0	2	0	5	0
knie	3	16	23	36	46*	3	4	4	10	13
schouder	0	5	18	28	27*	2	0	0	7	13*
reuma elders	1	4	15	21	18*	3	5	0	14	25*
migraine	10	25	38	45	36*	16	12	15	17	25
huid	10	11	15	17	18	14	20	6	14	13
kunstgebit	3	22	38	55	64*	12	22	54	68	88*
bril	8	7	12	38	55*	27	36	27	48	75*

* significante verschillen tussen de leeftijdsgroepen; getoetst m.b.v. Kendall's tau b; $p \leq 0,05$.

Bijlage 6.4. Percentage van de klachten dat door een arts is bevestigd en percentage van de klachten waarvoor in het afgelopen jaar een behandeling werd ondergaan.

	door arts bevestigd		afgelopen jaar behandeling	
	TURKEN	NEDER- LANDERS	TURKEN	NEDER- LAN- DERS
astma of chronische bronchitis	85	83	89	43
sinusitis/neusbij- holte ontsteking	93	94	80	36
hartklachten	79	--	64	--
hoge bloeddruk	88	94	77	49
slecht gehoor	57	70	57	29
spataderen	47	53	46	55
aambeien	69	52	71	35
maagklachten	83	74	81	49
dikke darmstoor- nissen, diarree,				
andere buikklachten	81	78	82	40
galaandoeningen	92	--	92	--
chronische blaasont- steking	89	--	75	--
prostaatklachten	--	--	--	--
verzakking	--	--	--	--
suikerziekte	100	--	100	--
rugaandoening	81	78	75	32
reumatische rug- pijn	96	--	91	--
reumatische knie- pijn	76	64	75	36
reumatische schouderpijn	82	--	81	--
reuma elders	79	42	73	25
epilepsie/toevallen	--	--	--	--
migraine of ern- stige hoofdpijn	80	69	82	30
huidklachten/eczeem	93	97	93	74

-- totaal aantal minder dan 10, daarom geen percentages berekend.

Bijlage 6.5. Gegroepeerde klachten uit de afgelopen 14 dagen naar geslacht in percentages van het totaal aantal genoemde klachten.

	TURKEN		NEDERLANDERS	
klacht?	mannen (N=51)	vrouwen (N=53)	mannen (N=40)	vrouwen (N=49)
gewrichten, botten, spieren	33	20	35	21
luchtwegen en longen	15	17	24	27
spijsvertering	13	18	14	18
neurologisch	12	12	14	19
anders	27	33	13	15
	100	100	100	100
totaal aantal klachten	82	77	51	67

Bijlage 6.6. Gegroepeerde klachten uit de afgelopen 14 dagen naar leeftijd in percentages van het totaal aantal genoemde klachten.

TURKEN

klacht	16-24 jaar (N=21)	25-34 jaar (N=24)	35-44 jaar (N=31)	45-54 jaar (N=23)	55 of ouder (N=5)
gewrichten, botten, spieren	16	10	33	32	57
luchtwegen en longen	24	23	18	6	0
spijsvertering	12	19	12	21	0
neurologisch	8	7	14	13	29
anders	40	41	23	28	14
aantal klachten	100 25	100 31	100 49	100 47	100 7

NEDERLANDERS

klacht	16-24 jaar (N=23)	25-34 jaar (N=26)	35-44 jaar (N=20)	45-54 jaar (N=14)	55 of ouder (N=6)
gewrichten, botten, spieren	7	22	36	55	20
luchtwegen en longen	35	31	16	14	30
spijsvertering	21	13	24	5	20
neurologisch	17	16	16	14	30
anders	20	18	8	12	0
aantal klachten	100 29	100 32	100 25	100 22	100 10

Bijlage 7.1. Gemiddelde VOEG-score naar leeftijd.

	TURKEN			NEDERLANDERS			Wilcoxon rangsomtest 2-zijdige p
	gem.	st.dev.	N	gem.	st.dev.	N	
16-24 jr.	4,30	3,73	73	4,34	3,35	64	0,69
25-34 jr.	5,55	3,79	56	4,61	3,57	59	0,15
35-44 jr.	7,26	4,90	61	4,35	4,11	40	0,00
45-54 jr.	8,28	5,47	47	5,02	4,70	42	0,00
55 of oud.	6,00	4,56	11	5,38	2,62	8	0,90

Kruskal-Wallis toets

Kruskal-Wallis toets

$$X^2 = 21,87$$

$$df = 4$$

$$p = 0,00$$

$$X^2 = 1,97$$

$$df = 4$$

$$p = 0,74$$

Bijlage 9.1. Acties bij klacht afgelopen 14 dagen naar geslacht voor Turkse en Nederlandse respondenten in percentages van het aantal gedragingen (N).

	TURKEN		NEDERLANDERS	
	mannen (N=69)	vrouwen (N=60)	mannen (N=45)	vrouwen (N=64)
prof. med. zorg	71	85	36	28
zelfzorg	14	2	22	28
anders of meerdere	7	7	15	25
niets	7	7	27	19
	100	100	100	100
			X ²	p-waarde
Turkse mannen versus Turkse vrouwen			7,03	0,06(ex)
Turkse mannen versus Nederlandse mannen			15,69	0,00
Turkse vrouwen versus Nederl. vrouwen			34,24	0,00
Nederlandse mannen versus Ned. vrouwen			2,70	0,44

Bijlage 9.2. Acties bij klacht afgelopen 14 dagen naar leeftijd voor Nederlandse en Turkse respondenten in percentages van het aantal gedragingen.

TURKEN

leeftijd	16-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55 of ouder
prof. med. zorg	65	71	83	86	67
zelfzorg	10	4	13	8	0
anders of meerdere	5	15	5	6	0
niets	20	11	0	0	33
	100	100	100	100	100
aantal gedragingen	20	27	40	36	6

NEDERLANDERS

prof. med. zorg	22	37	29	35	38
zelfzorg	26	27	33	10	38
anders of meerdere	33	13	13	30	13
niets	19	23	25	25	13
	100	100	100	100	100
aantal gedragingen	27	30	24	20	8
X^2 (per leeftijd)	11,07	9,04	21,11	19,37	4,28
p-waarde(ex)	0,01	0,03	0,00	0,00	0,39

Bijlage 9.3. Huisartsbezoek in de afgelopen drie maanden naar geslacht en nationaliteit in percentages.

	TURKEN			NEDERLANDERS		
	mannen (N=123)	vrouwen (N=98)	totaal (N=221)	mannen (N=107)	vrouwen (N=114)	totaal (N=221)
nooit	44	36	40	64	43	53
1 x	21	28	23	16	35	26
2 - 3 x	22	24	23	14	15	15
4 - 5 x	7	9	8	3	2	2
meer dan 5 x	6	4	5	1	5	3
onbekend	1	0	1	3	0	1
	100	100	100	100	100	100
associatie met huisartsbezoek*				Kendall's tau b	p-waarde	
Turkse mannen vs. Turkse vrouwen				0,05	0,21	
Ned. mannen vs. Ned. vrouwen				0,18	0,00	
Turkse mannen vs. Ned. Mannen				-0,21	0,00	
Turkse vrouwen vs. Ned. vrouwen				-0,16	0,03	
Turken vs. Nederlanders				-0,16	0,00	

* Associatiematen zonder eventuele onbekende waarden.

Bijlage 9.4. Het wel of niet bezocht hebben van een tandarts door Turkse respondenten naar leeftijd (in percentages).

	16-24 jaar (N=73)	25-34 jaar (N=56)	35-44 jaar (N=61)	45-54 jaar (N=47)	55 of ouder (N=11)
wel tandarts bez.	60	84	77	70	82
nooit tandarts bez.	40	14	21	28	18
onbekend	0	2	2	2	0
	100	100	100	100	100

Kendall's tau b = -0,10; p = 0,04 .

Bijlage 9.5. Het al dan niet bezocht hebben van een specialist naar geslacht (in percentages).

	TURKEN		NEDERLANDERS	
	mannen (N=123)	vrouwen (N=125)	mannen (N=107)	vrouwen (N=114)
ja	46	46	36	43
nee	55	51	64	54
onbekend	0	2	0	4
	100	100	100	100
	$X^2 = 0,04$ $df = 1$ $p = 0,85$		$X^2 = 1,16$ $df = 1$ $p = 0,28$	

Bijlage 9.6. Het al dan niet bezocht hebben van een specialist naar leeftijd (in percentages).

TURKEN

	16-24 jaar (N=73)	25-34 jaar (N=56)	35-44 jaar (N=61)	45-54 jaar (N=47)	55 of ouder (N=11)
ja	36	36	51	60	82
nee	63	63	48	40	18
onbekend	1	2	2	0	0
	100	100	100	100	100
NEDERLANDERS	(N=64)	(N=59)	(N=48)	(N=42)	(N=8)

ja	39	49	42	29	25
nee	61	48	56	69	75
onbekend	0	3	2	2	0
	100	100	100	100	100

Bijlage 9.7. Gemiddeld aantal specialist bezoeken per respondent voor Turkse en Nederlandse respondenten, welke in het afgelopen jaar een specialist bezocht hebben.

	gem.	st.dev.	N
Turken	4,36	6,79	99
Nederlanders	5,60	9,74	87

Wilcoxon rangsomtoets: $p=0,30$
 gem. = rekenkundig gemiddelde;
 st. dev. = standaard deviatie;
 N = aantal respondenten.

Bijlage 9.8. In de afgelopen 3 maanden geen werk kunnen doen door ziekte, naar geslacht voor Turkse en Nederlandse respondenten in percentages.

	TURKEN		NEDERLANDERS	
	mannen (N=123)	vrouwen (N=125)	mannen (N=107)	vrouwen (N=114)
ja	41	26	43	29
nee	58	67	55	70
onbekend	2	6	2	1
	100	100	100	100
	X = 3,95 df = 1 p = 0,05	X = 4,41 df = 1 p = 0,04		

Bijlage 9.9. In de afgelopen drie maanden geen werk kunnen doen, door ziekte naar leeftijd voor Turkse en Nederlandse respondenten (in percentages).

TURKEN

leeftijd	16-24 jaar (N=73)	25-34 jaar (N=56)	35-44 jaar (N=61)	45-54 jaar (N=47)	55 of ouder (N=11)
ja	21	30	44	43	36
nee	78	63	51	53	64
onbekend	2	7	5	4	0
	100	100	100	100	100

Kendall's tau $b = -0,18$; $p = 0,05$

NEDERLANDERS

leeftijd	16-24 jaar (N=64)	25-34 jaar (N=59)	35-44 jaar (N=48)	45-54 jaar (N=42)	55 of ouder (N=8)
ja	38	32	42	36	13
nee	63	68	56	62	75
onbekend	0	0	2	3	13
	100	100	100	100	100

Kendall's tau $b = 0,01$; $p = 0,44$.

Bijlage 9.10. Duur van verzuim van het dagelijks werk naar nationaliteit in percentage van alle respondenten die een of meerdere dagen verzuimden.

	gem.	st.dev.	N
Turken	28,34	32,65	83
Nederlanders	16,91	22,63	79

gem. = gemiddeld aantal dagen van verzuim;

st. dev. = standaard deviatie;

N = aantal respondenten;

Wilcoxon rangsom test: tweezijdige $p=0,02$

Bijlage 10.2. Beoordeling van het resultaat van de acties van de huisarts bij het laatste bezoek van Turkse en Nederlandse respondenten (in percentages).

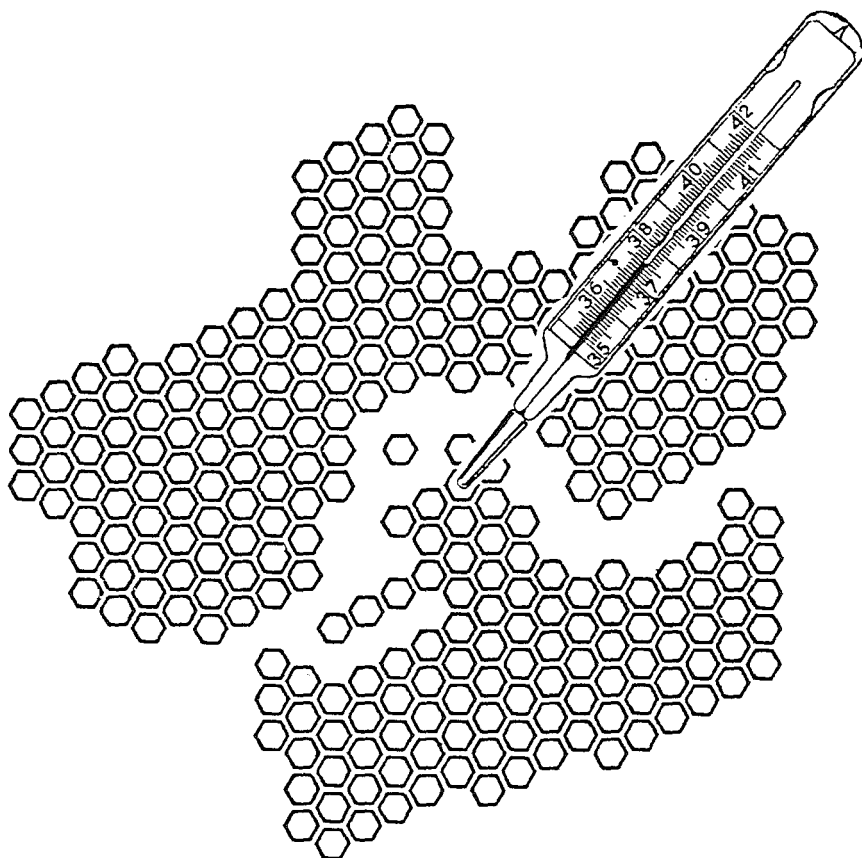
	TURKEN (N=248)	NEDERLANDERS (N=221)
verbetering	51	47
stabiel	36	19
slechter	1	3
wisselend	1	2
onbekend	12	29
	100	100

$X^2 = 12,08$ met $df=3$ en $p=0,01$

GEZONDHEIDSONDERZOEK

ROTTERDAM 1986

Internationaal onderzoek migranten en Nederlanders



Gemeente Rotterdam

Gemeentelijke Gezondheidsdienst



Afdeling
Epidemiologie

RESPONDENTNR.:

Introductie:

Int.: Enkele dagen geleden hebben alle respondenten een brief ontvangen waarin werd aangekondigd dat er een onderzoek wordt gedaan en dat hier-voor een interviewer langs komt. Niet alle mensen zullen die brief echter gelezen hebben.

Verwijs daarom bij het aanbellen wel kort naar de brief, maar vertel ook in enkele zinnen wat over het doel van het onderzoek. Als direct toestemming wordt verleend kun je binnen verdere toelichting geven.

Als mensen niet meteen willen meewerken kun je uitgebreidere informatie geven en de respondent wijzen op het belang van het onderzoek.

In de introductie moet in elk geval aan de orde komen (aan de deur of binnen):

- informatie over het onderzoek (waar gaat het over, wat is het doel, waarom is het belangrijk dat dit onderzoek wordt uitgevoerd)
- informatie over het gesprek dat je wil voeren (duur, onderwerpen)
- uitleg over hoe je aan het adres van deze respondent bent gekomen, en dat de gegevens anoniem verwerkt zullen worden.

Een voorbeeld:

Ik ben en ik werk voor de GGD in Rotterdam (legitimeren). Bij de GGD wordt een onderzoek gedaan naar de gezondheid van Turkse inwoners van Rotterdam. Het gaat erom hoe gezond of hoe ziek zij zijn, wat ze doen als ze ziek zijn, of ze wel eens naar een arts zijn geweest, enz. Voor dit onderzoek worden interviews gehouden met Turkse inwoners. De adressen van mensen die we vragen om mee te werken zijn helemaal willekeurig gekozen uit alle Turkse inwoners van Rotterdam. Ik wil u vragen om mee te werken aan dit onderzoek, dat betekent dat ik u een aantal vragen ga stellen over uw gezondheid. Het gesprek zal ongeveer anderhalf uur duren.

Verdere toelichting zou bijvoorbeeld kunnen zijn:

De GGD is, zoals u misschien weet, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst van Rotterdam. De GGD heeft allerlei taken die te maken hebben met de gezondheid. Misschien bent u er wel eens geweest, bijvoorbeeld voor een inenting voordat u op vakantie ging. Een van de taken van de GGD

is ook om erachter te komen hoe het met de gezondheid van de Rotterdamse bevolking is gesteld, en hoe de gezondheidsvoorzieningen daar zo goed mogelijk op kunnen worden afgestemd. Op dit moment is wel wat bekend over de gezondheidstoestand van Nederlandse inwoners, maar niet over de gezondheid van Turken. De gemeente kan hierdoor weining rekening houden met welke voorzieningen Turkse inwoners nodig hebben. Daarom worden nu deze gesprekken gehouden.

Heeft u verder nog vragen over het onderzoek?

- 1 Het zal in dit gesprek voornamelijk gaan om uw gezondheid. Uw gezondheid kan te maken hebben met een heleboel zaken, onder andere met hoe u woont en leeft, en hoeveel mensen er bij u in huis wonen. Er komen daarom in deze vragenlijst ook een paar vragen voor die met deze dingen te maken hebben. Als u kinderen hebt, zal ik over hun gezondheid ook een paar vragen stellen.

Eerst wil ik graag kort weten wie er allemaal hier in huis wonen, en wat iedereen doet.

Voornaam	geslacht	geb.	geboorte	rel. tot	activiteit *
		jaar	plaats	geinterv.	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

*
mogelijke activiteiten:

werkend
schoolgaand
werkzoekend
huishouden
ziektewet

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	INT.: zelf invullen			
2	Welke situatie is op de respondent van toepassing?	<ul style="list-style-type: none"> - gehuwd - samenwonend - alleenstaand - inwonend bij ouders - anders 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 	
	<p><i>Indien de respondent in Turkije geboren is: voordat we verder gaan met de vragen over gezondheid wil ik u een paar korte vragen stellen over hoe lang u in Nederland bent, en waar u vandaan komt in Turkije. Het praat veel makkelijker als ik dat weet; dan hoef ik misschien ook sommige vragen niet te stellen omdat die op u niet van toepassing zijn. We zullen het in dit gesprek ook een paar keer hebben over Turkije, en dan is het belangrijk dat ik weet uit welke streek u komt.</i></p>			
3	In welk jaar kwam u naar Nederland?	<ul style="list-style-type: none"> - tussen 1960 en 1964 - tussen 1965 en 1969 - tussen 1970 en 1974 - tussen 1975 en 1979 - tussen 1980 en 1982 - 1983 en later 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 	
4	Waar heeft u het grootste deel van uw jeugd doorgebracht? (naam dichtsbijzijnde grote stad of provincie)			
5	Waar in Turkije heeft u het laatst gewoond? (dichtsbijzijnde grote stad of streek)			

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	INDIEN LAATSTE WOONPLAATS GEEN GROTE STAD WAS			
6	Hoe lang was het reizen naar de dichtsbijzijnde grote stad (in laatste woonplaats)	- 0 - 29 minuten - 30 - 59 minuten - 60 - 119 minuten - langer dan 2 uur	1 2 3 4	
	Vervoermiddel	.....	
7	Hoe lang was het reizen naar de dichtsbijzijnde dokter?	- 0 - 29 minuten - 30 - 59 minuten - 60 - 119 minuten - langer dan 2 uur	1 2 3	
8	Ging u, toen u nog in Turkije woonde, wel eens naar de dokter?	- ja - nee - weet niet	1 2 3	
	DE EIGEN GEZONDHEID.			
	<i>Ik weet nu wat meer over uzelf, over uw gezin en wat iedereen doet. We gaan nu verder praten over zaken die met uw gezondheid te maken hebben.</i>			
9	Vindt u uw gezondheid in het algemeen goed, matig of slecht?	- goed - matig - slecht	1 2 3	
10	Heeft u last van één van de volgende ziekten of handicaps?			
	<i>Int.: doorvragen: heeft een arts dit ook gezegd? Is de respondent hiervoor in het afgelopen jaar onder behandeling geweest voor deze klacht, of heeft hij/zij hiervoor in het afgelopen jaar medicijnen gebruikt?</i>			
10a	astma of chronische bronchitis	- ja - nee	1 2	→ 10b
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	
10b	sinusitis/neusbijholteontsteking	- ja - nee	1 2	→ 10c
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
10c	hartafwijking	- ja - nee	1 2	→ 10d
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	
10d	hoge bloeddruk	- ja - nee	1 2	→ 10e
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	
10e	slecht gehoor	- ja - nee	1 2	→ 10f
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	
10f	spataderen	- ja - nee	1 2	→ 10g
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	
10g	aambeien	- ja - nee	1 2	→ 10h
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	
10h	maagklachten	- ja - nee	1 2	→ 10i
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	
10i	dikke darmstoornissen, diarree of andere buikklachten	- ja - nee	1 2	→ 10j
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	
10j	galstenen of andere galblaas- en leverziekten	- ja - nee	1 2	→ 10k
	heeft een arts dit ook gezegd	- ja - nee	1 2	
	behandeling of medicijnen	- ja - nee	1 2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
10k	chronische blaasontsteking heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja	1	→ 10l
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
10l	prostaatklaften (enkel voor mannen) heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja	1	→ 10m
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
10m	verzakking (enkel voor vrouwen) heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja	1	→ 10n
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
10n	suikerziekte heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja	1	→ 10o
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
10o	rugaandoeningen heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja	1	→ 10p
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
10p	reumatische gewrichtspijn in de rug heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja	1	→ 10q
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
10q	reumatische gewrichtspijn in de knie heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja	1	→ 10r
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
10r	reumatische gewrichtspijn in de schouder heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja	1	→ 10s
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	
		- ja	1	
		- nee	2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
10s	reumatische gewrichtspijn op andere plaatsen heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 10t
10t	epilepsie of andere toevallen heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 10u
10u	migraine of ernstige hoofdpijn heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 10v
10v	chronische huidziekte of eczeem heeft een arts dit ook gezegd behandeling of medicijnen	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 10w
10w	Heeft u een kunstgebit, plaatje, prothese of brug?	- ja - nee	1 2	→ 10x
10x	Draagt u een bril?	- ja - nee	1 2	→ 10y
10y	andere, nl.	.....	
<p><i>Ik wil u nu een aantal vragen stellen over uw gezondheid in de afgelopen veertien dagen. Ik leg de kalender erbij als een geheugensteuntje. Het gaat dus om de afgelopen 14 dagen.</i></p> <p><i>Int.: periode aanwijzen op de kalender. Precies de afgelopen veertien dagen nemen en niet "afronden" naar een weekend.</i></p>				
11	Hebt u in deze periode lichamelijke klachten gehad of bent u ziek geweest?	- ja - nee	1 2	→ 13

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
12	Welke klachten? <i>Het is de bedoeling dat hierbij óók klachten genoemd worden waar respondent vaker (vóór de afgelopen 14 dagen) last van heeft gehad?</i>	beschrijving klacht 1 beschrijving klacht 2 beschrijving klacht 3 beschrijving klacht 4		
12a	Wat was de oorzaak van klacht 1?	..... .....	
	Was de klacht ernstig	- ja - nee	1 2	
	Wanneer heeft u deze klacht voor het eerst bemerkt?	- minder dan 3 maanden - langer dan 3 maanden, minder dan een jaar - langer dan een jaar	1 2 3	
	Had u al in Turkije last van deze klacht?	- ja - nee	1 2	
	Wat hebt u gedaan bij klacht 1?	..... .....	
	<i>Int.: Noteer precies, in de goede volgorde, wat werd gedaan. Doorvragen waarom iets werd gedaan. Indien de respondent medicijnen heeft gebruikt, navragen hoe hij/zij hieraan gekomen is.</i>			

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
12b	Wat was de oorzaak van klacht 2?	..... .....	
	Was de klacht ernstig?	- ja - nee	1 2	
	Wanneer heeft u deze klacht voor het eerst bemerkt?	- minder dan 3 maanden - langer dan 3 maanden, minder dan een jaar - langer dan een jaar	1 2 3	
	Had u al in Turkije last van deze klacht?	- ja - nee	1 2	
	Wat hebt u gedaan bij klacht 2?	..... .....	
	DOORVRAGEN!			
12c	Wat was de oorzaak van klacht 3?	..... .....	
	Was de klacht ernstig?	- ja - nee	1 2	
	Wanneer heeft u deze klacht voor het eerst bemerkt?	- minder dan 3 maanden - langer dan 3 maanden, minder dan een jaar - langer dan een jaar	1 2 3	
	Had u al in Turkije last van deze klacht?	- ja - nee	1 2	
	Wat hebt u gedaan bij klacht 3?	..... .....	
	DOORVRAGEN!			
12d	Wat was de oorzaak van klacht 4?	..... .....	
	Was de klacht ernstig?	- ja - nee	1 2	
	Wanneer heeft u deze klacht voor het eerst bemerkt?	- minder dan 3 maanden - langer dan 3 maanden, minder dan een jaar - langer dan een jaar	1 2 3	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	Had u al in Turkije last van deze klacht?	- ja - nee		
	Wat hebt u gedaan bij klacht 4?	..... .....	
13	Denkt u dat u er grotendeels zelf voor kunt zorgen dat u een goede gezondheid hebt?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
14	Hoe vaak voelt u zich gezond genoeg om de dingen die u wilt doen uit te voeren?	- altijd - soms - nooit	1 2 3	
<i>Ik stel u nu weer een aantal vragen over klachten.</i>				
15a	Hebt u nogal eens pijn in uw borst	- ja - nee	1 2	
15b	Hebt u geregeld last van koude vingers, handen of voeten?	- ja - nee	1 2	
15c	Hebt u het nogal eens benauwd op de borst?	- ja - nee	1 2	
15d	Hebt u klachten over pijn in botten en spieren?	- ja - nee	1 2	
15e	Hebt u vaak een gevoel van moeheid?	- ja - nee	1 2	
15f	Hebt u nogal eens last van hoofdpijn?	- ja - nee	1 2	
15g	Bent u nogal eens duizelig?	- ja - nee	1 2	
15h	Voelt u zich nogal eens slaperig?	- ja - nee	1 2	
15i	Hebt u wel eens een verdoofd gevoel of tintelingen in uw ledematen?	- ja - nee	1 2	
15j	Bent u vaak opgewonden?	- ja - nee	1 2	
15k	Voelt u zich nogal eens lusteloos?	- ja - nee	1 2	
15l	Bent u gauw geprikkeld?	- ja - nee	1 2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
15m	Hebt u vaak last van trillende handen?	- ja - nee	1 2	
15n	Valt u als u thuis bent gauw van moeheid in slaap?	- ja - nee	1 2	
15o	Hebt u nogal eens hartkloppingen of bonzingen in de hartstreek?	- ja - nee	1 2	
15p	Hebt u last van zwakke of pijnlijke voeten?	- ja - nee	1 2	
15q	Voelt u zich vaak zenuwachtig?	- ja - nee	1 2	
15r	Staat u in de regel 's-ochtends moe en niet uitgerust op?	- ja - nee	1 2	
15s	Hebt u nogal eens last van rugpijn?	- ja - nee	1 2	
16	Hoe vaak komt het voor dat u door ziekte niet al het werk kunt doen wat u normaal doet?	- minstens 1 dag per week - minstens 1 dag per maand - minstens 1 dag per jaar - nooit	1 2 3 4	
17	Vind u dat het vooral een kwestie van geluk hebben is of je een goede gezondheid hebt?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
18a	Heeft u de afgelopen drie maanden een of meerdere dagen door ziekte van werk of van school verzuimd, of heeft u daardoor een deel van het huishouden niet kunnen doen?	- ja - nee	1 2	→ 21
18b	Hoeveel dagen was dat ongeveer?	.... dagen		
19	Door welke ziekte/klacht kwam dat? (meerdere mogelijkheden)	.....	
20a	Heeft u in de afgelopen drie maanden één of meerdere dagen wegens ziekte in bed gelegen?	- ja - nee	1 2	→ 21
20b	Hoeveel dagen was dat?	.... dagen		
<p><i>We hebben tot nu toe vooral gepraat over klachten en ziekten van het lichaam. Het kan ook voorkomen dat de klachten meer in je hoofd zitten, dat je veel moet denken over problemen met de kinderen of met andere mensen, dat je je daardoor heel vervelend voelt.</i></p>				

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
21	Hebt u wel eens dit soort problemen gehad?	- ja - nee	1 2	
22	Hebt u er wel eens over gedacht om bij dit soort (psychische) problemen hulp van een deskundige te vragen?	- ja - nee	1 2	
23	Als u voor psychische problemen deskundige hulp nodig zou hebben, naar wie zou u dan toegaan? (meerdere mogelijkheden)	- dominee/pastoor - hoca - maatschappelijk werker - speciale instelling, welke? - huisarts - anders, nl. - weet niet	1 2 3 4 5 6 7	

Indien de respondent wel eens psychische problemen heeft gehad!

24	Is het wel eens voorgekomen dat u voor psychische problemen hulp hebt gezocht?	- ja - nee	1 2	→ 26
25	Waar bent u toen geweest? (meerdere mogelijkheden)	- dominee/pastoor - hoca - maatschappelijk werker - speciale instelling, welke? - huisarts - anders, nl. - weet niet	1 2 3 4 5 6 7	
DE HUISARTS				
<i>De volgende vragen gaan over artsen, ziekenhuizen, andere gezondheidsinstellingen e.d..</i>				
<i>Ik begin met enkele vragen over de huisarts.</i>				
26	Heeft u zelf een huisarts?	- ja - nee	1 2	→ 48
27	Heeft ieder lid van het huishouden dezelfde huisarts?	- ja - nee - weet niet	1 2 3	
28	Hoe bent u aan deze huisarts gekomen? (hoe is het eerste contact tot stand gekomen?)	- huisarts geadviseerd door ziekenfonds - gehoord van vrienden, bekenden, familie - zelf uitgezocht - anders, nl.	1 2 3 4	→ 29 → 29 → 28a → 29

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
28a	Waarom hebt u deze uitgezocht?	- in de buurt - anders, nl.	1 2	
29	Hoe vaak heeft u in de afgelopen drie maanden voor uzelf contact gehad met uw huisarts?	- nooit - 1 maal - 2 of 3 maal - 4 of 5 maal - 6 maal of meer	1 2 3 4 5	→ 30 → 31 → 31 → 31 → 31
30	Wanneer heeft u voor uzelf het laatst contact gehad met uw huisarts?	- langer dan een jaar geleden - langer dan drie maanden, minder dan een jaar geleden - minder dan drie maanden geleden - nooit contact gehad met de huisarts	1 2 3 4	 → 48
<i>Ik ga nu een paar vragen stellen over de laatste keer dat u voor uzelf bij de huisarts was.</i>				
31	Wat was toen voor u de reden om contact met uw huisarts te zoeken? (meerdere mogelijkheden)	- een klacht, nl.: 1. 2. 3.	1	
<i>Int.: doorvragen, wat was precies de klacht, wat was er gebeurd, heeft de dokter gezegd hoe het heette, enz.!</i> <i>Noteer zo uitgebreid mogelijk het antwoord.</i>				
		- een herhalingsrecept: 1. 2. 3.	2	
		- een herhalings-/controlebezoek voor een andere klacht	3	
		- voorbehoedsmiddelen (zowel controle als bezoek ter verkrijging van voorbehoedsmiddelen)	4	
		- briefje voor het werk	5	
		- preventieonderzoek	6	
		- inenting	7	
		- halen van een verwijsbriefje	8	
		- anders, nl.	9	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
32	Heeft iemand u toen aangeraden om naar de huisarts te gaan of bent u uit uzelf gegaan?	- eigen initiatief - op advies van iemand anders	1 2	→ 34
33	Op advies van wie was dat?	- de bedrijfsarts - een maatschappelijk werker - familie, bekenden - anders, nl.	1 2 3 4	
34	Wat heeft de huisarts toen gedaan? (meerdere mogelijkheden)	- controle uitgevoerd of herhalingsrecept gegeven (niet behandeld, geen advies gegeven) - zelf behandeld/advies gegeven - doorverwezen naar een specialist - doorverwezen naar een fysiotherapeut - doorverwezen naar het maatschappelijk werk/RIAGG - niets - anders, nl.	1 2 3 4 5 6 7	
35	Wat was het resultaat van de behandeling/het advies (eventueel doorverwijzing) van de huisarts?	- verbetering of genezing - stabiel - verslechtering	1 2 3	
36	Hoe is het er nu mee? (met de klacht)			
37	Was er bij dit (laatste) bezoek aan de huisarts iemand aanwezig om met de taal te helpen?	- ja - nee	1 2	→ 39
38	Wie was dat?	- tolk die door de arts bij het gesprek is gehaald (bijvoorbeeld van tolkencentrum) - een kind - echtgenoot/echtgenote - bekende/familie - anders, nl.	1 2 3 4 5	
39	Werd er bij dit gesprek gebruik gemaakt van de tolkentelefoon?	- ja - nee	1 2	
40	Had u bij dat laatste bezoek alles begrepen wat uw huisarts zei? (ook als een tolk werd gebruikt)	- ja - nee	1 2	
	<i>Bij nee: doorvragen! Waarom werd niet alles begrepen?</i>			

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	<i>Ik heb een aantal vragen gesteld over uw huisarts, hoe vaak u er bent geweest, waarvoor dat was en wat uw huisarts toen heeft gedaan. Ik zou nu graag van u willen weten hoe u denkt over uw huisarts, ik ga hierover weer een paar vragen stellen</i>			
41a	Als u naar uw huisarts gaat, duren de contacten in de spreekkamer dan volgens u te lang, te kort of precies goed?	- te lang - te kort - niet te lang, niet te kort	1 2 3	
41b	Kunt u met uw huisarts ook over andere dan ziekteproblemen praten, bijvoorbeeld problemen in het gezin, met de kinderen of problemen op het werk?	- ja - nee - geen mening/nooit geprobeerd	1 2 3	
41c	Vindt u dat uw huisarts voldoende tijd besteedt aan een grondig onderzoek als u ziek bent?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
41d	Overlegt uw huisarts voldoende met u voordat hij gaat behandelen?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
42	Kunt u aangeven of u het met de volgende uitspraken eens of oneens bent?			
42a	Mijn huisarts neemt genoeg tijd voor mij als ik hem raadpleeg?	- eens - oneens - geen mening	1 2 3	
42b	Mijn huisarts geeft voldoende uitleg.	- eens - oneens - geen mening	1 2 3	
42c	Mijn huisarts verwijst vlug genoeg naar een specialist?	- eens - oneens - geen mening	1 2 3	
43	Bent u wel eens voor uzelf naar een andere huisarts geweest?	- ja - nee	1 2	→ 45

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
44	Waarom bent u wel eens naar een andere huisarts gegaan?	<ul style="list-style-type: none"> - niet tevreden over de behandeling van de eigen huisarts. Doorvragen, waarom niet! - moest wegens vakantie uitschrijven bij de oude huisarts, en werd na de vakantie door het ziekenfonds aan een andere toegewezen - vanwege andere woonplaats - voor een bepaalde klacht liever naar een andere arts. 	1 2 3 4	
		Doorvragen (welke klacht, waarom daarvoor liever naar een andere arts)	5	
		- anders, nl.		
45	Komt het ook wel eens voor dat u naar de huisarts gaat als u geen klachten hebt; bijvoorbeeld voor een controle, of om met hem over iets te praten?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	1 2	47
	<i>Int.: let op: dit kan al duidelijk zijn uit vraag , dan hiernaar verwijzen en vragen: komt het vaker voor dat</i>			
46	Waarvoor is dat dan? (dat u naar de dokter gaat zonder duidelijke klachten) (meerdere mogelijkheden)	<ul style="list-style-type: none"> - algehele check-up - kankeronderzoek - t.b.c.-controle - bloedonderzoek/meten van bloeddruk - zwangerschapscontrole - anti-conceptie - om rust te vragen (een briefje te tekenen om ziekteverlof te krijgen) - anders, nl. 	1 2 3 4 5 6 7 8	
47	Als u zou mogen bepalen hoe een huisarts in Nederland werkt, wat zou dan de grootste verbetering zijn die u aan zou brengen? Doorvragen, hoe beter, waarom is dat beter?			

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
48	Ik ga nu een aantal geneesmiddelen noemen. Wilt u bij elk middel wat ik noem zeggen of u dit ooit gebruikt heeft? <i>MEDICIJNGEBRUIK</i> <i>Op de vragenlijst de betreffende medicijn(en) omcirkelen.</i> <i>Bij elk geneesmiddel dat gebruikt werd doorvragen:</i> <i>was dat op voorschrift van de dokter;</i> <i>was dat in de afgelopen 14 dagen?</i>			
48a	- pijn en koortswerende middelen zoals aspirine . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48b
48b	- medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48c
48c	- versterkende middelen, zoals vitaminen, mineralen, tonicum . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48d
48d	- medicijnen voor het hart, de bloed- vaten of de bloeddruk . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48e
48e	- plaspillen . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48f
48f	- laxeermiddelen . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48g
48g	- medicijnen voor maag- en darmklach- ten, spijsverteringsmiddelen . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48h

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
48h	- slaap- en kalmerende middelen, middelen tegen de zenuwen . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen drie maanden? . hoe vaak in de afgelopen week?	- ja - nee - ja - nee - ja - nee - tenminste 5 van de 7 dagen - 1 tot 4 maal per week - minder dan 1 keer per week	1 2 1 2 1 2 1 2 3	→ 48 i
48i	- antibiotica zoals peniciline en sulfa preparaten . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48 j
48j	- medicijnen voor de huid (bij eczeem, jeuk, roos, wonden) . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48 k
48k	- medicijnen voor rheuma, gewrichts-pijnen . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48 l
48l	- medicijnen tegen allergie . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48 m
48m	- medicijnen tegen astma . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48 n
48n	- anti-conceptie . op voorschrift van een dokter . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee - ja - nee	1 2 1 2 1 2	→ 48 o
48o	- zelfgemaakte huismiddeltjes . in de afgelopen 3 maanden	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	
	Int.: doorvragen waartegen.			
	- andere medicijnen, hierboven niet genoemd, nl.	.....	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	<p><i>Int.: vraag eventueel om de huisapothek te mogen zien, schrijf dan de merknamen op.</i> <i>De codering gebeurt dan achteraf met behulp van een apotheker.</i> <i>Ook indien de respondent alleen een naam noemt is het voldoende de naam te noteren.</i></p> <p><i>Indien geen medicijnen; vraag 55.</i></p>			
49	Indien de respondent in de afgelopen drie maanden, medicijnen heeft gebruikt: zijn één of meer van deze geneesmiddelen uit Turkije meegebracht?	- ja - nee	1 2	→ 52
50	Welke geneesmiddelen waren uit Turkije meegebracht?	1. 2. 3.	1 2 3	
51	Waarom gebruikt u deze Turkse medicijnen?	- omdat ze beter zijn dan de Nederlandse - omdat ze door een arts in Turkije zijn voorgeschreven - anders, nl.	1 2 3	
52	Veel mensen nemen medicijnen die de dokter voorschrijft niet regelmatig in. Het kan bijvoorbeeld zijn dat ze het vergeten of het nut ervan niet in zien. Is het bij u in de afgelopen 14 dagen voorgekomen dat u een medicijn dat de dokter had voorgeschreven niet of niet regelmatig hebt ingenomen?	- ja, is voorgekomen - nee, niet voorgekomen	1 2	→ 55
53	Welk geneesmiddel hebt u niet ingenomen?			
54	Waarom hebt u dat niet ingenomen?			
55			0	
56	Is het wel eens voorgekomen dat u een doktersrecept niet hebt opgehaald bij de apotheek?	- ja - nee	1 2	→ 58

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
57	Waarom hebt u dat recept niet opgehaald?	<ul style="list-style-type: none"> - eigenlijk niet of niet meer ziek - er was nog genoeg van dat medicijn in huis - weinig vertrouwen in geneeskracht van medicijnen - vergeetachtigheid - het was niet nodig om voor die klacht een medicijn te nemen - weet niet - anders, nl. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 	
58	Hebt u wel eens van een arts in Turkije een geneesmiddel gekregen dat beter helpt dan de geneesmiddelen die er in Nederland zijn?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	
59	Voor welke klacht(en) worden/werden deze geneesmiddelen gebruikt?	.....	
	SPECIALISTEN			
	<i>Int.: de volgende vragen gaan over medische specialisten, artsen dus die zich met een bepaalde (soort) ziekte bezighouden.</i>			
60	Heeft u in het afgelopen jaar contact gehad met een specialist?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	→ 63
61	Wat voor een specialist was dat? Hoe vaak bent u er geweest?	<ul style="list-style-type: none"> specialist 1: keer specialist 2: keer specialist 3: keer 		
	<i>Int.: Noteer de naam van de arts en van het ziekenhuis als het specialisme niet bekend is. Eventueel kan hiervoor het ziekenfondsboekje van de respondent worden geraadpleegd.</i>			
	specialisten:			
	1. radioloog	10. oogarts		
	2. chirurg	11. orthopaedisch chirurg		
	3. gynaecoloog-verloskundige	12. traumatoloog		
	4. cardioloog	13. dermatoloog/huidarts		
	5. longarts	14. pediater/pediatr		
	6. gastro-enteroloog/maag-darmarts	15. kaakchirurg		
	7. psychiater	16. internist		
	8. neuroloog	17. nefroloog/uroloog		
	9. keel-, neus- en oorarts			

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
62	Wat was de reden voor het bezoek aan de specialist?			

Int.: doorvragen over de aard van de klacht en dit links onder "reden" invullen.

reden specialist 1	- een klacht, nl. - controle - weet niet - anders, nl.	1 2 3 4	
reden specialist 2	- een klacht, nl. - controle - weet niet - anders, nl.	1 2 3 4	
reden specialist 3	- een klacht, nl. - controle - weet niet - anders, nl.	1 2 3 4	
reden specialist 4	- een klacht, nl. - controle - weet niet - anders, nl.	1 2 3 4	
reden specialist 5	- een klacht, nl. - controle - weet niet - anders, nl.	1 2 3 4	
63 In welke landen bent u in het afgelopen jaar naar een arts geweest (meerdere mogelijkheden)	- Turkije - Nederland - anders, nl.	1 2 3	→ 67
64 Waarom bent u daar (Turkije of ander land) naar een arts geweest?			
Doorvragen: was dit voor bepaalde klachten? Zo ja, waarom voor die klachten niet in Nederland naar een arts? Zijn klachten "opgespaard" tot een vakantie, of was men toevallig in het buitenland toen een klacht ontstond?			

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
65	Bent u voor diezelfde klacht/behandeling ook wel eens in Nederland bij een dokter of specialist geweest?	- ja - nee	1 2	67
66	Waarom bent u voor diezelfde klacht/behandeling in twee landen naar de dokter geweest?			
	<i>Doorvragen: was de respondent niet tevreden met behandeling in Nederland, waarom niet?</i>			
	<i>TANDARTS</i>			
	<i>Int.: we hebben het net gehad over verschillende soorten artsen. Over een soort arts hebben we het nog niet gehad, namelijk de tandarts.</i>			
67	Bent u wel eens naar een tandarts geweest?	- ja - nee	1 2	71
68	Wanneer was dat voor de laatste keer?	- minder dan 6 maanden - langer dan 6 maanden, minder dan een jaar - langer dan een jaar		
69	Waar bent u voor de laatste keer naar de tandarts geweest, in Nederland of in Turkije?	- in Nederland - in Turkije - anders	1 2 3	
70	De laatste keer dat u naar een tandarts bent geweest, waarvoor ging u toen?	- ineens nodig vanwege pijn - periodiek onderzoek - behandeling na periodiek onderzoek - anders, nl.	1 2 3 4	
71	Hebt u wel eens kiespijn gehad zonder een tandarts in te schakelen?	- ja - nee	1 2	73
72	Waarom bent u toen niet naar een tandarts gegaan?	- geen tandarts bekend - pijn was niet erg - anders, nl.	1 2 3	
	<i>ZIEKENHUIS</i>			
73	Bent u in het afgelopen jaar een nacht of langer opgenomen geweest in een ziekenhuis of kliniek?	- ja - nee	1 2	80

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
74	Hoe vaak bent u in het afgelopen jaar opgenomen geweest?	.... keer		
75	De laatste keer dat u opgenomen was, voor hoeveel nachten was dat?	.... nachten		
76	Waarvoor was u die laatste keer opgenomen?			
77	In welk ziekenhuis was u toen opgenomen?			
78	Hoe bent u daar terecht gekomen?	- doorverwijzing van de huisarts - via de spoedgevallendienst - zelf rechtstreeks naar het ziekenhuis	1 2 3	
79	Wat is uw mening over dit ziekenhuis en de behandeling die u er kreeg?	- goed, want - neutraal - slecht, want	1 2 3	
<p><i>Int.: het gaat er bij deze vragen om te achterhalen of de respondent gebruik heeft gemaakt van verschillende diensten. Misschien is het nodig om een korte toelichting te geven als de respondent de naam van de betreffende dienst niet kent. Als een dienst helemaal onbekend is, dan dit op de vragenlijst aantekenen.</i></p> <p><i>We hebben het gehad over huisartsen, specialisten, tandartsen en ziekenhuizen. Er zijn nog meer instellingen die iets met de gezondheid te maken hebben. Daarover gaan we het nu hebben.</i></p>				
80	Bent u in het afgelopen jaar in behandeling bij een fysiotherapeut geweest?	- ja - nee	1 2	
81	Is er in het afgelopen jaar iemand van de gezinsverzorging (het Groene Kruis) bij u thuis geweest? Deze dienst is ervoor om bij gezinnen thuis te helpen met huishoudelijk werk en de opvang van kinderen als ouders ziek zijn.	- ja - nee	1 2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
82	<i>Indien de respondent kinderen heeft:</i> Bent u of uw man/vrouw in het afgelopen jaar met een van de kinderen naar een consultatiebureau voor zuigelingen of kleuters geweest?	- ja - nee	1 2	
83	Is er in het afgelopen jaar wel eens iemand van de wijkverpleging bij u thuis geweest?	- ja - nee	1 2	
84	Hebt u in het afgelopen jaar wel eens verpleegartikelen (krukken, speciale bedden, enz.) geleend van de kruisvereniging?	- ja - nee	1 2	
85	<i>Alleen voor vrouwen:</i> Hebt u in het afgelopen jaar gebruik gemaakt van de kraamzorg?	- ja - nee	1 2	
86	Bent u in het afgelopen jaar wel eens bij de diëtiste geweest, of bij iemand die u vertelt wat je wel en niet moet eten om gezond te blijven?	- ja - nee	1 2	
87	Bent u in het afgelopen jaar bij de GGD geweest voor het bureau voor tuberculosebestrijding?	- ja - nee	1 2	
88	<i>De artsen, ziekenhuizen, instellingen waarover we tot nu toe gepraat hebben, zijn allemaal traditionele voorzieningen. Er zijn ook andere soorten artsen of voorzieningen waar je heen kunt gaan om gezond te worden, zoals (noem enkele uit het rijtje). Ik zal ze zo een voor een opnoemen, dan zou ik graag van u horen of u deze in het afgelopen jaar heeft geraadpleegd.</i>			
	Welke genezer? (meerdere mogelijkheden)	- <i>sicak su banlyor, ilicalar</i> - <i>çamur banyolari</i> - <i>çikikçi</i> - <i>muska</i> - <i>okutma/hoca</i> - <i>türbe</i> - <i>anders, nl.</i> - <i>geen genezer</i>	1 2 3 4 5 6 7 8	
	<i>Int.: bij elk bevestigend antwoord doorvragen.</i>			
	<i>INDIEN GEEN VAN DEZE GENEZERS WERD GERAADPLEEGD. VRAAG 89</i>			

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
88a	Waar werd genezer 1 bezocht?	- Nederland	1	
		- Turkije	2	
		- elders, nl.	3	
			
	Voor welke klacht werd genezer 1 bezocht?	.....	
	Is de klacht door genezer 1:	- verbeterd	1	
		- stabiel	2	
		- slechter	3	
88b	Waar werd genezer 2 bezocht?	- Nederland	1	
		- Turkije	2	
		- elders, nl.	3	
			
	Voor welke klacht werd genezer 2 bezocht?	.....	
	Is de klacht door genezer:	- verbeterd	1	
		- stabiel	2	
		- slechter	3	
88c	Waar werd genezer 3 bezocht?	- Nederland	1	
		- Turkije	2	
		- elders, nl.	3	
			
	Voor welke klacht werd genezer 3 bezocht?	.....	
	Is de klacht door genezer 3:	- verbeterd	1	
		- stabiel	2	
		- slechter	3	
88d	Waar werd genezer 4 bezocht?	- Nederland	1	
		- Turkije	2	
		- elders, nl.	3	
			
	Voor welke klacht werd genezer 4 bezocht?	.....	
	Is de klacht door genezer 4:	- verbeterd	1	
		- stabiel	2	
		- slechter	3	
88e	Waar werd genezer 5 bezocht?	- Nederland	1	
		- Turkije	2	
		- elders, nl.	3	
			
	Voor welke klacht werd genezer 5 bezocht?	.....	
	Is de klacht door genezer 5:	- verbeterd	1	
		- stabiel	2	
		- slechter	3	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
88f	Waar werd genezer 6 bezocht?	- Nederland - Turkije - elders, nl.	1 2 3	
	Voor welke klacht werd genezer 6 bezocht?	..... .....	
	Is de klacht door genezer 6:	- verbeterd - stabiel - slechter	1 2 3	
88g	Waar werd genezer 7 bezocht?	- Nederland - Turkije - elders, nl.	1 2 3	
	Voor welke klacht werd genezer 7 bezocht?	..... .....	
	Is de klacht door genezer 7:	- verbeterd - stabiel - slechter	1 2 3	
89	<p>We hebben het tot nu toe steeds gehad over uw gezondheid. We gaan nu praten over de gezondheid van alle inwoners van Nederland. Vroeger werden mensen ziek of gingen mensen in Nederland dood omdat er ziekten heersten zoals de pest, omdat ze weinig te eten hadden of omdat ze sneuvelden in een oorlog. Tegenwoordig komen sommige van deze zaken, bijvoorbeeld de pest niet meer voor, maar er zijn misschien andere dingen voor in de plaats gekomen die een bedreiging vormen voor de gezondheid van de inwoners van Nederland. Ik ga een aantal zaken noemen, die misschien zo'n bedreiging kunnen zijn. Wilt u telkens zeggen of u denkt, dat wat ik opnoem een grote bedreiging vormt voor de gezondheid van de inwoners van Nederland.</p>			
	spanningen	- ja - nee	1 2	
	milieuvervuiling	- ja - nee	1 2	
	ongezond eten (ook teveel of te weinig)	- ja - nee	1 2	
	roken	- ja - nee	1 2	
	onvoldoende beweging	- ja - nee	1 2	
	alcoholgebruik	- ja - nee	1 2	
	oorlog/(atoom-)bewapening	- ja - nee	1 2	
	slechte huisvesting	- ja - nee	1 2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	slechte arbeidsomstandigheden	- ja - nee	1 2	
	ongevallen (in het verkeer of thuis)	- ja - nee	1 2	
	brand	- ja - nee	1 2	
	het klimaat, het weer, te weinig zon	- ja - nee	1 2	
	drugsgebruik	- ja - nee	1 2	
	vermoeidheid	- ja - nee	1 2	
	andere, nl.	.....	
	<i>Als de respondent meer dan 3 bedreigingen noemt, dan doorvragen welke de drie belangrijkste zijn.</i>			
90	Ik ga nu een paar vragen stellen waarop u alleen maar ja of nee hoeft te antwoorden.			
90a	Denkt u dat je tbc kunt hebben zonder dat je het weet?	- ja - nee - weet niet	1 2 3	
90b	Denkt u dat rheuma ook bij kinderen voorkomt?	- ja - nee - weet niet	1 2 3	
90c	Als je je adem hoort piepen, betekent dat dan dat je astma hebt?	- ja - nee - weet niet	1 2 3	
90d	Kun je een ontstoken kies beter direct laten trekken dan laten vullen?	- ja - nee - weet niet	1 2 3	
	Dan volgt nu een aantal uitspraken. Wilt u zeggen of u het met die uitspraken eens bent?			
90e	Dikke mensen krijgen meer last van hun maag dan dunne. Bent u het daarmee eens?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
90f	Astma krijg je als je in een benauwde ruimte leeft. Bent u het daarmee eens?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
90g	Hartziekten worden veroorzaakt door een hoge bloeddruk. Bent u het daarmee eens?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
90h	Pijn in de borst wil meestal zeggen dat er met het hart iets niet in orde is. Bent u het daarmee eens?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
90i	Sommige mensen zeggen dat geestes- ziekten soms te genezen zijn. Bent u het daarmee eens?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
90j	Sommige mensen zeggen dat je tandbe- derf altijd merkt aan een vieze adem? Bent u het daarmee eens?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
90k	Sommige mensen zeggen dat kanker soms te genezen is door bestraling? Bent u het daarmee eens?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
90l	Sommige mensen zeggen dat honing een goed middel tegen verkoudheid is? Bent u het daarmee eens?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
91	Wat doet u gewoonlijk, of wat zou u doen na een tweetal dagen, als u één van de volgende klachten heeft? Het gaat er helemaal niet om of iets wel of niet goed is, alleen om wat ú zou doen.			
	slapeloosheid	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	bloed in de ontlasting	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	koorts	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	hoofdpijn	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	buikloop of diarree	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	braken	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	bloed in de urine	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	jeukende uitslag	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	geen eetlust	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	hartkloppingen	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	INDIEN DE RESPONDENT THUISWONENDE KINDEREN HEEFT; ANDERS VRAAG 102			
	Tot nu toe hebben we vooral gepraat over uw eigen gezondheid. Ik wil nu nog een paar vragen stellen over de gezondheid van uw thuiswonende kinderen.			
92	Hoe vindt u in het algemeen de gezondheid van uw thuiswonende kinderen?	- goed - matig - slecht	1 2 3	
93	We nemen nu weer dezelfde periode van 14 dagen, de afgelopen 14 dagen dus (Int.: neem de kalender er weer bij)			
	Is een van uw kinderen in de afgelopen 14 dagen ziek geweest?	- ja - nee	1 2	→ 97
94	Wie van de kinderen was dat en wat was de klacht? naam: klacht:	..... .....	
	wat werd gedaan:	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	naam: klacht:	..... .....	
	wat werd gedaan:	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	
	naam: klacht:	..... .....	
	wat werd gedaan:	- niets - huisarts - zelfzorg, nl.	1 2 3	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	naam:	.....	
	klacht:	.....	
	wat werd gedaan:	- niets	1	
		- huisarts	2	
		- zelfzorg, nl.	3	
			
95	Is deze klacht/ziekte bij een van uw thuiswonende kinderen langer dan drie maanden geleden begonnen?	- ja	1	
		- nee	2	→ 97
96	Bij welk kind/welke kinderen is dat het geval? naam/namen			
97	Heeft een van uw kinderen in het afge- lopen jaar in het ziekenhuis gelegen (tenminste een nacht)?	- ja	1	
		- nee	2	→ 99
98	Welk kind was dat en wat was de reden van opname? Hoe lang duurde de opname?			
	naam:	.....	
	duur:	.....	
	reden:	.....	
			
	naam:	.....	
	duur:	.....	
	reden:	.....	
			
	naam:	.....	
	duur:	.....	
	reden:	.....	
			
	naam:	.....	
	duur:	.....	
	reden:	.....	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
99	Hebt u in de afgelopen drie maanden wel eens van de volgende hulpverleners geraadpleegd voor een van de kinderen? (Int.: noem de mogelijkheden, meerdere mogelijkheden)			
	- specialist, welke	- ja	1	
		- nee	2	
	- huisarts	- ja	1	
		- nee	2	
	- tandarts	- ja	1	
		- nee	2	
	- alternatieve/traditionele genezer	- ja	1	
		- nee	2	
	- psycholoog, maatschappelijk werker, iemand van een RIAGG	- ja	1	
		- nee	2	
	- anders,	- ja	1	
		- nee	2	
100	Hebben een of meer kinderen in de afgelopen drie maanden geneesmiddelen gebruikt?	- ja	1	
		- nee	2	→ 102
101.	Welke geneesmiddelen waren dat? Heeft een arts dat geneesmiddel voorgeschreven?			
101a	pijn en koortswerende middelen zoals aspirine Door een arts voorgeschreven?	- ja	1	
		- nee	2	→ 101b
		- ja	1	
		- nee	2	
101b	medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn Door een arts voorgeschreven?	- ja	1	
		- nee	2	→ 101c
		- ja	1	
		- nee	2	
101c	versterkende middelen zoals vitaminen, mineralen, tonicum Door een arts voorgeschreven?	- ja	1	
		- nee	2	→ 101d
		- ja	1	
		- nee	2	
101d	medicijnen voor het hart, de bloedvaten of de bloeddruk Door een arts voorgeschreven	- ja	1	
		- nee	2	→ 101e
		- ja	1	
		- nee	2	
101e	plaspillen Door een arts voorgeschreven?	- ja	1	
		- nee	2	→ 101f
		- ja	1	
		- nee	2	
101f	laxeermiddelen Door een arts voorgeschreven?	- ja	1	
		- nee	2	→ 101g
		- ja	1	
		- nee	2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
101g	medicijnen voor maag- en darmklachten, spijsverteringsmiddelen Door een arts voorgeschreven?	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	→ 101h
101h	slaap- en kalmerende middelen, middelen tegen de zenuwen Door een arts voorgeschreven?	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	→ 101i
101i	antibiotica zoals peniciline en sulfa preparaten Door een arts voorgeschreven?	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	→ 101j
101j	medicijnen voor de huid (bij eczeem, jeuk, roos, wonden) Door een arts voorgeschreven?	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	→ 101k
101k	medicijnen voor rheuma, gewrichts-pijnen Door een arts voorgeschreven?	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	→ 101l
101l	medicijnen tegen allergie Door een arts voorgeschreven?	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	→ 101m
101m	medicijnen tegen astma Door een arts voorgeschreven?	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	→ 101n
101n	anti-conceptie Door een arts voorgeschreven?	- ja - nee - ja - nee	1 2 1 2	→ 101o
101o	zelfgemaakte huismiddeltjes <i>Int.: doorvragen waartegen.</i>	- ja - nee	1 2	→ 101p
101p	andere medicijnen, hierboven niet genoemd, nl. <i>Int.: vraag eventueel om de huisapothek te mogen zien, schrijf dan de merknamen op. De codering gebeurt dan achteraf met behulp van een apotheker.</i> <i>Indien de respondent ook in Turkije heeft gewoond, anders vraag 104.</i> U hebt in Nederland en in Turkije gewoond, waarschijnlijk hebt u in beide landen wel eens op een of andere manier te maken gehad met gezondheidszorg of in elk geval erover horen praten.	..... .....	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
102	Waar denkt u dat de beste artsen zijn, in Nederland of in Turkije	- Turkije - Nederland - maakt niet uit	1 2 3	
	Doorvragen waarom!			
103	Vindt u dat er meer Turkse artsen zouden moeten zijn in Nederland?	- ja - nee - geen mening	1 2 3	
	Doorvragen waarom!			
	Tot slot wil ik het met u over een aantal onderwerpen hebben die niet direct over gezondheid gaan. Of iemand gezond is of niet kan van een heleboel zaken afhangen, bijvoorbeeld van zijn werkomstandigheden, het huis waarin hij woont, hoe druk hij het heeft, enz.. Wij willen in dit onderzoek ook erachter komen welke van deze zaken belangrijk zijn voor de gezondheid van Turkse mensen. De eerste vragen gaan over wat voor opleiding u gehad hebt en over het werk.			
104	Wat voor opleiding heeft u het laatst gevolgd of volgt u nu?	- lager onderwijs - Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs (VLO, MULO, MAVO, etc.) - Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs/Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (HAVO, MMS, VWO) - Lager Beroepsonderwijs (Ambachtschool, Huishoudschool, LTS, LHNO, LEAO, etc.) - Middelbaar Beroepsonderwijs (MTS, MEAO, UTS, INAS, KVJV, VHBO, kleuterleidster, opleiding gezinsverzorgster, etc.) - Hoger Beroepsonderwijs en Wetenschappelijk Onderwijs (HTS, HEAO, Soc. Acad., Universiteit, Hogeschool, etc.) - andere opleiding, nl.	1 2 3 4 5 6 7	
105	Was dit in Turkije of in Nederland?	- Turkije - Nederland - elders, nl.	1 2 3	
106	Heeft u van deze opleiding het diploma of het getuigschrift behaald?	- ja - nee	1 2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
113	Welke situatie is op u van toepassing?	<ul style="list-style-type: none"> - doet het huishouden - arbeidsongeschikt - werkloos/werkzoekend - schoolgaand/studerend - gepensioneerd - anders, nl. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 	
114	Krijgt u een uitkering?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	
115	Wat voor uitkering krijgt u? (meerdere mogelijkheden)	<ul style="list-style-type: none"> - ziektewet - arbeidsongeschiktheidsuitkering - bijstandsuitkering - werkloosheidsuitkering - ouderdomsuitkering/pensioen - anders, nl. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 	
116	Is dit een volledige of een gedeeltelijke uitkering (voor minder dan de hele werktijd)?	<ul style="list-style-type: none"> - volledig - gedeeltelijk, voor ... uur of ... procent 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	
<p style="text-align: center;">122 voor niet-werkenden</p> <p>ALLEENSTAANDEN →</p> <p style="text-align: center;">124 voor werkenden</p>				
117	Heeft uw partner op dit moment werk? (bij ziekte ja beantwoorden, bij arbeidsongeschiktheid nee)	<ul style="list-style-type: none"> - ja, sinds - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	→ 119
118	Zit uw partner op dit moment in de ziektewet, is hij/zij afwezig van het werk wegens ziekte?	<ul style="list-style-type: none"> - ja, sinds - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	→ 120 → 120
119	Wat is de reden dat hij/zij niet werkt?	<ul style="list-style-type: none"> - doet het huishouden - arbeidsongeschikt - werkloos/werkzoekend - schoolgaand/studerend - gepensioneerd - anders, nl. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
120	Krijgt uw partner een uitkering?	- ja - nee	1 2 →	122/124
121	Wat voor uitkering krijgt uw partner? (meerdere mogelijkheden)	- ziektewet - arbeidsongeschiktheidsuitkering - bijstanduitkering - werkloosheidsuitkering - ouderdomsuitkering/pensioen - anders, nl.	1 2 3 4 5 6	
	<i>Indien eerder is gebleken dat de respondent op dit moment niet werkt:</i>			
122	Hebt u in het verleden wel gewerkt?	- ja - nee	1 2 →	135
123	Hoe lang was dat geleden?	- korter dan een jaar - langer dan een jaar, korter dan vijf jaar geleden - langer dan vijf jaar geleden	1 2 3 →	135
	<i>Indien <u>geen</u> arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt ontvangen (op dit moment)</i>			
124	Is het wel eens gebeurd dat u lange tijd ziek was en toen onderzocht bent voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering?	- ja - nee	1 2 →	127
125	Hoe lang was dat geleden?	- korter dan een jaar - één tot vijf jaar geleden - langer dan vijf jaar geleden	1 2 3	
126	Hoe is dat toen verlopen? (werd de respondent arbeidsongeschikt verklaard, wat waren zijn ervaringen)	..... ..... .....	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	ALTIJD STELLEN INDIEN DE RESPONDENT WERKT OF GEWERKT HEEFT.			
127	Wat is/was uw beroep en wat voor soort werk doet/deed u?	..... .....	
	<p><i>Het gaat hierbij om het "soort" werk dat de respondent het langst gedaan heeft. Bij twijfel meerdere beroepen noemen. Niet alleen de naam van het beroep noemen, maar omschrijven wat het werk inhoudt/ inhoudt. Belangrijk is welke lichamelijke inspanning het werk met zich meebrengt/mebracht.</i></p>			
128	In welke arbeidssector werkt/werkte u?	<ul style="list-style-type: none"> - industrie/ambachtelijke beroepen - administratie, financiën - handel en verkeer - verzorgende beroepen - medische en sociale beroepen - onderwijs - agrarisch - bestuurlijk - artistiek en wetenschappelijke beroepen - anders, nl. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	
129	Bent u/was u zelfstandig of in loondienst?	<ul style="list-style-type: none"> - zelfstandig - loondienst 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	131
130	Hoeveel werknemers hebt/had u?	<ul style="list-style-type: none"> - geen - minder dan 25 - meer dan 25 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 	
131	Geeft/gaf u leiding aan andere werknemers?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	
132	Werkt/werkte u in gewone dagdienst of in ploegendienst?	<ul style="list-style-type: none"> - dagdienst - ploegendienst 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
133	Hoeveel overuren maakt/maakte u gemiddeld per week?	<ul style="list-style-type: none"> - geen overuren - minder dan een uur - 1 tot 5 uur - 5 tot 10 uur - 10 tot 15 uur - 15 tot 20 uur - 20 tot 30 uur - meer dan 30 uur 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 8 	
134	Hoeveel tijd hebt/had u gemiddeld nodig om van huis op uw werk te komen?	<ul style="list-style-type: none"> - minder dan 15 minuten - 15 tot 30 minuten - 30 tot 45 minuten - 45 tot 60 minuten - meer dan 60 minuten 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 	
135	Hoe bent u verzekerd tegen ziekte en invaliditeit?	<ul style="list-style-type: none"> - ziekenfonds bejaarden - ziekenfonds verplicht - ziekenfonds vrijwillig - ambtenarenverzekering - particuliere ziektekosten-verzekering - niet verzekerd 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 	
136	In welke van de volgende categorieën ligt uw <u>netto</u> gezinsinkomen per maand?	<ul style="list-style-type: none"> - minder dan f 900,- - tussen f 900,- en f 1.499,- - tussen f 1.500,- en f 2.099,- - tussen f 2.100,- en f 2.999,- - tussen f 3.000,- en f 4.499,- - tussen f 4.500,- en f 5.999,- - meer dan f 6.000,- 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 	
	<p>Met gezinsinkomen bedoelen we hier het inkomen van man en vrouw, eventueel aangevuld door het door kinderen of anderen afgedragen inkomen. Alleenstaanden vullen hier hun eigen inkomen in. Met inkomen wordt hier bedoeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inkomen uit arbeid (lonen, vakantiegeld, premies voor ploegendienst en overwerk, vuil-werktoeslag inbegrepen); - alle soorten uitkeringen; - inkomens uit onroerend goed; - kinderbijslag. 			
137	Hoeveel personen onderhoudt u/uw man op het ogenblik? (Inclusief eventuele echtgeno(o)t(e). De kostwinner niet meerekenen!) Als een persoon werk, wordt ervan uitgegaan dat alle overige personen onderhouden worden door de kostwinner, ook al werkt de partner.	.... personen		
138	Stuurt u regelmatig geld naar Turkije voor het onderhoud van familieleden of kennissen?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	140

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
139	Is dit voor volledig onderhoud van een of meerdere personen?	- ja, voor personen - nee	1 2	
140	Heeft u onroerend goed in Turkije?	- ja - nee	1 2	
	In het begin van dit gesprek hebt u me verteld dat u sinds in Nederland bent en u hebt verteld dat u in Turkije in hebt gewoond. Ik wil u nu nog een paar vragen stellen over of u voorgoed terug wil gaan naar Turkije en of u contact hebt met Turkse mensen in Nederland.			
141	Denkt u dat u voorgoed naar Turkije terug zal gaan?	- ja - nee	1 2	143
142	Wanneer denkt u (voorgoed) terug te gaan?	- binnen een jaar - binnen 5 jaar - over 5 tot 10 jaar - langer dan 10 jaar	1 2 3 4	
143a	Heeft u uw kinderen naar Turkije gestuurd om daar naar school te gaan?	- ja - nee	1 2	
143b	Hebben ze in Nederland een Turkse diploma gehaald?	- ja - nee	1 2	
144	Welke godsdienst hebt u?	- moslim - christen-turk - katholiek - Nederlands-hervormd - gereformeerd - niets - anders, nl.	1 2 3 4 5 6 7	148 148 148 148 148 148 148
145	Doet u mee aan de ramadan?	- ja - nee	1 2	
146	Gaan uw kinderen naar een Koran-cursus of hebben ze dit in het verleden gedaan?	- ja - nee - enkelen wel, anderen niet	1 2 3	
147	Gaat u of uw echtgeno(o)t(e) altijd of bijna altijd op vrijdag naar de moskee?	- ja - nee	1 2	
148	Heeft u familieleden in Rotterdam?	- ja - nee	1 2	150

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
149	Hoe vaak heeft u contact met ze?	<ul style="list-style-type: none"> - elke dag - minstens een keer per week - minstens een keer in de maand - een paar keer in het jaar - nooit 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 	
150	Zijn er andere Turkse mensen in Rotterdam waarmee u contact hebt?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 → 	152/ 154
151	Hoe vaak heeft u contact met ze?	<ul style="list-style-type: none"> - elke dag - minstens een keer per week - minstens een keer in de maand - een paar keer in het jaar - nooit 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 	
152	Alleen voor vrouwen; mannen → 154			
	Gaat u ook wel alleen of met andere vrouwen (dus niet met de man) bij Turkse familie of bekenden op bezoek?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 → 	154
153	Hoe vaak gaat u alleen of met andere vrouwen naar Turkse bekenden (familie of anderen) toe?	<ul style="list-style-type: none"> - elke dag - minstens een keer per week - minstens een keer per maand - een paar keer per jaar - een keer per jaar of minder 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 	
	<p>We hebben het net gehad over de contacten die u hebt met Turken in Rotterdam. Ik wil nu met u praten over contacten met Nederlanders, maar daarvoor zal ik een paar vragen stellen over de talen die u kunt spreken, lezen en schrijven.</p> <p>U hebt zelf waarschijnlijk vaak ondervonden dat taal een belangrijke rol kan spelen wanneer u in Nederland iets te weten wil komen over gezondheid of wanneer u met een klacht naar de dokter gaat. Daarom is het voor ons belangrijk om te weten welke talen u beheerst.</p> <p>Eerst een paar vragen over het Turks.</p>			
154	Kunt u in het Turks lezen?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 → 	157
155	Kunt u goed Turks lezen, kunt u moeilijke teksten vlot lezen of alleen makkelijke?	<ul style="list-style-type: none"> - ja, goed - nee, slecht 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	
156	Kunt u in het Turks schrijven?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 	
157	Kunt u Nederlands verstaan?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nee 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 → 	165

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
158	Kunt u altijd alles of bijna alles verstaan wat gezegd wordt, of verstaat u meestal maar heel weinig?	- (bijna) alles - gedeeltelijk - heel weinig	1 2 3	
159	Kunt u Nederlands spreken?	- ja - nee	1 2	→ 161
160	Kunt u altijd alles of bijna alles zeggen wat u wilt, of kunt u maar heel weinig zeggen?	- (bijna) alles - gedeeltelijk - heel weinig	1 2 3	
161	Kunt u in het Nederlands lezen?	- ja - nee	1 2	→ 165
162	Kunt u goed Nederlands lezen, kunt u moeilijke teksten vlot lezen of alleen makkelijke?	- ja, goed - nee, slecht	1 2	
163	Kunt u in het Nederlands schrijven?	- ja - nee	1 2	→ 165
164	Kunt u goed schrijven, kunt u alles schrijven wat u wilt, of kunt u alleen makkelijke woorden schrijven?	- ja, goed - nee, slecht	1 2	
	Sommige mensen zien hun burens heel erg vaak, maar anderen eigenlijk alleen maar op straat. Ik bedoel dus niet de meer "zakelijke" contacten met de bakker, kruidenier, arts, e.d..			
165	Heeft u contact met Nederlanders uit de buurt?	- ja - nee	1 2	→ 168
166	Hoe vaak heeft u contact met ze?	- elke dag - minstens een keer per week - minstens een keer in de maand - een paar keer in het jaar - een keer in het jaar of minder	1 2 3 4 5	
167	Waaruit bestaat dit contact? (meerdere mogelijkheden)	- af en toe een praatje op school - bij elkaar op bezoek gaan - samen ergens heen gaan - anders, nl.	1 2 3 4	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
168	Heeft u contact met andere Nederlanders (dus niet uit de buurt)?	- ja - nee	1 2 →	171/ 176
169	Hoe vaak heeft u contact met ze?	- elke dag - minstens een keer per week - minstens een keer in de maand - een paar keer in het jaar - een keer per jaar of minder	1 2 3 4 5	
170	Waaruit bestaat dit contact?	- af en toe een praatje op school - bij elkaar op bezoek gaan - samen ergens heen gaan - anders, nl.	1 2 3 4	
171	<i>Alleen voor vrouwen; mannen → 176</i> Gaat u ook alleen of met andere vrouwen (dus niet met de man) bij Nederlandse vrouwen op bezoek?	- ja - nee	1 2 →	173
172	Hoe vaak gaat u alleen of met andere vrouwen naar Nederlandse vrouwen toe?	- elke dag - minstens een keer per week - minstens een keer per maand - een paar keer per jaar - een keer per jaar of minder	1 2 3 4 5	
173	Gaat u regelmatig naar een Turkse (vrouwen-)vereniging?	- ja - nee	1 2	
174	Volgt u een cursus? Welke? (meerdere mogelijkheden)	- geen cursus - naaicursus - taalcursus - anders, nl.	1 2 3 4	
175	Bezoekt u regelmatig een club- of buurthuis?	- ja - nee	1 2	
	<i>HUISVESTING</i>			
176	In wat voor woning woont de respondent?	- op een enkele kamer - in een appartement - in een flat - in een huis op een rij - twee-onder-een-kap-woning - vrijstaande woning - anders, nl.	1 2 3 4 5 6 7	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
177	Bent u de eigenaar van deze woning?	- ja - nee	1 2	
178	Beschikt uw woning over een badkamer/douche?	- ja - nee	1 2	
179	Hoe is uw woning verwarmd?	- centrale verwarming - gaskachels - elektrische verwarming - anders, nl. - geen verwarming	1 2 3 4 5	
180	Over hoeveel vertrekken beschikt uw woning? (Uitgezonderd kamers die uitsluitend voor beroepsdoeleinden gebruikt worden, ook badkamer en w.c. uitgezonderd.)	..... vertrekken		
181	Heeft u klachten in verband met uw woning?	- ja - nee	1 2	
182	Wat zijn de grootste klachten?	..... .....	
	<p>U hebt mij veel verteld in dit gesprek over uw gezondheid (en die van uw kinderen), over de artsen waarmee u contact hebt gehad, en een heleboel andere zaken. Toch is de tijd die we voor dit gesprek hadden niet lang genoeg om over al deze onderwerpen uitgebreid door te praten. Daarom kan het zijn, dat wij over een tijdje nog eens met u willen praten.</p>			
183	Vindt u het goed als er nog eens iemand bij u terugkomt om over sommige zaken nog wat verder te praten?	- ja - nee	1 2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	<p><i>Alleen indien de respondent bij de huisarts is geweest, anders 186.</i></p> <p>De laatste vraag die ik u wil stellen gaat over de huisarts. U hebt me verteld over uw huisarts en over de klachten waarmee u bij de huisarts bent gekomen. Misschien kan het voor ons belangrijk zijn om over sommige medische zaken meer informatie te krijgen. Daarvoor zouden we dan contact willen zoeken met uw huisarts.</p>			
184	Vindt u het goed dat wij hiervoor contact opnemen met uw huisarts?	- ja - nee	1 2	→ 186
185	Wat is de naam van uw huisarts?	..... .....	
186	Als het onderzoek is afgelopen wordt over de resultaten een rapport (boek) gemaakt. Stelt u het op prijs een samenvatting hiervan toegezonden te krijgen?	- ja - nee	1 2	

Vraag nr.	Omschrijving	Antwoord	Code	naar vraag
	<u>EVALUATIE</u> (achteraf invullen)			
1	Duur van het gesprek minuten			
2	Hoe is het gesprek verlopen?	- erg prettig - prettig - gaat wel - onprettig - erg onprettig	1 2 3 4 5	
	Toelichting:			
3	Waren andere personen bij het gesprek aanwezig?	- ja - nee	1 2	
4	In welke relatie stond(en) deze persoon/personen tot de geïnterviewde? (meerdere mogelijkheden)	- partner - ouder(s) - kinderen - overige gezinsleden - niet gezinsleden - weet niet	1 2 3 4 5 6	
5	Heeft de aanwezigheid van deze persoon/personen invloed gehad op het verloop van het gesprek? (Antwoorde hij/zij voor de respondent, gaf hij/zij commentaar bij de vragen of de antwoorden, enz.?)	- ja - nee	1 2	
	Toelichting:			
6	Heb je de indruk dat de respondent alle vragen goed begrepen heeft?	- ja - nee	1 2	
	Toelichting			
7	Heb je de indruk dat de respondent naar waarheid geantwoord heeft?	- ja - nee	1 2	
	Toelichting:			
8	Waren er bepaalde vragen die problemen opleverden?	- ja - nee	1 2	9
9	Welke vragen waren dit?	..... .....	
	Waarom leverden ze problemen op?	..... ..... .....	

Curriculum vitae

Petrien Uniken Venema werd op 15 december 1958 geboren te Waalre. In 1976 behaalde zij het einddiploma gymnasium beta aan het Lorentz Lyceum te Eindhoven.

In 1982 voltooide zij de studie klinische pedagogiek aan de Rijks Universiteit te Utrecht. Bij diezelfde universiteit deed zij haar eerste onderzoekservaring op. Van 1982 tot 1984 bestudeerde zij de onderwijspositie van Surinaamse kinderen en aansluitend verrichtte zij onderzoek naar leerplichtverzuim bij Turkse, Marokaanse en Nederlandse meisjes.

Van 1984 tot 1985 deed zij in opdracht van de Adviescommissie Onderzoek Minderheden onderzoek naar de organisatie van gemeentelijk minderhedenonderzoek.

Van 1985 tot heden werkt zij als onderzoeker bij de afdeling epidemiologie van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst van Rotterdam.

