

ZORG VOOR ONS

Een onderzoek naar de zorgbehoefte van Turkse ouderen en de geboden zorgpraktijk.



ZORG VOOR ONS

Naam	Carlijn Kip
Opleiding	Social Policy & Public Health
Studentennummer	6253806
Scriptie begeleider en eerste lezer	Dr. René van Rijsselt
Tweede lezer	Dr. Marcel Hoogeboom
Stage organisatie	Gemeente Oldenzaal
Stage begeleider	Hanneke Vrijburcht

22-06-2020

Inhoudsopgave

1. Abstract	4
2. Inleiding	5
<i>Ouderen met een migratieachtergrond</i>	7
<i>Huidige zorggebruik ouderen met een migratieachtergrond</i>	7
<i>Zorgbehoefte</i>	7
2. Theoretisch kader	8
2.1 <i>Het Precede-Proceed model</i>	8
2.2 <i>Conceptueel model voor toegang tot de gezondheidszorg</i>	9
2.3 <i>Theoretisch model</i>	11
2.4 <i>Onderzoeksvragen</i>	12
3. Methode van onderzoek	12
3.1 <i>Beschrijving respondenten</i>	13
3.2 <i>Procedure</i>	14
3.4 <i>Analysestrategie</i>	16
4. Resultaten	16
4.1 <i>Zorgbehoefte Turkse ouderen</i>	16
4.2 <i>Verklarende factoren zorgbehoefte Turkse ouderen</i>	19
4.3 <i>Huidige zorgaanbod voor Turkse ouderen in Oldenzaal</i>	21
4.4 <i>Belemmeringen huidige zorgaanbod</i>	22
4.5 <i>Aanvullende resultaten</i>	24
5. Conclusie en discussie	26
5.1 <i>Conclusie</i>	26
5.2 <i>Discussie</i>	26
5.3.1 <i>Beperkingen</i>	27
5.3.2 <i>Implicaties</i>	28
6. Referenties	30
7. Bijlagen	32
<i>Bijlage 1 – Topiclijsten</i>	32
Topiclijst Tweede generatie met een Turkse migratieachtergrond	32
Topiclijst zorgmedewerkers	38
<i>Bijlage 2 - Codeboom</i>	43
<i>Bijlage 3 – Aanbevelingen praktijk</i>	45
Informatievoorzieningen	45
Preventief werken	46
Turks personeel	47
Aanpassen en uitbreiden aanbod	47

1. Abstract

Achtergrond: Het aantal niet-westerse 65-plussers in Nederland neemt toe. Van 70 duizend (2009) naar 520 duizend (2050) (CBS, 2009). Er is sprake van een vergrijzing, maar ook het denken ten opzichte van het ouder worden veranderd. Het vermogen van mensen om zelf te beslissen en regie over hen eigen leven te voeren wordt steeds belangrijker. Echter is de vraag of Turkse ouderen dit vermogen hebben. Zij zijn laagopgeleid en beheersen de Nederlandse taal niet of nauwelijks. De zorg voor ouders verliest, haar automatische karakter. Om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen moet interculturalisatie van de gezondheidszorg plaatsvinden. Daarvoor moet helder zijn welke zorgbehoefte ouderen met een migratieachtergrond hebben en welke factoren de zorgbehoefte verklaren.

Onderzoeksvraag: Het doel van dit onderzoek is om te kijken of er een discrepantie is tussen de zorgbehoefte van Turkse ouderen en de geboden zorgpraktijk binnen de gemeente Oldenzaal en welke factoren deze discrepantie verklaren.

Methoden: Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn 18 semigestructureerd interviews gehouden met de tweede generatie Turkse migranten en de zorgprofessionals van de zorginstanties in de gemeente Oldenzaal.

Resultaten: Turkse ouderen hebben behoefte aan zorg die aansluit bij hun eigen taal, cultuur, normen en waarden. De huidige zorgpraktijk biedt dit niet. De discrepantie wordt beïnvloed door sociale en culturele factoren, beperkte gezondheidsvaardigheden, beperkte kennis over de mogelijkheden, financiële problemen en een slechte Nederlandse taalbeheersing.

Conclusie: Het nieuwe denken ten opzichte van het ouder worden vraagt ouderen om zelf beslissingen en regie te nemen. Echter blijkt uit dit onderzoek dat Turkse ouderen niet in staat zijn eigen regie te voeren. Zij komen buiten het huidige overheidsbeleid te vallen, daardoor neemt de druk op mantelzorgers toe. Er is nood aan een toegankelijker aanbod: een aanbod dat de drempels bij Turkse ouderen wegwerkt en op hun behoeften inspeelt.

2. Introductie

“Naar een verzorgingshuis willen de kinderen van het ‘extreem vergeetachtige’ echtpaar hun ouders niet sturen. De kinderen van het echtpaar hebben afgesproken om de beurt voor de ouders te zorgen. Elke avond, na het werk, komt familie langs om boodschappen te brengen, eten te koken, schoon te maken. Maar de oudjes zijn de hele dag alleen thuis. Wat als ze het gas vergeten uit te doen? Of als een van hen wegloopt en het huis niet meer kan terugvinden?” (Groen, 2012).

Families met een migratieachtergrond lossen de zorg voor ouderen vooral in eigen kring op. Zij maken weinig gebruik van bestaande vormen van mantelzorgondersteuning of van voorzieningen voor ouderen (verzorg- en verpleegtehuizen) (Brink, Hello & Tromp, 2004). In Nederland komen steeds meer vragen naar voren hoe de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond goed ingericht kan worden. Lange tijd ging het over een beperkte groep, maar met de komst van de dubbele vergrijzing is dit niet langer het geval. Volgens de nieuwste allochtone prognose van het CBS (2009) groeit het aantal niet-westerse 65-plussers tussen nu en 2050 van krap 70 duizend naar ruim 520 duizend.

Dat de Nederlandse bevolking aan het vergrijzen is en dat dit de nodige vragen oproept, is al langer bekend. Relatief nieuw is de verandering van denken ten opzichte van het ouder worden. Waar gezondheid voorheen primair opgevat werd als afwezigheid van ziekte, staat nu de positieve gezondheid centraal, waarbij het vermogen van mensen om zelf te beslissen hoe om te gaan met sociale, fysieke en emotionele uitdagingen in het leven belangrijk is (van Haldert et al, 2020). Maar is dat mogelijk voor iedereen? Ouderen die bij bovenstaand overheidsbeleid buiten de boot dreigen te vallen zijn ouderen die alleenstaand zijn, een lagere opleiding hebben, uit een lagere inkomensgroep komen, een beperkt sociaal netwerk hebben en geen of slecht Nederlands spreken (Doekhie, de Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014).

Turkse oudere mannen en vrouwen zijn voor een belangrijk deel afkomstig van het platteland, waar in de tijd dat zij opgroeiden de mogelijkheden voor het volgen van onderwijs beperkt waren. Turkse ouderen zijn daardoor zeer laag opgeleid en praktisch analfabeet (Dagevos, 2001). Dit lage opleidingsniveau heeft gevolgen voor de beheersing van de Nederlandse taal, Turkse ouderen spreken dit niet of nauwelijks (Dagevos, 2001). Ook het Kennisplatform Integratie & Samenleving (KIS) (2019) omschrijven ouderen met een

migratieachtergrond als een kwetsbare groep, zij hebben vaker een slechtere gezondheid en een lagere sociaaleconomische status.

Bovenstaande bevindingen zouden erop kunnen wijzen dat Turkse ouderen de groep zijn die bij het huidige ouderenbeleid buiten de boot dreigen te vallen. Volgens van Wieringen (2014) heeft te laag of te laat zorggebruik grote gevolgen. Lichamelijke en geestelijke klachten verergeren waardoor de kwaliteit van leven van ouderen met een migratieachtergrond kan worden verslechterd (van Wieringen, 2014). “Maar “ze” hebben toch veel kinderen die voor hen zorgen?” is een aanname die volgens Ipek (2019) vaak genoemd wordt. Hier is echter niet altijd vanuit te gaan, zegt ook Yerden (2013). De invoering van de verzorgingsstaat heeft de verwachtingspatronen van familieleden ten opzichte van elkaar doen verschuiven. De zorg voor ouders verliest daarmee haar ‘automatische’ karakter (Yerden, 2013). Het risico op (zwaar) overbelaste mantelzorgers neemt toe. Met name mantelzorgers met een migratieachtergrond verdienen hierin speciale aandacht, zij worden niet voor niets als risicogroep aangemerkt door de overheid (MinVWS, 2009). Overbelasting van mantelzorgers, met een migratieachtergrond, heeft gevolgen voor de mantelzorger zelf, maar ook voor de samenleving. De kans op uitval neemt toe waardoor zowel de mantelzorger als de oudere een beroep moet doen op zorgvoorzieningen, hierdoor nemen de kosten in de zorgsector toe.

Om overbelasting en uitval van mantelzorgers te voorkomen moet interculturalisatie van de gezondheidszorg plaatsvinden (RVZ, 2000). Interculturalisatie betekent dat de organisatie zich bewust is van culturele verschillen en in staat is deze te herkennen (Booij, 2006). Interculturalisatie van de gezondheidszorg moet er voor zorgen dat de toegang tot gezondheidszorg voor ouderen met een migratieachtergrond verbeterd. Maar om tot interculturalisatie te komen moet helder zijn welke zorgbehoefte ouderen met een migratieachtergrond hebben en welke factoren het zorggebruik van ouderen met een migratieachtergrond bepalen (Moons et al., 2007). Dit zal dan ook centraal staan in dit onderzoek dat wordt uitgevoerd voor de gemeente Oldenzaal.

Uit bovenstaande bevindingen blijkt dat we te maken hebben met een kwetsbare groep, die minder goed in staat is de eigen regie over de eigen gezondheid te nemen. In dit onderzoek wordt met die kwetsbare groep geduid op ouderen met een migratieachtergrond. Maar wie moeten we tot ouderen met een migratieachtergrond rekenen en vanaf welke leeftijd behoort iemand tot de groep ouderen?

Ouderen met een migratieachtergrond

Iemand met een migratieachtergrond is een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Personen die zelf in het buitenland zijn geboren behoren tot de eerste generatie en personen die in Nederland zijn geboren, maar ten minste één ouder hebben die in het buitenland is geboren tot de tweede generatie. Er wordt ook onderscheid gemaakt tussen personen met een westerse migratieachtergrond, afkomstig uit een van de landen van Europa (exclusief Turkije). En personen met een niet-westerse migratieachtergrond, afkomstig uit een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika, Azië en Turkije (CBS, 2016).

Het lijkt een simpele vraag wie tot de groep ouderen gerekend kan worden, maar dit is niet zo eenduidig te beantwoorden. Als het over de oudere werknemer gaat, bedoelt men over het algemeen mensen tussen de 50 en 65 jaar. Echter heeft iemand vanaf 66 en vier maanden pas recht op een AOW (Algemene ouderdomswet), ook dan kom je in aanmerking voor een seniorenpas. Bij het gebruik van zorgvoorzieningen richt men zich vooral op 75-plussers (NIWZ, 2002).

Huidige zorggebruik ouderen met een migratieachtergrond

De Nederlandse overheid stimuleert ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. En zodra er zorg nodig is, dienen zij eerst een beroep te doen op het sociale netwerk. Zodra het sociale netwerk deze hulp niet kan bieden kan zorg worden ingeschakeld. Zorg is een breed begrip en kan variëren van hulp bij huishoudelijke taken tot 24-uurszorg voor mensen met complexe gezondheidsproblemen.

Oudere migranten weten de weg naar zorg niet te vinden blijkt uit onderzoek van Van Wieringen (2014) naar de toegankelijkheid en het gebruik van zorg en welzijn voor ouderen van niet-westerse herkomst. De barrières die zich voordoen zijn vaak praktisch van aard (gebrek aan taalvaardigheid en gezondheidsgeletterdheid). Gezondheidsgeletterdheid wordt omschreven als de mate waarin mensen beschikken over het vermogen om fundamentele diensten en informatie op het gebied van gezondheid te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen zodat ze beslissingen kunnen nemen die hun gezondheid ten goede komt (Ratzan, & Parker, 2000). Wanneer men iets wil veranderen in de zorg zal op zijn minst eerst enig inzicht moeten komen in de behoefte aan zorg binnen een populatie.

Zorgbehoefte

Moons et al. (2007) maken een conceptueel onderscheid tussen (het bredere) ‘behoefte aan zorg’ en (het smallere) ‘behoefte aan voorzieningen’. De (algemene) ‘behoefte om gezond te

zijn' leidt tot verschillende 'behoefte aan zorg'. De behoefte aan zorg kan door verschillende 'zorgsystemen' worden voorzien: naast de professionele zorgvoorzieningen kunnen zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligers of bijvoorbeeld particuliere zorg deze zorgbehoefte vervullen. Deze definitie sluit aan bij dit onderzoek omdat sinds de decentralisatie in 2015 er steeds vaker een beroep, op de oudere zelf en het netwerk rondom de oudere heen, gedaan wordt.

Zorgbehoefte kan worden onderscheiden in objectieve zorgbehoefte en subjectieve zorgbehoefte. Objectieve zorgbehoefte is de behoefte vastgesteld volgens de criteria van deskundigen (Moons et al., 2007) De objectieve zorgbehoefte stelt of er sprake is van problemen of stoornissen waar iets aan gedaan moet worden. In het huidige onderzoek ligt de focus niet op de objectieve zorgbehoefte maar op de subjectieve zorgbehoefte. Subjectieve zorgbehoefte is de behoefte volgens de perceptie van de betrokkenen (Moons et al., 2007). Subjectieve zorgbehoefte kan worden vastgesteld door ouderen met een migratieachtergrond zelf maar ook door hun omgeving. Bij het vaststellen van de subjectieve zorgbehoefte wordt nagegaan of er in de perceptie van betrokkenen problemen zijn, en/of hulp gewenst is, en/of welke hulp gewenst is.

2. Theoretisch kader

Ouderen met een migratieachtergrond weten de weg naar de juiste zorg niet te vinden. Om te kijken wat er nodig is om het zorgaanbod aan te laten sluiten op de zorgbehoeften van de ouderen met een migratieachtergrond worden in dit hoofdstuk twee modellen besproken. Het *Precede-Proceed model* (Green en Kreuter, 2005) en het *Conceptual framework of Access to Health care* (Levesque, 2013). Het model van Levesque et al. (2013) wordt gebruikt als een verdieping van het Precede-Proceed model van Green en Kreuter (2005).

2.1 Het Precede-Proceed model

Om tot interculturalisatie van de zorg te komen moet het helder zijn welke zorgbehoefte ouderen met een migratieachtergrond hebben (Moons et al, 2007). Het Precede-Proceed model van Green en Kreuter (2005) biedt een uitgebreide structuur voor het beoordelen van de behoeften op het gebied van gezondheid en levenskwaliteit. Volgens Green en Kreuter (2005) is dit model geschikt om in te zetten als probleem- en risicoanalyse, voorafgaand aan de ontwikkeling van interventies. Het Precede-Proceed model doet dit door eerst de aandacht te focussen op de gewenste resultaten en dan terug te werken in de causale keten om deze gewenste resultaten te bereiken. Een fundamentele veronderstelling van het model is de actieve

deelname van de beoogde doelgroep (ouderen met een migratieachtergrond). De deelnemers nemen actief deel bij het bepalen van hun eigen problemen, de vaststelling van hun doelen en het ontwikkelen van hun oplossingen. De inbreng van ouderen blijkt essentieel om de zorg te verbeteren. Door ouderen te betrekken bij beslissingen, neemt het draagvlak om de beslissingen uit te voeren toe. Tevens is het mogelijk om tot verbeteringen te komen die er echt toe doen, doordat zich is op wat ouderen nodig hebben (CSO, 2010).

Door middel van het Precede-Proceed model van Green en Kreuter (2005) wordt door het in kaart brengen van de gezondheidstoestand, het aan het gezondheid gerelateerd gedrag en de relevante omgevingsfactoren, het probleem geanalyseerd. Daarbij wordt ook in grote lijnen het gewenste resultaat in kaart gebracht. Tevens wordt gekeken naar de gewenste verandering in het gedrag. Dit model biedt dus ondersteuning om samen met de ouderen met een migratie achtergrond de zorgbehoefte te achterhalen. Welke factoren deze zorgbehoefte verklaren wordt onderzocht door middel van onderstaand model.

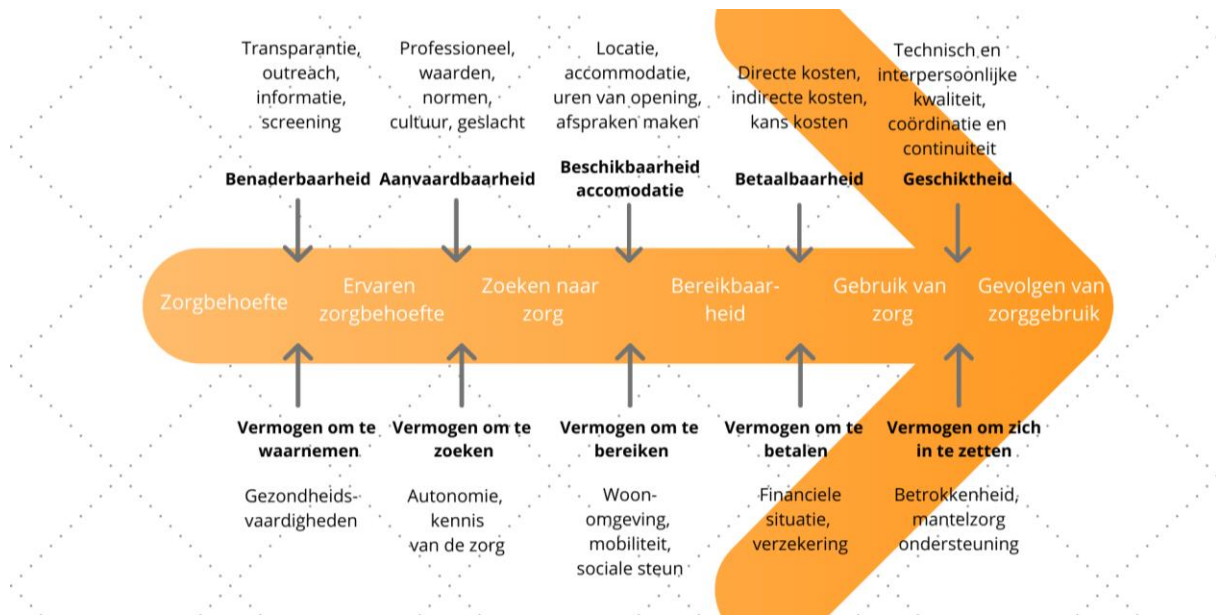
2.2 Conceptueel model voor toegang tot de gezondheidszorg

Ook de factoren die het zorggebruik van ouderen met een migratieachtergrond bepalen zijn belangrijk (Moons et al, 2007). Levesque et al. (2013) ontwikkelde een conceptueel model (zie figuur 1) om de toegang tot de zorg en de eventuele barrières te analyseren.

Levesque et al. (2013) ziet toegang tot de zorg als het resultaat van het raakvlak tussen de kenmerken van personen en huishoudens, de sociale en fysieke omgevingen en de kenmerken van gezondheidssystemen, organisaties en zorgverleners. De te overwegen factoren kunnen dus betrekking hebben op de kenmerken van de gezondheidsstelsels en organisaties aan de aanbodzijde, op de kenmerken van de bevolking aan de vraagzijde en op de procesfactoren die de wijze waarop de toegang wordt gerealiseerd beschrijven. Om de barrières tot de zorg goed in kaart te brengen is het niet alleen belangrijk om te kijken waarom individuen wel of geen zorg ontvangen maar ook waar het in het proces mis gaat en welke rol de zorgaanbieder hierbij speelt.

Volgens Levesque et al. (2013) stelt toegang dus mensen in staat om de stappen te maken die hen in staat stellen om in contact te komen en gezondheidszorg te krijgen. De verschillende stappen in de opeenvolging die een patiënt zal meemaken, vormen cruciale overgangen waarbij belemmeringen voor de toegang aan het licht kunnen komen. Toegang heeft volgens Levesque et al. (2013) dus niet alleen betrekking op het eerste contact maar is relevant telkens als iemand probeert toegang te krijgen tot een bron van zorg. Het ontwikkelde conceptueel model van Levesque et al. (2013) zoals weergegeven in figuur 1 onderscheidt vijf

dimensies van de toegankelijkheid van diensten: 1) Benaderbaarheid; 2) Aanvaardbaarheid; 3) Beschikbaarheid accommodatie; 4) Betaalbaarheid; 5) Geschiktheid. Bovenstaande dimensies staan in wisselwerking met vijf overeenstemmende bekwaamheden van personen om toegang tot de zorg te genereren: 1) Het vermogen om waar te nemen; 2) Het vermogen om te zoeken; 3) Het vermogen om te bereiken; 4) Het vermogen om te betalen; 5) Het vermogen om zich in te zetten.



Figuur 1 Aangepast conceptueel kader voor toegang tot de gezondheidszorg (Levesque et al., 2013).

Benaderbaarheid heeft betrekking op het feit dat mensen die met gezondheidsbehoeften worden geconfronteerd daadwerkelijk kunnen vaststellen dat er een of andere vorm van dienstverlening bestaat, kan worden bereikt en invloed kan hebben op de gezondheid van het individu. Verschillende elementen zoals transparantie, informatie over beschikbare behandelingen en diensten kunnen ertoe bijdragen dat de diensten meer of minder toegankelijk worden. Vermogen om de behoefte aan zorg onder de bevolking waar te nemen is van cruciaal belang en wordt bepaald door factoren als gezondheidsgeletterdheid, kennis over gezondheid en geloofsovertuigingen met betrekking tot gezondheid (Levesque et al., 2013).

De aanvaardbaarheid heeft betrekking op culturele en sociale factoren die bepalend zijn voor de mogelijkheid voor mensen om de aspecten van gezondheid te accepteren en de beoordeelde geschiktheid voor de personen om zorg te zoeken. Het vermogen om gezondheidszorg te zoeken heeft betrekking op de concepten van persoonlijke autonomie en het vermogen om te kiezen voor het zoeken naar zorg, kennis over de mogelijkheden en individuele rechten (Levesque et al., 2013).

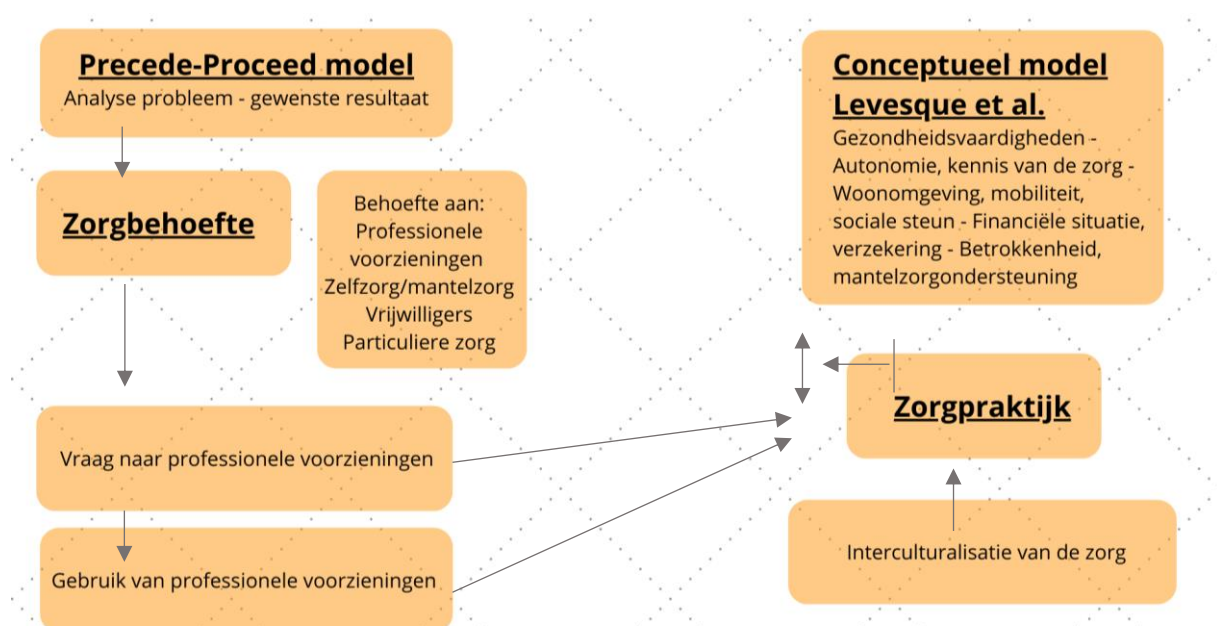
Beschikbaarheid en accommodatie verwijst naar het feit dat gezondheidsdiensten zowel fysiek als tijdig moeten kunnen worden bereikt. Beschikbaarheid is het fysieke bestaan van gezondheidsmiddelen met voldoende capaciteit om diensten te produceren. Het heeft ook betrekking op de kenmerken van de aanbieders en de wijze waarop dienstverlening wordt uitgevoerd. Het vermogen om gezondheidszorg te bereiken heeft betrekking op persoonlijke mobiliteit en beschikbaarheid van vervoer, flexibiliteit op het werk en kennis over gezondheidsdiensten (Levesque et al., 2013).

Betaalbaarheid weerspiegelt het economische vermogen van mensen om middelen en tijd te besteden aan het gebruik van passende diensten. Het vermogen om te betalen voor gezondheidszorg beschrijft het vermogen om economische middelen te genereren door middel van inkomen, sparen of lenen (Levesque et al., 2013).

Geschiktheid duidt op de geschiktheid tussen diensten en cliëntbehoeften, de tijdigheid ervan, de hoeveelheid zorg die wordt besteed aan het beoordelen van gezondheidsproblemen, het bepalen van de juiste behandeling en de technische- en interpersoonlijke kwaliteit van de geleverde diensten. De adequaatheid heeft betrekking op de geschiktheid (welke diensten worden verleend) en de kwaliteit (de wijze waarop ze worden verleend). Deze dimensie houdt sterk verband met het vermogen om te communiceren en met begrippen als gezondheidsgeletterdheid, zelfredzaamheid en zelfmanagement (Levesque et al., 2013).

2.3 Theoretisch model

Hieronder is het theoretisch model weergegeven dat de verbanden tussen de zorgbehoefte, de zorgpraktijk en de theoretische modellen weergeeft.



Figuur 2 Theoretisch model

Het Precede-Proceed model van Green en Kreuter (2005) wordt toegepast om erachter te komen of er in de perceptie van de betrokkenen problemen zijn, en/of hulp gewenst is, en/of welke hulp gewenst is. Oftewel de subjectieve zorgbehoefte wordt vastgesteld.

Vervolgens wordt aan de hand van het conceptueel kader van Levesque et al. (2013) gekeken welke ervaring Turkse ouderen hebben in hun pogingen faciliteiten te bereiken. Ook kan door middel van het conceptueel kader van Levesque et al. (2013) achterhaald worden of Turkse ouderen over de juiste vaardigheden beschikken. Door het gebruik van bovenstaande modellen kan gekeken worden of de zorgpraktijk aansluit bij de zorgbehoefte van Turkse ouderen en als dit wel of niet het geval is door welke factor dit dan bepaald wordt.

2.4 Onderzoeksvragen

Uit bovenstaande theoretische verkenning is gebleken dat het belangrijk is om zowel naar de aanbodzijde als naar de vraagzijde van de zorgpraktijk te kijken. Waar veel onderzoeken en theorieën zich focussen op de aanbodzijde tracht dit huidige onderzoek meer kennis te vergaren in de vraagzijde. En daarnaast de vraagzijde aan de aanbodzijde te koppelen. Kennis over de zorgbehoefte van ouderen met een migratieachtergrond kan aanknopingspunten bieden om interculturalisatie van de gezondheidszorg plaats te laten vinden zodat de toegang tot gezondheidszorg voor ouderen met een migratieachtergrond verbeterd. Daarom staat de volgende hoofdvraag in dit onderzoek centraal: “In hoeverre is er sprake van een discrepantie tussen de subjectieve zorgbehoefte van Turkse ouderen en de geboden zorgpraktijk binnen de gemeente Oldenzaal en welke factoren verklaren deze discrepantie?”

Om een antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen formuleren, is het onderzoek verdeeld in vier deelvragen:

1. Welke zorgbehoeften hebben Turkse ouderen?
2. Welke factoren verklaren de zorgbehoefte van Turkse ouderen?
3. Wat is het huidige zorgaanbod voor Turkse ouderen binnen de gemeente Oldenzaal?
4. Welke belemmeringen ervaren zorgprofessionals binnen het huidige zorgaanbod?

3. Methode van onderzoek

De onderzoeksvraag bevat een verklarend component en dat maakt dat er aan de hand van kwalitatieve methode onderzoek wordt gedaan. Dit onderzoek richt zich specifiek op het perspectief van Turkse ouderen ten opzichte van de zorgpraktijk en beoogt meer inzicht te geven in de behoeften en perceptie van deze doelgroep. Kwalitatief onderzoek leent zich om op zoek te gaan naar verklaringen en de diepere betekenis achter gegevens.

Door te kiezen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode kan worden onderzocht of de gevonden factoren uit de wetenschappelijke literatuur daadwerkelijk bepalend zijn voor het gebruik van de zorgpraktijk. Daarnaast biedt het ruimte om te ondervinden of er ook andere factoren, meningen en visies worden aangedragen door Turkse ouderen, die bepalend zijn voor het gebruik van de zorgpraktijk.

3.1 Beschrijving respondenten

Het huidig onderzoek bekijkt de zorgbehoefte van Turkse ouderen. In de gemeente Oldenzaal is dit met 25,6% de grootste groep met een niet-westerse achtergrond (Gemeente Oldenzaal, 2020). Omdat het gaat om Turkse oudere zijn dit vooral personen die zelf in het buitenland zijn geboren, zij vallen dus onder de eerste generatie niet-westerse migranten. De Turkse bevolking is overwegend Islamitisch maar in Oldenzaal kent men ook veel Syrisch-Orthodoxe mensen, beide groepen worden bij het onderzoek betrokken. In dit onderzoek wordt uitgegaan van het leeftijds criterium dat personen van 55 jaar of ouder tot de doelgroep ouderen behoort (De Klerk, 2004). Dit lijkt wellicht jong, maar in allochtone families hoeft dit niet het geval te zijn. Uit de literatuur blijkt namelijk dat migranten eerder 'oud' zijn dan autochtone Nederlanders (Moerbeek en Biidu, 2001). Omdat het onderzoek ingaat op zowel de zorgbehoefte als de factoren die de zorgbehoefte van Turkse ouderen verklaren, is er in het onderzoek geen onderscheid gemaakt in Turkse ouderen die al gebruik maken van zorgvoorzieningen of Turkse ouderen die nog geen gebruik maken van zorgvoorzieningen.

De zorgbehoefte van de Turkse ouderen is in het huidige onderzoek niet bij de ouderen zelf verhaald maar bij de kinderen van de ouderen. Deze keuze is tot stand gekomen doordat Nederland werd getroffen door het Coronavirus. Het virus heeft er voor gezorgd dat lange tijd iedereen zoveel mogelijk thuis moest blijven. Daardoor was alleen digitaal en telefonisch contact mogelijk. Vanwege het feit dat Turkse ouderen de Nederlandse taal niet goed beheersen en er gebruik moest worden gemaakt van een Tolk is telefonisch of digitaal contact erg lastig. De kinderen van de ouderen behoren tot de tweede generatie niet-westerse migranten. Zij spreken de Nederlandse taal en zijn over het algemeen handiger met digitale middelen dan de Turkse ouderen. Daarnaast werd verwacht dat de kinderen van de Turkse ouderen een goede inschatting van de zorgbehoefte konden maken omdat zij zoals in de literatuur blijkt nauw betrokken zijn bij de zorg voor hun ouders.

Om de juiste data te kunnen verzamelen is er gekozen voor 'a priori sample'. Dit betekent dat de onderzoekseenheden worden geselecteerd op basis van vooraf geformuleerde kenmerken die voortkomen uit de literatuur (FAO, z.j.). In dit onderzoek is vooraf geselecteerd

op kenmerken, te weten: leeftijd waarmee ze behoren tot de tweede generatie niet-westerse migranten en geloofsovertuiging (Islamitisch of Syrisch-orthodox). Naast deze kenmerken zijn in onderstaande tabel (zie tabel 1) ook andere belangrijke kenmerken voor dit onderzoek weergegeven. De leeftijd van de vader en moeder vertelt of ze bij de eerste generatie niet-westerse migranten behoren. Daarnaast geven het aantal gezinsleden, kinderen en huwelijksstatus een beeld van de familie waarin de Turkse oudere zich bevindt.

ID	Geslacht	Leeftijd	Geloofsovertuiging	Leeftijd vader	Leeftijd moeder	Gezinsleden Tweede generatie	Kinderen Tweede generatie	Huwelijkse status
1	Vrouw	44	Syrisch Orthodox	72	70	5	3	Gescheiden
2	Vrouw	49	Syrisch Orthodox	Overleden	82	Onbekend	2	Onbekend
3	Man	54	Islamitisch	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
4	Vrouw	42	Syrisch Orthodox	65	60	4	3	Gehuwd
5	Vrouw	Onbekend	Islamitisch	Overleden	Onbekend	3	2	Weduwe
6	Vrouw	Onbekend	Syrisch Orthodox	69	67	7	Onbekend	Onbekend
7	Vrouw	60	Islamitisch	86	86	8	2	Gehuwd
8	Vrouw	44	Islamitisch	72	66	Onbekend	2	Gescheiden
9	Vrouw	Onbekend	Islamitisch	Overleden	Overleden	4	1	Gehuwd
Gemiddelde		49		73	72	5	2	

Tabel 1. Overzicht respondenten

In totaal zijn er negen interviews afgenomen met de tweede generatie met een Turkse migratieachtergrond. Er is niet bewust geselecteerd op geslacht omdat zowel mannen als vrouwen iets kunnen vertellen over de zorgbehoefte en factoren die de zorgbehoefte van Turkse ouderen verklaren.

Naast de interviews met de tweede generatie met een Turkse migratieachtergrond zijn er ook interviews afgenomen met medewerkers van de zorginstanties in Oldenzaal. Van alle vijf de zorginstanties in Oldenzaal is minstens een medewerker geïnterviewd. In totaal zijn er negen interviews afgenomen. Onder de geïnterviewde medewerkers zijn vier medewerkers van allochtone afkomst. Zij behoren naast dat ze medewerker van een zorginstantie zijn ook tot de tweede generatie met een Turkse migratieachtergrond. Verhalen over hun privé situatie worden daarom ook meegenomen in het onderzoek.

3.2 Procedure

In eerste instantie is contact gelegd met de respondenten via hulpverleners en sleutelfiguren in Oldenzaal. Naast de eerste contactpoging is ook gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode, waarbij er via-via nieuwe respondenten werden benaderd. Voorafgaand aan de interviews is er

telefonisch contact geweest met de respondenten waarin de bedoeling van het onderzoek is uitgelegd en de geheimhoudingsplicht en anonimiteit zijn toegelicht. Vervolgens is het e-mailadres gecommuniceerd zodat het informed consent kon worden opgestuurd. Wanneer de respondenten aan eerdergenoemde selectiecriteria voldeden en instemden met deelname werd een afspraak voor het interview gemaakt. Voordat het interview werd afgenomen, zijn het doel en de inhoud van dit onderzoek nogmaals uitgelegd. Wanneer het informed consent nog niet is getekend is nogmaals gevraagd dit te ondertekenen en retour te sturen. Na toestemming zijn semigestructureerde interviews telefonisch afgenomen. Omdat de interviews gaan over persoonlijke problemen, verwachtingen en eventuele belemmeringen draagt dit hopelijk bij aan het feit dat de respondent zich op zijn of haar gemak voelt omdat zij zich in hun vertrouwde omgeving bevinden.

3.3 Gegevensverzameling

De data voor dit onderzoek werd verzameld door het afnemen van semigestructureerde interviews. Een semi gestructureerd interview betekent dat er gebruik wordt gemaakt van een topiclijst (Boeije, 2009). Deze vorm van interviewen zorgt er voor dat respondenten de mogelijkheid hebben hun verhaal te vertellen en hun perspectief meer naar voren kan komen. Tevens heeft de interviewer de mogelijkheid om door te vragen waardoor zoveel mogelijk informatie kan worden verzameld.

De topiclijst is gebaseerd op sensitizing concepts. Dit zijn abstracte concepten die ontleend zijn uit de theoretische verkenning (Boeije, 2009). De sensitizing concepts in dit onderzoek zijn: de subjectieve zorgbehoefte (bestaande uit het ervaren van problemen, of er hulp gewenst is en welke hulp gewenst is) en ervaringen met de toegang tot de gezondheidszorg. Factoren die de zorgbehoefte verklaren, bestaande uit: benaderbaarheid, aanvaardbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en geschiktheid, het huidige zorgaanbod en belemmeringen binnen dit huidige zorgaanbod. De topiclijst is te vinden in bijlage 1.

Doordat de vragenlijst vooraf is voorgelegd aan anderen, zoals de stagebegeleider en een interculturele bemiddelaar, is de interne validiteit zoveel mogelijk gewaarborgd. Daarnaast zorgen de semigestructureerde interviews er voor dat er ruimte is om door te vragen en volledigheid van antwoorden te creëren. Rekening dient te worden gehouden met het feit dat de uitkomsten van dit onderzoek niet gegeneraliseerd kunnen worden naar alle Turkse ouderen omdat er in dit onderzoek specifiek gekeken is naar de situatie in Oldenzaal. Omdat de topiclijst is gebaseerd op sensitizing concepts is de herhaalbaarheid van dit onderzoek vergroot.

3.4 Analysestrategie

Alle interviews zijn opgenomen met de dictafoonfunctie van iPhone 11. Door gebruik te maken van opnameapparatuur is er voldoende aandacht voor de respondent. Na afloop van elk interview is het interview getranscribeerd. Met behulp van het kwalitatieve analyseprogramma Nvivo is de informatie uit de interviews gelabeld. Voorafgaand aan deze analyse is een codeboom opgesteld in Nvivo. De codeboom is gebaseerd op de topiclijst die is opgesteld aan de hand van de sensitizing concepts (zie bijlage 3). De interviews zijn in de eerste ronde van coderen aan de hand van de codeboom, gebaseerd op de sensitizing concepts gecodeerd. Door de topiclijst en dus ook de codeboom te baseren op de sensitizing concepts worden alle onderwerpen die al bekend zijn in de literatuur behandeld. Doordat er is gekozen voor kwalitatief onderzoek is er ook ruimte voor de respondent om informatie aan te vullen. Zaken die zijn opgevallen in de interviews en niet in de eerste ronde van coderen aan bod zijn gekomen zijn in de tweede ronde toegevoegd aan de codeboom en gecodeerd. Door deze manier van coderen kan allereerst iets worden gezegd over de waarde van de bestaande theorieën. En ten tweede kan er, doordat de respondenten de ruimte hebben gekregen om over onderwerpen te praten die niet in de topiclijst stonden, voorbij worden gegaan aan de bestaande theorieën.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de kwalitatieve analyse getoond. In paragraaf 4.1 tot en met 4.4 de resultaten uit de interviews weergegeven per deelvraag. Tot slot worden in paragraaf 4.5 de aanvullende resultaten die de kwalitatieve analyse naar voren zijn gekomen weergegeven.

4.1 Zorgbehoefte Turkse ouderen

In deze paragraaf worden de resultaten van deelvraag 1 gepresenteerd: *‘Welke zorgbehoefte hebben Turkse ouderen?’* Uit het huidige onderzoek is gebleken dat Turkse ouderen, blijkens de kinderen, behoefte hebben aan zorg die aansluit bij hun eigen taal, cultuur, normen en waarden. Deze zorgbehoefte wordt veroorzaakt door het feit dat Turkse ouderen die de Nederlandse taal niet beheersen ten opzichte van Turkse ouderen die de Nederlandse taal wel beheersen vaker problemen ervaren in het dagelijks leven. Dit blijkt uit de analyse die gedaan is aan de hand van het Precede-Proceed model van Green en Kreuter (2005).

Allereerst ervaren de Turkse ouderen problemen met het begrijpen van en het uitdrukken in de Nederlandse taal. Dit heeft, zo zeggen de kinderen, tot gevolg dat Turkse ouderen moeite hebben zich zelfstandig te redden. De Turkse ouderen gaan bijvoorbeeld niet

zelfstandig naar afspraken en hebben problemen met de administratie. De kinderen merken dat bovenstaande problemen lichamelijke klachten zoals stress tot gevolg hebben. *“Eh.. naar de huisarts dan is het altijd voor hem echt een stress factor. Ja maar dan kan ik me niet helemaal uiten.. ik snap niet of ze me heel goed begrijpen, weet je. En dat levert veel stress met zich mee.”* (Respondent 7). De kinderen waarvan de ouders de Nederlandse taal niet beheersen geven ook aan dat de Nederlandse taal niet meer leerbaar is. De Turkse ouderen hebben in hun land van herkomst geen mogelijkheid gehad om naar school te gaan of een opleiding te volgen. De Turkse ouderen zijn in veel gevallen dus analfabeet en onderontwikkeld. Pogingen worden wel ondernomen maar leiden niet tot een verbetering: *“Een paar jaar geleden heeft ze het ook geprobeerd vanuit de gemeente. Maar zij krijgt daar gewoon hoofdpijn van omdat zij niet gewend is om naar school te gaan en te leren. Dat is haar nooit geleerd.”*

Ten tweede voelen Turkse ouderen zich eenzaam, zo blijkt uit de interviews met de kinderen. Ongeveer de helft van de kinderen geeft aan zich zorgen te maken over zijn of haar ouders. Zij zien hun ouders weinig de deur uit komen en weinig tot geen contact hebben met andere mensen. Echter merken de kinderen ook dat de behoefte aan sociale contacten er wel is. De Turkse ouderen zouden, volgens de kinderen, graag deelnemen aan een dagbesteding. Alleen krijgen zij in veel gevallen geen indicatie omdat zij geen lichamelijke problemen hebben: *“Maar mevrouw kreeg dus geen indicatie om naar zo’n dagbesteding te mogen. (...) je moet dus iets ernstigs hebben. Om daar aan te kunnen deelnemen. Terwijl mevrouw echt gewoon vertelde dat ze eenzaam is. Dat ze uit huis moet.”* (Respondent 7).

Als laatste kampen de Turkse ouderen ook met financiële problemen. Zo zegt de volgende respondent: *“Omdat de eerste generatie ouderen het pensioen niet hebben kunnen opbouwen, natuurlijk hebben ze een heel laag inkomen en dan hebben ze ook minder te besteden dan autochtone ouderen eigenlijk.”* (Respondent 9).

Het ervaren van bovenstaande problemen kan leiden tot een behoefte aan zorg. Of er wel of geen hulp gewenst is, hangt af van de ernst van het ervaren van de problemen. Wanneer Turkse ouderen zorg nodig hebben geven zij voorkeur aan zorg door familieleden boven de formele zorg. Pas als de familie ‘op’ is, wordt een beroep gedaan op de formele zorg. De drempel om formele zorg in te schakelen kan volgens de kinderen wel verkleind worden.

Doordat veel Turkse ouderen de Nederlandse taal niet spreken voelt het inschakelen van thuiszorg volgens de kinderen als niet prettig en vreemd. Mantelzorg wordt door de kinderen en de Turkse ouderen als heel normaal gezien. Zij kennen gewoon weg niet anders. Een respondent kon dit naar haar eigen ervaring goed uitleggen: *“En in de Turkse cultuur is het zo*

je ouders hebben jou op laten groeien die hebben voor jou gezorgd en die hebben er alles aan gedaan. (...) die hebben gewerkt en hebben gespaard en huizen gekocht. (...) En als je eigen ouders op een gegeven moment op een bepaalde leeftijd zitten dan ben jij als zoon/dochter als het ware (...) verplicht tussen haakjes om voor je ouders te zorgen.” (Respondent 9). De kinderen begrijpen in veel gevallen dat hun ouders afhankelijk zijn van hen. En zien dit ook als een belangrijke taak. De meeste kinderen geven aan op te zien tegen het moment dat het niet meer lukt de zorg voor hun ouders uit te voeren. “Ja misschien dat stukje dat je dat ook niet uit handen wilt geven. Naja als ik naar mijzelf kijk.. ik zou het heel erg vinden denk ik. Als ik tegen mijn moeder zou zeggen van ja weet je ik kan het niet meer of ik doe het niet. Zou ik heel erg vinden.” (Respondent 5).

Bovenstaande neemt niet weg dat ongeveer de helft van de Turkse ouderen zich volgens de kinderen wel schuldig voelen dat zij zo'n groot beroep doen op hun kinderen. De kinderen geven aan dat de ouderen snappen dat zij niet in alle gevallen meer de volledige zorg op zich kunnen nemen. De drempel om formele hulp in te schakelen kan volgens de kinderen worden verkleind door aan te sluiten bij de zorgbehoefte van de Turkse ouderen.

Alle kinderen waarvan de ouders niet de Nederlandse taal beheersen geven aan voorkeur te hebben voor professionele zorgverleners die de Turkse taal en cultuur kennen. Deze wens is er zowel voor de thuiszorg als voor verzorgingscentrums als voor dagbesteding, maar ook voor huisartsen. De kinderen geven aan dat wanneer het moment komt dat de Turkse ouderen niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen zij graag naar een plek gaan waar zij omringd zijn met andere Turkse ouderen. Zodat zij ervaringen en herinneringen met elkaar kunnen delen. “En ook dat ze op bepaalde gedeelten draagvlak hebben. Want je weet ook hoe ouder mensen worden. Dan vallen ze toch terug in hun eigen (...) wat ze vroeger hebben meegemaakt. Dan hebben ze meer raakvlakken met andere Turkse mannen/vrouwen die dan ook op dat moment daar zitten, dus dan voelen ze zich niet anders.” (Respondent 9). Naast het sociale contact vinden de Turkse ouderen het volgens de kinderen ook belangrijk dat er Turks gegeten wordt, er ruimte is om te bidden, Turkse feestdagen worden gevierd en ze in de buurt van hun familie zijn. Daarnaast willen Turkse ouderen verzorgd worden door iemand van hetzelfde geslacht. Het blijkt dat het wel of niet beheersen van de Nederlandse taal een belangrijke factor is voor het wel of niet ervaren van problemen. Of deze problemen worden opgevangen door de zorgpraktijk zal later in dit hoofdstuk blijken. Eerst wordt gekeken welke factoren de zorgbehoefte van Turkse ouderen verklaren.

4.2 Verklarende factoren zorgbehoefte Turkse ouderen

In deze paragraaf worden de resultaten van deelvraag 2 gepresenteerd: *‘Welke factoren verklaren de zorgbehoefte van Turkse ouderen?’*. In het huidige onderzoek blijken de volgende factoren de zorgbehoefte van Turkse ouderen te verklaren: culturele en sociale factoren, persoonlijke autonomie, beperkte Nederlandse taalbeheersing en gezondheidsvaardigheden en geschiktheid van de zorgpraktijk. Dit blijkt uit de analyse die gedaan is aan de hand van het conceptueel model van Levesque et al. (2013) waarbij per dimensie (benaderbaarheid, aanvaardbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en geschiktheid) gekeken is welke ervaringen de Turkse ouderen, volgens de kinderen, hebben met de toegankelijkheid van de diensten. En daarnaast in hoeverre de Turkse ouderen, volgens de kinderen, beschikken over de juiste vaardigheden: vermogen om te waarnemen, vermogen om te zoeken, vermogen om te bereiken, vermogen om te betalen, vermogen om zich in te zetten, zie paragraaf 2.2.

Benaderbaarheid heeft betrekking op het feit dat mensen die met gezondheidsbehoeften worden geconfronteerd daadwerkelijk kunnen vaststellen dat er een of andere vorm van dienstverlening bestaat, kan worden bereikt en invloed kan hebben op de gezondheid van het individu. Volgens de kinderen hebben Turkse ouderen wel het besef dat er dienstverlening bestaat en dat dat invloed kan hebben op de gezondheid. Echter blijkt uit de interviews ook dat de meeste ouderen, volgens de kinderen, niet weten hoe dat dienstverleningsaanbod er dan precies uit ziet en als ze al aangeven het wel te weten is het de vraag in hoeverre dat beeld objectief is. De kinderen geven namelijk in de interviews aan dat hun ouders vaak vooroordelen hebben over de zorgpraktijk: *“Mijn vader en moeder ook.. naja ze hebben denk ik wat vooroordelen.. maar precies niet. Precies weten ze niet nee.” (Respondent 1)*.

De aanvaardbaarheid heeft betrekking op culturele en sociale factoren die bepalend zijn voor de mogelijkheid voor mensen om de aspecten van gezondheid te accepteren en de beoordeelde geschiktheid voor de personen om zorg te zoeken. Culturele en sociale factoren zorgen ervoor dat er geen gebruik wordt gemaakt van de huidige zorgpraktijk. Zoals in paragraaf 4.2 bleek geven Turkse ouderen volgens de kinderen voorkeur aan zorg door familieleden (mantelzorg) boven de formele zorg. Een belangrijk aspect hierin, zo blijkt uit de interviews met zowel de kinderen als de zorgprofessionals is schaamte. Binnen de Turkse gemeenschap heerst een schaamte cultuur. Dit blijkt uit zowel het feit dat de kinderen in de interviews aangeven dat het niet geaccepteerd wordt als ze de zorg voor hun ouders niet op zich kunnen nemen: *“Ik denk ook wel een stukje schaamte. Misschien niet voor iedereen maar ik denk wel heel veel (...) ik wil eigenlijk niks weten van thuiszorg want ja dan heb ik zeg maar gefaald daarin.” (Respondent 4)*. Als ook uit het feit dat de kinderen aangeven, het inschakelen

van formele hulp, niet te delen met de gemeenschap. Dit wordt gezien als iets privés. Dit blijkt ook uit de interviews met de medewerkers van de zorginstaties die ook behoren tot de tweede generatie met een Turkse migratieachtergrond. Zij geven aan dat er, ondanks de geheimhoudingsplicht, angst heerst bij de Turkse ouderen dat problemen bij de rest van de gemeenschap terecht komen: *“En wat ook gevraagd werd is.. komt die uit Oldenzaal. Anders wil ik het niet. Dan zijn ze bang dat het dan, dat daar over gepraat gaat worden.”* (Respondent 7 – Zorgprofessional). Het praten over bepaalde problematieken zoals: financiële, intieme of geestelijke problemen worden door de kinderen aangegeven als onderwerpen waar Turkse ouderen niet graag over praten. Ook dit geeft aan dat er sprake is van een schaamte cultuur. Naast de schaamte cultuur is persoonlijke autonomie een andere reden volgens de kinderen waardoor Turkse ouderen formele zorg minder snel zullen accepteren. Turkse ouderen zijn, zo zeggen de kinderen, niet in staat om zelfstandig beslissingen te nemen. Sociale en culturele factoren zijn hier van invloed op: *“Eh wij komen van een generatie. Of van een cultuur waar we niet direct over onze problemen hebben. Met ons gaat het altijd goed. (...) Bij ons schijnt de zon altijd. Tot dat jij ehm (...) zeg maar bepaalde dingen gaat benoemen waarvan je denk nah (...) ik zie dat dit en dit gebeurt (...) Dus ze zullen nooit zelfstandig met hun problemen komen. Dat moet je eigenlijk als het ware van hun af krijgen.”* (Respondent 4). Turkse ouderen zouden dus niet zelfstandig met hun problemen komen. Daarnaast geven de kinderen in de interviews ook aan dat Turkse ouderen in veel gevallen geen kennis over de mogelijkheden hebben en vanwege het niet beheersen van de Nederlandse taal niet zelfstandig naar zorg zoeken. Dit wordt eigenlijk in alle gevallen overgelaten aan de kinderen: *“De oudere is zelf niet in staat om die stap te ondernemen. Ze zijn echt afhankelijk van het netwerk.”* (Respondent 4).

Beschikbaarheid en accommodatie verwijzen naar het feit dat gezondheidsdiensten zowel fysiek als tijdig moeten kunnen worden bereikt. Omdat Turkse ouderen niet zelfstandig zoeken naar zorg en de kinderen in bijna alle gevallen meegaan naar afspraken ervaren, zo geven de kinderen aan, de Turkse ouderen geen problemen met de bereikbaarheid van de zorgpraktijk. Dit kan wel problemen geven als de taalbarrière wordt opgegeven en Turkse ouderen zelfstandig naar afspraken kunnen. De kinderen geven aan dat ze dan alsnog mee zouden moeten: *“Kijk als ze in [Plaats] naar het ziekenhuis moet en we wonen zelf in Oldenzaal ja dan kan mijn moeder lastig met de fiets gaan en met het openbaar vervoer heeft ze eigenlijk nooit geleerd. Dus er is altijd wel een van de kinderen die haar dan weg moet brengen.”* (Respondent 4). De beschikbaarheid van gezondheidsdiensten betekent dus iets voor de zelfredzaamheid van Turkse ouderen. Echter laat de dimensie geschiktheid zien dat het ook te maken heeft met vertrouwen in gezondheidsdiensten.

Geschiktheid duidt op de geschiktheid tussen diensten en cliëntbehoeften, de tijdigheid ervan, de hoeveelheid zorg die wordt besteed aan het beoordelen van gezondheidsproblemen, het bepalen van de juiste behandeling en de technische- en interpersoonlijke kwaliteit van de geleverde diensten. De huidige zorgpraktijk wordt door de Turkse ouderen niet als geschikt ervaren, zo blijkt uit de interviews met de kinderen. Aspecten die maken dat de zorgpraktijk niet als geschikt ervaren worden zijn volgens de kinderen dat zij niet kunnen communiceren met hulpverleners, het sluit niet aan bij de gewoontes van de Turkse ouderen en zij hebben geen sociale binding met Nederlandse ouderen. Doordat de huidige zorgpraktijk niet als geschikt wordt ervaren door de Turkse ouderen worden er steeds meer multiculturele zorginstanties opgericht. Deze multiculturele zorginstanties sluiten aan bij de wensen van de Turkse ouderen doordat er in de eigen taal kan worden gecommuniceerd, het aansluit bij de normen en waarden en de Turkse ouderen onderling samen zijn. Toch geven de kinderen aan deze multiculturele zorginstanties niet als de oplossing te zien: *“Ik ben geen voorstander van interculturele aanbieders want ik zie ze eigenlijk als een tijdelijke oplossing totdat de gevestigde organisaties hun zaken goed voor elkaar hebben en zorgproducten hebben ontwikkeld wat ook deze doelgroep aanspreekt.”* (Respondent 3). Dit komt, zo blijkt uit de interviews met de kinderen, door het feit dat de zorg niet aan de kwaliteitseisen voldoet en papierwerk niet op orde is: *“Die mensen zijn niet met alles capabel he. En dan laten ze het andere werk, papierwerk en alles van de belasting en gemeente. Laten ze liggen. En dan gaat de tent dicht en dat is zo sneu voor die ouderen.”* (Respondent 2). De onjuiste geschiktheid van diensten heeft volgens de kinderen tot gevolg dat het vertrouwen in de zorgpraktijk afneemt. Of de zorgbehoefte van Turkse ouderen wordt opgevangen door de huidige zorgpraktijk wordt duidelijker in de volgende paragraaf waar het huidige zorgaanbod wordt weergegeven.

4.3 Huidige zorgaanbod voor Turkse ouderen in Oldenzaal

In deze paragraaf worden de resultaten van deelvraag 3 gepresenteerd: *‘Wat is het huidige zorgaanbod voor Turkse ouderen binnen de gemeente Oldenzaal?’* Het huidige onderzoek laat zien dat het huidige zorgaanbod voor Turkse ouderen in principe hetzelfde is als voor de rest van de ouderen in Oldenzaal. Er wordt geen onderscheid gemaakt in de culturele afkomst van ouderen. In Oldenzaal zijn vijf organisaties die zorg leveren aan ouderen. Deze zorg bestaat uit thuiszorg, tijdelijke zorg, specialistische zorg, verpleeghuiszorg, dag invulling etc. Naast dit reguliere zorgaanbod blijkt uit de gesprekken met de zorgprofessionals dat er ook een speciaal zorgaanbod voor Turkse ouderen is.

Allereerst heb je binnen een zorginstantie in Oldenzaal een dagopvang voor Turkse vrouwen. De Turkse vrouwen komen daar tezamen om in groepsverband activiteiten te doen. Om in aanmerking te komen voor de dagbesteding moet je een indicatie vanuit de gemeente krijgen: *“En het is ook of ze die indicatie hiervoor krijgen (...) ze gaan wel kijken of het wel medisch is of niet. Hier hebben we bijna iedereen met een medische indicatie (...) ja en een paar met subsidie, maar dat moet dan ook wel weer via de gemeente.”* (Respondent 2). Ook is er binnen een andere zorginstantie in Oldenzaal in 2013 een project gestart met het leveren van interculturele diensten. Binnen dit project werken mensen van verschillende afkomsten en zij bieden zorg aan in eigen taal en cultuur. Het project is op het moment dat het interview werd afgenomen samengevoegd met de reguliere thuisbegeleiding: *“We bieden gewoon allen dezelfde zorg. En dan ook in eigen taal en cultuur”* (Respondent 4).

In het reguliere aanbod gaven bijna alle zorgprofessionals aan dat er binnen de zorginstantie geen speciale doelen, instrumenten of regelingen zijn voor Turkse ouderen. Op het moment dat er zorg moet worden geboden aan Turkse ouderen worden in sommige gevallen woordenboeken gebruikt of wordt er een collega ingeschakeld die ook van Turkse afkomst is. Een aantal medewerkers heeft in het verleden wel eens scholing gehad om te leren hoe om te gaan met buitenlandse cliënten. De zorgprofessionals geven in de interviews aan dat er te weinig aandacht is voor de Turkse ouderen in Oldenzaal: *“Ik vind zelf dat er nog onvoldoende aandacht is voor deze groep.”* (Respondent 1). Dit blijkt uit het feit dat de zorgprofessionals kansen zien voor de toekomstige zorgpraktijk. Kansen die worden aangedragen zijn: meer gebruik maken van sleutelpersonen, een aparte woonlocatie, betere informatievoorzieningen, specialistische teams, een betere samenwerking en preventief te werk gaan. De kansen die worden aangedragen worden in bijlage 3 uitgebreid besproken aan de hand van aanbevelingen. De kansen voor de toekomstige zorgpraktijk komen ook tot stand doordat de zorgprofessionals in de huidige zorgpraktijk belemmeringen ervaren. Deze belemmeringen worden besproken in de volgende paragraaf.

4.4 Belemmeringen huidige zorgaanbod

In deze paragraaf worden de resultaten van deelvraag 4 gepresenteerd: *‘Welke belemmeringen ervaren zorgprofessionals binnen het huidige zorgaanbod?’* Zorgprofessionals ervaren belemmeringen binnen het huidige zorgaanbod. Deze belemmeringen bestaan uit: bereikbaarheid, communicatieproblemen, culturele verschillen en bureaucratie.

De manier waarop het reguliere zorgaanbod in Oldenzaal is ingericht zorgt er voor dat Turkse ouderen weinig gebruik maken van het zorgaanbod. De Turkse ouderen zijn niet

zichtbaar: *“We hebben wel wat Turkse en Syrisch-orthodoxe mensen in de zorg, maar dat is echt maar een handjevol.”* (Respondent 8). De zorgprofessionals ervaren belemmeringen bij het bereiken van de Turkse ouderen. Pogingen hiertoe zijn wel gedaan maar hebben niet gewerkt: *“En op de een of andere manier is dat allemaal wat doodgebloed. (...) De gezinsmiddagen zijn er niet meer, de inloopsprekuren die er waren die werden toch niet echt goed bezocht. Dus daar zijn ze mee gestopt.”* (Respondent 3). Een reden waardoor bovenstaande pogingen niet geslaagd zijn is volgens de zorgprofessionals doordat de kinderen of de gehele gemeenschap de problemen oplossen. Daarnaast denken de zorgprofessionals dat ook schaamte een rol speelt.

Op het moment dat zorgprofessionals wel zorg verlenen aan Turkse ouderen ervaren zij een belemmering in de communicatie. Deze belemmering zorgt voor een extra belasting bij de zorgprofessionals. De extra belasting ontstaat doordat de zorg aan Turkse ouderen om maatwerk vraagt. Er kunnen onduidelijkheden bestaan over wat de oudere bedoeld en voelt. Daardoor zijn zorgprofessionals vaak genoodzaakt contact op te nemen met kinderen. Contact leggen met de kinderen vraagt om extra tijd omdat lang niet altijd de kinderen aanwezig zijn op het moment dat een zorgprofessional langs komt. Daarnaast is goed contact met de kinderen ook niet altijd vanzelfsprekend: *“Daar kon de zoon ja matig Nederlands en dan vroeg ik mij af of hij mij altijd helemaal begreep. (...) He en dan vroeg ik naar de klachten en dan kon hij dat juist niet goed teruggeven in het Nederlands. Dus dan wordt het al echt moeilijker.”* (Respondent 8). Naast de belemmering in de communicatie ervaren de zorgprofessionals ook culturele verschillen. Zo komen de zorgprofessionals in de praktijk tegen dat de ouderen door hetzelfde geslacht willen worden geholpen en dat zorg voor de intieme problemen zoals douchen niet (direct) wordt geaccepteerd. Ook de culturele verschillen vragen om maatwerk en zorgen daarmee ook voor een extra belasting: *“Ja en dan zie je soms wel (...) het kost meer tijd om iemand zo ver te krijgen (...) wij hebben nou een cliënt waarvan het gelukt is om haar te helpen bij het douchen. (...) in het begin deden we het ook helemaal op haar eigen manier. Want zij zijn heel anders gewend met bakjes water en ja (...) en ja dat merk je dan wel dat wij het dan doen zoals zij het ook gewend is. En niet gewoon met de sproeier erop (...) een stukje maatwerk.”* (Respondent 5). De zorgprofessionals die ook tot de tweede generatie met een Turkse migratieachtergrond behoren geven ook aan te maken te hebben met culturele problemen. Doordat zij van dezelfde afkomst zijn als de Turkse ouderen is de hulpverleningsrelatie erg goed. Dit brengt ook de valkuil mee dat de Turkse ouderen te veel van de hulpverleningsrelatie gaan verwachten: *“Want zij willen heel snel dat jij de dochter figuur gaat spelen hé. Want dan ben je alles van hen. En dan moet je alles voor hen doen. Maar*

dat je als professional daar ook heel erg op bewaakt. En dat jij dus niet de dochter maar de dokter blijft.” (Respondent 4). De zorgprofessionals geven aan dat bovenstaande belemmeringen soms voor het gevoel zorgen dat zij niet over de juiste vaardigheden beschikken en dat ze daardoor niet de juiste zorg kunnen verlenen.

Een laatste belemmering waar de zorgprofessionals in de huidige zorgpraktijk mee te maken hebben is bureaucratie. Dit onderwerp komt in meerdere interviews naar voren. Het grootste probleem is wanneer Turkse ouderen aangeven behoefte te hebben aan dagbesteding omdat zij behoefte hebben aan sociale contacten zij in veel gevallen geen indicatie krijgen omdat eenzaamheid niet wordt gezien als een dusdanig probleem dat dagbesteding noodzakelijk is: *“Maar mevrouw kreeg dus geen indicatie om naar zo ’n dagbesteding te mogen. Je moet dus iets ernstigs hebben. Weet je wel lichamelijk of iets. Om daar aan deel te kunnen nemen. Terwijl mevrouw echt gewoon vertelde dat ze eenzaam is. Dat ze uit huis moet.” (Respondent 7).* In zo’n geval zijn de Turkse ouderen aangewezen op voorliggende voorzieningen. Deze voorliggende voorzieningen bestaan uit recreatieve en educatieve activiteiten. Alle zelfstandig wonende ouderen in Oldenzaal kunnen hier zelfstandig naar toe komen om deel te nemen aan de activiteiten en andere mensen te ontmoeten. Echter blijkt uit de interviews met de kinderen dat Turkse ouderen niet snel zelfstandig iets zullen opzoeken. En dat dit voorliggende aanbod niet aansluit bij de Turkse ouderen blijkt ook uit de interviews met de zorgprofessionals: *“Dan moest ze maar deelnemen aan [project] die [welzijnsorganisatie in Oldenzaal] aanbiedt. Dat is anderhalf twee uur max. En dan weet je.. dan ben je wel uit huis dat is heel goed maar dat is niet haar ding. Daar kan ze haar ei niet kwijt.” (Respondent 7).*

Bovenstaande belemmeringen waar zorgprofessionals in de huidige zorgpraktijk mee te maken krijgen hebben ook gevolgen voor de kinderen van de Turkse ouderen. Dit zal duidelijk worden in de volgende paragraaf.

4.5 Aanvullende resultaten

In deze paragraaf worden de aanvullende resultaten die uit de kwalitatieve analyse naar voren zijn gekomen gepresenteerd. Doordat de interviews werden afgenomen met de kinderen van de Turkse ouderen is hun rol in de zorg voor hun ouders ook in de interviews naar voren gekomen. De kinderen die in bijna alle gevallen mantelzorg zijn voor hun ouders ervaren dit als een grote belasting. Zij ervaren problemen in het combineren van hun eigen activiteiten met de zorg voor hun ouders en moeten ook als er wel zorg ingeschakeld is alsnog beschikbaar en bereikbaar zijn. Daarnaast is het begrip mantelzorg vaak niet bekend bij de kinderen: *“Nee daar denk je helemaal niet aan. Je levert gewoon zorg en dat zijn je ouders. Je bent mantelzorg maar dat*

je echt je daar in verdiept niet hoor. Je doet het gewoon voor je ouders. Je bent hun kind. Dat doe je gewoon vanzelfsprekend dat is gewoon de cultuur.” (Respondent 9).

De meeste kinderen hebben inmiddels ook een eigen gezin waar aandacht voor nodig is en daarnaast werken bijna alle kinderen fulltime: *“Ja ik werk zelf eh normaal fulltime. En dat is gewoon ontzettend veel wat dan op je afkomt. (...) Het wordt soms wel een beetje te veel en hoe ouder ze worden hoe meer klachten. En hoe meer klachten hoe meer zorg ze dan weer nodig hebben.” (Respondent 5).* Daarnaast geven de kinderen aan dat de rol als mantelzorgers de ouder-kind relatie niet ten goede komt. Er is minder tijd om echt aandachtig gesprekken te voeren of leuke dingen te doen. De kinderen ervaren ook dat de ouders niet alles van hen willen aannemen: *“Dan wordt dat van de kinderen niet aangenomen. Dat zie ik ook in mijn eigen privé situatie.” (Respondent 4).* De kinderen zien de verschillen in de huidige zorgpraktijk en dat hun ouders daar niet passen. Dit is voor hen een reden om de mantelzorg dan ook uit te blijven voeren, ook al gaan ze er aan onderdoor. De zorgprofessionals die ook tot de tweede generatie behoren geven aan dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan de mantelzorgers: *“Anders hebben we straks niet alleen de oudere die de zorg nodig hebben maar ook die kinderen die overbelast zijn.” (Respondent 4).*

Naast de ervaring van de kinderen in hun rol als mantelzorgers is er in de interviews ook aandacht besteed aan de verandering van denken ten opzichte van het ouder worden waarbij de positieve gezondheid centraal staat. Zoals in paragraaf 4.3 is beschreven ondernemen Turkse ouderen weinig tot geen actie wat betreft het inschakelen van zorg. Uit de interviews met zowel de kinderen als de zorgprofessionals blijkt dan ook dat zij vinden dat de Turkse ouderen geen regie over hun leven kunnen nemen. Eigen regie nemen betekent in dat geval niet dat ouderen niet kunnen aangeven wat ze willen. Want dat blijkt dat de Turkse ouderen dat juist maar al te goed laten blijken: *“Ik denk dat zij degene zijn die de regie juist niet uit handen willen geven. En omdat ze dus een andere cultuur hebben willen ze toch zelf weten hoe ze daar vorm aan geven en hoe ze dat willen doen.” (Respondent 9).* Echter als het aankomt op daadwerkelijke klachten verwoorden en hulp in schakelen kunnen zij geen eigen regie nemen.

Het antwoord op bovenstaande deelvragen leidt tot een antwoord op de hoofdvraag en dit zal aan bod komen in het volgende hoofdstuk.

5. Conclusie en discussie

5.1 Conclusie

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat luidt: *“In hoeverre is er sprake van een discrepantie tussen de zorgbehoefte van Turkse ouderen en de geboden zorgpraktijk binnen de gemeente Oldenzaal en welke factoren verklaren deze discrepantie?”*

Ouderen die de Nederlandse taal niet beheersen ervaren ten opzichte van ouderen die de Nederlandse taal wel beheersen vaker onbegrip, moeilijkheden in de communicatie, stress, eenzaamheid en financiële problemen. Het ervaren van bovenstaande problemen leidt tot een behoefte aan zorg. Sociaal en cultureel, persoonlijke autonomie, beperkte Nederlandse taalbeheersing, gezondheidsvaardigheden en geschiktheid van de zorgpraktijk zijn factoren die de zorgbehoefte van Turkse ouderen verklaren. Wanneer Turkse ouderen zorg nodig hebben geven zij voorkeur aan zorg door familieleden boven de formele zorg. De drempel om formele zorg in te schakelen kan worden verkleind door aan te sluiten bij de zorgbehoefte van de Turkse ouderen. Turkse ouderen hebben behoefte aan zorg die aansluit bij hun eigen taal, cultuur en normen en waarden. Ondanks dat Turkse ouderen wel problemen ervaren en professionele hulp wel gewenst is maken zij weinig gebruik van het huidige zorgaanbod in Oldenzaal. Geconcludeerd kan worden dat de zorgbehoefte van Turkse ouderen niet aansluit bij de huidige zorgpraktijk, er is sprake van een discrepantie. In de huidige zorgpraktijk ervaren zorgprofessionals communicatieproblemen, culturele verschillen, bureaucratie en dat Turkse ouderen moeilijk bereikbaar zijn. Deze belemmeringen en het feit dat er een discrepantie bestaat tussen de zorgbehoefte van Turkse ouderen en de geboden zorgpraktijk zorgen voor een grote belasting bij de mantelzorgers. Door de verschillen in de huidige zorgpraktijk en het feit dat hun ouders daar niet in passen blijven zij de zorg taken uitvoeren ook al gaan zij hier aan onderdoor. De druk op hen wordt door het huidige overheidsbeleid alleen maar groter. ‘Zorg voor ons’ is niet meer alleen het geval voor de Turkse ouderen maar ook voor de Turkse mantelzorgers.

5.2 Discussie

Het doel van deze studie was te achterhalen of er sprake is van een discrepantie tussen de zorgbehoefte van Turkse ouderen en de geboden zorgpraktijk in de gemeente Oldenzaal en welke factoren deze discrepantie verklaren. De resultaten tonen aan dat de zorgbehoefte van Turkse ouderen niet aansluit op de huidige zorgpraktijk en dat er dus sprake is van een discrepantie. Een opvallende bevinding in dit onderzoek is dat Turkse ouderen inderdaad de kwetsbare groep zijn waar KIS (2019) en Doekhie et al. (2014) over spreken. Uit het huidige

onderzoek blijkt dat Turkse ouderen de Nederlandse taal niet goed beheersen, laag opgeleid zijn, financiële beperkingen ervaren en een beperkt sociaal netwerk hebben. Volgens Doekhie et al. (2014) zijn dit de kenmerken van ouderen die bij het huidige overheidsbeleid buiten de boot dreigen te vallen. De resultaten van dit onderzoek, die aantonen dat Turkse ouderen niet in staat zijn zelf beslissingen te nemen en regie over hun eigen leven te voeren bevestigen ook dat Turkse ouderen niet het vermogen hebben om zelf te beslissen hoe om te gaan met sociale, fysieke en emotionele uitdagingen in het leven die volgens van Haldert et al. (2020) hedendaags centraal staan.

Wanneer Turkse ouderen zorg nodig hebben geven zij voorkeur aan zorg door familieleden boven de professionele zorg. Pas als de familie ‘op’ is, wordt een beroep gedaan op de formele hulp. Dit sluit aan bij het streven van de Nederlandse overheid die stimuleert dat ouderen zo lang mogelijk thuis moeten blijven wonen. Pas wanneer het informele netwerk niet meer kan voldoen aan de zorgbehoefte kan men een beroep doen op professionele zorg (van Haldert et al., 2020). Echter bevestigen de resultaten in dit onderzoek dat de aanname: “Maar “ze” hebben toch kinderen die voor hen zorgen?” (Ipek, 2019) niet zo vanzelfsprekend is als het lijkt. Waar de zorgprofessionals denken dat problemen door de kinderen worden opgelost geven de kinderen aan de zorg voor oudere familieleden als zwaar te ervaren. Deze bevinding is in lijn met Yerden (2013) die aangeeft dat met de invoering van de verzorgingsstaat het automatische karakter van de zorg voor ouders verloren gaat.

In tegenstelling tot van Wieringen (2004) die aantoont dat oudere migranten de weg naar de zorg niet weten te vinden vanwege praktische barrières (gebrek aan taalvaardigheid en gezondheidsgelletterdheid) toont dit onderzoek aan dat er meer aan de hand is. De Turkse ouderen weten het zorgaanbod in Oldenzaal niet te vinden, maar dit is volkomen logisch want het zorgaanbod waar de Turkse ouderen naar op zoek zijn is er ook niet. Gesteld kan worden dat Turkse ouderen in de huidige situatie tussen wal en schip vallen. Daarmee wordt het recht op de best mogelijke zorg – ook om erger te voorkomen – geschonden. Dit onderzoek dient dan ook een wake-upcall te zijn.

5.3.1 Beperkingen

In Oldenzaal was de zorgbehoefte van Turkse ouderen nog niet vastgesteld. Dit onderzoek draagt bij aan het vergaren van kennis over de zorgbehoefte van Turkse ouderen en factoren die de zorgbehoefte van Turkse ouderen verklaren. De sterke punten van dit onderzoek zijn dat de kinderen van de ouderen zowel de zorgbehoefte van hun ouders konden aangeven als hun eigen

behoeftes. Opgemerkt dient te worden dat de kinderen van de ouderen de ervaring in de zorg voor hun ouders mee kunnen laten wegen en daardoor vaker aangeven wel gebruik te willen maken van professionele hulpverlening. Om een betrouwbaarder beeld te krijgen is het dus goed om ook met de Turkse ouderen zelf te praten. Echter moet dan rekening gehouden worden met het feit dat Turkse ouderen, vanwege de lage gezondheidsgeletterdheid, het niet beheersen van de Nederlandse taal en de beperkte kennis van het zorgaanbod, niet altijd in staat zullen zijn om hun zorgbehoefte te formuleren. Kinderen van de ouderen maken dit van dichtbij mee en kunnen daardoor beoordelen welke behoeftes hun ouderen hebben.

5.3.2 Implicaties

Met dit onderzoek is geprobeerd kennis te vergaren over de vraagzijde in de zorg en de beoogde doelgroep actief te betrekken in het proces. Daarmee slaat dit onderzoek een nieuwe weg in. Het nieuwe denken ten opzichte van het ouder worden zet ouderen in een positie om zelf te beslissen en regie te nemen. Daarmee wordt van de ouderen in Nederland verwacht dat zij zelf met hun zorgvraag moeten komen. Echter blijkt uit dit onderzoek dat Turkse ouderen een kwetsbare groep zijn, niet in staat zijn eigen regie te voeren en door te laat of te laag zorggebruik de kwaliteit van leven verslechterd. Met de verschuiving van verantwoordelijkheden van de formele naar informele zorg neemt de druk op mantelzorgers toe waardoor zij zwaar overbelast kunnen raken. De vooroordelen ten opzichte van de bestaande voorzieningen, de afbrokkelende mantelzorg en het onvoldoende aangepast en bekend zorgaanbod verhogen het risico dat Turkse ouderen in een leegte vallen.

We hebben hier te maken met een vicieuze cirkel. Er is geen of slechts een beperkte vraag en dus geen of slechts een beperkt aanbod. En aangezien er slechts een beperkt aanbod is, is er ook weinig vraag. Beide aspecten versterken elkaar. De roep om zorg voor zowel de Turkse ouderen als de mantelzorgers wordt daardoor alleen maar groter. Er is nood aan een toegankelijker aanbod: een aanbod dat de drempels bij de ouderen wegwerkt en op hun behoeften inspeelt (aanbevelingen voor dit toegankelijker aanbod zijn te vinden in bijlage 3). Nu de zorgbehoefte van de Turkse ouderen in Oldenzaal is vastgesteld en duidelijk is dat deze niet vervuld wordt door de huidige zorgpraktijk wordt het tijd de interculturalisatie plaats te laten vinden. Vervolgonderzoek zou zich dan ook kunnen focussen op belemmerende en succesfactoren van een interculturalisatie proces. Zodat ook Turkse ouderen in de toekomst de best mogelijke zorg kunnen ontvangen.

6. Referenties

Boeije, H. R. (2009). *Analysis in Qualitative Research*. Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.

Booij, J. (2006). Interculturalisation of care for the elderly. *Future Age*, 22–27. Geraadpleegd van <https://www.janbooij.nl/images/stories/interculturalization.pdf>

Brink, M., Hello, E., & Tromp, E. (2004). *Gemeentelijk beleid voor allochtone ouderen: de stand van zaken*. Amsterdam: Regioplan.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2009). Aantal allochtone 65-plussers groeit snel [Dataset]. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2009/26/aantal-allochtone-65-plussers-groeit-snel>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). Wat verstaat het CBS onder een allochtoon? [Dataset]. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/specifiek/wat-verstaat-het-cbs-onder-een-allochtoon-#:~:text=Iemand%20die%20in%20Nederland%20is,persoon%20met%20een%20Nederlandse%20achtergrond>.

CSO. (2010). *Participatie voor ouderen in zorg- en welzijnsprojecten*. Waddinxveen: Macula.

Dagevos, J. (2001). *De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Doekhie, K.D., de Veer, A.J., Rademakers, J.J., Schellevis, F.G., & Francke, A.L. (2014). *Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: Nivel

Droomers, M., Westert, G.P., & van Oers, H. (2003). *Factsheet: Allochtonen en zorggebruik*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

FAO. (z.d.). 4. GENERAL SAMPLING CONSIDERATIONS. Geraadpleegd op 15 mei 2020, van <http://www.fao.org/3/y2790e/y2790e05.htm>

Fokkema, C. M. (2011). Interculturalisatie van de ouderenzorg: een terugblik en roep om meer onderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42(1), 2–6. <https://doi.org/10.1007/s12439-011-0001-x>

Green L, Kreuter M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th edition. New York: McGrawhill.

Groen, J. (2012, 11 december). Nee, alzheimer is geen straf van Allah. *De Volkskrant*. Geraadpleegd van <https://www.volkskrant.nl>

Haldert, L., Bos, W., Bleijenberg, N., Eijck, J., de Jager, H., Klomp, M., (...) de Vries, J. (2020). *Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies*. Den Haag: Commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen

Ipek, F. (2019, 17 juni). 'De stem van oudere migranten horen we te weinig'. Geraadpleegd van <https://www.kis.nl/artikel/de-stem-van-oudere-migranten-horen-we-te-weinig>

Klerk de, M. (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Levesque, J.F., Harris, M.F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Moerbeek, S., & D. Biidu. (2001). *Teruggaan en blijven. Denkbeelden van oudere migranten in kaart gebracht*. Amsterdam: Stichting Bevordering Maatschappelijke Participatie.

Moons, M., Kerkstra, A., Picauly, C. (2007). *De zorgbehoefte ontleed: een literatuuroverzicht van onderzoek naar de behoefte aan thuiszorg*. Utrecht: Nivel.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW). (2002). *Ouderen in Nederland*. Geraadpleegd van: <https://www.vilans.nl/docs/producten/OudereninNederland.pdf>

Ratzan, S.C., Parker, R.M. (2010). *Introduction In National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Bethesda: National Institutes of Health

RIVM. (z.d.). Decentralisaties. Geraadpleegd van: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/decentralisaties>

RVZ. (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Schellingerhout.

Wieringen van, J. (2014). *Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf*. Utrecht: Pharos.

Yerden, I. (2013). *Tradities in de knel. Zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland*. Amsterdam: UVA

7. Bijlagen

Bijlage 1 – Topiclijsten

Topiclijst Tweede generatie met een Turkse migratieachtergrond

Topics	Sub topics	Voorbeeldvragen
Kenmerken respondent	<ul style="list-style-type: none"> • Leeftijd • Geloofsovertuiging • Leeftijd vader en/of moeder • Professionele achtergrond • Familieschets 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zou je iets over jezelf kunnen vertellen?</i> • <i>Wat is uw leeftijd? En hoe oud is uw vader en/of moeder?</i> • <i>Familieschets (broers/zussen, kinderen?, werkzaam?, getrouwd?)</i>
Probleem risico/analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsproblemen • Hulp gewenst • Welke hulp gewenst 	<ul style="list-style-type: none"> • Kunt u iets vertellen over hoe het gaat met uw vader en/of moeder? • Is hij/zij hulpbehoevend? • Waar ondersteund u uw vader en/of moeder in? Waar zou u uw vader en/of moeder in de toekomst in ondersteunen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Huishoudelijke hulp, zoals schoonmaken, de was doen en boodschappen doen ○ Persoonlijke verzorging, zoals baden, douchen en aankleden ○ Verpleegkundige hulp, zoals het klaarzetten en toedienen van medicijnen en wondverzorging ○ Emotionele steun en toezicht ○ Begeleiding bij het regelen van

		<p>zaken en administratie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Begeleiding bij het bezoeken van familie, artsen, winkels, enzovoorts ● Mensen uit de Turkse en Syrisch-orthodoxe cultuur maken in verhouding weinig gebruik van dagvoorzieningen, thuiszorg of een verzorgingstehuis. Heeft u een idee hoe dit komt? ● Hoe wordt er vanuit uw geloof of cultuur gedacht over het inschakelen van professionele zorg? ● In welke situatie mag wel hulp/ondersteuning bij de zorg door anderen dan de familie worden gegeven? ●
<p>Rol van de familie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Tweede generatie ● Eerste generatie 	<p>1. Wat is de rol van de familie in de zorg voor Turkse en Syrisch orthodoxe ouderen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hoe belangrijk is familie in de zorg voor u? ● Hoe belangrijk is familie in de zorg voor uw vader en/of moeder? ● Wat doet u als uw vader en/of moeder ouder wordt en meer hulp nodig heeft? ● Krijgt u hulp van familieleden, vrienden of kennissen? Kunt u iets vertellen over hoe de rest van de familie erin staat?

		<ul style="list-style-type: none"> • Kunt u iets vertellen over hoe andere mensen in uw omgeving hierin staan? • Wat is uw opvatting over de rol die kinderen moeten spelen in de zorg voor uw vader en/of moeder? • Zijn er verschillen in opvattingen over zorg tussen u en uw vader en/of moeder?
Zorgbehoefte	<ul style="list-style-type: none"> • Objectief • Subjectief 	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft uw vader en/of moeder behoefte aan professionele ondersteuning? • Hoe staat u tegenover een organisatie vanuit de eigen cultuur? Opgericht door Turkse of Syrisch-orthodoxe mensen? En uw vader en/of moeder? <ul style="list-style-type: none"> ○ Bestaat dit in Oldenzaal? ○ Als het zou bestaan zou u daar dan eerder gebruik van maken dan van de reguliere zorg? Zo ja, waar komt dat door? Zo nee, waarom niet? ○ Heeft u hier ideeën over hoe dit in het huidige zorgaanbod van Oldenzaal zou passen? <p>2. Is het duidelijk voor u waar uw vader en/of moeder behoefte aan heeft?</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Bespreekt u dit met uw vader en/of moeder? • Kan uw vader en/of moeder zijn of haar klachten goed verwoorden?
Eventuele drempels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algemene zaken zorgaanbod ▪ Zorgbehoefte ▪ Ervaren zorgbehoefte ▪ Zoeken naar zorg ▪ Bereikbaarheid ▪ Gebruik van zorg ▪ Gevolgen zorggebruik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Economisch ▪ Tevredenheid ▪ Gezondheid ▪ Schaamte/Taboe 	<p>3. Bent u op de hoogte van het zorgaanbod in Oldenzaal? En uw vader en/of moeder?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maakt uw vader en/of moeder hier gebruik van? Zo ja, hoe bevalt dat? Zo nee, waarom niet? • Waarom maakt u geen gebruik van professionele zorg? • <i>Bent u bekend met de thuiszorg? En uw vader en/of moeder? Maakt uw vader en/of moeder hier gebruik van? Zo ja, hoe bevalt dat? Zo nee, waarom niet?</i> • <i>Bent u bekend met de verzorgingstehuizen? En uw vader en/of moeder? Maakt uw vader en/of moeder hier gebruik van? Zo ja, hoe bevalt dat? Zo nee, waarom niet?</i> • <i>Bent u bekend met dagvoorzieningen? En uw vader en/of moeder? Maakt uw vader en/of moeder hier gebruik van? Zo ja, hoe bevalt dat? Zo nee, waarom niet?</i> • <i>Bent u bekend in het voorliggende veld? En uw vader en/of moeder? Maakt uw vader en/of moeder hier gebruik</i>

		<p><i>van? Zo ja, hoe bevalt dat? Zo nee, waarom niet?</i></p> <p>4. Hoe vindt u het om gebruik te maken van de zorg/welzijnsdiensten? Loopt u hierin tegen problemen aan? En voor uw vader en/of moeder?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lukt het om te zoeken naar de juiste zorg/welzijnsdiensten? Waarom wel? Waarom niet? • Zijn de zorg/welzijnsdiensten goed te bereiken? Waarom wel? Waarom niet? • Lukt het uw vader/moeder zelfstandig bij de zorgvoorzieningen (of op een afspraak) te komen? Of heeft hij/zij hier begeleiding bij nodig? Wie gaat er met hem/haar mee als hij/zij een afspraak heeft op zorggebied? Zou iemand anders hier bij kunnen helpen? Wie? <p>5. Hoe reageert de gemeenschap op het inschakelen van thuiszorg, dagvoorziening of het op laten nemen van een familielid in een verzorgingstehuis?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durft u te praten over de zorgvraag van uw vader en/of moeder binnen de familie?
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Durft u te praten over de zorgvraag van uw vader en/of moeder binnen de gemeenschap? • Merkt u dat de gemeenschap hierover met u durft te praten? <p>Hoe kan de schaamte worden weggenomen?</p>
Vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsvaardigheden <ul style="list-style-type: none"> ○ Taalvaardigheid ○ Gezondheidsgeletterdheid • Autonomie, kennis van de zorg <ul style="list-style-type: none"> ○ Kennis zorgaanbod ○ Rechten zorgaanbod • Woonomgeving, mobiliteit, sociale steun • Financiële situatie, verzekering • Betrokkenheid, mantelzorgondersteuning 	<ul style="list-style-type: none"> • Merkt u dat de taalbeheersing invloed heeft op het wel/niet krijgen van professionele zorg voor uw vader en/of moeder? <ul style="list-style-type: none"> ○ Lukt om goed te communiceren met hulpverleners? En uw vader en/of moeder? • Hoe vindt u het om gebruik te maken van zorg/welzijnsdiensten? Loopt u hierin tegen problemen aan? Wat zou er veranderd moeten worden? • Ervaart u consequenties bij het gebruik van zorg/welzijnsdiensten? Is er iemand in uw omgeving op tegen dat u gebruik maakt van zorg/welzijnsdiensten? • Weet u waar u recht op heeft op het gebied van zorg? En uw vader en/of moeder? • Zijn er nog andere zaken die u tegen houden geen professionele hulp in te schakelen?

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Financiën? <p>Heeft u een zorgverzekering? Kunt u uw zorgkosten betalen? Wie betaald/regelt dit voor u?</p>
Kansen		<p>6. Hoe kunnen Oldenzaalse woon, zorg en welzijnsorganisaties en de gemeente inspelen op de woon-zorg en welzijnswensen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat zou gedaan kunnen worden om de zorg te verbeteren? • Welke voorzieningen zijn belangrijk?

Topiclijst zorgmedewerkers

Topics	Sub topics	Voorbeeldvragen
Kenmerken respondent	<ul style="list-style-type: none"> • Professionele achtergrond • Dagelijkse werkzaamheden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is uw professionele achtergrond 2. Hoe zien uw dagelijkse werkzaamheden eruit?
Zorgpraktijk	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgaanbod algemeen • Zorgaanbod Turkse/Syrische orthodoxe ouderen <ul style="list-style-type: none"> ○ Kenmerken Turkse/Syrisch orthodoxe ouderen ○ Speciale doelen/instrumenten/regelingen ○ Gebruik welzijn/gezondheidsvoorzieningen • Kansen huidige zorgaanbod • Belemmeringen huidige zorgaanbod 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Welk zorg aanbod leveren jullie? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leveren jullie ook zorg aan Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen? ▪ Wat zijn de kenmerken van Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen? ▪ Wat is uw kijk op het leveren van zorg aan Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen? ▪ Zijn er speciale doelen/instrumenten/regelingen opgesteld voor deze doelgroep? ▪ Maken Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen al gebruik van de formele welzijns- en gezondheidsvoorzieningen? Zo ja, van welke (aard en omvang). Zo nee, waarom niet?

<p>Positieve gezondheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kijk op definitie • Eigen regie en aanpassingsvermogen • Manier van werken nu • Samenwerking 	<p>4. In Oldenzaal is voor de komende jaren een visie opgesteld op gezondheid. Een brede kijk op gezondheid is daarbij het uitgangspunt. De definitie die in de komende jaren gehanteerd zal worden is: “Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven (Huber, 2013)”</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wat is uw kijk op deze definitie? Denkt u dat Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen in staat zijn om zich aan te passen en eigen regie te voeren? <i>Aanpassen betekend in deze zin: hoe beter mensen in staat zijn zich aan te passen aan veranderde omstandigheden, hoe gezonder ze zijn. De mate waarin iemand zich kan aanpassen aan zijn ziekte, zich in balans voelt en in staat is om te werken of anderszins te participeren, beïnvloedt de gezondheid van die persoon.</i> ○ Werken jullie binnen het zorgaanbod al op deze manier? Werken jullie preventief? Wat
-----------------------------	---	--

		<p>doen jullie dan zoal?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heeft u ideeën over ontwikkelingen/instrumenten die zouden kunnen helpen bij het leveren van zorg aan de Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen? ○ Werken jullie samen met sociale wijkteams, welzijnsorganisaties, gemeenten, vrijwilligers en mantelzorgers in het signaleren en doorverwijzen van ouderen? ○ Werken jullie ook samen met sleutelpersonen? ○ Hoe gaan jullie in gesprek met ouderen? Is dit een standaardproces of is dit maatwerk?
Eventuele drempels	<ul style="list-style-type: none"> ● Algemene zaken zorgaanbod ● Zorgbehoefte ● Ervaren zorgbehoefte ● Zoeken naar zorg ● Bereikbaarheid ● Gebruik van zorg ● Gevolgen zorggebruik <ul style="list-style-type: none"> ○ Economisch ○ Tevredenheid ○ Gezondheid 	<p>5. Zijn er zaken waar jullie tegen aanlopen in het leveren van het zorgaanbod aan Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen? Welke zaken zijn dit? Hoe komt dit?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Denkt u dat Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen andere verwachtingen hebben dan autochtone ouderen? ▪ Zijn Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen goed te bereiken? ▪ Hebben jullie contact met de ouderen zelf? ▪ Hebben jullie contact met het netwerk van de ouderen?

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoe bereiken jullie deze ouderen? ▪ Moet hierin naar uw mening iets veranderd worden?
Vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsvaardigheden • Autonomie, kennis van de zorg • Woonomgeving, mobiliteit, sociale steun • Financiële situatie, verzekering • Betrokkenheid, mantelzorgondersteuning 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Merken jullie dat de taalbeheersing invloed heeft op het wel/niet krijgen van zorg? ▪ Hoe gaan jullie hiermee om? ▪ Merken jullie dat Turkse/Syrische ouderen hun klachten goed kunnen verwoorden? ▪ Vragen jullie door? Zijn jullie hierop behoed? ▪ Hebben jullie het idee dat Turkse/Syrische ouderen het zorgaanbod in Oldenzaal kennen? ▪ Heeft u ideeën over hoe dit verbeterd kan worden? ▪ Hebben jullie het idee dat Turkse/Syrische ouderen weten welke rechten zij hebben op het gebied van zorg? ▪ Heet u ideeën over hoe dit verbeterd kan worden? ▪ Komen Turkse/Syrische ouderen zelfstandig bij jullie? Worden zij hierin ondersteund? Door wie worden zij hierin ondersteund? Wie zou hun hierbij moeten ondersteunen? ▪ Ervaren jullie problemen in de communicatie met Turkse/Syrische ouderen? Wat zou hierin veranderd kunnen worden?
Aanbevelingen		6. Vanuit de literatuur worden er verschillende aanbevelingen gedaan. Een van die aanbevelingen is dat ouderen met een

		<p>migratieachtergrond net als ouderen zonder migratieachtergrond een reële keuzevrijheid dienen te hebben als het gaat om de invulling van hun oude dag. Hierbij lijken twee factoren van cruciaal belang. Ten eerste verbetering van de sociaaleconomische positie van diverse ouderen. Ten tweede een goede (en soms aangepaste) informatievoorziening inzake het aanbod van voorzieningen voor ouderen op het gebied van werk, wonen en zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wat is u visie hierop? ▪ Hoe denkt u dat hier verandering in aangebracht kan worden? ▪ Wat is hiervoor belangrijk? ▪ Hoe denkt u over speciale afdelingen voor specifieke groepen ouderen met een migratieachtergrond? ▪ Bieden jullie activiteiten aan voor Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen? Zouden jullie hiervoor open staan? Moeten ouderen hiervoor bij jullie verblijven of kunnen zij ook via een andere weg gebruik maken van de activiteiten? ▪ Hebben jullie allochtone personeelsleden?
--	--	--

		<p>Interculturele bemiddelaars? Bieden jullie cursussen aan het huidige personeel?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zijn er gebedsruimtes? Welke voeding bieden jullie aan? Kan familie op bezoek komen? Zijn jullie bereid hier veranderingen in aan te brengen? ▪ Wat zou u aanbeveling zijn op het gebied van zorg voor Turkse/Syrisch-orthodoxe ouderen?
--	--	--

Bijlage 2 - Codeboom

Name	Files	References
Kenmerken Respondent	0	0
Migrant eerste generatie	0	0
Kenmerken volgens migranten	5	9
Kenmerken volgens zorgprofessionals	6	23
Leeftijd	6	6
Migrant tweede generatie	0	0
Familieschets	8	13
Geloofsovertuiging	6	6
Leeftijd	6	6
Professionele achtergrond	6	7
Zorgprofessional	0	0
Dagelijkse werkzaamheden	9	10
Professionele achtergrond	9	10
Toegankelijkheid huidige zorgaanbod	0	0
Aanvaardbaarheid	16	58
Individuele rechten	1	1
Kennis over de mogelijkheden	14	30
Persoonlijke autonomie en keuze	11	22
Benaderbaarheid	6	11
Geloofsovertuiging gezondheid en ziekte	5	9
Gezondheidsgeletterdheid	10	15
Kennis over gezondheid	8	9

Beschikbaarheid	1	4
Beschikbaarheid van vervoer	3	3
Flexibiliteit op het werk	2	2
Persoonlijke mobiliteit	0	0
Betaalbaarheid	5	8
Beschikken over dekkende zorgverzekering	0	0
Inkomen	0	0
Geschiktheid	14	91
Communicatievaardigheden	15	32
Gewoontes	1	2
Sociale binding	4	5
Verschil eerste generatie-tweede generatie	11	13
Eerste generatie	0	0
Tweede generatie	0	0
Zorgbehoefte	0	0
Objectieve zorgbehoefte	0	0
Gezondheidsproblemen	1	1
Mogelijke gedragsoorzaken	2	3
Omgevingsfactoren	0	0
Subjectieve zorgbehoefte	2	9
Ervaren van problemen	8	39
Hulp gewenst	3	8
Soort hulp gewenst	0	0
Mantelzorg	7	14
Particuliere zorg	0	0
Professionele zorgvoorziening	12	67
Vrijwilligers	0	0
Zelfzorg	2	2
Zorgpraktijk	0	0
Huidige zorgaanbod	0	0
Belemmeringen huidige zorgaanbod	16	101
Expliciete voorbeelden	2	2
Gebruik welzijn-gezondheidsvoorzieningen	10	37
Door de ouderen	8	47
Kansen huidige zorgaanbod	1	7
Expliciete voorbeelden	1	4
Informatievoorziening	11	20
Preventief-Voorliggend	8	20
Proces	3	10
Samenwerking	3	5
Specialistische teams	7	10
Sleutelpersonen	6	13
Woonlocatie	4	7
Hospice	2	2
Samenwerking zorg professionals	3	6
Zorgaanbod algemeen	5	7
Positieve gezondheid	4	5
Haalbaarheid	9	16

Proces	5	13
Zorgaanbod Turkse-Syrisch orthodoxe ouderen	12	32
Allochtone personeelsleden	8	15
Mantelzorg	12	77
Ervaring	8	40
Geboden mantelzorg	8	30
Proces	10	36
Speciale doelen-instrumenten-regelingen	9	13
Zorgbehoefte volgens professionals	7	20

Bijlage 3 – Aanbevelingen praktijk

Met het oog op de voorspelde toename van het aantal allochtone ouderen is het duidelijk dat er de komende jaren het nodige moet gebeuren. Kwetsbare allochtone ouderen hebben vaak (specifieke) zorg nodig, maar juist voor deze groep is de drempel van zorgvoorzieningen vaak (te) hoog, terwijl zorgvoorzieningen ook nog niet altijd goed zijn ingesteld op specifieke vragen van allochtone ouderen. Het welzijn van deze inwoners kan verbeterd worden door verbetering van het gebruik van (zorg)voorzieningen door deze doelgroep. Zodat ook Turkse ouderen een reële keuzevrijheid hebben als het gaat om de invulling van hun oude dag. Tijdens de interviews is, zowel met de zorgprofessionals als de kinderen, gepraat over kansen voor de zorgpraktijk. Dit en de resultaten uit het onderzoek vormen input voor de aanbevelingen voor de zorgpraktijk en de gemeente Oldenzaal.

Opgemerkt dient te worden dat wanneer er over Turkse ouderen gesproken wordt het niet om een homogene groep gaat. De zorgbehoefte zal onderling verschillen en de ene activiteit zal daarom beter aansluiten bij de een dan bij de ander. Daarnaast is het goed om bij onderstaande aanbevelingen het volgende ingedachte te houden: Om de meeste kans op draagvlak onder de doelgroep te creëren is het goed de doelgroep zelf, maatschappelijke en zelforganisaties bij ontwikkelingen te betrekken.

Informatievoorzieningen

Om de onwetendheid te doorbreken is het nodig dat Turkse ouderen kennis kunnen maken met het aanbod van diensten en voorzieningen zodat ze een realistisch zicht krijgen op de mogelijkheden die daar geboden worden. *“Dus misschien moeten wij gewoon eens een keer de deur open doen. Van nou kom eens kijken hoe wij dat hier doen. Hoe wij met elkaar wonen en werken.” (Zorgprofessional).* Hierbij dient rekening te worden gehouden met het feit dat er een

groep Turkse ouderen zal zijn die niet zelf initiatief zullen nemen en moeilijk bereikbaar zijn. Maar ook dat er een groep Turkse ouderen zal zijn die wel zelf op zoek gaan naar mogelijkheden. Om aan te sluiten bij deze laatste groep zou specifiek materiaal kunnen worden ontwikkeld. Dit materiaal dient laagdrempelig, begrijpelijk en in de eigen taal te zijn. Gezien de slechte Nederlandse taalbeheersing en de lage gezondheidsgeletterdheid. Echter komt schriftelijke informatie niet altijd goed aan bij Turkse ouderen en is een persoonlijke benadering belangrijk. Het inschakelen van een intermediair die thuis de ouderen bezoekt kan de zorgbehoefte in beeld krijgen, informatie geven over de voorzieningen en de drempel voor de voorzieningen verlagen. Ook mantelzorgers die de allochtone ouderen verzorgen, kunnen explicieter bij de informatievoorzieningen betrokken worden. Daarmee wordt namelijk ook de oudere bereikt. Er zou hiervoor specifiek materiaal kunnen worden ontwikkeld.

De onwetendheid speelt niet alleen bij de Turkse ouderen zelf maar ook bij de zorgprofessionals. Een overkoepelende website, met daarop een totaal aanbod van wat er in Oldenzaal te doen is (inclusief een beschrijving en contact gegevens) zou hierbij kunnen ondersteunen. *“Ik zou het heel fijn vinden dat er een online iets beschikbaar is. Weetje de medewerkers en de thuiszorg dat zijn eigenlijk de ambassadeurs. Zij zien de mensen. En zij zien vaak ook wat ze nodig hebben. Maar ze weten bij god niet. (...) En dan denk je van hej.. dit zou mooi aansluiten bij die mevrouw en dan heb je al heel snel de link gelegd. En nu is dat vaak zoeken.” (Zorgprofessional)*. De gemeente zou hier een belangrijke rol in kunnen spelen omdat zij onafhankelijk zijn en daardoor voor alle verschillende organisaties in Oldenzaal overkoepelend kunnen zijn. Om ook de Turkse ouderen te bereiken zou het goed zijn dat de website dan ook in hun eigen taal beschikbaar is.

Preventief werken

Doordat Turkse ouderen zich in verhouding tot Nederlandse ouderen al relatief jong (vaak op 55-jarige leeftijd) ‘oud’ voelen kan er juist bij deze doelgroep goed preventief te werk worden gegaan. Op deze leeftijd zullen zij over het algemeen nog gezond en vitaal zijn maar tegelijkertijd al wel bezig zijn met het ouder worden. Dit proces zal bij Nederlandse ouderen niet vanzelfsprekend op 55-jarige leeftijd starten omdat zij zich dan nog niet ‘oud’ voelen. Via het bevorderen van gezond gedrag kan gezondheidsschade en/of functionele beperkingen op latere leeftijd worden voorkomen. Echter blijkt dat de preventieve activiteiten niet goed aansluiten bij de Turkse ouderen. Om de Turkse ouderen wel te bereiken is het van belang dat de inhoud van de activiteiten aansluit bij de behoeften. Om activiteiten goed aan te laten sluiten bij de behoeften is het belangrijk om de Turkse ouderen te betrekken bij de ontwikkeling ervan.

Daarnaast dient rekening te worden gehouden met culturele gebruiken en gewoonten want dit is de grootste reden waarom het huidige activiteiten aanbod niet aansluit bij de Turkse ouderen. Zo kan er bij bepaalde activiteiten met aparte mannen- en vrouwengroepen gewerkt worden. Lijken Turkse ouderen de gezelligheid en het samenzijn tijdens of na een activiteit erg belangrijk te vinden, evenals het samen eten. En zou een centrale locatie, zoals een buurthuis, de drempel om deel te nemen voor Turkse ouderen verlagen. Daarnaast kan het helpen vervoer te regelen als mensen daar niet zelf over beschikken. Een andere drempelverlagende factor is als er geen of weinig kosten aan de activiteiten verbonden zijn. En als laatste kan het ook drempelverlagend werken als Turkse ouderen een familielid mogen meenemen, dat is voor hen heel gebruikelijk.

De culturele gebruiken en gewoonten zijn belangrijk evenals het feit dat activiteiten aansluiten bij de eigen taal. Turkse ouderen hebben behoefte om met andere Turkse ouderen samen te komen en in hun eigen taal te communiceren. Naast het bereiken van de Turkse ouderen bij preventieve activiteiten is het ook van belang de Turkse ouderen gemotiveerd te houden en vertrouwen te winnen, dit vraagt om tijd en aandacht. Aangezien voldoende beweging een samenhang heeft met alle domeinen van kwetsbaarheid is het aanbevolen beweeginterventies speciaal voor Turkse ouderen aan het aanbod van activiteiten toe te voegen.

Turks personeel

Het is bij bovenstaande aanbevelingen al kort aan bod gekomen maar om te interculturaliseren is het goed om te streven naar meer allochtone medewerkers. Het aanstellen van Turkse vrijwilligers, Turkse zorgmedewerkers, Turkse welzijnsmedewerkers en Turkse medewerkers bij de gemeente dragen bij aan een toegankelijker zorg aanbod. Indien hulpverleners de taal spreken en ook hun culturele gewoonten en gebruiken kennen, geeft dat ouderen een gevoel van herkenning en een gevoel van veiligheid. Uiteraard mag die strategie niet leiden tot een doorgedreven positieve discriminatie. Meer allochtone medewerkers zal ook de ervaren druk bij mantelzorgers doen afnemen omdat zij dan niet meer hoeven te fungeren als tolk.

Aanpassen en uitbreiden aanbod

Om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van Turkse ouderen zal ook het aanpassen en uitbreiden van het aanbod van de diensten en voorzieningen belangrijk zijn. Aanpassingen zijn nodig op het vlak van religie, voeding, culturele gewoonten en gebruiken. Voorbeelden zijn: gebedsruimten in verpleegtehuizen, rekening houden met religieuze feestdagen,

maaltijden uit verschillende keukens, rekening houden met voedingsvoorschriften, inrichting van kamer met lage tafeltjes, ruimte waar grote families op bezoek kunnen komen etc.

Kortom mijn belangrijkste aanbevelingen zijn:

- Benader ouderen persoonlijk en op verschillende wijzen
- Benut sleutelpersonen
- Zorg voor goede toegankelijkheid
- Neem de tijd om vertrouwen te winnen
- Creëer een moment waarin het draait om samenzijn
- Werk samen in signalering en doorverwijzing.