



## Oudere migranten en ouderenzorg

Een kwalitatief onderzoek naar de  
opvattingen en toekomstige  
verwachtingen van Iraakse oudere  
migranten over de informele en  
formele zorg in Nederland

15-7-2011

## **TITELPAGINA**

Afstudeeronderzoek: een kwalitatief onderzoek naar de opvattingen en verwachtingen van Iraakse oudere migranten over de informele en formele zorg in Nederland.

### **STUDENT**

Naam: Ann Jahola

Masteropleiding: Beleid en Interventie op het gebied *van Arbeid, Zorg en Welzijn*,  
Universiteit Utrecht.

Studentnummer: 3407527

### **BEGELEIDER UNIVERSITEIT UTRECHT**

Hoofddocent Algemene Sociale Wetenschappen: Ludwien Meeuwesen

### **TWEEDE LEZER**

Hoofddocent Algemene Sociale Wetenschappen: Trudie Knijn

### **BEGELEIDER GEMEENTE AMERSFOORT**

Beleidsmedewerker afdeling Zorg en Integratie: Ineke Hooijschuur

## VOORWOORD

Deze thesis vormt het eindonderzoek voor mijn master *Beleid en Interventie, Arbeid, Zorg en Welzijn* aan de Universiteit Utrecht. De periode waarin ik mijn onderzoek heb voorbereid, uitgevoerd en verwerkt, is een intensieve en leerzame tijd geweest. Vanuit een interessant thema heb ik onderzoek gedaan naar de positie van oudere migranten die 55 jaar of ouder zijn en die uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen komen. Dit zijn ouderen afkomstig uit Afghanistan, Iran, Irak en Somalië. Daarnaast heb ik in dit onderzoek specifiek onderzoek gedaan naar de opvattingen en verwachtingen van de Iraakse ouderen over de ouderenzorg in Nederland. Mijn Iraakse achtergrond heeft mijn interesse in dit onderzoek vergroot.

Het was een interessante ervaring om als onderzoeker interviews af te nemen over een onderwerp dat ik als een relevant en noodzakelijk onderdeel van de zorgverlening beschouw. Oudere migranten nemen een zwakke positie in in de Nederlandse samenleving. Zij participeren minder dan de autochtone ouderen in de Nederlandse samenleving, terwijl zij vaak nog vitaal zijn en veel talenten bezitten. Ook maken zij minder gebruik van de verschillende voorzieningen die voor ouderen bestaan, terwijl deze voorzieningen belangrijk zijn om hun zelfredzaamheid in de eigen woonomgeving te bevorderen. Het was leerzaam om een kwalitatief onderzoek te doen. Door deze vorm van onderzoek heb ik inzicht gekregen in de behoeften en verwachtingen van de Iraakse ouderen over de informele en formele zorg.

Deze thesis was niet tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal mensen. De feedback van mijn docenten Ludwien Meeuwesen, Barbara Da Roit en Trudie Knijn vanuit de Universiteit Utrecht was waardevol. Hun kennis en ervaring hebben bijgedragen aan mijn oriëntatie op het onderwerp. De begeleiding van Ludwien Meeuwesen als mijn afstudeerbegeleider was stimulerend. Haar feedback was waardevol voor de inhoud en de uitwerking van het onderzoek. Rens Groosman en Ineke Hooijschuur als begeleiders vanuit de gemeente Amersfoort hebben mij de kans gegeven om aan dit onderwerp te werken. Ik dank hen voor hun tijd. Ik heb de afdeling Zorg en Integratie bij de gemeente Amersfoort als een prettige stageplaats ervaren. Zuha Al Saleh, coördinator van de vereniging voor Iraakse vrouwen Kaharmana, heeft mij geholpen met het vinden van respondenten. Ik dank haar voor haar waardevolle inzet, behulpzaamheid, positieve en warme houding. Ze is een inspiratiebron voor vele ouderen. Tot slot heb ik de open en geïnteresseerde houding van alle respondenten en de bereidheid tot medewerking aan mijn onderzoek als zeer stimulerend ervaren. Ik adviseer iedereen die binnen de ouderenzorg werkt en met oudere migranten in aanraking komt, het boek 'De ontdekkingsreis: 25 jaar interculturele ouderenzorg in Nederland' (2010) van het ActiZ en het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg te lezen. In dit boek vertellen verschillende professionals en oudere migranten hun ervaringen met de ouderenzorg.

Dank aan jullie allen.

Ann Jahola

## **INHOUDSOPGAVE**

<b>TITELPAGINA .....</b>	<b>2</b>
<b>VOORWOORD .....</b>	<b>3</b>
<b>INHOUDSOPGAVE .....</b>	<b>4</b>
<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INLEIDING .....</b>	<b>6</b>
1.1 Probleemstelling .....	6
1.2 Relevantie van het onderzoek .....	7
1.3 Onderzoeksdoel .....	8
1.4 Leeswijzer .....	9
1.5 Onderzoeksvragen .....	9
<b>2. THEORETISCH KADER .....</b>	<b>10</b>
2.1 De positie van de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland .....	10
2.2 Drie actoren in de ouderenzorg .....	16
2.2.1 De rol van de familie .....	17
2.2.2 De rol van de staat .....	21
2.2.3 De rol van de professional .....	29
<b>3. ONDERZOEKSOPZET.....</b>	<b>34</b>
3.1 Methodes van onderzoek .....	34
3.2 Methodes van dataverzameling .....	34
3.3 Methode van data-analyse.....	35
3.4 De respondenten .....	37
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit .....	38
<b>4. RESULTATEN DEELONDERZOEK I: Iraakse ouderen aan het woord .....</b>	<b>40</b>
<b>5. RESULTATEN DEELONDERZOEK II: Volwassen kinderen aan het woord .....</b>	<b>47</b>
<b>6. RESULTATEN DEELONDERZOEK III: Professionals aan het woord .....</b>	<b>54</b>
<b>7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN .....</b>	<b>61</b>
7.1 Conclusie deelonderzoek I: Iraakse ouderen .....	61
7.2 Conclusie deelonderzoek II: Volwassen kinderen .....	63
7.3 Conclusie deelonderzoek III: professionals .....	64
7.4 Methodische reflectie .....	66
7.5 Aanbevelingen .....	66
<b>BRONNENLIJST .....</b>	<b>69</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>75</b>



## SAMENVATTING

**Achtergrond:** dit onderzoek gaat over oudere migranten uit de vluchtelingengroepen met betrekking tot ouderenzorg. Deze ouderen zijn vanaf de jaren tachtig naar Nederland gekomen. Een groot deel van deze ouderen heeft een onvolledige AOW en heeft te kampen met specifieke gezondheids- en welzijnsproblemen. Ondanks de hoge opleiding in het land van herkomst van veel ouderen, is het voor hen niet gemakkelijk om een geschikte (vaste) baan te vinden. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal en doordat hun opleiding niet erkend wordt binnen allerlei profit als non-profit organisaties. Deze problemen komen ook onder andere doelgroepen in de samenleving voor, maar onder oudere migranten uit de vluchtelingengroepen in een meer geconcentreerde vorm. Op dit moment zijn oudere migranten over het algemeen minder zichtbaar. Maar het is van groot belang om in de toekomst aandacht te besteden aan deze specifieke doelgroep, omdat deze doelgroep in aantal en leeftijd toeneemt en hun behoeften met betrekking tot ouderenzorg anders ingevuld zou moeten worden.

**Methode:** in dit onderzoek wordt aandacht besteed aan de specifieke vluchtelingengroep Iraakse oudere migranten. De onderzoeker wil inzicht krijgen in de opvattingen en verwachtingen die deze groep heeft met betrekking tot de informele en formele ouderenzorg. Er is een literatuurstudie verricht waarbij als eerste informatie werd verzameld over de positie van de eerste vier grote vluchtelingengroepen (Iraniërs, Irakezen, Afghanen en Somaliërs) in vergelijking met die van de klassieke migrantengroepen (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen) en autoctonen met betrekking tot onderwerpen als opleiding, werk, wonen, zorg en welzijn. Daarna werd informatie verzameld over de rol van de familie, de staat en de professional met betrekking tot oudere migranten en ouderenzorg. Naast de literatuurstudie, zijn er tweeëntwintig semigestructureerde interviews door de onderzoeker afgenomen bij acht Iraakse ouderen, acht volwassen kinderen en zes professionals. De verkregen informatie werd door de onderzoeker gecodeerd en gestructureerd om antwoord te geven op de deelvragen.

**Resultaten en conclusie:** oudere migranten, die al op jonge leeftijd naar Nederland zijn gekomen en goed zijn geïntegreerd in de Nederlandse samenleving, kunnen relatief gemakkelijk hun weg vinden in deze samenleving en staan meer open voor de formele zorg. Dit is anders voor ouderen die al rond de veertig jaar waren toen ze naar Nederland kwamen. Deze ouderen hebben moeite met de integratie en hebben behoefte aan grote en betere maatschappelijke ondersteuning om niet in een sociaal isolement te raken. Vaak hebben deze ouderen hoge verwachtingen van hun omgeving met betrekking tot ouderenzorg.

Volgens de geïnterviewde professionals wonen oudere migranten uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen in vergelijking met autochtone ouderen en ouderen uit de klassieke migrantengroepen minder vaak in seniorenwoningen en maken zij minder gebruik van de verschillende ouderenvoorzieningen. Dit heeft niet alleen te maken met hun zorgcultuur, waarbij de zorgverlening vooral de plicht is van de familie en de omgeving, maar ook met hun geloofsovertuiging en taalbarrière. Deze ouderen hebben andere woonwensen en (soms verkeerde) verwachtingen van de formele zorg en zorgvoorzieningen. Het heeft ook te maken met de onbekendheid met ouderenvoorzieningen. Ze zijn niet op de hoogte van de specifieke ouderenvoorzieningen en mogelijkheden tot woningaanpassing, wat mogelijk maakt dat ouderen zelfstandig zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De behoeften van de oudere migranten en autochtone ouderen is universeel, maar deze moet een andere invulling krijgen, stellen de meeste geïnterviewde professionals. Zij zijn van mening dat het interculturalisatieproces en de samenwerking tussen instellingen en burger gestimuleerd moeten worden om de formele zorg toegankelijker te maken en deze te combineren met de informele zorg zodat oudere migranten kwalitatief goede zorg ontvangen.

## INLEIDING

Naar aanleiding van een discussie met enkele oudere migranten ben ik met het onderwerp 'Ouderen en zorg' in aanraking gekomen. Ik heb ervaren hoe oudere migranten geconfronteerd worden met hun toekomst. In een gesprek met een Iraakse oudere migrant heb ik gevraagd waar hij oud zou willen worden in de toekomst, wanneer zijn gezondheidstoestand achteruit zou gaan. Hij antwoordde met de wens terug te willen gaan naar zijn land van herkomst. Daar zou hij in het huis van zijn ouders gaan wonen. Het is dan vanzelfsprekend dat de overgebleven familieleden voor hem zouden gaan zorgen. Dit idee is niet te realiseren, omdat hij om bepaalde redenen naar Nederland is gekomen en niet meer terug kan naar zijn land. Het idee dat hij ooit in een bejaardentehuis of een verzorgingstehuis in Nederland zou kunnen terechtkomen is beangstigend voor hem. Het is voor hem een onbekende plaats. Bovendien twijfelt hij eraan of zijn familie hier in Nederland in de toekomst in staat zal zijn om voor hem te zorgen. Zij hebben immers hun eigen leven opgebouwd en hebben andere verplichtingen en verantwoordelijkheden.

Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de oudere migranten uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen. Dit zijn oudere migranten die in de jaren '80 en '90 alleen, met hun partner of gezin naar Nederland zijn geëmigreerd. Zij hebben vaak te maken gehad met traumatische gebeurtenissen in het land van herkomst en zijn in Nederland als politieke vluchtelingen om humanitaire redenen toegelaten. Het zijn vaak mensen uit Afghanistan, Iran, Irak en Somalië. Dit onderzoek richt zich op de Iraakse oudere migranten.

Veel onderzoekers hebben onderzoek gedaan naar de zorg voor de klassieke migrantengroepen, te weten de Turkse, de Marokkaanse, de Surinaamse en de Antilliaanse Nederlanders (Dagevos, 2011). Naar de positie van de eerste vier grote vluchtelingengroepen is relatief weinig kwalitatief onderzoek gedaan en daarom is het interessant om naar deze groepen te kijken.

Als specifieke doelgroep worden in dit onderzoek de Iraakse oudere migranten belicht die in Amersfoort wonen. In dit onderzoek wordt onderzocht in welke mate Iraakse oudere migranten in de toekomst gebruik willen maken van de informele (traditionele) en formele (overheid en particuliere instellingen) ouderenzorg. Er wordt daarnaast onderscheid gemaakt tussen de klassieke migrantengroepen en de eerste vier grote vluchtelingengroepen omdat deze twee groepen verschillende sociaal-demografische en sociaal-economische kenmerken vertonen. Zo wonen de vier vluchtelingengroepen veel meer verspreid over Nederland dan de klassieke migrantengroepen en hebben de vluchtelingengroepen vaak een hogere opleiding gevolgd dan de klassieke migrantengroepen. Zo tellen Irakezen en Afghanen meer hoger opgeleiden dan de Surinaamse of de Antilliaanse groepen (Dagevos, 2011). Dergelijke factoren kunnen van invloed zijn op de opvattingen, de verwachtingen en de keuzes die individuen maken met betrekking tot de formele en informele zorg.

### 1.1 Probleemstelling

Migrantengroepen uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen, die naar Nederland zijn gekomen en hier oud zijn geworden, kunnen in tegenstelling tot veel Nederlandse ouderen in een ongunstige positie terechtkomen als het gaat om de behoeften die zij hebben in de zorg. De meeste oudere immigranten boven de 55 jaar hebben geen (vaste) baan. Ze leven van een onvolledige AOW-uitkering en zij hebben vaak geen of slechts een heel klein pensioen. Ze zijn afhankelijk van de informele zorg om in hun behoeften te voorzien. Door hun traumatische ervaringen kampen zij ook vaak met specifieke gezondheids- en welzijnsproblemen. Daardoor rijst de vraag hoe zij met hun gezondheidsproblemen omgaan en op welke manier zij te bereiken zijn op het gebied van formele (ouderen)zorg en welzijn.

Oudere migranten nemen door de onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal een zwakke maatschappelijke positie in waardoor (schriftelijke) informatie over

ouderenvoorzieningen en regelingen met betrekking tot ouderenzorg vanuit de overheid vaak minder toegankelijk zijn. Het uitgangspunt van de overheid is zelfredzaamheid, wat meer 'eigen verantwoordelijkheid' en 'maatwerk' betekent (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS). Voor de langere termijn is 'zelfredzaamheid' en 'eigen verantwoordelijkheid' een mooi uitgangspunt, maar het biedt geen oplossing voor oudere migranten die er niet in slagen om de taal onder de knie te krijgen. Oudere migranten zullen door hun taalachterstand afhankelijk blijven van de informele zorg en weinig gebruik maken van de formele zorg. Door deze taalachterstand slagen ook de gemeenten van hun kant er niet altijd in om deze groep te betrekken bij het Wmo-beleid en te begrijpen welke verwachtingen en behoeften er bestaan met betrekking tot de formele zorg.

In de praktijk ziet men daarnaast dat oudere migranten, in vergelijking tot Nederlandse ouderen, minder vaak in onder andere verzorgingstehuizen wonen of gebruik maken van de thuiszorg, van migranten zorgconsulenten of andere vormen van ouderenvoorzieningen (Dagevos, 2011). Dit kan te maken hebben met de onbekendheid van oudere migranten met de verschillende vormen van de formele ouderenvoorzieningen, maar ook met het feit dat zij andere verwachtingen en behoeften hebben van de formele zorg (Schellingerhout, 2004; Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2000). De verwachting is dan ook dat door deze twee factoren oudere migranten in de toekomst niet snel gebruik zullen maken van de formele zorg en hierdoor afhankelijk blijven van de informele zorg. Dit zou in de toekomst kunnen leiden tot overbelasting van mantelzorgers. Integratie binnen de formele zorg zou vanuit de overheid en zorginstellingen gestimuleerd moeten worden om een gezonde balans te vinden tussen informele en formele zorg.

Tot slot wil de overheid ook nog bezuinigen op de ouderenzorg, om deze in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden (Platform Zorg en Welzijn, 2010). Door bezuinigen via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) op het gebied van ouderenzorg, krijgen oudere migranten te maken met de daardoor ontstane gevolgen. Te denken valt aan ondersteunende projecten ter preventie van het sociaal isolement of bevordering van participatie, die door hervormingen niet meer gefinancierd worden. Het zou verontrustend zijn als deze vitale en vaak getalenteerde oudere migranten vergeten worden. Oudere migranten nemen steeds meer in leeftijd en aantal toe en daarom wordt naast vergrijzing ook verkleuring (omdat ouderen verschillende culturele achtergronden zullen hebben) steeds meer een uitdaging waar beleidsmakers en uitvoerders rekening mee zullen moeten houden.

## 1.2 Relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek is niet alleen wetenschappelijk en maatschappelijk relevant, maar het is ook relevant voor de studie Algemene Sociale Wetenschappen. Dit onderzoek geeft als eerste een wetenschappelijke relevantie voor het verrichten van onderzoek onder de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland en in het bijzonder onder de Iraakse groep ouderen en hun volwassen kinderen. Het onderzoek draagt bij aan theorieën over migratie, ouderenbeleid en cultuurverschillen in de zorg. Andere onderzoekers die zich in de toekomst bezig zullen houden met dit onderwerp, kunnen er baat bij hebben te lezen welke opvattingen de Iraakse groep heeft over de ouderenzorg in de toekomst en of dit te vergelijken is met klassieke migrantengroepen en andere vluchtelingengroepen in Nederland.

Het belang van dit onderzoek heeft ten tweede een maatschappelijke relevantie. Deels is dit getoond in de bespreking van de probleemstelling. De signalen die afgegeven zijn door de praktijk vormen de aanleiding om de situatie in kaart te brengen en de beleving van oudere migranten zelf te onderzoeken. Dit is belangrijk aangezien deze groep ook opgenomen wordt in het ouderenbeleid. Het doel is om uiteindelijk handvatten te kunnen bieden voor hun toekomstsituatie. Inzicht krijgen in de beleving van deze groep met betrekking tot ouderenzorg en wonen is noodzakelijk om sociale uitsluiting te voorkomen. Oudere

migranten moeten meer betrokken raken bij de samenleving en dit kan alleen door hun toekomstperspectief te begrijpen en erachter te komen welke invloed de omgeving hierop kan hebben. Oudere migranten zijn en blijven een kwetsbare groep en het is noodzakelijk om hun rechten te beschermen als het gaat om het voorzien van verzorging, welzijn, bescherming en respect in een leefbare omgeving om de sociale samenhang te behouden.

Naast de ethische verantwoordelijkheid, is het ook in het belang van de Nederlandse samenleving om bij te dragen aan de ondersteuning van de volwassen kinderen van de oudere migranten. Zij maken ook deel uit van de Nederlandse maatschappij. Integratie van de volwassen kinderen, naast die van hun ouders, verloopt niet altijd als vanzelfsprekend als het gaat om vraagstukken en keuzes rondom ouderenzorg. Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de opvattingen en verwachtingen van de volwassen kinderen om daar in de toekomst rekening mee te houden.

Op de derde plaats is dit onderzoek relevant voor de studie van de Algemene Sociale Wetenschappen waarbij probleemgerichtheid, interdisciplinariteit en beleidsvorming centraal staan. Het onderzoek is probleemgericht omdat het gaat om kwetsbare groepen oudere migranten, die vaak niet op de hoogte zijn van de beschikbare ouderenvoorzieningen in de omgeving en niet weten wat hun rechten en plichten zijn. Dit geldt ook voor hun volwassen kinderen. Zij zijn niet voldoende bekend met de voorzieningen die er bestaan voor ouderen (en volwassen kinderen).

Het onderzoek is daarnaast interdisciplinair van aard. Er wordt gekeken naar verschillende aspecten binnen verschillende disciplines. Waar sociologen de focus leggen op de sociale omgeving en structuren waarbinnen het gedrag plaatsvindt, leggen psychologen de nadruk op het individu en de persoonsgebonden factoren die van invloed kunnen zijn op het gedrag van deze oudere migranten. Dit probleem vereist daarom een interdisciplinaire benadering waarbij de interactie tussen het individu en de structuren bestudeerd moet worden aan de hand van de handelingen en acties die deze groepen ondernemen binnen de eigen woonomgeving.

Het onderzoek is tot slot beleidsrelevant. Het onderzoek zou kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een 'geïntegreerd' zorgsysteem, ouderenbeleid en personeelsbeleid waarbij ouderenvoorzieningen meer toegankelijk gemaakt kunnen worden voor oudere migranten.

### **1.3 Onderzoeksdoel**

Het doel van dit onderzoek is om een beter inzicht te krijgen in de toekomstverwachtingen van de Iraakse oudere migranten ten aanzien van de formele en informele zorg.

Door meer inzicht te krijgen in de toekomstverwachtingen van deze doelgroep, kunnen beleidsmakers en professionals het ouderenbeleid in de toekomst verder ontwikkelen richting een beleid waarbij ouderenzorg toegankelijker wordt en er meer maatschappelijke ondersteuning geboden zal kunnen worden. Met maatschappelijke ondersteuning wordt bedoeld het stimuleren van onder andere informatievoorziening, bewustwording en empowerment. Oudere migranten kunnen door maatschappelijke ondersteuning meer zelfredzaam worden en uit hun sociaal isolement komen.



### 1.3 Leeswijzer

In dit inleidende hoofdstuk is de aanleiding voor de probleemstellingen en het doel van dit onderzoek weergegeven. Hoofdstuk 2 geeft het theoretisch kader weer. Daarin wordt als eerste een algemene beschrijving gegeven van de positie van de eerste vier grote vluchtelingengroepen in vergelijking met de klassieke migrantengroepen en de autochtone Nederlanders. Als tweede wordt de rol van de familie, de staat en de professionals weergegeven met betrekking tot de oudere migranten en de ouderenzorg. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de onderzoeksopzet. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek beschreven en hoofdstuk 5 eindigt met de conclusies, de methodische verantwoording en een aantal aanbevelingen.

### 1.4 Onderzoeksvragen

#### Literatuurstudie

Binnen de literatuurstudie worden de volgende vragen beantwoord:

1. *Welke positie nemen de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland ten opzichte van de klassieke migrantengroepen en autochtone Nederlanders?*
2. *Welke rol vervullen de familie, de staat en de professionals met betrekking tot oudere migranten en ouderenzorg?*

#### Kwalitatief onderzoek

Daarnaast wordt een kwalitatief onderzoek uitgevoerd dat antwoord geeft op de volgende vragen:

1. *Welke opvattingen hebben de Iraakse oudere migranten over de informele en formele zorg en wat zijn hun toekomstverwachtingen<sup>1</sup>?*
2. *Welke opvattingen hebben de volwassen kinderen over de informele en formele zorg en wat zijn hun toekomstverwachtingen?*
3. *Hoe beoordelen de professionals, die werken met oudere migranten, de leefsituatie van oudere migranten met het oog op de informele en formele zorg?*

---

<sup>1</sup> Met de toekomst wordt bedoeld een periode van tien jaar.

## 2. THEORETISCH KADER

### Inleiding

*Welke positie nemen de eerste vier grote vluchtelingengroepen in in de Nederlandse samenleving ten opzichte van andere autochtone- en migrantengroepen? Welke rol vervullen de familie, de staat en de professionals met betrekking tot oudere migranten uit de vluchtelingengroepen en ouderenzorg?* In dit hoofdstuk wordt door middel van een literatuurstudie antwoord gegeven op deze vragen. De literatuurstudie bestaat uit twee onderdelen. In het eerste deel wordt een algemene beschrijving gegeven van de positie van de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland. Hun positie wordt vergeleken met die van de autochtone groep en van de klassieke migrantengroepen. In het tweede deel wordt een beschrijving gegeven van drie bestaande actoren die betrekking hebben op de oudere migranten uit de vluchtelingengroepen en ouderenzorg.

### 2.1 De positie van de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland

In deze paragraaf worden de volgende onderwerpen behandeld: de grootte van de migrantengroepen, de reden van migratie naar Nederland, het opleidingsniveau, de arbeidsdeelname, de woonsituatie, de ervaren gezondheid en de mate van het gebruik maken van zorgvoorzieningen. Bij sommige onderwerpen gaat de onderzoeker specifiek verder in op de positie van de Iraakse migrantengroep.

#### Aantal migranten in Nederland

Uit een recent onderzoek van Dagevos (2011) blijkt dat er in 2010 52.102 personen van Iraakse afkomst in Nederland woonden<sup>2</sup>. Daarnaast woonden er tegelijkertijd 38.664 personen van Afghaanse, 31.653 van Iraanse en 27.011 personen van Somalische herkomst in Nederland. Samen maakten deze vier groepen 8% uit van de totale groep niet-westerse migranten en hun nakomelingen (1.858.294). De eerste vier grote vluchtelingengroepen zijn kleiner dan de klassieke migrantengroepen. Zo woonden er van de klassieke migrantengroepen in Nederland in 2010 383.957 personen uit Turkije, 349.005 personen uit Marokko, 342.279 personen uit Suriname en 138.420 personen uit de Nederlandse Antillen inclusief Aruba. In tegenstelling tot de eerste vier grote vluchtelingengroepen vormen de vier klassieke groepen samen 65% van de totale groep niet-westerse migranten en hun nakomelingen.

De Iraakse bevolking bestaat uit verschillende groepen: de Koerden, de Arabieren (dit zijn de moslims verdeeld in twee groepen de Soennieten en Sjiieten. Zij vormen de grootste groep in Irak) en de christenen (in Irak zijn de christenen onderverdeeld in Chaldeeërs, Assyrische, Syrische en Armeense christenen. De Chaldeese christenen vormen de grootste groep). Hier in Nederland vormen de koerden de grootste groep Irakezen (Forum, 2003).

<sup>2</sup> Dit zijn personen die in Irak geboren zijn of waarvan een van de ouders in Irak geboren is.

## Migratie naar Nederland

De reden om naar Nederland te komen verschilt voor de klassieke migrantengroepen en de eerste vier grote vluchtelingengroepen. De klassieke migranten zijn sinds de jaren '60 en '70 naar Nederland gekomen met de intentie tijdelijk te werken als gastarbeiders en later terug te keren naar hun land van herkomst. Maar velen zijn in Nederland gebleven en hebben zich herenigd met hun gezin. De eerste vier grote vluchtelingengroepen zijn sinds de jaren '80 en '90 naar Nederland gekomen met de intentie de verslechterde situatie in het land van herkomst te ontvluchten (om politieke, economische of humanitaire reden) en in Nederland een beter bestaan op te bouwen.

Vanaf de jaren negentig zijn de eerste Iraakse asielmigranten naar Nederland gekomen. Dit waren voornamelijk Koerden die op de vlucht waren voor het geweld in hun strijd om autonomie. In deze periode brak de Eerste Golfoorlog in Irak uit met Iran en in 1990 begon de Tweede Golfoorlog met de inval in Koeweit. Irak verloor maar het regime van Saddam Hussein, dat vanaf 1979 aan de macht was, bleef bestaan. Veel Irakezen zijn toen gevlucht en vanaf 1992 nam het aantal asielzoekers in Nederland steeds meer toe. In die periode werd vooral van 'reisagenten' gebruik gemaakt om Irak te ontvluchten (Choenni, 2002). Aan het einde van de jaren negentig daalde het aantal asielzoekers uit Irak. Maar na de val van Saddam Hussein, na 2003, is de toestroom van Irakezen weer sterk toegenomen in Nederland.

## Opleiding

Als we het niveau van de voltooide opleiding van de klassieke migrantengroepen en de eerste vier grote vluchtelingengroepen vergelijken ( zie tabel 1 in bijlage 2) dan zien we dat mensen van Iraanse herkomst het hoogst opgeleid zijn. Zij worden gevolgd door Iraakse en Afghaanse Nederlanders en op de derde plaats komen de Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders. Turkse, Marokkaanse en Somalische migranten zijn lager opgeleid dan de hiervoor genoemde groepen.

Rossi en Rossi (1990) beweren dat een hoog genoten opleiding door ouderen in hun land van herkomst invloed heeft op de meningen en verwachtingen van de familie richting de zorg; hoe hoger de ouders opgeleid zijn, hoe eerder zij zelfstandig formele zorg gaan inkopen. Hierdoor kan het gevoel van de kinderlijke verplichting verminderen. Men zou van hieruit kunnen verwachten dat, omdat de oudere migranten uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen vaker een hogere opleiding hebben genoten, zij daardoor eerder een beroep zullen doen op de formele zorg dan de oudere migranten uit de klassieke migrantengroepen.

## Arbeidsdeelname

Het aantal mensen van de eerste vier grote vluchtelingengroepen met een betaalde baan, is laag (Dagevos, 2011). De lage participatie betekent een hoge werkloosheid, maar dat betekent niet dat alle personen die geen baan hebben tot de werkloze bevolking behoren, zij behoren daarentegen tot de beroepsbevolking<sup>3</sup>. Een lage nettoparticipatie kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van een aandeel schoolgaande personen die bijvoorbeeld een taal cursus of inburgering cursus moeten volgen en daardoor niet actief kunnen zijn op de arbeidsmarkt.

---

<sup>3</sup> Een belangrijk verschil tussen gegevens over de beroepsbevolking (werkende en werkloze) en over nettoparticipatie is dat alle personen in de beroepsbevolking actief zijn op de arbeidsmarkt. Wanneer het gaat om de gegevens over de nettoparticipatie, dan wordt het aandeel werkenden vergeleken met het aandeel personen dat niet werkt. Van die laatste categorie participeert dus een belangrijk deel niet op de arbeidsmarkt.

Dagevos laat in zijn onderzoek zien dat de Somalische, Afghaanse en Iraakse groep een zeer lage participatie hebben ( zie tabel 2 en 3 in bijlage 2). Slechts 29% van personen van Somalische afkomst tussen de 15 en 65 jaar heeft betaald werk. Bij de Iraakse en Afghaanse Nederlanders gaat het respectievelijk om 35% en 36%. Van de eerste vier grote vluchtelingengroepen neemt de Iraanse groep relatief de meest gunstige positie in. Het verschil in participatie tussen de eerste vier grote vluchtelingengroepen en autochtone Nederlanders met 70% is zeer groot. Ook onder de vier klassieke migrantengroepen is het aandeel met betaald werk hoger; afhankelijk van de groep heeft tussen de 50% en 60% betaald werk (Turkse Nederlanders 54%; Marokkaanse Nederlanders 50%, Surinaamse Nederlanders 62%, Antilliaanse Nederlanders 57%). De participatie van de Iraanse groep ligt dus ongeveer op het niveau van de Marokkaanse groep. Met andere woorden: het hoogste niveau van de participatie van de eerste vier grote vluchtelingengroepen is dus gelijk aan het laagste participatieniveau van de vier klassieke migrantengroepen.

Mensen van Iraakse afkomst blijken vaak afhankelijk te zijn van een bijstandsuitkering. De werkloosheid bij Iraakse ouderen tussen de 46 en 64 jaar is 28% en dat is zeer hoog. De werkloosheid onder vrouwen (42%) is hoger dan onder de mannen (24%). Over het algemeen zijn hoger opgeleiden vaak minder werkloos dan lager opgeleiden, maar alsnog zitten hoger opgeleiden vaak zonder werk. De werkloosheid is bij de mensen die langer dan vijf jaar in Nederland verblijven lager. Kijkend naar de ontwikkelingen tussen 2003 en 2009 blijkt het beeld van de werkloosheid in de loop van tijd te dalen.

### Woonsituatie

Rapportages over woonsituaties van de vier klassieke migrantengroepen laten zien dat zij in woningen van relatief lage kwaliteit wonen en dat ze vaker zijn aangewezen op meergezinswoningen (Kullberg et al., 2009). Bovendien wonen ze vaak in concentratiewijken waar zich een opeenstapeling voordoet van leefbaarheidproblemen (Kullberg en Nicolaas, 2009; Vrom, 2009; Wittebrood et al. 2005). Tot nu toe bestaat er weinig inzicht in de woonsituatie van de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland en vooral in de woonsituatie van de oudere migranten in Nederland. Het is ook niet duidelijk of de positie vergelijkbaar is met die van de oudere migranten van de klassieke migrantengroepen.

Op basis van de statistieken over alle inwoners in Nederland weet men hoe de verschillende bevolkingsgroepen ruimtelijk zijn verspreid over het land. Hierbij kan men constateren dat alle migrantengroepen vertegenwoordigd zijn in het westelijk deel van Nederland en in het bijzonder in de vier grote steden. Toch zijn er verschillen te zien tussen de migrantengroepen. Zo zijn de vier klassieke migrantengroepen sterker vertegenwoordigd in het westelijk deel van Nederland dan de eerste vier grote vluchtelingengroepen, die meer oververtegenwoordigd zijn in het noordelijke en oostelijke deel van Nederland.

Verschillen in de ruimtelijke spreiding zien we ook tussen de vluchtelingengroepen. Zo zijn de Iraanse groepen vooral in het westelijke deel van Nederland en in de vier grote steden oververtegenwoordigd en de Afghaanse en Iraakse Nederlanders vooral in het oostelijke deel van Nederland. De Somalische Nederlanders zijn vooral in het zuidelijke deel oververtegenwoordigd. Daarbij zijn deze groepen soms geconcentreerd in bepaalde steden.

In verschillende studies wordt gesteld dat zowel de vluchtelingengroepen als de klassieke migrantengroepen de voorkeur hebben om in een wijk te wonen met landgenoten (Bolt & Van Kempen, 2000). Vooral de aanwezigheid van vrienden en familie wordt daarbij gewaardeerd. Een beroep doen op steun van landgenoten en het onderhouden van sociale contacten is gemakkelijker als men in de buurt woont. Deze voorkeur is voor hoogopgeleiden sterker dan voor lager opgeleiden. Migrantengroepen die lang in Nederland wonen en een hoog huishoudeninkomen hebben, hebben geen voorkeur voor een buurt met veel landgenoten. Dit is het geval bij de Iraakse Nederlanders, waarvan 85% met een hoog huishoudeninkomen



deze voorkeur niet deelt. Daarnaast vinden vooral de Iraakse en Iraanse Nederlanders dat het slecht is voor een wijk als er te veel migranten naast elkaar wonen.

Oudere migranten uit de klassieke migrantengroepen zijn niet bekend met de verschillende ouderenvoorzieningen in de woonbuurt. Zij hebben in vergelijking met de autochtonen een andere culturele achtergrond. Onbekendheid met ouderenvoorzieningen en cultuurverschillen spelen een belangrijke rol in hun keuze om in de toekomst zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Zij willen in het uiterste geval naar zorgtehuizen. Hun verhuizing zou namelijk impliciet betekenen dat de kinderen en de familie niet in staat is om voor hen te zorgen en dit zou gezichtsverlies betekenen (Kunst et al., 2008; Van Berkum & Smulders, 2010). Of dit ook het geval is voor de oudere migranten uit de vluchtelingengroepen, is niet duidelijk.

### Ervaren gezondheid

Onderzoeken naar de ervaren gezondheid (psychisch als fysiek) van de niet-westerse migranten en hun kinderen hebben zich tot nu toe vooral gericht op de klassieke migrantengroepen (Kunst et al. 2008; Van Berkum & Smulders, 2010). Daaruit komt naar voren dat de ervaren gezondheid van de klassieke migranten over het algemeen minder goed is dan van de autochtone Nederlanders. Als oorzaak wordt genoemd de lage sociaal-economische status en het *integratieprobleem*<sup>4</sup>. Migrantengroepen die goed geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving hebben een betere ervaren gezondheid dan migrantengroepen die minder goed geïntegreerd zijn.

In tabel 4 (zie bijlage 2) is te zien hoe het staat met de gezondheid van de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland. Autochtone Nederlanders hebben de beste ervaren gezondheid en daarna komen de Somalische Nederlanders. De ervaren gezondheid van de overige groepen zitten op eenzelfde, zij het lagere niveau.

Uit onderzoek van Van den Brand en Devillé (2007) bleek dat de ervaren gezondheid verbetert naarmate iemand langer in Nederland verblijft. Van Campen en Schellingerhout (2005) maakten een directe vergelijking van de vluchtelingengroepen en de klassieke migrantengroepen. De ervaren gezondheid van de eerste vier grote vluchtelingengroepen bleek slechter te zijn dan die van de autochtone Nederlanders, maar beter dan die van de klassieke groepen (ongeveer gelijk aan die van de Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders). Van den Brand en Devillé rapporteren soortgelijke resultaten, namelijk dat de eerste vier grote vluchtelingengroepen een betere ervaren gezondheid hebben dan de Turkse en Marokkaanse Nederlanders, maar dat ze een slechtere ervaren gezondheid ervaren dan autochtone Nederlanders. De eerste vier grote vluchtelingengroepen lijken dus een tussenpositie in te nemen tussen de klassieke migrantengroepen en autochtone Nederlanders.

---

<sup>4</sup> Zie bijlage 1 'Acculturatieproces'.

### Het gebruik van zorgvoorzieningen

Het gebruik van zorgvoorzieningen door de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland is hoger dan dat van de autochtone Nederlanders (Dagevos, 2011). In tabel 5 (zie bijlage 2) wordt de gebruikspersentages weergegeven voor het bezoeken van de huisarts, de medische specialist, het ziekenhuis en de geestelijke gezondheidszorg. Dit schema maakt duidelijk dat het gebruik van zorgvoorzieningen sterk stijgt met de leeftijd. Dit geldt vooral voor Afghaanse, Iraakse en Iraanse Nederlanders.

Er zijn factoren die invloed hebben op de ervaren gezondheid en de mate van het gebruik maken van de zorgvoorzieningen. Te denken valt aan schokkende gebeurtenissen die deze vluchtelingengroepen meegemaakt hebben en het verblijf in een opvangcentrum, dat kan leiden tot stress en psychische klachten, evenals de onzekerheid over de afloop van de asielzoekerprocedure, het gebrek aan privacy, en de afwezigheid van een partner of een kind (Laban et al. 2005). Bij de klassieke migrantengroepen zullen deze factoren minder aanwezig zijn. Deze gebeurtenissen hebben als gevolg dat de eerste vier grote vluchtelingengroepen in vergelijking met de klassieke migrantengroepen meer een beroep zullen gaan doen op de zorgvoorzieningen.

Andere factoren die maken dat zowel de eerste vier grote vluchtelingengroepen als ook de klassieke migrantengroepen vaker dan de autochtone Nederlanders contact hebben met zorgvoorzieningen, hebben te maken met de communicatieproblemen die migranten ervaren. Migrantengroepen gaan vaker naar de huisarts omdat ze meer tijd, dat voor één afspraak staat, nodig hebben om hun problemen uit te leggen (Uiters 2007; Schellingerhout 2004). De huisarts dient ook als een poortwachter, die migranten doorverwijst naar andere zorgvoorzieningen. Tot slot is het mogelijk dat de migrantengroepen uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen, in vergelijking met de migrantengroepen uit andere groepen, meer naar de huisarts gaan omdat zij hun psychische klachten somatiseren en hierdoor hulp zoeken bij de huisarts en niet bij andere zorginstellingen zoals het GGD (Feldmann et al. 2007).

### **SAMENVATTEND**

Al in de jaren tachtig kwamen de eerste mensen van de vluchtelingengroepen naar Nederland. Na de eeuwwisseling stagneerde de immigratie van deze groepen en dit kwam onder andere door het verscherpte vreemdelingenbeleid. Later zijn er uitzonderingen gemaakt en asielaanvragen geaccepteerd. De Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische Nederlanders waren de grootste vluchtelingengroepen van Nederland, maar de klassieke migrantengroepen waren aanmerkelijk groter. De klassieke migrantengroepen zijn afkomstig uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen. Ze zijn in de jaren zestig naar Nederland gekomen en hebben een andere migratiegeschiedenis en een andere start gehad dan de eerste vier grote vluchtelingengroepen.

De eerste vluchtelingen uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen behoorden voor het grootste deel tot de intellectuele elite van hun land. Vooral de Iraniërs en daarna de Afghanen en de Irakezen hebben in vergelijking met de vier klassieke migrantengroepen in Nederland hogere diploma's behaald.

Als we het hebben over de arbeidspositie van de eerste vier grootste vluchtelingengroepen, dan is deze niet al te positief. De werkloosheid is zeer hoog en het aandeel werkenden is laag. Over het geheel genomen is de positie van de Somalische Nederlanders het slechtst. Zij bevinden zich aan de onderkant van de arbeidsmarkt. De Afghaanse en Iraakse migrantengroepen nemen een middenpositie in op de arbeidsmarkt in vergelijking met mensen van Somalische of Iraanse afkomst. De nettoparticipatie van de Iraniërs ligt op een vergelijkbaar niveau als dat van de Marokkaanse migrantengroep. Deze klassieke migrantengroep heeft in vergelijking met de andere drie klassieke migrantengroepen het laagste aantal werkenden. Factoren die een rol spelen bij de ongunstige

arbeidsmarktpositie zijn vaak de slechte gezondheid van veel vluchtelingen, een korte verblijfsduur, de Nederlandse opleidingskwalificatie en beheersing van de Nederlandse taal.

De eerste vier vluchtelingengroepen in Nederland zijn oververtegenwoordigd in het noordelijke en oostelijke deel van Nederland. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze migranten in eerste instantie in opvangcentra terechtkomen en vaak na uitplaatsing in dezelfde regio blijven wonen. Er zijn wel verschillen tussen de vier vluchtelingengroepen. Zo zijn het vooral de Iraanse Nederlanders die in het westen wonen, Afgaanse en Iraakse Nederlanders zijn oververtegenwoordigd in het oostelijk deel van Nederland, terwijl de Somaliërs in het zuidelijk deel zijn oververtegenwoordigd. De meerderheid van de vluchtelingengroepen voelt zich prettiger in een witte wijk dan in een concentratiewijk.

Het onderzoek van Dagevos (2011) laat grote verschillen zien tussen de vluchtelingengroepen en autochtone Nederlanders wat betreft de gezondheid, de leefstijl en het gebruik van zorgvoorzieningen. Migrantengroepen uit de vier grote vluchtelingengroepen zijn over het algemeen minder gezond dan autochtone Nederlanders. Het gebruik van de zorgvoorzieningen door migrantengroepen is hoger dan dat van autochtone Nederlanders. Dit geldt vooral voor de Afghanen, Iraakse en Iraanse Nederlanders. Het gaat hierbij om een bezoek aan de huisarts, het bezoeken van een medisch specialist en de ziekenhuisopnamen.

De hoge bezoekfrequentie aan de huisarts heeft wellicht te maken met toegankelijkheidsproblemen. Misschien heeft de huisarts een poortwachtersfunctie en is het doel van het bezoek doorverwijzing naar andere voorzieningen. Het kan ook zijn dat migrantengroepen vaker naar de huisarts gaan omdat ze communicatieproblemen ervaren: ze hebben bijvoorbeeld meer tijd dan één afspraak nodig om hun problemen uit te leggen. Dat zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor een hogere frequentie van bezoek aan de huisarts door de klassieke migrantengroepen en meer specifiek de ouderen onder hen.

De migratiegeschiedenis van de vluchtelingengroepen speelt ten slotte een rol bij hun gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen. Vluchtelingen die een partner of kind moeten missen, die langer in een opvangcentrum zitten of hebben gezeten, zijn minder gezond dan migrantengroepen die korter of niet in een opvangcentrum hebben gewoond. Door elementen als onzekerheid over de afloop van de asielprocedure en gebrek aan privacy kan een verblijf in de opvang leiden tot stress en psychische klachten. Bij de vier klassieke migrantengroepen zullen deze specifieke gebeurtenissen minder een rol spelen dan bij de eerste vier grote vluchtelingengroepen. Te denken valt bijvoorbeeld aan schokkende gebeurtenissen tijdens de vlucht, de duur van het verblijf in een opvangcentrum, de afwezigheid van een partner of kind. Deze factoren kunnen van invloed zijn op de algehele gezondheidstoestand van migrantengroepen uit de vluchtelingengroepen en hierdoor is het verklaarbaar dat er een groter beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg. Naarmate het aantal ouderen in deze groep toeneemt, zal een beroep op de zorgvoorzieningen alleen maar toenemen.

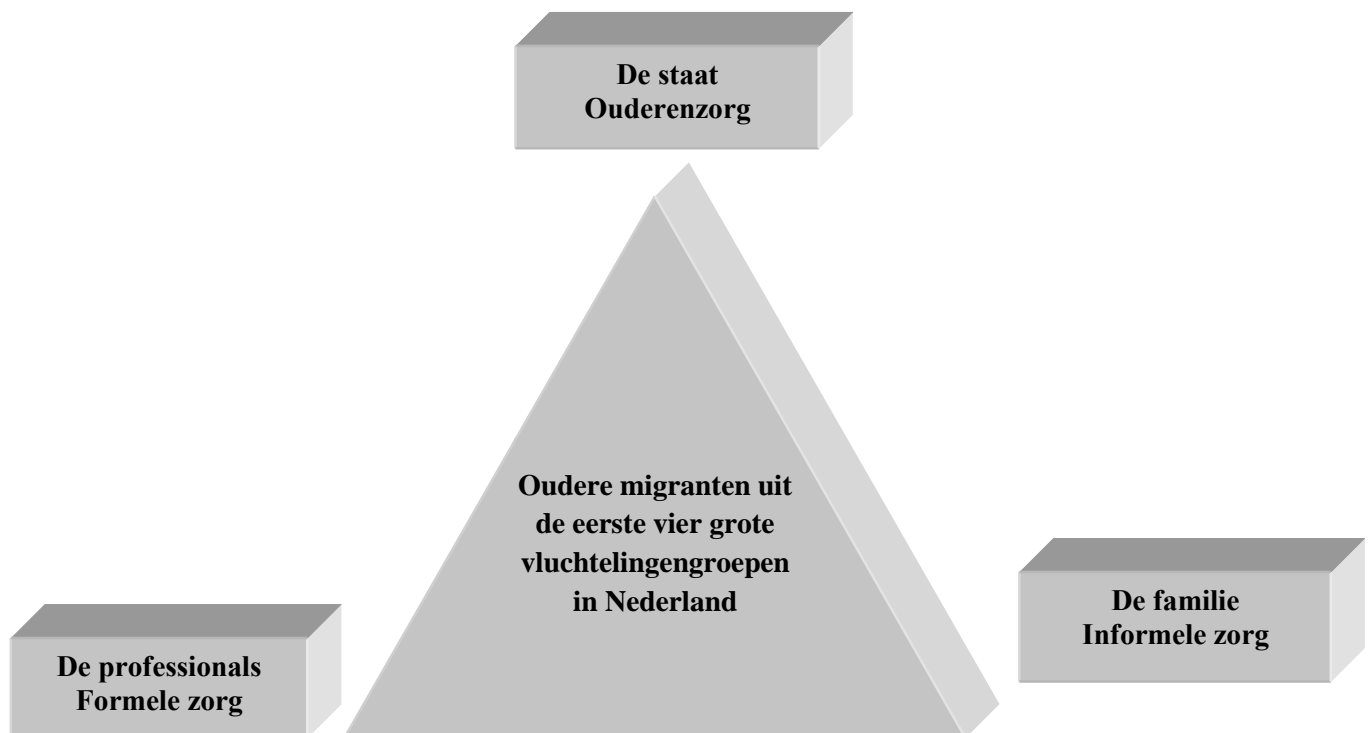
## 2.2 Drie actoren in de ouderenzorg

In de vorige paragraaf heeft de onderzoeker laten zien welke positie de eerste vier grote vluchtelingengroepen in vergelijking met de autochtone Nederlanders en de klassieke migrantengroepen innemen met betrekking tot de migratiegeschiedenis, het opleidingsniveau, de arbeidsdeelname, de woonsituatie, de ervaren gezondheid en de mate van het gebruik van zorgvoorzieningen. Deze paragraaf richt zich verder op drie actoren die een belangrijke rol vervullen binnen de ouderenzorg.

Tijdens de naoorlogse periode werd in Nederland een uitgebreid systeem van gezondheidszorg en ouderenzorg opgebouwd, dit omdat een groot deel van de welzijnsbehoeften van ouderen niet alleen door de staat verzorgd kon worden. Er moest een beroep gedaan worden op andere netwerken. Dit werd de 'welvaartsmix' genoemd en daarmee wordt bedoeld de differentiële inbreng van verschillende actoren binnen de ouderenzorg. De belangrijkste actoren waren de familie, de staat en de professionele zorgverlening. Door hun zorgaanbod konden zij de ouderen in hun behoeften voorzien en bleef de relatie tussen de staat en samenleving in stand.

In deze paragraaf wordt als eerste de rol van de familie weergegeven. De familie is de informele zorgverlener. Er wordt een beschrijving gegeven van de familiestructuren en de bestaande cultuurverschillen tussen autochtone Nederlanders en de vluchtelingengroepen. Daarna wordt de rol van de staat en die van de professionals weergegeven. Zij zijn de formele zorgverleners. Vanuit het perspectief van de staat wordt aandacht besteed aan regelingen en ontwikkelingen rondom ouderenzorg. Vanuit het perspectief van de professionals wordt aandacht besteed aan hun ervaring met oudere migranten uit de vluchtelingengroepen. In dit hoofdstuk wordt de volgende vraag beantwoord: *Welke rol vervullen de familie, de staat en de professionals met betrekking tot oudere migranten en ouderenzorg?*

*Figuur 1.* Theoretische invalshoeken: de staat, de familie en de professionals





### 2.2.1 De rol van de familie

De familie vervult een belangrijke rol in het verlenen van zorg aan ouderen. De band die ouderen kunnen hebben met hun volwassen kinderen, andere familieleden en hun sociale netwerk lijkt op een soort miniverzekering. Ouderen kunnen om steun vragen aan hun informele netwerk. Deze vorm van steun wordt informele zorg genoemd. Informele zorg (in andere onderzoeken ook wel mantelzorg genoemd) wordt daarbij gedefinieerd als de zorg die aan een hulpbehoevende wordt gegeven door een of meer leden uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en niet wordt verleend in het kader van een hulpverlenend beroep of vanuit georganiseerd vrijwilligerswerk (Kwekkeboom 1990).

Uit empirisch onderzoek (Van Buren, 2002; Schellingerhout, 2004) blijkt dat migranten relatief langer en vaker gebruik maken van zorg uit het informele netwerk dan autochtone ouderen. De zorg duurt bij migranten gemiddeld 8,4 jaar terwijl Nederlanders gemiddeld 5 jaar voor iemand zorgen. De migranten besteden gemiddeld 44 uur per week aan hun zorgtaken, terwijl dit bij de autochtonen op 22 uur per week ligt (Rapport Markant, 2011). Het is dus gebruikelijk dat de volwassen kinderen en overige familie de zorg voor de ouder op zich nemen wanneer hij/zij hulpbehoevend wordt.

In deze paragraaf worden de volgende vragen beantwoord: *welke rol vervult de familie met betrekking tot oudere migranten en ouderenzorg, en waarom maken oudere migranten in vergelijking met autochtone ouderen langer en vaker gebruik van informele zorg?* Relevante onderwerpen die hierop betrekking hebben, zijn de familiestructuur en de cultuurverschillen.

#### 2.2.1.1 De familiestructuur

Het geheel van familieleden noemt men een structuur. Elk familielid heeft daarbinnen een eigen rol en een eigen functie. In de loop van de tijd heeft elk familielid zijn plaats en rol gevonden in de familie. Dat betekent niet dat ieder lid een gelijke of gelijkwaardige inbreng in de familie heeft.

In veel landen uit het Midden-Oosten woont de uitgebreide familie vaak bij elkaar in het huis van de ouders van de man. De uitgebreide familie bestaat uit het oudere echtpaar, gehuwde zonen, hun vrouwen en kinderen en ongehuwde dochters en zonen. De oudste man is het hoofd van de familie. Hij beheert het onroerend goed en neemt besluiten over zaken als het type onderwijs voor de kinderen en bepaalt met wie ze mogen trouwen. Het huishouden, de opvoeding van de kinderen en de zorg voor de ouders zijn taken voor de vrouw. De echtparen kunnen, als hun financiële situatie het toelaat, er ook voor kiezen om in een nucleair (kern) gezin te gaan leven.

Deze vorm van familiestructuur wordt niet altijd ervaren als een vorm van onderdrukking van de vrouw, zoals in Europa soms wordt gedacht. De scheiding in taken tussen mannen en vrouwen kan ook een teken zijn van prestige en een privilege van een vrouw waar ze trots op kan zijn. Dit is goed te vergelijken met de jaren vijftig van de vorige eeuw in Nederland. Toen waren sommige vrouwen tevreden over het feit dat ze niet hoefden te werken. Zij hadden een man die voldoende verdiende om het gehele gezin te onderhouden.

Door veranderingen in de samenleving door de integratie van de Nederlandse economie in de internationale markt en de economische ontwikkelingen, gingen meisjes meer studeren en wilden ook werken en carrière maken. De vrouw kreeg steeds meer een gelijkwaardige positie ten opzichte van de man. De zorg voor de ouderen werd vaker als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de gezinsleden gezien. Door deze ontwikkelingen ontstonden veranderingen en openingen in de traditionele familiestructuur en dit kan van invloed zijn geweest op de familiestructuren van de vluchtelingengroepen.

### 2.2.1.2 De familiecultuur: ‘Collectivisme versus Individualisme’

Families onderscheiden zich niet alleen door een structuur, maar ook door een cultuur. Een belangrijke cultuureigenschap is een sterke mate van onderlinge verbondenheid tussen familieleden. Het gaat dan om de behoefte aan contact, en het gevoel om voor de ander van nut te willen zijn. Maar ook hoe zelfstandig en onafhankelijk de familieleden willen zijn. Daarbij kan het gaan om de persoonlijke belangen en de individualiteit (Vilans, 2007).

De familiecultuur van de vluchtelingengroepen wijkt af van de Nederlandse familiecultuur. Vluchtelingen zijn opgegroeid in een collectivistische samenleving. De Nederlandse samenleving kenmerkt zich vooral als een individualistische samenleving. Deze culturele verschillen kunnen het gebruik van de informele zorg en de formele zorg beïnvloeden.

Verschillende auteurs stellen dat in een collectivistische samenleving de familiebanden centraal staan ( Todd 1985; Inglehart en Baker 2000; Kagitcibasi 1996; Reher 1998). In die samenlevingen worden individuen vanaf hun geboorte opgenomen in sterke, hechte groepen, die hun levenslang bescherming en zorg bieden in ruil voor onvoorwaardelijke loyaliteit. Dit verschijnsel wordt ook wel de ‘*cultuur van verwantschap*’ genoemd. Onderlinge afhankelijkheid tussen generaties vormt een voorwaarde voor het welzijn van de familie; de kinderen dragen op jonge leeftijd bij aan de zorg voor de familie en als ze volwassen worden, verstrekken zij sociale en financiële zekerheid. De kinderen conformeren zich aan de waarden van de ouders en het familiecollectief. De volwassen kinderen zijn minder autonoom, terwijl zij tegelijkertijd meer moeten presteren en zich moeten conformeren aan de omgeving.

De Nederlandse samenleving wordt gekenmerkt door het individualisme, waarbij veel waarde wordt gehecht aan de onafhankelijkheid of de autonomie van de ouder en het kind. Volgens Kagitcibasi (1996) zijn familierelaties in Nederland een voorbeeld van de ‘*cultuur van afgescheidenheid*’. In deze samenleving wordt zorg vooral verwacht vanuit de welzijnsstaat, hoewel de emotionele banden tussen de autochtone ouders en kinderen in een gezin over het algemeen, net als bij de vluchtelingengroepen, sterk zijn.

Dit culturele verschil verklaart waarom oudere migranten meer dan de autochtone ouderen verwachten dat hun kinderen hun in de toekomst meer informele zorg zullen bieden. Ondanks de sterke banden die familieleden uit vluchtelingengroepen kunnen hebben, kan de gevoelde verantwoordelijkheid van de familieleden voor de ouderen in de loop van de tijd gaan afnemen. Daar zijn redenen van economische aard voor aan te wijzen. De kinderen gaan vaker betaald werk doen en zijn daardoor niet meer in staat volledig zorg te dragen voor hun ouders. Het kan ook te maken hebben met geografische redenen. De kinderen gaan steeds verder weg wonen in verband met hun werk en daardoor kan er minder bereidheid ontstaan en gelegenheid zijn om zorg te bieden aan de ouders (Goumans et al. 2004). Wanneer de volwassen kinderen toch besluiten om de verzorgende taak op zich te nemen en informele zorg te verlenen aan de ouders, kan dit een gevolg zijn van de opvoeding en de ervaren verantwoordelijkheid, verplichting of genegenheid. (Finley et al. 1988).

*Verantwoordelijkheid.* Rossi en Rossi (1990) omschrijven de norm van verantwoordelijkheid van de volwassen jongeren als cultureel omschreven rechten en plichten. Deze beschrijven hoe familieleden zich ten opzichte van elkaar dienen te gedragen. Zo wordt van de volwassen kinderen verwacht dat zij de verplichting op zich nemen om steun te bieden aan elkaar in de vorm van financiële of sociale hulp. Individuen kunnen in iedere levensfase op een andere manier betekenis geven aan de ervaren verantwoordelijkheid voor hun ouders. Hoe ouder het volwassen kind wordt, hoe verantwoordelijker hij of zij zich zal dragen. Die verwachtingen ontwikkelen zich door de ervaren relaties tussen familieleden van verschillende generaties (Goldscheider & Lawtron 1998; Burr & Mutchler 1999).

*Verplichting in de vorm van schuldbetaling.* De gevoelde verplichting is gedefinieerd als de verwachting van gepast gedrag dat ervaren wordt binnen de context van persoonlijke relaties met familieleden gedurende de levensloop (Stein, 1998). De gevoelde plicht komt voort uit de maatschappelijke verwachtingen dat ouders het ‘recht’ hebben om verzorgd te worden en dat de volwassen kinderen de ‘plicht’ hebben om zorg te bieden. De plichten van de volwassen jongeren worden gezien als ‘terugbetaling’ voor wat de ouders voor hen hebben gedaan. Vanuit deze gedachten kan het bieden van zorg aan de ouders de gevoelens van persoonlijke schulden van de volwassen jongeren verlichten (Rossi & Rossi 1990).

*Verplichting in de vorm van dankbaarheid.* De verplichtingen kunnen ook gebaseerd worden op het begrip wederkerigheid<sup>5</sup> (Bliessner & Hamon, 1992; Dykstra & Fokkema 2007). Dit houdt in dat de volwassen kinderen hun ouders bedanken door iets terug te doen, het is iets ‘dat vanzelf gaat zonder iets te zeggen’. Het idee van wederkerigheid wordt sterk bekritiseerd door verschillende auteurs (bijvoorbeeld door Collingridge & Miller 1997; English 1979). Deze auteurs beweren dat het niet duidelijk is wat het is dat volwassen jongeren moeten doen om iets terug te doen. Keller (2006) onderscheidt het bezitten van ‘schuld’ en het bezitten van ‘dankbaarheid’, en vindt beide metaforen inadequaat. ‘Schuld’ verwijst naar het teruggeven van iets op basis van wat is ontvangen, en dat de juiste manier om de schuld kwijt te schelden, is om de gunst terug te doen met een gunst van gelijke omvang (English 1979; Wicclair 1990). Wicclair (1990) voegt daaraan toe dat het duidelijk moet zijn wanneer de schuld kwijtgescholden is, en dat is niet het geval bij de verplichting van de kinderen.

Wicclair (1990) stelt dat niet de ‘schuld’ maar dat ‘dankbaarheid’ de juiste basis is van kinderlijke verplichtingen. In tegenstelling tot de schulden die bepaald zijn door hoeveel is ontvangen, is dankbaarheid onbepaald en speelt het in op de behoeften van de ontvanger. Maar dankbaarheid tonen is ook niet genoeg. Kinderen hebben ook verplichtingen en dit vereist acties. Wederkerigheid is daarom contextbepaald met plichten en daaraan verbonden rechten.

*Genegenheid.* Vaak hebben volwassen kinderen een sterke band opgebouwd waarbij genegenheid centraal staat. Onderzoekers zien daarom naast de verplichting en verantwoordelijkheid ten opzichte van de ouders, ook genegenheid als een andere vorm van motivatie voor de volwassen kinderen om zorg te dragen voor de ouderen (Stein, 1998).

### 2.2.1.3 De informele zorg als eenzijdig proces

Uit het voorgaande blijkt dat migrantengroepen meer informele zorg verlenen dan autochtone Nederlanders (Van Buren, 2002; Schellingerhout, 2004). Informele zorg blijft een eenzijdige vorm van zorgverlening. Men kan zich afvragen wat er gebeurt met ouderen zonder familieleden of netwerksteun. En als ouderen wel familieleden hebben die bereid zijn zorg te dragen, kan de (intensieve) zorgverlening in de loop van tijd door de familieleden als een belastende taak worden ervaren zowel fysiek (hoofdpijn, vermoeid) als psychisch (concentratieproblemen, angst, schuldgevoel, depressie, slaapproblemen). De bereidheid van zorgverlening door de familieleden kan achteruitgaan.

Andere oorzaken waarbij de bereidheid om zorg te verlenen aan de ouders vermindert zijn gebrek aan tijd en miscommunicatie. Het is voor veel meezorgende familieleden een opgave om hun tijd zo in te delen dat ze hun dagelijkse activiteiten zoals werk, studie en gezin goed kunnen combineren met de zorg. Door miscommunicatie kunnen familieleden onderling kritiek gaan uiten of onbegrip tonen, waardoor de familierelaties verstoord kunnen raken. Het sociale leven van de informele zorgverlener kan door deze oorzaken onder druk komen te staan. De formele zorg kan in dit geval de informele zorgverlener ontlasten.

<sup>5</sup> Ook wel het principe van ‘Reciprocity’ genoemd

#### **2.2.1.4 CONCLUSIE**

Hoewel de informele zorg vanuit de familiestructuur en familiecultuur vaak als vanzelfsprekend wordt beschouwd door de ouderen van de volwassen kinderen uit de vluchtelingengroepen, is deze vorm van zorg afhankelijk van de aanspreekbaarheid van de omgeving. Hulpbehoevenden moeten familie of vrienden hebben die in staat zijn zorg te bieden.

Het verlenen van informele zorg is niet altijd goed realiseerbaar. Feiten zoals vergrijzing, individualisering en toenemende arbeidsparticipatie (vooral bij vrouwen) werken dit tegen. Gezinnen worden kleiner en wonen verder uit elkaar. De informele zorgverleners raken overbelast. Oudere migranten kunnen er daardoor alleen voor komen te staan. Het is daarom noodzakelijk om gebruik te maken van andere vormen van zorg ter ondersteuning van de ouderen en familieleden. Denk daarbij aan steun vanuit de formele zorg.



## 2.2.2 De rol van de staat

In de vorige paragraaf is de rol van de familie met betrekking tot ouderenzorg beschreven. In deze paragraaf staat de rol van de staat en de ontwikkelingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) centraal. De ontwikkelingen in deze wetten hebben gevolgen voor de kwetsbare groep ouderen en specifiek voor de oudere migranten.

Maar liefst 40 procent van de ouderen met een indicatie voor langdurige hulp krijgt als gevolg van de bezuinigingen in de AWBZ minder zorg, stelt een groep cliëntenorganisaties (Markant, Reformatorisch Dagblad, 04-2011). Bijna al deze mensen hebben geen vangnet binnen de eigen omgeving die de zorg, die wegvalt, kan overnemen. Ouderen kunnen niet terugvallen op de informele zorg door familie, vrienden of burens. Dit typeert de crisis rond de AWBZ en met name binnen de ouderenzorg. Door vergrijzing is er een vermindering van zorg voor ouderen en terwijl de behoefte aan zorg blijft groeien, ligt de focus vooral op de kosten van de zorg, om deze zorg betaalbaar te houden.

Een integrale visie van formele en informele zorg en het ontwikkelen van een effectief en een ondersteunend beleid is dringend gewenst. Het is noodzakelijk om de autonomie en de zelfredzaamheid van ouderen in de toekomst te waarborgen, omdat deze bijdraagt aan de kwaliteit van hun leven. Gegeven de huidige problemen en verwachte ontwikkelingen, wordt in deze paragraaf antwoord gegeven op de volgende vraag: *Welke rol vervult de staat met betrekking tot oudere migranten en ouderenzorg?*

### 2.2.2.1 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

In Nederland kent men de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het is een volksverzekering voor de langdurige zorg. Deze volksverzekering is voor iedereen verplicht en iedereen heeft recht op de verzekerde voorzieningen. De AWBZ heeft veel goeds gebracht, zoals een beter leven voor gehandicapten en ouderen en professionalisering van de zorg.

De AWBZ is in 1968 ontstaan<sup>6</sup> met als doel 'solidariteit in de bekostiging van langdurige onverzekerbare zorg' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS). Aan het begin kwam iemand alleen voor AWBZ-zorg in aanmerking in het geval dat hij of zij langdurige intramurale zorg nodig had, zoals verpleegzorg of gehandicaptenzorg. In de loop van haar veertigjarig bestaan is de AWBZ uitgebreid en van karakter veranderd doordat er steeds meer andere vormen van zorg in ondergebracht werden.

Vanaf 2003 vond er een belangrijke verandering plaats. De AWBZ zou aangepast moeten worden aan de veranderende maatschappelijke trends. In plaats van het aanbod van de zorg kwam de zorgvraag van de patiënt centraal te staan. Hierdoor werd een meer flexibel aanbod mogelijk gemaakt dat beter werd afgestemd op de vraag van verzekerden. In de AWBZ zijn er per januari 2009 zes zorgfuncties te onderscheiden:

1. Persoonlijke verzorging: bijvoorbeeld hulp bij douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.
2. Verpleging: medische hulp, zoals wondverzorging en injecties, of hulp bij zelf leren injecteren.
3. Begeleiding: hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijks leven.
4. Verblijf in een instelling: bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis.
5. Behandeling: herstel of verbetering van een aandoening (bijvoorbeeld opnieuw leren lopen na een hersenbloeding), of verbetering van vaardigheden of gedrag (bijvoorbeeld leren omgaan met woedeaanvallen).
6. Kortdurend verblijf: logeren in een instelling voor maximaal 3 etmalen (24-uur) per week

<sup>6</sup> Zie bijlage 1 'De geschiedenis van de AWBZ'

Helaas had dit als onbedoeld bijeffect dat meer mensen een beroep konden doen op de AWBZ. Een belangrijke maatregel om de groei tegen te gaan, is de overheveling van een deel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en andere voorzieningen zoals de huishoudelijke hulp, hulpmiddelen of voorzieningen voor vervoer (denk aan een rolstoel of een gehandicaptenparkeerkaart, of een taxipas), aanpassingen aan de woning (een rolstoel, een traplift of een verhoogd toilet) en sociale contacten (vrije tijdsbesteding) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze overheveling gebeurde in de verwachting dat deze vormen van zorg binnen de Wmo en Zvw efficiënter en tegen een lagere kostprijs georganiseerd konden worden. Later in deze paragraaf komen de Zvw en Wmo verder aan bod.

### Leveringsvormen van zorg

De AWBZ kent twee leveringsvormen aan de zorgvragers:

1. **Zorg in natura (ZIN).** Dit is de hulp die zorginstellingen leveren. De organisatie die de zorg levert, bepaalt hoe men de zorg krijgt waarvoor men aangewezen is. De zorgaanbieder levert de zorg en regelt de administratieve handelingen daaromheen.
2. **Het persoonsgebonden budget (PGB).** Als men kiest voor een PGB, kan men zijn zorg zelf inkopen en regelen en zelf bepalen wie zijn of haar zorgverlener wordt, en hoe en op welke momenten zijn of haar zorg ontvangt. Om te bepalen of een persoon in aanmerking komt voor een PGB, wordt eerst vastgesteld welke zorg die persoon nodig heeft. Dit is de indicatiestelling en deze indicatiestelling gebeurt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ stelt in een indicatiebesluit vast welke zorg de aanvrager nodig heeft. Iemand kan een PGB krijgen voor de taken huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en - onder voorwaarden - voor tijdelijk verblijf. Men sluit een overeenkomst met de zorgverlener van zijn keuze, legt verantwoording af over zijn uitgaven en houdt de administratie bij. Als men meerdere soorten zorg nodig heeft, kan men mogelijk gebruik maken van een mengvorm van ZIN en een PGB.

### Ontwikkelingen in de AWBZ

In het afgelopen paar jaar hebben de Sociaal Economische Raad (SER), de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het interdepartementale beleidsonderzoek van (top)ambtenaren (IBO-rapport) onafhankelijk van elkaar advies uitgebracht over de toekomst van de AWBZ. Op de SER na adviseren zij allemaal opheffing van de AWBZ of overheveling van grote delen naar de Zvw en de Wmo. Voor de toekomst is het belangrijk dat de langdurige zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar blijft (Kennis en innovatiecentrum Cross Over, Kcco). De volgende ontwikkelingen met betrekking tot ouderen worden nagestreefd in de AWBZ (Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, VWS):

- Wettelijke verankering persoonsgebonden budget (PGB). Het PGB biedt cliënten een grote keuzevrijheid om de zorg in te richten zoals zij dat willen. Om dit recht volledig te handhaven, wordt de PGB-subsidieregeling opgeheven en worden de PGB's, met naleving van de bestaande financiële kaders, wettelijk verankerd.
- Overhevelen functies dagbesteding en begeleiding naar de Wet maatschappelijke ondersteuning. De functies dagbesteding en begeleiding kunnen het beste dicht bij de cliënt worden geregeld. Zij passen daarom beter binnen de systematiek van de Wmo dan bij de AWBZ. De gemeente kent deze mensen en hun situatie beter dan de zorgkantoren.

- Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars. Op dit moment voeren zorgkantoren de AWBZ uit. Per 1 januari 2013 nemen de zorgverzekeraars de taken van de zorgkantoren over. De verzekeraar wordt voor de cliënt het aanspreekpunt voor de zorg. Er is dus nog maar sprake van één loket voor de cliënt. Daarnaast krijgen cliënten meer invloed omdat verzekeraars rechtstreeks aanspreekbaar zijn en omdat iedereen de mogelijkheid heeft jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen voor AWBZ-zorg. Naar verwachting kunnen zorgverzekeraars bij de zorginkoop een betere zorginhoudelijke samenhang tussen de cure (Zorgverzekeringswet) en de care (AWBZ) realiseren. Dit is van belang voor cliënten die zowel Zvw- als AWBZ-zorg nodig hebben, zoals onder andere ouderen en chronisch zieken. Deze uitvoering is cliëntgericht en gericht op een goede prijs-kwaliteitverhouding.
- Beginselenwet zorginstellingen. Om de rechten van patiënten en cliënten te versterken komt er voor bewoners van instellingen de Beginselenwet zorginstellingen. Hierin staan concrete rechten voor bewoners van zorginstellingen. Zij hebben bijvoorbeeld het recht om dagelijks te douchen en dagelijks enige tijd in de buitenlucht door te brengen, als ze dat willen.

*Samenvattend:* het AWBZ is ontstaan met als doel: de solidariteit in de bekostiging van langdurige onverzekerbare zorg. Hierbij kwam iemand alleen voor de AWBZ in aanmerking in het geval dat hij of zij langdurige intramurale zorg nodig had, zoals verpleegzorg of gehandicaptenzorg. In de loop van de tijd is de AWBZ van karakter veranderd doordat er steeds meer andere vormen van zorg in ondergebracht werden.

Door de toenemende kosten en zorgaanvraag binnen de AWBZ, zijn er belangrijke wijzigingen geweest in deze volksverzekering. Grote delen van de AWBZ zijn overgeheveld naar de Wmo en Zvw zodat de zorg doorzichtig en betaalbaar blijft, en dicht bij de cliënt georganiseerd kan worden. De cliënt krijgt door deze veranderingen een sterke positie en meer keuzevrijheid met betrekking tot de zorg.

### 2.2.2.2 Ontwikkelingen in de ouderenzorg

Als men nu kijkt naar de ouderenzorg, is men van mening dat ouderen meer aandacht verdienen. De schaal van instellingen moet terugkeren naar de menselijke maat, stelt de rijksoverheid in een gedoogakkoord over ouderenzorg (VWS). Instellingen krijgen van de overheid meer financiële ruimte om te investeren in de kwaliteit van zorg en zorgpersoneel. De rechten van de patiënten in de instellingen worden uitgebreid. De volgende punten in de ouderenzorg worden aangepakt (VWS):

- Een betere ouderenzorg. Het kabinet streeft naar verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg. Hiervoor is bijna 1 miljard euro vrijgemaakt. De zorgzwaartepakketten<sup>7</sup>, inclusief de opleidingen, worden bekostigd. Hierdoor kunnen 12.000 extra medewerkers aan het werk voor de dagelijkse verzorging van de ouderen en gehandicapten en kan er geïnvesteerd worden in de kwaliteit van de zorg en het personeel.
- Kwaliteit van instellingen voor ouderenzorg. Om de kwaliteit van de instellingen te verbeteren, zal het veld ondersteund worden bij het opstellen van normen en het uitwisselen van best practices. Normen uit kwaliteitsprogramma's, zoals onder andere een

<sup>7</sup> Ouderen of mensen met een langdurige ziekte of handicap kunnen niet altijd zelfstandig wonen. De zorg die zij nodig hebben, wordt uitgedrukt in een zorgzwaartepakket. Het zorgzwaartepakket bepaalt ook hoeveel geld een verblijfsinstelling krijgt voor een cliënt. Deze manier van financieren heet zorgzwaartebekostiging.

programma tegen doorliggen en ondervoeding, worden sectorbreed ingevoerd door ze op te nemen in de kwaliteitsnormen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het toezicht op de instellingen voor ouderenzorg wordt anders vormgegeven. Raden van Bestuur worden expliciet verantwoordelijk en aanspreekbaar gesteld op het functioneren van hun instellingen. De Inspectie voor de Volksgezondheid zal minder papieren verantwoording vragen en meer inspectie op de werkvloer uitvoeren. (Zware) Sancties en bevelen volgen bij geconstateerde onregelmatigheden.
- Buurtzorg. De thuiszorg heeft flinke problemen zoals kwaliteitsverlies, vergrijzing, stijgende kosten en gebrek aan personeel. Buurtzorg richt zich niet op productie of het aantal uren zorg, maar op duurzame zorguitkomsten: gezondheidswinst, oplossingen voor de cliënt, kwaliteit van leven en zorgonafhankelijkheid. Een belangrijk deel van de activiteiten van buurtzorg is de inschakeling van en afstemming met andere zorgprofessionals. De huisarts en de wijkverpleegkundige zijn hierin de belangrijkste schakels. Naast 'beter' is buurtzorg ook 'goedkoper'.
- Kleinere zorginstellingen. Het kabinet zal bevorderen dat er kleinere zorginstellingen komen. Een optimale schaalgrootte van zorginstellingen zorgt voor meer efficiëntie, lagere kosten, meer integraliteit, hogere klanttevredenheid en betere zorg.
- Minder overhead. Het kabinet streeft ernaar de overhead in de gezondheidszorg substantieel terug te dringen. Daartoe zal een normering per sector worden vastgesteld. In de gezondheidszorg hoort niet het management maar de uitvoering -en dus de werkvloer- centraal te staan. De verpleging en de verzorging moeten hun vak terug krijgen zonder overbodige administratieve belasting.
- Stop ouderenmishandeling. Het kabinet zal extra maatregelen nemen om ouderenmishandeling tegen te gaan, zoals een verplichte verklaring omtrent gedrag voor betaald zorgpersoneel, richtlijnen voor ouderenmishandeling, en een meldpunt voor ouderenmishandeling.

*Samenvattend:* de ouderenzorg is in ontwikkeling naar een meer cliëntgerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Dat houdt in dat ouderen meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden krijgen. De zorg voor nu en op de lange termijn moet gegeven worden door voldoende gekwalificeerd personeel. De dynamiek in het zorgaanbod vereist innovatie, differentiatie en maatwerk om bij te dragen aan een kwalitatieve ouderenzorg.

### **2.2.2.3 De Zorgverzekeringswet (Zvw)**

Met ingang van 1 januari 2006 zijn de toen bestaande ziektekostenverzekeringen en ziekenfonds, particulier of overheid, vervangen door één nieuwe Zorgverzekering. De Zorgverzekeringswet<sup>8</sup> (De kennisbank voor arbeid en wetgeving, HR Kiosk).

Per 1 januari 2011 zijn er wijzigingen in de basisverzekering en aanvullende verzekering gekomen. Dit is per individu anders (zie [veranderingenindezorg.nl](http://veranderingenindezorg.nl)). In de Zvw zijn er in de nabije toekomst relatief kleine veranderingen te verwachten. Enerzijds is er bij de zorgverzekeraars een toenemend besef dat familieleden een belangrijke rol kunnen gaan spelen bij het voorkomen van complicaties en opnames. Anderzijds is de informele zorg tot nu toe nauwelijks onderdeel van de zorgverzekeringswet.

<sup>8</sup> Zie bijlage 1 'Zvw'

#### 2.2.2.4 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)

In 2007 is de Wmo ingevoerd waarbij maatschappelijke ondersteuning neergelegd kon worden bij de gemeenten. De gemeenten zijn geschikt om voorzieningen te ontwikkelen die afgestemd zijn op de lokale omstandigheden.

De Wmo is een participatiewet. Verantwoordelijkheid, samenhang en solidariteit zijn sleutelwoorden binnen deze wet. Deze wet heeft als uitgangspunt dat mensen zoveel mogelijk zelfstandig hun problemen moeten oplossen en zelfstandig kunnen blijven wonen en meedoen in de samenleving. Als dit niet mogelijk is met de hulp van familie of vrienden, kan de hulp van de gemeente worden ingeroepen. Sommige burgers zoals oudere migranten vinden het moeilijk om hun eigen verantwoordelijkheid te dragen. Zij hebben soms onvoldoende vaardigheden, kennis en sociale contacten om de (professionele) hulp te organiseren die zij nodig hebben. De gemeenten hebben de plicht om ook de belangen en de behoeften van de kwetsbare burgers, die niet voor zichzelf kunnen opkomen, te betrekken in het beleid (Wmo artikel 1 Movisie, 2009).

De Wmo kent negen prestatievelden (zie bijlage 1). Deze wet vervangt een aantal delen uit de AWBZ zoals huishoudelijke verzorging en delen van de functie begeleiding, om de AWBZ terug te brengen tot haar oorspronkelijke doel, namelijk verzekering bieden voor particuliere onverzekerbare risico's en langdurige zorgvormen. Een ander probleem waar de Wmo een oplossing voor biedt, is de vermaatschappelijking<sup>9</sup> van zorg, wonen en welzijn en het aanbod van passende voorzieningen overzichtelijk te maken. De Wmo vervangt ten derde de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Tot slot is de Wmo ingevoerd in verband met de belemmerende regels en bureaucratie in de zorg. Deze moet zorgen voor meer horizontalisering (Vereniging van Nederlandse gemeenten, VNG).

Deze veranderingen hebben consequenties voor burgers, organisaties en gemeenten. Voor de burgers en organisaties betekent dit dat de eigen verantwoordelijkheid centraal moet komen te staan. Deze Wet moet de zelfzorg en zelfredzaamheid versterken. De burgers moeten zoveel als mogelijk eerst zelf proberen oplossingen te bedenken voor problemen die zich voordoen. Als dit niet lukt, alleen of met de eigen omgeving om deze problemen op te pakken, kan er een beroep gedaan worden op de overheid. De Wmo geeft ondersteuning aan individuen op maat. Daarvoor krijgen de gemeenten van de staat de beleidsvrijheid en de financiële middelen. Iedere gemeente moet een goede balans vinden tussen enerzijds het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid, en anderzijds het aangeven dat er goede hulp (vanuit organisaties) geboden wordt aan mensen die het werkelijk nodig hebben. De gemeenten streven op deze manier naar het maken van een samenhangend stelsel van ondersteuning en verbinding van de Wmo-taken, maar streven tegelijkertijd ook naar het vinden van efficiënte en goedkope lokale oplossingen.

---

<sup>9</sup> Vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking van de zorg is te omschrijven als aandacht in de zorg voor een cliënt en hoe deze op verschillende levensterreinen deel kan deelnemen aan de samenleving. Aangezien de AWBZ geen bekostigingsbudget kent voor vermaatschappelijking lijkt het erop dat zorginstellingen geen noodzaak zien om aan te sturen op de vermaatschappelijking van hun cliënten. Nu dagbesteding uit de AWBZ is gehaald en is 'ondergebracht' bij de Wmo is de noodzaak van vermaatschappelijking in feite nog verder bij de zorginstelling weg komen te liggen. De invoering van de Wmo heeft daarom als doel vermaatschappelijking van de zorg een nieuwe impuls te geven.



## Wmo en oudere migranten

Op dit moment zijn de meeste oudere migranten nog tussen de 55 en 65 jaar, maar in de toekomst zal het aantal 65-plussers en 75-plussers stijgen. In relatieve zin stijgt hun aandeel, van ruim 2% in de totale groep 65-plussers nu naar bijna 5% in 2020 en 12% in 2050 (CBS Statline). Hierdoor zal het beroep op (gezondheids)zorgvoorzieningen toenemen.

Oudere migranten bevinden zich in dezelfde situatie als de autochtone ouderen voor wat betreft beperkingen in het zelfstandig functioneren. Hun beperkte beheersing van de Nederlandse taal is een extra moeilijke factor omdat die de communicatie met mensen van buiten de eigen familie sterk bemoeilijkt. Vaak trekken oudere migranten zich dan terug uit het maatschappelijk leven en nieuwe kennis verwerven zij via hun eigen vertrouwde kring via mondelinge overdracht. Instellingen hebben in het algemeen nog geen duidelijke manier gevonden om deze groep te informeren en voor te lichten op een wijze die bij deze doelgroep past. Daarnaast worden oudere migranten ook geconfronteerd met een andere specifieke probleem. Zo hebben oudere migranten in vergelijking met autochtone ouderen vaak een onvolledige AOW opgebouwd waardoor hun inkomenspositie kwetsbaar is. (Schellingerhout 2004). De deelname van oudere migranten aan de samenleving wordt door deze factoren sterk bemoeilijkt.

Binnen de beleidskaders van de Wmo is het bevorderen van de maatschappelijke participatie van de oudere migranten nog teveel onderbelicht gebleven. Van de negen prestatievelden van de Wmo zijn er drie waarop in het bijzonder specifieke aandacht voor oudere migranten gewenst is. Dit zijn: sociale samenhang en leefbaarheid, informatie en advies, en mantelzorg en vrijwilligerswerk. De participatie van oudere migranten op de hierboven omschreven prestatievelden blijft achter. Het lokale Wmo-aanbod sluit vaak niet aan bij hun leefwereld en het maatschappelijke middenveld op het gebied van zorg en welzijn is onvoldoende toegerust, zowel in personeel, instrumenteel als organisatorisch opzicht. Gerichte maatregelen zijn nodig om oudere migranten uit hun eigen kring te halen en midden in de maatschappij te zetten zodat ze meedoen aan alles wat de samenleving te bieden heeft (Movisie, 2009).

Oudere migranten maken in vergelijking met autochtone ouderen weinig gebruik van ouderenvoorzieningen. In de literatuur worden hiervoor een aantal redenen genoemd: *Onbekendheid*. Onbekendheid met ouderenvoorzieningen kan een barrière vormen om er gebruik van te maken. Wanneer oudere migranten niet van het bestaan van bepaalde zorgvoorziening afweten, zullen zij ook niet kunnen aangeven dat zij daar gebruik van zouden willen maken (Schellingerhout, 2004). Het bestaan van sommige faciliteiten zoals verzorgingshuizen en verpleeghuizen zijn redelijk van naam bekend onder de oudere migranten en hun familieleden. Andere faciliteiten zoals de thuiszorg en andere vormen van tehuizen met betrekking tot zorg en wonen zijn minder bekend (Schellingerhout, 2004; Tesser et al, 1998). Onbekendheid met deze faciliteiten van dichtbij leidt tot angst, of tot irreële verwachtingen en dit heeft als gevolg dat het gebruik van ouderenvoorzieningen laag blijft. Deze diensten kunnen juist de noodzaak van een opname in een intramurale instelling uitstellen omdat deze faciliteiten de cliënt in staat stellen langer zelfstandig te blijven wonen.

*Taalbarrière*. De aanwezigheid van een taalbarrière tussen oudere migranten en zorgverleners kan ook een knelpunt zijn in de toegang tot de ouderenzorg. Het is voor de meeste oudere migranten van belang dat er op de instelling of andere locatie een taal wordt gesproken die zij machtig zijn. Er kan de angst bestaan voor een moeizame communicatie, om niet begrepen te worden. Oudere migranten hebben vaak recht op een tolk, maar een barrière hierbij is dat zij dit vaak niet weten. Als zij daar wel op de hoogte van zijn, dan spelen er schaamtegevoelens een grote rol. De aanwezigheid van een tolk kan daardoor als een belemmering worden ervaren (Mldovsky, 2007). Analfabetisme komt ook voor onder oudere migranten. Een laag opleidingsniveau, taalproblemen en een gebrek aan cognitieve bronnen

vormen een barrière in het begrijpen van schriftelijke en mondelinge informatie. Het gebruik van ouderenvoorziening blijft daardoor laag.

*Cultuurbepaalde wensen en behoeften.* Er kunnen verschillen bestaan in de behoeften en wensen van oudere migranten en het huidige aanbod in de zorg. Aangepaste voeding, aanwezigheid van etnisch personeel en etnische medecliënten en aandacht voor culturele verschillen kunnen essentiële voorwaarden zijn voor sommige oudere migranten uit een bepaalde geloofsovertuiging om de formele zorg te accepteren. Oudere migranten kunnen bijvoorbeeld vrezen dat het beoefenen van de eigen religie niet geaccepteerd of niet begrepen wordt door andere cliënten of personeel. Het kan gaan om een werkelijk verschil in het aanbod, maar het kan ook ten onrechte niet overeenkomen met de wensen en behoeften die oudere migranten hebben. Dit laatste kan voortkomen uit de onbekendheid met de voorzieningen. Zowel een werkelijk verschil als een ten onrechte aangenomen verschil kan een rol spelen in de toegankelijkheid van ouderenzorg voor oudere migranten (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2000).

Niet alleen de opvattingen van de oudere migranten zelf kunnen van belemmerende invloed zijn op het gebruik van ouderenvoorzieningen, maar ook de sociale invloed kan een reden hiervoor zijn. In plaats van de oudere zelf, kunnen familie of vrienden de oudere van informatie en advies voorzien over het wel of niet gebruiken van diverse ouderenvoorzieningen (Leclere et al, 1994).

*Aanmeldingsprocedure.* Procedures die doorlopen moeten worden voor een aanvraag van voorzieningen kunnen voor migranten ingewikkeld zijn en daardoor een belemmerende factor vormen in de toegang tot ouderenzorg (Mladovsky, 2007; Tesser et al, 1998).

*Financiële bijdrage.* Niet alleen de aanmeldingsprocedures, maar ook de financiële bijdrage kan een belemmering vormen om van ouderenvoorzieningen gebruik te maken. De eigen financiële bijdrage die gevraagd wordt voor bepaalde ouderenvoorzieningen kan een reden zijn voor oudere migranten om van het gebruik van deze voorzieningen af te zien. Onder migranten bestaat er een verkeerd beeld dat ouderenvoorzieningen voor hen te duur zijn (Kloosterbroer, 2004).

*Fysieke afstand tot ouderenvoorzieningen.* De afstand tussen de woonplaats van een oudere en de ouderenvoorzieningen kan invloed hebben op het gebruik van die voorzieningen. De afwezigheid van een veilige en betrouwbare vervoersmogelijkheid van en naar een voorziening kan invloed hebben op de toegankelijkheid van ouderenvoorzieningen voor ouderen (Post, van der Wal & Klazinga, 2004).

### Wmo-beleid Amersfoort

Naast het algemeen Wmo-beleid is het belangrijk om ten behoeve van dit onderzoek te kijken naar het Wmo-beleid van de gemeente Amersfoort. In het Wmo-beleid in Amersfoort wil men een sociale en betrokken samenleving stimuleren. De kern is: iedereen doet mee en iedereen is nodig. Het principe van 'iedereen doet mee' is niet nieuw in Amersfoort. Haar beleid is voor een groot deel al gericht op verantwoordelijkheid, meedoen en participatie. Zij doet al veel aan maatschappelijke ondersteuning. De veranderingen zijn te zien in het creëren van samenhang en meer ruimte bieden aan burgerinitiatieven. Ook zorgen zij voor een goede basis, dat wil zeggen een adequate infrastructuur in de wijken, waarop zij initiatief ontwikkelen dat aansluit op de mogelijkheden en behoeften van de burger (Wmo Rapport Amersfoort Ondersteunt 2008-2011).

De gemeente Amersfoort heeft de Wmo-prestatievelden samengebracht in vier opgaven<sup>10</sup> die de kern van de wet samenvatten:

- Mensen uitdagen meer zelf initiatief te nemen;
- Samenhang in de wijk vergroten;
- Mensen langer in hun omgeving laten wonen;
- Een vangnet bieden aan specifieke doelgroepen.

Deze uitgaven hebben betrekking op de doelgroep ouderen en zijn uitgewerkt in een aantal activiteiten:

- Aanbieden van activiteiten gericht op participatie en ontmoeting. Ontmoetingsactiviteiten zorgen ervoor dat mensen hun netwerk in de wijk behouden of opbouwen en zo hun zelfredzaamheid vergroten. Ouderensteunpunten spelen een belangrijke rol in het voorkomen van een sociaal isolement. Deze gaat de gemeente Amersfoort dan ook de komende jaren verder ontwikkelen.
- Bieden van informatie en advies en cliëntenondersteuning. Informatieverstrekking is onder andere de informatiewinkel in Amersfoort, de Stadsring 51, het zorgloket, de ouderensteunpunten, de wijkcentra, de websites, de seniorenwegwijzers en de MEE-organisaties (zie bijlage 5 voor andere organisaties in Amersfoort). Aan informatieverstrekking en ondersteuning is er voldoende, maar het is onoverzichtelijk. Organisaties hebben zelf weinig zicht op wie, welke informatie verstrekt. De burgers weten niet waar ze deze informatie kunnen halen. Dit vraagt dus om meer bundeling, samenwerking en netwerkvorming tussen de verschillende organisaties en gemeente.
- Bieden van aanvullende ondersteuning voor specifieke groepen. Sommige doelgroepen hebben aanvullende hulp nodig om ervoor te zorgen dat ook zij zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Dit geldt voor de oudere migranten. In Amersfoort wonen nu nog relatief weinig oudere migranten, maar hun aantal zal de komende jaren vrij snel groeien. Het blijkt dat deze groep moeilijk wordt bereikt en weinig gebruik maakt van de beschikbare zorg- en welzijnsvoorzieningen. De gemeente Amersfoort wil daarom extra investeren in het bereiken van oudere migranten door het:
  - Uitbreiden van de seniorenwegwijzers met twee migranten seniorenwegwijzers;
  - Opnieuw bekijken van de locaties voor migranten seniorenwegwijzers. De gemeente gaat op zoek naar locaties die voor zoveel mogelijk mensen laagdrempelig zijn.
  - Aanbieden en uitbreiden van activiteiten voor oudere migranten in die wijken waar veel oudere migranten wonen.
  - Uitbreiden van het taalmaatjesproject dat is ontwikkeld in het kader van de Wmo-pilot in de regio.
  - Investeren in de interculturaliseren van (mantel)zorg;
  - Ondersteunen van de aanpak migranten zorgconsulent
- Bevorderen van de toegankelijkheid en een veilige woonomgeving. Voorzieningen met een belangrijke functie voor de Wmo moeten goed toegankelijk zijn. Het gaat om de toegankelijke ruimte voor ontmoetingen en activiteiten in alle wijken voor ouderen, de

<sup>10</sup> Niet alle prestatievelden uit de wet zijn terug te vinden in de vier opgaven. Zij beperken dit beleidskader tot het zogenoemde kernbeleid. Het kernbeleid beperkt zich tot de prestatievelden 1 en 3 t/m 6. Het beleid voor de andere prestatievelden is beschreven in aparte beleidsnota's.

toegankelijke voorzieningen voor informatie en advies, de toegankelijke maaltijdvoorzieningen, zorgpunten en openbare ruimte in de ontwikkeling van woonservicegebieden.

- **Ondersteunen van mantelzorg.** De vraag naar mantelzorg neemt in de nabije toekomst toe vanwege sterke vergrijzing en vermaatschappelijking van de zorg. Tegelijkertijd beperken de sterke vergrijzing, de toename van arbeidsparticipatie en de verkleining van sociale netwerken de mogelijkheid om mantelzorg te verlenen en in te passen in het leven. Hoewel de bereidheid tot het verlenen van mantelzorg er nog onverminderd is, neemt de spanning tussen vraag en aanbod van mantelzorg toe. In de Wmo-gesprekken die de gemeente Amersfoort heeft gevoerd bestond veel eensgezindheid over de noodzaak om als gemeente een sturende rol te spelen als het gaat om de ondersteuning van mantelzorgers en daarvoor goede faciliteiten ter beschikking te stellen. De gemeente Amersfoort ziet het als haar morele plicht om belang te hechten aan een goede ondersteuning van mantelzorg.

### 2.2.2.5 CONCLUSIE

Door het huidige politieke en economische klimaat dat forse ingrepen vereist in alle sectoren van de samenleving, is het evident dat ook de zorgsector niet zal ontkomen aan grote bezuinigingsrondes. Vooral de meest kwetsbare groepen: de ouderen in onze samenleving, zullen de gevolgen hiervan ondervinden. Bezuinigen (en veranderingen) hebben tot gevolg dat er minder budget beschikbaar is voor onder andere de kwetsbare groepen oudere autochtonen en de groeiende groep oudere migranten. Dit verlies moet geminimaliseerd worden. Door in de AWBZ in te grijpen en de Zvw en Wmo te introduceren, hoopt de staat dat de negatieve effecten van deze bezuinigingen op de gezondheid en het welzijn van de ouderen beperkt zullen blijven. In de AWBZ-wijzigingen wordt onvoldoende rekening gehouden met de beperkingen van met name de oudere migranten en hun behoefte aan specifieke zorg.

Gezien de huidige ontwikkelingen is het noodzakelijk om een integrale visie binnen de AWBZ, de Zvw en de Wmo te ontwikkelen. Dit moet niet alleen gericht zijn op het totale gebruik en de kosten van de formele zorg, maar ook op de effecten die dit zal hebben op de ouderen en in het bijzonder op de oudere migranten die deze zorg (niet meer) ontvangen. De visie binnen de genoemde wetten zou uitgaan van een stelsel van voldoende formele zorg in combinatie met de geleverde informele zorg, zodat zowel de omgeving, de gemeente als de zorginstellingen bewuste en onderbouwde keuzes kunnen maken.

### 2.2.3 De rol van de professional

In de vorige paragraaf is de beleidscontext met betrekking tot ouderenzorg weergegeven. Door recente herzieningen in de AWBZ is een aantal taken van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw en Wmo. Door deze aanpak zou het gebruik van de duurder AWBZ beheersbaar moeten blijven om ouderenzorg betaalbaar te kunnen houden.

Voor deze aanpak is samenwerking met de burger, de organisaties en de gemeente belangrijk om de zelfredzaamheid van de burger te vergroten. Ouderen kunnen indien gewenst zelfstandig in hun eigen omgeving blijven wonen en steun ontvangen van hun familieleden en hun sociale netwerk. Daarnaast vormen de professionals een bron van steun voor oudere migranten. Een professional is volgens Talcott Parsons iemand die zich bewust is van zijn sociale verantwoordelijkheden. Hij of zij handelt met respect naar de cliënt als de maatschappij (Gradner & Spierts, 2006). Van de professionele zorgverlener wordt verwacht dat hij of zij voordurend zijn of haar eigen actie ter discussie stelt en in relatie brengt met betrekking tot de concrete vragen vanuit de praktijk en de resultaten vanuit het wetenschappelijk onderzoek, om adequaat en consequent te kunnen handelen.

De begrippen ‘interculturatieproces en ‘discretionaire ruimte’ zijn belangrijke begrippen in deze paragraaf. Professionals zijn in staat een centrale rol in te nemen in het proces om oudere migranten weer de regie over het eigen leven terug te geven. Zij kunnen oudere migranten helpen met het vinden van een oplossing om zorg op maat, op tijd, in de omgeving samen met hen of de familie en samen met voorzieningen in de buurt vorm te geven. De professionals zijn in staat om in de discretionaire ruimte, dit is het gebied van professioneel handelen waar geen regels bestaan, een verbinding te leggen tussen participatie, zelfredzaamheid van de oudere migranten en zorg.

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de rol van de professional. Verschillende professionals die betrokken zijn bij wonen, zorg en welzijn komen in deze paragraaf aan het woord. Zij hebben hun ervaring in het boek *‘De ontdekkingsreis’ 25 jaar interculturele ouderenzorg in Nederland* door ActiZ (2010), meegedeeld. In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de volgende vragen: *Welke rol vervult de professional met betrekking tot oudere migranten en ouderenzorg en hoe kan de professional het formele zorgaanbod toegankelijk maken voor oudere migranten?*

### **2.2.3.1 De zorgverlening in Nederland**

Doordat een gericht inburgeringbeleid lang uitbleef, waren de migranten sterk op elkaar aangewezen. Vanuit hun cultuur is het vanzelfsprekend dat de volwassen kinderen voor hun ouders zorgen, stelt Freddy May, coördinator Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM). In de Nederlandse samenleving is het beeld ontstaan dat de migranten wel voor elkaar zorgen en geen Nederlandse zorg nodig hebben. Dat beeld is dringend aan bijstelling toe, stelt May. De tweede en derde generatie migranten zijn zodanig geïntegreerd, dat ze vaak ver van huis carrière maken en minder tijd en aandacht kunnen besteden aan hun ouders. Maar dit neemt niet weg dat ze bezorgd zijn over het welzijn van hun ouders en op zoek zijn naar oplossingen.

Dagopvang en groepswoonprojecten geven oudere migranten een plezierige daginvulling, stimuleren onderlinge steun en laten hen stapsgewijs kennis maken met de verschillende vormen van zorg, stelt May. Door deze activiteiten kunnen oudere migranten veel langer zelfstandig in hun eigen omgeving blijven wonen. De kinderen en kleinkinderen maken ook kennis met zorginstellingen en zullen eerder wennen aan dit idee en zich meer verdiepen in de zorgsector. Maar zorgorganisaties zijn voor oudere migranten in de praktijk nog steeds moeilijk toegankelijk. Zorginstellingen laten zien dat deelname van de migrantengroepen aan vormen van thuiszorg of thuisbegeleiding, aan woonvoorzieningen en andere vormen van tehuizen achterblijft. Zij willen in een vertrouwde en veilige omgeving oud worden. Ze hebben geen grote wensen, maar verwachten dat men in de zorg rekening houdt met hun vrije tijdsbesteding, cultuur en godsdienstbeleving.

### **2.2.3.2 Het recht op formele zorgverlening**

Artikel 1 van de Grondwet - dat gaat over gelijke behandeling met de daarbij behorende wederzijdse rechten en plichten - kan bij de formele zorgverlening een belangrijk punt zijn om met verschillen in taal, achtergrond, cultuur en seksuele oriëntatie om te gaan. Het recht op zorg is onder meer gebaseerd op het zelfbeschikkingsrecht, een universeel mensenrecht dat in de Grondwet staat, stelt Sadik Harchaoui, voorzitter van de Raad van Bestuur van Forum. Vertaald naar de zorg betekent het dat de mens de baas is over het eigen lichaam en recht heeft op respect voor de wijze waarop hij of zij daarmee omgaat. Het gelijkheidsbeginsel is ook belangrijk. Alle mensen hebben recht op een behandeling van gelijk respect voor ieders waardigheid. Het derde wettelijke fundament is het recht op gezondheidszorg.

Dan zijn er nog de ethische codes en de eed of belofte die artsen en verpleegkundigen afleggen, stelt Harchaoui. Die verplichten hen om e patiënt zo goed mogelijk zorg te bieden.



Samen vormen deze wetten en codes de morele bindmiddelen voor zorgverleners en de samenleving als geheel. Ze bieden een stevige basis voor gelijkheid en gelijkwaardigheid in de multi-etnische samenleving. Harry Moeskops, bestuurder van de Osiragroep in Amsterdam stelt daarbij dat Artikel 1 niet op voorhand een oplossing biedt voor de spanningen die door de grote verschillen tussen opvattingen en achtergronden kunnen worden opgeroepen, maar dat het wel een begin en een einde is van het gesprek hierover. Zorgorganisaties kunnen daardoor meer openstaan voor alle levensbeschouwingen en daarbinnen onderscheid maken op het vlak van geschiedenis, taal, cultuur en de positie van de familie.

### 2.2.3.3 Het interculturatatieproces

Niet alleen in het verleden is Nederland een land van bestemming geweest voor migranten, maar ook in de toekomst zal dat zo zijn. Veel nieuwe Nederlanders zullen hier oud worden en vroeg of laat gebruik moeten maken van ouderenvoorzieningen. Harry Moeskops, bestuurder van de Osiragroep in Amsterdam, stelt dat de persoonlijke verbintenis onontkoombaar is. ‘Of je een medewerker of bestuurder bent, je zult je eigen oordeel moeten vormen, een eigen antwoord moeten geven op de vraag hoe je je verhoudt tot interculturalisatie en diversiteit.’

Jan Booijs is de voorloper en vernieuwer van het interculturatatieproces en oprichter van het Platform Interculturalisatie Ouderenzorg (PIO). In de Haagse zorgcentra De Schildershoek, Om & Bij, en Rivierenbuurt, zette hij eind jaren tachtig het proces van interculturatatie in gang. Hij heeft in zijn jeugd geleerd hoe belangrijk het is dat mensen een eigen visie hebben, een geheel van normen en waarden die bepaald zijn door opvoeding en cultuur. Hij is zich ervan bewust hoe belangrijk het is om in gesprek te gaan. De oudere migranten nemen in aantal toe en daarbij verschillen ze in hun culturele achtergrond en in de wijze waarop zij zijn beïnvloed door de Nederlandse samenleving.

Voor Booijs is de interculturalisatie de verandering van een reguliere ‘witte’ zorgorganisatie in een reguliere organisatie voor iedereen. Die verandering heeft gevolgen voor alle facetten van de organisatie: de bedrijfscultuur, de communicatie, het leiderschap, het personeelsbeleid, de aangeboden diensten, de wijze van besluitvorming, de marketing enzovoort. Interculturalisatie vraagt om een integraal beleid. Een zorgorganisatie kan dus niet volstaan met alleen het regelen van halal eten.

Deze visie lijkt te suggereren dat zorgondernemers veel kennis, veel expertise moeten hebben en een antenne dienen te ontwikkelen voor cultuurverschillen, maar niemand hoeft alles te kunnen en te weten, stelt Booijs. Belangrijk is dat zorgondernemers en hun medewerkers gaan beseffen dat ze in dit opzicht kennis en ervaring missen. Hiervoor is het nodig dat professionals beseffen dat ze bewust onbekwaam zijn, stelt Booijs. Daarvoor is het nodig dat vanzelfsprekendheden wegvallen en dat er een bewustzijn ontstaat dat je niet alles weet. Het gaat erom dat iedereen bereid is zich met respect in de belevingswereld van de ander te verdiepen, bij voorkeur door samen in gesprek te gaan. De ervaring van Pauliene Meurs, hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, leert dat dit spannende confrontaties oplevert. Zij wijst op de noodzaak om hiermee te leren omgaan. Conflicten durven aangaan is een voorwaarde om passende omgangsvormen te vinden en nieuwe spelregels te bepalen.

Booijs ziet interculturalisatie als een start van een veranderingsproces waarin bestuurders een belangrijke taak hebben. Zij moeten zich afvragen wat interculturalisatie betekent voor henzelf als persoon, voor hun functie, het beleid en hun netwerk (ActiZ, 2010).

#### **2.2.3.4 Professionele afstand, professionele betrokkenheid en discretionaire ruimte**

Vanuit methodisch denken en handelen dient het optreden van een professional rationeel en planmatig te zijn. Ruimte voor empathie lijkt daarmee in tegenstrijd. Toch ziet men dat een professional in allerlei organisaties afstand en betrokkenheid kan combineren. De professionele betrokkenheid kan twee tegengestelde krachten inhouden. Aan de ene kant kan een professional zijn deskundigheid vanuit ideële motieven inzetten of zijn betrokkenheid in zijn werk trachten vorm te geven. Aan de andere kant kan de professional juist afstand houden tot een probleem om een cliënt zo goed mogelijk te helpen (Witte, 2006). Denk bijvoorbeeld aan oudere migranten die financiële en emotionele problemen hebben, of die zorg nodig hebben en niet in staat zijn zelfstandig oplossingen voor hun problemen te vinden. Er is dan een professional nodig die afstand bewaart tot de individuele omstandigheden. De professional houdt het overzicht en bewaakt de rechten en plichten van oudere migranten.

In verhouding tot het recht van individuen speelt het begrip discretionaire ruimte een belangrijke rol. Het is de niet ingevulde en de soms toegeëigende ruimte tussen vastgesteld en toegepast beleid, tussen de letter en de geest van de wet. Het duidt op de handelingsruimte die professionals creëren om de cliënt een aanbod te doen dat is afgestemd op zijn persoon en zijn omstandigheden. Dit wordt ook wel maatwerk genoemd. Waar wet of beleid expliciet handelingsruimte geven, spreken we van discretionaire bevoegdheden. Zo krijgen beleidsmakers bijvoorbeeld de mogelijkheid om binnen de kaders van de wet eigen beleid te maken (Witte, 2006).

In de praktijk is de ruimte rond deze regels aan de orde bij professionals die zich bezighouden met toewijzing van zorgvoorzieningen aan oudere migranten. Bij de individuele omstandigheden van oudere migranten, zoekt een professional binnen de formele criteria (wetten, procedures, beleid) naar de discretionaire ruimte. Deze kan hij/zij vinden door nieuwe invalshoeken te zoeken; door wetten, regels en beleid anders te interpreteren; door verder naar de oorzaken te zoeken; of door argumenten in een betoog anders in te zetten (Witte, 2006). De professional moet de bereidheid, de wil en de moed opbrengen om zich op een andere dan de gebruikelijke manier voor de oudere migranten in te zetten. Dat roept vragen op bij collega's en leidinggevenden. De professional die een bepaalde keuze maakt, moet stevig in zijn schoenen staan en zijn handelen goed kunnen verantwoorden.

#### **2.2.3.5 Aandacht voor het personeelsbeleid**

In de huidige zorgverlening nemen waarden als autonomie, zelfstandigheid en zelfredzaamheid een belangrijk plaats in in de Nederlandse samenleving. Sommige zorgverleners verwachten dat de oudere migranten als cliënt zelf initiatief nemen en zelf hun vraag zo duidelijk mogelijk aangeven. Niet vragen leidt tot niet krijgen. Deze zorgverleners veronderstellen dat een oudere migrant zelf kan aangeven wanneer er hulp nodig is of wanneer de hulp niet voldoet. En als dat niet gebeurt, dan neemt de zorgverlener aan dat de cliënt tevreden is en dat de hulpverlening ongewijzigd kan worden voortgezet (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2002).

Zorgverleners zijn niet altijd bekend met de culturen en tradities van migranten en kunnen de eigen normen en waarden als vanzelfsprekend uitgangspunt nemen. Zorgverleners kunnen de opvatting hebben dat migranten zich afwachtend opstellen en zich weinig inzetten voor hun aandeel in de zorg. De zorgverleners kunnen deze houding als ongeïnteresseerd ervaren terwijl de migranten wel interesse hebben in de informatie over bepaalde ouderenvoorzieningen. Hieruit volgt dat er weinig begrip is voor het feit dat zulke zaken voor migranten een probleem vormen, er wordt onvoldoende rekening gehouden met de taalbarrière en de verschillende achtergronden van de oudere migranten (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2002).

Deze aannames kunnen ertoe leiden dat oudere migranten onnodig afstand doen van de formele zorg. Er kan een gebrekkige aansluiting bestaan tussen de formele zorg waaraan oudere migranten behoefte hebben, de formele zorg die de zorgverleners interpreteren en de formele zorg die daadwerkelijk ontvangen wordt door de oudere migranten. Onderzoeker Anne Mei-The benadrukt de noodzaak te investeren in begeleiding, in het ontwikkelen van gespreksvaardigheden en in tijd. Alleen dan kan er interesse in de anderen ontstaan (ActiZ, 2010).

Pauliene Meurs vraagt aandacht voor multicultureel personeelsbeleid als belangrijk aspect van de interculturalisatie. Vaak verwijst men naar de ervaring dat de aanwezigheid van etnisch personeel, ook in kleine aantallen, een positieve invloed heeft op de relatie tussen migrantencliënten en uitvoerend personeel. De cliënt en de allochtone zorgverlener begrijpen elkaar beter en er is een beter contact met de familieleden van de cliënt. Aan de andere kant kan er daardoor minder contact ontstaan tussen de cliënten en de autochtone professionals. Meurs geeft aan dat er nog weinig succesvolle methoden zijn voor multicultureel personeelsbeleid.

### **2.2.3.6 CONCLUSIE**

Hoewel de formele zorg de informele zorg kan aanvullen of vervangen, lijkt de formele zorg tot nu toe niet aantrekkelijk te zijn voor oudere migranten. Zorgorganisaties en zorgverleners lijken onvoldoende aandacht te hebben voor de werkelijke behoeften van de oudere migranten en de multiculturele samenleving waarin zij leven. Bij de professionals ontbreekt het soms aan kennis en deskundigheid op het gebied van de cultuurverschillen en bestaat er nog vaak een taalbarrière. Het is daarom belangrijk dat organisaties investeren in de begeleiding van het personeel, de ontwikkeling van gespreksvaardigheden en multicultureel personeelsbeleid zodat communicatie niet gehinderd kan worden door vooroordelen, vanzelfsprekendheden en bureaucratie, maar dat professionals bereid zijn zich in de belevingswereld van de ander te verdiepen en bij voorkeur door samen met oudere migranten en hun omgeving in gesprek te gaan om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden.

De essentie van de professional is dat hij controle heeft over zijn werk. De discretionaire ruimte geeft mogelijkheden voor werkontwikkeling, innovatie en het leren van de professional zelf. Op basis van kennis en vaardigheden verwerft de professional gezag en heeft hij daarmee een zekere mate van vrijheid en autonomie om zijn kennis naar zijn eigen inzicht in te zetten ten behoeve van het welzijn van oudere migranten. Discretionaire ruimte is nodig om uitzonderingen op regels te kunnen maken, want de bestaande regels sluiten niet altijd aan bij de leefwereld en de behoeften van oudere migranten.

### 3. ONDERZOEKSOPZET

#### 3.1 Methoden van onderzoek

In het vorige hoofdstuk heeft de onderzoeker de bouwstenen van de theorie beschreven. Daarin is de positie van de vluchtelingengroepen in vergelijking met de klassieke migrantengroepen beschreven en de rol van de familie, de staat en de professionals met betrekking tot oudere migranten en ouderenzorg. In dit hoofdstuk wordt de concrete uitvoering van het kwalitatieve onderzoek getoond. De kern van dit hoofdstuk is de opzet van het onderzoek. Eerst wordt er een beschrijving gegeven van de methoden van dataverzameling, daarna volgen de data-analyse, de onderzochte eenheden, de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek.

#### 3.2 Methoden van dataverzameling

De probleemstelling vormt de leidraad voor de opzet van het onderzoek, de methode van dataverzameling en data-analyse. Met behulp van een brief (zie bijlage 4) of via telefonisch contact zijn de respondenten aan het begin van het onderzoek door de onderzoeker benaderd. Het doel van het onderzoek is vooral inzicht te verkrijgen in de opvattingen van oudere migranten over de informele en formele zorg en hun toekomstverwachtingen met betrekking tot die zorg. De onderzoeker koos voor een kwalitatief interview. Dit is een vorm van een gesprek waarin één iemand (de interviewer) zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen aan één of meer participanten, die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen (Boeije et al., 2009). In dit onderzoek gaat het niet om saturatie maar om triangulatie. Saturatie betekent dat onderzoekers mogen stoppen met hun dataverzameling als er bij de analyse van de nieuwe geselecteerde respondenten geen nieuwe informatie meer verkregen kan worden over de voor hen relevante onderwerpen (Boeije et al., 2009). In dit onderzoek zijn acht oudere migranten, acht volwassen kinderen en zes professionals geïnterviewd door de onderzoeker en dat is geen groot aantal. Het gaat in dit onderzoek vooral om de vorm van triangulatie. De onderzoeker gebruikt deze vorm met als doel inzicht te geven in de interpretaties van de drie groepen met betrekking tot de ouderenzorg.

De onderzoeker koos voor een semigestructureerd interview om informatie te verzamelen die passend is binnen het kader van de onderzoeksvragen. Dit betekent dat de inhoud van de vragen, de manier waarop en de volgorde waarin de vragen gesteld zijn gedeeltelijk van te voren vastliggen (Boeije et al., 2009). Op deze manier kan de onderzoeker de verhaallijn van de respondenten volgen en kan er op sommige onderwerpen die belangrijk zijn, dieper worden ingegaan. De onderzoeker heeft drie verschillende soorten vragenlijsten gemaakt: één voor de Iraakse oudere migranten, één voor de volwassen kinderen en één voor de professionals (zie bijlage 3). In totaal heeft de onderzoeker tweeëntwintig semigestructureerde interviews afgenomen.

Het interview bestaat uit een topiclijst. De topiclijst is door de onderzoeker gemaakt op basis van de gelezen literatuur in het theoretische kader. Daarin heeft de onderzoeker enkele hoofdvragen opgenomen, afgewisseld met thema's en punten om door te vragen. De onderzoeker heeft als eerst de achtergrondgegevens van de doelgroepen opgenomen. Dit zijn de vragen 1 t/m 7. Daarna heeft zij gevraagd in hoeverre de doelgroepen geïntegreerd waren in de Nederlandse samenleving. Dit zijn de vragen 8 en 9. De onderzoeker heeft deze vragen geformuleerd met behulp van de gelezen literatuur (zie Dagevos, 2001, Engbersen & Gabriëls, 1995). De onderzoeker vroeg ook welke opvattingen de doelgroepen hadden met betrekking tot zorg, wonen en welzijn in Nederland, en welke cultuurverschillen er bestaan. Dit zijn de vragen 10 t/m 14. De onderzoeker heeft deze vragen geformuleerd met behulp van

de gelezen literatuur (zie Berkum et al., 2010, Blieszner, 1992, Collingridge et al., 1997, Todd, 1985; Inglehart en Baker, 2000; Kagitcibasi, 1996; Reher, 1998). Daarnaast heeft de onderzoeker vragen opgesteld over de ervaren woonomgeving door de doelgroepen. Dit zijn de vragen 15 t/m 20. (zie de gelezen literatuur Bolt et al., 2000). Tot slot heeft de onderzoeker gevraagd hoe de doelgroepen de informele zorg, dit zijn de vragen 21 t/m 29, en de formele zorg, dit zijn de vragen 30 t/m 46, hebben ervaren. (zie de gelezen literatuur Collingridge et al., 1997, Rossi et al., 1990 & Schellingerhout, 2004).

De interviewer (onderzoeker) heeft zich niet strikt aan de volgorde van de vragen op de vragenlijst gehouden, maar heeft geprobeerd de geïnterviewden te volgen wanneer zij over een bepaald onderwerp gingen praten. De interviewer hield vooral de leidraad van het gesprek in de gaten en besteedde aandacht aan de relatie met de persoon die zij interviewde, want dat is cruciaal voor de bereidheid om in alle openheid met de geïnterviewde op de vragen in te gaan.

Tijdens het interview heeft de interviewer belangrijke termen in de vraagstelling goed uitgelegd om onduidelijkheden bij de geïnterviewde te voorkomen. De interviewer heeft ook rekening gehouden met de gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal door de Iraakse oudere migranten. De interviewer heeft daarom de interviews bij hen in het Arabisch vertaald en afgenomen. Het feit dat de onderzoeker dezelfde achtergrond heeft en dezelfde taal spreekt, kon ook ervoor zorgen dat de communicatie tussen de interviewer en geïnterviewde goed zou verlopen. De onderzoeker hield tijdens het interview in gedachten dat zij objectief de resultaten moest waarnemen in de zin van dat zij niet direct of indirect de resultaten moest beïnvloeden (Boeije et al., 2009).

Alle tweeëntwintig interviews zijn in een tijdsbestek van anderhalve maand afgenomen en de duur van de interviews varieerde van een half uur tot één uur. Aan het begin van de interviews is de respondent door de onderzoeker verteld dat zij als student aan de Universiteit Utrecht verbonden is en dat zij bij de gemeente Amersfoort als stagiaire werkt. Alle interviews zijn door de onderzoeker digitaal opgenomen met toestemming van de respondenten en daarbij heeft zij aan de respondenten uitdrukkelijk verteld dat alle gegevens geanonimiseerd verwerkt zouden worden. De onderzoeker heeft tijdens het analyseren van de interviews memo's gemaakt en de stappen van het onderzoek in grote lijnen in een logboek bijgehouden. De onderzoeker heeft tot slot de voortgang van het onderzoek en de tussentijdse resultaten besproken met een docent Algemene Sociale Wetenschappen (ASW) van de Universiteit Utrecht.

### **3.3 Methode van data-analyse**

Het startpunt van de kwalitatieve analyse zijn de uit de interviews verkregen gegevens. Data-analyse is het systematisch verwerken van de gegevens tot resultaten en conclusies om de vraagstelling te beantwoorden. In de analyse van de resultaten van het kwalitatieve onderzoek moet ruimte zijn om de in woorden uitgedrukte bekentenissen en interpretaties van de onderzochten te behouden (Boeije et al., 2009). De gegevens van dit onderzoek bestaan uit getranscribeerde geluidsopnames en notities.

De onderzoeker zocht binnen de verkregen gegevens naar relevante thema's. Dit wordt ook wel een inductieve analysemethode genoemd. Daarbij gaf de onderzoeker ruimte aan plotselinge gebeurtenissen, nieuwe ervaringen en uitspraken om te achterhalen wat de betekenissen daarvan zijn en of dit de verkregen informatie vanuit de theorie al of niet bevestigt. Deze manier van werken genereert nieuwe kennis en leidt tot ontwikkeling van bestaande theorieën (Boeije et al., 2009). De bestaande theorieën en onderzoeken worden gebruikt om de blik van de onderzoeker te scherpen en de zoekstrategie te verbeteren (Boeije et al., 2009).

Als eerste zijn de verzamelde gegevens door de onderzoeker nauwkeurig doorgenomen. De teksten zijn door haar gelezen, herlezen en zij is nagegaan wat er over het



onderwerp is geleerd. De onderzoeker zocht tegelijkertijd naar passende thema's die ook wel categorieën worden genoemd. Deze categorieën vormen in eerste instantie categorieën op basis van de verzamelde data, maar de categorieën zijn ook gebaseerd op onderwerpen die in de literatuur zijn gelezen. Om de interviews overzichtelijk te maken, zijn de interviews door de onderzoeker ingevoerd in het computerondersteunde analyseprogramma MAXQDA. Daarna zijn de categorieën door haar gecodeerd. Een belangrijk principe in de analyse is de constante vergelijking. Dat wil zeggen dat de onderzoeksgegevens permanent met elkaar worden vergeleken (Boeije et al., 2009). Wanneer er nieuwe data door de onderzoeker is verzameld, worden die vergeleken met data die al zijn verzameld en al tussentijds zijn geanalyseerd. Zo ontdekte de onderzoeker tijdens het analyseren patronen in de codes en in de relaties tussen de codes. Door de onderzoeker zijn de gemaakte codes door de toevoeging van nieuwe data uitgebreid en verfijnd. Aan het einde van het onderzoek zijn de gegevens door de onderzoeker geïntegreerd en op een abstracter niveau geformuleerd (Wester, 1995). Uiteindelijk heeft de onderzoeker door middel van de verkregen gegevens antwoord gegeven op de vraagstelling en een vergelijking gemaakt met datgene wat al bekend is vanuit de literatuur.

### 3.4 De Respondenten

De respondenten zijn verdeeld in drie doelgroepen: de Iraakse ouderen, de (hun) volwassen kinderen en de professionals.

#### Deelonderzoek I: Iraakse ouderen

De eerste onderzoeksgroep bestaat uit acht Iraakse hoog- en laagopgeleide ouderen die 55 jaar of ouder zijn. Het betreft zowel mannen als vrouwen, getrouwd, gescheiden of alleenstaand, met en zonder kinderen en woonachtig in de stad Amersfoort. Zij wonen vijf, tien of langer dan tien jaar in Nederland. Deze groep bestaat uit de eerste generatie migranten die vanaf de jaren '80 om humanitaire, politieke of economische redenen naar Nederland zijn gekomen om hier een beter bestaan op te bouwen.

#### Deelonderzoek II: De volwassen kinderen

Daarnaast zijn acht volwassen kinderen van deze ouderen of andere Iraakse ouderen, die niet aan dit onderzoek hebben meegedaan, geïnterviewd. Zij zijn vaak nog van de eerste generatie migranten en dat betekent dat ze niet in Nederland geboren zijn. Ze zijn op jonge leeftijd naar Nederland gekomen. Sommige kinderen wonen thuis bij hun ouders, anderen wonen op zichzelf. Zij werken, studeren of zijn getrouwd.

#### Deelonderzoek III: De professionals

Ten slotte werden interviews afgenomen met verschillende professionals afkomstig uit verschillende organisaties die zowel met de klassieke migrantengroepen als met de eerste vier grote vluchtelingengroepen in Nederland werkzaam zijn op het gebied van wonen, zorg en welzijn.

#### **Hieronder een overzicht van de geïnterviewde respondenten**

	Dochter	Zoon	Moeder	Vader
Familie 1	1			1
Familie 2	1		1	
Familie 3				1
Familie 4			1	
Familie 5	1		1	
Familie 6	1		1	
Familie 7		1		1
Familie 8		1		
Familie 9	1			
Familie 10		1		
Familie 11			1	
<b>Totaal</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

	Functie	Plaats
Professionals	Migranten Psycholoog	Soest
Professional	Geestelijke leider (pastoor)	Woudenberg
Professional	Directeur Wet en Inburgering	Amersfoort
Professional	Allochtone zorgconsulent	Amersfoort
Professional	Ouderenadviseur	Amersfoort
Professional	Projectleider oudere migranten op het gebied van leefbaarheid en sociale samenhang	Utrecht

### 3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek wordt bepaald door de mate waarin de onderzoeker zijn werkwijze nauwkeurig vastlegt en de resultaten en conclusies controleerbaar en inzichtelijk maakt. In dit onderzoek speelt de onderzoeker een grote rol in de interpretatie van de gegevens en dit is vaak kenmerkend voor kwalitatief onderzoek.

In dit onderzoek zijn de interpretaties van de respondenten door de onderzoeker controleerbaar gemaakt door tijdens de gesprekken, tussen de respondent en interviewer, herhaalvragen te stellen en interpretaties te bevestigen. De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van een recorder en hierdoor zijn de interviews helemaal digitaal opgenomen. Door die opnames zijn belangrijke data meegenomen en daardoor bleef de interpretatie van de interviewer zoveel mogelijk controleerbaar.

Een procedure om de betrouwbaarheid te verhogen is systematisch en consistent te werken. Dat betekent dat de onderzoeker telkens de meetinstrumenten zoals de topiclijst en vraagstelling op dezelfde manier moet hanteren (Boeije et al., 2009). Dit heeft zij gedaan. Ook hield de onderzoeker memo's bij waarin zij alle grote stappen in het onderzoek vast legde. De memo's waren ook belangrijk om mee te nemen voor de analyse.

De interviewsituatie speelt ook een rol in de betrouwbaarheid van het onderzoek. De interviews zijn door de onderzoeker afgenomen op een tijdstip waarop er weinig kans was op onderbrekingen en waarbij het tijdstip en de locatie passend zijn geweest voor de geïnterviewde zodat hij/zij zich gemakkelijk kon voelen. Wisselende interviewsituaties zou namelijk een negatieve invloed kunnen hebben op de betrouwbaarheid. Dit was tijdens het onderzoek niet het geval.

Tot slot is het belangrijk om een methodische verantwoording te geven. Dat betekent dat de onderzoeker goed opschrijft wat zij heeft gedaan, hoe zij het heeft gedaan en waarom zij het heeft gedaan. Door een juiste verantwoording kunnen anderen nagaan of ze vertrouwen hebben in de uitkomsten van het onderzoek (Boeije et al., 2009). De onderzoeker beschreef in dit onderzoek welke methoden er zijn gebruikt en welke stappen er zijn gezet en daardoor is dit onderzoek voor anderen controleerbaar en is het in principe repliceerbaar.

Er is sprake van interne validiteit wanneer de verkregen gegevens een juiste weergave zijn van de onderzoekssituatie en van datgene wat bij de respondenten leeft (Boeije et al., 2009). In dit onderzoek staan de verwachtingen van de respondenten centraal en daarom zijn onderwerpen met betrekking tot hun verwachtingen verwerkt in de vraagstellingen en vormen zij het uitgangspunt voor de analyse. De vraag blijft echter in hoeverre open vragen de verwachtingen van de doelgroepen kunnen achterhalen. De consequentie van open vragen bij een vragenlijst is namelijk de mate van bereidheid en diepgang van de respondenten om antwoord te geven op die vragen. De interviewer heeft tijdens het interview af en toe moeten doorvragen en de respondent moeten prikkelen om hun bekentenissen zo goed mogelijk te beschrijven.

Het gebruik van sensetizing concepts door de onderzoeker zorgt ervoor dat de waarneming richting krijgt, zonder dat concepten hun definitieve omschrijving en operationalisering krijgen (Boeije et al., 2009). De onderzoeker heeft het veld van onderzoek voldoende onderzocht en daardoor is duidelijk geworden welke concepten nuttig waren om te gebruiken wanneer over het onderwerp gesproken werd. Een passende operationalisering van deze concepten is door de onderzoeker tot stand gekomen door goed te bestuderen welke aspecten er deel van uitmaakten en dit droeg bij aan de validiteit van het onderzoek.

Triangulatie is gebruikt om de validiteit van het onderzoek begrijpelijk te maken. Meet de onderzoeker werkelijk wat zij beoogt te meten? Door middel van triangulatie werd inzicht verkregen in het onderwerp vanuit drie verschillende invalshoeken: de ouderen zelf, hun volwassen kinderen en de professionals. Triangulatie leidde tot verschillende interpretaties en de vraag zou daarbij zijn hoe die verschillende interpretaties verklaard konden worden. Een tweede kanttekening is dat met triangulatie de suggestie wordt gewekt dat er een

allesomvattend beeld is te schetsen van de complexe werkelijkheid, terwijl in de interpretatieve opvattingen juist de veelzijdigheid van die werkelijkheid het uitgangspunt is (Boeije, 2009). De procedure van member validation kan de validiteit hierbij positief beïnvloeden. Het gaat om de juistheid van de interpretaties. De onderzoeker controleerde en bediscussieerde met enkele professionals en ouderen aan het einde van het interview of zij het perspectief van de respondenten goed heeft begrepen.

Er zijn nog een paar aandachtspunten met betrekking tot het verzamelen van gegevens door de onderzoeker. Tijdens het interview zou de Nederlandse taal bij de oudere migranten een belemmering kunnen vormen. Hier heeft de onderzoeker rekening mee gehouden en daarom werden de interviewvragen in het Arabisch vertaald en afgenomen. De interviewer heeft een Arabische achtergrond en spreekt de Arabische taal en dit kon een positief effect hebben op de respondenten tijdens het interview. De respondenten konden hierdoor vertrouwd raken met de interviewer en zich daardoor meer openstellen. Ook dit droeg bij aan de validiteit.

De methodische verantwoording is tot slot van groot belang. De onderzoeker moet het voor de lezer mogelijk maken om te kunnen volgen hoe de onderzoeker tot zijn interpretatie is gekomen en op welke wijze het materiaal is geordend. Dit is nuttig wanneer men wil weten op welke wijze het onderzoek hierdoor kan zijn beïnvloed. De onderzoeker kan niet waarde vrij zijn, maar kan wel proberen om ten gunste van de validiteit van het onderzoek geen oordeel te geven en de eigen mening zo min mogelijk te laten meespelen.

#### 4. RESULTATEN DEELONDERZOEK I: Iraakse ouderen aan het woord

- *Vraagstelling: welke opvattingen hebben de Iraakse oudere migranten over de informele en formele zorg en wat zijn hun toekomstverwachtingen<sup>11</sup>?*

Er is gevraagd hoe de Iraakse ouderen hun leefsituatie in Amersfoort beleven en welke opvattingen zij hebben met betrekking tot de informele en formele zorg. Inzicht daarin is verkregen met behulp van vragen rondom een aantal onderwerpen, namelijk: de achtergrondgegevens, de mate van hun integratie, de ervaren Iraakse cultuur en religie, de opvattingen over de gezondheidszorg en ouderenzorg, de ervaren woonomgeving, de familierelaties en de informele en formele zorg.

##### 4.1 Achtergrondgegevens

Het zijn zowel christelijke als islamitische ouderen, tussen de 55 en 79 jaar, zowel mannen als vrouwen. Zeven van de acht ouderen hebben kinderen. De ouderen wonen tussen de vier en vijftien jaar in Nederland. Alle acht ouderen hebben in Irak de basisschool afgerond en vijf van deze acht ouderen, die rond de 55 jaar oud zijn, hebben daarna een bachelor of universitaire opleiding afgerond en in Nederland een andere opleiding gevolgd. Twee van de acht ouderen die rond de 55 jaar zijn, hebben in Nederland een baan en twee andere zijn op zoek naar een baan. Zes ouderen rond de 65 jaar leven van een uitkering. De meeste ouderen, die boven de 66 jaar oud zijn, wonen alleen. Zij hebben hun partner in Irak of in Nederland verloren.

##### 4.2 De mate van integratie in Nederland

Er zijn vragen gesteld over het onderwerp integratie. Met integratie wordt hier bedoeld in hoeverre de Iraakse ouderenzich aangepast hebben aan de Nederlandse normen en waarden en symbolen<sup>12</sup> (Engbersen & Gabriëls, 1995). Met de Nederlandse normen kun je denken aan de beheersing van de Nederlandse taal en met de Nederlandse waarden kun je denken aan de mate van de ervaren tolerantie, onafhankelijkheid of vrijheid. Bij de integratie met de Nederlandse symbolen kun je denken aan bijvoorbeeld de mate van participatie aan de nationale feestdagen, het bereiden van Nederlandse gerechten, of het zich verdiepen in de Nederlandse kunst en geschiedenis.

Bijna alle ouderen volgen een Nederlandse taal cursus of hebben in het verleden een Nederlandse taal cursus gevolgd. Zij vinden het belangrijk om de Nederlandse taal te beheersen. Zij worden hierdoor meer zelfredzaam en het stelt hen in staat te participeren in de Nederlandse samenleving. Zij hebben daarnaast veel contact met autochtone vrienden.

Ouderen hechten aan de ene kant veel belang aan een aantal Nederlandse waarden zoals onafhankelijkheid en vrijheid, maar aan de andere kant hebben ouderen moeite met het begrijpen van andere Nederlandse waarden. Denk aan de mate van vrijheid of tolerantie. *[Man, 55 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Ik ben voor 70% geïntegreerd met de normen en waarden en voor 30% met de symbolen. Sommige normen en waarden zijn niet gemakkelijk te accepteren. Ik vind het bijvoorbeeld moeilijk om de betekenis van tolerantie te begrijpen en te accepteren. Het is bijvoorbeeld moeilijk om alle Nederlandse wetten te kennen. Ik denk dat je helemaal niet vrij bent. Je bent omsingeld door wetten. Ik kan niet wennen aan alle papieren en documenten die ik thuis krijg. Ik moet tolerant zijn van de wetten en daarom probeer ik werk te zoeken en te integreren. Maar tolerantie is niet een eenrichtingsweg, het moet van beide kanten komen. De Nederlanders moeten ook mij*

<sup>11</sup> Met de toekomst wordt bedoeld een periode van tien jaar.

<sup>12</sup> Zie Relevante begrippen in bijlage 1 'Acculturatieproces'



*tolereren als ik de taal niet begrijp. Zij moeten begrijpen dat wij als buitenlandse ouderen niet alle Nederlandse gewoonten zo snel kunnen begrijpen.*

Veel ouderen doen, voor zover hun gezondheid het toelaat, mee aan bepaalde nationale feestdagen zoals Koninginnedag. De Iraakse islamitische ouderen doen minder vaak mee aan de christelijke feestdagen, terwijl de christelijke ouderen veel waarde hechten aan deze feestdagen en zich daardoor meer verbonden voelen met de Nederlandse samenleving.

En wat het eten betreft: de meeste ouderen hebben een voorkeur voor de veelzijdige Arabische keuken. Sommige ouderen halen het beste uit beide keukens.

De meeste ouderen verdiepen zich weinig in de Nederlandse kunst, cultuur en geschiedenis. Ze hebben weinig Nederlandse kunst in huis en luisteren niet veel naar de Nederlandse muziek. Ze kijken wel naar de Nederlandse televisie.

#### **4.3 De ervaren Iraakse cultuur en religie**

Cultuur en religie kunnen van invloed zijn op het accepteren van de informele zorg en het afwijzen van bepaalde vormen van de formele zorg. Binnen de familiecultuur zijn respect voor en behulpzaamheid aan de ouders belangrijke waarden. In Irak wordt van de familieleden verwacht dat zij informele zorg verlenen. De staat is niet verantwoordelijk voor ouderenzorg.

Zeven van de acht ouderen willen in Nederland in de toekomst nog steeds informele zorg van hun familieleden ontvangen. Informele zorg wordt in tegenstelling tot in Irak niet meer alleen verwacht van het oudste volwassen kind of van de vrouw, maar van alle familieleden. De ouders willen hun kinderen niet verplichten om zorg te verlenen, maar verwachten wel dat de relatie en het contact tussen de familieleden sterk blijft. Opvallend is dat één oudere vrouw vertelt dat zij in de toekomst geen zorg wil ontvangen van haar kinderen en meer gebruik wil maken van de formele zorg. Zij heeft in het verleden lange tijd voor haar moeder gezorgd en vond dat een zeer belastende taak. Daarom wil zij niet dat haar kinderen hetzelfde meemaken en daardoor overbelast raken.

De religieuze achtergrond heeft ook te maken met de manier waarop er gereageerd wordt door de Iraakse ouderen op het verlenen van de informele zorg en het afwijzen van sommige vormen van de formele zorg. Een aantal ouderen vertelt dat er zowel in de Koran als in de Bijbel staat geschreven dat de volwassen kinderen hun ouders dienen te verzorgen. Daardoor verwachten sommige ouderen meer informele zorg en wijzen zij sommige vormen van ouderenvoorzieningen af. Christelijke ouderen staan in vergelijking met Islamitische ouderen meer open voor ouderenvoorzieningen zoals een bejaardentehuis, de thuiszorg, een verpleegtehuis of een verzorgingstehuis, maar dit geldt nog lang niet voor iedereen.

#### **4.4 De opvattingen over de gezondheidszorg en ouderenzorg**

De meeste ouderen zijn positief over de algemene gezondheidszorg voor ouderen in Nederland. Zij vertellen dat Nederland, in vergelijking met andere landen uit het Midden-Oosten of Europa, kwalitatief goede zorg verleent. De meeste ouderen spreken van geluk dat zij in Nederland wonen. *[Vrouw, boven de 65 jaar, laag opgeleid, woont niet zo lang in Nederland]: Ik vind de Nederlandse zorg top. Ik heb een chronische ziekte en moet vaak naar het ziekenhuis voor controle. Het personeel in het ziekenhuis is zo aardig en behulpzaam. Ook wanneer ik thuis ben, word ik door het personeel gebeld voor controle en dat zouden ze in Irak niet snel doen. In Irak moet de patiënt alles zelfstandig regelen en als je arm bent of geen kinderen hebt, kun je geen voldoende zorg ontvangen. Je bent daar volledig afhankelijk van je omgeving.* Eén van acht ouderen is zeer ontevreden over het Nederlands zorgsysteem en vindt dat het systeem soms ingewikkeld en ineffectief werkt: *[Man, 57 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Ik vind de zorgverlening voor ouderen in Nederland niet zo goed. De communicatie met het personeel in het ziekenhuis en de huisarts verloopt niet altijd*

*goed. Het proces van afspraken maken of verwijzing naar een specialist verloopt niet goed. De apotheek maakt ook veel fouten bij het regelen van mijn medicijnen.*

Meer dan de helft van de ouderen heeft weinig kennis van de ouderenzorg. Zij weten niet wat er in Amersfoort aan specifieke ouderenvoorzieningen bestaat. Ze zijn bekend met de algemene ouderenvoorzieningen zoals bejaardentehuizen, de thuiszorg of verzorgingstehuizen, maar hebben deze plekken nog nooit bezocht en willen er in de toekomst ook geen gebruik van maken. Als reden hiervoor noemen zij als eerste de taalbarrière. Door de onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal kunnen ouderen minder goed communiceren met medewerkers van zorginstellingen. Zij kunnen door deze taalbarrière ook geen informatie opvragen over de ouderenvoorzieningen. Vaak weten deze ouderen ook niet hoe ze de benodigde formulieren moeten aanvragen of invullen. Een tweede reden voor de afwijzing van sommige vormen van ouderenvoorzieningen is de omgeving. Vaak zijn ouderenvoorzieningen in strijd met hun cultuur en geloofsovertuiging. Zij hebben om die redenen in de toekomst geen behoefte aan die voorzieningen en willen vooral afhankelijk zijn van hun vertrouwde omgeving.

#### **4.5 De woonomgeving**

De ouderen die aan het onderzoek hebben meegedaan, wonen verspreid over Amersfoort. Ze wonen meestal in een rustige en veilige omgeving. Ze hebben zich goed aangepast aan hun omgeving. De ouderen geven aan dat zij het belangrijk vinden om zo lang mogelijk thuis en dicht bij hun familieleden te blijven wonen en steun te ontvangen van hun eigen vertrouwde omgeving. De meeste ouderen zijn niet op de hoogte van de mogelijkheden tot woningaanpassing en adequate aangepaste thuiszorg. Ouderen met een christelijke achtergrond accepteren deels het idee om te verhuizen naar een zorgtehuis. Ouderen met een islamitisch achtergrond staan minder open voor deze vorm van zorg. Het bieden van formele zorg moet binnen hun zorgcultuur passen.

In de eigen woonomgeving kunnen ouderen hun sociale netwerken continueren en beter onderhouden. Ze wonen graag dicht bij hun landgenoten en dicht bij de Nederlanders. Ook geven zij voorkeur aan andere migrantengroepen als burenen. *[Christelijke vrouw, 55 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Ik zie liever dat Iraakse mensen gemengd en verspreid dan geconcentreerd in een woonplaats gaan wonen. In Zweden bijvoorbeeld leven Iraakse christenen en islamieten in kleine geconcentreerde groepen en afgezonderd van het Zweeds volk. Daardoor zijn de Iraakse groepen niet geïntegreerd en dat zou in Nederland (en in Zweden) jammer zijn. Door gemengd te gaan wonen, raken Irakezen beter geïntegreerd. Integratie betekent dat je de goede dingen van de Nederlandse cultuur overneemt en het goede van de eigen Iraakse cultuur doorgeeft. Integratie is belangrijk voor beide culturen. Als je geconcentreerd gaat wonen en alleen de problemen die daardoor ontstaan naar voren brengt, zien anderen de slechte kanten van je cultuur en niet wat goed is aan jouw cultuur.*

De meeste ouderen die geen baan hebben, doen vrijwilligerswerk in de woonbuurt om zich nuttig te maken en zich nuttig te voelen. Ouderen rond de 55 jaar hebben minder overzicht van de bestaande activiteiten voor ouderen in vergelijking met ouderen rond de 60 jaar. Zes van de acht ouderen rond de 60 jaar proberen, voor zover hun gezondheid het toelaat, deel te nemen aan activiteiten voor ouderen die gehouden worden in de buurt, zodat ze uit hun sociaal isolement komen en zich nuttig kunnen maken. Een aantal ouderen boven de 70 jaar kan door hun slechte beheersing van de Nederlandse taal, verslechterde gezondheidstoestand, ouderdom, en onbekendheid met de omgeving niet zelfstandig uit huis gaan en deze groep voelt zich vaak geïsoleerd. Ze hebben een grote behoefte aan contact met anderen.

Alle ouderen geven aan dat de basisfaciliteiten in de woonomgeving toegankelijk zijn, zoals een supermarkt of de huisarts. Deze faciliteiten zijn meestal op loopafstand. Andere

faciliteiten zoals het ziekenhuis of de gemeente zijn niet toegankelijk omdat deze vaak te ver weg liggen van hun woonomgeving. Mobiliteit vormt een groot probleem voor deze ouderen. De helft van de ouderen kan op dit moment niet zelfstandig met het openbaar vervoer reizen en heeft intensieve begeleiding nodig van de kinderen in de openbare voorzieningen. Dit heeft vooral te maken met de taalbarrière, maar ook met de onbekendheid met het openbaar vervoersysteem en het zorgsysteem. Deze ouderen hebben vaak veel angst voor de buitenomgeving.

#### **4.6 De familierelaties en informele zorg**

In de gesprekken met ouderen over informele zorg zijn de volgende onderwerpen naar voren gebracht: de huidige familierelatie en toekomstige steun en de dimensie van de ervaren informele zorg.

##### Huidige familierelatie en toekomstige steun

De acht Iraakse ouderen die voor dit onderzoek zijn ondervraagd, hebben allen een goed contact met hun kinderen: de helft beschrijft het contact met hun volwassen kinderen als intiem. Zeven ouderen geven aan dat hun volwassen kinderen minimaal twee keer per week op bezoek komen en meerdere malen per week bellen. Alle ouders vinden het belangrijk om in de toekomst het contact met hun kinderen te blijven onderhouden. *[Vrouw, boven de 65 jaar, laag opgeleid, woont korter dan 5 jaar in Nederland]: Het contact tussen mij en mijn kinderen is heel goed. Mijn dochter en zoon bezoeken mij regelmatig thuis, bijna iedere dag. Ik heb ook veel contact met mijn andere zoon en dochter die niet in Nederland wonen.*

Ouderen die rond de 55 jaar zijn, voelen zich in vergelijking met ouderen boven de 60 jaar, lichamelijk gezonder. Ze zijn daardoor minder afhankelijk van de steun van hun familieleden. Een aantal personen van boven de 60 heeft een minder goede gezondheid. Door klachten als suikerziekte, astma, ontstoken of versleten gewrichten, rugklachten etc. alsmede psychische klachten, is de behoefte aan steun en aandacht bij deze ouderen groot. Deze ouderen geven aan, dat hoe ouder ze worden, hoe meer afhankelijk ze worden van hun familieleden. Zij verwachten veel steun te ontvangen van hun partner of kinderen bij taken als administratieve bezigheden en financiële zaken, huishoudelijk hulp, mobiliteit en intensieve begeleiding bij zorgvoorzieningen.

##### Dimensies van de ervaren informele zorg

De zorg die familieleden verlenen, wordt door ouderen gezien als een combinatie van verplichting en genegenheid, of als een combinatie van verplichting en verantwoordelijkheid. De meeste ouderen beweren dat zorg vooral uit genegenheid van de kinderen moet komen of uit de gedachte dat de kinderen verplicht zijn iets terug te doen voor de offers die hun ouders voor hen in het verleden hebben gebracht. Deze (terug)betaling zien ouderen terug in de vorm van goed contact met de familieleden. De meeste ouders vertellen daarbij dat zij hun volwassen kinderen niet onder druk willen zetten of belasten met hun problemen omdat zij inzien dat hun kinderen ook andere verplichtingen en eigen zorgen hebben in deze samenleving.

## 4.7 De formele zorg

In de gesprekken met de ouderen over de formele zorg zijn de volgende onderwerpen naar voren gebracht: de bekendheid van de Iraakse ouderen met de formele zorg, de mate van het huidige en het toekomstige gebruik van de ouderenvoorzieningen, en de mate van toegankelijkheid van de formele zorg voor deze doelgroep.

### De bekendheid met de formele zorg

Zeven van de acht ouderen weten niet welke wetten of regelingen er bestaan voor oudere migranten in Nederland of specifiek in Amersfoort. Alle ouderen zijn bekend met de algemene ziektekostenverzekering, en algemene zorgaanbieders zoals de huisarts en het ziekenhuis, maar kennen geen andere regelingen of vormen van ouderenvoorzieningen. Ze hebben wel eens van een bejaardentehuis of een verzorgingstehuis gehoord, maar hebben deze locaties nog nooit bezocht. *[Man, 55 jaar, langer dan 10 jaar in Nederland, hoog opgeleid, christelijk achtergrond]: Ik weet dat oudere mensen naar een bejaardentehuis gebracht worden als ze niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Maar hoe en wat de regels zijn om daarvoor in aanmerking te komen en welke kosten daaraan verbonden zijn, is voor mij onbekend. Ik weet niet veel over de bestaande ouderenvoorzieningen.*

Tijdens het interview is aan alle ouderen gevraagd of ze weten waar ze in Amersfoort informatie kunnen aanvragen over ouderenvoorzieningen. Allen geven aan dat de belangrijkste informatie via de familieleden en de autochtone vrienden verkregen wordt. Daarnaast noemen zij de gemeente en de huisarts als betrouwbare bron om informatie te verkrijgen.

### De mate van het gebruik van de formele ouderenvoorzieningen

De meeste ouderen en vooral de ouderen met een islamitisch achtergrond, willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en van hun volwassen kinderen zorg ontvangen. Wanneer de kinderen in de toekomst niet meer in staat zijn voor hun ouders te zorgen, willen deze ouderen gebruik maken van de thuiszorg. Deze ouderen willen in de toekomst niet naar een zorgtehuis verhuizen. Christelijke ouderen willen dit ook niet en zien een verhuizing als een laatste optie. De meeste christelijke ouderen rond de 55 jaar staan, in vergelijking met islamitische ouderen, meer open voor ouderenvoorzieningen, maar nog niet allemaal. Opmerkelijk is dat ouderen niet bekend zijn met de verschillende vormen van ouderenvoorzieningen, die hen kan helpen zelfredzaam te blijven en zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen.

Er zijn verschillende redenen te noemen waarom deze respondenten geen maken van de ouderenvoorzieningen in Amersfoort. Als eerste is dat de taalbarrière. De meerderheid van de ouderen vindt het lastig om informatie over ouderenvoorzieningen zelfstandig op te vragen, te lezen of met professionals mondeling of via de telefoon te bespreken. Ze ervaren veel miscommunicatie met professionals. De meeste ouderen voelen zich niet begrepen en willen hun behoeften vaak uitdrukken in hun eigen taal.

Als tweede reden heeft het verschil in cultuur en geloof invloed op het afwijzen van bepaalde vormen van ouderenvoorzieningen. Iraakse ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig en met behoud van eigen privacy in gemeenschappelijke woningen wonen. Voor de islamitische ouderen is het belangrijk dat er gescheiden keuken-, bid- en woonruimtes zijn voor mannen en vrouwen en dat er rekening wordt gehouden met hun eetcultuur.

Als derde vormt de onbekendheid met de ouderenvoorzieningen een reden om geen gebruik te maken van ouderenvoorzieningen. Omdat ouderen vaak niet weten wat er aan ouderenvoorzieningen en regelingen bestaat, kunnen zij daar ook geen gebruik van maken.

Als vierde reden kunnen ouderen andere verwachtingen hebben van het zorgsysteem en er daardoor voor kiezen om geen gebruik te maken van bepaalde ouderenvoorzieningen.

*[Vrouw, boven de 65 jaar, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Er is een verschil in de zorg hier in Nederland en in Irak. In Irak kom je bij de huisarts, hij/zij onderzoekt jou lichamelijk en vertelt daarna wat je mankeert. De huisarts in Nederland stelt alleen maar enkele vragen, pakt zijn boek erbij en doet helemaal geen lichamelijk onderzoek. Daarna zegt hij/zij wat je mankeert. Als mijn uitleg over mijn klachten aan de huisarts niet klopt door de Nederlandse taal, kunnen de resultaten verkeerd geïnterpreteerd worden. Ik heb behoefte aan professionals die mij echt onderzoeken en serieus aandacht en tijd besteden aan mijn probleem, en dan pas vertellen wat ik mankeer.*

Als vijfde reden is het beeld dat ouderen zich over ouderenvoorzieningen via de media vormen. Hun negatieve beeldvorming maakt het formeel zorgaanbod niet aantrekkelijk. Als laatste reden kan de ingewikkelde aanvraagprocedure en de verplichte financiële eigen bijdrage een belemmering vormen om een aanvraag te doen.

### De mate van toegankelijkheid van de formele zorg

Aan alle acht ouderen is gevraagd hoe informatie over regelingen en ouderenvoorzieningen toegankelijker kan worden gemaakt. De meeste ouderen wensen regelmatig praktische informatie te ontvangen van de gemeente, de huisarts, ouderenorganisaties, het Centrum voor Duurzame Inburgering (NVA) of religieuze instanties. Deze informatie kan verstrekt worden in de vorm van brieven, brochures of folders, vertaald in de Arabische taal of in gemakkelijk te lezen Nederlandse taal.

Het wijkcentrum kan bijdragen aan het verspreiden van informatie of het organiseren van informatieavonden voor oudere migranten en familieleden over de formele zorg. Vijf van de acht ouderen hebben behoefte aan een vaste contactpersoon die hen kan begeleiden bij al hun vragen rondom ouderenzorg. *[Man, 55 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: De gemeente of de professionals moeten regelmatig informatiebijeenkomsten houden voor ouderen boven de 55 jaar om voorlichting te geven over de formele zorg. We willen weten welke stappen we moeten zetten om een ouderenvoorziening aan te vragen. We willen weten welke mogelijkheden en voordelen de formele zorg kan bieden.*

Tot slot geeft de helft van de Iraakse ouderen aan dat samenwerking tussen de gemeente Amersfoort, de verschillende (zorg)organisaties en de burger noodzakelijk is om het aanbod toegankelijk te maken voor de oudere migranten. *[Vrouw, 62 jaar, 15 jaar in Nederland]: Het zou fijn zijn om een commissie raad te benoemen die opkomt voor de belangen van alle oudere migranten of als intermediair werkt tussen de migrantengroepen en de publieke of private zorginstellingen.*



## SAMENVATTEND

De geïnterviewde groep Iraakse ouderen is divers. Alle ouderen hebben in Irak de basisschool afgerond en meer dan de helft heeft in Irak of in Nederland een hbo of universitaire opleiding gevolgd. Twee van de acht ouderen hebben een baan en leven van hun inkomen. De rest leeft van een uitkering.

De ouderen zijn bereid om te integreren in de Nederlandse samenleving. Ze leren allemaal de Nederlandse taal en ze zijn deels bekend met de Nederlandse waarden en symbolen. In vergelijking met de islamitische ouderen, vieren de christelijke ouderen vaker de christelijke feestdagen. Daardoor voelen de christelijke ouderen zich meer verbonden met de Nederlandse cultuur. De Iraakse ouderen met een islamitisch achtergrond houden meer vast aan hun traditionele cultuur en geloofsovertuiging.

In Nederland verwachten bijna alle Iraakse ouderen informele zorg te ontvangen van hun volwassen kinderen. De meesten ervaren informele zorg als een combinatie van verplichting en genegenheid of als een combinatie van verplichting en verantwoordelijkheid.

Iraakse ouderen staan minder open voor enkele vormen van formele ouderenvoorzieningen. Dit heeft vooral te maken met de cultuurverschillen en voor sommige islamitische ouderen ook met de religie.

Over het algemeen zijn de meeste Iraakse ouderen tevreden over de gezondheidszorg in Nederland. Eén van de ouderen is ontevreden over het zorgsysteem en vindt het proces ingewikkeld en ineffectief. De meeste ouderen vinden de ouderenzorg ontoegankelijk. Dit heeft te maken met hun onbekendheid met de ouderenvoorzieningen in Amersfoort. Maar ook met de taalbarrière, de cultuurverschillen en religie.

Alle geïnterviewde ouderen wonen verspreid over Amersfoort en ervaren de woonomgeving als prettig, rustig en veilig. Alle ouderen willen zo lang mogelijk thuis wonen en in de buurt van hun familieleden, daarna in de buurt van autochtonen of landgenoten en op de derde plaats in de buurt van andere klassieke migrantengroepen. De meeste ouderen zijn niet op de hoogte van de mogelijkheden tot woningaanpassing waardoor ze langer thuis kunnen blijven wonen. Islamitische ouderen staan, in vergelijking met christelijke ouderen, minder open voor ouderenvoorzieningen. Ouderen die geen baan hebben maar wel een goede gezondheidstoestand, zijn gemotiveerd om vrijwilligerswerk te doen en deel te nemen aan ouderenactiviteiten in de buurt. Ouderen die een slechte gezondheidstoestand hebben en niet naar buiten kunnen komen, voelen zich depressief en sociaal geïsoleerd. Mobiliteit vormt een groot probleem. Door de taalbarrière, hun verslechterde gezondheidstoestand en de onbekendheid met het vervoerssysteem of zorgsysteem, maken ouderen geen gebruik van het openbaar vervoer. Ze zijn op den duur afhankelijk van de intensieve begeleiding van hun kinderen in de openbare voorzieningen.

Alle ouderen hebben een goed contact met hun kinderen en vinden het belangrijk om dit contact in de toekomst te behouden. Ouderen boven de 60 jaar zijn meer afhankelijk van hun kinderen als het gaat om administratieve taken, huishoudelijke hulp, mobiliteit en intensieve begeleiding binnen zorgvoorzieningen.

De meeste Iraakse ouderen weten niet welke wetten, regelingen en voorzieningen er bestaan voor ouderen in Amersfoort. Alle ouderen hebben behoefte aan praktische en heldere informatie over de bestaande ouderenvoorzieningen. Informatie over het zorgaanbod kan verspreid worden via de gemeente, de huisarts en andere (ouderen)zorg organisaties. De toegankelijkheid van de ouderenvoorzieningen wordt bevorderd door een vast aanspreekpunt zoals een contactpersoon en een betere samenwerking tussen de gemeente Amersfoort, de ouderenorganisaties, de zorginstellingen en de groep oudere migranten.

## 5. RESULTATEN DEELONDERZOEK II: Volwassen kinderen aan het woord

- *Vraagstelling: welke opvattingen hebben de volwassen kinderen over de informele en formele zorg en wat zijn hun toekomstverwachtingen?*

In het vorige hoofdstuk heeft de onderzoeker laten zien hoe de ouderen hun leefsituatie beleven en welke opvattingen en toekomstverwachtingen zij hebben met betrekking tot de informele en formele zorg. Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van de interviews met volwassen kinderen.

In totaal zijn er acht volwassen kinderen geïnterviewd. Tijdens het interview is als eerste gevraagd hoe de volwassen kinderen de leefsituatie van hun ouders ervaren. Hiervoor is dezelfde volgorde van de onderwerpen aangehouden als bij de ouderen, te weten: de achtergrondgegevens, de mate van de integratie van de volwassen kinderen in de Nederlandse samenleving, de ervaren Iraakse cultuur en religie, de opvattingen over de gezondheidszorg en de ouderenzorg, de ervaren woonomgeving, de familierelaties en de informele en formele zorg.

### 5.1 Achtergrondgegevens

Het zijn volwassen kinderen tussen 18 en 45 jaar. Ze hebben zowel een islamitische als een christelijke achtergrond. Het zijn zowel zonen als dochters en zij wonen allemaal langer dan tien jaar in Nederland. Vijf van de acht volwassen kinderen hebben een hoge opleiding afgerond (HBO, Universitair), één heeft een MBO diploma en de overige twee studeren in het hoger onderwijs. Drie van de acht volwassen kinderen hebben een passende baan gevonden. De overige vijf hebben naast hun studie een bijbaan of zijn op zoek naar een passende baan. Zes van de acht alleenstaande volwassen kinderen wonen thuis bij hun ouders. Twee volwassen kinderen zijn getrouwd en wonen niet meer thuis, maar wel in de buurt van hun ouders.

### 5.2 De mate van integratie

Met integratie wordt hier bedoeld in hoeverre de volwassen kinderen de Nederlandse normen & waarden en symbolen hebben overgenomen. De volwassen kinderen geven aan dat ze voor een groot deel (voor ongeveer 70%) geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving en bekend zijn met de Nederlandse normen en waarden. *[Zoon, 24 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Ik ben geboren in Irak maar getogen in Nederland. We krijgen thuis Arabische normen en waarden mee, maar door wat je op school leert, door wat je van je vrienden ziet en meemaakt, voel ik me meer Nederlander dan Irakees.*

Alle volwassen kinderen beheersen de Nederlandse taal en geven aan dat ze meestal veel autochtone vrienden hebben. De meeste volwassen kinderen vertellen tijdens het interview dat ze hun best doen om bij de Nederlandse samenleving te horen. *[Dochter, 23 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Je wilt jezelf bewijzen, je wilt het altijd net zo goed of zelfs beter doen dan de anderen. Je wilt dat je ouders trots op je zijn. Het kost mij soms meer energie om het goed te doen en om iets te bereiken in deze samenleving.*

Zeven van de acht volwassen kinderen doen mee aan de nationale feestdagen.

De volwassen kinderen met een christelijk achtergrond doen ook mee aan de christelijke feestdagen maar dit is minder het geval bij de volwassen kinderen met een islamitische achtergrond. De islamitische kinderen geven aan dat er thuis anders naar deze feestdagen gekeken wordt; het hoort niet bij hun cultuur en geloofsovertuiging. Desondanks respecteren zij de mensen die het wel vieren. Sommigen islamitische volwassen kinderen stimuleren zelfs hun eigen kinderen om deels aan de christelijke feestdagen deel te nemen.

De volwassen kinderen hechten veel betekenis aan een aantal Nederlandse waarden, maar ook aan een aantal Iraakse waarden. Zo geven een paar volwassen kinderen aan dat ze het prettig vinden dat iedereen zich in Nederland aan de afspraken en regels houdt. Dat men open en duidelijk is naar elkaar en dat gelijke behandeling centraal staat. Aan andere Nederlandse waarden kunnen zij niet gemakkelijk wennen. Denk aan de mate van tolerantie of vrijheid. *[Dochter, 41 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Door mijn cultuur is het moeilijk om alles te accepteren. Ik accepteer de mensen zoals ze zijn zo lang ze mij goed behandelen. Als dat niet goed gaat, dan kan ik dat niet tolereren.* Enkele volwassen kinderen vertellen dat ze geleerd hebben om geen misbruik te maken van de gegeven vrijheid, want vrijheid is een verantwoordelijkheid die je meedraagt. Het betekent meer dan openlijk alles vertellen en doen waar je zin in hebt. Deze kinderen zijn beschermd opgevoed. Andere waarden die deze volwassen kinderen vanuit hun Iraakse achtergrond hebben meegekregen, zijn respect voor je ouders, liefdevol en behulpzaam zijn voor je familie en omgeving. Alle volwassen kinderen nemen het beste van beide culturen mee. *[Zoon, 24 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Ik heb het voordeel dat ik het leuke kan kiezen van beide culturen. Ik kies van Nederland de vrijheid van meningsuiting en van Irak het respect voor je ouders en ouderen, wat minder zichtbaar is hier in Nederland. Ik kies uit beide werelden de beste eigenschappen en voeg ze in één.*

### 5.3 De ervaren Iraakse cultuur en religie

De volwassen kinderen vertellen dat zij vanuit hun Iraakse achtergrond geleerd hebben om voor hun ouders te zorgen. Vaak blijven de kinderen in Irak bij hun ouders wonen als ze getrouwd zijn. Er is een onderlinge afhankelijkheid en een sterke band tussen de familieleden. In Nederland gaan de kinderen het huis uit als ze getrouwd zijn. Zeven van de acht kinderen willen de onderlinge band sterk houden en voelen zich verantwoordelijk om nu en in de toekomst informele zorg te verlenen aan hun ouders.

Een aantal volwassen kinderen vergelijkt de Nederlandse familiecultuur met de Iraakse familiecultuur. Ze vertellen dat de Nederlandse familiebanden nog steeds sterk zijn, maar dat deze banden bij sommige Nederlandse families steeds meer verwaterd raken. Ze geven aan dat het individualisme en de staat er de oorzaken van zijn dat niet de familie maar het individu in de samenleving centraal staat. *[Dochter, 18 jaar, volgt een hoge opleiding, woont bijna 10 jaar in Nederland]: Sinds ik 18 jaar ben, krijg ik geld en meer vrijheid en heb ik meer individuele rechten. Zo word ik steeds meer onafhankelijk van mijn ouders. Het gevolg is dat het contact tussen mij en mijn ouders minder wordt. Of je nu voor lange tijd thuis of uit huis bent, hoe lang je op school zit, of je wel of geen bijbaan hebt, met het openbaar vervoer reist of met je ouders, het heeft allemaal met onafhankelijkheid te maken. De Nederlandse jongeren hebben van kleins af aan geleerd om onafhankelijk te zijn en hebben behoefte aan veel vrijheid. Ouders mogen deze vrijheid niet beperken. Onderling contact kan daardoor minder worden en de afstand groter. Wanneer het niet goed gaat met de ouders, dan zijn de kinderen druk met hun eigen leven en zien de zorg voor hun ouders niet als hun verantwoordelijkheid.*

Aan de volwassen kinderen werd gevraagd of religie een rol speelt bij het accepteren of afwijzen van de informele en formele zorg. Opvallend is dat alle volwassen kinderen van mening zijn dat niet religie maar vooral cultuur een rol speelt bij het afwijzen van sommige vormen van formele zorg. Vaak spelen schaamte- en schuldgevoelens een rol. *[Dochter, 18 jaar, volgt een hoge opleiding, heeft een islamitische achtergrond, woont bijna 10 jaar in Nederland]: In Nederland wordt voldoende rekening gehouden met religievoorschriften, dat is het probleem niet. Het ligt meer bij de familieleden en onze cultuur. Je kunt het niet maken om je ouders in een verpleegtehuis te plaatsen.*

Alle acht volwassen kinderen vertellen dat hun ouders zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen en in de toekomst informele zorg willen ontvangen. Formele zorg wordt zo

lang mogelijk uitgesteld. Opvallend is dat de volwassen kinderen met een islamitische achtergrond specifieke vormen van ouderenvoorzieningen, denk aan een bejaardentehuis of een verzorgingstehuis, minder snel accepteren dan de kinderen met een christelijke achtergrond. De christelijke kinderen zien, naast de informele zorg, de formele zorg als een aanvullende vorm van zorgverlening. Een aantal kinderen vindt het erg moeilijk om over dergelijke onderwerpen met hun ouders te praten.

#### 5.4 De opvattingen over de gezondheidszorg en ouderenzorg

Zeven van de acht volwassen kinderen zijn tevreden over de gezondheidszorg voor ouderen. Eén van de volwassen kinderen is niet tevreden over de gezondheidszorg voor ouderen en vindt dat er binnen het zorgsysteem te veel medische fouten gemaakt worden door miscommunicatie die voorkomen had kunnen worden. De meeste kinderen vinden dat het zorgsysteem goed werkt, maar dat het niet goed aansluit bij de behoeften en verwachtingen van de oudere migranten: *[Dochter, 45 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Het noodtelefoonsysteem is erg goed geregeld. Als ouderen thuis wonen en een probleem krijgen, dan kunnen zij de noodtelefoon gebruiken. Je wordt dan meteen doorverbonden met een huisarts of een andere professional die meteen iemand doorstuurt om je te helpen. Dit is allemaal goed geregeld, maar als die oudere persoon die alleen woont niet weet hoe hij/zij in het Nederlands moet communiceren, hoe moet het dan? De taal is een barrière voor ouderen om te communiceren met professionals.*

De helft van de volwassen kinderen is tevreden over de ouderenzorg. Zij geven aan dat ze thuis regelmatig folders ontvangen voor 55+ers en dat er regelmatig activiteiten georganiseerd worden voor ouderen in de woonbuurt. De andere helft heeft een negatief beeld van de ouderenzorg. Twee volwassen kinderen hebben in verschillende verzorgingstehuizen gewerkt en vinden dat vooral de kwaliteit van de ouderenzorg in sommige tehuizen onvoldoende is. *[Zoon, 24 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Ik heb in een bejaardentehuis, in de keuken, gewerkt. Ik had niet zoveel contact met ouderen. Ik bracht alleen eten naar ze toe omdat ze zelf niet naar beneden konden komen. Ze waren te oud en te kwetsbaar. De ouderen vertelden met tranen in hun ogen dat ze één keer in de twee maanden bezocht werden door hun familieleden. Ze kregen in dat tehuis geen tijd om rustig te douchen of naar het toilet te gaan. Ik kan mijn ouders daar niet heen brengen.*

#### 5.5 De woonomgeving

Zeven van de acht volwassen kinderen ervaren de leefomgeving van hun ouders als rustig, prettig en veilig. Ze ervaren weinig problemen in de buurt.

Alle acht volwassen kinderen vinden het belangrijk om nu en in de toekomst dicht bij hun ouders te wonen en regelmatig contact te houden. De meeste volwassen kinderen vinden het prettig als hun ouders autochtonen of landgenoten als buren hebben en op de tweede plaatst andere (klassieke) migrantengroepen. Deze volgorde geldt vooral voor de volwassen kinderen met een christelijke achtergrond. De volwassen kinderen met een islamitische achtergrond hebben geen voorkeur voor buren.

De meeste volwassen kinderen vertellen dat voorzieningen zoals een supermarkt of de huisarts op loopafstand te bereiken zijn voor ouderen boven de 60 jaar. Maar andere voorzieningen zoals de gemeente en het ziekenhuis zijn minder goed bereikbaar. In de toekomst zullen deze ouderen steeds minder mobiel worden en steeds meer afhankelijk worden van hun volwassen kinderen. *[Dochter, 45 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: Ik heb problemen met parkeren bij het Meander Medisch Centrum Lichtenberg. Ik ga altijd met mijn moeder mee naar dat ziekenhuis. Ze is slecht ter been en daarom zet ik haar altijd af bij de voordeur om daarna de auto te parkeren. Ze moet bij de ingang op mij wachten. Eén keer had ze haar been gebroken en daardoor was het erg lastig*

*om haar af te zetten bij de ingang en haar daar te laten wachten. Ik heb gezocht naar andere alternatieven zoals de regiotaxi, maar die was te duur. Ik heb ook nagedacht om een gehandicaptenkaart aan te vragen, maar de procedure hiervoor is te lang en misschien krijgt ze er geen want ze heeft geen beperking.*

## **5.6 De familierelaties en informele zorg**

In de gesprekken met de volwassen kinderen over de informele zorg zijn de volgende onderwerpen naar voren gebracht: de huidige familierelatie, de bestaande opvattingen over en de toekomstverwachtingen van de volwassen kinderen over de informele zorg.

### De huidige familierelatie

Zeven van de acht volwassen kinderen hebben regelmatig contact met hun ouder (s) en vinden het belangrijk om dit contact in de toekomst te onderhouden. Ze hebben een hechte band opgebouwd met hun ouders. Deze band is opgebouwd uit respect, vertrouwen en veel begrip voor de ander. Eén van de volwassen kinderen vindt het moeilijk om goed contact te onderhouden met zijn ouder. Dit komt vooral door zijn werk: hij heeft een fulltime baan en daarnaast een eigen gezin waardoor hij niet veel tijd overhoudt.

### De bestaande verwachtingen over de informele zorg

Zeven van de acht volwassen kinderen vertellen dat ze in de toekomst bereid zijn om zo goed als mogelijk is informele zorg te verlenen. Eén van de volwassen kinderen is niet in staat om zorg te verlenen en legt deze verantwoordelijkheid neer bij de andere familieleden en de formele zorg.

Een derde deel van de volwassen kinderen verleent op dit moment intensief informele zorg. Zij vertellen daarbij dat zij, naast de informele zorg die zij verlenen aan hun ouders, ook nog voor hun eigen kinderen moeten zorgen, een baan hebben, en zelf ook steeds ouder worden. Daardoor zullen ze in de toekomst niet meer in staat zijn om voldoende zorg te bieden aan hun ouders. Zij willen in de toekomst gebruik maken van de formele zorg. Maar dit ervaren zij als een probleem omdat zij het idee hebben dat hun ouders niet openstaan voor de formele zorg.

### De ervaren informele zorg

De meeste volwassen kinderen zien de zorg voor hun ouders als een bepaalde vorm van genegenheid of ze doen dit uit verantwoordelijkheid (of een combinatie van genegenheid en verantwoordelijkheid). Ze ervaren de zorg voor hun ouders niet als een verplichting. *[Zoon, 24 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland]: De zorg voor mijn ouders ervaar ik, naast dat het cultuurgebonden is, als een vorm van liefde. Door mijn werkervaring in sommige bejaardentehuizen, heb ik gezien hoe slecht ouderen soms behandeld worden. Ik hou te veel van mijn ouders en heb te veel respect voor ze om ze zo iets aan te doen.*

Een aantal volwassen kinderen noemt daarbij ook het geloof: dit zou ook een grote rol spelen bij de informele zorg. *[Vrouw, 41 jaar, 13 jaar in Nederland, Universitaire opleiding]: In de Koran staat geschreven dat je voor je ouders moet zorgen omdat ze voor jou gezorgd hebben.*



## 5.7 De formele zorg

In de gesprekken met de volwassen kinderen over de formele zorg zijn de volgende onderwerpen naar voren gebracht: de bekendheid van de volwassen kinderen met de formele zorg, het gebruik van ouderenvoorzieningen door hun ouders, en de mate van toegankelijkheid van de formele zorg voor hun ouders.

### De bekendheid met de formele zorg

De meeste volwassen kinderen zijn niet volledig op de hoogte van de wetten en regelingen met betrekking tot ouderenzorg. Deze volwassen kinderen zijn wel bekend met een aantal algemene ouderenvoorzieningen bij naam, zoals een verzorgingstehuis of een bejaardentehuis, maar hebben deze instellingen nog nooit bezocht. Ook zijn ze niet op de hoogte van andere specifieke ouderenvoorzieningen en mogelijkheden tot woningaanpassing, wat mogelijk maakt dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Twee volwassen kinderen volgen een opleiding in de medische sector en hebben meer kennis over de gezondheidszorg en ouderenzorg dan de overige volwassen kinderen.

Tijdens het interview is gevraagd of de volwassen kinderen weten waar ze informatie over wetten, regelingen en voorzieningen met betrekking tot ouderen kunnen vinden. Vijf van de acht volwassen kinderen noemen het internet, daarna de gemeente, de autochtone vriendenkring, de huisarts, de opleiding of bij de zorginstelling zelf. Drie van de acht volwassen kinderen hebben daar nog nooit over nagedacht.

### De mate van het huidige en het verwachte toekomstige gebruik van ouderenvoorzieningen

Als de kinderen niet meer in staat zijn om informele zorg te verlenen, dan is de thuiszorg een optie. Andere vormen van ouderenvoorzieningen zijn voor de meeste kinderen minder acceptabel.

Aan de volwassen kinderen is gevraagd welke barrières de ouders tegenkomen als het gaat om het gebruik maken van de formele ouderenvoorzieningen. Alle acht volwassen kinderen noemen de taalbarrière als het grootste probleem. Ouderen kunnen moeilijk communiceren met buitenstaanders. De volwassen kinderen van wie de ouders de Nederlandse taal goed beheersen, maken zich daar geen zorgen over en staan meer open voor de formele zorg. Het cultuurverschil is een tweede barrière. Door de cultuurverschillen kunnen de ouders zich minder prettig voelen in een tehuis en bepaalde handelingen niet accepteren of als beangstigend ervaren. Eén volwassen kind vertelt dat de kans groot is dat ouders zich in zorginstellingen zullen terugtrekken en zich eenzaam zullen gaan voelen. Daarnaast ontstaan er bij de volwassen kinderen schaamte- en schuldgevoelens als zij hun ouders naar een tehuis brengen. Ten slotte is er door de media of door eigen werkervaring een negatief beeld ontstaan over de formele zorg. *[Zoon, 24 jaar, hoog opgeleid, woont langer dan 10 jaar in Nederland en heeft een islamitische achtergrond]: De manier van omgaan met ouderen in zorgtehuizen en bejaardentehuizen is respectloos. Respectloos niet in de zin van de omgang van de verpleegster met de cliënt, want ze gaan heel respectvol en zachtaardig met een oudere om, maar respectloos in de zin van de strenge regels. Tussen 12:00 en 13:00 uur is er een plaspauze. Moet je daarna naar het toilet, dan doe je het maar in je luier. De cliënt heeft 10 minuten douchetijd, wanneer hij/zij langer gaat douchen, dan kost dat meer tijd of gaat het ten koste van een andere cliënt. Ouderen hebben meer zorg nodig dan jongeren. Wij moeten het levensbestaan van alle ouderen, zolang die er nog is, zo aangenaam mogelijk maken. Zij hebben hard gewerkt om voor ons een betere toekomst te bouwen. Ik vind niet dat je ze dan in een sombere plek kan dumpen, dank je wel kunt zeggen en af en toe een papje en af en toe een plaspauze kunt geven. Ik vind dat je de behoeftes van de ouderen veel beter moet kunnen vervullen. De gemeente mag een groter budget uittrekken voor de ouderenzorg omdat*

*de zorg op dit moment kwalitatief niet goed genoeg is. Uiteindelijk belanden jij en ik ook daar en het is daarom goed om het nu goed aan te pakken.*

De volwassen kinderen met een christelijke achtergrond staan in vergelijking met kinderen met een islamitische achtergrond meer open voor ouderenvoorzieningen. Zij zien deze voorzieningen naast de informele zorg als een aanvullende vorm van zorgverlening. De volwassen kinderen met een islamitische achtergrond staan minder open voor dergelijke voorzieningen, maar als er geen andere optie is, dan willen zij in de toekomst vooral een beroep doen op de thuiszorg.

#### De mate van de toegankelijkheid van de formele zorg voor hen en voor hun ouders

Op de vraag hoe informatie over ouderenzorg toegankelijk gemaakt kan worden voor de volwassen kinderen en hun ouders, geven alle volwassen kinderen de voorkeur aan schriftelijke informatie. Deze informatie moet voor de ouderen in duidelijk geschreven Nederlandse taal of in de Arabische taal geschreven worden. Daarnaast vertellen de volwassen kinderen dat zorgconsulenten, ouderenadviseurs of contactpersonen uit de zorgverzekering ouderen, die de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt, van basisinformatie over ouderenzorg moeten voorzien. Tot slot kunnen voorlichtingen op school of stages en informatiebijeenkomsten georganiseerd door zorgorganisaties meer informatie verstrekken over de formele zorg.

## SAMENVATTEND

De geïnterviewde groep volwassen kinderen is divers. Zij wonen langer dan tien jaar in Nederland. Meer dan de helft is hoog opgeleid en minder dan de helft heeft een passende baan gevonden. De meeste volwassen kinderen wonen thuis bij hun ouders.

De volwassen kinderen zijn, in vergelijking met hun ouders, beter geïntegreerd in de Nederlandse samenleving. Ze studeren, werken en hebben veel autochtone vrienden. Ze hechten veel waarde aan bepaalde Nederlandse waarden zoals de openheid en de gelijke behandeling van man en vrouw, maar ook aan een aantal Iraakse waarden zoals respect en behulpzaamheid naar ouderen toe.

De meeste volwassen kinderen hebben veel contact met hun ouder(s). Ze hebben een hechte band opgebouwd die bestaat uit respect, vertrouwen en veel begrip voor de ander. De meeste volwassen kinderen zijn bereid om in de toekomst zo goed mogelijk informele zorg te verlenen. De meeste volwassen kinderen ervaren informele zorg als een vorm van genegenheid of verantwoordelijkheid of als een combinatie van beide. Daarnaast speelt religie bij sommige kinderen een rol bij het verlenen van informele zorg.

De meeste volwassen kinderen die nog niet getrouwd zijn, wonen thuis bij hun ouders. In de toekomst willen zij zelfstandig gaan wonen, maar wel het liefst in de buurt van hun ouders. De volwassen kinderen met een christelijke achtergrond geven de voorkeur aan autochtonen of landgenoten als burens, en daarna aan andere (klassieke) migrantengroepen. De volwassen kinderen met een islamitische achtergrond hebben geen voorkeur voor burens.

De meeste volwassen kinderen zijn tevreden over de gezondheidszorg in Nederland. De helft van de volwassen kinderen is tevreden over de formele zorg. De andere helft is ontevreden en vindt dat de kwaliteit van ouderenzorg onvoldoende is.

De volwassen kinderen die op dit moment intensieve informele zorg verlenen, geven aan in de toekomst niet meer in staat te zijn om volledige zorg te verlenen en willen meer een beroep doen op de formele zorg, met name op de thuiszorg. Deze vorm van formele zorg is het meest acceptabel voor de volwassen kinderen en hun ouders. Andere ouderenvoorzieningen zijn minder acceptabel, en dit geldt deels voor kinderen met een christelijke achtergrond, maar voornamelijk voor de volwassen kinderen met een islamitische achtergrond. Redenen om de formele zorg niet te accepteren zijn de cultuurbarrière en de schuld- en schaamtegevoelens die er zouden kunnen ontstaan wanneer hun ouders in een zorgtehuis geplaatst zouden moeten worden. Formele zorg is daarnaast minder aantrekkelijk voor ouderen door de taalbarrière en het negatieve beeld dat via de media over bepaalde ouderenvoorzieningen is verspreid.

Door mobiliteitsproblemen en verslechterde gezondheidstoestand van ouderen in de toekomst, zullen ouderen steeds meer afhankelijk worden van hun kinderen.

De meeste kinderen zijn onvoldoende bekend met de wetten, de regelingen en de specifieke voorzieningen met betrekking tot ouderenzorg. De meeste volwassen kinderen denken informatie te kunnen inwinnen over de formele zorg via het internet, de gemeente, de eigen woonomgeving, de huisarts of bij de zorginstellingen zelf.

Informatie over de formele zorg kan toegankelijk gemaakt worden door deze schriftelijk te verspreiden. Voor de ouders kan deze schriftelijke informatie vertaald worden naar het Arabisch of in gemakkelijk geschreven Nederlandse taal. Daarnaast vinden de volwassen kinderen het belangrijk dat ouderen die de leeftijd van 55 jaar bereiken door de zorgverzekering of ouderenadviseurs benaderd en geïnformeerd worden over de formele zorg. De volwassen kinderen kunnen daarnaast via school meer geïnformeerd worden over ouderenzorg.

## 6. RESULTATEN DEELONDERZOEK III: Professionals aan het woord

- *Vraagstelling: hoe beoordelen de professionals, die werken met oudere migranten, de leefsituatie van oudere migranten met het oog op de informele en formele zorg?*

In het vorige hoofdstuk heeft de onderzoeker laten zien welke opvattingen en toekomstverwachtingen de volwassen kinderen hebben met betrekking tot de informele en formele zorg. Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van zes interviews met enkele professionals. Aan deze professionals is gevraagd hoe zij de informele en formele zorg bij de oudere migranten uit de vluchtelingengroepen ervaren. Er zijn vragen gesteld over de volgende onderwerpen: de ervaren gezondheidstoestand van de oudere migranten uit de vluchtelingengroepen, de ervaren informele zorg bij deze groepen, de bekendheid van het aanbod van ouderenvoorzieningen bij deze ouderen, de werkelijke behoefte aan en het gebruik van ouderenvoorzieningen door deze ouderen, door hun volwassen kinderen, en de mate van toegankelijkheid van ouderenvoorzieningen voor deze ouderen.

De groep professionals bestaat uit allochtone zorgconsulenten, een psycholoog, een pastoor, een projectleider van leefbaarheid en sociale samenhang en een medewerker van het Centrum voor Duurzame Inburgering (NVA).

### 6.1 De ervaren gezondheidstoestand van de vluchtelingengroepen

De gezondheidstoestand van de Iraakse ouderen is afhankelijk van een aantal factoren, stelt een psycholoog die ervaring heeft met migrantengroepen. Het is afhankelijk van hoe lang ze in Nederland wonen, hun opleidingsniveau en woonsituatie. Als ouderen al lange tijd in Nederland wonen, denk aan een periode van tien tot twintig jaar, hoogopgeleid zijn, een baan en een gezin hebben en de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt, dan verkeren zij vaak net als de gemiddelde Nederlander meestal in een goede psychische toestand. Het verschil merkt men als ouderen rond de 45 jaar zijn als zij naar Nederland vluchten. Ondanks hun hoge opleiding, verloopt de integratie minder goed. Ouderen zijn gemotiveerd om te werken, maar door de taalbarrière en de gevorderde leeftijd wordt het steeds moeilijker om een baan te vinden en de taal te beheersen. Hierdoor beginnen ouderen hun toekomst somber in te zien en als zij hun situatie niet accepteren, dan kan dit leiden tot eenzaamheid, depressie, psychosociale- en lichamelijke klachten. Deze situatie wordt versterkt doordat familieleden en landgenoten vaak verspreid (gaan) wonen en ouderen op den duur mobiliteitsproblemen gaan ervaren. Ze voelen zich beperkt.

Eén van de professionals stelt dat vooral de Somalische groep erg achterblijft als het gaat om integratie, terwijl de andere vluchtelingengroepen vaker midden in de samenleving staan. *[Medewerker NVA]: De Somalische vrouwen zijn vaak alleenstaand en ze hebben meer moeite met het verwerven van de Nederlandse taal. Ze richten zich heel erg op hun eigen groep en zijn heel snel oud op een jonge leeftijd. Ze zijn uitgeblust. En dat is te verklaren doordat ze drie levens achter zich hebben gelaten, zo hebben ze op jonge leeftijd kinderen gekregen, ze hebben veel kinderen gekregen, ze hebben de vlucht naar Nederland meegemaakt met alle ellende van dien en de omstandigheden waar ze uitgekomen zijn. Vervolgens hebben ze hier in Nederland opnieuw proberen te overleven. De Iraakse, Afghaanse en Iraanse groepen zijn over het algemeen energiek aan het proces van inburgering begonnen.*

De integratie van de oudere migranten in het Nederlands zorgsysteem verloopt minder goed. De eigen cultuur en het geloof spelen daarbij een grote rol. Oudere migranten met een islamitische achtergrond integreren minder snel in de Nederlandse samenleving in vergelijking met oudere migranten met een christelijke achtergrond. *[Allochtone zorgconsulent]: Christelijke ouderen voelen zich in vergelijking met islamitische ouderen meer thuis in Nederland. Dit omdat ze kerken kunnen bezoeken en zich daardoor meer thuis*

*kunnen voelen. Islamitische ouderen hebben andere bidhuizen nodig, ze hebben andere rituelen en gewoonten. Als zij zich niet vertrouwd voelen in hun omgeving, blijven ze zich vasthouden aan hun cultuur, gewoonten en rituelen.*

## **6.2 De ervaren informele zorg**

In Irak heeft de familie een centrale rol in de samenleving, stelt een geïnterviewde pastoor. De familieleden en vooral de vrouwen dragen de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de ouderen. Dit is cultuur- en religiegebonden. In Nederland lijken de kernwaarden van de familie te vervallen en daarvoor in de plaats lijkt het individu een centrale rol in te nemen. Vrouwen krijgen in Nederland meer rechten en vrijheid en gaan ook meer werken. De rol van de vrouw als informele zorgverlener verdwijnt hierdoor.

Een aantal professionals stelt dat een hechte relatie tussen familieleden een positieve invloed heeft op de gezondheid van ouderen. Het is belangrijk dat de volwassen kinderen dicht bij hun ouders gaan wonen. Maar dit is niet altijd mogelijk. Veel kinderen hebben andere verplichtingen en wonen verder weg. Daardoor zijn ze minder goed in staat om veel tijd door te brengen met hun ouders. Sommige ouderen zullen deze situatie accepteren en gebruik maken van andere vormen van ouderenvoorzieningen. Anderen zullen deze situatie niet accepteren en ervaren daardoor veel psychische en lichamelijke klachten. Het is dan belangrijk om ouderen op tijd met leeftijdsgenoten in contact te brengen omdat dit het socialisatieproces versterkt en een positieve invloed heeft op hun gezondheidstoestand, aldus een psycholoog.

## **6.3 De bekendheid van ouderenvoorzieningen bij ouderen uit de vluchtelingengroepen**

De professionals zien grote verschillen tussen het Nederlandse- en Iraakse zorgsysteem. In Irak was de algemene gezondheidszorg in de jaren '70, '80 en '90 betaalbaar en kwalitatief goed, maar men had geen huisarts of een collectieve verzekering. In Nederland krijgt men een uitkering, iedereen is verzekerd, maar de zorg wordt steeds duurder.

In Irak bestaan er weinig ouderenvoorzieningen zoals verzorgingstehuizen of bejaardentehuizen. De staat is niet verantwoordelijk voor ouderenzorg, maar die verantwoordelijkheid ligt voornamelijk bij de familie. In Nederland hebben ouderen meer rechten en er zijn meer sociale voorzieningen. De Nederlandse staat reguleert en financiert een deel van de ouderenzorg.

Oudere migranten, maar ook hun volwassen kinderen weten vaak niet welke rechten en plichten zij hebben en welke regelingen en wetten er bestaan met betrekking tot ouderenzorg, stellen twee allochtone zorgconsulenten. Deze doelgroepen weten vaak niet welke zorgvoorzieningen er in Amersfoort bestaan, terwijl er via de gemeente een klein handboek is uitgegeven voor senioren. Dit handboek sluit voor 100% bij de behoeften en vragen van de oudere migranten aan.

## **6.4 De werkelijke behoefte aan en het gebruik van formele zorg door ouderen uit de vluchtelingengroepen**

Het aanbod van ouderenvoorzieningen sluit niet aan bij de behoeften van de oudere migranten uit de vluchtelingengroepen. Professionals, zorginstellingen, andere instanties en burgers moeten elkaar leren kennen op het terrein van formele zorg, stelt een aantal professionals. Bekendheid van oudere migranten met de formele zorg is noodzakelijk en de aanpassingen daarvoor hoeven niet groot te zijn.

Twee professionals vertellen dat de behoeften die oudere migranten hebben dezelfde zijn als die van de autochtone ouderen en ouderen uit andere migrantengroepen, maar die behoeften moeten een andere invulling krijgen. De basisbehoefte blijft dezelfde en dat is



uiteindelijk de behoefte aan zekerheid. Als er iets gebeurt met de oudere migrant, wil hij of zij op een betrouwbaar persoon kunnen terugvallen. Ook is het zo dat oudere migranten de nieuwe taal, die zij op een oudere leeftijd geleerd hebben, verliezen en heimwee krijgen naar hun eigen oorspronkelijke identiteit. Ze hebben behoefte aan gelijksoortige mensen waarmee ze over hun jeugd kunnen praten zoals dat ook geldt voor autochtone ouderen. Er zijn veel overeenkomsten, maar de taal vormt een barrière.

Een andere professional vertelt dat oudere migranten vooral behoefte hebben aan emancipatie. Door naar buiten te treden, kunnen oudere migranten leren om weerbaar te worden. *[Medewerker NVA]: Veel migranten denken dat als je niets weet, je dan niets hoeft te doen. Als je zelf iets kunt, moet je het zelf gaan doen en dat is beangstigend. Een emancipatietraining of weerbaarheidstraining is belangrijk voor ouderen. Ze moeten leren hoe ze boodschappen moeten doen, hoe ze moeten pinnen en in gesprek kunnen gaan met anderen. Hoe ze dingen moeten doen die zij niet gewend zijn. Daardoor leren zij vertrouwen te hebben in de professionals en de omgeving, en durven zij zich over te geven aan andere mensen. Als ze het vertrouwen hebben dat ze goed geholpen worden, maakt dit de communicatie gemakkelijker.*

De meeste professionals geven aan dat hoewel de behoefte aan zorg groot is bij oudere migranten, het gebruik van de voorzieningen laag blijft. Dat ligt voornamelijk aan de taalbarrière en de cultuurverschillen. Als ze de taal niet beheersen, kunnen ze niet communiceren. Ze zien het als een grote drempel om informatie op te vragen bij instanties over de formele zorg. Door de cultuurverschillen voelen ouderen zich niet altijd begrepen en op hun gemak binnen de instellingen. Daarnaast speelt onbekendheid met ouderenvoorzieningen een rol. De formele zorg staat nog te ver van de mensen af en dat ligt deels aan de zorgverleners zelf, stelt een professional. *[Medewerker NVA]: De zorgverlener is er op ingesteld om het werk op zijn/haar eigen manier te doen en andere mensen moeten zich daar maar naar voegen. Voor een deel kan ik daarin meegaan, want je kunt je niet altijd voegen naar wat andere mensen willen, maar je kunt wel dingen anders aanpakken en andere oplossingen/aanpassingen proberen te vinden. Oudere migranten moet je op een laagdrempelige manier benaderen.*

Hoewel het formele zorggebruik van oudere migranten uit de vluchtelingengroepen laag blijft, is het zorggebruik van de vluchtelingengroepen groter dan die van de klassieke migrantengroepen. Een aantal professionals vertelt dat oudere migranten uit de vluchtelingengroepen in vergelijking met ouderen uit de klassieke migrantengroepen meer en sneller gebruik maken van de formele zorg.

Door traumatische ervaringen vertonen oudere vluchtelingen meer lichamelijke of psychische klachten en daardoor moeten zij vaker een beroep doen op gespecialiseerde hulpverlening, huisarts en andere vormen van hulpverlening. Vluchtelingen zijn vaak ook ouder als ze naar Nederland komen en hebben daardoor geen breder familieverband die hen kan ontvangen. Daardoor kunnen ze niet zelfstandig blijven wonen als ze ouder worden en komen ze eerder bij de formele zorg terecht. Vluchtelingengroepen passen zich door hun hogere opleiding sneller aan aan de Nederlandse samenleving en het zorgsysteem. Hun zorgvraag kan daardoor sneller worden beantwoord. Ouderen uit de klassieke migrantengroepen zoeken minder snel de formele zorg op en verwachten meer hulp van hun kinderen. De taal is vaak de grootste blokkade bij de vluchtelingengroepen om gebruik te maken van ouderenvoorzieningen.

## 6.5 De mate van toegankelijkheid van ouderenvoorzieningen voor ouderen uit de vluchtelingengroepen

In Amersfoort is het aanbod van ouderenvoorzieningen groot, maar niet gemakkelijk toegankelijk voor oudere migranten. Twee allochtone zorgconsulenten geven aan dat er voor oudere migranten in Amersfoort een klein aanbod bestaat aan specifieke zorgvoorziening. Dit aanbod bestaat uit ouderenorganisaties Beweging 3.0, migranten ouderenwerkers en het NADA huis.

De zorgconsulenten vinden het lastig om de eerste vier grote vluchtelingengroepen te bereiken en om met deze doelgroepen te werken. *[Allochtone zorgconsulent]: Ik merk dat er mensen zijn die niet enthousiast zijn als ze bij mij hulp komen vragen. Zij hebben vaak praktische vragen. Ze willen dan meteen praktische oplossingen hebben. Ouderen uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen doen in vergelijking met ouderen uit de klassieke migrantengroepen minder mee aan cursussen en ontmoetingsactiviteiten voor ouderen. Zij zijn afstandelijker. Het vertrouwen in de zorgverlening ontbreekt bij deze groep en dit is een aandachtspunt. Als het vertrouwen er eenmaal is, dan is er geen probleem meer. De volwassen kinderen van de oudere migranten kunnen voor advies over de informele en formele zorg terecht bij wijkcentra, steunpunten en Beweging 3.0 zorgverlening. Opvallend is dat de volwassen kinderen uit de klassieke migrantengroepen eerder bereikbaar zijn dan de kinderen uit de vluchtelingengroepen. [Allochtone zorgconsulent]: Ik richt me op de oudere migranten maar ook op hun volwassen kinderen. Ik geef bijvoorbeeld voorlichting over dementie. Zij krijgen te horen wat hun ouders en henzelf te wachten staat. Opvallend is dat de volwassen kinderen van de klassieke groepen sneller te bereiken zijn dan kinderen uit de vluchtelingengroepen. De volwassen kinderen en ouderen uit de vluchtelingengroepen zijn vaak carrière mensen en leiden een druk leven. Schriftelijke informatie is de juiste weg om de volwassen kinderen te bereiken, maar ook via andere methoden die ook voor de Nederlanders toegankelijk zijn. Denk aan de media.*

De toegankelijkheid van ouderenvoorzieningen kan vergroot worden door een gemengd personeelsbeleid. Een medewerker van het Centrum voor Duurzame Inburgering stelt dat gemengd personeel ervoor zorgt dat er meer vertrouwen ontstaat tussen professionals en ouderen. De communicatie verloopt soepeler. Daarbij stelt zij dat de oudere migranten ook in het Nederlands moeten kunnen communiceren omdat ze met andere bewoners en autochtone professionals te maken zullen hebben. *[Medewerker NVA]: Het moet geen gescheiden groep worden waarbij men alleen met de eigen groep converseert. Het is belangrijk dat alle mensen in hun leefomgeving zich welkom en zich thuis kunnen voelen.*

De meeste professionals vertellen dat ouderen uit de klassieke migrantengroepen en vluchtelingengroepen andere achtergrondkenmerken hebben. Zorgverleners moeten daarom weten hoe zij de verschillende groepen ouderen moeten benaderen. Er moet meer openheid ontstaan over de angsten die er bij de hulpverleners en ouderen ontstaan bij het verlenen en ontvangen van zorg. *[Medewerker bij Movisie]: Het Nederlandse zorgsysteem moet cultuursensitieve zorg kunnen bieden, dus eigenlijk klantgericht werken. Dat is in veel gevallen nog niet zo ver. Je hebt goede en minder goede professionals. Professionals moeten begrijpen wat het betekent als iemand een vluchtelingachtergrond of een migratiegeschiedenis heeft. Nederland wordt steeds meer een multiculturele samenleving.*

Aan de professionals is gevraagd of er bepaalde strategieën nodig zijn tussen de informele zorgverleners, de ouderen en de formele zorgverleners om de communicatie tussen deze drie groepen goed te laten verlopen en de zorgverlening toegankelijk te maken. De meeste professionals geven aan dat de communicatie tussen de drie groepen niet goed verloopt. Alle informatie die vanuit een andere (tweede en derde persoon) verstrekt wordt, wordt kwalitatief minder. Het is daarom belangrijk om de ouderen direct te benaderen, stelt een allochtone zorgconsulent. Maar dat is soms onmogelijk. Directe benadering kan wel

gestimuleerd worden door het toegankelijker maken van de hulptelefoon, het inzetten van een tolk en veel migranten vrijwilligers.

Extra inzet en extra aandacht van zorgverleners is belangrijk voor oudere migranten. Extra inzet door extra vrijwilligers in te zetten. Extra aandacht door te luisteren en anders te leren luisteren, door automatisch extra tijd in te ruimen voor oudere migranten. *[Allochtone zorgconsulent]: Hele kleine dingen die wij als verwennerij zien, kunnen hun lot bepalen. Te denken valt aan een tolk. Er zijn veel gevallen bekend waarbij er door onduidelijkheden jarenlang verkeerde medicijnen gebruikt zijn en veel onnodige misverstanden zijn ontstaan. Dit vraagt om een brede kijk bij de hulpverlening en de noodzaak om zorg op maat te leveren. Migranten moeten hun gevoelens kunnen uiten. Onbegrip, het gevoel niet serieus genomen te worden en het gevoel niet alles te kunnen vertellen, brengt veel frustraties met zich mee. Oudere migranten kunnen niet alle informatie verwerken. Zorgverleners moeten anders leren luisteren, meer letten op non-verbale communicatie en leren aanvoelen wat de cliënt werkelijk wil. Dat vraagt veel tijd, inzet en een andere benadering.*

Belangrijke sleutelfiguren die de toegankelijkheid van ouderenvoorzieningen kunnen stimuleren, zijn vertegenwoordigers van verenigingen, moskeeën en kerken. Maar ook de huisarts of een allochtone zorgconsulent kan een belangrijke rol spelen. Het moet iemand zijn die ouderen respecteert en hen kan beïnvloeden, stelt de psycholoog. *[Psycholoog]: Het moet iemand zijn die ouderen beïnvloedt. Een geliefd iemand. Iemand die een groot netwerk heeft en vele contacten onderhoudt. Iemand die deskundig is op het gebied van zorg, wonen, welzijn en beleid. Iemand die tweekantig is en heel eerlijk kan zijn over de situatie in de toekomst.*

Ouderen uit de vluchtelingengroepen hebben in vergelijking met de klassieke migrantengroepen weinig eigen verenigingen, stelt een allochtone zorgconsulent. En als zij die eenmaal hebben, dan houden deze verenigingen zich niet bezig met thema's als zorg en welzijn, maar meer met culturele en religieuze activiteiten. De vluchtelingengroepen zijn daardoor minder vertegenwoordigd en minder snel te bereiken. De allochtone zorgconsulenten stellen dat de vluchtelingengroepen meer individueel gericht zijn in plaats van groepsgericht. Twee professionals noemen daarnaast dat vertegenwoordigers van de vluchtelingengroepen een drempel kunnen vormen bij de keuzes die oudere migranten maken met betrekking tot de formele zorg. Daarom moeten die vertegenwoordigers goed geïnformeerd worden over de voordelen van het formele zorgaanbod. *[Medewerker NVA]: De vraag is of mensen daar eerlijk in kunnen zijn. Op zich is het heel mooi dat mensen zorg als verplichting voelen, mijn ouders hebben voor mij gezorgd, nu ga ik voor hen zorgen. Je zou mensen ervan moeten kunnen overtuigen dat het niet slecht is om gebruik te maken van de formele zorg. Ik ben bij een bijeenkomst geweest over ouderen en zorg en een oudere allochtone man zei: 'Je bent een raar kind als je niet voor je ouders zorgt.' Wat hij bedoelde, was dat je een slecht kind bent als je niet voor je ouders zorgt. Je hebt de plicht om voor je ouders te zorgen. Het is niet slecht om van de formele zorg gebruik te maken. Ook in een verpleeghuis kun je daar als familielid veel aan bijdragen. Je zou er zelf een rol in kunnen gaan spelen. Als familie ben je ook zelf voor een deel verantwoordelijk voor de zorg voor je ouders.*

## 6.6 De ervaren balans tussen informele en formele zorg

Er is aan de professionals gevraagd welke relatie er bestaat tussen de informele en formele zorg. De meningen van de professionals zijn verdeeld.

Een aantal professionals gaat er vanuit dat de formele zorg pas geleverd wordt als er onvoldoende informele zorg beschikbaar is. De formele zorg compenseert dan het tekort aan de geleverde informele zorg. *[Pastoor]: De kernwaarde van de familie is zorg bieden en liefdevol zijn. De plaats die de familie inneemt, is onvervangbaar voor de ouder en belangrijk voor de gezondheid van de ouder. Familiezorg zou daarom, naast formele zorg, wettelijk geregeld moeten worden.*

Vroeger was er een schaarste aan woningen. Ouderen werden daardoor heel vroeg in verzorgingstehuizen geplaatst om ruimte te maken voor gezinnen. In de huidige tijd komen ouderen alleen in aanmerking voor een zorgtehuis als zij intensieve zorg nodig hebben. De omgeving is verantwoordelijk geworden voor ouderenzorg. Een nadeel is dat de informele zorg niet altijd aanwezig is. Daardoor is het noodzakelijk om gebruik te maken van de formele zorg. De formele zorg compenseert dan het tekort aan de ontvangen informele zorg.

Andere professionals geven aan dat de aanwezigheid van de informele zorg het gebruik van formele zorg faciliteert om de gevraagde formele zorg te ontvangen. Iemand die bijvoorbeeld dement is en een leverprobleem heeft, heeft intensievere zorg nodig dan iemand die lichamelijk goed is maar zich eenzaam voelt. De informele zorgverlener functioneert als intermediair. Hij/zij verzamelt kennis en inzicht en zoekt naar de juiste kanalen om een beroep te doen op de formele zorg. De formele zorg zou daarom de basis moeten vormen en voor iedereen toegankelijk moeten zijn en de informele zorg zou aanvullend moeten zijn.

De professionals zijn tot slot allemaal van mening dat samenwerking tussen familie en professionals noodzakelijk is om adequate keuzes te maken voor ouderen met betrekking tot de informele en formele zorg. De familie en de professionals moeten de sterke kanten van de informele en formele zorg combineren om de beste zorg te verlenen.

## SAMENVATTEND

Ouderen die op jonge leeftijd naar Nederland komen, hoog opgeleid zijn, een baan en een gezin hebben, zullen beter kunnen integreren in de Nederlandse samenleving en minder lichamelijke en psychische klachten ervaren dan ouderen die rond de 45 jaar zijn als ze als individu naar Nederland komen en geen baan hebben. Iraakse ouderen zijn vaak gemotiveerd om te werken, maar worden beperkt door de taalbarrière en hun hoge leeftijd. Wanneer ouderen hun leefsituatie niet accepteren, kan dat leiden tot lichamelijke en psychische klachten.

In Irak neemt de familie een centrale rol in bij het verlenen van informele zorg aan ouderen. Dit is zowel cultuur- als religiegebonden. In Nederland staat het individu centraal en krijgen familieleden door werk, studie en eigen gezin andere verplichtingen. Daardoor zullen familieleden in de toekomst minder in staat zijn informele zorg aan hun ouders te bieden.

Oudere migranten uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen hebben meer baat bij het Nederlandse zorgsysteem dan het Iraakse zorgsysteem. Ouderen zijn in Nederland verzekerd en hebben recht op ouderenzorg. In Amersfoort bestaan er voldoende ouderenvoorzieningen maar deze zijn onvoldoende bekend bij oudere migranten en hun volwassen kinderen.

In Nederland is het zorgaanbod vooral gericht op de behoeften van autochtone ouderen en minder specifiek op de behoeften van oudere migranten. In Amersfoort bestaat er een klein aanbod aan ouderenvoorzieningen voor oudere migranten. De behoeften van ouderen uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen komen overeen met die van de autochtone ouderen en ouderen uit andere migrantengroepen, maar deze moet een andere invulling krijgen.

De behoefte van de oudere migranten aan ouderenvoorzieningen is groot, maar het gebruik daarvan blijft laag. De belangrijkste oorzaken voor het lage gebruik van ouderenvoorzieningen bij ouderen komt door de taal- en cultuurbarrière, maar ook door de relatieve onbekendheid met ouderenvoorzieningen. Hoewel het zorggebruik van oudere migranten laag blijft, is het zorggebruik van voorzieningen door ouderen uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen groter dan die van de ouderen uit de klassieke migrantengroepen. Dit heeft te maken met de traumatische ervaringen van ouderen uit de eerste vier grote vluchtelingengroepen, waardoor ze vaker aan lichamelijke of psychische klachten leiden en meer en sneller (door hun hoge opleiding) een beroep doen op de zorgverlening. Deze ouderen komen op hogere leeftijd naar Nederland en hebben vaak kleinere familieverbanden. Hierdoor kunnen zij niet voor lange tijd zelfstandig blijven wonen.

De toegankelijkheid van ouderenvoorzieningen kan vergroot worden door een gemengd personeelsbeleid (migrant en autochtoon), door rekening te houden met de diverse achtergrondkenmerken van ouderen uit de vluchtelingengroepen, door ouderen direct te benaderen via sleutelfiguren (vertegenwoordigers van verenigingen, religieuze leiders, de huisarts of allochtone zorgconsulenten), door ze in contact te brengen met ouderenvoorzieningen, door extra inzet en aandacht van professionals en door samenwerking tussen oudere migranten, hun volwassen kinderen en de professionals.

Er wordt door de professionals een relatie gelegd tussen de informele en formele zorg. De meningen van de professionals zijn verdeeld. Een aantal professionals gaat er vanuit dat de informele zorg de basis moet zijn bij ouderenzorg en dat de formele zorg aanvullend is. Andere professionals stellen dat de informele zorg het gebruik van formele zorg faciliteert om de gevraagde formele zorg te ontvangen. De formele zorg zou daarom de basis moeten vormen bij ouderenzorg en informele zorg zou dan aanvullend moeten zijn.



## 7. CONCLUSIES

In dit hoofdstuk worden de conclusies gegeven aan de hand van de deelvragen van het kwalitatieve onderzoek. Daarnaast komen de methodische verantwoording en de aanbevelingen aan bod.

### 7.1 Conclusie deelonderzoek I: Iraakse ouderen

- *Vraagstelling: welke opvattingen hebben de Iraakse oudere migranten over de informele en formele zorg en wat zijn hun toekomstverwachtingen?*

De resultaten van de interviews met de Iraakse oudere migranten komen in grote mate overeen met de resultaten uit het onderzoek van Kagitcibasi et al. (1996). Het blijkt dat de Iraakse ouderen het contact met hun familieleden erg belangrijk vinden. Ze zijn deels geïntegreerd in de westerse cultuur, die gekenmerkt wordt door individualisering waarbij het individu een centrale rol inneemt in de Nederlandse samenleving, maar behouden ook voor een deel hun cultuur uit het Midden-Oosten, een cultuur die wordt gekenmerkt door het collectivisme, waarbij de kernwaarden van de familie centraal staan.

Iraakse ouderen die mobiel zijn, maken veel contact met autochtonen en landgenoten en iets minder met de klassieke migrantengroepen. Deze volgorde geldt vooral voor de christelijke Iraakse ouderen. Bij de islamitische ouderen is dat onderscheid minder belangrijk. Ouderen die boven de 70 jaar zijn en minder mobiel zijn, hebben weinig contact met de buitenomgeving en voelen zich daardoor vaak sociaal geïsoleerd wat zich uit in klachten van depressieve aard. De onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal kan voor Iraakse ouderen een belemmering zijn om contact te leggen met mensen uit de omgeving. Dit komt overeen met de resultaten van Schellingerhout et al. (2004). Uit zijn studie blijkt dat de beheersing van de Nederlandse taal invloed heeft op de mate van communicatie met de omgeving.

De meeste ouderen gaan er vanuit dat hun volwassen kinderen in Nederland informele zorg zullen verlenen, maar willen hen niet belasten omdat ze weten dat hun kinderen andere verplichtingen hebben in deze samenleving. De traditionele zorgplicht is ingebed in de zorgcultuur van deze ouderen (Van den Hoven, 2006). De zorg die de volwassen kinderen verlenen, wordt door ouderen gezien als een combinatie van verplichting en genegenheid, of als een combinatie van verplichting en verantwoordelijkheid. Hoewel de Iraakse christelijke ouderen in vergelijking met de Iraakse islamitische ouderen in de toekomst minder steun van hun volwassen kinderen verwachten, blijft er bij hen een hoge verwachting bestaan dat hun kinderen in vergelijking met de autochtone groepen meer informele zorg zullen verlenen. Deze resultaten sluiten aan bij de resultaten van het empirisch onderzoek van Schellingerhout et al. (2004).

De beleving van de geïnterviewde Iraakse ouderen komt in grote mate overeen met de resultaten van het onderzoek van Rossi & Rossi (1990). De sociologen beweren dat een hoge opleiding bij ouderen invloed heeft op hun meningen en verwachtingen richting wat betreft de zorg door de familie en die van de professionele hulpverlening. Dat zien we terug in de resultaten. Iraakzen die hier langer dan vijftien jaar wonen, zijn meestal hoger opgeleid dan Iraakzen die minder lang in Nederland wonen. Hoe hoger de ouders opgeleid zijn, hoe eerder zij formele zorg accepteren en hoe meer zij zelfstandig formele zorg gaan inkopen. Zij realiseren zich dat formele zorg, naast de informele zorg, aanvullend kan zijn. Het gevoel van de kinderlijke verplichting vermindert.

Over het algemeen willen de Iraakse ouderen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen vertrouwde woning blijven wonen. In de praktijk betekent dit dat de woning in de toekomst, als ouderen zorgafhankelijk worden, aangepast zal moeten worden. De meeste ouderen zijn niet op de hoogte van de mogelijkheden van woningaanpassing of andere

vormen van ouderenwoningen zoals een aanleunwoning, een seniorenwoning e.d., wat mogelijk maakt dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Dit komt overeen met de resultaten van Kunst et al. (2008); Van Bekum & Smulders (2010). Wanneer ouderen niet weten wat er aan ouderenvoorzieningen bestaat, dan zullen zij er geen gebruik van maken (Schellingerhout, 2004). De onbekendheid met de mogelijkheden van de ouderenzorg leidt bij veel Iraakse ouderen tot angst omdat het een onbekend en dus voor hen een onveilig of vreemd terrein is.

De helft van de Iraakse ouderen is niet van plan om in de toekomst naar zorgtehuizen zoals een bejaardentehuis of een verzorgingstehuis te verhuizen. Dit geldt vooral voor de islamitische ouderen. De christelijke ouderen staan meer open voor dergelijke ouderenvoorzieningen en zien het als een aanvullende optie. Alle ouderen zien naast de informele zorg, de thuiszorg als een aanvullende vorm van zorgverlening, wanneer hun kinderen niet meer in staat zijn om volledige zorg te bieden.

De meeste ouderen hebben geen voldoende inzicht in de bestaande wetten, regelingen en voorzieningen met betrekking tot ouderenzorg in Amersfoort. In de literatuur is er hiervoor een aantal redenen gegeven en sommige daarvan worden door de resultaten van Mldovsky (2007); Tesser et al. (1998) & Raad voor Volksgezondheid & Zorg, (2000) bevestigd.

Naast de onbekendheid met de ouderenvoorzieningen vormt de taalbarrière een tweede knelpunt in de toegang tot de formele zorg. De Iraakse ouderen vinden het moeilijk om schriftelijk informatie en formulieren over zorg op te vragen en te lezen. Ze vinden het ook moeilijk om mondeling of telefonisch met de hulpverlening te communiceren en worden naar mate ze ouder worden steeds meer afhankelijk van de begeleiding van hun volwassen kinderen. Deze ouderen zouden graag in de toekomst, wanneer hun familieleden niet meer in staat zijn om voor hen te zorgen, naar een tehuis willen gaan waar etnische personeel werkt waarmee ze in hun eigen taal kunnen communiceren. Hoe ouder zij worden, hoe sneller ze de Nederlandse taal zullen vergeten. De ouderen willen binnen zorginstellingen communiceren met mensen die hen gevoelsmatig begrijpen. Een vertrouwde omgeving voorkomt verschijnselen als depressie of sociaal isolement.

Het derde punt betreft de cultuurbepaalde wensen en behoeften die een rol spelen in de toegankelijkheid tot de formele zorg. Iraakse ouderen hebben over het algemeen meer privacy nodig. De islamitische ouderen hebben in zorgtehuizen bijvoorbeeld behoefte aan gescheiden bid-, woon- en keukenruimtes voor mannen en vrouwen. Ze hebben er behoefte aan te voldoen aan bepaalde voedselvoorschriften en kledingvoorschriften. Deze ouderen vrezen dat het uitoefenen van de eigen religie of cultuur niet geaccepteerd of begrepen zal worden door zorgverleners of andere cliënten (Schellingerhout, 2004). Hun verhuizing naar een zorgtehuis zou daarnaast kunnen betekenen dat de kinderen niet in staat zijn gebleken voor hen te zorgen en dit zou schaamte en schuldgevoelens met zich meebrengen. Dit komt overeen met de resultaten van Kunst et al. (2008); Van Bekum & Smulders (2010).

Ook speelt de eigen financiële bijdrage als vierde punt een rol bij het lage gebruik van formele zorg (Kloosterbroer, 2004). Ouderen weten vaak niet of ze recht hebben op een bepaalde ouderenvoorziening. Bij sommige ouderen bestaat de angst dat ze in vergelijking met de autochtone ouderen in een minder kwalitatieve instelling terecht zullen komen of dat de gevraagde zorg voor hen onbetaalbaar wordt. Dit heeft deels te maken met het feit dat ze zich realiseren dat ze een lage AOW ontvangen.

Als vijfde reden is mobiliteitsbeperking bij ouderen een barrière in het gebruik van de formele zorg. De afstand tussen de woonplaats van ouderen en ouderenvoorzieningen heeft invloed op het gebruik van ouderenvoorzieningen (Post, Van der Wal & Klazinga, 2004). Naar mate de gezondheidstoestand van deze ouderen achteruit gaat, zullen zij minder in staat zijn om ouderenvoorzieningen te bereiken of vervoer te regelen om die voorzieningen te bereiken. Dit heeft opnieuw te maken met de taalbarrière maar vooral met de onbekendheid met het vervoersysteem en de buitenomgeving. Deze ouderen zullen naar mate ze ouder worden steeds meer afhankelijk worden van hun volwassen kinderen.

### *Hoe kan het aanbod van formele zorg toegankelijk worden gemaakt?*

De meeste ouderen willen in de toekomst vooral praktische informatie ontvangen over ouderenvoorzieningen die hen helpt om zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen woonomgeving te blijven wonen. Die praktische informatie willen zij ontvangen vanuit zorginstellingen of contactpersonen/professionals die betrouwbaar zijn. De meeste ouderen hebben behoefte aan een vaste contactpersoon die hen begeleidt bij al hun vragen rondom ouderenzorg. Deze ouderen zien in dat goede samenwerking tussen de gemeente, de verschillende organisaties en de familie noodzakelijk is om het zorgaanbod toegankelijk te maken en te houden voor oudere migranten.

## **7.2 Conclusie deelonderzoek II: Volwassen kinderen**

- *Welke opvattingen hebben de volwassen kinderen over de informele en formele zorg en wat zijn hun toekomstverwachtingen?*

De resultaten van de interviews met de volwassen kinderen komen in grote mate overeen met de resultaten uit het onderzoek van Kagiticibasi et al. (1996). Zo blijkt dat bijna alle volwassen kinderen veel contact hebben met hun ouders. Zij vinden de hechte relatie met hun ouders belangrijk en deze relatie is opgebouwd uit respect, vertrouwen en veel begrip voor de ander. Dit neemt niet weg dat door werk, de soms lange reisafstand, privé-omstandigheden en andere verplichtingen het sociale netwerk van het gezin regelmatig doorbroken wordt en het contact van korte duur is of op de lange termijn moeilijk te onderhouden valt.

Over het algemeen willen de meeste geïnterviewde volwassen kinderen nu en in de toekomst zo lang mogelijk kwalitatief goede informele zorg verlenen. Dit is cultuurgebonden en voor sommige islamitische kinderen ook religiegebonden. Hun motivatie komt voort uit de ervaren genegenheid, verantwoordelijkheid of een combinatie van beide voor hun ouders. Deze bewering sluit aan bij de resultaten van het empirisch onderzoek van Van Buren (2002) en Schellingerhout (2004). En de resultaten van het onderzoek van Finley et al. (1988).

De meeste volwassen kinderen verwachten dat hun ouders zo lang mogelijk thuis zullen blijven wonen en dat verhuizing naar zorgtehuizen de leefsituatie van hun ouders negatief zal beïnvloeden, omdat deze locaties als onbekend en onveilig worden ervaren. De islamitische kinderen weigeren om hun ouders naar een bejaardentehuis, een verzorgingstehuis of andere zorgtehuizen te verplaatsen. Ze staan wel open voor de thuiszorg, maar dit is alleen mogelijk wanneer hun ouders deze vorm van zorgverlening ook accepteren. De christelijke kinderen accepteren de formele zorg en zien deze vorm van zorgverlening naast de informele zorg als aanvullend.

De meeste volwassen kinderen zijn tevreden over de gezondheidszorg voor ouderen. Zij zijn niet volledig bekend met de wetten, de regelingen en de verschillende vormen van ouderenvoorzieningen voor ouderen. Zij denken informatie over de formele zorg te kunnen vinden via het internet, de gemeente, de autochtone vriendenkring, de huisarts, de opleiding of een zorginstelling. De volwassen kinderen zijn van mening dat hun ouders in de toekomst weinig gebruik zullen maken van de formele zorg. Dit komt voornamelijk door de onbekendheid van de ouders met de ouderenvoorzieningen, maar ook door de ontoegankelijkheid van die voorzieningen door de taal- en cultuurbarrière.

### *Hoe kan het aanbod van de formele zorg toegankelijk worden gemaakt?*

Er is gevraagd hoe informatie over de formele zorg meer toegankelijk gemaakt kan worden voor de volwassen kinderen en hun ouders. De meeste volwassen kinderen geven de voorkeur aan schriftelijke informatie. Daarnaast willen zij dat er in het verzekeringspakket voor ouderen boven de 55 jaar informatie verstrekt wordt over ouderenzorg. Tot slot kan men door middel van educatieve middelen de volwassen kinderen benaderen en informeren over de ouderenzorg.

### **7.3 Conclusie deelonderzoek III: Professionals**

- *Hoe beoordelen de professionals, die werken met oudere migranten, de leefsituatie van oudere migranten met het oog op de informele en formele zorg?*

Professionals hebben verschillende visies met betrekking tot de relatie tussen informele en formele zorg. Ze zijn het er allemaal over eens dat ouderen uit de vluchtelingengroepen in de toekomst in aantal zullen toenemen. Ook geven zij aan dat oudere migranten uit de vluchtelingengroepen veel traumatiserende gebeurtenissen hebben meegemaakt en vaker dan de klassieke migrantengroepen aan lichamelijke of psychische klachten lijden. Daardoor doen zij (en zullen zij in de toekomst) meer en sneller een beroep doen op gespecialiseerde hulpverlening, de huisarts en andere vormen van hulpverlening. Dit resultaat komt overeen met de resultaten uit het onderzoek van Laban et al. (2005). Een aantal professionals is van mening dat een groot deel van de tweede en derde generatie zodanig in de Nederlandse samenleving is geïntegreerd, dat er door andere verplichtingen niet meer voldoende tijd en aandacht besteed kan worden aan de zorg voor hun ouders. Dat betekent dat ouderen intensieve zorg nodig zullen hebben die niet meer door de eigen omgeving gegeven kan worden. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van Goumans et al. (2004).

Deelname van de oudere migranten uit de vluchtelingengroepen aan vormen van thuiszorg of thuisbegeleiding, aan woonvoorzieningen en andere vormen van tehuizen is een oplossing om de nodige zorg te ontvangen, maar het gebruik van deze mogelijkheden wordt niet voldoende benut.

Zorgorganisaties zijn voor oudere migranten in de praktijk nog steeds moeilijk toegankelijk, stellen de professionals, omdat het zorgaanbod en het woonklimaat niet afgestemd is op de woonwensen van oudere migranten. Oudere migranten willen in een vertrouwde en veilige omgeving oud worden, waarbij rekening dient te worden gehouden met hun taalbarrière, cultuur en godsdiensten. Deze resultaten sluiten aan bij de beweringen van een aantal professionals in het boek van Actiz (2010).

De volwassen kinderen staan in de toekomst voor een dilemma. Aan de ene kant kunnen zij hun zorgafhankelijke ouders niet meer volledig verzorgen, omdat zij zelf andere verplichtingen hebben. En aan de andere kant zijn zorgtehuizen voor hun ouders geen optie omdat de gezondheidstoestand van hun ouders daar, door gevoelens van onbegrip, eenzaamheid en depressie, verder achteruit kan gaan.

Een aantal professionals is van mening dat informele zorg door de familie en omgeving niet vervangen kan worden en dat deze vorm van zorgverlening de basis dient te zijn voor het welzijn van de ouderen. De rol van de familie is onvervangbaar. Deze professionals gaan ervan uit dat de formele zorg pas geleverd moeten worden als er een tekort is aan beschikbare informele zorg. De formele zorg compenseert het tekort aan de geleverde

informele zorg. Hierdoor kunnen familieleden die informele zorg verlenen, ondersteund worden zodat ze niet overbelast raken.

Andere professionals geven aan dat sommige ouderen geen kinderen hebben of als er wel kinderen zijn, deze niet altijd in staat zijn om die zorg te bieden. De mate van (de intensieve) zorg is daarnaast afhankelijk van de gezondheidstoestand van de ouder. Daarom zien zij dat de aanwezigheid van informele zorg het gebruik van de formele zorg faciliteert om de gevraagde zorg te krijgen. De familie of omgeving verwerft kennis en krijgt inzicht om als intermediair te functioneren en een beroep te doen op de formele zorg. De formele zorg wordt hier gezien als de basis waarop ouderen altijd terug kunnen vallen. De informele zorg moet dan aanvullend zijn.

De behoeften van oudere migranten zijn net als die van autochtone ouderen universeel, stelt een aantal professionals, het gaat uiteindelijk om de basisbehoefte van zekerheid en een veilige omgeving. Maar die behoefte moet een andere invulling krijgen. De behoeften van ouderen uit de klassieke migrantengroepen zijn anders dan die van de vluchtelingengroepen. Klassieke migrantengroepen hebben andere achtergrondkenmerken dan ouderen uit de vluchtelingengroepen. Ouderen uit de vluchtelingengroepen wonen meer verspreid, zijn hoger opgeleid, zijn individueel verschillend, hebben behoefte aan praktische oplossingen voor hun problemen en hebben behoefte aan verschillende vormen van hulp. Daarom moeten professionals andere methoden ontwikkelen of de bestaande methoden aanpassen om ook die doelgroep te bereiken.

Alle professionals zijn het erover eens dat het interculturatieproces gestimuleerd moet worden om de formele zorg toegankelijk te maken. Dit sluit aan bij de resultaten van de beweringen van een aantal professionals in het boek van Actiz (2010). Interculturatie is de verandering van een reguliere 'witte' zorgorganisatie in een reguliere organisatie voor iedereen. Interculturatie vraagt om een integraal beleid.

Alle professionals pleiten voor een gemengd personeelsbeleid, omdat dit de toegankelijkheid van formele zorg bij oudere migranten mogelijk maakt. Dit komt overeen met de conclusies van enkele professionals in het boek van Actiz (2010). Zorgverleners moeten veel kennis en expertise hebben van andere culturen. Ze moeten een gevoeligheid voor de taalbarrière en cultuurverschillen van deze ouderen ontwikkelen. Professionals moeten bewust onbekwaam zijn en dat betekent dat ze niet alles hoeven te weten, maar dat iedereen bereid moet zijn zich met respect in de belevingswereld van de ander te verdiepen.

Zowel de gemeente als de zorginstellingen alsmede de familie kunnen samen nadenken over hoe zij in de toekomst met de zorgafhankelijke ouderen willen omgaan. Een open dialoog tussen de verschillende partijen kan bijdragen aan het proces van een integrale zorgverlening, waarbij instellingen een multiculturele omslag maken en de bewustwording bij de oudere migranten, hun volwassen kinderen en de omgeving over ouderenzorg vergroot wordt.



## 7.4 Methodische reflectie

Ten eerste zijn de ervaringen van de Iraakse oudere migranten met betrekking tot ouderenzorg onderzocht. Voor zover bekend is dit eerder alleen in het onderzoek van Dagevos (2011) gedaan. Zowel de literatuurstudie als het kwalitatieve onderzoek hebben bijgedragen aan de validiteit van het onderzoek en waren twee geschikte methoden van onderzoek geweest om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Door middel van interviews zijn er gegevens verzameld van de respondenten. Onder de paragraaf van betrouwbaarheid en validiteit is de vorm van materiaalverzameling behandeld. Er is gebruik gemaakt van opnamemateriaal en er zijn tijdens het onderzoek verschillende aantekeningen gemaakt om de omstandigheden voor de onderzoeker hanteerbaar te maken. Deze zaken blijven kenmerkend voor de vorm van kwalitatief onderzoek. De respondenten maken zelf afwegingen wat ze wel en niet zullen vertellen. Het feit dat de onderzoeker een Iraakse achtergrond heeft, beïnvloedt de keuzes die deze doelgroepen maken over wat ze wel of niet vertellen. Op basis van de interviewmethode en kennis en ervaring van de onderzoeker is er een realistisch en genuanceerd beeld geschetst van oudere migranten met betrekking tot ouderenzorg, en van de professionals die als sleutelinformanten functioneren en vanuit hun professionalisme oudere migranten benaderen.

## 7.5 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies kunnen er een aantal aanbevelingen worden gedaan. Ten eerste op het gebied van beleid. Beleidsmakers spelen een grote rol in de inrichting van de leefsituatie van oudere migranten en ouderenzorg en bepalen op basis van verschillende afwegingen (politiek, economisch, humaan) de voorwaarden waaraan de leefsituatie moet voldoen. Ten tweede zijn er aanbevelingen voor de professionals. Zij voeren het beleid in de praktijk uit binnen de opgezette kaders. Het gaat om professionals die werkzaam zijn binnen ouderenzorg, maar ook om professionals die projecten opzetten voor ouderen en oudere migranten met betrekking tot ouderenzorg. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor verder onderzoek.

### 7.5.1 Aanbevelingen beleidsmakers

Sinds 2009 vinden er ingrijpende veranderingen plaats in de AWBZ. Dit vormt een onderdeel van een grootschalige hervorming van de zorg in Nederland. Die veranderingen zijn van belang voor iedereen die langdurige, onverzekerbare zorg nodig heeft. Alle ouderen krijgen te maken met de gevolgen van die veranderingen. Oudere migranten worden extra hard getroffen en daar houdt het beleid nog weinig rekening mee. Het dreigend sociaal isolement bij deze groep is groot, maar vormt geen grondslag meer voor de indicatie ondersteunende begeleiding. Veel projecten (dagverzorging of integratie) die gefinancierd worden op grond van de bovengenoemde indicaties komen in gevaar. Men moet niet vergeten dat oudere migranten rond de 55 jaar nog vitaal zijn en veel talenten bezitten. Ze moeten ondersteund en gestimuleerd worden om die talenten te benutten.

Oudere migranten hebben een grote behoefte aan zorg, maar hun behoefte moet anders ingevuld worden. Ze hebben recht op kwalitatief goede zorg, maar de toegankelijkheid van ouderenvoorzieningen wordt niet alleen door de taal- en cultuurbarrière bemoeilijkt, maar

ook door hun onbekendheid met de formele zorg en het Nederlandse zorgsysteem. Het beleid houdt daar nog te weinig rekening mee.

Het is belangrijk dat oudere migranten voorzien worden van een stabiele en gezonde woonsituatie. Dit betekent dat beleidsmakers goed moeten nadenken over de gevolgen van een verhuizing van een oudere migrant naar een onbekende omgeving en dat er gezocht moet worden naar mogelijkheden of aanpassingen om ouderenvoorzieningen voor hen toegankelijk te maken. Integratie van de formele zorg moet worden gestimuleerd door oudere migranten bijvoorbeeld kennis te laten maken met de bestaande ouderenvoorzieningen en ze weerbaar te maken voor de buitenomgeving, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en later hun verhuizing naar een zorgtehuis kunnen accepteren, omdat zij die omgeving als een deel van hun vertrouwde omgeving hebben leren zien.

Niet alleen de ouders moeten bekend gemaakt worden met de ouderenzorg. Er is ook aandacht nodig voor de volwassen kinderen. De grote verwachtingen van hun ouders, de gezondheidstoestand van hun ouders en de omgeving kan hen overbelasten. Daarom is het van groot belang om de volwassen kinderen al in een vroeg stadium te benaderen om hen te informeren over de ouderenzorg en op den duur bij te scholen, te begeleiden en te ondersteunen bij hun vragen en keuzes.

### **7.5.2 Aanbevelingen professionals**

Uit de resultaten van het onderzoek is naar voren gekomen dat de functie van de professional meer aandacht moet krijgen binnen de formele zorg. De professional moet over het algemeen extra aandacht hebben voor en meer inzet tonen voor ouderen en specifiek voor oudere migranten. Professionals moeten inzicht krijgen in de leefsituatie van de oudere migranten en hun handelingen beter begrijpen. Onderlinge contacten krijgen op deze wijze meer kans om te slagen.

Door het snelle integratieproces van de volwassen kinderen, kan er een kloof ontstaan tussen de wereld van de volwassen kinderen en hun ouders. Tussen de verwachtingen van ouders en de realiseerbare inzet van hun volwassen kinderen. Het is daarom nodig om bruggen te slaan tussen de wereld van de ouders en de wereld van de volwassen kinderen en dit is mogelijk door de ondersteuning van de professionals. De professional kan dit doen door aan de ene kant de ouders de ruimte te geven om de wereld van thuis te uiten in de wereld buitenshuis. En aan de andere kant kan hij de ouders bij de wereld van de volwassen kinderen betrekken. Een professional kan op verschillende wijzen de behoeften van oudere migranten en hun volwassen kinderen met betrekking tot ouderenzorg achterhalen en met anderen delen. Om de onderlinge communicatie beter te doen slagen, is het van groot belang dat professionals, die werkzaam zijn met oudere migranten, zich verder gaan scholen om wetenschappelijke kennis, praktijk inzichten en persoonlijke leerervaring in de achtergronden van migranten en vluchtelingengroepen te werven. Dit neemt niet weg dat van de kant van de migranten ook inspanningen gevraagd mag worden als het gaat om het leren van de Nederlandse taal.

### 7.5.3 Aanbevelingen verder onderzoek

Dit onderzoek geeft een eerste inzicht in de opvattingen en verwachtingen van Iraakse ouderen met betrekking tot de ouderenzorg. De resultaten van de beleving van de ouderenzorg gelden alleen voor ouderen uit de Iraakse vluchtelingengroep. Om na te gaan of hun beleving overeenkomt met de beleving van de hele Iraakse populatie in Nederland (en oudere migranten uit de andere drie vluchtelingengroepen), is er een groter onderzoek nodig, waarin ook die ouderen betrokken worden.

Dit onderzoek stapt binnen in de levens van ouderen op het moment dat ze nog thuis waren en zelfstandig zijn en waarbij de helft van deze ouderen een lichte vorm van informele zorg van hun volwassen kinderen ontvangt. Een vervolgonderzoek kan dit punt laten verschuiven naar de periode van hun verblijf in een zorginstelling, wanneer deze ouderen behoefte hebben aan een intensieve vorm van zorg. Hiermee zou dan inzicht gegeven worden in hoeverre de verwachtingen van de ouders en de volwassen kinderen zijn uitkomen, hoe ze hun leefsituatie dan beleven en waar ze tegenaan zijn gelopen wanneer ze in een formele zorginstelling of thuis moeten verblijven.

Dit onderzoek heeft alleen een inzicht gegeven in de beleving, opvatting en verwachting van de Iraakse ouderen met betrekking tot ouderenzorg. Een vervolgstap in de praktijk zou zijn om onderzoek te doen naar het opzetten van een zorgtehuis voor oudere migranten uit de vluchtelingengroepen. Een Iraakse vertegenwoordiger, die werkzaam is binnen een Iraakse vrouwenvereniging in Amersfoort, heeft aan de onderzoeker gevraagd welke mogelijkheden er bestaan om in de toekomst een zorgtehuis op te zetten of te huren waarin ouderen uit de vluchtelingengroepen (Irak, Afghanistan, Somalië, Iran e.d.) kunnen gaan wonen wanneer zij zorgafhankelijk worden en hun familie niet meer in staat is om voor hen te zorgen. Haar vraag is een zeer boeiende vraag dat waard is om verder te onderzoeken. In een dergelijk zorghuis zou een zorgaanbod kunnen komen dat aansluit bij de wensen, behoeften en leefwereld van ouderen uit de vluchtelingengroepen. De geboden zorg in een dergelijk zorghuis zou familieleden kunnen ondersteunen en deels ontlasten van de zorgvraag van de ouderen, terwijl deze ouderen in een vertrouwde omgeving verblijven waarbij ze zelfstandig kunnen functioneren en eventuele aanvullende hulp van hun familie kunnen ontvangen. Het zorgtehuis zou een tussenstap of een integratiestap kunnen zijn naar een autochtoon verzorgingstehuis wanneer oudere migranten niet meer in staat zijn zelfstandig te functioneren en intensieve zorg nodig hebben. Deze tussenstap zou de toegankelijkheid naar andere zorginstellingen groter kunnen maken. De vraag is of dit project in de toekomst realiseerbaar is en welke effecten het met zich meebrengt. Het is interessant om te onderzoeken welke resultaten een dergelijk project zou opleveren voor het beleid (Is er sprake van kostenbesparing of integratie van oudere migranten met betrekking tot de formele zorg?), de zorginstellingen (Kan samenwerking met andere zorginstellingen gestimuleerd worden? Wordt de formele zorg hierdoor toegankelijker voor oudere migranten?) en oudere migranten (Wordt de formele zorg daardoor aantrekkelijker voor oudere migranten?).

## BRONNENLIJST

### Literatuur

- Alba, R., & Nee, V. (1997). Rethinking assimilation in a new era of immigration. *International Migration Review*, 31 (4) 826-874.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Stenfert Kroese.
- Berkum, M.T.M., van., & Smulders, E.M.C. (2010). *Migranten, preventie en gezondheidszorg*. Utrecht: Pharos.
- Berry, J.W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. Padilla, *Acculturation: Theory, models and some new findings*, 9-25. Boulder, CO: Westview.
- Berry, J. (1990). Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures. *Applied Cross-Cultural Psychology*, 232-253. Newbury Park, CA: Sage.
- Boeije, H., & Hart, H., 'T., (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom uitgevers
- Blieszner, R., Hamon, R.R., (1992). Filial responsibility: attitudes, motivators, and behaviors. *Dwyer JW, Coward RT, editors*, 105–119. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Brand, J. van den, & Devillé, W. (2007). Gezondheid: slechter of beter ervaren? In: D. Engelhard (red), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers* (p. 44-51). Utrecht: Pharos.
- Bolt, G., & Kempen, R., van. (2000). *Wonen in multiculturele streden*. Utrecht: Urban Research Centre, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Universiteit Utrecht
- Campen, C. van., & Schellingerhout, R. (2005). *De sociale staat van Nederland 2005*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Burr, J.A., & Mutchler, J.E. (1999). Race and ethnic variation in norms of filial responsibility among older persons. *Journal of Marriage and the Family*, (61): 647-687.
- Castora-Binkley, M., Noelker, L., Ejaz, F., & Rose, M. (2010). Inclusion of caregiver supports and services in Home- and Community-Based Service Programs: Recent Report from State Units on Aging. *Journal of Aging and Social Policy*, Volume 20, number 1.
- Campen, C. van, & Schellingerhout, R. (2005). Gezondheid en zorg. In: Roes, Th. (red.), *De sociale staat van Nederland 2005*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Chan, E.S., Choenni (2002). *Irakezen in Nederland. Een profiel*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Collingridge, M., Miller, S. (1997). Filial responsibility and the care of the aged. *Journal of Applied Philosophy*, 14:119–128.

- Dagevos, J. (2001). *Perspectief op integratie*. Over de sociaal-culturele en structurele integratie van etnische minderheden in Nederland. Den Haag: WRR.
- Dagevos, J., & Dourleijn, E. (2011). *Vluchtelingengroepen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dykstra, P.A., & Fokkema, T. (2007). *Persoonlijke zorgnormen: bereidheid te geven én te ontvangen*. (*Personal norms of care: willingness to give and willingness to receive*). In Blijvend in balans. Een toekomstverkenning van informele zorg, ed. De Boer A. and Timmermans J. M. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Engbersen, G., & Gabriëls, R. (1995). *Sferen van integratie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Engelhard, D. (2007). *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos.
- English, J. (1979). What do grown children owe their parents? In: O'Neill O, Ruddick W, editors. *Having children. Philosophical and legal reflections on parenthood*. Oxford: Oxford University Press.
- Feldmann, C.T., Bensing, J.M., Ruijter, A., de & Boeije, H.R. (2007). Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? In: *Sociology of Health & Illness*. p. 515-535.
- Finely, N.J., Roberts, M.D., & Banahan, B.F. (1988). Motivations and inhibitors of attitudes of filial obligations towards aging parents. *The Gerontologist*, 73-78.
- Gerritsen, A.A.M., Deville, W., Linden, F.A.H., van der, Bramsen, I., Willigen, L., H.M., van, Hovens, J.E.J.M., & Ploeg, H.M., van der (2006). Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iranese en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1983-1989.
- Gijsberts, M., & Dagevos M., J. (2009). *Jaarrapport integratie 2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Goldscheider, F.K., & Lawton, L. (1998). Family experiences and the erosion of support for intergenerational coresidence. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 3, 623-32.
- Goumans, M., Morée, M. (2004). *Gemeente en mantelzorgondersteuning*. Utrecht NIZW/EIZ.
- Hofstede, G., & Hofstede, G. J. (2005). *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.
- Gradener, J., & Spierts, M. (2006). *Policy, People, and the New Professional: De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*. Amsterdam: AUP.
- Inglehart, R., & Baker, W. E. (2000). Modernization, cultural change and the persistence of traditional values. *American Sociological Review*, Vol. 65, 19-51.
- Kagitcibasi, C. (1996). *Family and Human Development across Cultures: A View from the Other Side*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.



Keller, S. (2006). Four theories of filial obligation. *The Philosophical Quarterly*, 56:254 – 274.

Kloosterboer, D. (2004). *Wij komen eraan. Wensen, behoeften en ambities van oudere migranten in Nederland*. Utrecht: Landelijk Overleg Minderheden (LOM).

Kullberg, J., Vervoort, M., & Dagevos, J. (2009). *Goede buren kun je niet kopen. Over de woonconcentratie en woonpositie van niet-westerse allochtonen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kunst, A.E., Mackenbach, J.P., Lamkaddem, M., Rademakers J., & Devillé, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC/Nivel.

Knijn, T., Grootegoed, E., Da Roit, B., & Willemse, M. (2009). *De praktijk van het mantelwerk*. Utrecht, MOVISIE.

Kunst, A.E., Mackenbach, J.P., Lamkaddem, M., Rademakers J., & W. Devillé (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC/Nivel.

Kwekkeboom, M.H. (1990). *Het licht onder de korenmaat. Informele zorgverlening in Nederland*. Den Haag: vuga.

Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., Schreuders G.A., & Jong J.T.V.M. de. (2005). Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 47, 743-752.

Leclere, F.B., Jensen, L., & Biddlecom, A.E. (1994). Health care utilisation, family context and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 370-384.

Meijer, R., & Boekenoogen, M. (2011). *Allochtone ouderen in Amersfoort*. Gemeente Amersfoort Sector Dienstverlening, Informatie en Advies: Onderzoek en Statistiek.

Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth*, 13(1): 9-11.

Post, D., Wal, G., van der, & Klazinga, N.S. (2004). Patiënt, arts en gezondheidszorg. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*, 177-193. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Reher, D.S. (1998). Family ties in Western Europe: persistent contrasts. *Population and Development Review*, 24, 2, 203–34.

Rossi, A. S., & Rossi, P. H. (1990). *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. New York: Aldine de Gruyter.

Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Schellingerhout, R., & Engelhard, D. (2007). *Gezond geïntegreerd. Gezondheid van vluchtelingen in relatie met diverse achtergrondkenmerken*. Utrecht: Pharos.
- Stein, C. H., Wemmerus, V. A., Ward, M., Gaines, M. E., Freeberg, A. L., & Jewell, T. C. (1998). 'Because they're my parents': An intergenerational study of felt obligation and parental caregiving. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 611-623.
- Tesser, P.T.M., Dugteren, F.A., van, & Merens, J.G.F. (1998). *Rapportage minderheden: De eerste generatie in de derde levensfase*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier.
- Todd, E. (1985). *The Explanation of Ideology. Family Structures and Social Systems*. Oxford: Blackwell.
- Toyota, M. (2008). Care for the Elderly: Family Duty or Paid Service? *Senri Ethnological Reports*, 77, 163-172.
- Uiters, H.A. (2007). *Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands*. Utrecht: Nivel.
- Valk, H.A.G. de, & Schans, D. (2008). 'They ought to do this for their parents': perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. *Ageing & Society*, 28, 49 - 66.
- Valk, A. G. H., & Saad, P.M. (2008). Perceptions of Filial Obligations among migrant and non-migrant Elderly: a Comparison at the Country of Origin and Destination. *Presentation at the 2008 European Population Conferenc*, Barcelona.
- VROM-Inspectie (2009). *Vrijplaatsen op woonwagenlocaties*. Den Haag: Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- Wicclair, MR., (1990). Caring for frail elderly parents: past parental sacrifices and the obligations of adult children. *Social Theory and Practice*, 16:163-189
- Witte, L. (2006). *Specificaties: Methodisch werken in de sociaaljuridische hulp- en dienstverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wittebrood, K., Latten, J., & Nicolaas, H. (2005). Wonen, leefbaarheid en veiligheid in concentratiewijken. In: *Jaarrapport integratie 2005* (p. 132-147). Den Haag: SCP/WODC/CBS

## Andere bronnen: gemeente Amersfoort en andere instellingen

Gemeente Amersfoort

- *Wmo Rapport 'Amersfoort Ondersteunt' Beleidskader Wet Maatschappelijke ondersteuning 2008-2011*

<[http://www.amersfoort.nl/docs/Nieuwe\\_structuur/\\_zorg\\_welzijn\\_onderwijs/\\_wmo/Beleidskader-wmo-2008\\_2011.pdf](http://www.amersfoort.nl/docs/Nieuwe_structuur/_zorg_welzijn_onderwijs/_wmo/Beleidskader-wmo-2008_2011.pdf)>

- *Rapport 'De Zilveren Kracht van Amersfoort' (2008). Over de mogelijkheden om de maatschappelijke inzet van Amersfoortse senioren te behouden en te versterken*

- *Rapport 'Allochtone ouderen in Amersfoort: wonen, zorg en welzijn' (2011).*

ActiZ en het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg

- *Literatuur: 'De ontdekkingsreis', 25 jaar interculturele ouderenzorg in Nederland (2010) van ActiZ. Het boek neemt u mee naar 25 jaar interculturalisatie in wonen, zorg en welzijn. Het boek bestaat uit essays, columns, interviews, artikelen van prominente personen in de wereld van wonen, zorg en welzijn, en is aangevuld met aansprekende projecten op het gebied van interculturele ouderenzorg.*

FORUM Instituut voor Multiculturele Vraagstukken

- *Projectvoorstel Seniorenatelier Wijk Liendert Gemeente Amersfoort (2010).*

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

- *Rapport "Terugblik op wetgevingsoverleg Wmo" 24-01-2006*

<[http://www.amersfoort.nl/docs/bis/raad/2006/raadsstukken/05\\_mei/Amersfoort\\_de\\_Wmo\\_en\\_mantelzorgondersteuning.pdf](http://www.amersfoort.nl/docs/bis/raad/2006/raadsstukken/05_mei/Amersfoort_de_Wmo_en_mantelzorgondersteuning.pdf)>

- *Negen prestatievelden*

<<http://www.beleidsplanwmo.nl/>>

## Webbronnen

Kennis en innovatiecentrum Cross Over (Kcco)

- *De AWBZ in Nederland, Vektis, 2009*

<[http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/de\\_awbz\\_in-nederland.pdf](http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/de_awbz_in-nederland.pdf)>

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

- *Ontwikkelingen in de AWBZ*

<<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/ontwikkelingen-in-de-awbz> >

- *Ouderenzorg*

<<http://www.rijksoverheid.nl/regering/het-kabinet/gedoogakkoord/ouderenzorg>>

- *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)*

*Amersfoort, de Wmo en mantelzorgondersteuning*

<[http://www.amersfoort.nl/docs/bis/raad/2006/raadsstukken/05\\_mei/Amersfoort\\_de\\_Wmo\\_en\\_mantelzorgondersteuning.pdf](http://www.amersfoort.nl/docs/bis/raad/2006/raadsstukken/05_mei/Amersfoort_de_Wmo_en_mantelzorgondersteuning.pdf)>

<<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo>>

Platform zorg en welzijn over bezuinigingen

<<http://www.zorgwelzijn.nl/web/Actueel/Nieuws/Flinke-bezuinigingen-in-de-zorg.htm>>

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2000)

*Advies aan de minister van VWS: Interculturalisatie van de gezondheidszorg.* Verkregen op 15 maart, 2008, van [http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?advi\\_relID=26&chap\\_relID=5&last=1&stat=N](http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?advi_relID=26&chap_relID=5&last=1&stat=N)>

De kennisbank voor arbeid en wetgeving, HR Kiosk

- *De Zorgverzekeringswet (Zvw)*

<<http://www.hr-kiosk.nl/xbook/id/988>>

MOVISIE

- *Verkenning: Het versterken van de maatschappelijke participatie van oudere migranten, 2009*

<[http://www.movisie.nl/onderwerpen/effectieve\\_interventies/Verkenning\\_versterken\\_maatschappelijke\\_participatie\\_oudere\\_migranten.pdf](http://www.movisie.nl/onderwerpen/effectieve_interventies/Verkenning_versterken_maatschappelijke_participatie_oudere_migranten.pdf) >

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn ( NIZW)

- *Toegang tot zorgvoorzieningen voor migranten met een verstandelijke beperking (2002)*

<[http://www5.vilans.nl/Site\\_Webwinkel/docs/PDF/toegangtotvoorzmgigranten%20.pdf](http://www5.vilans.nl/Site_Webwinkel/docs/PDF/toegangtotvoorzmgigranten%20.pdf)>

CBS

*Jaarrapport integratie 2010*

<<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/E564B557-93DC-492E-8EBD00B3ECA10FA3/0/2010b61pub.pdf> jaarrapport integratie 2010>

Het PON, VILANS

- *Samenspel tussen zorgverleners en familieleden (2007)*

<[http://www.hetpon.nl/files/Projecten/Dezorggaatdoor/Handleiding\\_Vilans.pdf](http://www.hetpon.nl/files/Projecten/Dezorggaatdoor/Handleiding_Vilans.pdf) >

MARKANT centrum voor mantelzorg

- *Meer hulp voor migranten mantelzorger ( 2011).*

<<http://www.markant.org/nieuws.php?vtype=2&vid=450>>

Reformatoisch Dagblad

- *Bezuinigen zonder visie leidt tot verschraving ouderenzorg*

<[http://www.refdag.nl/opinie/bezuinigen\\_zonder\\_visie\\_leidt\\_tot\\_verschraving\\_ouderenzorg\\_1\\_543639](http://www.refdag.nl/opinie/bezuinigen_zonder_visie_leidt_tot_verschraving_ouderenzorg_1_543639)>

## BIJLAGEN

### BIJLAGE 1: RELEVANTE BEGRIPPEN

#### *Acculturatieproces: 'integratie'*

Migreren naar Nederland betekent aanpassen aan de nieuwe normen en waarden van de Nederlandse cultuur en wordt omschreven als het acculturatieproces. Dit proces houdt in de mate waarin migranten de vreemde cultuurelementen overnemen en elementen uit de eigen cultuur loslaten. Dit proces kan verschillende vormen aannemen en het kan snel of langzaam verlopen. Berry (1990) ziet integratie als de meest wenselijke strategie tijdens het acculturatieproces. Het achterliggende idee bij integratie van migrantengroepen is dat de identiteit van de migranten niet volledig is aangepast aan die van de dominante meerderheid (assimilatie), maar dat het ook niet zo is dat er geen sprake is van binding met de meerderheid (segregatie). Integratie kan gezien worden als een theoretische middenpositie tussen enerzijds assimilatie en anderzijds segregatie van migrantengroepen. Men gehecht veel waarde aan zowel de eigen culturele identiteit als aan het onderhouden van relaties met andere groepen in de samenleving.

Integratie is een bijzonder uitgebreid begrip<sup>13</sup>. Onder integratie kunnen verschillende zaken worden verstaan zonder dat het duidelijk wordt waarover het precies gaat. Daarbij wordt verondersteld dat om de samenleving bij elkaar te houden, er naast de verschillendheid die bij de integratie blijft bestaan, een zekere eenheid in structurele en culturele zin moet zijn. Engbersen en Gabriëls (1995) stellen dat het erom gaat in de maatschappij die normen te ontwikkelen die het samenleven van de mensen met verschillende waarden mogelijk maakt. De maatschappelijke normen hebben dus een universeel karakter en gelden voor alle burgers, terwijl de waarden bepaalde eigen groepsidentiteiten vormen en tot uitdrukking kunnen komen.

Uit studies van Schellinghout blijkt dat de beheersing van de Nederlandse taal essentieel is (een norm) voor integratie. Gebrek aan de beheersing van de Nederlandse taal maakt de communicatie met andere groepen lastig. In vergelijking met de tweede en derde generatie zullen oudere migranten uit de vluchtelingengroepen moeite hebben met de beheersing van de Nederlandse taal. Dit komt door hun leeftijd, want vaak zijn ze oud als ze naar Nederland komen, en door hun gebrek aan motivatie omdat ze minder kans maken op werk. Door de slechte communicatie met de oudere migranten, kunnen zij minder goed bereikt worden en geïnformeerd over het zorgaanbod in Nederland. De beheersing van de Nederlandse taal is daarom een belangrijk element van zelfredzaamheid en toegankelijkheid met betrekking tot zorg. Oudere migranten zullen, in vergelijking met autochtone ouderen daardoor vaker afhankelijk zijn van hun familieleden (Schellinghout 2004).

Daarnaast kunnen migranten in de loop van de jaren heen hun waarnemingen en oriëntatie over de culture patronen aanpassen aan het land van verblijf (Alba en Nee 1997). Dit betekent niet dat de normen en waarden uit het land van herkomst totaal worden verlaten, maar dat zij hun ervaringen herzien (Kagitcibasi 1996). De duur van het verblijf in de nieuwe samenleving heeft waarschijnlijk invloed op de verandering die zij ondergaan (Berry 1980). Er wordt verwacht dat oudere migranten die voor een langere periode in Nederland verblijven

---

<sup>13</sup> Aan het integratieproces worden meerdere samenhangende aspecten onderscheiden. Integratie verwijst naar de positie van het gebruik van arbeid, huisvesting, gezondheidszorg en politiek (Engbersen en Gabriëls 1995). Fermin (1997) benoemt de dimensies van sociale integratie als iets anders, namelijk als de economische, culturele en politieke sector van de maatschappij. Vemeulen en Penninx (1994 en 2000) clusteren de veelheid aan aspecten door te spreken over structurele integratie (arbeid en onderwijs) en sociaal-culturele integratie (sociale contacten en culturele aanpassing). Veeman (1994) heeft het over participatie (arbeid, onderwijs en vrije tijd) en oriëntatie (houding ten aanzien van het belang van participatie). Al deze aspecten zijn sterk onderling samenhangend en kunnen elkaar wederzijds beïnvloeden.



en die de Nederlandse taal goed beheersen, minder van mening zullen zijn dat hun kinderen worden verplicht voor hun ouders te zorgen.

### ***Geschiedenis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)***

Door de toegenomen kwalitatieve intramurale zorg, nam de vraag naar AWBZ toe. Begin jaren zeventig werd veel geld uitgegeven aan de AWBZ en daardoor moesten de kosten beheerst worden. Toch werd nog steeds ieder jaar meer uitgegeven dan dat er binnenkwam. Om de kosten van de AWBZ in de hand te houden, werden er maatregelen genomen om goedkopere extramurale zorg (zorg zonder opname in een instelling) te ontwikkelen. Door dure intramurale zorg voor een deel te vervangen door goedkopere extramurale zorg, werd de integratie van gehandicapten en chronisch zieken in de maatschappij bevorderd.

In 1980 werd de AWBZ uitgebreid doordat het gehele gezinsverzorging onder de AWBZ werd gebracht. Sindsdien viel niet alleen de langdurige zorg maar ook de kortdurende zorg zoals wijkverpleging en moederschapzorg (prenatale zorg en consultatiebureaus) onder de AWBZ. In 1987 stelde de door het kabinet-Lubbers II ingestelde commissie-Dekker voor om meer marktwerking in de gezondheidszorg te introduceren. De gezondheidszorg werd volgens de commissie te conservatief bevonden en de kosten waren onvoldoende beheersbaar. De oplossing hiervoor was: ‘Kostenreductie door concurrerende aanbieders en verzekeraars, meer samenhang in de zorg waardoor zorg op maat mogelijk wordt en de ontwikkeling van één basisverzekering’. Deze basisverzekering zou door risicodragende, concurrerende ziektekostenverzekeraars moeten worden uitgevoerd met als doel meer flexibiliteit en zorg op maat. Tussen 1989 en 1992 werd onder staatssecretaris Simons onder meer psychiatrische zorg, hulpmiddelen, farmaceutische hulp, audiologische hulp, erfelijkheidsonderzoek en revalidatiezorg naar de AWBZ overgeheveld.

Door alle maatregelen van de voorgaande jaren bleef in de jaren ‘90 er steeds minder over van het oorspronkelijke karakter van de AWBZ als wet voor langdurig onverzekerbare zorg. Tijdens het kabinet-Kok I werd er weer veel teruggedraaid. Het kabinet wilde niet verder gaan met de basisverzekering en hevelde – met uitzondering van de psychiatrie - alle zorg die eerder vanuit de Ziekenfondswet naar de AWBZ was overgeheveld weer terug naar de Ziekenfondswet. De AWBZ moest zich weer richten op de langdurige en onverzekerbare zorg.

### ***Zorgverzekeringswet (Zvw)***

#### ***Basisverzekering***

Het basispakket bestaat uit acht onderdelen. De werkelijke omvang van de basisdekking is vastgelegd in de polisvoorwaarden.

1. geneeskundige zorg, zoals zorg door huisartsen, verloskundigen en medisch specialisten
2. mondzorg, voornamelijk tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 22 jaar
3. farmaceutische zorg
4. hulpmiddelenzorg, zoals hoortoestellen, gebitsprothesen en blindegeleidehonden
5. verpleging, opname, behandeling en verpleging in een ziekenhuis gedurende 365 dagen (na 365 dagen wordt de ziekenhuisopname vergoed vanuit de AWBZ)
6. verzorging, voornamelijk verloskundige hulp en kraamzorg
7. verblijf i.v.m. geneeskundige hulp, zoals verblijf in een zorghotel
8. vervoer i.v.m. zorganspraken op grond van de ZVW, medisch noodzakelijk vervoer per taxi of eigen auto

### *Aanvullende verzekering*

Personen kunnen op vrijwillige basis een aanvullende verzekering afsluiten, bijvoorbeeld voor tandartskosten. Wie naar een andere verzekeraar wil, moet er rekening mee houden dat deze voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht heeft en deze dus kan weigeren of een hogere premie vragen.

### ***Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ‘prestatievelden’***

In de algemene Wmo worden negen prestatievelden onderscheiden. Een prestatieveld is een gebied waarop concrete prestaties van gemeenten verwacht worden en waarop burgers hun lokale bestuur kunnen aanspreken. De Wmo formuleert daarmee in algemene termen op welke terreinen de gemeenten beleid ter ondersteuning moeten ontwikkelen. Aan de gemeenten is het de taak om te besluiten welke voorzieningen er op de verschillende prestatievelden worden aangeboden. Het wordt er wel verplicht gesteld om bij het tot stand komen van het beleid de burgers actief te betrekken. Het kabinet legt hierop de nadruk en omdat de Wmo gericht is op ondersteuning en het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers, wordt de gemeente verplicht gesteld om hun prestaties goed zichtbaar te maken voor de burgers.

#### Negen prestatievelden

- 1) Het bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen buurten en wijken
- 2) op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen en hun ouders (opvoedingsondersteuning)
- 3) Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
- 4) Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers
- 5) Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem
- 6) Voorzieningen verstrekken ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer
- 7) Maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang
- 8) Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg
- 9) Het bevorderen van verslavingsbeleid

**BIJLAGE 2: TABELLEN**

**Tabel 1** Gerealiseerd opleidingsniveau van niet-schoolgaande 15-65 jarigen naar etnische herkomst, 2009.

	maximaal basisonderwijs	vbo/mavo	mbo/havo/vwo	hbo/wo
Afghaans	34	16	24	26
Iraaks	30	14	28	28
Iraans	10	13	36	41
Somalisch	58	16	21	5
Turks	45	27	21	6
Marokkaans	47	23	22	8
Surinaams	20	29	32	19
Antilliaans	20	26	37	17
autochtoon Nederlands	7	23	42	28

a Inclusief een kleine groep van 65 jaar en ouder bij de vluchtelingengroepen.

Bron: vluchtelingengroepen SCP (SING '09); klassieke migrantengroepen SCP (SIM '06) en autochtone Nederlanders CBS (EBB '09).

**Tabel 2** Werkloosheid, naar etnische herkomst en enkele achtergrondkenmerken, 2009 (in procenten).

	Afghaans	Iraaks	Iraans	Somalisch	autochtoon
totaal	28	28	20	33	4
geslacht					
mannen	26	24	19	33	3
vrouwen	32	42	22	32	4
leeftijd					
15-24 jaar	30	34	27	40	9
25-44 jaar	24	27	19	29	3
45-64 jaar	37	28	21	#	3
opleidingsniveau					
maximaal basisonderwijs	38	34	#	43	
vbo/mavo	48	29	34	31	
mbo/havo/vwo	24	25	21	29	
hbo/wo	18	26	16	25	
verblijfsduur in Nederland					
0-4 jaar	#	#	#	47	
5-9 jaar	38	#	29	32	
10-14 jaar	24	24	23	36	
≥ 15 jaar	28	16	18	24	

# < 35 waarnemingen

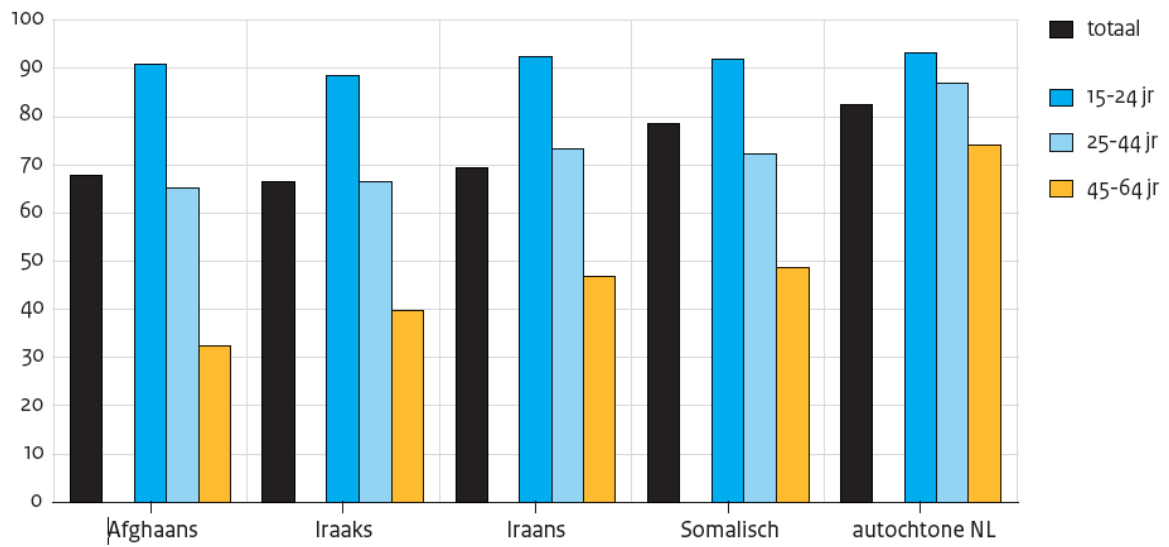
Bron: SCP (SING '09), autochtone Nederlanders CBS

**Tabel 3** Nettoparticipatie naar etnische herkomst en enkele achtergrondkenmerken, 2009 (in procenten).

	Afghaans	Iraaks	Iraans	Somalisch	autochtoon
totaal	36	35	49	29	70
geslacht					
mannen	48	45	55	38	78
vrouwen	22	18	43	17	62
leeftijd					
15-24 jaar	27	23	30	26	43
25-44 jaar	46	41	59	32	87
45-64 jaar	29	33	48	21	65
opleidingsniveau					
maximaal basisonderwijs	26	26	33	20	
vbo/mavo	24	30	37	31	
mbo/havo/vwo	38	38	48	40	
hbo/wo	49	42	57	51	
verblijfsduur in Nederland					
0-4 jaar	9	8	35	17	
5-9 jaar	26	18	41	25	
10-14 jaar	39	42	44	31	
≥ 15 jaar	48	47	57	43	

Bron: SCP (SING '09), autochtone Nederlanders: CBS.

**Tabel 4** Personen die hun gezondheid als (zeer) goed ervaren, naar etnische herkomst en leeftijd, 2009 (in procenten).



Bron: scp (sing'09)



**Tabel 5** Gebruik van zorgvoorzieningen, naar etnische herkomst en leeftijd, 2009 (in procenten).

	Afghaans	Iraaks	Iraans	Somalisch	autochtoon
huisarts <sup>a</sup>					
totaal	44,5	44,3	44,8	38,2	32,2
leeftijd					
15-24 jaar	26,6	28,9	33,3	26,0	29,6
25-44 jaar	49,8	45,6	40,9	43,8	32,2
45-64 jaar	64,5	60,6	58,5	60,5	33,1
medisch specialist <sup>b</sup>					
totaal	24,7	23,2	25,2	19,8	20,3
leeftijd					
15-24 jaar	14,9	13,0	15,3	9,2	19,3
25-44 jaar	25,6	23,7	22,6	24,1	18,9
45-64 jaar	40,4	34,5	36,3	46,5	22,3
ziekenhuisopname <sup>c</sup>					
totaal	12,2	16,3	14,6	11,0	11,5
Bron: SCP (SING '09)					
leeftijd					
15-24 jaar	6,0	15,1	12,4	7,2	14,8
25-44 jaar	13,5	15,2	12,4	12,8	9,7
45-64 jaar	20,8	19,7	19,7	16,7	11,4
GGZ <sup>d</sup>					
totaal	10,8	8,9	13,3	6,8	8,3
leeftijd					
15-24 jaar	4,8	3,6	6,4	4,3	5,9
25-44 jaar	13,8	10,9	14,1	7,8	10,0
45-64 jaar	14,8	10,3	16,7	14,0	7,8

a Is de afgelopen twee maanden voor zichzelf bij de huisarts geweest.

b Heeft de afgelopen twee maanden voor zichzelf contact gehad met een medisch specialist.

c Is het afgelopen jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis.

d Heeft voor zichzelf het afgelopen jaar gebruikgemaakt van de GGZ.

## BIJLAGE 3: INTERVIEWLIJSTEN

### INTERVIEWVRAGEN IRAAKSE OUDERE MIGRANTEN

#### A. Achtergrondgegevens

##### معلومات شخصية

1. Wat is uw leeftijd?

ما هو عمرك؟

2. Bent u getrouwd?

الحالة الزوجية؟

3. Hoe lang woont u in Nederland?

كم سنة لك في هولندا؟

4. Wat is uw hoogst genoten opleiding in Irak en hier in Nederland?

ما هي اعلى شهادة حصلت عليها في العراق او هولندا؟

5. Heeft u momenteel een baan?

هل لديك وظيفة او عمل حاليا؟

6. Wat de bron van uw inkomens? (AOW-uitkering, pensioen of iets anders)

ما هو مصدر دخلك؟ راتب او مساعدة من الدولة او اي مصدر اخر؟

7. Kunt u een beschrijving geven van uw gezinssamenstelling? (aantal huishoudens)?

من كم شخص تتكون اسرتك؟

#### B. Integratie

##### الاندماج

8. In hoeverre beheerst u de Nederlandse taal, met andere woorden wat is uw hoogst behaalde taalniveau?

ما مدى اتقانك للغة الهولندية. بمعنى اخر ما هو اعلى مستوى للغة حصلت عليه؟

9. In hoeverre bent u geïntegreerd met de Nederlandse samenleving als het gaat om:

- de normen, waarden (bv. de mate van tolerantie, onafhankelijkheid)

- symbolen (Nederlandse feestdagen en rituelen, gerechten en eetgewoonten, Nederlandse kunst, vlaggen)

ما مدى اندماجك بالمجتمع الهولندي وخاصة فيما يتعلق بالقيم والعادات (مثلا درجة التحمل او الاستقلالية) وفيما يخص التقاليد الهولندية كالاعياد والمناسبات والاحتفالات والاعذية والفنون والاعلام؟

#### C. Opvattingen over de zorg in het algemeen

##### الرعاية الاجتماعية في اختصار

10. Hoe denkt u over de gezondheidszorg en ouderenzorg in Nederland? En wat vindt u daar goed en minder goed aan?

ما رأيك بالرعاية الصحية والخدمات الصحية المقدمة لكبار السن في هولندا؟ ما هي النواحي الجيدة والاقبل جودة. اي السلبيات والايجابيات

## D. Culturele verschillen

### الاختلافات الحضارية

11. Wat zijn de kernwaarden van de familie als het gaat om zorg bieden en intergenerationele (tussen generaties) relaties?

ماهي القيم الرئيسية للعائلة فيما يخص تقديم الرعاية الصحية والعلاقات بين الاجيال؟

12. In hoeverre is de religieuze achtergrond van invloed bij het accepteren en afwijzen van informele zorg en formele zorg?

ما مدى تأثير الخلفية الدينية على قبول او رفض الرعاية الصحية الرسمية او غير الرسمية؟

13. Hoe zit het met de traditionele man-vrouw rolpatronen en het verlenen van zorg?

ما هو دور العلاقة الزوجية التقليدية في تقديم الرعاية الصحية؟

14. Denkt u dat uw normen en waarden over zorg veranderen in de loop van tijd in vergelijking met die van uw andere familieleden?

هل تعتقد بان القيم والعادات المتعلقة بالرعاية الصحية تغيرت عبر الزمن مقارنة مع اقاربك وافراد عائلتك؟

## E. Woonomgeving

### السكن

15. Kunt u een beschrijving geven van uw netwerk in de omgeving (familie en met wie je omgaat in de buurt)?

هل يمكنك وصف علاقاتك في محيطك ومع عائلتك ومع من عندك علاقة بهم في الحي الذي تسكنيه؟

16. In hoeverre vindt u het belangrijk om nu en in de toekomst dichtbij of verspreid te wonen van uw:

- familieleden
- landgenoten
- groepsleden van andere etnische gemeenschap
- autochtonen

ما مدى الاهمية التي تعطيها للسكن في المستقبل قريبا او بعيدا عن افراد عائلتك او اقاربك او العراقيين او الاجانب الذين تترتاح اليهم؟

17. Hoe ervaart u uw woonomgeving? (sociale kenmerken van de woonomgeving: is het rustig/gezellig, veilig/onveilig)

كيف تشعر بالمكان الذي تسكن فيه ( من حيث العلاقات الاجتماعية والامان والهدوء والاستمتاع)

18. Hoe ervaart u de ligging van uw woonplaats ten opzichte van faciliteiten zoals ouderenvoorzieningen, winkels, groen (mate van toegankelijkheid)?

كيف تجد التسهيلات المتوفرة في المنطقة التي تسكن فيها مثل تسهيلات الرعاية الصحية وتوفر المحلات التجارية والمناطق الخضراء؟

19. In hoeverre bent u betrokken bij de activiteiten zoals vrijwilligerswerk, evenementen, projecten, vrije tijdsactiviteiten, die gehouden worden voor ouderen in uw woonwijk en in hoeverre vindt u het belangrijk om daarbij betrokken te zijn?

ما مدى مشاركتك بالنشاطات كالتطوع والانشطة والفعاليات الاجتماعية الاخرى التي تنظم لكبار السن في الحي الذي تسكنه وكيف تنظر الى مدى اهمية المشاركة فيها؟

20. Wat zou u willen veranderen/aanpassen aan de bestaande voorzieningen in uw woonbuurt om die beter toegankelijk te maken voor uzelf en andere ouderen?

ماذا تتمنى تغييره او تعديله في تسهيلات الرعاية الصحية في حيك لكي تستفيد منها انت وغيرك من كبار السن؟

## F. Familierelatie en informele zorg

### العلاقات العائلية و الرعاية الصحية من قبل العالة

21. Hoe is uw relatie/band met uw familieleden en de mate van onderling contact?

كيف هي علاقتك مع افراد عائلتك؟

22. In hoeverre bent u nu afhankelijk van uw familieleden als het gaat om zorg of steun?

ما مدى اعتمادك على افراد اسرتك فيما يخص الرعاية والمساعدة الصحية؟

23. Is het mogelijk om hier in Nederland nog steeds door te gaan met het vertrouwen op de familieleden en dat steun gebaseerd is op de familie-ideologie waarbij de vrouwelijke familieleden de ouders moet verzorgen?

هل من الممكن الاستمرار في هولندا بالاعتماد على افراد العائيلة في الرعاية الصحية وعلى اساس الاعتقاد بان المرأة هي التي يجب تقديم هذه الرعاية؟

24. Van wie binnen uw familie wilt u later zorg ontvangen en maakt het uit welke geslacht die heeft?

من اي فرد من افراد عائلتك تريد تلقي العون والمساعدة وهل كونه رجل او مرأة له تاثير على رغبتك؟

25. Bij welke taken zult u in de toekomst beperkingen onder vinden? (winkelen, eten maken, boodschappen doen, huishouden, administratie, persoonlijke verzorging)

ما هي الامور التي تتوقعون انها ستتاثر سلبيا عند الكبر ( محلات تجارية- اعداد الطعام- التسوق- الاعتناء بالبيت وادارة الامور المادية والرعاية الشخصية ) ؟

26. Wat verwacht u van uw familieleden als het gaat om zorg in de toekomst? (contact, verzorging, conflictvermijding)

ماذا تتوقع من افراد عائلتك في المستقبل من حيث الرعاية ( الاتصال-الرعاية-تجنب الخلافات) ؟

27. In hoeverre wilt u in de toekomst informele zorg ontvangen van uw kinderen op de lange (wanneer uw ouder een chronische ziekte heeft) en korte termijn (wanneer uw ouder bijvoorbeeld kortdurig ziek is)?

الى اي مدى ترغب مستقبلا الحصول على الرعاية غير الرسمية من قبل ابنائك وعلى المدى الطويل في حالة الاصابة بالمرض المزمن وعلى المدى القصير في حالة الاصابة بمرض مؤقت؟

28. Denkt u dat de huidige ouder- kindrelatie in de loop van tijd zal veranderen? Welke factoren spelen daarbij een rol?

هل تعتقد بان علاقة الابناء بالاباء ستتغير مستقبلا؟ وما العوامل التي تعتقد بانها تلعب دور في ذلك؟

## G. Dimensies van de ervaren ouderenzorg

### فروع الرعاية الصحية

29. Hoe zult u de zorg in de toekomst door uw kinderen zien? Kunt u dit plaatsen in één van de volgende termen:

كيف ترى الرعاية الصحية من قبل اطفالك مستقبلا؟ هل يمكنك تحديدها تحت احدى المسميات ادناه

- Als hun verantwoordelijkheid (cultureel omschreven rechten en plichten afhankelijk van de leeftijd of persoonlijke relatie bijvoorbeeld) المسؤولية

- Als hun verplichting (gepast gedrag van rechten en plichten en is contextgebonden. Heeft te maken met opgebouwde schuld en terugbetaling of dankbaarheid). الواجب
- Als genegenheid ( liefde als motivatie) عاطفة
- Of als iets anders, of als combinatie? مزيج منها

## H. Formele zorg

### الرعاية الصحية الرسمية

30. Waar zou u willen wonen als u ouder wordt en niet meer in staat bent voor uzelf te zorgen of bij uw kinderen te wonen?

اين تترى ان تسكن اذا كبرت بالسن ولم تعد قادرا على السكن لوحدهك ولا مع ابنائك؟

31. Wat ziet u als verhuisbarrière naar een dergelijke omgeving?

ما هي المعوقات التي تعيق سكنك في دار العجزة او دار الرعاية الصحية مثلا او غيرها؟

#### a. Bekendheid

32. Met welke wetten bent u bekend als het gaat om cliëntenrechten en ouderenzorg?

هل انت على اطلاع على قوانين الرعاية الصحية وحقوق الافراد وكبار السن؟

33. In hoeverre bent u bekend met de regelingen binnen de formele zorg voor ouderen m.b.t.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of het Wet maatschappelijke ondersteuning en Persoons Gebonden Budget?

ما مدى اطلاعك على القوانين تسهيلات الرعاية الصحية لكبار السن وخاصة قانون تكاليف المرض الاضافية العامة وقانون الرعاية الاجتماعية والميزانية المرتبطة بالافراد؟

34. In hoeverre bent u bekend met de formele zorg zoals de thuiszorg, verzorgingstehuis, bejaardentehuis en andere ouderenvoorzieningen?

ما مدى اطلاعك على قوانين الرعاية والتسهيلات الصحية ودار العجزة؟

35. Van wie krijgt(zou u moeten krijgen) u informatie over deze ouderenvoorzieningen en regelingen?

ممن تعتقد بانك ستحصل على معلومات تسهيلات الرعاية الصحية وقوانينها؟

36. Denkt u dat er voldoende voorzieningen zijn voor oudere migranten op het gebied van zorg en welzijn?

هل تعتقد بان هناك تسهيلات كافية وجيدة فيما يخص الرعاية الصحية لكبار السن من المغتربين؟

#### b. Gebruik

37. In hoeverre wilt u in de toekomst gebruik maken van de formele ouderenzorg (in een seniorenwoning/tehuis/verzorgingstehuis, of meer gezinnenwoning)?

ما مدى رغبتك في الاستفادة مستقبلا من تسهيلات الرعاية الصحية الرسمية مثل مساكن كبار السن ودار العجزة وغيرها المخصصة للعجزة؟

38. In welke gevallen wordt een professionele ouderenzorg zoals professionele thuiszorg in de toekomst geaccepteerd door de oudere of door de familie? (Bijvoorbeeld bij zorg die de familie zelf niet kan uitvoeren).

ما هي الحالات التي تصبح فيها رعاية كبار السن الرسمية مقبولة من قبل كبار السن وابنائهم (مثلا الرعاية الصحية التي لا تستطيع العائلة تقديمها)؟

39. Speelt de ernst van uw behoefte aan steun een belangrijke rol in de acceptatie van de thuiszorg? (Hoe zeker iemand is, hoe eerder professionele zorg gezocht wordt?)

هل للحالة المرضية او الصعبة دور في الموافقة على قبول الرعاية الرسمية في دار العجزة مثلا (كلما كانت الحالة المرضية اصعب كلما تم الاسراع بقبول والبحث عن الرعاية الرسمية)؟

c. Ervaren problemen op het gebied van toegankelijkheid

40. Welke verwachtingen heeft u bij de formele zorg?

ماذا تتوقع من الرعاية الرسمية؟

d. Toegankelijkheid

41. Wat ziet u als barrière om gebruik te maken van de formele zorg? (Taal, communicatie)

ما هي المعوقات بنظرك التي تعيقك من الاستفادة من الرعاية الصحية الرسمية؟

42. Hoe kan men u in de toekomst bereiken om u goed te informeren over de beschikbare voorzieningen (zie soorten voorzieningen bijlage)?

كيف يمكن ايصال المعلومات اللازمة اليك مستقبلا والمتعلقة بتوفر التسهيلات الصحية؟

43. Welke figuren/ mensen (naast hun familieleden) kunnen u goed bereiken en informeren over de ouderenvoorzieningen en ondersteunen bij uw vragen?

من هم الاشخاص او المؤسسات التي يمكنها ايصال المعلومات الضرورية حول تسهيلات الرعاية الصحية اضافة الى افراد العائلة؟

44. Hoe zouden professional die werken met oudere migranten moeten communiceren om het professionele zorgaanbod beter toegankelijk te maken?

ماذا يجب على المسؤولين عن الرعاية الصحية الذين يعملون مع المغتربين من كبار السن عمله من اجل ايصال المعلومات الضرورية بشكل افضل واكثر حافية اليهم؟

45. Wilt u nog iets kwijt over dit onderwerp?

هل تريد اضافة اي شيء على هذا الموضوع؟



## **INTERVIEWVRAGEN VOLWASSEN KINDEREN**

### **A. Achtergrondgegevens:**

1. Wat is uw leeftijd?
2. Hoelang woont u in Nederland?
3. Wat is uw hoogst genoten opleiding in Irak en in Nederland?
4. Heeft u momenteel een baan?
5. Woont u uit huis of bij uw ouders?

### **B. Integratie**

6. In hoeverre bent u geïntegreerd met de Nederlandse samenleving als het gaat om:
  - de normen, waarden (bv. tolerantie, onafhankelijkheid)
  - symbolen (Nederlandse feestdagen en rituelen, eetgerechten, Nederlandse kunst, vlag)

### **C. Opvattingen over zorg in het algemeen**

7. Hoe denkt u over de gezondheidszorg en ouderenzorg in Nederland? En wat vindt u daar goed en minder goed aan?

### **D. Culturele verschillen**

8. Wat zijn de kernwaarden van de familie als het gaat om zorg bieden en intergenerationele (tussen generaties) relaties?
9. In hoeverre is uw religieuze achtergrond van invloed bij het accepteren of afwijzen van:
  - informele zorg
  - professionele zorg
10. Hoe zit het met de traditionele man-vrouw rolpatronen en het verlenen van zorg?
11. Welke onderwerpen zijn moeilijk bespreekbaar met de familie met betrekking tot de zorg en waarom?
12. Denkt u dat uw normen en waarden over zorg veranderd zijn in de loop van tijd in vergelijking met die van uw ouders?

### **E. Woonomgeving**

13. Hoe ervaart u de woonomgeving waarin uw ouders wonen (is het rustig/gezellig, veilig/onveilig)?
14. In hoeverre vindt u het belangrijk dat uw ouder(s) dichtbij of verspreid woont van uzelf, andere familieleden en andere migranten en autochtone groepen?
15. Hoe ervaart u de ligging van de woonplaats van uw ouders ten opzichte van faciliteiten zoals ouderenvoorzieningen, winkels, groen (gemakkelijk/moeilijk toegankelijk)?

16. In hoeverre is uw ouder betrokken bij de activiteiten in de woonbuurt?

17. Waar loopt uw ouder tegenaan in zijn omgeving als hij ouder wordt en steeds meer zorg nodig heeft? (bereik zorgaanbod en andere voorzieningen).

#### **F. Familierelatie en informele zorg**

18. Hoe is uw relatie/band met uw ouders en de mate van onderlinge en persoonlijke contact?

19. In hoeverre is uw ouder op dit moment afhankelijk van uw familieleden als het gaat om zorg of steun?

20. Wie van de kinderen draagt de taak om later zorg te dragen voor uw ouders?

21. Is het mogelijk om hier in Nederland nog steeds door te gaan met het vertrouwen op de familieleden en dat steun gebaseerd is op de familie-ideologie waarbij de vrouwelijke familieleden de ouders moet verzorgen?

22. Bij welke zorgtaken zal uw ouder in de toekomst beperkingen in vinden? (winkelen, eten maken, boodschappen doen, huishouden, administratie, persoonlijke verzorging)

23. In hoeverre bent u in de toekomst bereid informele zorg (mantelzorg) te verlenen aan uw oudere familieleden? En in welke vorm? Hoe vaak? Hoe te regelen?

24. Welke van de volgende activiteiten stimuleren en beperken het verlenen van informele zorg aan ouders?

- Werkinkomen/afstand/planning
- Leeftijd/geslacht/woonafstand/motivatie
- Gezondheidstoestand en de mate van zorg (belasting).

25. Wat verwacht u van uw andere familieleden als het gaat om zorg voor uw ouders in de toekomst? (onderlinge afspraken, contact, verzorging, conflictvermijding)

26. Maakt het verschil uit bij het bieden van zorg of beide ouders leven of dat er één ouder alleen woont?

#### **G. Dimensies van de ervaren ouderenzorg**

27. Hoe ervaart u de zorg voor uw ouders in de toekomst? Kunt u dit plaatsen in één van de volgende termen:

- Verantwoordelijkheid
- Verplichting
- Genegenheid
- Of als iets anders, of combinatie van de bovengenoemde termen?

28. Wanneer zult u besluiten steun te geven aan uw ouders? (ouder worden, laag inkomen, slechter gezondheidstoestand).

29. Denkt u dat de huidige ouder-kindrelatie in de loop van tijd zal veranderen? Welke factoren spelen daarbij een rol?

## **H. Formele zorg**

### **a. Bekendheid**

30. Met welke wetten bent u bekend als het gaat om cliëntenrechten en ouderenzorg?

31. In hoeverre bent u bekend met de regelingen binnen de formele zorg voor ouderen m.b.t. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of het Wet maatschappelijke ondersteuning en Persoons Gebonden Budget?

32. In hoeverre bent u bekend met het aanbod van de formele ouderenvoorzieningen zoals de thuiszorg, verzorgingstehuis, bejaardentehuis en andere zorgvoorzieningen?

33. Van wie krijgt u informatie over deze voorzieningen?

34. Denkt u dat er voldoende voorzieningen zijn voor oudere migranten op het gebied van wonen, zorg en welzijn?

### **b. Gebruik**

35. In hoeverre wilt u dat uw ouder in de toekomst gebruik maakt van de deze formele zorgvoorzieningen (zoals een seniorenwoning/tehuis/verzorgingstehuis, of meergesinnenwoning te willen gaan wonen) en waarom?

36. Wanneer wordt een professionele ouderenzorg zoals professionele thuiszorg geaccepteerd door de oudere, door de familie en door uzelf? Bijvoorbeeld bij zorg die de familie zelf niet kan uitvoeren.

37. Speelt de ernst van de hulpbehoefte ouder een belangrijke rol in de acceptatie van de thuiszorg? (Hoe zeker iemand is hoe eerder professionele zorg gezocht wordt?).

### **c. Toegankelijkheid**

38. Wat ziet u als barrière voor uw ouders om gebruik te maken van de formele zorg en waarom? (Taal, communicatie).

39. Hoe kan de informatievoorziening verbeterd worden om het toegankelijk te maken?

40. Welke figuren/ professionals (naast de familieleden) kunnen u goed informeren over de zorgvoorzieningen en ondersteunen bij uw vragen over zorg voor uw ouders?

41. Wilt u nog iets kwijt over dit onderwerp?

## **INTERVIEWVRAGEN PROFESSIONALS**

### Zorgaanbod en zorgvragers

1. Welke ouderenvoorzieningen zijn er voor de eerste vier grote vluchtelingengroepen (zorgvrager) beschikbaar in Amersfoort?
2. Wat zijn vaak de zorgbehoeften en wensen die de eerste vier grote vluchtelingengroepen hebben ten aanzien van formele zorg?
3. Wordt er door de eerste vier grote vluchtelingengroepen werkelijk gebruik gemaakt van de beschikbare ouderenvoorzieningen?
4. Voldoet het aanbod aan hun verwachtingen? Waarom wel/niet?
5. Welke voordelen heeft het gebruik van formele zorg in vergelijking met informele zorg en andersom?
6. Hoe kan het verlenen van informele zorg invloed hebben op het afgeven van formele zorg?
7. Is er een groot verschil in het (soort)gebruik van ouderenvoorzieningen door autochtone, klassieke en de eerste vier grote vluchtelingengroepen?
8. Welke knelpunten ervaart u op het werkveld met betrekking tot de eerste vier grote vluchtelingengroepen?
9. Welke voorzieningen zijn er voor de volwassen kinderen (zorgverleners/mantelzorgers) beschikbaar en hoe ervaren zij deze voorzieningen?

### Toegankelijkheid formele zorg

10. Zijn er bepaalde strategieën nodig tussen de familiezorggever, zorgvrager en zorginstellingen om de communicatie tussen deze drie groepen goed te laten verlopen en de kwaliteit van zorgverlening te verbeteren?
11. Hoe zouden professionals die werken met de eerste vier grote vluchtelingengroepen moeten communiceren om het professionele zorgaanbod beter toegankelijk te maken voor deze doelgroep?
12. Wie ziet u als sleutelfiguren om deze de eerste vier grote vluchtelingengroepen te bereiken?
13. Wilt u nog iets kwijt over dit onderwerp?

## **BIJLAGE 4: BRIEF AAN RESPONDENTEN**

Amersfoort, 17/02/2011

Geachte heer/mevrouw,

Vanuit de Universiteit Utrecht en de Gemeente Amersfoort voer ik als student een kwalitatief onderzoek uit naar de toekomstverwachting van oudere migranten over de informele en formele zorg in Nederland. Dit onderzoek zal inzicht geven in de zorgbehoeften en verwachtingen die er bestaan bij oudere migranten in Nederland met betrekking tot ouderenzorg.

Door middel van interviews wil ik de opvattingen en de toekomstverwachtingen van de oudere migranten, maar ook die van hun volwassen kinderen en de professionals die betrokken zijn bij oudere migranten in kaart brengen. Ik hoop inzicht te krijgen in de mogelijke problemen of beperkingen die er kunnen ontstaan bij het bieden van zorg aan ouderen vanuit de familie. Maar ook is het belangrijk om te weten in hoeverre deze ouderen en volwassen kinderen in hun woonomgeving kennis hebben van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de aangeboden ouderenvoorzieningen.

Voor mijn onderzoek ben ik op zoek naar ouderen migranten van Iraakse afkomst, die 55 jaar of ouder zijn en die vijf, tien, of langer dan tien jaar in Nederland wonen.

Het interview wordt afgenomen vanaf 15 maart, het duurt in totaal ongeveer 45 minuten en het kan plaats vinden bij de respondent thuis of op een andere plaats. Het interview wordt in het Nederlands of in het Arabisch afgenomen en de gegevens van de respondenten worden anoniem verwerkt. Na afloop van het onderzoek worden de resultaten gerapporteerd en indien gewenst toegestuurd naar de respondent.

Ik hoop dat u het belang van dit onderzoek onderschrijft en bereid bent mee te werken aan het onderzoek.

Alvast bedankt voor uw reactie.

Met vriendelijke groet,

## **BIJLAGE 5: OUDERENVOORZIENINGEN IN AMERSFOORT**

### **ALGEMEEN**

- Alarmcentrale, politie, brandweer, steunpunten.

### **ZORG EN WELZIJN**

- Huisarts, tandarts, apotheek, specialist
- Het Wmo-loket: loket voor informatie over zorg, voorzieningen, welzijn en aangepast wonen.
- MEE: voor mensen met een chronische ziekte of functiebeperking. Informatie over onderwijs, opvoeding, wonen, werken, sociale voorzieningen, inkomen, vervoer en vrije tijd.
- Seniorenwegwijzers: informatie over regelingen en voorzieningen voor senioren vanaf 65 jaar.
- Zorgconsulenten voor allochtonen: u kunt zorgconsulent meenemen naar uw huisarts en specialist.
- Beweging 3.0. Maatschappelijk werk: hulp bij o.a. relatieproblemen, financiële problemen, werk en gezondheid.
- Ravelijn: Hulp thuis, het is een vrijwilligersorganisatie dat hulp biedt aan mensen die zelf niet uitkomen met hun problemen en onvoldoende aandacht krijgen van familie of vrienden.
- Kleur in actie: mantelzorgconsulenten die allochtone mantelzorgers ondersteunen
- Steunpunt mantelzorg: hulp wordt aangeboden bij regelingen en voorzieningen en praktische vragen.
- Stichting Hulp in Praktijk: stichting die met vrijwilligers uit kerken werkt. Zij kunnen helpen als u bijvoorbeeld problemen heeft met uw gezondheid of als u een laag inkomen heeft en geen mogelijkheden heeft om zelf hulp in te kopen.
- Humanitas: deze organisatie helpt mensen die in een isolement leven.
- Het Rode Kruis: deze organisatie biedt naast de EHBO-taken en vakantieprojecten ook aanvulling op professionele hulp aan zieke, gehandicapte en eenzame mensen.
- Terminale zorg: Hospice Dome biedt onderdak en zorg aan mensen in de laatste fase van hun leven en aan hun naasten.

### **GEESTELIJKE GEZONDHEID**

- RIAGG: steunpunt bij geestelijke of emotionele problemen.

### **WONEN**

Wanneer u wilt verhuizen naar een woning die geschikt is voor senioren

- Woonkompas: zelfstandig wonen.
- Coördinerend Overleg Huisvesting Senioren p/a Labyrinth – de Drietand: informatieplek over anders wonen.



- Zorgloket: aanpassingen in de woning: thuiszorg/huishoudelijk hulp.
- De klusserij/Wijk Service Team: hulp bij klussen voor mensen met een laag inkomen.

### **MAALTIJDVOORZIENINGEN**

- Beweging 3.0/Tafeltje Dekje/Restaurant voor ouderen: wanneer ouderen niet meer zelf kunnen koken
- Buurtbemiddeling: Stichting Welzijn Amersfoort: problemen in uw eigen buurt.

### **NIET-ZELFSTANDIG WONEN**

- Verpleeg en verzorgingstehuis: woonzorgcentra

### **INKOMEN/GELDZAKEN**

- Sociale zekerheid Gemeente Amersfoort: informatie over belastingen, bijzondere bijstand, witgoedregeling, plustoeslag, langdurigheidtoeslag en andere vragen met betrekking tot een uitkering.

### **FORMULIERENHULP**

- Humantias Thuisadministratie/Stadsring: steunpunt over belastingen, huurtoeslag, schulden en uitkeringen

### **INBURGERING**

- Stichting NVA Centrum voor Duurzame inburgering: dienstverlening aan allochtonen op het gebied van integratie en re-integratie.

### **VRIJE TIJD**

- Allochtone ouderenwerk Amersfoort/de Drietand/Stichting Welzijn Amersfoort: informatieloket over activiteiten voor allochtone ouderen op het gebied van recreatie, ontmoeting, educatie, beweging, creativiteit en cultuur.
- Vrouw en Kind centrum Amersfoort (Dea Dia): centrum voor Arabische les, naailes en formulierenhulp.
- Taalmaatjes project: ontmoetingen met autochtonen en allochtonen om de Nederlandse taak te verbeteren.

Bron:[http://www.welzijnseniorenemersfoort.nl/files\\_content/Brochure%20allochtone%20senioren%20amersfoort.pdf](http://www.welzijnseniorenemersfoort.nl/files_content/Brochure%20allochtone%20senioren%20amersfoort.pdf)