Wie zorgt voor oudere migranten?

De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf

PHAROS - UMCU/NUZO - AMC

Deze publicatie is gebaseerd op de resultaten uit twee projecten van het Nationaal Programma Ouderenzorg:

De kwetsbare oudere van allochtone herkomst op de juiste weg naar voorzieningen voor zorg en welzijn: een probleemanalyse
AMC, Afdeling Sociale Geneeskunde.
Projectteam: drs. Doenja Rosenmöller, dr. Mirjam Fransen, dr. Jeanine Suurmond, dr. Majda Lamkaddem, prof. dr. Marie-Louise Essink-Bot.

De stem van de oudere migrant
UMCU - NUZO: Netwerk Utrecht Zorg Ouderen.
Projectteam: drs. Ilona Verhagen, dr. Bas Steunenberg, prof. dr. Niek de Wit, dr. Wynand Ros.
Training en intervisie door (voormalig) Alleato.
Adviseur ouderenperspectief: Freddy May, NOOM.

Financier van beide projecten: ZonMw; Nationaal Programma Ouderenzorg.

Academisch Medisch Centrum
Universiteit van Amsterdam

Wie zorgt voor oudere migranten?

De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf

PHAROS - UMCU/NUZO - AMC

Colofon

Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf is een uitgave van Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Auteur: Joke van Wieringen

Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen
Postbus 13318 3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00
E-mail info@pharos.nl
Website www.pharos.nl
facebook.com/pharoskennis
twitter.com/pharoskennis
linkedin.com/company/pharos

Voor eerder verschenen publicaties zie www.pharos.nl

ISBN: 978-90-75955-00-2
Bestelnummer: 9P2014.05

Vormgeving: Studio Casper Klaasse, www.studiocasperklaasse.nl
Druk: ADMercurius, Amersfoort

© 2014, Pharos, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoudsopgave

	Inleiding	6
[1]	**De situatie van migrantenouderen**	8
[2]	**Migrantenouderen op de juiste weg naar zorg- en welzijnsvoorzieningen**	12
[3]	**De Stem van de oudere migrant**	23
[4]	**Slotbeschouwing**	34
	Bronnen	36
	[**Bijlage 1**] **Training van sleutelfiguren**	39
	[**Bijlage 2**] **Topiclijst individuele huisbezoeken**	46

Inleiding

Naar zorg en welzijn voor oudere migranten

De groep migrantenouderen* in Nederland wordt steeds groter. Met het ouder worden neemt de behoefte toe aan zorg en ondersteuning. De aansluiting tussen de huidige zorg- en welzijnsvoorzieningen en oudere migranten is echter niet optimaal. Dit kan te maken hebben met onbekendheid maar kan er ook op wijzen dat het huidige zorgaanbod niet goed past bij de wensen en behoeften van deze groep ouderen.

Gemeenten krijgen door de transities in het sociale domein veel taken in het ondersteunen van ouderen en hun mantelzorgers. Het is daarbij van belang dat zij alle groepen goed bereiken. Ook ouderen die misschien zelf geen hulp zoeken. De functie van allochtone zorgconsulenten of VETC-ers (Voorlichters binnen de Eigen Taal en Cultuur) werkzaam als intermediair naar de migrantengroepen, zijn in de meeste gemeenten opgeheven. Ook is de vergoeding voor tolken in de gezondheidszorg afgeschaft. Nieuwe initiatieven om de toeleiding van oudere migranten naar de zorg- en welzijnsvoorzieningen te verbeteren, zijn dan ook uitermate welkom.

In deze publicatie *Wie zorgt voor oudere migranten?* worden de resultaten beschreven van twee projecten rond de zorg voor oudere migranten.

Het AMC (afdeling Sociale Geneeskunde) onderzocht in een Amsterdamse wijk de toegankelijkheid en het gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen door niet-westerse migrantenouderen met functionele beperkingen, eenzaamheid en depressieve klachten. Oudere migranten participeerden zelf actief in de opzet en uitvoering van dit project getiteld: *De kwetsbare oudere van allochtone herkomst op de juiste weg naar voorzieningen voor zorg en welzijn: een probleemanalyse*.

In het tweede project genaamd *De stem van de oudere migrant* heeft het UMCU de inzet van getrainde sleutelfiguren uit de migrantengemeenschappen geëvalueerd. De sleutelfiguren hadden als taak: het slaan van een brug tussen oudere migranten en de zorg- en welzijnsvoorzieningen. Ook in dit project zijn oudere migranten betrokken. Zij speelden een actieve rol bij het beter laten aansluiten van het zorg- en welzijnsaanbod bij hun wensen en behoeften. Daarnaast zijn oudere migranten voorgelicht over het juiste gebruik van zorg -en welzijnsvoorzieningen met het oog op een betere kwaliteit van leven en minder functionele beperkingen.

Beide projecten zijn begeleid met wetenschappelijk onderzoek. De resultaten zijn of worden gepubliceerd in internationale (Engelstalige) tijdschriften.

Omdat beide projecten ook waardevol zijn voor gemeenten en aanbieders van zorg en welzijn, is ervoor gekozen de resultaten op een toegankelijke manier te presenteren in deze publicatie. Voor de wetenschappelijke onderbouwing verwijzen we u naar de artikelen in de literatuurlijst.

Hoewel het doel van beide projecten zich primair richtte op toeleiding naar zorg- en welzijnsvoorzieningen in de eerste lijn, kunnen de ontwikkelde concepten wellicht worden verbreed naar andere domeinen van zorg zoals verpleeghuiszorg of andere tweedelijnszorgvoorzieningen.

Leeswijzer

- In het volgende hoofdstuk schetsen we kort de gezondheid van oudere migranten, en de factoren die hierop van invloed zijn. In hoofdstuk twee presenteren we de bevindingen over gebruik en toegankelijkheid van voorzieningen voor ouderen (AMC project).
- Hoofdstuk drie gaat over het project de *Stem van de Oudere Migrant* en met name over de rol van sleutelfiguren als intermediair tussen oudere migranten en zorg- en welzijnsvoorzieningen.
- Hoofdstukken twee en drie sluiten af met de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.
- Als laatste treft u een slotbeschouwing aan met conclusies en aanbevelingen uit beide projecten.
- In de bijlagen is een uitgebreide beschrijving van de training van sleutelfiguren opgenomen.

* In deze publicatie worden de termen migrantenouderen en oudere migranten door elkaar gebruikt ter afwisseling van de tekst.

[1] De situatie van migrantenouderen

Populatie en gezondheid

Het aantal migrantenouderen van niet-westerse herkomst zal de komende tijd meer dan verdubbelen: van 183.000 55-plussers in 2010 tot 445.000 in 2025 (zie figuur 1).

Hoewel er vaak wordt gesproken over *de groep* migrantenouderen, klopt dit feitelijk niet. Oudere migranten zijn heel divers wat betreft migratiegeschiedenis, land van herkomst en sociaaleconomische situatie. De grootste groepen komen uit Marokko, Turkije, Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba. Daarnaast zijn er ook groepen afkomstig uit China, voormalig Nederlands Indië, Iran, Somalië, Afghanistan en voormalig Joegoslavië.

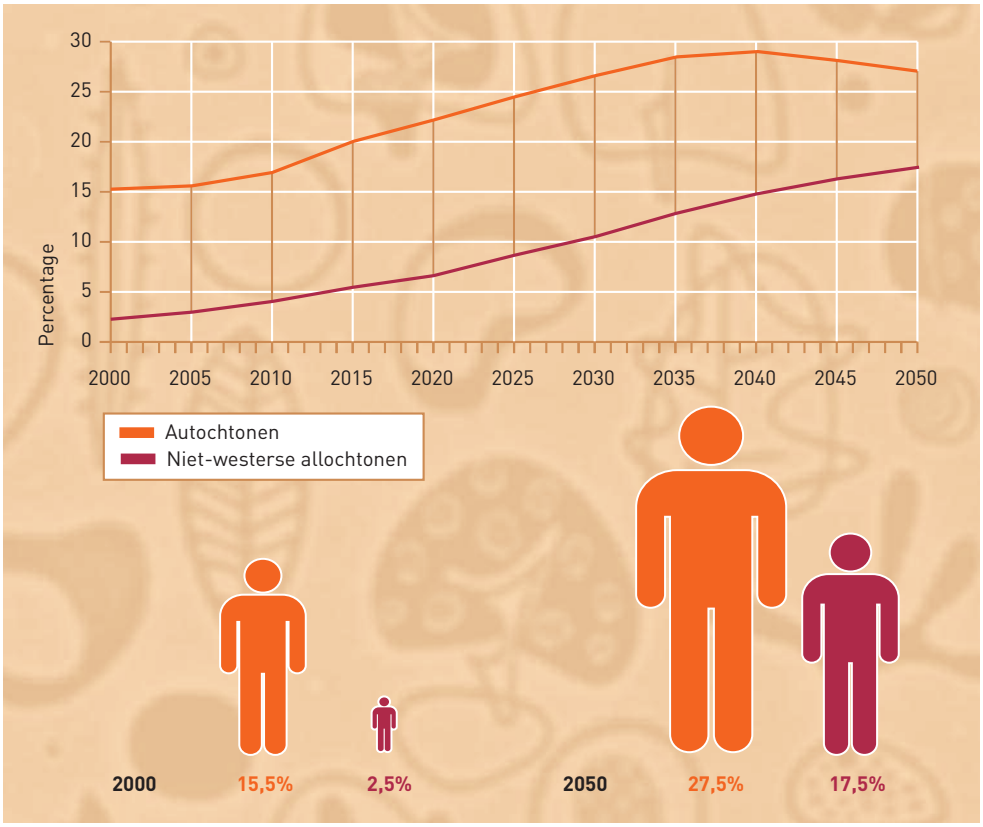
Wat veel niet-westerse migrantenouderen gemeen hebben is dat zij tot de kwetsbaren in de samenleving behoren. Dat heeft te maken met een laag opleidingsniveau (veel Turken en Marokkanen van de eerste generatie zijn nooit naar school geweest), beperkte beheersing van de Nederlandse taal en een lage sociaaleconomische positie. Bovendien hebben velen onvolledig AOW opgebouwd en geen aanvullend pensioen. Mensen met een onvolledige AOW hebben recht op bijstand als ze onder het minimum komen via de Aanvullende Inkomensvoorzieningen Ouderen. Door het toenemen van het aantal migrantenouderen is het aantal van deze bijstandsuitkeringen de laatste jaren sterk gestegen.

Veel niet-westerse migrantenouderen wonen in achterstandswijken in niet-aangepaste huizen. Bijvoorbeeld woningen zonder lift. Van de Turkse en Marokkaanse ouderen woont 2% in een aangepaste woning, tegenover 12% van de Surinaamse/Antilliaanse en 22% van de autochtone ouderen.

In vergelijking met autochtone ouderen is de gezondheidstoestand van de meeste oudere migranten minder goed. Hoewel er verschillen zijn tussen de groepen ervaren migrantenouderen zelf hun gezondheid als minder goed, hebben ze meer chronische aandoeningen zoals Diabetes Mellitus, meer overgewicht, hart- en vaatziekten, COPD, psychische aandoeningen, en meer fysieke beperkingen in het dagelijks leven (zie ook figuur 2).

Angst en depressie komen bij migrantenouderen vaker voor dan bij autochtone ouderen. Het voorkomen van dementie onder migrantenouderen stijgt de komende jaren sneller dan bij autochtonen: dat komt doordat risicofactoren als overgewicht en hoge bloeddruk, diabetes en lage opleiding vaker voorkomen. Dementie is voor veel migranten een onbekend verschijnsel. Men wijt de vergeetachtigheid aan het ouder worden en kent het niet als ziekte. Daardoor wordt vaak geen of laat hulp gezocht, waardoor de kans op overbelasting van mantelzorgers groot is.

Figuur 1 – Ontwikkeling aandeel autochtonen en migranten van 65 jaar of ouder in de totale bevolking tot 2050



BRON: GARSSEN & VAN DUIN 2009.

Mede door taalproblemen en lage opleiding heeft een groot aantal migrantenouderen onvoldoende kennis over het eigen lichaam, gezondheid en ziekte. Dit maakt het moeilijk om klachten goed te verwoorden.

Zorggebruik

Uit een analyse van geregistreerd zorggebruik in 2010 bij een grote zorgverzekeraar bleek dat Surinaamse, Turkse en Marokkaanse ouderen (55+) meer gebruik maken van huisartsenzorg dan autochtone leeftijdgenoten. Het gebruik van fysiotherapie en ziekenhuiszorg was bij Marokkaanse en Turkse ouderen juist lager dan bij autochtonen. Molukse ouderen maakten minder gebruik van alle genoemde vormen van zorg.

Ook maakten oudere migranten minder gebruik van zorgvoorzieningen zoals de thuiszorg, intramurale zorg en geestelijke gezondheidszorg (zie figuur 3). Dit geldt ook als er rekening wordt gehouden met de verschillen in gezondheid en fysieke beperkingen.

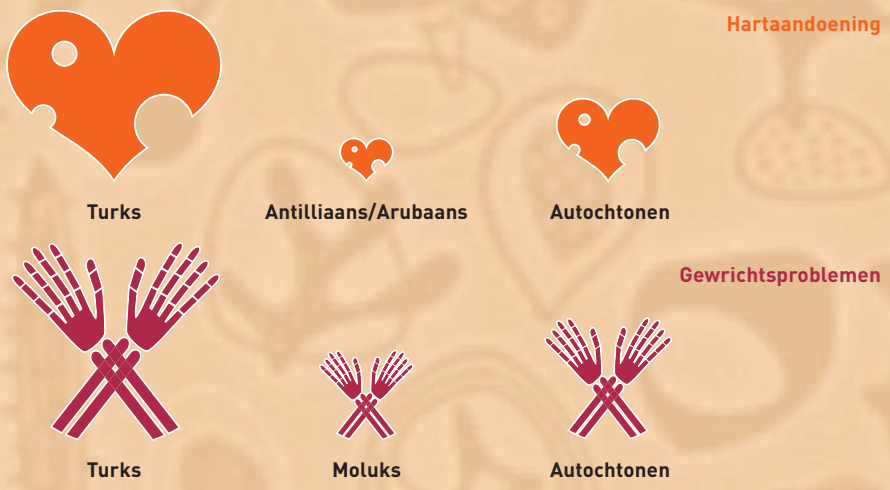
De verklaring hiervoor volgt deels uit het feit dat meer hulp komt vanuit de familie.

Het is de vraag of het voor nieuwe generaties ook zo vanzelfsprekend zal zijn om, naast werk, scholing en gezin, de (schoon)ouders te verzorgen.

Oudere migranten maken om verschillende redenen minder gebruik van zorgvoorzieningen. Deze ouderen zijn dikwijls niet bekend met de zorgvoorzieningen noch het bijbehorende jargon of de aanvraagprocedures. Bovendien spelen er taalproblemen en de verwachting dat de zorg te duur zal zijn. Daarnaast is het zorgaanbod zelf on-

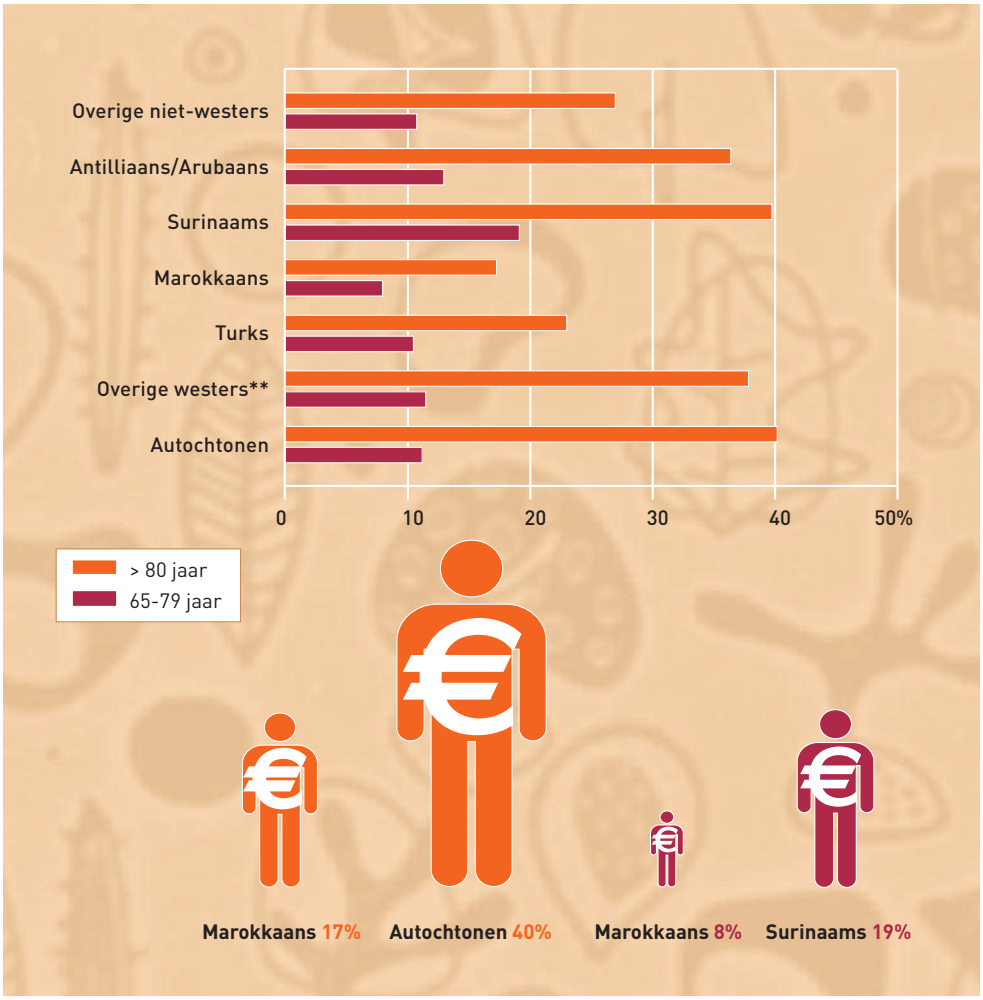
Figuur 2 – Percentages van het voorkomen van chronische aandoeningen bij 55-plussers naar etnische afkomst gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Aandoening	Turks	Marokkaans	Surinaams	Antilliaans/Arubaans	Moluks	Autochtoon
Diabetes mellitus	**28**	**31**	**28**	**22**	**20**	10
Astma en copd	**29**	13	8	**5**	15	14
(Ernstige) hartaandoening	**21**	9	13	**5**	9	10
Hoge bloeddruk	**50**	**41**	**42**	**37**	30	29
Beroerte, hersenbloeding of -infarct	12	5	11	6	9	9
Kanker	6	**3**	8	2	**4**	11
Migraine of ernstige hoofdpijnen	**44**	**51**	**21**	13	10	10
Ernstige/hardnekkige darmstoornis	**21**	**23**	10	6	**5**	9
Gewrichtsproblemen	**56**	**52**	**43**	33	**25**	34
Ernstige aandoeningen aan rug	**45**	**34**	**30**	19	**10**	21
Andere langdurige aandoening/ziekte	**36**	**26**	20	14	15	18



NB: SIGNIFICANTE VERSCHILLEN MET AUTOCHTONEN ZIJN VETGEDRUKT. BRON: SCHELLINGERHOUT 2004.

Figuur 3 – Gebruik van awbz-/Wmo-zorg zonder verblijf waarvoor een eigen bijdrage betaald moet worden*, naar herkomst, 2010 (in procenten)



* AWBZ-GEFINANCIERDE ZORG ZONDER VERBLIJF OMVAT PERSOONLIJKE VERZORGING EN VERPLEEGKUNDIGE HULP. AFHANKELIJK VAN DE GEMEENTE MOET ER VOOR DE HUISHOUDELIJKE HULP OF HET GEBRUIK VAN EEN HULPMIDDEL OF VOORZIENING EEN EIGEN BIJDRAGE BETAALD WORDEN.** MIGRANTEN UIT INDONESIË EN JAPAN WORDEN DOOR HET CBS TOT DE WESTERSE ALLOCHTONEN GEREKEND. BRON: CBS STATLINE 2011 (STATLINE.CBS.NL).

voldoende afgestemd op de specifieke wensen en behoeften van oudere migranten. Doordat ze onvoldoende vertegenwoordigd zijn in cliëntenraden worden migranten-ouderen vaak niet betrokken bij verbetertrajecten.

Het is niet in detail bekend in hoeverre het geringe of te late gebruik van voorzieningen de lichamelijke en geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van oudere migranten doet verslechteren, maar die kans is reëel. Om de zorg en de toegang tot de zorg te verbeteren is een transitie nodig naar cultuursensitieve voorzieningen die aansluiten bij wensen en behoeften van oudere migranten en waar ze een actieve inbreng hebben.

[2] Migrantenouderen op de juiste weg naar zorg- en welzijnsvoorzieningen

Inleiding

Zoals in het vorige hoofdstuk uiteengezet, hebben migrantenouderen meer chronische aandoeningen, vaker moeite met Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke activiteiten. Verder blijken ze vaker last te hebben van psychische problemen als angst en depressie. Daarbij spelen een lage sociaaleconomische status, beperkte gezondheidsvaardigheden en geringe of slechte beheersing van de Nederlandse taal. We hebben hier te maken met een kwetsbare groep, die minder goed in staat is de regie over de eigen gezondheid te nemen en te houden.

Wanneer migrantenouderen zorg nodig hebben geven zij, net als autochtone ouderen, de voorkeur aan zorg door familie boven professionele zorg. Ook willen de meesten zo lang mogelijk in het eigen huis blijven wonen, eventueel met hulp van hun kinderen.

De Nederlandse overheid stimuleert het streven om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Als er zorg nodig is, dient men in eerste instantie een beroep te doen op familie en sociaal netwerk. In het geval van meer zorgbehoefte dan het informele netwerk kan bieden, kan men thuiszorg inschakelen. Thuiszorg is een breed begrip en kan variëren van hulp bij huishoudelijke activiteiten tot 24-uurs zorg voor mensen met complexe gezondheidsproblemen.

Ondanks de slechtere gezondheidstoestand maken migrantenouderen minder gebruik van thuiszorg dan autochtone ouderen. Zij verkiezen familieleden boven de professionele zorg. Dit kan leiden tot overbelasting van mantelzorgers.

AMC in gesprek met ouderen

De zojuist geschetste situatie vormde voor het AMC aanleiding om in gesprek te gaan met zowel autochtone, Turkse, Surinaamse en Marokkaanse ouderen als hun mantelzorgers en de aanbieders van zorg- en welzijnsvoorzieningen in Amsterdam-Oost. Het AMC wilde weten wat nodig is om het integrale aanbod aan voorzieningen voor zorg en welzijn optimaal te laten aansluiten bij de behoeften van ouderen. Tijdens de gesprekken werd vooral ook gesproken over aandoeningen en onderwerpen die erg bepalend zijn voor de kwaliteit van leven van oudere migranten zoals functionele beperkingen, eenzaamheid, depressie.

Figuur 4 – Mogelijke drempels in de toegang tot de zorg

BRON: BEWERKING VAN LEVESQUE ET AL.2013.

Toegang tot de (thuis)zorg

Bij de toegang tot de (thuis)zorg kunnen oudere migranten drempels op verschillende niveaus ervaren:

- het *ervaren van een behoefte* aan zorg/welzijn;
- het *zoeken* naar zorg/welzijnsdiensten;
- het *bereiken* van zorg/welzijnsdiensten;
- het *gebruiken* van zorg/welzijnsdiensten;
- de *consequenties van het gebruik* van zorg/welzijnsdiensten.

Om gebruik te maken van thuiszorg moeten migrantenouderen beschikken over vaardigheden en omstandigheden om over deze drempels heen te komen:

- om een behoefte aan zorg te ervaren moet men beschikken over adequate gezondheidsvaardigheden en kennis over gezondheid. Bijvoorbeeld bij functionele beperkingen moet men dit ook zien als iets waarvoor zorg wenselijk en mogelijk kan zijn;
- om op zoek te gaan naar zorg moet men kennis hebben over het aanbod van zorg en ook weten welke rechten op zorg men heeft;
- om de zorg te bereiken moet men weten hoe en waar die zorg te vinden is maar ook beschikken over voldoende mogelijkheden om er te komen en sociale steun voor begeleiding en eventuele vertaaldiensten;
- om de zorg te financieren zijn een dekkende zorgverzekering en voldoende inkomen nodig;
- om gebruik te maken van de zorg is het nodig te beschikken over de juiste communicatieve vaardigheden.

Dit overzicht is als uitgangspunt genomen bij de interviews met de ouderen over toegankelijkheid en gebruik van de zorg.

Zorggebruik bij functionele beperkingen

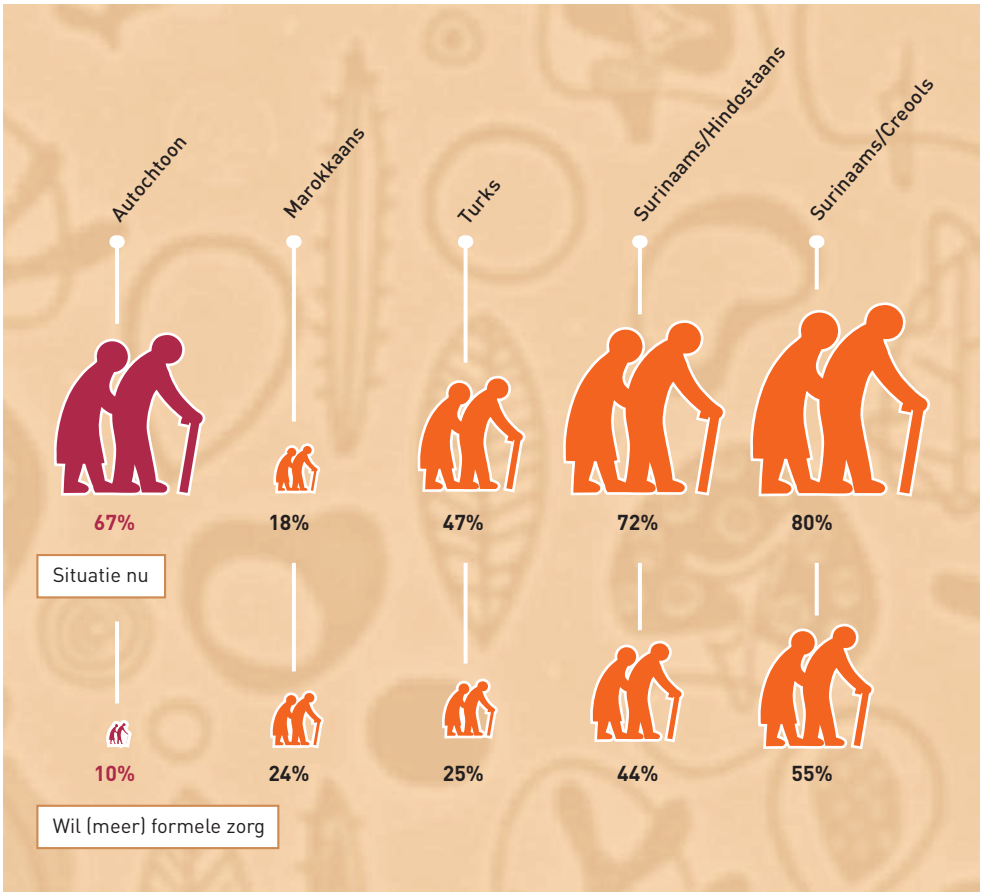
In de interviews is gevraagd of ouderen last hebben van beperkingen in het dagelijks leven en zo ja, of zij daarvoor gebruik maken van thuiszorg.

Uit figuur 5 blijkt dat het gebruik van thuiszorg door ouderen met functionele beperkingen het laagste is bij de Marokkaanse groep. De autochtone en Surinaamse groepen met functionele beperkingen maken het meest gebruik van thuiszorg.

Uit de interviews blijkt dat 65% van de ouderen die nu geen formele zorg ontvangt, deze zorg ook nooit heeft aangevraagd.

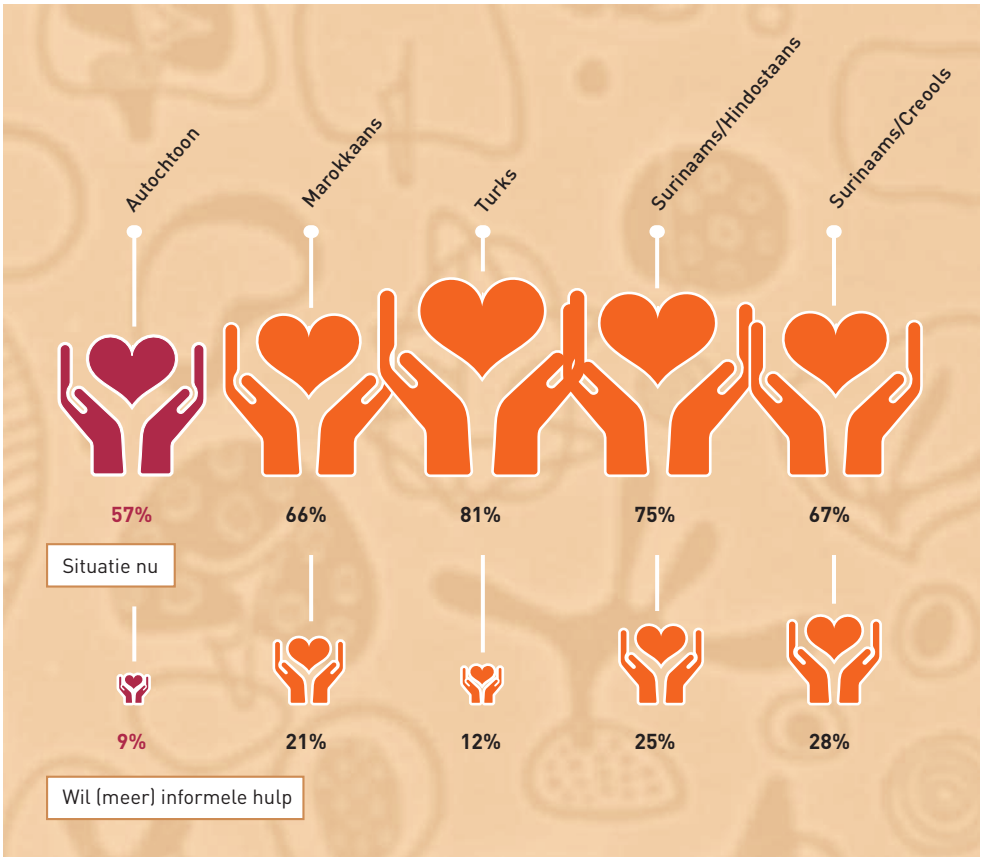
De ouderen met functionele beperkingen die wel gebruik maken van thuiszorg zijn vaker alleenstaand (gescheiden, weduwe, niet getrouwd), ouder en beheersen de Nederlandse taal beter dan de groep die geen thuiszorg gebruikt. Meer dan de helft van de Surinaams-Creoolse ouderen wil meer zorg dan men nu krijgt. Bij het al dan niet gebruiken van thuiszorg maakt het niet uit of er een mantelzorger aanwezig is of hoeveel beperkingen ouderen hebben.

Figuur 5 – Gebruik van formele hulp door ouderen met functionele beperkingen



BRON: FRANSEN ET AL. 2014.

Figuur 6 – Beschikbaarheid van vaste mantelzorger bij ouderen met functionele beperkingen



BRON: FRANSEN ET AL. 2014.

Uit figuur 6 blijkt dat meer dan de helft van ouderen met functionele beperkingen beschikt over een vaste mantelzorger. Dit geldt het meest voor Turkse ouderen. Ook rekening houdend met verschillen in de ernst van de functionele beperkingen, de leeftijd en de sociale steun (aanwezigheid van kinderen en partner) blijkt de Turkse groep vaker een vaste mantelzorger te hebben. Er zijn hierin geen verschillen gevonden tussen de Marokkaanse, Surinaamse of autochtone ouderen.

Waarom geen zorg bij functionele beperkingen?

Zowel autochtone als migranten ouderen met functionele beperkingen geven de voorkeur aan zorg door familieleden boven de thuiszorg. Oudere migranten zien hun familieleden en sociale netwerk meer als bronnen van informele alledaagse hulp dan als informatiebronnen over gezondheid en zorg. Zij zullen hen niet snel vragen om informatie over de formele zorg. Deze perceptie kan leiden tot een (te) grote belasting van de informele (mantel)zorgers. Soms zelfs tot negatieve effecten voor de lichamelijke of geestelijk gezondheid van de oudere. Tenminste als de druk te groot wordt. Dat kan snel gebeuren als er bijvoorbeeld eveneens financiële problemen

spelen, zoals bij veel migrantenouderen. Migrantenouderen stellen thuiszorg langer uit dan autochtone ouderen. Pas als de familie 'op' is, wordt beroep gedaan op formele hulp.

Niet ernstig genoeg

Aan de andere kant zijn er ook ouderen die hun functionele beperkingen als niet zo ernstig ervaren. Zij menen dat thuiszorg voor 'echt zieke' mensen is en dat zij daar niet onder vallen. Andere redenen om geen formele zorg aan te vragen, liggen in de acceptatie van de eigen beperkingen ('hoort bij ouderdom') of schaamte om hulp te vragen en om met formele zorgverleners te praten.

Andere ouderen denken dat ze geen recht hebben op thuiszorg omdat ze al een uitkering hebben, of dat hun verzekering de kosten van thuiszorg niet zal vergoeden. Dit laatste komt vooral voor bij Marokkaanse en Turkse ouderen die beperkt Nederlands spreken.

Kortom: de kennis over waarvoor maar ook waar je thuiszorg kunt aanvragen, is niet vanzelfsprekend aanwezig.

Taal

Sommige migrantenouderen gaan naar de huisarts om thuiszorg te vragen, en geven het op als hij of zij dit verzoek niet honoreert en afziet van doorverwijzing. Andere zorgverleners merken op dat migrantenouderen door hun beperkte taal- en gezondheidsvaardigheden klachten en hulpvraag niet duidelijk presenteren. Voor Marokkaanse en Turkse ouderen is het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal een drempel om vertrouwd te raken met het gezondheidszorgsysteem, inclusief de thuiszorg. Taalproblemen zijn een belangrijke oorzaak voor het niet zoeken, aanvragen of gebruiken van formele zorg. Wanneer ook de kinderen de weg niet weten in de zorg, hebben ouderen weinig andere bronnen waarop zij kunnen terugvallen. Het kan echter ook anders: een groep Creoolse Surinamers wisselde bijvoorbeeld tijdens de wekelijkse kerkbezoeken informatie uit over waar en hoe je thuiszorg kunt aanvragen.

Afwachten

Het initiatief nemen om thuiszorg aan te vragen, is niet vanzelfsprekend. Soms wachten ouderen af tot de zorg voor hen geregeld is of aangeboden wordt. Zo zijn er migrantenouderen die verwachten dat hun kinderen of de huisarts thuiszorg wel zullen inschakelen. Of dat de thuiszorg zelf een zorgaanbod doet. Kinderen voldoen vaak niet aan deze verwachting omdat zij zelf niet weten hoe ze deze zorg moeten regelen. Aan de andere kant leeft er bij huisartsen soms het idee dat oudere migranten toch wel verzorgd worden door familieleden en geen thuiszorg willen. Of dat de kinderen wel zorg zullen regelen als dat gewenst is. Zo kan er gemakkelijk een impasse ontstaan: de oudere wacht af (omdat hij verwacht dat de huisarts thuiszorg zal aanbieden) en de huisarts wacht ook (omdat hij of zij verwacht dat er hulp uit eigen groep komt).

Het komt ook voor dat negatieve verwachtingen of wantrouwen jegens thuiszorgorganisaties redenen zijn om geen zorg aan te vragen. Vaak zijn deze verwachtingen en wantrouwen gebaseerd op verhalen van derden en niet op de eigen ervaringen.

Financiële drempels werden nauwelijks genoemd als reden om geen gebruik te maken van de thuiszorg.

Wel zorg bij functionele beperkingen

Migrantenouderen met functionele beperkingen die wel gebruik maken van thuiszorg, zijn vaak niet tevreden over de communicatie met de (autochtone) medewerkers. Vooral de taalbarrière vormt een struikelblok. Zorgaanbieders geven ook aan op taalproblemen te stuiten. Volgens veel ouderen zou het fijn zijn wanneer thuiszorgmedewerkers hun herkomsttaal spreken. Thuiszorgmedewerkers ervaren de zorg aan migrantenouderen als een extra belasting. Zij krijgen het gevoel niet over de juiste vaardigheden te beschikken om met hen om te gaan.

Daarnaast geven aanbieders van thuiszorg toe dat ze dikwijls niet de juiste kanalen gebruiken om oudere migranten te informeren. Zo is er vaak geen informatiemateriaal in eigen taal. Verder blijkt dat (thuis)zorgorganisaties niet in staat zijn om inzet van dezelfde zorgverlener te kunnen garanderen.

Zorggebruik bij eenzaamheid en depressie

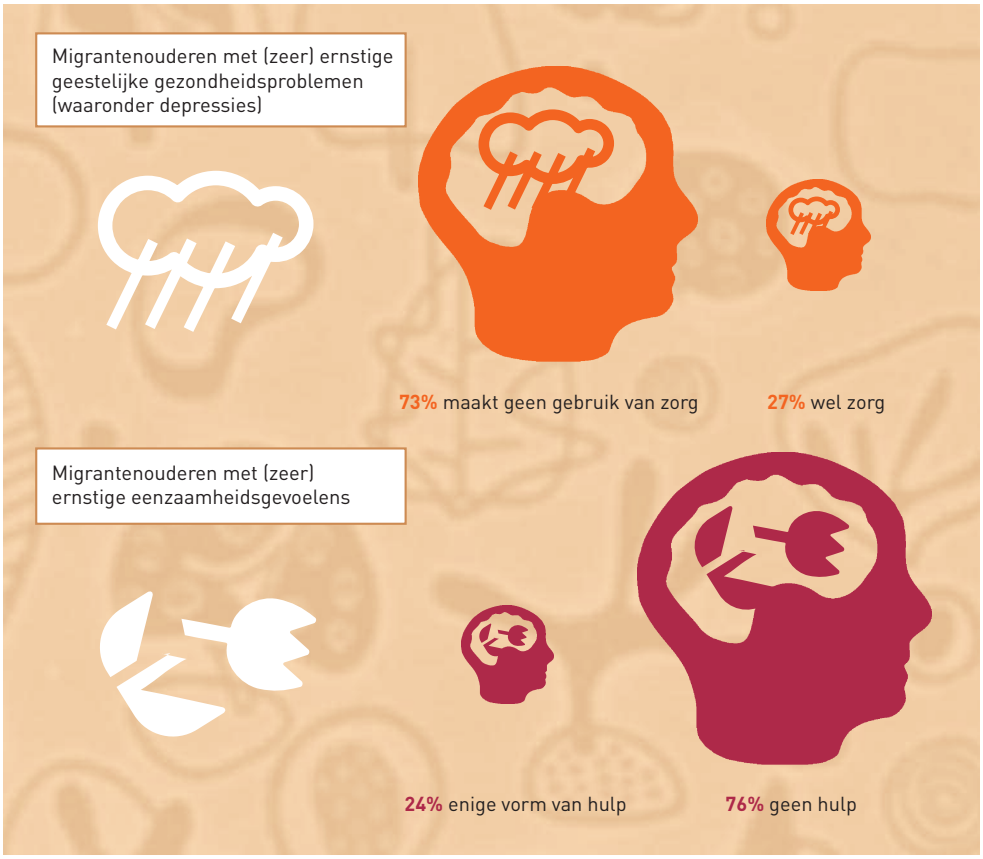
Net als autochtonen hebben oudere migranten een grotere kans om in een sociaal isolement te raken. Gevoelens van eenzaamheid vertalen zich al gauw in een minder goede geestelijke gezondheidstoestand. Eenzaamheid en depressie komen vaak voor bij autochtone én migrantenouderen. Verschil is dat migranten weinig gebruik maken van hulp of zorg om deze problemen aan te pakken (zie figuur 7) Als er een vaste mantelzorger aanwezig is, wordt er nog minder vaak externe hulp gezocht. Deze problematiek is evenwel een grote belasting voor de mantelzorger.

Geen zorg bij eenzaamheid

In het algemeen wordt eenzaamheid noch door autochtone noch door migrantenouderen erkend als een probleem dat aandacht verdient en waarvoor men hulp kan zoeken. Op eenzaamheid rust een taboe. De kinderen horen immers voor hun ouders te zorgen. Soms wordt uit schaamte geen hulp gezocht en durft men zelfs aan de eigen kinderen geen hulp te vragen. De kinderen op hun beurt zijn zich veelal niet bewust van de eenzaamheid van hun ouder(s). Dus bespreken ze dit niet met hen of hebben geen tijd om er iets aan te doen.

Migrantenouderen gaan doorgaans wel naar de huisarts met hun eenzaamheid maar benoemen deze niet als zodanig. Huisartsen denken nogal eens dat eenzaamheid bij migrantenouderen nauwelijks voorkomt, omdat zij een grote familie en een groot netwerk hebben. Dezelfde vicieuze cirkel dreigt weer te ontstaan: zowel de migrantenouderen als de zorgverlener wachten af en er verandert niets aan de situatie.

Figuur 7 – Migrantenouderen met (zeer) ernstige geestelijke gezondheidsproblemen (waaronder depressies en met (zeer) ernstige eenzaamheidsgevoelens



BRON: LAMKADDEM ET AL. 2014.

Geen gebruik van zorg bij depressie

Met name Marokkaanse ouderen hebben moeite depressieve klachten te herkennen. Maar ook familie en kinderen herkennen de symptomen onvoldoende. Omdat er een taboe op mentale problemen rust, wordt hier weinig over gesproken. Veel Turkse en Marokkaanse ouderen zoeken de oorzaak van hun depressieve gevoelens in dagelijkse maatschappelijk en financiële problemen. Ouderen van Surinaamse afkomst zien depressie wel als een op zichzelf staand probleem. Maar allen beschouwen eenzaamheid en depressie als minder ernstige problemen (dan bijvoorbeeld lichamelijke ongemakken) waarmee je als oudere moet (leren) leven.

Waarom geen zorg inschakelen ?

Het negatieve imago dat voor veel migranten- én autochtone ouderen aan de geestelijke gezondheidszorg (ggz) kleeft, bevordert het gebruik van deze zorg niet. Als je naar een psycholoog gaat, ben je toch een beetje gek. De meeste voorlichting over de ggz is

in geschreven vorm en in (ingewikkeld) Nederlands. Dit betekent: niet toegankelijk voor veel oudere migranten. Als oudere migranten met depressieve gevoelens hulp zoeken, gaan ze meestal naar de huisarts omdat die bekend is en vertrouwd. Men hoopt medicijnen te krijgen in plaats van naar (gespreks)therapie verwezen te worden.

Het presenteren van depressieve klachten is niet altijd makkelijk of duidelijk. Depressies worden vaak vertaald in lichamelijke ongemakken. Ook de taalbarrière maakt klachtenpresentatie moeilijker.

Rol van de mantelzorg

Zoals eerder opgemerkt geven zowel autochtone als migrantenouderen de voorkeur aan zorg door familie. Tegelijkertijd geven veel mantelzorgers aan dat zij problemen hebben met het combineren van hun eigen activiteiten met de zorg voor oudere familieleden. Ongeveer de helft van de mantelzorgers heeft problemen met de eigen psychische of lichamelijke gezondheid of ervaart financiële barrières bij het geven van mantelzorg.

Soms beschikken de mantelzorgers niet over de juiste vaardigheden om de oudere op de juiste wijze te verzorgen en kan dit leiden tot negatieve gevolgen. Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van medicatie, verzorgen van wonden, opvolgen van medische instructies en het vertalen van medische informatie. Maar ook het tijdig herkennen van specifieke problemen zoals psychische klachten is niet iedereen gegeven. Ook het oplossen van deze klachten, bijvoorbeeld door toeleiding naar de ggz, vereist bepaalde vaardigheden die niet bij iedere mantelzorger aanwezig zijn. Het bespreken van depressie (of andere psychische klachten) met de oudere zelf of met de familie is vaak moeilijk wegens het al eerder benoemde taboe.

Rol van de huisarts

Migrantenouderen weten de weg naar de huisarts goed te vinden. Echter, het lukt de huisarts niet altijd om de hulpvraag goed boven tafel te krijgen door reeds genoemde taalproblemen of onduidelijke presentatie van klachten. Huisartsen blijken migrantenouderen met eenzaamheids-of depressieve klachten niet altijd te informeren over de mogelijkheden van thuiszorg. Dat komt omdat huisartsen er vaak ten onrechte van uitgaan dat:

- migrantenouderen geen thuiszorg willen;
- voldoende hulp krijgen van hun kinderen en familie;
- de kinderen en het netwerk thuiszorg zullen aanvragen als het nodig is.

Aan de andere kant geven migrantenouderen aan dat zij hun problemen niet snel binnen de gemeenschap zullen delen, zodat hun netwerk niet op de hoogte is van de hulpvraag.

Als het huisartsen wel lukt om de klacht boven tafel te krijgen, weten ze niet goed waarheen de oudere migrant door te verwijzen. Dat heeft te maken met enerzijds

een gebrek aan gespecialiseerd multiculturele ggz aanbieders en anderzijds met een gebrekkige samenwerking op dit gebied tussen de eerste- en tweede lijn.

Huisartsen denken bij migrantenouderen niet snel aan eenzaamheidsproblematiek vanwege het veronderstelde grote netwerk. Als zij de eenzaamheid al herkennen, weten ze vaak niet goed waarheen te verwijzen. Het ontbreekt hen aan een actueel overzicht van zorg- en welzijnsorganisaties die specifieke hulp bieden aan oudere migranten. Bovendien is vanwege allerlei bezuinigingen en beleidswijzigingen het welzijnsaanbod voor migrantenouderen vaak veranderd of verdwenen.

Ook veel ouderen zelf wijzen op het belang van sociale activiteiten in de nabije omgeving en zijn best bereid daar iets voor te betalen. Maar door alle bezuinigingen in de welzijnssector verdwijnen vele sociale activiteiten en verder moeten reizen is vaak een probleem.

Huisartsen menen niet voldoende te beschikken over de kennis en vaardigheden om goed te communiceren met oudere migranten. Noch voelen zij zich in staat om adequaat in te gaan op andere ideeën van migranten over ziekte, gezondheid en zorg. Zij zijn er niet in geschoold om hun wijze van communiceren aan te passen aan de (lage) gezondheids- en taalvaardigheden van migrantenouderen. Omdat zij vaak geen professionele tolk inschakelen, wordt niet duidelijk of ze aan de verwachtingen van de ouderen voldoen. Het ontbreekt huisartsen ook aan zicht op organisaties die migrantenouderen kunnen helpen bij het vinden van de juiste zorg.

Conclusies en aanbevelingen

Voor de huisartsenpraktijk

★ De huisartsenpraktijk (huisarts en POH) en de mantelzorgers kunnen een centrale rol spelen bij de zoektocht van oudere migranten in het veld van zorg en welzijn. Alle migrantengroepen weten de huisarts goed te vinden. Door wederzijdse verschillen in verwachtingen gebeurt er vaak niets of te laat. Huisartsen denken bijvoorbeeld dat de mantelzorgers formele zorg zullen regelen als dat nodig is maar deze mantelzorgers weten doorgaans niet hoe en waar dat te doen.

→ *Stimuleer dat huisarts en POH meer kennis en vaardigheden verwerven om hun communicatie effectief af te stemmen op het niveau van taal- en gezondheidsvaardigheden van migrantenouderen en hun mantelzorgers. Zij zullen zich bewust moeten worden van eigen vooroordelen en stereotypen. Om goed te kunnen communiceren is het nodig dat zij een vertrouwensband met de migranten opbouwen. Dat kost tijd en vraagt een open houding. Ze moeten weten te achterhalen welke verwachtingen van de zorg leven bij de oudere en de mantelzorger. Bijscholing in de vorm van training in effectieve communicatie met patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en anderstaligen kan hieraan bijdragen.*

★ Huisarts en POH zijn zich onvoldoende bewust van de hulp die oudere migranten nodig hebben bij hun functionele beperkingen, eenzaamheid en depressie. Dit is deels te wijten aan de manier van presenteren van de hulpvraag. Daarbij weten ze vaak niet welke organisaties in de wijk adequate zorg of ondersteuning kunnen leveren.

- *Vergroot de kennis van huisartsen over hulpzoekgedrag en ziekte-inzicht bij migrantenouderen. Training in diversiteitsgevoelige zorgverlening kan hierbij helpen. In geval van functionele beperkingen, eenzaamheid of depressie is het belangrijk dat de huisarts/POH effectief doorverwijzen. Dat wil zeggen dat er direct een afspraak wordt gemaakt met de juiste zorgaanbieder. Dit vereist een up- to- date overzicht van zorg- en welzijnsaanbieders in de buurt.*
- *Waar het gaat om de mantelzorger zouden huisarts/POH weet moeten hebben van organisaties die mantelzorgers kunnen ondersteunen bij het vinden van het juiste zorgaanbod.*
- *Om een migrantenoudere met depressie naar de ggz te verwijzen is vaak enige overredingskracht nodig. Huisartsen moeten op de hoogte zijn van de interdisciplinaire samenwerkingsverbanden in geval van depressieve symptomen en andere psychische klachten.*

Voor thuiszorgaanbieders

- Veel Turkse en Marokkaanse ouderen en hun mantelzorgers hebben onvoldoende kennis over hoe en wanneer thuiszorg ingeschakeld kan worden. Vaak stellen ze thuiszorg uit totdat de mantelzorgers het niet meer aankunnen.
- *Vergroot de kennis over thuiszorg bij Turkse en Marokkaanse ouderen en hun kinderen door meer mondelinge informatie te geven in de eigen taal. Dat kan door bijvoorbeeld aan te sluiten bij groepen ouderen die toch al bij elkaar komen. Bespreek bij welke beperkingen mensen recht hebben op thuiszorg en waar zij thuiszorg kunnen aanvragen. Op tijd inschakelen van thuiszorg kan voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken.*
- *Zorg dat thuiszorgaanbieders meer rekening houden met de wensen van oudere migranten vooral op het terrein van de communicatie. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door meer medewerkers aan te nemen die de taal van de cliënten spreken.*
- *Als er zorg of ondersteuning bij een oudere migrant thuis wordt aangeboden, is het wenselijk dat zoveel mogelijk dezelfde zorgverlener bij de oudere komt, en dat deze zorgverlener in staat is cultuursensitief te werken.*

Voor mantelzorgers

- Mantelzorgers van Turkse en Marokkaanse ouderen hebben vaak onvoldoende kennis over (psychische) ziekte en gezondheid. Ook missen ze zicht op de mogelijkheden voor het gebruik van formele zorg en ondersteuning die nodig zijn om zo lang en goed mogelijk hun taak vol te houden.
- *Vergroot de kennis van mantelzorgers over de verschijnselen van eenzaamheid en depressie zodat zij die eerder kunnen herkennen. Na herkenning moeten zij in staat zijn deze onderwerpen met de oudere te bespreken ondanks bijkomende gevoeligheden of taboes. Daarbij zouden zij moeten weten welke mogelijkheden bestaan om migrantenouderen met functionele beperkingen, eenzaamheid of depressie te helpen en hoe zij de hulpvraag van de oudere het best kunnen overbrengen.*
- *Hiervoor is het nodig dat aanbieders van zorg bij functionele beperkingen, eenzaamheid en depressie voorlichting geven aan zowel oudere migranten als hun mantelzorgers. En dat liefst niet in de vorm van folders, maar mondeling bijvoorbeeld tijdens*

specifieke bijeenkomsten voor mantelzorgers van oudere migranten.

★ Veel mantelzorgers van Marokkaanse en Turkse ouderen dreigen overbelast te raken, vooral wanneer de verzorgde last heeft van een depressie.

→ *Vergroot de kennis van mantelzorgers over de ondersteuningsmogelijkheden die er zijn bij het combineren van de zorg met hun eigen gezin/baan/leven. Deze kennis zou goed overgedragen kunnen worden tijdens bijeenkomsten voor mantelzorgers, bijvoorbeeld georganiseerd door Steunpunten Mantelzorg. Veel migrantenmantelzorgers zijn niet op de hoogte van het bestaan van mantelzorgondersteuning. Op hun beurt weten de ondersteuningsorganisaties de migrantenmantelzorgers onvoldoende te bereiken. Mogelijk kan dit opgelost worden door de inzet van mantelzorgambassadeurs. Dit zijn mensen uit een bepaalde gemeenschap die worden opgeleid om mantelzorgers in hun netwerk bekend te maken met de mogelijkheden van ondersteunende organisaties.*

→ *Mantelzorgorganisaties moeten actief de migrantenmantelzorgers opzoeken en het ondersteuningsaanbod moet vooral praktisch zijn. Een stukje praktische hulp kan bijdragen aan een betere band met de mantelzorger, waardoor het makkelijker wordt om in gesprek te gaan en de daadwerkelijke hulpvraag van de mantelzorger te achterhalen. Door vervolgens het hulpaanbod voor de oudere af te stemmen op de zorgtaken van de mantelzorger, kan voorkomen worden dat deze laatste overbelast raakt.*

Voor aanbieders van welzijn

★ In tegenstelling tot wat vele zorgverleners denken, hebben veel migrantenouderen last van eenzaamheid, met alle nadelige gevolgen voor hun kwaliteit van leven.

→ *Zorg dat aanbieders van welzijnsdiensten activiteiten voor migrantenouderen en hun mantelzorgers in eigen buurt organiseren, liefst op een vertrouwde locatie en in eigen taal.*

Voor gemeentebesturen

★ De weg naar het gemeentelijk loket zorg en welzijn is voor veel Turkse en Marokkaanse ouderen moeilijk te vinden.

→ *Het gemeentelijk beleid dient rekening te houden met de diversiteit in de populatie ouderen en de daarbij behorende wensen en verwachtingen. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg zou de gemeente zicht moeten hebben op het optimaal bereiken van alle doelgroepen door gemeente gefinancierde de zorg- en welzijnsaanbieders.*

→ *Het loket waar aanvragen voor zorg en ondersteuning gedaan kunnen worden, moet laagdrempelig zijn voor migrantenouderen. Dat wil zeggen dat men informatie in eigen taal kan verschaffen en de tijd heeft om de werkelijke hulpvraag te achterhalen.*

[3] De stem van de oudere migrant

Inleiding

Zoals gebleken in de vorige hoofdstukken ervaren oudere migranten problemen met het gebruik en de toegankelijkheid van de bestaande zorg- en welzijnsvoorzieningen. Door het te lage of te late gebruik van zorg en hulpmiddelen kunnen zowel de lichamelijke en geestelijke gezondheid als de kwaliteit van leven van oudere migranten verslechteren.

In het project de *Stem van de Oudere Migrant* is onderzocht of het mogelijk is om sleutelfiguren uit de eigen gemeenschap in te zetten om toeleiding naar zorg-, woon- en welzijnsvoorzieningen te verbeteren. Door ouderen meer informatie te geven en bewust te maken van wat zij zelf aan hun gezondheid kunnen doen, dragen sleutelfiguren tevens bij aan het vergroten van de kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid. Het inzetten van sleutelfiguren op deze wijze is een concept dat overgenomen is uit Canada. Daar zijn *Multicultural Health Brokers* sinds 1995 actief (zie kader hieronder).

Een Multicultural Health Broker

- verbindt families en gemeenschappen met voorzieningen voor gezondheid en welzijn;
- biedt gratis diensten aan in de eerste taal van de familie;
- is een tweetalig en bicultureel lid van een gemeenschap;
- helpt families met toegang tot voorzieningen in zorg en welzijn;
- vertolkt en geeft culturele uitleg;
- bevordert het crossculturele begrip binnen zorg en welzijn;
- bevordert de zelfredzaamheid van migranten.

Sleutelfiguren dienen het vertrouwen te hebben van oudere migranten én in staat te zijn om bruggen te slaan naar de zorg- en welzijnsinstellingen. Essentieel voor het slagen van een dergelijk project is het vinden van en werken met de juiste sleutelfiguren. Dit betekent mensen met dezelfde achtergrond als de doelgroep, dezelfde taal en bekend met de waarden en normen rond ziekte en zorggebruik. Daarnaast zijn sleutelfiguren op de hoogte van de beperkingen die oudere migranten tegenkomen op hun zoektocht naar zorg of hulp. Vaak hebben zij al informeel een plek als vertrouwenspersoon of belangenbehartiger binnen de migrantengemeenschap.

De Stem van de Oudere Migrant

Het project *De Stem van de Oudere Migrant* is uitgevoerd in: Harderwijk, Utrecht en Tiel* met medewerking van verschillende groepen migrantenouderen (55 jaar en ouder): Turken, Marokkanen en Molukkers.

Het doel is tweeledig:

- een betere aansluiting van het aanbod aan lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen op de wensen en behoeften van de doelgroep;
- migrantenouderen nauw betrekken bij het verbeteren van het aanbod.

Evaluatie

Het project is begeleid door wetenschappelijk onderzoek waarin de inzet van sleutelfiguren werd geëvalueerd met de volgende twee effectmaten:

- het gebruik van zorg – en welzijnsvoorzieningen door de oudere migranten (ziekenhuisopnames, ongeplande huisartszorg, thuiszorg, opname verzorgingshuis, dagopvang/dagbehandeling);
- de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid.

De effectevaluatie bestond uit voor- en een nameting interviews bij oudere migranten met gevalideerde en deels vertaalde vragenlijsten. De resultaten van de vragenlijsten in Utrecht, Tiel en Harderwijk zijn vergeleken met die van een controlegroep in een andere stad.

De werkzaamheden van de sleutelfiguren werden kwantitatief vastgelegd en geëvalueerd in samenwerking met lokale beleidsmakers en zorgprofessionals.

Taken en profiel van de sleutelfiguren

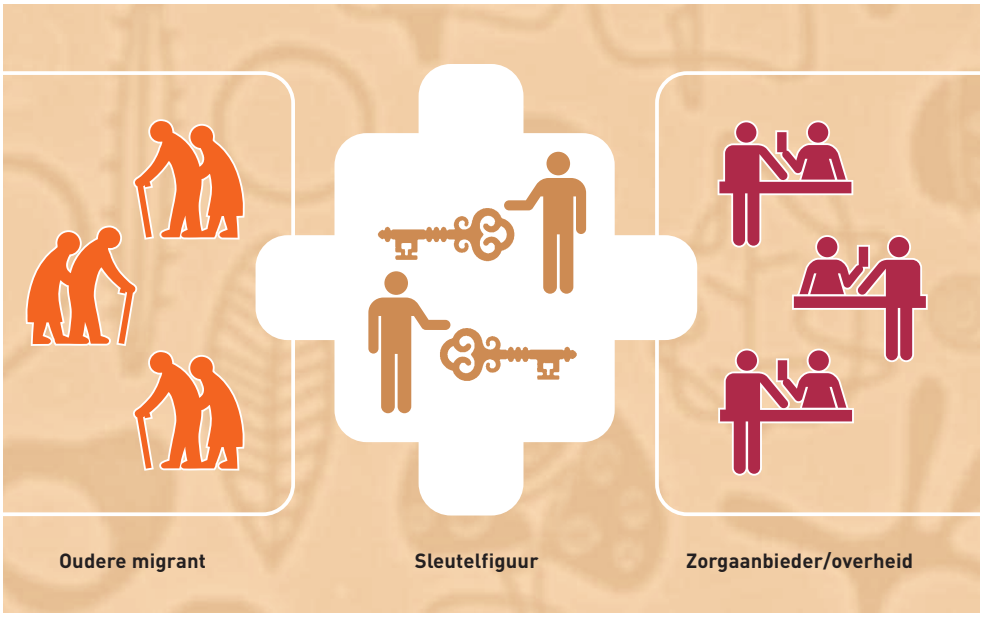
In de eerste plaats is de sleutelfiguur een bruggenbouwer (intermediair tussen de oudere migranten en de overheid en de instellingen). Daarnaast geniet de sleutelfiguur het vertrouwen en respect van de doelgroep. Hij of zij is goed bekend met de gemeenschap en wordt door de hele gemeenschap geaccepteerd.

Om het belang van de functie sleutelfiguur te benadrukken, en deze te onderscheiden van vrijwilligerswerk, is ervoor gekozen om sleutelfiguren een contract te geven met een passende vergoeding.

Taken

★ De sleutelfiguur inventariseert bij oudere migranten de individuele gezondheidsproblemen, de behoeften aan zorg- en welzijnsvoorzieningen en de persoonlijke ervaringen met zorginstanties. Hij of zij legt individuele huisbezoeken af zowel bij migranten als hun mantelzorgers. Hij/zij kan ook informatie geven over gezondheidszorg- en welzijnsvoorzieningen en er zo nodig naar verwijzen.

Figuur 8 – Rol van de sleutelfiguur als intermediair



- In aanvulling op deze inventarisaties organiseert de sleutelfiguur, in samenwerking met lokale migrantenzelforganisaties of sociaal-culturele instellingen uit de wijk (bijvoorbeeld moskee, buurthuis) algemene informatiebijeenkomsten rond gezondheidsproblematiek. Hierbij rekening houdend met de geringe kennis van het Nederlandse zorgstelsel van veel ouderen. Te denken valt aan voorlichtingsbijeenkomsten over chronische ziekten, de thuiszorg, over de Wmo (door de gemeente) of over ondersteuning van mantelzorgers (door bijvoorbeeld Steunpunt Mantelzorg). Door ouderen meer informatie te geven over wat ze zelf kunnen doen aan hun gezondheid en welbevinden wordt gewerkt aan het vergroten van hun zelfredzaamheid.
- Als meerdere migrantenouderen dezelfde problemen ervaren in het aanbod van zorg- en welzijnsvoorzieningen organiseert de sleutelfiguur themabijeenkomsten met als deelnemers: oudere migranten, familie en mantelzorgers, vertegenwoordiger(s) van zorg- en/of welzijnsinstellingen. Op deze bijeenkomsten staat grondige analyse van het probleem centraal.
- Op grond van deze probleemanalyse worden verschillende oplossingen aan de orde gesteld en uiteindelijk wordt een 'verbeterproject' geformuleerd, dat draagvlak heeft bij de doelgroep en de zorginstellingen. Op deze wijze stimuleert de sleutelfiguur oudere migranten om actief na te denken en mee te werken aan de verbetering van ervaren knelpunten.
- De sleutelfiguur heeft een belangrijke rol bij het monitoren van de implementatie van deze 'verbeterprojecten' in de wijk in samenspraak met de doelgroep. Uiteindelijke

* In het najaar 2012 is het project op de locatie Tiel voortijdig gestopt omdat er na de probleeminventarisatie onder Molukse ouderen te weinig draagvlak (noodzaak) was om door te gaan met verbeterprojecten. In Tiel was sprake van een groot en actief netwerk van mantelzorgers.

doel is dat de verbeterprojecten geborgd worden in het bestaande aanbod van lokale zorg- en welzijnsaanbieders.

Profiel

Om bovengenoemde rol en taken te vervullen is gezocht naar sleutelfiguren die voldoen aan het volgende profiel:

★ Netwerk
- goede contacten in lokale migrantengemeenschap;
- bekend met oudere migranten.

★ Kennis
- bij voorkeur HBO denk- en werkniveau;
- interesse in de leefsituatie van oudere migranten;
- kennis en inlevingsvermogen ten aanzien van culturele achtergrond, normen, waarden en gevoeligheden;
- kennis van Nederlandse zorgstelsel en lokale sociale kaart.

★ Communicatie
- goed kunnen communiceren met (vertegenwoordigers van) oudere migranten;
- goed kunnen communiceren met vertegenwoordigers van lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen;
- beheersing van de Nederlandse taal en de taal van de oudere migrant.
  Let op: veel ouderen van Marokkaanse afkomst spreken Berbers en kunnen geen Arabisch verstaan. Mogelijk speelt zoiets bij meer migrantengroepen.

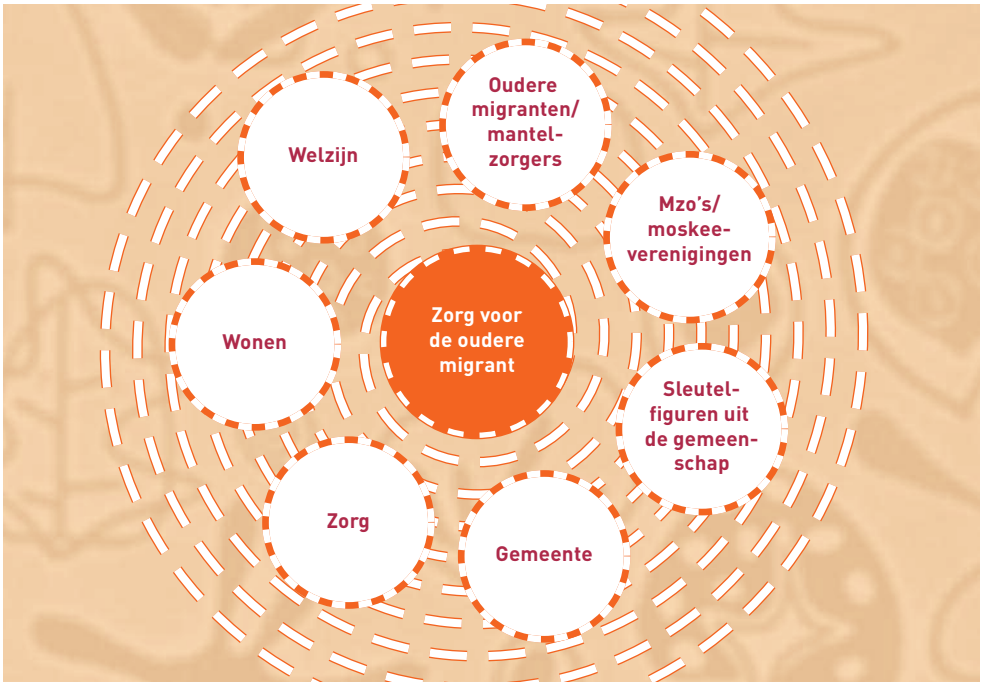
★ Vaardigheden
- kunnen denken vanuit het algemeen belang;
- mensen enthousiast kunnen maken voor informatiebijeenkomsten;
- bereidheid om te tolken en uitleg te geven bij informatiebijeenkomsten;
- kunnen signaleren, informeren, doorverwijzen en agenderen;
- goede organisatorische kwaliteiten en praktische instelling;
- inzet beperken tot bemiddelaar, géén hulpverlener spelen.

Werving

De werving van sleutelfiguren vraagt vaak een persoonlijke benadering. Er zullen niet meteen geschikte sleutelfiguren reageren op een advertentie of oproep in een lokale krant. Vaak begint het met het werven van één sleutelpersoon, die dan weer een naam noemt van een ander. Of men benadert mensen die al actief zijn binnen een migrantenzelforganisatie. Het is aan te raden om met de potentiële sleutelfiguur te bespreken welk deel van de migrantenouderen tot zijn netwerk behoort. Men kan daarnaast bij andere mensen uit dezelfde gemeenschap checken hoe deze sleutelfiguur gewaardeerd wordt.

NOOM, het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten, heeft in 2013 een boekje uitgegeven over Bruggenbouwers. Daarin staan veel actieve migrantenouderen die werken als verbindende schakel tussen hun achterban en de Nederlandse samenleving: bestuursleden, maar ook gewone vrijwilligers die zich inzetten

Figuur 9 – Voorbeeld van netwerkorganisatie



binnen de eigen vereniging of de buurt. Het zijn ouderen van Surinaamse, Turkse, Marokkaanse, Molukse, Chinese, Antilliaans/Arubaanse en Zuid-Europese herkomst, soms nog in het arbeidsproces, soms met pensioen, met hoge of met lage opleiding. Lokale overheden en maatschappelijke organisaties kunnen een beroep doen op deze bruggenbouwers, op basis van gelijkwaardigheid en wederkerigheid (www.noom.nl). Men kan NOOM vragen te helpen bij het in contact komen met lokale zelforganisaties van oudere migranten en met potentiële sleutelfiguren.

Randvoorwaarden voor succes van sleutelfiguren

Voor het slagen van de inzet van sleutelfiguren is het belangrijk dat er draagvlak is onder de lokale zorg- en welzijnsaanbieders. Dit houdt in dat zij weten wie de sleutelpersonen zijn, waar ze hen kunnen vinden en wat hun rol en taak zijn. Lokale zorg- en welzijnsaanbieders dienen bereid te zijn mee te werken aan themabijeenkomsten en verbeterprojecten én borging van die verbeterprojecten. Dit draagvlak kan eventueel geformaliseerd worden in een (ambassadeurs)netwerk, waarin migrantenzelforganisaties, zorg- en welzijnsaanbieders, woningbouwcorporatie en gemeente actief bezig zijn met het realiseren van een cultuursensitief aanbod. Het spreekt vanzelf dat er sprake is van een gelijkwaardige samenwerking tussen de sleutelfiguren en de andere betrokken partijen.

- Coördinatie en ondersteuning van de sleutelfiguren ligt in handen van een coördina-

tor die affiniteit heeft met de migrantengemeenschap en bekend is met de lokale zorg- en welzijnsaanbieders.

- Organiseer een goed scholingsprogramma en regelmatig intervisiebijeenkomsten voor de sleutelfiguren.
- Biedt de sleutelfiguren een contract met een passende salariëring (op HBO niveau) en bewaak hun onafhankelijke positie. Een aanstelling binnen een gemeente of zorginstelling brengt het risico op wantrouwen vanuit de migrantenouderen met zich mee. Het salaris is een vorm van erkenning en waardering voor hun werk, maar brengt ook een verplichting met zich mee. Drijfveer van een sleutelfiguur moet zijn dat hij of zij zich op basis van wederkerigheid wil inzetten.
- Denk vanaf het begin na over wat er concreet te bieden is aan oudere migranten en zorg dat dit aanbod snel te realiseren is. Veel oudere migranten hebben (slechte) ervaringen met tijdelijke projecten waarin veel van hen gevraagd wordt maar waar zij weinig tot niets terugkrijgen. Dit bevordert de bereidheid om deel te nemen aan weer een volgend project niet. Sleutelfiguren moeten vaak veel moeite doen om die teleurstelling en dat wantrouwen weg te praten.
- Probeer vooraf zicht te krijgen op de samenstelling van de groep migrantenouderen: vormen ze een hechte gemeenschap bijvoorbeeld rondom een bepaalde moskee of zijn er veel subgroepen te onderscheiden? De inzet van sleutelfiguren op overzichtelijke locaties (wijkniveau), en in een groep die op een of andere wijze verbonden is, werkt stimulerend op de deelname. De oudere migranten zien vaker dezelfde mensen tijdens voorlichtingsbijeenkomsten, raken daar bekend mee en worden enthousiast om mee te denken.
- Zorg ervoor dat de voorlichtingsbijeenkomsten op een vaste, vertrouwde plek in de buurt (kunnen) plaatsvinden. Een vertrouwde ontmoetingsruimte is voor veel oudere migranten essentieel om te komen (qua hygiëne en voedsel).
- Geef de sleutelfiguren de tijd om hun rol waar te maken maar laat ze ook hun eigen activiteiten monitoren aan de hand van een concreet werkplan.

Training

Alle sleutelfiguren volgen vooraf een speciaal ontwikkelde training van twee dagen om hun rol en taken nader toe te lichten en daarmee bekend te raken. In deze training wordt veel geoefend om de benodigde (gespreks)vaardigheden te versterken en indien mogelijk met trainingsacteurs rollenspellen gedaan.

De training is afgestemd op de fase van werkzaamheden van de sleutelfiguren:

- Dag 1: Werven van, kennismaken met de doelgroep én inventariseren van problemen.
  Deze dag is gericht op kennismaking met elkaar, theorie en achtergrond van de functie en rol van sleutelfiguur en werven en benaderen van de doelgroep. Verder wordt geoefend met het inventariseren van problemen met veel aandacht voor communicatie tussen oudere migrant en sleutelfiguur met als leidend principe de dialoog (dialogische gespreksvoering).
- Dag 2: Verbeterprojecten bedenken voor de problemen met draagvlak voor doelgroep en lokale instellingen.

Op deze dag is veel aandacht voor het selecteren van problemen waarvoor verbeterprojecten geschikt zijn. Geoefend wordt hoe je samen met de doelgroep verbeterprojecten kunt bedenken. En er is veel aandacht voor de samenwerking met de zorg- en welzijnsinstellingen

Voor een volledige uitwerking van de training verwijzen we u naar bijlagen 1 en 2.

Resultaten

De effectiviteit van de inzet van sleutelfiguren in *De Stem van de Oudere Migrant* is zoals eerder opgemerkt met een wetenschappelijk onderzoek geëvalueerd. Voorafgaand aan het project, en nog een keer ongeveer anderhalf jaar later, werden oudere migranten gevraagd naar hun gezondheidstoestand en gebruik van zorgvoorzieningen. Dit gebeurde ook bij een controlegroep in een stad waar geen sleutelfiguren actief waren.

In de eerste ronde noemden migrantenouderen als veel voorkomende problemen: chronische aandoeningen, beperkt sociaal netwerk, niet-adequate huisvesting, armoede en financiële problemen. Met name Turkse ouderen rapporteerden veel chronische aandoeningen, terwijl de Marokkaanse ouderen hoog op gevoelens van eenzaamheid scoorden.

Bij de toegankelijkheid van de zorg bleken onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem (en dan met name de rol van de Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk (POH)) en taalproblemen een rol te spelen.

Uit de meting anderhalf jaar later bleek dat bij de groep ouderen waar sleutelfiguren actief waren, het gebruik van de curatieve zorgvoorzieningen (huisartsenpost, ziekenhuis) gestabiliseerd was in vergelijking met de groep zonder sleutelfiguren. In deze laatste groep was een toename van zorggebruik te zien.

Wellicht hebben de voorlichtings- en huiskamerbijeenkomsten met de sleutelfiguren bijgedragen aan meer kennis en meer gezondheidsvaardigheden bij migrantenouderen zodat zij effectiever gebruik maken van huisarts en ziekenhuis. Ook rapporteerde de groep ouderen die actief meedeed aan de verbeterprojecten met de sleutelfiguren, minder eenzaamheid. Er werden geen verschillen gevonden in gebruik van thuiszorgvoorzieningen, gezondheidswelbevinden en functionele beperkingen. Wellicht was de duur van de inzet van sleutelfiguren te kort om hierin verbetering aan te brengen en heeft dit meer tijd nodig.

Samen met de oudere migranten hebben de sleutelfiguren veel verbeterprojecten in gang gezet waarvan een aantal geborgd is bij zorgaanbieders:

- gezondheidsvoorlichting over onder meer diabetes, depressie, psychosomatische problemen en gezonde voeding (zie overzicht voorlichtingsbijeenkomsten p.30);
- informele bijeenkomsten met aanbieders van zorg en welzijn. Een voorbeeld over communicatie met huisartsen is op p.31 uitgewerkt;
- excursie naar cultuursensitief verzorgingshuis Lale voor Turkse ouderen;
- dagopvang voor Marokkaanse mannen;
- verbetering van woonomgeving (zie voorbeeld tuinenproject op p.32);

- hulp bij aanvragen van zorg en hulpmiddelen zowel tijdens huisbezoek of via een inloopspreekuur (zie voorbeelden op p.32).

In Harderwijk zijn de activiteiten van het STEM project geborgd in het Ambassadeurs-netwerk, waarin vertegenwoordigd zijn: gemeente, lokale zorg- en welzijnsaan-

Overzicht voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd door sleutelfiguren in Utrecht

Onderwerp	Samenwerkingspartners
Mantelzorg	Steunpunt Mantelzorg, St. Stade, El Amal, Mobin
Gemeentelijke regelingen	WMO loket gemeente Utrecht
Conferentie 'Ze denken dat ik rijk ben'	De Armoedecoalitie en NOOM
Suikerfeest maaltijd	Pharos, MORK, Doenja dienstverlening,
	Ons Eiland Samen Zijn
Diner oprichting focusgroep	Projectgroep
Astma	Astmafonds
Astma	Astmafonds
Geestelijke gezondheid/depressie	Nederlandse Hersenstichting
Informele zorg	St. Stade
Bewegen valt goed	Pharos, NISB VeiligheidNl, NOOM
Diabetes	Zorgconsulent
Gezond ouder worden	GGD
Gezonde voeding	Zorgconsulent
Voeding en spijsvertering	GGD
Beweging en klachten aan bewegings-	GGD
apparaat	
Contact met de huisarts en medicijngebruik	GGD
Diabetes	Zorgconsulent
Psychische gezondheid	Altrecht
Problemen met hart- en bloedvaten	GGD
Hoge bloeddruk	Zorgconsulent
Gezonde voeding	Zorgconsulent
Vergeetachtigheid en dementie	GGD
Geheugen en vergeten	Nederlandse Hersenstichting
Piekeren en psycho-matische klachten	GGD
Vrouwenklachten en incontinentie	GGD
Spanningsklachten	GGD
Geheugen en vergeten	Hersenstichting
Voorlichting WMO	WMO loket gemeente Utrecht
Voorlichting Toeslagen wet	WMO loket gemeente Utrecht
Voorlichting U-pas	WMO loket gemeente Utrecht
Alzheimer theehuis	St. Stade en Alzheimer Nederland

DE MEESTE VOORLICHTINGSBIJEENKOMSTEN WERDEN APART VOOR MAROKKAANSE MANNEN EN MAROKKAANSE VROUWEN GEORGANISEERD. GEMIDDELD WAREN ER 20 TOT 30 OUDEREN AANWEZIG.

bieders waaronder de huisartsen, Turkse ouderen en hun zelforganisatie, de moskee en een woningbouwcorporatie. Doel van dit netwerk is het realiseren van een cultuursensitief aanbod.

Een belangrijke functie die de sleutelfiguren uiteindelijk hebben gerealiseerd, is het verbinden en bij elkaar brengen van ouderen. Dat gebeurde niet alleen via geformaliseerde voorlichtingsbijeenkomsten en inloopspreekuren maar ook door het realiseren van ontmoetingsruimtes bijvoorbeeld bij de moskee. Het bij elkaar brengen heeft zeker ook een functie voor het verminderen van eenzaamheid en kan bijdragen aan meer participatie. In huiskamer Yuvam bij de moskee komen wekelijks Turkse mannen en (afzonderlijk) Turkse vrouwen samen. Ten tijde van het STEM-project was altijd een sleutelfiguur aanwezig om individuele vragen te beantwoorden.

Voorbeeld verbeterproject: Communicatie met de huisarts

Uit de individuele gesprekken met migrantenouderen bleek dat zij zich vaak niet begrepen en niet serieus genomen voelden in de contacten met de huisartsenpraktijk. Ze vonden dat er te weinig tijd voor hen werd uitgetrokken en er gebrekkige aandacht was. In de gemiddeld vijf beschikbare minuten konden zij hun probleem niet goed uitleggen. Migrantenouderen vonden het irritant dat zij bij telefonisch contact niet direct de huisarts konden spreken maar eerst hun klachten moesten vertellen aan de PraktijkOndersteuner van de Huisarts (POH). Zij meenden dat de POH een assistente was. De status van de POH was niet duidelijk. In drie spiegelbijeenkomsten met huisartsen, POH-ers en assistenten en Turkse ouderen werden deze problemen besproken. Ook gaven ouderen aan dat zij bij thuiskomst de helft van de adviezen van de huisarts over medicatie en behandeling al weer vergeten waren. Dit kan worden opgelost door adviezen schriftelijk en bij voorkeur in eigen taal mee te geven. Of in het Nederlands voor de mantelzorgers.

Er zijn voorlichtingsbijeenkomsten gestart over chronische aandoeningen als diabetes en COPD waarin migrantenouderen leren hoe hun leefstijl van invloed is op chronische aandoeningen. Kennis over lichaam, gezondheid en ziekte ontbreekt veelal bij oudere migranten.

Aan de oudere migranten is geadviseerd om hun huisartsbezoek goed voor te bereiden: zij moeten vooraf goed nadenken over welke klachten zij behandeld willen hebben en welke verwachtingen zij hebben van de huisarts. Zij moeten daar ook eerlijk in zijn. Uitgelegd is dat in Nederland de huisarts samen met de patiënt een oplossing zoekt voor de klachten, en dat heldere communicatie belangrijk is om elkaar goed te begrijpen. Aan ouderen die de taal niet goed beheersen werd geadviseerd zelf een tolk mee te nemen, natuurlijk afhankelijk van hun klacht. Enige tijd later bleken huisarts en oudere migranten meer tevreden met de communicatie en hadden ze meer vertrouwen in elkaar. De behoefte aan informatie in eigen taal bleef aanwezig. Mogelijk kan algemene informatie, bijvoorbeeld over hoe je voor te bereiden op een bezoek aan de huisarts, in een brochure worden gezet en uitgedeeld in bijvoorbeeld de moskee.

Voorbeeld verbeterproject: Inloopspreekuur

In Utrecht werd ruim een jaar lang iedere week een inloopspreekuur gehouden, apart voor oudere Marokkaanse mannen en vrouwen in een lokaal buurtcentrum. Later werd ook spreekuur gehouden op de dagopvang voor vrouwen. De sleutelfiguur beantwoordde hun vragen, hielp met het invullen van formulieren en het doen van aanvragen voor thuiszorg en hulpmiddelen. Het inloopspreekuur had tevens een ontmoetingsfunctie. Het inloopspreekuur wordt thans voortgezet in het multifunctioneel Centrum voor Zorg en Welzijn.

Voorbeeld verbeterproject: Tuinen

Een verbeterproject hoeft niet op het gebied van gezondheid te liggen, maar kan ook op andere terreinen liggen. Zo ergerden veel migrantenouderen zich aan de verpauperde tuinen rond hun flats, maar hadden zij niet de kennis, middelen en mankracht om er iets aan te doen. Samen met de woningcorporatie en met vrijwilligers uit de buurt zijn de tuinen opgeknapt. De woningcorporatie wil hiermee doorgaan.

Voorbeeld: bemiddeling door sleutelfiguur

Sleutelfiguur bezocht echtpaar waarvan zowel de man als de vrouw diabetes heeft. Zij hebben geen wc op hun bovenverdieping, maar moeten 's nachts vaak naar het toilet. Sleutelfiguur heeft samen met hen Wmo-formulieren ingevuld en toen kregen ze boven een toilet. Uit dit voorbeeld blijkt dat problemen vaak worden ontkend, omdat er wantrouwen is richting instanties of omdat men uit zichzelf geen hulp vraagt bij instanties. Als je tijd en aandacht hebt, zoals sleutelfiguren tijdens huisbezoeken, komen er meer (gezondheids)problemen boven tafel.

Sleutelfiguren vonden ook veel gebrek aan kennis over de hulpmogelijkheden: Veel ouderen hebben geen idee over de mogelijkheden van bijvoorbeeld PGB of mogelijkheden om mobieler te worden door middel van een rollator of scootmobiel.

Conclusies en aanbevelingen

★ In het project *De Stem van de Oudere Migrant* zorgt de inzet van sleutelfiguren voor een doelmatiger gebruik van huisarts/ziekenhuis.

Problemen met de taal en onbekendheid met het zorgsysteem leiden bij Turkse en Marokkaanse migrantenouderen tot onder- en soms inadequaat gebruik van zorg en hulp. Dit heeft gevolgen voor hun gezondheid en welbevinden. Sleutelfiguren kunnen als bruggenbouwers tussen migrantenouderen en de gezondheidszorg/welzijns-

voorzieningen een belangrijke rol spelen. Met name in het meer toegankelijk maken ervan.

→ *Gemeenten met een groeiende populatie migrantenouderen doen er goed aan, eventueel in overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, sleutelfiguren uit de migrantengemeenschap aan te stellen om de toegankelijkheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen voor migrantenouderen en andere kwetsbare groepen te waarborgen.*

★ Ouderen die actief meedoen aan de activiteiten van dit project melden minder gevoelens van eenzaamheid.

Eenzaamheid en depressie zijn veel voorkomende, maar weinig onderkende, problemen onder Turkse en Marokkaanse ouderen. Regelmatig contact met sleutelfiguren en bezoeken van informatiebijeenkomsten dragen bij aan activering van migrantenouderen binnen de lokale gemeenschap.

→ *Zet sleutelfiguren in bij het vergroten van participatie en zelfredzaamheid van oudere migranten door gezondheid en zorg als ingang te nemen.*

→ *Creëer ontmoetingsruimten in de buurt, bijvoorbeeld in een buurtcentrum of op een andere vertrouwde locatie.*

★ Om migrantenouderen mee te krijgen in verbetertrajecten moeten zij direct resultaat zien, al is het maar in de vorm van hulp bij het invullen van een formulier. Het vaak gevraagd worden voor deelname aan projecten waar verder 'niets uitkomt' heeft bij migrantenouderen geleid tot wantrouwen en weerstand.

→ *Zorg dat sleutelfiguren vanaf hun start iets concreets te bieden hebben, interventies kunnen inzetten of bijeenkomsten organiseren. Dit vraagt steun van en samenwerking met lokale zorg- en welzijnsaanbieders.*

★ Veel aanbieders van zorg en welzijn missen de juiste competenties om migrantenouderen die moeite hebben met de Nederlandse taal goede zorg te leveren. Daarom is een cultuursensitieve houding in zorg en welzijn noodzakelijk. Dit geldt vooral voor huisartsen omdat migrantenouderen hen goed weten te vinden en zij de toegang tot andere zorg vormen.

→ *Laat sleutelfiguren bijdragen aan het meer cultuursensitef werken van zorgaanbieders door het organiseren van informele uitwisseling, voorlichtingsbijeenkomsten, spiegelgesprekken met zorgverleners en migrantenouderen. Biedt daarnaast trainingen aan in cultuursensitief werken en interculturele communicatie. Bij voorkeur tijdens alle zorgopleidingen.*

★ Om sleutelfiguren goed te laten functioneren is draagvlak van en goede samenwerking met lokale zorg- en welzijnsaanbieders noodzakelijk. Maar ook een coördinator die goed geworteld is in de wijk en daarnaast commitment van belangrijke spelers binnen de migrantengemeenschap zoals bijvoorbeeld het kerk- of moskeebestuur dragen bij aan het succes van sleutelfiguren.

→ *Streef naar een lokaal netwerk/samenwerkingsverband waarin gemeente, lokale zorg- en welzijnsaanbieders, woningbouwcorporatie en sleutelfiguren elkaar wederzijds kunnen bevruchten op weg naar meer cultuursensitieve zorg.*

[4] Slotbeschouwing

De projecten samen

Uit de beschreven projecten van het AMC en het UMCU blijkt dat het aanbod aan zorg-en welzijnsvoorzieningen nog niet goed aansluit op de wensen en behoeften van oudere migranten én hun mantelzorgers. Gevolgen daarvan kunnen zijn dat migrantenouderen onvoldoende gebruik maken van bijvoorbeeld thuiszorg bij functionele beperkingen of geestelijke zorg bij depressie. Bovendien raken veel migrantenmantelzorgers zwaar belast. Bij het verbeteren van de aansluiting tussen vraag en aanbod hebben zowel de zorgvragers (oudere migranten en mantelzorgers) als de zorgaanbieder een eigen verantwoordelijkheid. Uit het STEM-project (UMCU) blijkt dat inzet van speciaal getrainde sleutelfiguren voor zowel zorgvragers als zorgaanbieders een belangrijke meerwaarde heeft. Zij informeren oudere migranten effectief over gezondheid en zorg, maken hen bewust van eigen mogelijkheden en vaardigheden om hun gezondheid te bevorderen. Daarnaast betrekken ze deze ouderen bij verbeterprojecten in zorg- en welzijnsdiensten. Uit de evaluatie van het UMCU-project blijkt dat het werken met sleutelfiguren heeft geleid tot een adequater zorggebruik. Ook voor de zorgaanbieders hebben sleutelfiguren een meerwaarde. In spiegelgesprekken kunnen ze de aanbieders confronteren met de ervaringen en opvattingen van oudere migranten zodat zorgverleners gaan werken aan een meer cultuursensitieve zorg.

Veel migrantenouderen van de eerste generatie hebben moeite om hun klachten en zorgbehoeften effectief te verwoorden. Dit heeft enerzijds te maken met een matige tot slechte beheersing van de Nederlandse taal maar anderzijds ook met beperkte gezondheidsvaardigheden. Nu veel allochtone zorgconsulenten en VETC-ers zijn verdwenen, kunnen sleutelfiguren als bruggenbouwer fungeren tussen zorgvrager en aanbieder. In het STEM-project deden ze dit bijvoorbeeld door het organiseren van inloopspreekuren.

Uit beide projecten kwam naar voren dat er veel verborgen gevoelens van eenzaamheid leven. Dit, terwijl huisartsen er juist vanuit gaan dat eenzaamheid niet voorkomt bij migrantenouderen omdat zij veel familie hebben. Binnen het STEM-project slaagden sleutelfiguren erin eenzaamheidsgevoelens te verminderen door ouderen te betrekken bij bijeenkomsten en verbeterprojecten.

Her project van het AMC toonde aan dat de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg een groot probleem is voor oudere migranten, bijvoorbeeld als zij te maken hebben met symptomen van depressie. Wellicht kunnen ook toegankelijkheid en gebruik van de geestelijke gezondheidszorg worden verbeterd door eenzelfde inzet van sleutelfiguren.

Kwaliteit van zorg voor iedereen

Alle burgers in Nederland hebben recht op goede kwaliteit, toegankelijkheid en uitkomsten van zorg. Toch wordt dit beleidsuitgangspunt niet altijd waar gemaakt voor oudere migranten. Zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om aan iedereen, ook aan migrantenouderen, kwalitatief goede zorg te bieden. Omgekeerd zijn oudere migranten zelf ook verantwoordelijk voor het vinden van aansluiting bij hun wensen en voor een goed zorggebruik. Sleutelfiguren kunnen bij dit proces ondersteunen. Zeker als het gaat om migrantenouderen van de eerste generatie.

De huidige hervormingen in de gezondheidszorg zijn er op gericht zorg en ondersteuning te laten aansluiten bij de wens van ouderen om zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te wonen. In het nieuwe zorgstelsel zijn mantelzorgers en informele zorgverleners onmisbaar. Het is zaak deze mantelzorgers goed te ondersteunen zodat zij niet overbelast raken. Versterking van de positie van mantelzorgers is geregeld in de nieuwe Wmo en Wlz (Wet langdurige zorg) en daarmee een belangrijke taak geworden voor gemeenten. Op dit moment zijn veel mantelzorgers met een migrantenachtergrond nauwelijks in beeld bij gemeentelijke organisaties of steunpunten mantelzorg.

Bij de ondersteuning van ouderen en hun mantelzorgers doen gemeenten er goed aan zich af te vragen: zijn oudere migranten ook in beeld, worden ook zij bereikt en van kwalitatief goede zorg voorzien? Mocht dit niet het geval zijn, dan kan de inzet van sleutelfiguren zoals in de hier beschreven projecten, wellicht een oplossing bieden. Gemeenten kunnen alleen of samen met zorg- en welzijnsaanbieders op zoek gaan naar geschikte kandidaten en die bijscholen tot sleutelfiguren. Wellicht zijn er lokaal al groepen migranten actief? Bijvoorbeeld in de vorm van wijkcontactvrouwen, van mantelzorgers in het kader van een AMWAHT* traject of mantelzorgers die bij elkaar komen bij een steunpunt mantelzorg.

* Allochtone Mantelzorgers Werken Aan Hun Toekomst

Bronnen

Garssen, J. & Duin, C. van (2009). Aantal allochtone 65-plussers groeit snel. *CBS Webmagazine*, 22 juni 2009.

NOOM (2013). *Bruggenbouwers*. Utrecht.

Pharos (2012). *Migratie en gezondheid: feiten en cijfers*. Utrecht: Stichting Pharos.

Schellingerhout R (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtonen ouderen.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004-16).

AMC-project:

Fransen MP, Lamkaddem M, Rosenmöller DL, Suurmond J, Essink-Bot M.-L. *Use of formal and informal care among ethnic minority elderly with functional limitations: A systematic problem analysis and implications for intervention development*. In preparation.

Lamkaddem M, Fransen M, Rosenmoller DL, Essink-Bot ML. *Health care and welfare services use for depression and loneliness among elderly migrants: unmet needs?* In preparation.

Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 2013, 12:18.

Suurmond J, Rosenmöller DL, el Mesbahi H, Lamkaddem M, Essink-Bot M-L. *Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly – a qualitative study*. Submitted at the IJNS.

UMCU-project:

Ortiz L, *Advocacy and social support*. The Multicultural Health Brokers. Co-op's Journey towards Equity of Access to Health. In *Engendering Migrant Health: Canadian Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press; 2011:169–192.

Steunenberg B, Verhagen I, Ros WJ, Wit NJ de (2014). Op weg naar cultuursensitieve zorg voor de oudere migranten! Opzet en werkwijze van het Stem van de Oudere Migrant project. *Tijdschrift Gerontol Geriatr* 45: 82-91.

Verhagen I, Ros WJG, Steunenberg B, Wit NJ de (2013). Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health* 13 : 227 www.biomedcentral.com/1471-2458/13/227

Verhagen I, Ros WJG, Steunenberg B, Uysal-Bozkir Ő, May F, Wit NJ de (2014). *Effectiveness of a community health worker intervention programme for older immigrants in the Netherlands*. Submitted.

Verhagen I, Ros WJG, Steunenberg B, Wit NJ de (2014). Etnicity does not account for differences in the health-related quality of life of Turkish, Moroccan, and Moluccan elderly in the Netherlands. Health and Quality of Life Outcomes 1:138 www.hql.com/content/1/1/138

Verhagen I, Ros WJG, Steunenberg B, Wit NJ de. *A qualitative evaluation of a community health worker intervention programme for older migrants: Lessons from a Dutch programm*e. Submitted.

Verhagen I, Ros WJG, Steunenberg B, Wit NJ de. *Differences in health care utilisation between elderly from ethnic minorities and ethnic Dutch elderly*. In preparation.

[Bijlage 1] Training van sleutelfiguren

De training wordt opgebouwd uit een informele kennismaking, een aantal mondelinge toelichtingen (presentaties), uitwisselingen van ervaringen, rollenspellen, oefeningen, overleg in kleine groepjes, opstellen van kort plan van aanpak. Een globale opzet voor de training wordt hieronder gegeven, zodat andere organisaties of gemeenten hiermee direct aan de slag kunnen als ze een groep sleutelfiguren hebben geworven.

Trainingsdag 1

Praktische voorbereiding:

- zorg voor een ruimte die groot genoeg is om alle deelnemers in een kring te laten zitten;
- zet koffie, thee, water en koekjes klaar;
- zorg voor een lunch die rekening houdt met de diverse voedingsgewoontenen neem daar de tijd voor (tenminste 3 kwartier);
- zorg dat er een ruimte is om te bidden en wijs de deelnemers daarop;
- laat ieder zijn/haar naam op een naamkaart schrijven, zodat men elkaar snel leert kennen;
- ontvang alle deelnemers persoonlijk door ze een hand te geven en een kort praatje te maken.

Inhoud
Op de eerste dag komen de volgende vragen aan de orde:

- Waarom wil je sleutelfiguur zijn?
- Welke rol heb je als sleutelfiguur?
- Hoe ga je de boodschap brengen?

1 **Kennismaken en veilige sfeer scheppen**

Als alle deelnemers in een kring zitten, hen eerst welkom heten, jezelf voorstellen en uitleggen wat jouw rol is. Ook even de spelregels tijdens de training toelichten:

- Telefoons uit;
- Domme vragen bestaan niet;
- Als er vragen/onderwerpen zijn die een uitgebreide bespreking vereisen moet je die even opschrijven in je boekje. Komen wel aan de orde.
- Dialoog in plaats van discussie;
- Gelijkwaardigheid van de aanwezigen.

Daarna kun je de deelnemers nader kennis laten maken door hen de volgende vragen te laten beantwoorden:

- Wie ben je en wat is doe je in het dagelijks leven?
- Waarom wil je sleutelfiguur worden?

De vragen kun je het best uitschrijven. Bijvoorbeeld op een bordje dat je rond laat gaan in de kring, op een dia van de Power Point presentatie of op een flipovervel. Schrijf de antwoorden op de tweede vraag uit op een flipover.

2 **Toelichting op de rol en taken van de sleutelfiguur**

a Vraag aan de sleutelfiguren om een rapportcijfer te geven voor de huidige toegankelijkheid van de zorg voor oudere migranten in Nederland. Laat ieder dat rapportcijfer op een post-it schrijven en plakken op een thermometer, die je getekend hebt op een flipover met een verdeling van 0 tot 10. Bespreek plenair de uiterste beoordelingen en achterliggende gedachten om te kunnen inschatten hoe een ieder kijkt naar de huidige toegankelijkheid van de zorg.

b Korte inleiding over oudere migranten en de toegankelijkheid van de zorg- en welzijnsvoorzieningen.
Vertel, liefst geïllustreerd met enkele simpele cijfers en grafieken in een Power Point Presentatie:

- aantal oudere migranten zal komende tijd snel toenemen;
- oudere migranten zijn in lichamelijk én geestelijk opzicht ongezonder;
- zijn in sociaal opzicht meer kwetsbaar (door taalprobleem, lage opleiding);
- hebben meer last van fysieke beperkingen en chronische aandoeningen dan autochtone ouderen;
- toch maken migrantenouderen minder gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen;
- vandaar: de taak van de sleutelfiguur: toeleiding van oudere migranten met gezondheidsproblemen naar zorg- en welzijnsvoorzieningen verbeteren.

NB. Veel informatie hierover is te vinden op pharos.nl; nationaalkompas.nl; scp.nl en cbs.nl.

c Rol van de sleutelfiguur als intermediair:
De sleutelfiguur is zelf geen hulpverlener, hoe stelt die zich op om de oudere toch goed door te verwijzen naar passende zorg en welzijn? Wat heeft de sleutelfiguur hiervoor nodig? Discussieer over deze vraag in kleine groepen.

d Eerste taak van de sleutelfiguur: Werven van, en in gesprek gaan met migrantenouderen.
Inventarisatie van wensen en behoeften via individuele huisbezoeken en huiskamerbijeenkomsten.

Oefening: Wat zijn de plaatsen waar je oudere migranten kunt werven?
Laat de sleutelfiguren twee aan twee de beste vindplekken bedenken en inventari-

seer deze plenair. Schrijf ze op een flipover zodat alle sleutelfiguren dezelfde informatie hebben.
Denk aan mogelijkheden als:

- Via contactpersonen van: lokale gezondheidscentra, instellingen voor wonen, zorg en welzijn, culturele verenigingen, moskeeën, kerken, migrantenorganisaties.
- Bezoeken aan buurthuizen/koffiehuizen waar groepen migrantenouderen al samenkomen.
- Eigen contacten uit familie en vriendenkring.

Merk op dat het de bedoeling is om ook de moeilijk bereikbare migrantenouderen te betrekken. Bijvoorbeeld ouderen die nooit uit huis komen. Hoe kun je die groep vinden en betrekken?

Oefening: Hoe ga je het gesprek aan?
Als inleiding hierop kun je vertellen dat mogelijk niet iedere migrantenoudere zal staan te popelen om mee te doen. Sommige oudere migranten staan heel wantrouwend tegenover 'officiële' instanties, soms voelt men zich onbegrepen door barrières in de taal en cultuur. Oudere migranten kunnen ook wanhopig zijn, bijvoorbeeld omdat zij menen dat er niets aan hun klachten gedaan wordt of dat ze de zorg die ze willen niet krijgen. En er zijn natuurlijk ook altijd mensen die zeggen dat zo'n project toch niets gaat opleveren, dat er altijd wel veel aan hen gevraagd wordt maar dat er niets met de resultaten gebeurt.

Laat sleutelfiguren in een rollenspel oefenen met het voeren van een gesprek met een oudere migrant. De sleutelfiguur speelt zichzelf. Een ander (liefst acteur, anders de trainer) speelt een oudere migrant die:
casus 1: niet in het nut van deze aanpak gelooft;
casus 2: een hulpverlener wil, en dat eist van de sleutelfiguur;
casus 3: iedereen de schuld geeft van zijn belabberde situatie en agressief/boos wordt.

Na iedere casus wordt met hele groep besproken wat ze gezien hebben, wat de beste handelswijze zou zijn om het gesprek goed te laten verlopen.

Oefening: inventarisatie van wensen en behoeften van oudere migranten op gebied van zorg en welzijn tijdens individueel huisbezoek.
Sleutelfiguren oefenen aan de hand van de topiclijst (zie bijlage 2) met het inventariseren van wensen, ervaringen en behoeften van oudere migranten waar het gaat om wonen, zorg en welzijn. Maak duo's: een persoon speelt een oudere en de ander is sleutelfiguur. Na een half uur nieuwe duo's maken waarbij iedereen de andere rol vervult.

3 Afsluiting van de dag

Bespreek met elkaar of dit een goede werkwijze is en of men de volgende keer speciale wensen heeft ten aanzien van werkvorm of inhoud.

Laat alle deelnemers voor zichzelf een kort plan van aanpak maken voor de komende weken over wat ze gaan doen, en hoe ze dat gaan doen.

De volgende training is gepland na 5 weken; bespreek nu met de deelnemers wat de beste dag is voor een training.

Trainingsdag 2

Praktische voorbereiding:
Plan deze dag ongeveer 5 weken na de eerste dag.
Alle praktische punten van trainingsdag 1.

Op de tweede trainingsdag gaan we dieper in op de afzonderlijke taken van de sleutelfiguren. De volgende vragen staan centraal in de tweede training en gaan vooral over de praktische aanpak, gestelde eisen en gevraagde resultaten. 'Wat ga je allemaal doen, hoe ga je dat aanpakken, wat doe je als er knelpunten zijn?'

- Taak 1 van de sleutelfiguur: inventarisatie van wensen en behoeften via individuele huisbezoeken en huiskamerbijeenkomsten (dit is op de eerste dag al aan de orde geweest). Organiseren van algemene voorlichtingsbijeenkomsten: bruggen slaan tussen instellingen op het gebied van wonen, welzijn en zorg en oudere migranten.
- Taak 2 van de sleutelfiguur: themagespreksgroepen organiseren en leiden voor acht tot twaalf oudere migranten.
- Taak 3 van de sleutelfiguur: omzetten van de probleemanalyses uit de themabijeenkomsten tot verbeterprojecten. Monitoren van de verbeterprojecten in de wijk (uitgevoerd door zorg/welzijnsorganisaties).

Omdat bij al deze taken communicatie een belangrijke rol speelt, zowel met oudere migranten als met vertegenwoordigers van zorg- en welzijnsinstellingen, besteden we daar veel aandacht aan. Het Ontmoetingsmodel van Jos Arzt kan uitgelegd worden als een model waarbij het ontmoeten en verbinden de belangrijkste elementen zijn. Dialogisch communiceren aan de hand van de Hart op Hart dialoog is daar een praktische vertaling van.

Theorie: Het ontmoetingsmodel van Jos Arzt
Aanbieders van zorg en welzijn zijn belangrijke partners bij het verbeteren van de situatie van oudere migranten. Het streven is naar een alliantie tussen deze aanbieders en de migrantenouderen. Een duurzame alliantie kan alleen ontstaan als er vier fasen worden doorlopen:

1. Ontmoeten/kennismaken met ...
2. Verbinden
3. Wederzijds leren
4. Borgen

Een effect van deze vier fasen is, wat men ook wel vijfde fase noemt, creatie. De Hart op Hart Dialoog is de verbindende schakel tussen deze vier fasen en ook de kwaliteitsnorm binnen de fasen op de wijze van communicatie. Uit ervaring weten we dat 50% van de tijd besteed wordt aan de eerste twee fasen. Het is essentieel om eerst de juiste intentie gezamenlijk vast te kunnen stellen waarop partijen en gesprekspartners zich verbinden. Dit is bepalend voor de slagingskans en het duurzame succes van de interventie in fase vier: het borgen.

Uitgangspunten

Het model van Jos Arzt heeft als uitgangspunten:

1 Gelijkwaardigheid;
2 Gelijkwaardige samenwerkingsrelaties;
3 Vraaggericht werken:
- Het proces staat voorop, de uitvoering sluit aan op de actuele vraag en wordt kenbaar tijdens het proces.
- Vrije ruimte in uren en middelen voor de uitvoering.
4 Het gezamenlijk vieren wanneer een gezamenlijke ambitie zichtbaar wordt in een resultaat.

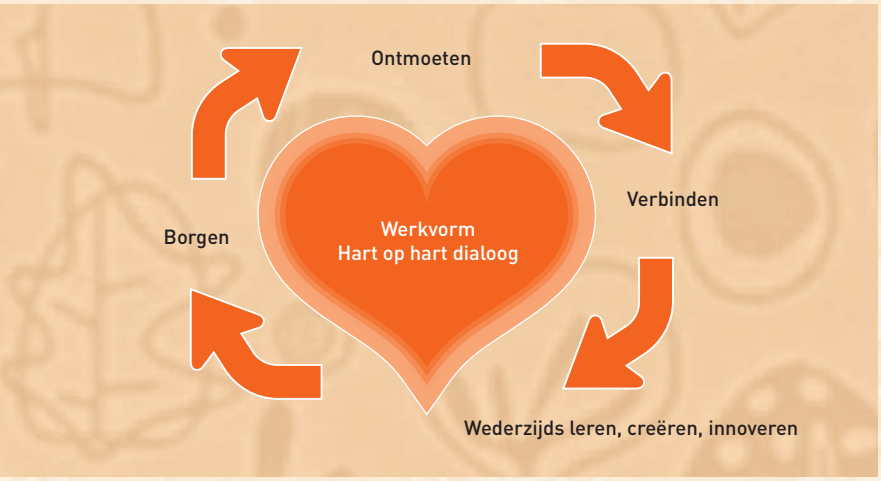
Theorie: Hart op hart dialoog

De Hart op Hart Dialoog is een wezenlijke manier van communiceren die het mogelijk maakt dat mensen onderling informatie kunnen uitwisselen. Zoals de term al zegt staat de Hart-verbinding voorop. Deze manier van communicatie geeft optimaal ruimte voor deze verbinding en zorgt ervoor dat naast de taal- en kennisoverdracht, de verbinding wordt gelegd en onderhouden. Hierdoor ontstaat er een gezamenlijk gedragen proces en worden de gezamenlijke besluiten werkelijk gedragen door alle betrokkenen. Hierbij wordt niet gestreefd naar een compromis, maar juist naar consensus en committent van iedereen.

Het is een eenvoudige wijze van communiceren, maar niet makkelijk om te praktiseren. Zeker niet wanneer een persoon onder stress en/of spanning staat. Hetzij door interne processen zoals onzekerheid hetzij door verstorende factoren van buiten zoals omgevingslawaai.

De spelregels:

- Praat uit je Hart.
- Luister uit je Hart.
- Praat niet over zaken, maar uit jezelf.
- Probeer je zinnen met Ik te starten.
- Als de één praat, luisteren de anderen.



- Iedereen komt aan de beurt en is gelijkwaardig.
- Als je niets te vertellen hebt is dat oké.
- Verval niet in herhaling.
- Er bestaan geen goede en foute verhalen, alleen persoonlijke belevenissen.
- Onderling vertrouwelijk met de informatie omgaan.

De dialoogbegeleider/gespreksleider:
De dialoogbegeleider heeft een bijzondere plek. Hij of zij:

- Zet de toon van het gezamenlijk gesprek in.
- Geeft hiermee meteen de ruimte en diepte aan.
- Bewaakt de veiligheid en gelijkwaardigheid.
- Zorgt voor consensus of antwoord op de vragen.

Uitgangspunten voor de dialoogbegeleider:

- Vertel de spelregels aan de deelnemers.
- Stel een vraag die dienstbaar is aan het proces en aansluit op de actuele behoefte.
- Deel je passie met het onderwerp en waarom jij vandaag hier aanwezig bent.
- Zorg altijd voor een kringopstelling, hetzij aan een tafel, hetzij zonder tafel.
- Vertel wat er met bijdragen wordt gedaan.

Hoe ga jij het gesprek aan met betrekking tot:

- Bejegening deelnemers.
- Vertrouwen wekken.
- Lastige vragen en situaties: hoe ga je hier mee om?
- Omgaan met emoties.

Vragen die uit de dialoog naar voren kunnen komen:

- Welke zorgvraag, wensen en behoeften heb ik als oudere migrant?
- Wat houdt me tegen om gebruik te maken van het aanbod van bestaande voorzieningen?
- Wat heb ik als oudere migrant nodig?
- Wie ben ik en waarom vind ik dit een belangrijk onderwerp?
- Waarom is het belangrijk dat we elkaar leren kennen?
- Wat kan ik doen om de situatie te verbeteren?

Oefeningen

Oefening: van probleem naar verbeterproject
Uit de huisbezoeken bij oudere migranten komen allerlei problemen naar voren op gebied van wonen, welzijn en zorg.
Vaker voorkomende problemen onder migrantenouderen zijn:

- chronische aandoeningen;
- eenzaamheid, depressieve gevoelens;
- aanpassingen in huis (hoog/laag bed, verhoogde wc, Wmo); waar/hoe aan te vragen?
- armoede en financiële problemen;
- thuiszorg.

Laat de sleutelfiguren in kleine groepjes een probleem kiezen en nadenken over de volgende vragen:

- Welke oplossingen kun je geven voor de gegeven problemen?
- Hoe gaan jullie de verbeterprojecten opstarten?
- Welke stappen moet je zetten in de verbeterprojecten?
- Hoe verwerk je de stem van de migrant in de verbeterprojecten?

Bespreek de bedachte verbeterprojecten plenair.

Oefening: verbeterprojecten bedenken met migrantenouderen
In de vorige oefening bedachten de sleutelfiguren verbeterprojecten. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat oudere migranten daar zelf ook een stem in hebben. Bedenk echter dat zij niet vanzelfsprekend gewend zijn om over dergelijke vragen na te denken en het vaak lastig vinden om duidelijk te formuleren wat zij zouden willen.

In een rollenspel worden bovenstaande vragen nog eens gesteld. Rond een ander probleem dit keer. Eén sleutelfiguur is gespreksleider en de anderen zijn migrantenouderen.

Oefening: verbeterproject in gang zetten
Rollenspel: Sleutelfiguur gaat op bezoek bij een manager van een zorginstelling om medewerking te vragen voor een verbeterproject. Bedenk van te voren wat je van hem/haar wilt:

- Ruimte ter beschikking stellen.
- Deelnemen aan een themabijeenkomst.
- Deelnemen aan een verbeterproject.
- Voorlichting geven of rondleiding geven in de zorginstelling.

In het gesprek gebruik je deze aanknopingspunten:

- Stel jezelf voor.
- Vertel wat jouw rol als sleutelfiguur is.
- Bespreek op welke manier jullie kunnen samenwerken.
- Ga naar huis met een concrete of vervolgafspraak.

Intervisie
Als de sleutelfiguren eenmaal aan de slag zijn is regelmatige intervisie met elkaar en met de coördinator van belang om knelpunten te bespreken en elkaar van tips te voorzien. Laat de sleutelfiguren bij voorkeur zelf de thema' s aandragen waarover de ervaringen worden uitgewisseld.

Voor het uitvoeren van deze training kan men zich wenden tot:
Annemarieke Blom, projectleider in zorg en welzijn, 06 30900891,
annemarieke@andersblom.com
Jung Im Koomans, Consultant Culturele Diversiteit & Zorg, 06 50416651,
www.kimjungim.nl

[Bijlage 2] Topiclijst individuele huisbezoeken

Uit *Stem van de oudere migrant*

1 **Gezondheid**
1.1 Gezondheidsproblemen

2 **Zorg**
2.1 Gebruik voorzieningen voor zorg
2.2 Ervaringen met voorzieningen voor zorg
2.2.1 Knelpunten in de toegang tot voorzieningen voor zorg
2.3 Factoren die gebruik van voorzieningen voor zorg beïnvloeden
2.4 Wensen en behoeften aan voorzieningen voor zorg

3 **Welzijn**
3.1 Gebruik voorzieningen voor welzijn
3.2 Ervaringen met voorzieningen voor welzijn
3.2.1 Knelpunten in de toegang tot voorzieningen voor welzijn
3.3 Factoren die gebruik van voorzieningen voor welzijn beïnvloeden
3.4 Wensen en behoeften aan voorzieningen voor welzijn

4 **Wonen**
4.1 Gebruik voorzieningen voor wonen
4.2 Ervaringen met voorzieningen voor wonen
4.2.1 Knelpunten in de toegang tot voorzieningen voor wonen
4.3 Factoren die gebruik van voorzieningen voor wonen beïnvloeden
4.4 Wensen en behoeften aan voorzieningen voor wonen

5 **Inkomen**
5.1 Gebruik voorzieningen voor inkomen
5.2 Ervaringen met voorzieningen voor inkomen
5.2.1 Knelpunten in de toegang tot voorzieningen voor inkomen
5.3 Factoren die gebruik van voorzieningen voor inkomen beïnvloeden
5.4 Wensen en behoeften aan voorzieningen voor inkomen

6 **Overige**

De eerste generatie migranten in Nederland wordt nu ouder en daarmee neemt ook de behoefte toe aan zorg en ondersteuning. De aansluiting tussen zorg- en welzijnsvoorzieningen enerzijds en oudere migranten anderzijds is echter niet optimaal. In deze publicatie getiteld *Wie zorgt voor oudere migranten?* staan twee projecten centraal rond de zorg voor oudere migranten.
In het eerste project onderzocht het Amsterdams Medisch Centrum (AMC) de toegankelijkheid en het gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen door migrantenouderen met functionele beperkingen, eenzaamheid en depressieve klachten. In het tweede project evalueerde het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) of getrainde sleutelfiguren met een migrantenachtergrond erin zijn geslaagd om een brug te slaan tussen oudere migranten en zorg- en welzijnsvoorzieningen.

De resultaten van deze projecten, zoals gebundeld in deze publicatie, laten zien dat de inzet van sleutelfiguren leidt tot een efficiënter gebruik van zorg door oudere migranten. Voor gemeenten en zorgaanbieders kunnen sleutelfiguren een rol spelen bij verbeterprojecten van de zorg die zij samen met oudere migranten initiëren. Dit leidt tevens tot minder eenzaamheid bij en meer participatie van oudere migranten.

PHAROS
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN