

Oudere migranten

*Fuusje de Graaff**

Oudere migranten krijgen anno 2003 weinig positieve aandacht. De politieke aandacht voor hun kennis van de Nederlandse taal contrasteert met de geringe bestuurlijke aandacht in de vorm van samenhangend beleid. Een goed uitgangspunt voor beleidsaandacht is het bekende adagium 'algemeen beleid waar mogelijk, aparte maatregelen waar nodig'. Dit vergt echter inzicht in de behoeften en mogelijkheden van oudere migranten.

In dit hoofdstuk wordt hun leefsituatie op hoofdlijnen beschreven: hoeveel oudere migranten zijn er, wat zijn hun wensen en mogelijkheden op het gebied van wonen, welzijn en zorg en welke ervaringen zijn er opgedaan met een zorgaanbod-op-maat? Overigens is de diversiteit onder oudere migranten groot. Om zorg-op-maat te leveren zal steeds opnieuw gekeken moeten worden naar de leefsituatie van de betrokken oudere of groep ouderen.

1 Begripsomschrijving en demografische gegevens

In Nederland wordt de term 'oudere' vooral gebruikt voor mensen ouder dan 65 jaar. Het zijn de pensioengerechtigden die niet meer hoeven te werken, maar daardoor ook in een isolement kunnen geraken; de jongere ouderen (65-75 jaar) zijn vaak nog vitaal, maar na het 75^e jaar neemt de kans op lichamelijke beperkingen, gezondheidsproblemen en behoefte aan verzorging toe.

Verschillende oudere migranten lijken al vanaf hun 55^e jaar een 'ouderen-leefwijze' te ontwikkelen. Veel arbeidsmigranten uit Turkije, Marokko en Zuid-Europa hebben op hun 55^e jaar geen werk meer, sommigen zijn

* Drs. F.M. de Graaff heeft sociale geografie en volwasseneneducatie gestudeerd, is partner van bureau Mutant, gespecialiseerd in methodieontwikkeling op het gebied van intercultureel werken en daarnaast werkzaam als onderzoeker bij het Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

lichamelijk versleten, anderen kunnen niet meer voldoen aan de steeds hoger liggende eisen van de arbeidsmarkt. Om die reden lijkt het raadzaam de doelgroep 'oudere migranten' af te bakenen als de migranten van 55 jaar en ouder.

Een andere afbakening betreft de term 'migranten'. De laatste jaren worden migranten vooral aangeduid met de term 'allochtonen'. Allochtonen zijn alle ingezetenen die ofwel zelf in het buitenland geboren zijn ofwel het kind zijn van een persoon die buiten Nederland geboren is. Binnen deze groep is onderscheid naar afkomst relevant. Meer dan de helft van de allochtonen is afkomstig uit landen van de Europese Gemeenschap, uit Noord-Amerika, Japan en andere westerse landen. Veel van deze allochtonen zijn tijdelijk werkzaam voor internationale bedrijven, een deel van hen is gehuwd met een Nederlander. De eerste groep zal niet in Nederland oud worden, de tweede groep zal op individueel niveau enorme cultuur-aanpassingen doormaken, maar op collectief niveau bij het ouder worden niet zo anders leven als Nederlandse ouderen (Van Praag 2002). Er zijn over de ouderen in deze groep overigens nauwelijks kwantitatieve of kwalitatieve gegevens voorhanden.

Ruim een derde van de allochtonen in Nederland is afkomstig uit niet-westerse landen: zij vormen anno 2003 tien procent van de ingezetenen. Dit hoofdstuk richt zich op deze groep ouderen. Er wordt gesproken van 'oudere migranten', omdat de leefsituatie van deze oudere niet-westerse allochtonen wordt gekenmerkt door een migrantenstatus: enerzijds ervaren zij door hun verleden een sterke band met de cultuur en de economie van het land van herkomst, anderzijds hebben ze een duidelijke band met de Nederlandse samenleving omdat hun kinderen er gevestigd zijn en zij hun oude dag dicht bij hen willen doorbrengen. Over de leefsituatie van oudere migranten is een aantal kwalitatieve studies en regionale inventarisaties verschenen, die benut worden in dit overzicht.

Demografisch gezien zijn er opmerkelijke verschillen tussen de diverse groepen oudere migranten. Het aantal oudere Turkse, Marokkaanse, Zuid-Europese en Chinese mannen overtreft het aantal oudere vrouwen uit die landen, terwijl er onder Surinamers, Antillianen en autochtone Nederlanders een vrouwenoverschot is. Het mannenoverschot in de eerste categorie hangt samen met twee factoren. Ten eerste betreft het arbeidsmigranten: de eerste migranten uit die landen waren mannen op zoek naar werk. Velen van hen hebben na enige jaren hun vrouw en kinderen laten overkomen, anderen echter deden dat niet. Hun vrouw en kinderen wonen nog steeds in het herkomstland. Ten tweede hebben veel Turkse en Marokkaanse

mannen een veel jongere vrouw gehuwd, waardoor veel mannen behoren tot de categorie 'oudere migranten', wier vrouwen nog geen 55 jaar oud zijn. Het vrouwenoverschot onder oudere Surinaamse en Antilliaanse migranten is geprononcerder dan bij Nederlandse ouderen, omdat het juist veel alleenstaande vrouwen en moeders zijn geweest die naar Nederland migreerden, om hun kinderen hier een zekerder toekomst te geven (Tesser e.a. 1998).

Een uitgebreider overzicht van de door het CBS verzamelde cijfermateriaal over jongere en oudere migranten is te vinden in hoofdstuk I 1.3 van dit handboek.

Tabel 1 Oudere migranten in Nederland per 1-1-2003

<i>Herkomstland</i>	<i>Alle leeftijden</i>	<i>45-65 jaar</i>	<i>65+</i>
Turkije	341.400	41.152	7.403
Suriname	320.658	59.972	13.329
Marokko	295.332	35.729	6.818
Antillen en Aruba	129.312	19.345	2.829
Irak	41.959	4.779	664
Afghanistan	34.249	3.267	590
Iran	28.043	2.451	373
Somalië	27.567	1.582	387
Kaapverdië	19.353	2.182	335
Ghana	17.974	2.662	18
Vietnam	16.865	2.314	314
Niet-westerse allochtonen	1.622.602	222.080	39.373
Polen	34.051	3.185	1.012
Joegoslavië (voorm.)	76.007	14.940	2.246
Sovjet-Unie (voorm.)	39.375	6.908	1.885
Allochtonen totaal	3.038.758	634.279	234.224
Bevolking Nederland totaal	16.192.572	5.378.947	2.220.456

Bron: CBS, 18-08-2003

Oudere migranten wonen niet gelijk verdeeld over Nederland. In 2003 woonde meer dan 40 procent van de niet-westerse allochtonen in een van de vier grote steden. Terwijl oudere migranten 3,4 procent vormen van de totale bevolking van 55-plussers in Nederland, is dit aandeel in Amsterdam al 11 procent en in Rotterdam, Den Haag en Utrecht ruim 8 procent. Elke

stad heeft qua landen van herkomst een eigen 'mix'. In Amsterdam wonen veel Creoolse Surinamers, er zijn meer Marokkanen dan Turken en veel Afrikanen, met een concentratie van Ghanezen. Den Haag huisvest veel mensen uit Indonesië, veel Hindostaanse Surinamers en ongeveer evenveel Turken als Marokkanen. In Rotterdam wonen veel Chinezen en andere havengangers en 80 procent van de Kaapverdiërs van Nederland woont in Rotterdam. Het aantal Turken is er groter dan het aantal Marokkanen. Ook wonen er veel Antillianen. Utrecht heeft vooral Marokkanen en daarnaast een kleiner aantal Turken. Molukkers, Chinezen en vluchtelingen wonen meer gespreid over Nederland. Voor de Chinezen hangt die spreiding samen met de economische sector waarin zij voornamelijk werkzaam waren, de horeca. Voor de Molukkers en vluchtelingen is de spreiding het gevolg van het gevoerde huisvestingsbeleid (Tesser e.a. 1998).

Uit recente CBS-tellingen gecombineerd met de gegevens van de Sociale positie en voorzieningengebruik allochtonen (Martens 1999) wordt duidelijk dat rond negentig procent van de oudere migranten al voor 1980 naar Nederland migreerde. Terwijl de Turken en Marokkanen kwamen om te werken, zijn de eerste Antilliaanse en Surinaamse migranten naar Nederland gekomen om er te studeren. De tweede golf migranten uit Suriname en de Antillen betrof hoger opgeleiden, pas in 1975 zijn vlak voor de Surinaamse onafhankelijkheid veel ongeschoolde Surinamers naar Nederland gekomen. De migratie van ongeschoolde Antillianen is van nog recenter datum.

Het hogere opleidingsniveau van Surinaamse en Antilliaanse migranten en het feit dat velen al voor hun vertrek kennismaakten met de Nederlandse taal en cultuur, maakt dat sommige ouderen uit deze groep vrij geruisloos insluizen in de Nederlandse ouderenvoorzieningen. Toch blijkt specifieke aandacht van belang zowel op grond van medische als van sociale factoren (Van Buren & Hoeksma, 2003).

2 Wonen

Wanneer aan Nederlandse ouderen de vraag wordt gesteld waar zij oud willen worden, denkt menig een aan de keuze tussen thuis oud worden of verhuizen naar een verzorgings- of verpleegtehuis. Voor oudere migranten refereert de vraag echter naar de keuze tussen 'teruggaan' of 'blijven'? Wil ik oud worden in Nederland of in mijn geboorteland? De ervaring leert dat remigratie vooral wordt bepaald door de politieke en economische reïntegratiemogelijkheden van het herkomstland. Toen het in Griekenland en

Spanje anno 1980 economisch beter ging en het politieke klimaat er opklaarde, zijn veel arbeidsmigranten vanuit Nederland naar die landen teruggekeerd. Voor de economisch actieven was een herintreding op de lokale arbeidsmarkt mogelijk. Voor hun bejaarde ouders was terugkeer mogelijk met behoud van een exporteerbare uitkering, op basis van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de Algemene Ouderdomswet, de Algemene weduwen- en wezenwet of de Algemene nabestaandenwet en de vroegtijdige uittreding. Naar Turkije, Marokko, Suriname en de Antillen was de remigratie beperkt. Slechts enkelen hebben gebruikgemaakt van de exporteerbare uitkeringen, omdat de meesten in de buurt van hun hier gevestigde kinderen willen blijven. Overigens is terugkeer op grond van in Nederland opgebouwde rechten een hachelijke zaak, omdat de wetgeving in Nederland terzake geregeld verandert en dan niet altijd ten gunste van remigranten.

Tabel 2 Wijzigingen in de sociale zekerheid van belang voor de remigratie van oudere migranten

1985	Individualisering van de AOW
1987	Herziening AAW/WAO en invoering van de Toeslagenwet
1989	Inwerkingtreding van het Koninklijk Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 164
1990	Inwerkingtreding van de Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidregelingen
1996	Overgang van Algemene weduwen- en wezenwet naar de Algemene nabestaandenwet
2000	Inwerkingtreding van de Wet beperking export uitkeringen
2000	Koninklijk Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 746
2001	Remigratiewet
2003	Terugtrekking Remigratiewet

Bron: G. Kaptein, rapport Sociale Zekerheid, Utrecht 2001 (met aanvullingen).

Duidelijk is dat het voortdurend wijzigen van de sociale zekerheid en remigratiewetgeving een grote impact heeft op de keuzen van oudere migranten ten aanzien van hun woonsituatie. Zij moeten de financiële (on)zekerheden die remigratie met zich meebrengt afwegen tegen hun sociale behoeften en mogelijkheden: in hoeverre kunnen zij oude familieverbanden in het herkomstland reactiveren? Kunnen de familieleden of profes-

sionals in de regio van herkomst hen verzorgen, ook bij een verslechterende gezondheid? Sluiten de leefgewoonten in die streek nog voldoende aan bij hun huidige leefwensen? Dit afwegingsproces vergt van veel oudere migranten veel energie, waar de reguliere Nederlandse ouderenvoorzieningen nauwelijks ondersteuning bij bieden.

Mevrouw M. is een alleenstaande vrouw van 56 jaar die een gedeeltelijke WAO-uitkering van 289 euro per maand ontvangt plus een aanvulling tot bijstandsniveau van de Sociale Dienst. Het GAK heeft haar toestemming gegeven zich weer in Spanje te vestigen. In plaats van de aanvulling van de Sociale Dienst zou zij dan een bedrag van 62,44 euro per maand ontvangen als aanvulling op de WAO. Maar haar onderzoek naar de mogelijke maandelijke uitgaven in Spanje leidde tot de conclusie dat ze in Spanje minimaal 500 euro per maand nodig zou hebben. Na intensief overleg met haar kinderen kwam mevrouw toch terug naar de migratieconsulent om een aanvraag tot uitkering als remigrante in te dienen, omdat het Spaanse klimaat zoveel beter was voor haar gezondheid. Haar kinderen hadden beloofd het tekort van rond 250 euro per maand te zullen bijleggen. Nou maar hopen dat er geen nieuwe maatregelen worden genomen die voor haar ongunstig uitvallen, want een jaar na haar vertrek vervalt de mogelijkheid om zich weer bij de kinderen in Nederland te voegen (NMI 2001).

Overigens hebben oudere migranten na de keuze teruggaan of blijven nog andere woonperikelen te overwinnen. Het fenomeen 'verzorgingshuis of verpleeghuis', zoals dat in Nederland is ontwikkeld als instrument van de naoorlogse huisvestingspolitiek en verzorgingsidealen, is hen totaal vreemd. In Turkije, Marokko, Suriname en de Antillen bestaan in de grote steden wel opvangcentra voor berooide zorgbehoeftigen, maar de daar geboden ruimte en verzorging is zo minimaal, dat elke verblijfplaats bij kinderen, verdere familie of bekenden daar ver boven te verkiezen is. De Nederlands-Indische en Molukse ouderen hebben het ontstaan van de eerste bejaardenoorden nog meegemaakt. Zij hebben zich er daarom niet tegen verzet, maar eigen huizen geclaimd, aangepaste wooncomplexen die vaak met vallen en opstaan tot stand zijn gebracht. In Assen, Laag Soeren, Baarn, Ede en Breda ontstonden in de zestiger jaren Molukse/Indische huizen compleet met waranda's, Indische keukens en mandihokken (badkamers). Vaak werden ze ook door 'eigen' personeel verzorgd. In St. Michielsgestel werd het klooster dat voor de eerste opvang van Surinamers werd gebruikt, omgebouwd tot zorgcentrum voor

Surinaams-Javaanse ouderen en in Den Haag ontstonden talloze Indische pensions.

'Het proces van geschikte woonzorgontwikkeling voor Molukkers verloopt moeizaam. Veel initiatieven lopen stuk op het simpele feit dat er geen geld is. Een andere factor is gelegen in de verkeerde aanpak van de behoeftenbepaling van Molukse ouderen. De provincie X maakte bijvoorbeeld de fout om niet-Maleis sprekende medewerkers van de universiteit met lange vragenlijsten op de doelgroep af te sturen, die van te voren niet was geïnformeerd over de mogelijkheden op het gebied van wonen en zorg. Die actie heeft slechts geleid tot een impasse in het project en een hoop frustraties aan de kant van de betrokkenen.' (Citaat van mr. B.J.L. Derks in Van Berlo en Van Anrooij 1993.)

In het begin van de jaren tachtig hebben de Landelijke Federatie Welzijnsorganisaties Surinamers en de Nederlandse Federatie Bejaardenoorden het initiatief genomen om oudere migranten in Den Haag te begeleiden bij het opzetten van alternatieve woonvormen. Om de belangstelling te peilen werd voorlichting gegeven op familiebijeenkomsten en in tempels (voor en na de diensten voor hindoes). Er werd gesproken over bejaardenoorden, aanleunwoningen, verpleeghuizen en centrale woonprojecten voor ouderen. De belangstellenden kregen een aangepaste versie van de Humanitas-cursus 'Over Wonen van Ouderen Gesproken' en gingen op excursie naar verschillende voorzieningen. Daarna werd hun wensen geïnventariseerd. Oudere migranten hebben vooral specifieke wensen voor keuken (zelf brood bakken, koken met een wok, et cetera) en badkamer (scheiden van douche en toilet). Moslims willen vaak dat de vrouwen in huis hun eigen weg kunnen gaan, niet gezien door gasten. Er bleek grote belangstelling te bestaan voor het groepswonen met lotgenoten, liefst in de buurt van de markt. Sommigen wilden een groepswoning samen met jongere landgenoten die hen zouden kunnen verzorgen. Dit concept bleek minder succesvol, omdat de levensstijl van de in Nederland opgroeiende kleinkinderen niet lang te combineren was met de gezagsverhoudingen die de ouderen gewend waren. Maar het groepswonen met leeftijdsgenoten is in Den Haag na de eerste strubbelingen wel een succes geworden.

Surinaamse ouderen zijn zeer actief, maar op een andere manier dan Nederlandse ambtenaren en medewerkers van woningcorporaties. Deze verwachten van een initiatiefgroep dat zij informatie verzamelt, uitleg vraagt en voortdurend wil weten 'hoever het nu is'. Surinaamse oude-

ren zijn niet gewend belangen, wensen en eisen op tafel te leggen en te onderhandelen. Nederlanders zijn dan geneigd te denken dat de betrokkenheid van Surinamers gering is, terwijl de Surinaamse ouderen op hun beurt wachten op informatie en initiatieven. Om te voorkomen dat er een impasse ontstaat, zal de adviseur van de Surinaamse groep steeds initiatieven moeten nemen (Nelissen 1989).

Anno 2003 zijn er in Den Haag vier woongemeenschappen voor Surinaams-Hindostaanse ouderen (50 jaar en ouder), een voor Creools-Surinaamse, twee voor Javaanse, vier voor Chinese, een voor Antilliaanse/Arubaanse ouderen, een voor Turkse en een voor Marokkaanse ouderen. Ook in andere steden (Utrecht, Amsterdam, Rotterdam en Dordrecht) zijn woongroepen voor specifieke groepen oudere migranten gerealiseerd.

Op de hoek van de Hoefkade/Doedijnstraat in de Schilderswijk zijn op de tweede en derde woonlaag 24 twee- en driekamerwoningen en een gemeenschappelijke ruimte voor Turkse ouderen gebouwd. Het project is gerealiseerd in samenwerking met de Nederlandse Islamitische Bond voor Ouderen (NISBO), afdeling Den Haag. Het groepswoonproject Baris Evi is op 5 november 2002 officieel geopend door mevrouw Klijnsma, wethouder Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie van Den Haag, in aanwezigheid van vele genodigden (Samadhan 2002).

Duidelijk is dat deze formule veel oudere migranten in de gelegenheid stelt het oud worden in Nederland te beleven in een vertrouwde omgeving, omdat de omwonenden een leef sfeer creëren waarin de oude culturele bagage voortleeft. Buiten Den Haag zijn er echter minder projecten gerealiseerd. In een inventarisatie van woonwensen in Utrecht en Amersfoort bleken de Turken het liefst in de huidige buurt te willen blijven wonen, in een gelijkvloerse woning met minimaal een extra kamer om gasten te kunnen ontvangen. Vooral de vrouwen tillen daar zwaar aan. De Marokkaanse ouderen wilden daarnaast ook graag een tuin en dichtbij hun kinderen wonen. Als er een specifieke woonvoorziening zou komen, wilden ze graag dat de bouw rekening hield met de wens mannen en vrouwen gescheiden te kunnen ontvangen. In de praktijk hebben oudere migranten het zelden voor het kiezen (Hamid & Smits 2002). Velen zullen de laatste dagen in Nederland doorbrengen bij hun kinderen in huis, sommigen alleen op een kamer, in een pension of anderszins.

Turken en Marokkanen zijn vanouds gewend dat ouderen bij een van de zonen inwonen. Dit kan impliceren dat een oudere migrant geen vaste ver-

blijfplaats heeft, maar steeds bij een volgend kind logeert. Oudere Surinamers, Antillianen en vluchtelingen kiezen soms ook voor die leefwijze.

Tijdens een nascholing voor huisartsen in het AMC werd de situatie van de depressieve Hindostaanse vrouw X als casus ingebracht. Na enige aarzelingen bekenden verschillende aanwezigen dat deze patiënte voor hen geen onbekende was. Meer dan zes artsen bleken haar behandeld te hebben, omdat ze steeds met een ander kind meegegaan was naar diens huisarts. Hun registratie was niet ingesteld op deze vorm van 'geen vast woonadres' (De Graaff 1999).

Wanneer de gezondheid deze vorm van wonen niet meer toelaat, is opname in een Nederlands ziekenhuis of verpleeghuis toch een steeds meer voorkomend verschijnsel, ook al voelen velen zich daar ontheemd.

3 Welzijn

Wanneer Nederlandse ouderen naar hun welzijn wordt gevraagd, zullen ze niet direct welzijnsactiviteiten benoemen. Eerder zullen ze hun lichamelijke conditie bespreken of hun huiselijke beslommingen en familiale verhoudingen. Daarin verschillen Nederlanders niet van allochtonen. Maar wanneer hen wordt gevraagd aan welke activiteiten ze buitenshuis deelnemen en welke contacten ze onderhouden buiten de familie, lopen de antwoorden wel uiteen. Nederlandse ouderen benoemen hun hobbyclubs, muziekavonden, sport, contacten met andere ouderen op reizen, kaartavonden en bingomiddagen. Als oudere migranten activerende bezigheden buitenshuis hebben, zijn het vrijwel altijd bijeenkomsten met landgenoten of activiteiten met een educatief karakter: men ontmoet graag landgenoten om het culturele verleden te herkennen en levend te houden; Nederlandse ouderen zijn daarbij welkom, zolang de sfeer maar de eigen cultuur uitdraagt.

'In deze buurt, Delfshaven, hebben altijd veel Kaapverdianen gewoond. Het eerste Kaapverdische pension, in de jaren vijftig zat hier. We hebben nu een leeftijd bereikt waarop we rustig aan willen doen. Daarom heet deze woongroep ook A Pauzada: De rustplek ... We willen onze ontmoetingsplek ook openstellen voor andere Kaapverdianen uit de buurt. En trouwens, ook de Nederlandse ouderen die in de andere vleugel van dit gebouw wonen zijn van harte welkom. Daarnaast gebruiken we de ontmoetingsruimte voor recreatieve activiteiten, zoals onze spelletjes:

bisca, tchintchon, escova en uril. En de vrouwen kunnen hier handwerken en borduren' (Ramos, in: Van Maris 2003).

Daarnaast maakt men gebruik van vormende activiteiten om een plaats te behouden of te verwerven in het Nederlandse heden: taalcursussen, voorlichtingsavonden over Nederlandse voorzieningen en gezondheidsthema's, leerzame excursies naar instellingen of recreatieve bestemmingen (Baboe-ram e.a. 1997).

De Turken en Marokkanen die van het platteland komen, zien vrije tijd als onderdeel van de totale tijdsbesteding. Autochtone Nederlanders daarentegen beschouwen vrije tijd als iets apart. Het accent bij de recreatie van de eerste generatie Turken en Marokkanen ligt op 'nuttige bezigheden' als markt- en familiebezoek, 'feesten in de eigen kring en picknicken in het stadspark'. Niet de natuur zelf lijkt belangrijk als wel de plaats waar je met velen kunt samenkomen. Naar het strand en recreatiegebieden buiten de stad gaan allochtonen van de eerste generatie nauwelijks, dit in tegenstelling tot de jongere allochtonen (V.R.O.M. Jókövi, in: Van Dam, 2002).

Komen de verschillen in gebruik van welzijnsactiviteiten voort uit een verschil in behoeften of een verschil in aanbod? Het NIZW en FORUM hebben verschillende inventarisaties gemaakt van de welzijnsactiviteiten voor allochtone ouderen in Nederland. In verschillende publicaties ('s Jacob 1996; Nelissen 1997; Nelissen 2000) wordt aangegeven dat het aanbod vaak meer afhankelijk is van het mensbeeld dat de aanbieders hebben van de oudere migranten dan van hun concrete vragen. Ziet men de oudere als slachtoffer dat hulp nodig heeft, als een buitenstaander die moet integreren in de Nederlandse samenleving of als pionier die het lef had te migreren en zich in Nederland handhaaft? Terwijl het slachtoffermodel vaak wordt benut om subsidie te verkrijgen, het integratiemodel voortkomt uit een maatschappelijke bezorgdheid van de autochtonen, herkennen de ouderen zich het sterkst in het beeld van de pionierende migrant (Nelissen 1997; Nelissen 2000). De behoeften van oudere migranten variëren van 'hun verhaal kwijt kunnen aan iemand die luistert', via 'het ontmoeten van lotgenoten om ervaringen met hen te delen en nieuwe gezamenlijke ervaringen op te doen' tot 'introductie bij Nederlandse ouderen, informatie over voorzieningen en ondersteuning bij het gebruik daarvan' (Tenhaeff e.a. 1999; Tjoa & Vermeulen, 1999).

De onderzoekers concluderen dat welzijnswerkers in hun contacten met oudere migranten rekening moeten houden met een brede spreiding van mogelijke behoeften en met het gegeven dat deze ouderen niet gewend zijn 'welzijn' te consumeren buiten de familiekring. De beste ingang is vaak dienstverlening te bieden op die terreinen waar de eigen familie niet gemakkelijk in kan voorzien, bijvoorbeeld hulp bij het invullen van formulieren, sociaal-juridische hulpverlening en opbellen naar instanties en hulpverleners. Juist de beperkte kennis van de Nederlandse taal kan een migrant die door ouderdomsverschijnselen afhankelijk wordt van Nederlandse voorzieningen, zo opbreken. Hoewel er al sinds 1975 tolkencentra zijn opgericht om vertaalproblemen in de hulpverlening te verlichten, worden deze in de welzijnsactiviteiten nauwelijks benut.

Verder hebben migranten net als Nederlanders bij het oud worden meer tijd om na te denken over spirituele zaken.

'Religie heeft een steeds grotere rol in het leven van ouderen. Veel oudere moslims gaan, als ze het kunnen betalen, op bedevaart naar Mekka. Dat kan op zich al een religieuze revival veroorzaken. Bovendien hebben ouderen de tijd; ze kunnen zich onbeperkt aan moskeebezoek wijden. Er komt dan het clichébeeld op van Turken die veel tijd in koffiehuisen doorbrengen. Ze brengen vermoedelijk echter ook veel tijd met hun gezin door en vervullen een belangrijke rol bij de zorg en opvang van kleinkinderen. Maar we weten het niet precies en daarom is het tijd dat we dit soort dingen eens goed uitzoeken' (R. Schellingerhout (SCP), in: Havermans 2003).

Uit hoofdstuk II 2.7 over interculturele woonzorg in de Schildershoek blijkt overduidelijk dat oudere migranten (ook in de verpleeghuissituatie) behoefte hebben aan religieuze vieringen van de eigen 'denominatie'. Onder moslims, hindoes en aanhangers van oosterse en Afrikaanse religies treffen we net als onder Nederlandse protestanten vele richtingen aan.

De inrichting van de vrije tijd wordt ook sterk beïnvloed door de financiële (on)mogelijkheden. Het liefst zou men jaarlijks op vakantie gaan in eigen land, maar daar hebben veel ouderen niet voldoende inkomsten voor. Veel oudere migranten ontvangen vanaf hun 65^e jaar een minimuminkomen. Het Nederlandse pensioenstelsel was er (tot 2003) op gericht een 65-plusser in principe zeventig procent van zijn laatste inkomen te laten behouden. Dit bedrag wordt gevormd door de AOW, waar men vijftig jaar lang voor

spaart, en een aanvullend bedrijfspensioen. Veel migranten hebben echter een onvolledige pensioenopbouw omdat ze niet hun hele leven in Nederland gewoond hebben. Ook krijgen lang niet alle migranten een bedrijfspensioen, omdat dat vrijwillig wordt afgesloten. Een oudere die een AOW heeft beneden het sociaal minimum, kan aanvullende bijstand krijgen tot het sociaal minimum. Eventuele inkomsten van het bedrijfspensioen worden daar echter weer van afgetrokken. Heel veel oudere migranten bevinden zich in die situatie.

4 De vraag naar zorg

Wanneer ouderen naar hun gezondheid en verzorging wordt gevraagd, zullen jongere ouderen, zowel migranten als Nederlanders, vaak terughoudend reageren. Oud worden kan een pijnlijk proces zijn. Door ouderdomsverschijnselen veranderen de relaties met de omgeving. De fase van de kost verdienen, ouderschap, leidinggeven aan het huishouden en familiebelangen, gaat geleidelijk over in de fase van bijgestaan worden door en steeds meer afhankelijk worden van anderen. Sommige 'oudere ouderen' reageren op de vraag naar hun gezondheid met een litanie over al hun kwalen en medische ervaringen; voor veel anderen, zowel migranten als Nederlanders, blijft de achteruitgang van de gezondheid en de toenemende afhankelijkheid van anderen een moeilijk bespreekbaar onderwerp. Maar de reacties van oudere migranten en oudere Nederlanders op die verschuivingen zijn niet identiek, deels omdat zij verschillende beelden hebben van de zorgmogelijkheden, deels omdat zij verschillende idealen koesteren.

Een eerste verschil tussen Nederlandse ouderen en oudere migranten betreft hun kennis van zaken. Nederlandse ouderen zijn in de loop van hun leven gewend geraakt aan het bestaan van zorgvoorzieningen zoals alarmering, thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen. Velen hebben deze leren kennen in de periode dat zij hun eigen ouders en familieleden begeleidden. Oudere migranten maken in de regel pas kennis met ouderenvoorzieningen in Nederland op het moment dat hun eigen gezondheid achteruitgaat. Dit geldt vooral voor Turkse, Marokkaanse en andere Zuid-Europese migranten; Antillianen en Surinamers kennen de voorzieningen beter, omdat veel vrouwen uit die groepen in de zorg werkzaam zijn. Zij hebben de ontwikkeling van de Nederlandse zorgstructuur van binnenuit meegemaakt.

Een tweede verschil betreft de acceptatie van hulp. Bijna alle ouderen verzetten zich tegen het feit dat ze hulpbehoevend worden en voorzieningen nodig hebben. Veel Nederlandse ouderen accepteren in die situatie echter wel professionele zorg naast de hulp van familie en burens, omdat zij autonoom willen blijven en hun kinderen niet willen belasten met hun noden (Van Heteren 2001; Moree e.a. 2002). Oudere migranten wijzen het gebruik van professionele zorg vaak af, omdat ze deze beschouwen als onpersoonlijke 'westerse uitvindingen'. Hoewel velen van hen door de migratie zelf niet persoonlijk voor hun ouders gezorgd hebben, blijft het ideaal dat ouderen in de schoot van de familie verzorgd worden bestaan. Ouderen hebben in hun ogen het recht verzorgd te worden door hun kinderen (De Graaff & Francke 2002b). Traditioneel gezien hebben de zonen de plicht hun ouders te onderhouden. De verzorging wordt een taak van de schoondochters (Van den Brink 2000; Yerden 2000).

Een derde verschil betreft de manier waarop mantelzorg wordt verleend. In het hoofdstuk 'Mantelzorg' (III 2.2) wordt uitvoeriger ingegaan op de mantelzorg in de herkomstlanden, het referentiekader van de ouderen en de knelpunten die de ouderen daardoor in Nederland tegenkomen. De relatief uitgebreide mantelzorg en daarmee verband houdende beperkte aanspraak op zorgvoorzieningen van Turken en Marokkanen hangt onder meer samen met de eerdergenoemde demografische samenstelling van de groep oudere migranten. Omdat veel Turken en Marokkanen een veel jongere vrouw huwden, hebben de mannen vaak mobiele, nog gezonde vrouwen aan hun zijde en tevens nog kinderen in huis (Schellingerhout 2003).

'Voor die jongere vrouwen is het toekomstperspectief weer heel anders. Zij zullen relatief jong weduwe worden en hun levensfase als oudere alleenstaand ingaan, wellicht wacht hen een nog groter isolement, want zij zijn laag opgeleid, beheersen het Nederlands niet of nauwelijks en hun geldzorgen zijn groot' (J. Dagevos (SCP), in: Havermans 2003).

De mantelzorg is bovendien traditioneel gezien vanzelfsprekend (Van den Brink 2000). In veel migrantenfamilies is de band tussen kinderen en kleinkinderen nog zo hecht, dat ouderen als ze hulpbehoevend worden, vanzelfsprekend door hun kinderen in huis worden genomen en aldaar verzorgd. Maar die vanzelfsprekendheid heeft ook een keerzijde. Het ideaal dat ouderen in de schoot van de familie worden verzorgd, kan door sommige familieleden wel en door andere niet meer worden waargemaakt. Het verschil tussen ideaal en werkelijkheid kan tot hevige spanningen leiden in

de betrokken gezinnen. Terwijl Turkse en Marokkaanse mannen willen vasthouden aan de zorgplicht als religieuze verplichting, zien hun vrouwen en kinderen de zorgplicht meer in relatie tot de mogelijkheden. Zij willen eerder professionele zorg inschakelen. Binnen de familiekring zijn deze verschillende standpunten echter nauwelijks bespreekbaar (De Graaff & Francke 2002a). Met behulp van een respectvolle intermediair kunnen de geschillen vaak wel bespreekbaar worden gemaakt, zodat er meer planmatig kan worden afgesproken welke externe hulp kan worden ingezet (Stichting Bevordering Maatschappelijke Participatie 2000).

Overigens behelst de mantelzorg voor oudere migranten vaak meer taken dan de Nederlandse mantelzorgers voor hun ouderen op zich nemen. Allochtone mantelzorgers krijgen niet alleen de taak hun familielid in eigen kring te verzorgen, zij moeten de oudere vaak ook begeleiden in de contacten met Nederlandse hulpverleners (De Graaff & Francke 2002a; Moree e.a. 2000). Ze moeten tolken bij gesprekken, (telefonisch) afspraken maken, de oudere brengen, halen en vergezellen en de informatie en adviezen van hulpverleners 'vertalen' in termen die de oudere begrijpt en accepteert.

*'Ik was de enige die de Nederlandse taal sprak in de familie. Dat kwam hen ook goed uit natuurlijk, maar dan word je overal mee naar toege-
nomen. In eerste instantie niet om te helpen, maar om uit te leggen wat de artsen zeiden en ik moest uitleggen wat de fysiotherapeut zei. Ze zeiden: "Je bent soms net een handtasje voor ons, je moest ons overal mee naar toenemen."' (Turkse mantelzorger, in De Graaff & Francke 2002b).*

Uit onderzoek blijkt dat de directe lichamelijke verzorging in veel Turkse en Marokkaanse families voorbehouden is aan één vrouw, volgens de traditie een schoondochter, maar in de Nederlandse praktijk ook wel een dochter of jongere echtgenote (Van den Brink 2000; Yerden 2000). Terwijl in Nederlandse gezinnen vaak wordt gestreefd naar het verdelen van taken om de belasting te spreiden, wordt daar in veel Turkse en Marokkaanse families niet voor gekozen omdat men wil voorkomen dat er meer mensen betrokken worden bij schaamtevolle lijfelijke contacten. De vrouw die de persoonlijke verzorging op zich neemt, kan bij langdurige verzorging echter danig overbelast worden (Yerden 2000; De Graaff 2002).

Ten vierde is de (para)medische zorg voor oudere migranten vaak gebrekkig. Veel oudere migranten onderkennen dat de contacten met hun huisarts moeizaam verlopen door de taalproblemen en verschillen in verwachtingen.

gen tussen hen en hun huisarts (Van Buren & Hoeksma 2003; Tjoa & Vermeulen 1999). Zij zoeken de oorzaken daarvan niet alleen bij de huisartsen ('ze nemen te weinig tijd', hebben geen oog voor specifieke gezondheidsrisico's en cultuurspecifieke ziektebeleving), maar ook bij zichzelf (gebrek aan taalkennis, geen kennis van de mogelijkheden in Nederland, en respect voor de dokter, zodat er niet doorgevraagd wordt) en bij het systeem (gebrek aan allochtone artsen en verpleegkundigen, ondoorzichtigheid van het zorgsysteem en bureaucratische wijze van behandelen en verwijzen). Voorlichting over hun kwalen en de medisch-technische en institutionele zorgmogelijkheden krijgen velen slechts via toevallige bekenden.

5 Het zorgaanbod

De vraag naar zorg is natuurlijk ook afhankelijk van het aanbod. Het patroon van zorggebruik onder (oudere) migranten blijkt te verschillen van dat onder Nederlanders. Dat blijkt uit verschillende recent uitgevoerde onderzoeken. Migrantten bezoeken vaker dan Nederlanders de huisarts en de specialist, maar maken minder gebruik van fysiotherapie, psychosociale hulpverleners, medicijnen, thuiszorg en ziekenhuisopname (Uiters e.a. 2003; zie ook hoofdstuk I 3.1 in dit handboek). Overigens zijn er grote verschillen in gebruik onder de migrantten (afhankelijk van leeftijd, geslacht, opleiding, etniciteit, et cetera). Een onderzoek via de registratie van verzekeringsgegevens bevestigt het lage gebruik van fysiotherapiebehandelingen en de geringe kosten van geneesmiddelen (Smeets 2003). In Amsterdam bleken Turkse en Marokkaanse ouderen reeds op relatief jonge leeftijd te maken te hebben met een afnemende zelfredzaamheid. Toch maakte men minder gebruik van de ouderenvoorzieningen dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten (Verhoeff & Spijker 2003). In Rotterdam is een *pilot*-onderzoek uitgevoerd om na te gaan of migrantten aantoonbaar andere kwaliteitseisen stellen aan ziekenhuiszorg. Het blijkt dat ziekenhuizen met het oog op hun allochtone clientèle extra aandacht moeten besteden aan de bejegening door artsen (steun geven serieus nemen, tijd en aandacht nemen, etnisch specifieke kennis hebben), de informatieverstrekking door artsen, de bejegening door verpleegkundigen (etnische specifieke zorgaanpak) en de ziekenhuisorganisatie (voeding, gesprek in eigen taal, enzovoort).

Hoewel de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in toenemende mate zorg verlenen aan migrantten, geldt dat niet voor de ouderen onder hen. Oudere migrantten blijken relatief minder snel geneigd expliciet hulp te vragen bij psychische problemen (Boogaard e.a. 1996), ook al onder-

vinden zij klachten. De Amsterdamse gezondheidsmonitor heeft aangetoond dat het percentage Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam dat depressieve klachten heeft flink hoger is dan dat van hun Nederlandse leeftijdsgenoten.

'Turkse mannen en vrouwen van 55-74 jaar hebben zo'n drie keer vaker depressieve klachten dan Nederlandse ouderen. Voor de Turkse mannen van 65-74 jaar wordt zelfs een factor 20 gevonden, mede omdat het percentage onder Nederlandse Amsterdammers erg laag is' (Poort e.a. 2001).

Het Trimbos-instituut heeft van de algemene cursus 'Omgaan met depressie' ('In de put, uit de put') een voor Turken en Marokkanen aangepast draaiboek gemaakt: 'Lichte dagen, donkere dagen' (Can & Voordouw 2003). De therapeut of gespreksleider wordt aangeraden de werkwijze aan te passen door waar nodig directief op te treden en tegelijk interactief te blijven, door er rekening mee te houden dat ziekte in de groep waarin de oudere leeft een functie heeft en door geen nadruk te leggen op 'wat u zelf kunt doen' – dat is een typisch Nederlandse benadering – en de pijn en klachten vooral te erkennen. Pas na de erkenning van de klachten zullen Turkse en Marokkaanse ouderen openstaan voor adviezen ter verlichting van die klachten. Daarbij legt men relatief weinig zelfreflectie aan de dag en de gespreksleider moet vooral uit non-verbaal gedrag afleiden of zijn adviezen zinvol zijn. Deze bijstellingen zijn mede gebaseerd op het onderzoek naar de beleving van migrant-zijn, kwaliteit van leven en psychische klachten (Can 2002).

Van terminale zorg maken oudere migranten nog weinig gebruik. Uit een inventarisatie onder hospices en vrijwilligerscentra terminale zorg in 2000, bleken slechts vier instellingen één of twee migranten te hebben geholpen. Het gebruik van terminale thuiszorg is gering, omdat veel terminale patiënten en hun familieleden de thuiszorg onvoldoende kennen.

'De Turkse en Marokkaanse mantelzorgers die wij spraken, vonden dat de huisarts hen beter over de thuiszorg had moeten informeren. De verwijzing komt soms niet tot stand, omdat er weinig contact met de huisarts is, of omdat hij de behoefte aan thuiszorg niet onderkent. Dan worden patiënten binnen de familie verzorgd, tot 'het echt niet meer gaat'. De patiënt wordt op het laatste moment, al dan niet met toestemming van de arts, naar het ziekenhuis gebracht voor opname' (De Graaff & Francke 2002a).

De ziekenhuizen verlenen oudere migranten geregeld terminale zorg. Knelpunten en mogelijke oplossingen in de terminale zorg aldaar worden besproken in hoofdstuk III 2.19 van over palliatieve zorg.

6 Wat brengt de toekomst?

Bovenstaande schets van de leefsituatie van oudere migranten is in zekere zin een karikatuur. Iedere oudere is weer anders, heeft een eigen levensloop achter de rug en ziet zijn heden dus vanuit een ander perspectief. Bovendien is de beschrijving een momentopname. De bevolkingssamenstelling verandert snel, evenals de woonsituatie, de invulling van 'welzijn', de zorgbehoefte en het zorggebruik van oudere allochtonen. Dit is niet alleen omdat er nieuwe ouderen bij komen en de ouderen nieuwe inzichten krijgen, maar ook omdat de Nederlandse context steeds verandert.

Ook het perspectief op de beleidsvraag hoe eventuele problemen kunnen worden opgelost en welke partijen daarvoor verantwoordelijk zijn, is de afgelopen decennia meermalen gewisseld. Het congres 'Tussen VUT en Vort', georganiseerd door het Nederlands Centrum Buitenlanders in 1985, heeft de problematiek voor het eerst op de agenda van beroepskrachten en beleidsmakers gezet. De voorlichtingsfilms 'Ouder worden in den vreemde' (NOS), 'Oud worden ver van huis' (Islamitische Omroep Stichting) en 'Op eigen benen' (Centrum Buitenlanders Rijn en Lek) maakten het onderwerp bespreekbaar in de huiskamers van migranten en Nederlanders.

In 1991 organiseerde het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn het congres 'Tussen wal en schip' en in 1993 bood de voorlopige Raad voor het ouderenbeleid haar nota *Kleur bekennen, Advies over allochtone ouderen in de Nederlandse samenleving* aan. Het NIZW en de Raad deden beide een uitdrukkelijk beroep op de centrale overheid om innoverend beleid te gaan voeren op dit gebied. De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft daarna gelden vrijgemaakt om in een aantal steden proefprojecten op te zetten om nieuwe vormen van dienstverlening te ontwikkelen, voorlichtingsmethoden te toetsen, beroepskrachten bij te scholen en internationale uitwisseling op gang te brengen.

Het project 'Waardig oud worden in Nederland' (WIN) rapporteerde uitvoerig over de ervaringen die in 1994-1998 zijn opgedaan in de voorbeeldprojecten in Transvaal in Den Haag, de Baarsjes in Amsterdam, in Arnhem-Noord en in Breda (Lenssen 1998; Nelissen 2000). De resultaten van dit WIN-project zijn echter nooit op grote schaal doorgevoerd. De centrale overheid is blijven steunen op lokale initiatieven. Provinciale overheden van Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland hebben ver-

schillende nota's ontworpen en projecten gesteund. Grote en kleine gemeenten voerden ieder een eigen (non-)beleid.

Daarnaast hebben verschillende organisaties van allochtonen hun stem laten horen, eerst het Landelijk Inspraakorgaan Zuid-Europeanen (LIZE) en de Landelijke Werkgroep Chinese Ouderen, later ook de Nederlands Islamitische Bond voor Ouderen. Sinds 1999 verschijnen er veel publicaties van de Gemeentelijke GezondheidsDiensten van Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag met epidemiologische gegevens en daaraan gekoppelde beleidsvoorstellen.

Omdat het niet lukte tot een afstemming van inzichten en regelgeving te komen, hadden velen hun hoop gevestigd op de beleidsvoering naar aanleiding van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg aan de minister van nu Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2000. Na aanvaarding van het advies werd nog wel een ambtelijke werkgroep samengesteld voorzien van een breed samengestelde klankbordgroep, maar het elan is verdwenen in een bureaucratisch afwachten op de politieke hervormingen onder de verschillende kabinetten. In 2002 zorgt de economische recessie voor een verdere posterioriteitstelling: de overheid heeft nauwelijks geld voor innovaties en oudere migranten staan dan niet boven aan het verlanglijstje.

Een centrale sturing op dit beleidsterrein valt dus niet te verwachten. De ontwikkelingen zullen vooral 'gestuurd' worden door de ouderen zelf en door enkele gedreven beroepskrachten en lobbyisten. Zij weten welke idealen ze nastreven en geven soms treffende aanwijzingen voor collega's. Want van de pioniers valt natuurlijk wel te leren. Zo blijkt het concept 'groepswonon door ouderen' veel oudere migranten de onderlinge steun te bieden die zij bij het ouder worden nodig hebben. De Molukse en Surinaamse initiatieven vinden overal in den lande en bij verschillende migrantengroepen navolging. Hoewel er in veel steden ondersteuning wordt verleend aan groepen die een gezamenlijk woonproject willen opzetten, blijft de pionier op dit gebied, de vereniging Groepswonon Door Ouderen Den Haag, een landelijke trekker en stimulator.

Verschillende publicaties (Van Mechelen 1993; 's Jacob 1996; Nelissen 1997; Nelissen 2000) beschrijven de ervaringen van pioniers met als doel dat anderen de voorbeelden zullen navolgen en in eigen kring het allochtone ouderenwerk concreet gestalte zullen geven. Multiculturele ontmoetingscentra zoals die op de Sonsbeeksingel in Arnhem-Noord en in de Hudsonhof in de Baarsjes in Amsterdam functioneren, laten zien hoe welzijns-

instellingen oudere migranten in de gelegenheid kunnen stellen elkaar en Nederlandse ouderen te ontmoeten.

De vraag welke plannen de gebruikers van de Hudsonhof hebben voor de toekomst en wie er over vijf of tien jaar gebruik zullen maken van het ontmoetingscentrum, heeft de Turkse ouderen aan het denken gezet. Men wil komend jaar verschillende activiteiten vasthouden, zoals het vrouwenspreekuur op vrijdag, veel voorlichtingsbijeenkomsten het hele jaar door (voor mannen en vrouwen), leesdagen, lezingen met gast-sprekers, enzovoort. Verder weer festiviteiten in de vastenmaand en een groot feest aan het eind van de ramadan en op de dag voor de ouderen. En natuurlijk speciaal voor de vrouwen, liefst samen met Nederlandse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen, de viering van moederdag en van de internationale vrouwendag op 8 maart. Verder wil men leden die weinig meer komen, thuis gaan bezoeken om zo contact te houden met de minder mobiele ouderen, en men wil voorstellen doen aan zorginstellingen om gepaste voorzieningen te treffen voor die groep (De Graaff 2003b).

Het concept 'dagvoorziening' slaat ook aan, omdat een dagvoorziening enerzijds beantwoordt aan de noodzaak gebruik te maken van Nederlandse intramurale zorgvoorzieningen en anderzijds de mantelzorgers ontlast, de ouderen in hun eigen omgeving laat wonen en in de organisatie gebruikmaakt van medewerkers of vrijwilligers van de eigen taal en cultuur. In 1989 bezochten al gauw veertig Indische Nederlanders de wekelijkse 'Kumpulan' in verzorgingshuis Zonnehof in Tilburg.

In datzelfde jaar startte in het Haagse verzorgingshuis Transvaal de Dagvoorziening Oudere Surinamers. Op grond van eerder praktijkonderzoek besepte de directie dat er aanpassingen in de zorg nodig zouden zijn op het punt van de taal, het geloof, de voeding, de informatieverbreiding, de kosten, de programmering en de inzet van personeel. De dagvoorziening blijkt niet alleen een succesformule waar honderden Hindostanen en enkele Javanen en Antillianen – nu al op verschillende locaties – dierbaar gebruik van maken, het blijkt ook een instrument te zijn om het verzorgingshuis zelf te interculturaliseren, zodat er nu ook Surinaamse ouderen met plezier wonen in Transvaal.

Leidende principes van verzorgingshuis Transvaal

- Sluit aan bij de vraag: in de eerste fase is uitdrukkelijk gekozen voor het realiseren van een aanbod dat direct aansloot bij de vragen van de Surinaamse ouderen.
- Met vereende krachten: de aankleding, de voertaal, het eten, het programma, de personele invulling waren op maat gesneden. Een belangrijke succesfactor in de eerste fase is waarschijnlijk de flexibele en vakkundige houding van het keukenpersoneel geweest. Zij konden van vijftig porties Surinaamse nasi snel hondervijftig porties maken; zij leerden pom, bara's, bhata's en andere lekkernijen te maken.
- Ook aandacht voor 'gevestigden': toen er ook zorgbehoevende Surinamers in Transvaal kwamen wonen, kregen de Nederlandse bewoners evenveel aandacht als de nieuwkomers.
- Aandacht voor de verschillende 'achterbannen': terwijl geloofszaken eerst 'buiten de deur' werden gehouden om de verschillen tussen belijdende hindoes, moslims en christenen niet te accentueren, is er later wel contact gelegd met pandits en imams uit verschillende richtingen. Daarnaast waren er geregeld familiebijeenkomsten, zowel voor de Surinaamse families als voor de Nederlandse.
- Afstemming met andere organisaties (in de wijk): het maatschappelijk werk, het oudereninformatiepunt in het buurthuis, de sociale raadslieden, enzovoort.
- Voorkom ongezonde concurrentie tussen doelgroepen: de wrijvingen tussen Nederlandse en Surinaamse ouderen bestonden vooral op het niveau van de beroepskrachten, maar deze hadden hun doorwerking op de deelnemers.
- Voortdurende aandacht voor huisvesting en financiering: verzorgingshuis Transvaal heeft steeds gezocht naar optimale huisvesting, want de groep begon met tien deelnemers in een tweepersoonskamer op de vijfde etage, maar breidde zich zo uit dat nu meerdere ruimten in Transvaal en andere verzorgingshuizen 'DOSsers' opvangen. Ook het vervoer en de personele bezetting hebben steeds de aandacht van het management gehad. (De Graaff 2003a)

Uit vele voorbeelden blijkt dat oplossingen worden gevonden door te luisteren naar de oudere migranten zelf, of naar hun kinderen en soms ook naar Nederlandse ouderen. De Centrale Amsterdamse Bond voor Ouderen zoekt bewust ook naar overeenkomsten:

'Allochtone en autochtone ouderen vinden het gemengd liggen op ziekenhuiszalen (mannen en vrouwen) onwenselijk. Op dat punt kunnen alle ouderen die in Amsterdam wonen zich ongeacht hun etnische achtergrond gezamenlijk verzetten' (W. Gronthoud, in Cosbo Amsterdam 1998).

Dit is een voorbeeld om mee af te sluiten. Een schets van de leefsituatie van oudere migranten noemt onvermijdelijk tal van punten waarop hun situatie verschilt van de leefsituatie van autochtone ouderen. Maar laten we niet uit het oog verliezen dat er naast verschillen ongelooflijk veel overeenkomsten zijn tussen oudere migranten en Nederlandse ouderen.

Literatuur

Geraadpleegde literatuur

- Baboeram, D. e.a. (1997), *Evaluatie groeps- en beschutwonen in Den Haag*. Prozorg en Amrit Consultancy, Den Haag.
- Berlo, A. van & P. van Anrooij (1993), *Allochtone ouderen, t(e)huis in Nederland?* SEV.
- Brink, J. van den (2000), *Transculturele Familiezorg Thuis, Zorgpraktijken en opvattingen van Turkse mantelzorgers in Rotterdam*. KCW, Rotterdam.
- Buren, L. van & J. Hoeksma (2003), 'Visies van oudere migranten op de toekomst en de zorg'. In: *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, nr. 4.
- Can, M. (2002), Vragenlijst 'De beleving van migrant-zijn, kwaliteit van leven en psychische klachten'.
- Can, M. & I. Voordouw (2003), 'Lichte dagen, donkere dagen'. Cursus 'Omgaan met depressie' voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten. Trimbosinstituut, Utrecht.
- Cosbo Amsterdam (1998), *Wensen van ouderen voor het voetlicht*. Projectverslag & discussierapport van de RZO-Projectgroep in Amsterdam-Centrum/Oud-West, Amsterdam.
- Dam, J. van (2002), 'Liever gebruiksgroen dan kijkgroen'. In: *Contrast*, 18 juli.
- Fernández, F.M. (2001), *Monitor Welzijn en Zorg, allochtone ouderen in Noord-Holland*. Haarlem.
- Graaff, F.M. de (1999), *Bijscholing huisarts & depressieve migranten (mondeling)*, Amsterdam.
- Graaff, F.M. de (2003a), *Dagvoorziening dagverzorging voor Surinamers, Motor voor de interculturalisatie van verzorgingshuis*. Verzorgingshuis Transvaal.
- Graaff, F.M. de (2003b), *De Hudsonhof, een multicultureel centrum voor ouderen. Terugblik 1998-2003 en visie voor de toekomst*. Mutant, Den Haag.
- Graaff, F.M. de & A.L. Francke (2002a), *Tips voor terminale thuiszorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen*. Nivel, Utrecht.

OUDERE MIGRANTEN

- Graaff, F.M. de & A.L. Francke (2002b), 'Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland, een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik'. In: *Verpleegkunde* 17 (3), pp. 131-139.
- Haffmans, M. & C. Tenhaeff (1987), *Tussen VUT en Vort, Oudere Turken en Marokkanen in Nederland*. Utrecht.
- Hamid, J. & A. Smits (2002), *Tijd dat wij uw klanten worden, een inventarisatie van de woon- en zorgwensen van Turkse en Marokkaanse ouderen in Utrecht en Amersfoort*. MIU.
- Havermans, J. (2003), 'Allochtone ouderen komen eraan'. In: *Contrast*, 24 april.
- Heteren, G. van (2001), 'Waar een wil is zijn wegen'. In: *Migrantenstudies*, nr. 2.
- Jacob, R. 's (1996), *Een kwestie van lange adem. Ervaringen met het toegankelijk maken van algemene instellingen voor allochtone ouderen*. Jonker-Verwey Instituut, Utrecht.
- Lenssen, P. (1998), *Waardig oud worden in Nederland, Allochtone ouderen in de samenleving*. NIZW, Utrecht.
- Maris, B. van (2003), 'Woongroep verdringt kangoeroehuis'. In: *Contrast*, 24 april.
- Martens, E.P. (1999), *Minderheden in beeld. De SPVA-98*. Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek van de Erasmus Universiteit van Rotterdam (ISEO/EUR).
- Mechelen, P. van (1993), *De cirkel doorbroken. Activiteiten voor allochtone ouderen op het terrein van zorg en welzijn*. NIZW, Utrecht.
- Moree, M.S. e.a. (2002), *Interculturele familie zorg: een literatuurverkenning*. NIZW, Utrecht.
- Nelissen, H. (1989), *De verlokking van een tropische tuin*. NIZW, Utrecht.
- Nelissen, H. (1997), *Zonder pioniers geen volgers, adviezen bij het ontwikkelen van een passend aanbod aan allochtone ouderen*. NIZW, Utrecht.
- Nelissen, H. (2000), *Een blijvende ontmoeting, visies en vaardigheden in het welzijnswerk met allochtone ouderen*. FORUM, Utrecht.
- NMI (2001), *Remigratienieuws* nr. 3.
- Poort, E.C. e.a. (2001), *Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam 1999-2000*. GGD Amsterdam.
- Praag, C. van (2002), 'Nederland als zelfbenoemde multiculturele samenleving'. In: Hortulus, R.P. en J.E.M. Machielse (red.), *De multiculturele uitdaging*. Elsevier, Den Haag.
- RIVM (1997), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Samadhan, R. (2002), *Jaarverslag Groepswonen Door Ouderen*. Den Haag.
- Samadhan, R. (2003), *Jaarverslag Groepswonen Door Ouderen*. Den Haag.
- Schellingerhout, R. (2003), *De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes*. SCP, Den Haag.
- Smeets, H.M. (2003), 'Zorggebruik van Marokkanen en Turken'. In: *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, nr. 4.
- Stichting Bevordering Maatschappelijke Participatie (2000), *Teruggaan en blijven*. Amsterdam.

- Tenhaeff, C. e.a. (1999), *Het Win-effect. Verslag van het project Waardig oud worden in Nederland 1996-1998. Een samenhangend aanbod van welzijn, zorg en wonen: ontwikkeld met en voor Allochtone ouderen*. NIZW, Utrecht.
- Tesser, P.T.M., F.A. van Dugteren en J.G.F. Merens (1998), *Rapportage minderheden 1998*. SCP, Den Haag.
- Tjoa, T.H. en A. Vermeulen (1999), *Een gezonde kleur, op weg naar een multicultureel patiëntenperspectief*. APCP, Amsterdam.
- Uiters, E. e.a. (2003), 'Etnische verschillen in zorggebruik'. In: *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, nr. 4.
- Verhoeff, A. en J. Spijker (2003), 'Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam: zelfredzaamheid en gebruik van ouderenvoorzieningen'. In: *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, nr. 4.
- Yerden, I. (2000), *Zorgen over zorg. Traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland*. Amsterdam.

Aanbevolen literatuur

- Graaff, F.M. de en A.L. Francke (2002), *Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland, een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik*. In: *Verpleegkunde* 17 (3), pp. 131-139.
- Nelissen, H. (1997), *Zonder pioniers geen volgers, adviezen bij het ontwikkelen van een passend aanbod aan allochtone ouderen*. NIZW, Utrecht.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2004), *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*, isbn 90-377-0191-4. Den Haag.
- Tesser, P.T.M., F.A. van Dugteren en J.G.F. Merens (1998), *Rapportage minderheden 1998*. SCP, Den Haag.
- Yerden, I. (2000), *Zorgen over zorg. Traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland*. Amsterdam.

Internet

www.fnao.nl (Facilitair Netwerk Allochtone Ouderen)

Adressen

Vereniging Groepswonen Door Ouderen Den Haag
 Torestraat 172
 2513 BW Den Haag
 Tel. (070) 364 19 83
www.gdo.denhaag.nl

OUDERE MIGRANTEN

Nederlands Instituut voor Zorg en welzijn (NIZW)
Postbus 19152
3507 JR Utrecht
Tel. (030) 230 63 11
www.nizw.nl

FORUM
Postbus 201
3500 AE Utrecht
Tel. (030) 297 43 21
www.forum.nl

Landelijk Overleg Minderheden

Inspraakorgaan Turken (IOT)
Tel. (030) 234 36 25

Overlegorgaan Rijksoverheid Zuideuropese gemeenschappen (LIZE)
Tel. (030) 233 21 00

Landelijk Overlegorgaan Welzijn Molukkers (LOWM)
Tel. (030) 236 41 84

Overlegorgaan Caribische Nederlanders (OcaN)
Tel. (070) 380 33 01

Samenwerkingsverband van Marokkanen en Tunesiërs (SMT)
Tel. (030) 236 73 27

Vluchtelingen-Organisaties Nederland (VON)
Tel. (030) 271 45 05