Samen zorg inkleuren

SMKK

Voorwoord

Inhoudsopgave

Voorwoord 2

Inleiding 3

Allochtonen in Limburg 3

Allochtone diversiteit 4

Oud worden in Nederland 5
- positie allochtone ouderen 5
- zorg 6

Conclusies 6

Aanbevelingen 7
- Inventarisatie van de beginsituatie 7
- Netwerkontwikkeling 7
- De rol van intermediairs 7
- Voorlichting 7
- Interculturalisatie en deskundigheidsbevordering 7
- Eigen kracht 7
- Een lokale integrale aanpak 7

Vervolg 7

Geraadpleegde literatuur 8

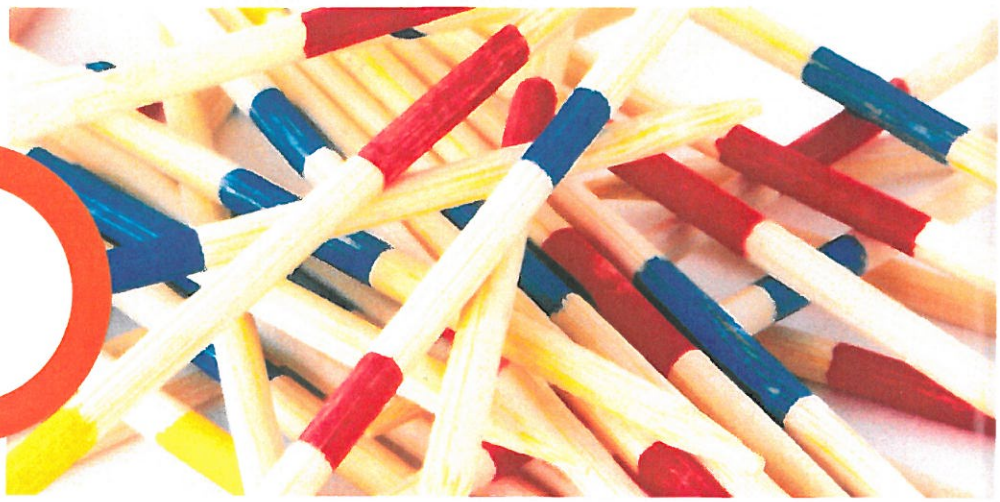
Colofon 8

Nederland wordt in toenemende mate een multiculturele samenleving. Dit heeft gevolgen voor allerlei maatschappelijke domeinen waaronder de gezondheidszorg, zorginstellingen, hulpverlening en mantelzorg. Zij krijgen steeds meer te maken met allochtone cliënten en daarmee met nieuwe en andere zorgvragen. Door de groei van het aantal allochtone ouderen (naar 300.000 in 2015 – SCP: 1998) zullen hun problemen sterker naar voren komen en zal de vraag naar zorg op maat voor deze groep in de komende jaren snel stijgen.

Onbekendheid met Nederlandse voorzieningen voor de alledaagse zorg gecombineerd met weerstand daartegen kan leiden tot extreme zorgbelasting van allochtone mantelzorgers of lacunes in zorg voor zorgvragers. Dit gebeurt beide in een mate die naar zorgopvattingen van de stichting Meer Kleur en Kwaliteit onaanvaardbaar zijn. Vanuit de achterban van SMKK zijn duidelijke signalen naar voren gekomen dat extra spanning ontstaat doordat zorgopvattingen van oudere en jongere generaties allochtonen uit elkaar groeien. De ouder wordende eerste generatie verwacht veelal dat jongeren, zoals gebruikelijk in het land van herkomst, onvoorwaardelijk voor hen klaar staan. Jongeren willen nog steeds intensief zorgen voor hun ouders, maar stellen grenzen. Zij ondergaan de invloed van de Nederlandse cultuur waarin meer ruimte voor eigen leven, gezin en ontplooiing in werk als belangrijke waarden gelden.
Daarnaast verschillen professionele zorginstellingen in de mate van inzicht in de belevingswereld en problematiek van allochtone mantelzorgers en zorgvragers. Allochtone zorgvragers en hun mantelzorgers maken wel gebruik van curatieve zorg, zoals huisarts en ziekenhuis, maar zijn weinig vertrouwd met thuiszorg en intramurale zorg. Deze instellingen weten hen ook nauwelijks te bereiken. Allochtone zorgvragers ondervinden hinder van het feit dat Nederlandse zorginstellingen en hulpverleners onvoldoende bekend zijn met hun leefwereld. Het gevolg hiervan is dat allochtone individuen en organisaties binnen eigen kring activiteiten en projecten opzetten voor de opvang en zorg van allochtone ouderen.

De Stichting Meer Kleur en Kwaliteit (SMKK) heeft in het kader van het project " Samen werken aan kwaliteitsverbetering van ouder wordende Limburgse allochtonen" en daaruit voortvloeiend in december 2007 in samenwerking met het Platform Allochtone Zorgvragers (PAZ) een provinciale studiedag rondom bovengenoemd thematiek georganiseerd onder de titel: "Samen zorg inkleuren". Op basis van de bevindingen van bovengenoemd project en de studiedag in december 2007 is deze brochure tot stand gekomen.

© Geleen, januari 2008
Stichting Meer Kleur en Kwaliteit
Zoulikha Ramdani



Inleiding

Het verlenen van zorg aan allochtone ouderen vraagt om ervaring met en algemene kennis over de leefwereld van de allochtone ouderen. Daarnaast zijn echter specifieke vaardigheden vereist om op gepaste wijze met de leefwereld van allochtone ouderen om te gaan. Zorgattitudes blijken soms belangrijker te zijn dan theoretische en abstracte kennis hierover.

Bij allochtone ouderen bestaat in het algemeen de verwachting dat zij geholpen worden door hun kinderen als zij zorg nodig hebben. Bij de ene groepering is dat gebaseerd op de religie, bij de andere op de traditie of cultuur. Oudere allochtonen uit Turkije en Marokko hebben de meeste kans op hulp van hun kinderen, niet alleen vanwege hun culturele achtergrond, maar ook omdat deze ouderen de meeste kinderen hebben.
Mantelzorg voor allochtone ouderen omvat vaak extra taken die samenhangen met het gegeven dat de ouder het Nederlands niet goed beheerst. 50 tot 80 procent van de Turkse en Marokkaanse 40- plussers heeft zeer veel moeite met het Nederlands. Dit leidt ertoe dat hun kinderen of andere verwanten hen begeleiden bij contacten met professionele hulpverleners zoals de huisarts en specialist, bij alle telefonische contacten met dienstverleners en zorg dragen voor de totale administratie van de oudere.
De zorgbelasting is langduriger en zwaarder dan in het land van herkomst door interventies vanuit de gezondheidszorg. Toch blijven de ouderen vasthouden aan de traditionele zorgopvatting: "alles doen voor je ouders". Ouderen hebben verpleegkundige zorg nodig, maar een verpleegkundige krijgt geen toegang in de thuissituatie. Kinderen lijden in meerdere of mindere mate onder deze morele en emotionele druk en laten soms zelfs toe ouders in de steek zonder te zorgen voor alternatieven. In die extreme gevallen blijven de ouders in een noodsituatie achter, zonder kennis over andere verzorgingsmogelijkheden.

Met deze brochure wil de Stichting Meer Kleur en Kwaliteit anticiperen op de ontwikkeling dat allochtone ouderen steeds meer aangewezen raken op onder meer Nederlandse zorginstellingen als thuiszorg, dagverzorging, verzorgings- en verpleeghuizen en stichtingen welzijn ouderen.

Allochtonen in Limburg

Allochtonen zijn personen die zelf, of van wie beide of een van beide ouders, in het buitenland geboren zijn. Onder de definitie van allochtonen vallen ook asielzoekers, vluchtelingen en illegalen. Doorgaans wordt onderscheid gemaakt tussen allochtonen van de eerste, tweede en derde generatie.

Een allochtoon van de eerste generatie is in het buitenland geboren en heeft ten minste een ouder die in het buitenland is geboren. Met de tweede generatie worden allochtonen bedoeld die in Nederland geboren zijn en waarvan ten minste een van de ouders in het buitenland geboren is. De derde generatie zijn allochtonen die in Nederland zijn geboren en van wie minstens een ouder behoort tot de tweede generatie (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2002). Allochtonen afkomstig uit Turkije, Afrika, Azië of Latijns-Amerika worden ingedeeld bij de niet-westerse allochtonen. De overigen worden gerekend tot de westerse allochtonen (Vroomen& Dirven, 2003).

De samenstelling van de bevolking in de Provincie Limburg in 2007 (CBS 2007) ziet als volgt uit:

Aantal autochtonen	907369
Aantal allochtonen	220436

Allochtonen in Limburg zijn vooral westerse allochtonen (161289).
In 2007 zijn er in totaal 16506 allochtonen van Marokkaanse afkomst, 11811 van Turkse afkomst, 3481 van Nederlandse Antillen en Aruba en 2998 van Surinaamse afkomst.
Overige niet westerse allochtonen: 24351.

SMKK heeft in haar huidige achterban vooral te maken met een grote groep allochtone ouderen van Marokkaanse en Turkse afkomst. Turken en Marokkanen zijn afkomstig uit verschillende werelddelen en verschillen van elkaar in taal, cultuur, gebruiken en mentaliteit. Dat zij vaak in een adem genoemd worden, komt doordat er tussen beide groepen ook opvallende overeenkomsten bestaan. Zowel Turken als Marokkanen zijn overwegend moslim en door beide groepen wordt het onderhouden van hechte familiebanden en het onderling verlenen van zorg belangrijk gevonden. Ook is het in beide culturen de gewoonte dat mannen vooral met mannen omgaan en vrouwen met vrouwen. Mede doordat de geschiedenis van Turken en Marokkanen in Nederland veel parallellen vertoont, hebben zij in Nederland een vergelijkbare maatschappelijke positie.

Allochtone diversiteit

De allochtone groepen zijn zeer divers qua cultuur, herkomst en verblijfsduur in Nederland. Nederland heeft diverse immigratiegolven van arbeidsmigranten gekend. In de jaren voor de tweede wereldoorlog vestigden immigranten uit het voormalige Joegoslavië, Polen en andere Zuid-Europese landen zich in Nederland. Ze werkten in de mijnen, de industrie, de metaalsector, de glasaardewerkindustrie, de textiel en leerbedrijven. Vanaf de jaren vijftig werden door het bedrijfsleven arbeidsmigranten geworven in voormalig Joegoslavië, Spanje, Griekenland, Italië, Turkije, Marokko en Tunesië.

Een groot deel van de kinderen en kleinkinderen van voormalige arbeidsmigranten is in Nederland geboren. De meeste nakomelingen van de Griekse, Italiaanse en Spaanse gastarbeiders zijn Nederlander. Een groot deel van hen behoort formeel ook niet meer tot de allochtone bevolkingsgroep omdat nakomelingen van vreemdelingen tot de derde generatie behoren. Hun beide ouders zijn uit Nederland afkomstig. Nakomelingen van voormalige gastarbeiders die in de jaren zestig kwamen, behoren in grotere getale wel tot de allochtone bevolkingsgroep. Ook de derde generatie zal voor een belangrijk deel ten minste een ouder hebben die uit het buitenland afkomstig is. Het spreekt vanzelf dat nauwelijks kan worden gesproken over de cultuur van deze bevolkingsgroepen. De cultuur van de generaties die hier zijn opgegroeid, is in veel opzichten onvergelijkbaar met de cultuur van degenen die ooit hun land verlieten. De eigenlijke arbeidsmigranten waren grotendeels ongeschoolde arbeiders. Ze behoorden zowel in het land van herkomst als in Nederland tot de onderste sociaal-economische laag van de bevolking.

Als gevolg van economische ontwikkelingen, woon- en leefomstandigheden en een jarenlange miskenning van het feit dat deze gezinnen zich definitief in Nederland hadden gevestigd, is in deze bevolkingsgroepen nauwelijks sprake van sociale mobiliteit. Dat heeft een sterke uitwerking op de beleving van de eigen cultuur. Er is sprake van een bepaalde mate van sociaal en cultureel isolement. Veel Turken, Marokkanen en Tunesiërs (ook jongeren) ervaren zichzelf als "anders" dan de Nederlandse bevolking. Het gegeven dat deze bevolkingsgroepen grotendeels moslim zijn, versterkt dit mechanisme.

Surinamers, Antillianen, Arubanen en Molukkers zijn geen arbeidsmigranten. Hoewel economische overwegingen waarschijnlijk altijd een rol spelen bij de keuze tot emigratie, heeft hun komst in eerste instantie een politieke achtergrond. De meeste Surinamers kwamen direct na de onafhankelijkheid van dit land. Zij konden zich niet verenigen met het nieuwe politieke regime of gaven om andere redenen de voorkeur aan een verhuizing naar Nederland. Dat is ook het geval voor de mensen uit het voormalige Nederlands Indië. Anderen kwamen om te studeren en bleven hier omdat de economische perspectieven beter waren.
Sinds de jaren zeventig vestigt zich jaarlijks een aantal Arubanen en Antillianen in Nederland om economische redenen of om te studeren. Deze mensen hebben de Nederlandse nationaliteit. De Molukkers werden door de Nederlandse overheid om politieke redenen vanuit Indonesië overgeplaatst naar Nederland. Deze groepsgewijze en gedwongen verhuizing - die hen als tijdelijk in het vooruitzicht werd gesteld in afwachting van de onafhankelijkheid van de Molukken - heeft een belangrijk invloed gehad op de beleving van de eigen cultuur in deze bevolkingsgroep.
Het gevoel te zijn bedrogen door de Nederlandse overheid, werkte een bepaalde mate van wantrouwen ten opzichte van de Nederlandse samenleving in de hand.

Nieuwe immigranten zijn in hoofdzaak gezinsvormers of gezinsherenigers, asielzoekers en vluchtelingen. Gezinsvormers en gezinsherenigers zijn mensen die zich bij familieleden voegen die al langer in Nederland verblijven. Het zijn grotendeels jonge mannen en vrouwen die een huwelijk hebben gesloten met iemand in

Oud worden in Nederland

Nederland. Vooral Marokkanen en Turken van de tweede generatie trouwen met mensen uit het herkomstland van hun ouders.
Asielzoekers zijn mensen die op eigen initiatief komen en in Nederland een verzoek tot erkenning als vluchteling indienen. In tegenstelling tot arbeidsmigranten behoren veel asielzoekers en vluchtelingen tot de sociaal-economische bovenlaag van de bevolking. Onder hen zijn journalisten, artsen, wetenschappers en andere hoogopgeleide functionarissen. Het is duidelijk dat deze groep dusdanig gevarieerd is, dat men nauwelijks kan spreken van allochtonenproblematiek in het algemeen.

Gastarbeiders probeerden een droom te verwezenlijken van een beter bestaan in het rijke Europa. Die droom werd voor velen geen werkelijkheid. Zijzelf en hun kinderen leven met de frustratie daarvan. Vluchtelingen en asielzoekers verlieten hun vaderland doorgaans onder dwang en onder zeer gecompliceerde omstandigheden. Zij zijn ontheemd en vaak getraumatiseerd door het oorlogsgeweld waarvoor ze vluchtten. Bij de bewoners van asielzoekerscentra is vaak sprake van grote psychische nood.
Mensen die afkomstig zijn uit de voormalige koloniën leven met frustraties en problemen die mede het gevolg zijn van het koloniale verleden. De slechte economische perspectieven in hun landen "dreven" hen naar Nederland.

Het enige gezamenlijke kenmerk van alle allochtone groepen is een cultureel erfgoed dat zijn oorsprong elders vindt. Daar houden de vergelijkingen op. Die andere cultuur, hoe verschillend die onderling ook is, plaatst hen in een specifieke relatie tot de autochtone meerderheid. Die relatie is soms verwarrend, vol misverstanden en omgeven met tegenstrijdige gevoelens van acceptatie en afwijzing, idealisering en verwerping, zich thuis willen voelen en ook weer niet. De vragen waar je bij hoort en bij wil horen, lopen als een rode draad door het leven van velen die tot een allochtone groep behoren.

Oud worden in Nederland betekent ook voor allochtone ouderen dat men, naast de wens van een goed inkomen als garantie voor succesvol oud worden, wensen en behoeften heeft met betrekking tot huisvesting, recreatie en ontspanning waarbij beleving van de eigen cultuur centraal staat.
Zorgaandacht voor allochtone ouderen impliceert het samengaan van traditionele familiezorg en professionele hulpverlening. Cultuurconflicten gepaard gaande met trots verklaren voor een groot deel de afzijdige houding van allochtone ouderen ten aanzien van het gebruikmaken van de Nederlandse zorgvoorzieningen.

Positie allochtone ouderen

De inkomenspositie van de allochtone ouderen is niet rooskleurig, het lage maandelijkse netto-inkomen vormt een barrière om gebruik te maken van Nederlandse voorzieningen. Een bijkomstig probleem is dat er geen rekening wordt gehouden met extra uitgaven van allochtone ouderen. Deze extra uitgaven betreffen het financiële levensonderhoud van naaste familieleden in het land van herkomst en uitgaven bij traditionele rituelen zoals bij overlijden en bruiloften. Deelname aan recreatieve en ontspannende activiteiten is zeer sporadisch en weinig bekend. Er wordt volgens de ouderen te weinig rekening gehouden met hun wensen en behoeften. Daar waar wel aandacht wordt geschonken, blijkt dat er een tekort is aan menskracht en structurele middelen om zorgactiviteiten te stimuleren voor de ouderen.
Het is niet alleen de herkomst, maar het zijn de daarmee samenhangende risicokenmerken, zoals geringe vaardigheden, slechte beheersing van de Nederlandse taal, een laag opleidingsniveau en een slechte gezondheid, die leiden tot sociale uitsluiting.
Binnen de eigen gemeenschap hebben ouderen echter een hoog aanzien. Ouderen worden betrokken bij gebeurtenissen binnen de gemeenschap en binnen de verschillende familieverbanden. Daarnaast hebben zij een grote beslissingsbevoegdheid.

Zorg

Allochtone ouderen hebben moeite om op eigen kracht in de Nederlandse samenleving te integreren. Het is bekend dat allochtone ouderen onvoldoende geïnformeerd worden over Nederlandse zorgvoorzieningen en – maatregelen. De acceptatie van fysieke zwakheid, ziekte, pijn, onzekerheid en dood is voor allochtone ouderen een voorwaarde om succesvol oud te worden!

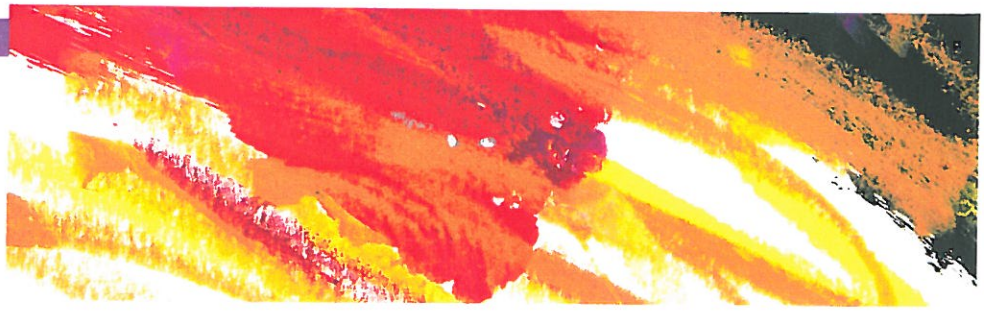
De afgelopen jaren is er steeds meer onderzoek gedaan en daardoor meer bekend geworden over de gezondheidstoestand en het zorggebruik van allochtonen. De meeste onderzoeken beperken zich namelijk tot de vier grootste groepen, te weten Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Daarnaast richten zij zich meestal op een sector, bijvoorbeeld huisartsenzorg of kraamzorg en in al die onderzoeken gaat het om ouderen in grote steden.
Waar het gaat om de gezondheidstoestand hebben sommige allochtone groepen een hogere levensverwachting dan autochtonen. Bij de risicofactoren die de gezondheid bedreigen, is de situatie gevarieerder. Bij voeding, roken en alcoholgebruik is het beeld bij allochtonen gunstiger, maar bij sportdeelname ongunstiger. Verhoogde bloeddruk en overgewicht komen vaker voor, wel weer verschillend voor de diverse allochtone groepen, naar geslacht en leeftijd. De groepen Marokkanen en Turken gebruiken bijvoorbeeld vaker pijnstillers en maagmiddelen. Het gebruik van middelen voor diabetes is onder Turken tweemaal en onder Marokkanen viermaal zo hoog als onder autochtonen.
Hieruit blijkt dat vraag en aanbod nog niet goed op elkaar aansluiten. Veel allochtonen weten nog niet bij welke zorgvoorziening ze moeten zijn als ze bepaalde gezondheidsproblemen hebben of hoe ze deze voorziening moeten benaderen. Ook hebben allochtonen deels andere opvattingen over gezondheid en ziekte en over het zoeken van hulp.
Daarnaast bestaat een afstand tussen allochtone zorgvragers en autochtone zorgverleners. Deze afstand komt doordat men elkaar onvoldoende kent. Allochtonen voelen zich in contacten met zorgverleners vaak onbegrepen of niet serieus genomen. Communiceren doen de allochtone ouderen in hun eigen taal. Zij vinden dat Nederlandse zorgverleners weinig oog hebben voor de culturele omgangsvormen die zij gewend zijn. Het ontbreekt bij de zorginstellingen aan personeelsleden die van allochtone afkomst zijn. Het werken met allochtoon personeel en allochtone intermediairs zou een verbetering kunnen zijn om Nederlandse zorginstellingen toegankelijker te maken voor allochtone ouderen. Zij zouden veel kunnen overdragen wat betreft de taal en culturele omgangsvormen. Het is echter ook bekend dat er nog onvoldoende draagvlak is voor intercultureel personeelsbeleid bij het management van Nederlandse zorginstellingen. Zorgverleners herkennen dit. Mede daardoor vinden zij de zorgverlening aan allochtonen vaak belastend, ook omdat er sprake kan zijn van complexe hulpvragen.

Het aantrekken van "gekleurd" personeel en het ontwikkelen van deskundigheidsbevorderende activiteiten ten behoeve van zittend personeel van zorginstellingen zou in ieder geval een stap in de goede richting zijn om familiezorg voor allochtone ouderen met professionele zorg te verbinden. Professionele zorgverleners kunnen kinderen van allochtone ouderen op de hoogte brengen van zorgvoorzieningen en zorgmaatregelen waarvan allochtone ouderen gebruik kunnen maken. Het traditionele concept van familiezorg onder allochtonen komt hierdoor niet op de tocht te staan en zou een betere aansluiting kunnen vinden bij de Nederlandse professionele zorgverlening. Zo kan een succesvol oud worden van allochtone ouderen worden gegarandeerd. Per allochtone oudere zou in overleg met de familie aan een zorgplan op maat gewerkt kunnen worden.

Conclusies

Wanneer allochtone ouderen verzorgingsbehoeftig worden, verwachten ze deze zorg van hun kinderen. Voor de kinderen blijft het vaak schipperen tussen de eisen die hun eigen leven stelt en de verwachtingen van hun ouders. De eerste generatie kon door hun verblijf in Nederland zelf ook niet voor hun ouders zorgen, zoals het traditioneel gebruikelijk is. Zij hebben hun opvattingen over traditionele zorg daardoor ook al enigszins aangepast.
Bij de tweede generatie allochtonen is onder invloed van Nederlandse waarden en normen, en hun betere kennis van de in Nederland goed ontwikkelde professionele zorg, sprake van een herdefinitie van de zorg aan hun ouders.
Binnen de allochtone gemeenschap is er nu een verscheidenheid aan zorgrelaties te constateren, variërend van traditionele zorg door de familie tot het wegvallen van deze informele zorg.
Vooral wanneer kinderen niet bereid zijn de verzorging voor hun ouders op zich te nemen, vallen er gaten die zorginstellingen niet lijken te kunnen opvullen. De thuiszorg, verzorgingshuizen en andere Nederlandse voorzieningen kunnen allochtone ouderen vooralsnog vrijwel uitsluitend zorg bieden vanuit een Nederlands kader. Er lijkt weinig inzicht te bestaan in de manier waarop binnen de allochtone gemeenschap voor ouderen wordt verzorgd.

Aanbevelingen



Inventarisatie van de beginsituatie

Voordat men een project wil opzetten voor en met allochtone ouderen is het noodzakelijk om in de oriënterende fase gegevens te verzamelen over de plaatselijke allochtone gemeenschap en specifiek over de positie (huisvesting, inkomen, recreatie, ontspanning en zorgwensen) van de ouderen daarbinnen. Dit is van belang om de juiste personen en organisaties te betrekken in activiteiten en/of projecten voor allochtone ouderen.

Netwerkontwikkeling

Activiteiten en projecten voor allochtone ouderen hebben de meeste kans van slagen als zij gedragen worden door de ouderen en de plaatselijke organisaties, groepen en/of sleutelfiguren. Daarvoor is het noodzakelijk dat er contacten worden gelegd met de plaatselijke zelforganisaties, moskee, allochtone platforms, de welzijnsstichting of provinciale en landelijke instellingen die bekend zijn met de problematiek van allochtone ouderen.

De rol van intermediairs

In contacten met allochtone ouderen spelen "allochtone intermediairs" een belangrijk rol. Zij vormen vaak de brug tussen de ouderen en de Nederlandse zorgvoorzieningen. Intermediairs vervullen taken als tolk, bemiddelaar en wegwijzer. Het kan gaan om kinderen of kleinkinderen, familie en beroepskrachten van lokale welzijnsorganisaties. Het is van groot belang om gebruik te maken van deze intermediairs.

Voorbeeldprojecten

- Allochtone consulenten in huisartsenpraktijken in de gemeente Roermond
- Project "Ondersteuning Allochtone mantelzorgers Heerlen" Centrum voor Diversiteit, Heerlen
- Project WMO Ambassadeurs , Platform Allochtone Zorgvragers Sittard.

Voorlichting

Als gevolg van een toenemende afhankelijkheid en zorgbehoefte van allochtone ouderen is te verwachten dan hun zorgvragen alleen maar zullen toenemen. Gebleken is dat voorlichting een belangrijk instrument is om de kloof tussen allochtone ouderen en Nederlandse zorgvoorzieningen te overbruggen. Voorlichting aan ouderen gebeurt in de eigen taal. Voorlichting aan de kinderen over de professionele zorg is nodig, zodat zij kunnen bepalen welke aanvullende hulp in de nabije toekomst nodig is voor hun ouders.
De voorlichting moet niet beperkt blijven tot de werkzaamheden van zorginstellingen, maar ook informatie geven over de financiële consequenties. Verder zou aandacht besteed moeten worden aan de mogelijkheden van bijzondere bijstand, huursubsidie, kwijtschelding van gemeentelijke heffingen.

Voorbeeldproject

- Allochtone ouderen en zorg in de Gemeente Helden
- Samenwerkingsproject Stichting Meer Kleur en Kwaliteit en FIOM, voorlichtingsactiviteiten rondom het zorgaanbod.

Interculturalisatie en deskundigheidsbevordering

Voor medewerkers en professionals van Nederlandse zorginstellingen is het van belang dat zij op de hoogte zijn van de culturele achtergronden van en de omgangsvormen met allochtone ouderen. Dit is een voorwaarde om in contact te komen met de leefwereld van allochtone ouderen. Interculturalisatie is dan het proces waarbij zorginstellingen zich ten doel stellen om concreet invulling te geven aan zorg op maat ten behoeve van allochtone ouderen. Instellingen kunnen een beroep doen op organisaties als bijv. Forum, Spark Result om cursussen voor omgang met allochtone ouderen te organiseren.

Voorbeeldproject

- Dagopvang Molukse en Indische ouderen (Vivantes, Sittard/Geleen)
- Dagopvang Molukse ouderen (Vivre, Maastricht).

Eigen kracht

Een andere invalshoek is ondersteuning van de eigen kracht van de groep ouderen die een grote wens tot zelfredzaamheid hebben. Allochtone ouderen blijven, net als autochtone ouderen, het liefst zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen huis wonen, zo nodig met aanpassingen. Ze wonen ook graag bij elkaar in de buurt. Het delen van herinneringen en de gezamenlijke culturele achtergrond vormen een rode draad in hun dagelijkse leven. De nabijheid van kinderen, familie en bekenden is belangrijk, maar ook het behoud van zelfstandigheid en privacy binnen de woning. Daarvoor is nodig dat de professionele zorg de traditionele zorg benut.

Een lokale integrale aanpak

Ouderenzorgbeleid dient integraal aangepakt te worden. Samenwerking tussen lokale en provinciale overheden, zorginstellingen, woningcorporaties, welzijnsorganisaties, allochtone zelforganisaties en moskeeën is van belang.
De ideale integrale aanpak is gericht op een bepaald gebied of een bepaalde doelgroep en op meerdere facetten. Ook is het van belang dat allochtone zelforganisaties worden ondersteund en dat er een open communicatie is tussen deze organisaties en de Nederlandse instellingen. Dit zijn belangrijke randvoorwaarden voor het ontwikkelen van integraal beleid waardoor allochtone ouderen in Nederland waardig oud kunnen worden.

Vervolg

Op basis van de conclusies en aanbevelingen uit deze brochure gaat SMKK in 2008 op lokaal niveau samenwerkingsverband aan met het Platform Allochtone Zorgvragers, lokale overheden, zorginstellingen, lokale zelforganisaties, moskeeën, welzijnsorganisaties, woningcorporaties en sleutelfiguren om het proces van interculturalisatie in gang te zetten.

Colofon

Deze brochure is een uitgaven van de

Stichting Meer Kleur en Kwaliteit

Nieuw correspondentieadres per 20-10-2011

Postbus 99, 6400 AB Heerlen

I www.smkk.nl

Het samenstellen van deze brochure

is tot stand gekomen met medewerking

van Anne Lewerissa, Spark Result

en is mede mogelijk dankzij een

financiële bijdrage van de

provincie Limburg

Vormgeving

Hoenen&VanDooren

Creatieve Communicatie

St. Odiliënberg

Geraadpleegde literatuur

- Onderzoeksverslag "Behoeften allochtone zorgvragers in de Provincie Limburg/Interculturalisatie is zorg op maat" (A.E. Janse, maart 2006)
- Onderzoeksverslag Zorgen over Zorg (Ibrahim Yerden)
- De allochtone zorgconsulent / een brug tussen hulpverlener en patiënt (medisch contact 1998)
- Informatie Woonzorgcentrum Raffy (Breda, 2004 – 2005)
- Mainstreaming diversiteit in kwaliteitsbeleid van zorginstellingen (Dr. I. Klinge, november 2007)
- Behoeftepeiling Turkse en Marokkaanse senioren (Welk.Kom, mei – juni 2006)
- Mantelzorg en allochtonen 2001: visie en voorstellen (H. Nelissen / M. Morée, Utrecht, juni 2001)
- Samen Werken aan kwaliteitsverbetering van ouder wordende Limburgse allochtonen (SMKK, 2003)