

Allochtone ouderen: de onverwachte oude dag in Nederland

Cor Hoffer

Gepubliceerd in: *“Onzichtbaar – onmisbaar: ouderen in Rotterdam – Essays, Cahier 04”*, pagina’s 7-30.

Rotterdam: Stedelijke Adviescommissie Ouderenbeleid (S.A.O.), mei 2005

© Cor Hoffer

GGZ Groep Europoort
Carnissensingel 51
3083 JA Rotterdam
010-4960899

1. Inleiding

Eind april jongstleden benaderde de heer Schreutelkamp van de Stedelijke Adviescommissie Ouderenbeleid (SAO) van de Gemeente Rotterdam mij met de vraag of ik als cultureel antropologisch onderzoeker van de GGZ Groep Europoort hem informatie kon verschaffen over de positie van allochtone ouderen in Rotterdam. De SAO wil die gegevens ter aanvulling op de bevindingen die het Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS) recentelijk heeft beschreven inzake ouderen in het algemeen (Linders & Rijpma 2005; Matthijssen & Rijpma 2005; Reijen & Linders 2005).¹

Met belangstelling en plezier heb ik met het verzoek van de heer Schreutelkamp ingestemd. De gevraagde informatie hoop ik met dit artikel te geven. Daarbij dient vooraf wel een aantal kanttekeningen te worden geplaatst. Ten eerste had ik – door het relatief late verzoek van de SAO - voor het schrijven van dit artikel slechts weinig tijd. Dit betekent dat het op diverse punten niet volledig zal zijn en aanvulling zal behoeven. (Mede voor dit laatste is een op 9 juni 2005 geplande workshop met deskundigen uit het veld bedoeld.)

Ten tweede hebben de gegevens die ik beschrijf een voorlopig karakter. Het onderzoek waarop ik mij baseer is namelijk nog niet afgerond.

Ten derde komen de gegevens voort uit een onderzoek dat zich vooral richt op de sector van de GGZ. Ik doe immers onderzoek voor een grote GGZ-instelling: de GGZ Groep Europoort. Hier en daar zal het accent dus liggen op de zorgsector. Voor dit artikel zal ik mij echter met name proberen te richten op de positie van allochtone ouderen in het algemeen.

De gegevens die ik hier presenteer zijn gebaseerd op twee typen onderzoek: een literatuurstudie en een zogenoemd kwalitatief sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Met behulp van de literatuurstudie zal ik proberen een beeld te schetsen van hetgeen er zoal bekend is over de situatie van allochtone ouderen in Nederland in het algemeen en Rotterdam in het bijzonder. Daarbij beschrijf ik eerst enkele relevante demografische gegevens inzake allochtone ouderen. In aansluiting daarop ga ik kort in op de heterogeniteit die er bestaat tussen en in bepaalde subgroepen allochtone ouderen. Daarna volgt een relatief lange paragraaf over de positie van allochtone ouderen in de Nederlandse samenleving, waarbij aspecten als inkomen, huisvesting en zorg aan de orde komen. Aan het eind van deze paragraaf ga ik iets dieper in op de verhouding tussen de GGZ en allochtone ouderen, omdat dit een punt van aandacht is in mijn dagelijks werk voor de GGZ Groep Europoort. Bovendien wil ik met deze paragraaf nader ingaan op aspecten uit de belevingswereld van betrokkenen en de consequenties die dat heeft voor formele en informele voorzieningen. Bedoeld gedeelte is gebaseerd op (tussentijdse resultaten van) genoemd kwalitatief (ofwel belevingsgericht) onderzoek, hetgeen inhoudt dat aan de hand van interviews (met open vragen) met allochtone ouderen, mantelzorgers en deskundigen wordt geprobeerd te beschrijven hoe betrokkenen zelf hun situatie en mogelijke sociale en psychische problemen beleven (Hoffer 2002).²

Het artikel wordt afgesloten met een beschrijving van de belangrijkste conclusies en een aantal aanbevelingen. Dit laatste is bedoeld als aanzet voor de discussie, die hopelijk zal plaatsvinden tijdens een workshop van deskundigen uit het veld op 9 juni 2005, georganiseerd door de SAO.

2. Nationale achtergronden en demografische gegevens

Wat nationale achtergronden van ouderen (55+) betreft heeft het CBS voor de grootste migrantengroepen in ons land de volgende cijfers per 1 januari 2003 berekend (Schellingerhout 2004:18):

	absoluut	% ouderen binnen de eigen groep	% in de totale ouderenbevolking¹
niet-westers totaal, waarvan	116.445	7,2	2,9
Turken	26.164	7,7	0,6
Marokkanen	22.953	7,8	0,6
Surinamers	32.614	10,2	0,8
Antillianen	9.162	7,1	0,2
overig niet-westers	25.552	4,8	0,6
totale ouderenbevolking ²	4.031.644		

* autochtoon + allochtoon

Het aandeel niet-westerse allochtone ouderen in de totale ouderenbevolking is momenteel relatief gering (2,9 %), maar zal volgens de voorspellingen de komende jaren sterk toenemen. Het CBS geeft de volgende cijfers: in 2010 vormen niet-westerse ouderen 4,1 % en in 2020 vormen zij 6,4 % van de totale ouderenbevolking. Dit laatste impliceert meer dan een verdubbeling ten opzichte van het cijfer in 2003.

Voor Rotterdam geeft het Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS) (Schellingerhout 2004:21) de volgende cijfers inzake ouderen (55+):

	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
absolute omvang				
2002	3.209	2.025	4.711	1.096
2010	4.611	3.169	8.272	2.334
2017	6.448	4.600	12.805	3.865

	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
% binnen de groep				
2002	7,5	6,1	9,0	5,7
2010	9,5	7,4	14,7	8,3
2017	12,7	9,5	22,9	11,3

	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
--	---------------	-------------------	-------------------	--------------------

1

2

% in de totale ouderenpopulatie				
2002 (n = 143.976)	2,2	1,4	3,3	0,8
2010 (n = 149.420)	3,1	2,1	5,5	1,6
2017 (n = 159.519)	4,0	2,9	8,0	2,4

Voor Rotterdam wordt dus verwacht dat het aantal Turkse en Marokkaanse ouderen de komende vijftien jaar zal verdubbelen en dat het aantal Surinaamse en Antilliaanse ouderen zelfs (bijna) zal verdriedubbelen.

3. Heterogeniteit

De in de vorige paragraaf vermelde cijfers hebben betrekking op de genoemde groepen als categorieën. Het is echter belangrijk ook oog te hebben voor de verschillen die er bestaan tussen en binnen genoemde groeperingen. Enkele verschillen in hoofdlijnen zijn:

- *Verschillen in migratiegeschiedenis.* Turken en Marokkanen kwamen in het algemeen in verband met arbeid, Surinamers en Antillianen in verband met aanvullende studie en/of politieke en/of economische motieven.
- *Verschillen in beheersing van de Nederlandse taal.* Surinaamse en Antilliaanse ouderen beheersen in het algemeen de Nederlandse taal relatief beter dan Marokkaanse en Turkse ouderen.
- *Verschillen in opleidingsniveau.* Marokkaanse en Turkse ouderen zijn in het algemeen (zeer) laag opgeleid, terwijl Surinaamse en Antilliaanse ouderen relatief beter zijn opgeleid.
- *Verschillen in religie.* Afro-Surinaamse en Antilliaanse ouderen hebben in het algemeen een christelijke achtergrond, die relatief beter aansluit bij Nederlandse tradities. Marokkaanse, Turkse en een deel van de Surinaams-hindostaanse ouderen zijn veelal moslim, hetgeen – zeker sinds de maatschappelijke en politieke veranderingen sinds 2001 – allerlei maatschappelijke complicaties met zich meebrengt.
- *Verschillen tussen allochtone oudere mannen en vrouwen.* In de komende jaren zal het aantal alleenstaande oudere allochtone vrouwen toenemen. Van de Surinaamse en Antilliaanse vrouwen leeft de overgrote meerderheid zonder partner. Bij diverse Turkse en Marokkaanse ouderen speelt het leeftijdsverschil tussen gehuwden een rol. Daarom moet verwacht worden dat veel vrouwen in deze groepen hun partner zullen overleven (Kloosterboer 2004).

Deze onderlinge verschillen dienen ook weer nader te worden genuanceerd. Om maar een voorbeeld te noemen: onder Surinaamse ouderen moet onderscheid worden gemaakt tussen Afro-Surinamers (afstammelingen van vroegere slaven) en Surinaamse Hindostanen (afstammelingen van vroegere contractarbeiders uit het voormalige Brits-Indië). Vele Afro-Surinamers zijn christelijk of rooms-katholiek, maar daarnaast hangen diverse van hen – dikwijls latent – de winti-religie aan.³ Dit laatste is bijvoorbeeld voor de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) van belang, omdat de met deze religie verbonden geneeswijzen ook van invloed zijn op het denken en handelen van betrokkenen inzake psychische ziekten. Surinaamse Hindostanen kunnen ook weer nader

worden onderverdeeld naar religie: onder hen bevinden zich namelijk hindoes en moslims.

Zo gelden ook voor de andere hoofdgroepen migranten weer allerlei subcategoriale verschillen. Turken tellen bijvoorbeeld Koerden onder hen. Daarnaast kennen Turken het onderscheid tussen soennitische moslims en alevieten. En Marokkanen kennen het onderscheid tussen Arabieren en Berbers.

Belangrijk voor bijvoorbeeld ziekteopvattingen is ook dat diverse soennitische Marokkanen en Turken – naast en in combinatie met de islam - tegelijkertijd ook waarde hechten aan gebruiken uit het volksgeloof in hun landen van herkomst. Met dat volksgeloof hangen religieuze geneeswijzen samen, die ook van belang zijn voor Marokkaanse en Turkse ouderen in Nederland. Met name in geval van psychosomatische en psychiatrische ziekten doen velen van hen een beroep op religieuze genezers in de landen van herkomst en in Nederland (Janson e.a. 1998; Hoffer 2000 en 2002b).

Naast de grootste migrantengroeperingen van Surinamers, Turken, Marokkanen en Antillianen dient ook rekening te worden gehouden met relatief kleinere groepen allochtone ouderen, die dikwijls buiten beschouwing blijven. Het gaat met name om:

- Molukkers, die als ex-KNIL-ers naar Nederland zijn gekomen (9.000 ouderen);
- Chinezen met uiteenlopende migratieachtergronden (4.000 ouderen).
- Vluchtelingen met uiteenlopende achtergronden (22.000 ouderen) (Kloosterboer 2004).⁴

4. De positie van allochtone ouderen in de Nederlandse samenleving

Hoewel bepaalde (fysieke, psychische en sociale) aspecten in het leven van allochtone en autochtone ouderen met elkaar overeenkomen is er een aantal – veelal met de migratie samenhangende – factoren, dat in het algemeen kenmerkend is voor de positie van allochtone ouderen. Deze factoren worden hier beschreven.

Sociaal-economische positie

Door diverse omstandigheden (lage opleiding, aard van het werk, economische veranderingen, taalproblemen) zijn veel voormalige arbeidsmigranten werkloos of arbeidsongeschikt geworden. Voorts hebben vele oudere migranten geen volledige AOW-uitkering opgebouwd. Hoewel aanvullende bijstand mogelijk is maken zij daar door onwetendheid of belemmeringen (men mag bijvoorbeeld maar een beperkte tijd in het buitenland verblijven in geval van een bijstandsuitkering) niet altijd gebruik van. Het gevolg is dat relatief veel oudere migranten – onder wie veel alleenstaande vrouwen - van lage inkomens moeten rondkomen. Zo heeft van de Turkse 67 %, van de Marokkaanse 86 %, van de Surinaamse 31 % en van de Antilliaanse ouderen 42 % een laag inkomen. Voor autochtone ouderen geldt hier een percentage van 11 % (Schellingerhout 2004). Veel allochtone ouderen hebben moeite om daarvan rond te komen en geven dit ook als een van de belangrijkste knelpunten in hun leven aan (Kloosterboer 2004).

Woonsituatie

Volgens Schellingerhout (2004) wonen relatief veel oudere Turken en Marokkanen in relatief kleine en slechte (voor ouderen ongeschikte) woningen. De omvang van de woning verschilt dikwijls niet zozeer van die van autochtone ouderen, maar zij wonen wel met meer mensen in een woning. Ook de woonlasten zijn vergelijkbaar met die van diverse autochtone ouderen. Maar omdat Turkse en Marokkaanse ouderen een relatief

lager inkomen hebben moet zij vaak een groter deel van hun inkomen aan woonlasten betalen. Dit geldt ook voor Surinaamse en Antilliaanse ouderen.

Kloosterboer (2004) wijst er op dat oudere migranten het soms ingewikkelde systeem van woningtoewijzing niet begrijpen en dus minder kans hebben op een andere woning. Hetzelfde geldt voor het doorgeven van klachten over bijvoorbeeld achterstallig onderhoud van woningen.

Terugkeerdilemma

Veel allochtone ouderen zijn onzeker over de vraag of zij in Nederland moeten blijven of dat zij beter terug kunnen keren naar hun land van herkomst. Dit wordt ook wel het 'terugkeerdilemma' genoemd. Hoewel die twijfel een rol speelt in de belevingswereld en houding van betrokkenen is de realiteit dat de meerderheid van hen in Nederland blijft. Slechts een minderheid geeft aan te willen remigreren. Dit geldt voor 11 % van de Turkse ouderen, 13 % van de Marokkaanse, 16 % van de Surinaamse, 24 % van de Antilliaanse en 35 % van de Molukse ouderen (Schellingerhout 2004). Redenen om uiteindelijk toch in Nederland de oude dag door te brengen zijn:

- het feit dat de kinderen en kleinkinderen in Nederland wonen;
- angst voor verlies aan inkomen;
- de veronderstelde betere kwaliteit van de medische zorg in Nederland in vergelijking met die in het land van herkomst;

Omdat remigratie dikwijls geen reële optie blijkt te zijn zouden vele allochtone ouderen het liefst 'pendelen'. Dat wil zeggen dat zij een deel van het jaar doorbrengen in het land van herkomst en het andere deel van het jaar in Nederland. Hoewel pendelen een alternatief kan zijn kent dit ook zo zijn beperkingen. Zo mag men in geval van een aanvullende bijstandsuitkering slechts dertien weken in het buitenland verblijven. Voorts is men soms bang voor problemen rond ziektekostenverzekeringen.

Zorgplichtdilemma

Driekwart van de Marokkaanse ouderen is van mening dat hun kinderen voor hen moeten zorgen als het nodig is. Turkse ouderen hebben ook een voorkeur voor familie­zorg, maar iets minder uitgesproken dan Marokkanen. Autochtone ouderen hebben wat dit betreft de minst uitgesproken verwachtingen van hun kinderen. Surinaamse, Antilliaanse en Molukse ouderen nemen wat dit betreft een tussenpositie in tussen enerzijds Marokkaanse en Turkse ouderen en anderzijds autochtone ouderen (Schellingerhout 2004).

In andere publicaties wordt er op gewezen dat ondanks hun wensen en normen inzake mantel­zorg allochtone ouderen onzeker zijn over hun toekomst als potentiële zorg­behoefende. Weliswaar hoopt men dat de kinderen bepaalde zorg­taken op zich zullen nemen, maar men is daar in de Nederlandse context niet zeker van. Daarbij geeft men aan zich te realiseren dat de kinderen ook tijd nodig hebben voor werk, opleiding en hun gezin. Ook wil men de kinderen niet onnodig belasten (Bonenkamp & Maas 2004; Kloosterboer 2004). De twijfels rondom mantel­zorg wordt ook wel aangeduid met de term 'zorg­plicht­dilemma'.

Wat geboden mantel­zorg of informele zorg betreft gelden de volgende cijfers. Ongeveer de helft van de zelfstandig wonende Marokkaanse ouderen en 30 % van de Turkse ouderen ontvangt informele hulp, veelal van thuiswonende partner en/of kinderen.

Bij andere groepen ouderen ligt het aandeel van hen dat informele hulp krijgt lager: 21 % van de Surinamers, 10 % van de Antillianen, 17 % van de Molukkers en 10 % van de autochtonen. Over de mate van overbelasting bij mantelzorgers zijn voornamelijk geen cijfers bekend. Wel is er door bijvoorbeeld Yerden (2000) en recentelijk Van Buren (2005) onderzoek gedaan naar de beleving van Turkse mantelzorgers. Zij noemen onder meer de volgende aspecten. In de betreffende Turkse families is familie­zorg met eer en daarbij behorende normatieve verplichtingen omgeven. De verdeling van de zorg in families kenmerkt zich door vanzelfsprekendheid en een gebrek aan communicatie tussen familieleden onderling. Het gevolg is dat de zwaarste zorg dikwijls op de schouders van (oudere) vrouwelijke familieleden terecht komt. Pas wanneer deze de zorg echt niet meer aan kunnen gaan betrokkenen naar een oplossing zoeken, die men bij voorkeur in de familie denkt te zien en niet in professionele ondersteuning.

Volgens deskundigen liggen zowel het *'terugkeerdilemma'* als het *'zorgplichtdilemma'* nogal gevoelig bij allochtone ouderen (Van der Meeren 1994; Talloen 1999). Dat heeft te maken met gevoelens van teleurstelling (lange tijd dacht men terug te gaan, maar na jaren van uitstel lijkt afstel de enige optie) en voortdurende heimwee. Bovendien hebben de met de beide dilemma's gepaard gaande onzekerheden consequenties voor andere levensomstandigheden: men beheerst de Nederlandse taal niet of onvoldoende, men heeft weinig contact met autochtone Nederlanders, men heeft geen kennis van de bestaande voorzieningen voor ouderen en men maakt zich voortdurend zorgen over de toekomst. Het gevolg van genoemde onzekerheden en de daarmee samenhangende geïsoleerde positie kan zijn dat men fysieke en/of psychische klachten ontwikkelt (Van der Meeren 1994).

Gezondheid en zorgbehoefte

Recentelijk heeft Schellingerhout (2004) de gezondheidssituatie van allochtone ouderen bestudeerd. Hij deed dit via eigen onderzoek en vergelijkingen met de resultaten van andere onderzoekers. Schellingerhout gaat uit van vier met elkaar samenhangende aspecten van gezondheid bij betrokkenen: 1. (fysieke) chronische aandoeningen, 2. psychisch welbevinden, 3. fysieke beperkingen en 4. ervaren gezondheid. De door Schellingerhout verzamelde gegevens over deze aspecten betreffen zelfrapportages van ouderen.

Chronische aandoeningen – Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouderen rapporteren meer chronische aandoeningen dan Antillianen, Molukkers en autochtonen. Molukse ouderen rapporteren het minste aantal chronische aandoeningen (onder meer suikerziekte, beroerte, kanker, ernstige hartaandoeningen, hoge bloeddruk, ademhalingsproblemen, ernstige rugklachten, hoofdpijn). Het voorkomen van de verschillende typen chronische aandoeningen verschilt sterk per groep. Diabetes wordt in iedere groep allochtone ouderen relatief vaker gerapporteerd in vergelijking met autochtone ouderen. Dit komt overeen met onderzoek in andere landen. Blijkbaar levert het migrantenbestaan risicofactoren op voor diabetes. Hypertensie (hoge bloeddruk) komt bij alle groepen allochtone ouderen (behalve Molukse ouderen) meer voor dan bij autochtone ouderen. Andere aandoeningen komen echter minder voor bij allochtone dan bij autochtone ouderen: zo komt kanker relatief minder voor onder Marokkanen, Antillianen en

Molukkers. Molukse ouderen lijken de meest gezonde allochtone groep ouderen. Een aantal aandoeningen komt bij hen minder voor.

Psychisch welbevinden – Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen hebben minder vaak gevoelens van rust en tevredenheid en juist vaker sombere en neerslachtige gevoelens dan autochtone ouderen. Antilliaanse ouderen staan hierin het dichtst bij autochtonen. Turkse en Marokkaanse ouderen staan er het meest ver vanaf. (Aan het eind van deze paragraaf wordt nog iets nader ingegaan op psychische problemen onder allochtone ouderen.)

Fysieke beperkingen – Turkse en Marokkaanse ouderen hebben de meeste fysieke beperkingen als het gaat om mobiliteit en persoonlijke verzorging, op enige afstand gevolgd door Surinaamse ouderen. Turkse en Marokkaanse ouderen hebben voorts meer beperkingen bij het verrichten van dagelijkse huishoudelijke verrichtingen dan de andere groepen allochtone ouderen.

Ervaren gezondheid – Turkse en Marokkaanse ouderen ervaren hun gezondheid als slechter dan de overige groepen ouderen. Surinaamse ouderen zitten op dit punt tussen enerzijds Turkse en Marokkaanse ouderen en andere groepen ouderen in.

Schellingerhout concludeert dat indien men op basis van deze zelfgerapporteerde gegevens een rangorde zou moeten aangeven het volgende beeld ontstaat. Turkse en Marokkaanse ouderen hebben de slechtste gezondheid, op enige afstand gevolgd door Surinaamse ouderen. De gezondheid van Antilliaanse ouderen lijkt iets slechter dan die van autochtone ouderen, die van Molukse ouderen iets beter.

Verder constateert Schellingerhout dat niet kan worden gesteld dat allochtone ouderen in ieder opzicht minder gezond zijn dan autochtone ouderen. Zo overlijden er relatief meer autochtone ouderen aan kanker dan allochtone ouderen. Maar daarentegen overlijden relatief meer allochtone ouderen aan suikerziekte.

Ook geldt dat indien er naar ‘objectieve’ factoren wordt gekeken (door artsen vastgestelde aandoeningen, aantal ziekenhuisopnames, leeftijdsspecifieke sterftcijfers) de gezondheid van Turkse en Marokkaanse ouderen juist beter lijkt dan die van autochtone ouderen. Met name geldt dit voor Marokkaanse ouderen, van wie de leeftijdsspecifieke sterfte relatief lager is (Bonenkamp & Baas 2004).

Ten aanzien van deze verschillen tussen ‘subjectieve’ en ‘objectieve’ gegevens benadrukt Schellingerhout nogmaals dat zijn bevindingen zijn gebaseerd op zelfrapportages, die waarschijnlijk beïnvloed zijn door culturele verschillen, dat wil zeggen verschillen in interpretatie. Dit maakt volgens hem vergelijkingen tussen ‘groepen’ ouderen moeilijk en problematiseert ook het doen van uitspraken over ‘de’ gezondheid. In dit verband pleit hij ook voor ‘culturele validatie’ van de gehanteerde onderzoeksmethoden.

Maar los van deze methodologische discussie geeft de invloed van culturele achtergronden volgens Schellingerhout wel goed aan hoe belangrijk interculturalisatie van de zorg is. Als de beleving van gezondheid en beperkingen immers cultureel bepaald is dan is dat een gegeven waar men in de zorg rekening mee zou moeten houden.

Ten aanzien van oorzaken die verschillen in gezondheid bepalen constateert Schellingerhout dat geslacht, leeftijd en sociaal-economische status een rol spelen. Zo

komen chronische aandoeningen meer voor bij vrouwen. Ook scoren mannen wat psychische gezondheid betreft iets beter dan vrouwen. Leeftijd speelt een rol in de zin dat met het klimmen der jaren men meer te maken krijgt met chronische aandoeningen. Opleiding speelt ook een rol: een lage opleiding levert een verhoogd risico op voor het krijgen van chronische aandoeningen.

Daarnaast spelen mate van sociaal-culturele integratie en verschillen in leefstijl een rol bij het voorkomen van een aantal chronische aandoeningen. Zo hebben ouderen met een lage mate van sociaal-culturele integratie een grotere kans op diabetes en hartaandoeningen maar een kleinere kans op kanker.

Gezondheidszorg, thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen

Oudere migranten (met name Turken, Marokkanen en Surinamers) consulteren relatief vaker de huisarts dan autochtone ouderen. Verder gebruiken Turkse en Surinaamse ouderen meer medicijnen op recept dan andere ouderen. Voorts doen zich relatief vaker communicatieproblemen voor in het contact tussen de huisarts en allochtone ouderen. Hoewel de toegankelijkheid van de huisartsenzorg dus voor alle ouderen kennelijk goed is blijken zich in de communicatieve sfeer tussen huisartsen en allochtone ouderen wel problemen voor te doen (Schellingerhout 2004; Kloosterboer 2004).

Voorts blijkt dat allochtone ouderen voor lichamelijke klachten in het algemeen de huisarts consulteren, terwijl zij voor psychosociale problemen niet of nauwelijks formele hulpverlening zoeken. Die problemen proberen zij in familiale en informele kring op te lossen. Zo komt het regelmatig voor dat men in geval van psychische of psychiatrische ziekten een beroep doet op alternatieve genezers – hetzij in Nederland hetzij in het land van herkomst – of dat men een arts in het land van herkomst consulteert (Janson e.a. 1998; Hoffer 2000). Onbekendheid, taboe, angst voor roddel, culturele barrières en taalproblemen zijn de belangrijkste oorzaken voor het gegeven dat relatief weinig allochtone ouderen contact hebben met GGZ-instellingen.

Allochtone en autochtone ouderen maken evenveel gebruik van de zorg in ziekenhuizen. Maar qua ervaringen worden door hen de volgende knelpunten genoemd: a. communicatieproblemen en bejegening, b. problemen over (uitgebreid) familiebezoek, c. gemengde zalen (mannen en vrouwen), d. maaltijden (Kloosterboer 2004).

Als het gaat om professionele ondersteuning bij het zelfstandig wonen (thuiszorg, aanpassingen in de woning, alarmering en bezorging van kant-en-klaar-maaltijden) blijkt dat met name Turkse en Marokkaanse ouderen hier – ondanks aangetoonde behoefte – relatief weinig gebruik van maken. Dit hangt samen: a. (veronderstelde) kosten, b. bureaucratische rompslomp, c. taalproblemen, d. niet voor migranten aangepaste voorzieningen als specifiek bereide maaltijden, e. vormen van informele zorg door partners en/of kinderen (waardoor de behoefte aan professionele ondersteuning minder oogt) (Baas 2004a; Schellingerhout 2004; Kloosterboer 2004).

Vooralsnog zijn er, op Surinamers na, vrijwel geen allochtone ouderen te vinden in verzorgings- en verpleeghuizen. Voor een deel komt dit doordat de groep relatief jong is en door aanwezige informele zorg. Voor een deel komt het ook door een negatief beeld van betrokkenen (met name bij Turkse en Marokkaanse ouderen) over intramurale voorzieningen. Men wil daar liever niet wonen. Indien zij het wonen in een verzorgingshuis overwegen stellen met name Marokkaanse, Turkse en Molukse ouderen specifieke cultuurgerelateerde eisen aan voeding, inrichting en personeel (Schellingerhout 2004; Kloosterboer 2004)

In het algemeen kan worden geconcludeerd dat het bestaande aanbod in de zorg (nog) niet goed aansluit op de zorgvraag van diverse groepen allochtone ouderen. Daarbij spreken deskundigen over een vicieuze cirkel van wederzijdse onbekendheid, die samenhangt met zowel het terugkeerdilemma als het zorgplichtdilemma. Doordat allochtone ouderen er lange tijd vanuit zijn gegaan dat zij terug zouden keren naar het land van herkomst of dat hun kinderen wel voor hun zullen zorgen hebben zij zich niet georiënteerd op bestaande voorzieningen in Nederland. En doordat hulpverleners er lange tijd vanuit gingen dat allochtone ouderen eens terug zullen keren of dat hun kinderen wel voor hen zullen zorgen heeft men in het beleid weinig rekening gehouden met de zorg voor allochtone ouderen (Talloen 1999; RvZ 2000). Enkele gevolgen hiervan zijn: onbekendheid bij allochtone ouderen met voorzieningen en communicatieproblemen in geval van contacten met hulpverleners.

Hier moet aan worden toegevoegd dat genoemde vicieuze cirkel en bijbehorende problematiek nog sterker voor allochtone oudere vrouwen geldt dan voor mannen. In dit verband wijst Van der Meeren (1996) erop dat er een verschil bestaat tussen vrouwen en mannen als het gaat om de beleving van de migratiesituatie. Immers, hoewel beide geslachten met gevoelens van heimwee kunnen kampen, is de man dikwijls min of meer vrijwillig geëmigreerd terwijl dit voor de vrouw niet altijd het geval zal zijn. Paradoxaal genoeg zouden op latere leeftijd minder vrouwen dan mannen willen remigreren. Dit vanwege het achterlaten van de kinderen en uit angst voor de positie in het land van herkomst. Ook is het gegeven van belang dat allochtone vrouwen zich dikwijls in een nog geïsoleerder positie bevinden dan mannen (Lettink & Scholten 2000:111). Genoemde verschillen in beleving kunnen aanleiding zijn tot relatieproblemen tussen mannen en vrouwen.

Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

In de transculturele psychiatrie wordt al langer gewezen op het feit dat het gangbare diagnostische classificatiesysteem – de zogenoemde DSM IV – westers georiënteerd is en daarmee niet altijd bruikbaar is voor cliënten met niet-westerse achtergronden. Vandaar dat men de zogenoemde ‘*Cultural Formulation of Diagnosis*’ (CFD) heeft opgesteld. Doel daarvan is om de psychiatrische diagnostiek en behandeling meer open te stellen voor de rol van culturele factoren in het algemeen en de verklaringsmodellen van cliënten in het bijzonder. Dit model wordt echter (nog) niet breed toegepast door hulpverleners in de GGZ (Borra, van Dijk & Rohlf 2002).

Zeker als het om oudere migranten gaat is er in Nederland vooralsnog weinig onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van de gangbare diagnostische instrumenten om vast te stellen of iemand bijvoorbeeld depressief is of aan dementie lijdt (Yilmaz 1998).

Sociaal-wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat allochtone ouderen en betrokken familieleden met uiteenlopende nationale achtergronden symptomen behorend bij bijvoorbeeld depressiviteit of dementie (ernstige vergeetachtigheid, neerslachtigheid, onrust et cetera) zien als behorend bij het ouder worden en niet herkennen als ziektebeelden an sich.⁵ Voorts praat men buiten de eigen kring niet gauw over psychische problemen en streeft men ernaar zelf een oplossing te zoeken. In dit verband gaat men er soms toe over een arts in het land van herkomst te consulteren of gaat men te rade bij alternatieve genezers (hetzij in Nederland, hetzij in het land van herkomst) (Yilmaz 1998; Janson e.a. 1998; Hoffer 2000; Seeleman 2002; De Vries & Smits 2003; Baas 2004b).

Ter illustratie volgt hier de casus van een Turks gezin, opgetekend uit de mond van een zoon van 50 jaar. De vader is in de jaren '60 van het platteland in midden-Turkije via Istanbul en Frankrijk naar Nederland gekomen en heeft hier tot het begin van de jaren '80 als fabrieksarbeider gewerkt. Vervolgens is hij vanwege problemen met zijn rug en spijsvertering in de WAO terechtgekomen. Moeder is in 1975 samen met hun twee zoons en hun dochter naar Nederland gekomen. In 1986 zijn de ouders geremigreerd naar hun geboortedorp in Turkije, terwijl hun kinderen hier bleven wonen. Vanwege dit laatste had de moeder overigens grote moeite met remigratie.

In de loop van de jaren '90 kregen zowel de man als de vrouw problemen met hun gezondheid. De man kreeg twee hartaanvallen. De vrouw kreeg in het begin van de jaren '90 last van wat zij aanduidde als 'een zoem in haar hoofd'. Zij consulteerde diverse artsen in Turkije, die haar uitlegden 'dat sommige bloedvaten in haar hersenen verkalkten'. Dat geloofde zij niet. Later kreeg zij ook last van hoofdpijn en buikpijn. Vervolgens ging zij te rade bij diverse 'hoca's' (islamitische genezers) en 'oudere wijze vrouwen' (volksgenezeressen). Die bevestigden haar vermoedens dat haar klachten te maken hadden met 'cinler' (boze geesten) en 'nazar' (het boze oog) en gaven haar 'muska's' (amuletten) en kruiden ter genezing. De klachten bleven echter aanhouden.

Volgens de zoon veranderde ook het karakter van zijn moeder in de loop der jaren. Hoewel zij vroeger heel gelukkig en dienstbaar was werd zij geleidelijk heel ontevreden, opstandig, jaloers en achterdochtig.

Met het oog op de toenemende gezondheidsproblemen van zijn ouders heeft de zoon hen in 1997 naar Nederland laten overkomen. Dat was problematisch, omdat hun verblijfsvergunning was verlopen en er een visum moest worden aangevraagd. Met zijn moeder is hij vervolgens via de huisarts de rade gegaan bij de Riagg. Daar constateerde een geriater dat zij aan dementie leed. In het Turks spreekt men volgens de zoon dan van 'bunak', hetgeen betekent: *'zij of hij kan het niet meer helder zien en weet niet meer wat de tijd is, wat de plaats is en welke personen men voor zich heeft'*.⁶

Vader is in 1999 op 71-jarige leeftijd aan een hartaanval overleden. De zoon vertelt dat hij en zijn broers en zus met ondersteuning van de wijkverpleging en de Riagg vervolgens graag voor hun moeder hadden willen zorgen. Maar dat kon niet, omdat zij geen verblijfsvergunning had. Vervolgens is zij weer teruggekeerd naar haar Turkse geboortedorp, waar een door haar kinderen geregelde oppas nu voor haar zorgt. De kinderen bezoeken haar zoveel mogelijk.

Voor GGZ-hulpverleners zijn bedoelde andere ziekteopvattingen, ziektebelevingen en hulpzoekgedrag bij het ontbreken van uitgewerkte interculturele standaarden moeilijk te hanteren. Dit werd recentelijk bevestigd door een geriater die dit met een casus uit haar praktijk illustreerde. Het ging om een ouder Turks echtpaar, dat in verband met problemen van de man een arts in Turkije had geconsulteerd. De diagnose luidde: 'Alzheimer'. De geriater zei dat zij die diagnose niet kon bevestigen en eerder dacht aan een 'depressie en alcoholmisbruik'. Dit laatste bracht de nodige schaamte voor het echtpaar met zich mee in verband met hun islamitische achtergrond.

Ook een Surinaamse psychiater – die de laatste tijd steeds meer oudere Hindoestanen zei te zien – vertelde recentelijk dat de diagnostiek bij deze ouderen problematisch is. Bij het ontbreken van taalkundig en cultureel aangepaste vragenlijsten en testen zijn ziektebeelden als depressiviteit en dementie bij betrokkenen lastig te diagnostiseren.

Een Chinese verpleegkundige, werkzaam op een speciale afdeling voor Chinese ouderen in een verzorgingshuis, stuit voor deze groep eveneens op hetzelfde probleem. Zij vertelde dat zij in geval van vier bewoners recentelijk een screening bij de Riagg hebben aangevraagd om te bezien in hoeverre er sprake is van depressiviteit dan wel dementie bij betrokkenen. Vanwege de taal en de culturele achtergronden van de bewoners duurt het volgens haar lang voordat men een diagnose kan stellen.

Genoemde respondente wees er trouwens op dat het voor zowel de behandeling als de verzorging van Chinese ouderen die aan genoemde ziektebeelden lijden wenselijk zou zijn dat er ook speciale Chinese afdelingen in verpleeghuizen komen. In zowel het interieur als de dagelijkse zorg kan men dan rekening houden met de taal en de culturele achtergronden van betrokkenen, hetgeen in geval van bijvoorbeeld dementie heel belangrijk kan zijn. Immers, in geval van dementie kan het zijn dat betrokkene vooral in de taal van oorsprong communiceert en ook teruggrijpt naar herinneringen uit de jeugd in het land van herkomst.

Diverse Chinese sleutelinformanten én een Chinese mantelzorger vertelden dat een psychiater uit Taiwan gemiddeld een keer per jaar naar Nederland komt. Hij is hier dan voor lezingen en conferenties. Maar ter gelegenheid van zulke bezoeken houdt hij ook spreekuur voor Chinezen in Nederland. Vooral veel ouderen zouden hem consulteren in verband met psychische problemen. Bedoelde mantelzorger vertelde over de ziektegeschiedenis van haar vader, die naast een CVA leed aan depressieve gevoelens, verwardheid, verstijving en spastische bewegingen. Haar vader is in 2002 overleden en heeft in de jaren daarvoor een ingewikkeld hulpzoekproces doorlopen, waarbij zowel consultaties volgden bij artsen in Hongkong als in Nederland. Ook genoemde Taiwanese psychiater, destijds op bezoek in Nederland, werd door de familie geraadpleegd. Over de juiste diagnose bestond voortdurend onduidelijkheid en adviezen verschilden ook van elkaar: er werd onder meer gedacht aan dementie, depressiviteit en de Ziekte van Parkinson. Dergelijk hulpzoekgedrag en het consulteren van genoemde Taiwanese arts illustreert hoezeer er behoefte is aan intercultureel bruikbare testen en diagnostische technieken.

Dat taal en cultuur van belang zijn in diagnostiek en behandeling van zieke allochtone ouderen blijkt ook uit het succes van *Kraka-e-Sewa* in Amsterdam, een dagopvang voor Surinaamse ouderen die lijden aan dementie. Betrokkenen en hun mantelzorgers kunnen daar deelnemen aan gespreksgroepen en lezingen over dementie. Men kan er in de taal van oorsprong spreken en er zijn culturele activiteiten, zoals Surinaamse maaltijden, muziek, dans, volksverhalen en lezingen van een winti-deskundige (J.P. Osté en R.M. Dröes 2004).

Hoe relevant het kan zijn om de culturele en religieuze achtergronden bij de behandeling en verzorging te betrekken wordt ook duidelijk uit de casus van een Afro-Surinaamse man van 65 jaar die aan het syndroom van Korsakoff lijdt. Zijn nicht van 60 jaar die voor hem zorgt zei in eerste gesprek:

'Vroeger was het een echte macho-man en dronk hij veel bier. Via de huisarts kwam hij in een psychiatrisch ziekenhuis terecht. Daar heeft hij een jaar verbleven. Daar is vastgesteld dat hij aan de ziekte van Korsakoff lijdt. Dat is het gevolg van langdurig alcoholgebruik. Dat is een soort dementie. Sinds 1990 heeft hij hersenletsel. Het betekent dat er in zijn hersenen dingen zijn kapotgegaan en dat keert niet meer terug. De dokter heeft verteld dat als hij niet meer drinkt het niet erger wordt. Hij heeft niet

meer gedronken en het blijft nu hetzelfde. (...) dingen van vroeger weet hij nog wel als we het erover hebben. Maar andere dingen vergeet hij.'

Tijdens een tweede gesprek enkele weken later kwam ook de ziekte van haar oom weer ter sprake. Toen zei ze:

'Het komt omdat hij het geestelijke heeft verwaarloosd. Vroeger was hij een hele populaire jongen. Hij was voetballer en hij zong altijd liederen. Maar hij heeft het geestelijke verwaarloosd. Dat betekent dat je niet naar je achtergronden kijkt. Doordat hij jaren gedronken had kreeg hij problemen. (...) Het is een soort straf.'

Op de vraag hoe het dan zat met de verklaring, die artsen haar hadden gegeven inzake het syndroom van Korsakoff en het afsterven van hersencellen antwoordde ze:

'Het komt van boven, maar men geeft het de naam Korsakoff. Het een sluit het ander niet uit. Want doordat mijn oom heeft gedronken werd hij gestraft en werden de door God gegeven cellen afgebroken.'

De vrouw voegde eraan toe dat zij en haar oom ieder jaar een paar weken naar Suriname proberen te gaan. Ze vertelde dat hij daar dan helemaal opklaart. Ze legde uit dat hij daar dan ook bepaalde kruiden krijgt en reinigingsrituelen in de winti-traditie ondergaat.

Ten behoeve van de communicatie tussen GGZ-hulpverleners en allochtone ouderen en hun mantelzorgers is het van belang dat eerstgenoemden oog hebben voor de belevingswereld van betrokkenen. In het algemeen geldt dat een open houding en belangstelling voor de visie van allochtone cliënten en hun naasten de communicatie en vervolgens het vestigen van een vertrouwensrelatie ten goede komt. Zoals eerder gezegd is het daarbij van belang dat men zowel oog heeft voor factoren op categoriaal als individueel niveau.

Ook is het belangrijk dat men zich realiseert dat ziekteopvattingen en –belevingen niet statisch maar dynamisch zijn: mede onder invloed van migratie ondergaan zij veranderingen (Baas 2004b). Een voorbeeld hiervan betreffen de uitspraken van een Marokkaanse vrouw van 30 jaar die al jaren in een verpleeghuis werkt, op een afdeling voor demente bewoners. Op de vraag hoe zij dit werk vindt antwoordde ze: *'Ik vind het heel erg leuk. Elke dag is verschillend en het is heel afwisselend. Je weet nooit hoe de mensen zijn, dat verschilt per dag.'* Op de opmerking dat Marokkaanse respondenten dikwijls zeggen tegen opname van ouderen in verpleeghuizen te zijn reageerde ze als volgt:

'Nou, dat zie ik niet zo. In zulke verpleeghuizen krijgen de mensen de hulp die ze echt nodig hebben. Als mensen dementeren dan moet je ze echt de hele dag in de gaten houden. Bijvoorbeeld of zij het gas wel uitdraaien enzovoort. Als partner of kind kun je de benodigde zorg nooit bieden. En als je aan je eigen carrière wilt werken dan kan het zeker niet. Die dingen veranderen ook onder Marokkanen in Nederland. (...) Dat merk je ook als je met vakantie terug bent in Marokko. Afgelopen zomer was ik daar en ontmoette ik ook mijn oma weer. Zij is 85 jaar. Nu ik in Nederland heel veel met dementerenden werk herkende ik bepaalde dingen bij haar die er volgens mij op duiden dat zij ook begint te dementeren. Maar mijn opa en andere familieleden zien

dat helemaal niet. Zij storen zich er een beetje aan dat oma maar iedere keer hetzelfde vertelt enzovoort. En ook als zij iets zegt dan luisteren ze niet naar haar. Maar als ik alleen met haar was dan lukte het mij wel om contact met haar te maken. Dat ben ik al zo gewend geraakt. Als je dit dan ziet dan vind ik het zielig voor mijn oma. Daar kan zij haar gevoelens helemaal niet kwijt. Die worden eigenlijk onderdrukt. (...) Mijn familie zegt dat het komt omdat zij ouder wordt.'

Dit laatste citaat laat zien hoezeer opvattingen over ziekten - in dit geval dementie - cultureel bepaald zijn, maar ook hoezeer die opvattingen na migratie kunnen veranderen. Denk aan de manier waarop de Marokkaanse vrouw naar dementie kijkt.

5. Conclusies en aanbevelingen

Ter afsluiting van dit artikel geef ik hier nog eens kort de belangrijkste conclusies weer en formuleer ik een aantal aanbevelingen voor zowel beleidsmakers als uitvoerenden in het veld.

Conclusies

Ouderdom komt met gebreken, zo zegt men. In die zin hebben allochtone en autochtone ouderen te maken met overeenkomstige problemen. Zowel in fysieke als psychische en sociale zin krijgen ouderen nu eenmaal met beperkingen te maken. Maar daarnaast spelen verschillen tussen allochtone en autochtone ouderen ook een rol. Voor een deel hangen die verschillen samen met de migratiesituatie en voor een deel met sociale en culturele factoren. Allochtone ouderen hebben relatief gezien vaker een lagere sociaal-economische status en een slechtere woonsituatie dan autochtone ouderen. Daar staat echter tegenover dat met name Turkse en Marokkaanse ouderen meer informele steun ontvangen. Voorts spelen verschillen in leefstijl een rol bij het ontstaan of uitblijven van beperkingen.

Het voorgaande leert echter ook dat generalisaties voorkomen moeten worden. Er zijn enkele globale verschillen tussen autochtone en allochtone ouderen te noemen, maar daarnaast zijn er binnen beide 'categorieën' ouderen grote verschillen aan te geven tussen en binnen subgroepen. Voorts is het belangrijk oog te houden voor het gegeven dat (cultureel bepaalde) opvattingen en gedragingen dynamisch zijn en daarmee in de loop der tijd veranderen.

Aanbevelingen⁷

Ondanks genoemde nuanceringen in de positie van allochtone ouderen is het duidelijk dat er - zeker met het oog op de voorspelde toename van het aantal allochtone ouderen - qua beleid de komende jaren het nodige moet gebeuren. Hier ligt een taak voor overheden op diverse (landelijke, provinciale en gemeentelijke) niveaus alsook voor instellingen in diverse maatschappelijke sectoren en zelforganisaties. Omdat het hier primair gaat om het ouderenbeleid in Rotterdam worden hier voornamelijk aanbevelingen op lokaal gemeentelijk niveau gedaan.

Het uitgangspunt bij de aanbevelingen is dat allochtone ouderen net als autochtone ouderen een reële keuzevrijheid dienen te hebben als het gaat om de invulling van hun oude dag. Hierbij lijken twee factoren van cruciaal belang. Ten eerste verbetering van de sociaal-economische positie van diverse ouderen. Ten tweede een goede (en soms

aangepaste) informatievoorziening inzake het aanbod van voorzieningen voor ouderen op het gebied van werk, wonen en zorg.

In het volgende worden voor respectievelijk de gemeentelijke overheid, instellingen en zelforganisaties aanbevelingen geformuleerd.

Gemeente Rotterdam

- De gemeente dient, binnen de normen van de rijksoverheid, de controle op de aanvullende en bijzondere bijstand voor ouderen flexibel toe te passen;
- De gemeente dient te zorgen voor stimulering van de werkgelegenheid voor (relatief jonge) allochtone ouderen;
- De gemeente dient vrijwilligerswerk voor allochtone ouderen te faciliteren;
- De gemeente dient te zorgen voor voldoende betaalbare en voor ouderen geschikte woningen;
- De gemeente moet zorgen voor voldoende voor allochtone ouderen aangepaste taalcursussen;
- De gemeente dient ruimtes beschikbaar stellen voor (migranten)organisaties, waar zij activiteiten voor ouderen kunnen organiseren;
- De gemeente dient spreekuren bij (migranten)organisaties te faciliteren (t.b.v. voorlichting over voorzieningen op allerlei terreinen);
- Gemeente, zorgkantoor en ziektekostenverzekeraars moeten in hun contracten met zorg- en dienstverleners de belangen van oudere migranten vastleggen;
- In samenspraak met migrantenorganisaties dient de gemeente zorg te dragen voor voldoende (bijvoorbeeld islamitische) begraafplaatsen voor allochtone medeburgers;
- In het overleg over de implementatie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) dient de gemeente ook oog te hebben voor de positie van autochtone en allochtone ouderen.

Instellingen en organisaties op het gebied van welzijn en zorg

- Huisartsen en intra- en extramurale instellingen dienen te werken aan interculturalisatie inzake personeelsbeleid, algemeen beleid, scholing en communicatie;
- Zorginstellingen dienen (in het kader van het kwaliteitsbeleid) de kwaliteit van de zorgverlening te meten onder zowel autochtone als allochtone ouderen. De resultaten daarvan dienen openbaar gemaakt te worden;
- Zorginstellingen dienen te werken aan interculturele rouwverwerking;
- Migrantenorganisaties en welzijnsinstellingen zouden in samenwerking met elkaar spreekuren voor oudere migranten moeten opzetten t.b.v. advisering inzake woning- en zorgvoorzieningen en bijvoorbeeld het persoonsgebonden budget (pgb);
- Welzijnsinstellingen zouden samen met zelforganisaties huisbezoeken aan allochtone ouderen moeten organiseren;
- Verzorgingshuizen dienen ruimten te bieden voor activiteiten voor oudere migranten in de buurt;
- Verzorgingshuizen, verpleeghuizen en financiers (ziektekostenverzekeraars) zouden desgewenst speciale afdelingen voor specifieke groepen allochtone ouderen moeten creëren;

- In de zorg en het welzijnswerk moet men meer aandacht besteden aan de problematiek van allochtone mantelzorgers.
- In het gemeentelijk overleg over de implementatie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) dienen instellingen en organisaties ook oog te hebben voor de positie van autochtone en allochtone ouderen.

GGZ-instellingen

- GGZ-instellingen zouden in de opleidingen meer aandacht moeten besteden aan de culturele aspecten van ziekteopvattingen en -belevingen onder allochtone ouderen;
- GGZ-instellingen dienen kwantitatief en kwalitatief epidemiologisch onderzoek te verrichten naar de prevalentie en mogelijkheden tot preventie van psychische en psycho-geriatrische problemen bij allochtone ouderen;
- GGZ-instellingen dienen te werken aan het interculturaliseren van bestaande testen en criteria voor het diagnostiseren van ziektebeelden als depressiviteit, psychose en dementie bij allochtone ouderen;
- GGZ-instellingen dienen in onderzoek en diagnostiek systematisch rekening te houden met de levensgeschiedenissen van betrokkenen. Met het oog op de beleving van psychische problemen is het relevant om na te gaan wat de sociaal-economische, culturele en religieuze achtergronden van cliënten zijn en welke invloed de migratiegeschiedenis heeft (May & Middelkoop 1999; Nijhuis 1999; Van der Zwaard e.a. 2000.)
- GGZ-instellingen dienen aansluiting te zoeken bij zelforganisaties en hun visie op de problematiek van allochtone ouderen. In dat kader is het denkbaar dat er in samenwerking met zulke organisaties voorlichting wordt gegeven over de mogelijkheden van de GGZ inzake de problematiek van ouderen. Ook kan men hierbij denken aan vormen van psycho-educatie.
- GGZ-instellingen moeten meer aandacht besteden aan de problematiek van allochtone mantelzorgers.

Belangenorganisaties

- Belangenorganisaties van allochtone ouderen moeten geen genoegen nemen met 'symbolische maatregelen' van instellingen inzake de aandacht voor allochtone ouderen. Zij moeten aandringen op reële verbeteringen van de situatie van allochtone ouderen;
- Belangenorganisaties moeten vooral oog krijgen voor het lokale niveau, omdat de gemeente een steeds belangrijkere rol gaat spelen. Dus landelijke belangenorganisaties moeten lokale afdelingen bijstaan.
- Belangenorganisaties moeten de nadruk leggen op de gemeenschappelijke belangen die allochtone en autochtone ouderen hebben;
- Belangenorganisaties moeten samenwerking zoeken met andere (autochtone) organisaties: ouderenbonden, huurdersorganisaties, patiëntenorganisaties en vakbonden.

Cor Hoffer (1955) is socioloog en cultureel antropoloog. Hij deed onderzoek naar de besnijdenis van islamitische jongens én naar joodse, christelijke, islamitische en humanistische opvattingen over orgaandonatie. In 2000 is hij aan de Universiteit Leiden gepromoveerd op een proefschrift over volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. In 2002 en 2003 heeft Cor voor de Bavo RNO Groep onderzoek gedaan naar BW Oase / El Waha, een cultuurspecifieke Beschermd Woonvorm voor Marokkaanse mannen in Rotterdam. Momenteel doet hij in dienst van de GGZ Groep Europoort onderzoek naar de manier waarop allochtone cliënten psychische klachten beleven. Tevens levert hij een bijdrage aan het interculturalisatiebeleid van genoemde instelling.

Voor vragen of opmerkingen is Cor te bereiken bij de GGZ Groep Europoort onder telefoonnummer 010-4960603, b.g.g. 010-4960899. E-mailen kan ook: c.hoffer@ggzgroepeupoort.nl

Noten

¹ De betreffende rapporten van het COS betreffen conceptversies, die nog formeel gepubliceerd moeten worden.

² Inmiddels zijn er interviews afgenomen met 18 allochtone ouderen (4 Surinaamse vrouwen, 2 Marokkaanse mannen, 2 Marokkaanse vrouwen, 4 Bosnische mannen, 1 Bosnische vrouw, 3 Chinese mannen, 1 Chinese vrouw, 1 Kaapverdische vrouw) én 7 mantelzorgers (2 Chinese vrouwen, 2 Marokkaanse vrouwen, 2 Turkse mannen en een 2 Turkse vrouwen).

Voorts wordt geput uit informatie die is verkregen tijdens bezoeken aan projecten voor en bijeenkomsten over allochtone ouderen. Enkele voorbeelden zijn: bezoeken aan speciale afdelingen in verzorgings- en verpleeghuizen voor respectievelijk moslim-, Chinese- en Surinaams-Hindoestaanse ouderen, een bezoek aan een ontmoetingscentrum voor Surinamers die lijden aan dementie en hun mantelzorgers, deelname aan studiebijeenkomsten over respectievelijk Chinese, Turkse, Marokkaanse, Afrosurinaamse, Surinaams-Hindoestaanse en Antilliaanse ouderen.

Genoemd onderzoek gaat overigens niet alleen over allochtone ouderen maar ook over jongeren en volwassenen.

De zogenoemde kwalitatieve opzet van dit onderzoek impliceert dat de gegevens niet generaliseerbaar zijn voor alle allochtone ouderen. Daarentegen, geven ze, in aanvulling op de statistische (kwantitatieve gegevens uit de literatuur die ik heb bestudeerd, een indruk van de aard en de diversiteit aan opvattingen die er bij betrokkenen leven.

³ *Winti* is een levensbeschouwing van Afro-Surinamers, die voortkomt uit tradities van de vroegere uit Afrika afkomstige slaven. Ook diverse Afro-Surinamers in Nederland hangen deze levensbeschouwing aan. Centraal daarin staat het geloof in vooroudergeesten en goden, die het leven op aarde beïnvloeden. Men veronderstelt dat men regelmatig rituelen moet verrichten om de relatie met het bovennatuurlijke te onderhouden. Verwaarloost men die rituelen dan ontstaat er disharmonie en volgen er problemen en soms zelfs ziekte. Voor de genezing van zulke ziekten maakt men gebruik van wintigenezers, die ook in Nederland actief zijn.

⁴ Verder kunnen onder meer genoemd worden: Italiaanse, Spaanse, Portugese, Griekse, ex-Joegoslavische en Kaapverdiaanse ouderen.

⁵ Hoewel dit ook voor diverse autochtone ouderen zal gelden leren diverse onderzoeken dat de onbekendheid met zowel psychiatrische ziektebeelden van ouderen alsook gezondheidsvoorzieningen onder allochtone ouderen relatief groot is.

⁶ Yilmaz (1998) noemt voor dementie het Turkse woord '*demans*'. Dit heeft echter ook een bredere betekenis: het staat voor zowel vergeetachtigheid als voor allerlei psychische problemen.

⁷ Gedeeltelijk gebaseerd op de publicatie '*Wij komen er aan... Wensen, behoeften én ambities van oudere migranten in Nederland*' van D. Kloosterboer (2004).

Literatuur

Abraham, E.

1996 *Oudere mensen zijn als bomen die schaduw geven. Oudere Marokkaanse vrouwen en mannen in de Nederlandse verzorgingsstaat.* Amsterdam: Het Spinhuis.

Baas, N.

2004a *Naar een cultuurspecifiek dementie-aanbod.* Tilburg: Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg (BOZ).

2004b '*De computer boven onthoudt niet meer.*' *Beleving van dementie onder vijf allochtone culturen in Brabant.* Tilburg: Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg (BOZ).

Bonenkamp, A. & N. Baas

2004 *Wat is anno 2003 bekend over dementie in vijf niet-Nederlandse culturen*. Tilburg: Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg (BOZ).

Booij, J.

2002 'Niets nieuws onder de zon? De zorg voor oudere migranten in een verpleeghuis. In: E. Van Meekeren, A. Limburg-Okken & R. May (red.), *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*, 29-37. Amsterdam: Boom.

Borra, R., R. van Dijk & H. Rohlof (red.)

2002 *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Buren, L.P. van

2002 *Visies van oudere migranten op de toekomst en de zorg. Onderzoek onder Surinaamse, Turkse en Marokkaanse ouderen in Rotterdam*. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken.

2005 'Mantelzorg in de Turkse cultuur.' In: *Nieuwsbrief* 5, mei 2005 van de Rotterdamse Initiatiefgroep Netwerk Geriatrie.

Coolen, K.

2001 'Cultuurverschillen in de thuiszorg. Omgaan met andere gewoonten en gebruiken.' *Verpleegkunde Nieuws* 15(1):32-35.

Gajadin, C.

1996 'Vatbaar voor depressie. Oudere Marokkaanse mannen gevangen in een vicieuze cirkel.' *Contrast*, 21 november 1996:8.

Havermans, J.

2003 'Allochtonen ouderen komen eraan.' *Contrast* 13/14, 24 april 2003:30-32.

Hoffer, C.B.M.

1999 *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen. (Proefschrift.)* Amsterdam: Thela Thesis.

2002a *Onderzoek naar hulpvragen van allochtonen en het hulpaanbod van de Riagg Rijnmond Zuid in de wijken Charlois en Feijenoord. Werkplan en eerste tussentijdse rapportage*. Rotterdam: GGZ Groep Europoort.

2002b *GGZ, religie en allochtone cliënten: islamitische visies als voorbeeld*. Amersfoort: GGZ Nederland.

2004 *Een andere invalshoek. Het intercultureel spreekuur bij de GGZ Groep Europoort*. Rotterdam: MIKADO.

Janson, H., G. Reijnen & N. Bolhuis

1998 *Oudere allochtonen met een dementie-syndroom. Factoren die aanmelding bij de RIAGG beïnvloeden*. Utrecht: Projectverslag in het kader van de Voortgezette Opleiding (Geestelijke) Gezondheidszorg.

Kloosterboer, D.

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

Langewen, H.M.

2002 'Het blijft in de familie.' *Een onderzoek naar het hulpzoekgedrag bij psychosociale problematiek van oudere Turkse vrouwen in Zwolle*. Rotterdam: Instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lenssen, P.

1998 *Waardig oud worden in Nederland. Allochtone ouderen in de samenleving*. Utrecht: NIZW.

2000a *Vice Versa. Een toegankelijk RIAGG voor Turkse ouderen; ervaringen met het pilotproject Vice Versa in Nijmegen*. Arnhem: Osmose.

2000b *Vice Versa. Een toegankelijk ziekenhuis voor Marokkaanse ouderen; ervaringen met het pilotproject Vice Versa in Arnhem*. Arnhem: Osmose.

Lettink, D. & D. Scholten

1999 *Ouderen in 1999 Amsterdam*. Amsterdam: Sector Ouderenbeleid, Dienst Welzijn Amsterdam.

Linders, D. & S.G. Rijpma

2005 *Ouderen in Rotterdam. Deel 1: Literatuur*. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS). (Conceptversie.)

Matthijssen, M. & S. Rijpma

2005 *Ouderen in Rotterdam. Deel 2: Rapportage over de uitkomsten van een telefonisch onderzoek onder 401 45-80 jarigen*. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS). (Conceptversie.)

May, R.F. & B.J.C. Middelkoop

1998 'Introductie: Elke ontmoeting met een cliënt is een ontdekkingsreis.' *Epidemiologisch Bulletin. Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag* 34(2/3):2-7.

Meeren, P. van der

1994 *Anderzijds Katern: Oud worden ver van huis*. *Anderzijds* 2(2). Gent: Provinciaal Centrum voor Culturele Vorming.

Meyboom, J.K. & W. van Eekelen

1999 'Yipratmak: uitputten, verslijten, kapot maken. Ouderdomsbeleving van oudere Turken in Nederland.' *Medische Antropologie* 11(2):377-393.

Nelissen, H.

1994 'Onbekend raakt bemind. Voorlichting aan oudere migranten.' *Tijdschrift voor de Sociale Sector* 48(11):16-20.

Ockeloën, G.

2002 *Management van culturele diversiteit. Een onderzoek naar de vraag hoe interculturalisatie binnen de GGZ Groep Europoort vorm gegeven kan worden*. Rotterdam: GGZ Groep Europoort.

Ong, R. & R.M. Dröes.

2000 *Ondersteuning voor Surinaamse mensen met dementie en hun verzorgers. Een oriënterende studie naar problemen bij de verzorging, gebruik van ondersteuning en gewenste steun.* Amsterdam: Vrije Universiteit, afdeling Psychiatrie/EMGO.

Osté, J.P. & R.M. Dröes

2004 *Implementatieonderzoek 'Surinaams Ontmoetingscentrum voor mensen met dementie en hun verzorgers'.* Amsterdam: VU Medisch Centrum.

Platform Allochtone Ouderen

2003 *Allochtone ouderen en GGZ. Verslag van de bijeenkomst op 5 juni 2003.* Rotterdam: Platform Allochtone Ouderen.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

2000 *Interculturalisatie van de gezondheidszorg.* Zoetermeer: RvZ.

Reijnen, J.M. & D. Linders

2005 *Ouderen in Rotterdam. Deel 3: 'Van toekomst niet verzekerd.' Verslag van drie groepsinterviews met ouderen.* Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS). (Conceptversie.)

Rooijen, van M.

1998 'Moslimouderen mijden verpleeg- en verzorgingshuizen ondanks groeiende behoefte aan zorg.' *Zorg & Welzijn* 4 september 1998:8-11.

Schellingerhout, R. (red.)

2004 *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Seeleman, C.

2002 *Zorgbehoeften van Chinese ouderen. 'Ouderen krijgen zorg van hun kinderen op hun oude dag.'* Rotterdam: GGD Rotterdam en Omstreken.

Steunpunt Minderheden Overijssel

2002 *Praten past niet. Een onderzoek naar de psychosociale problemen en hulpvragen van allochtone ouderen in Overijssel.* Almelo: Steunpunt Minderheden Overijssel

Talloon, D.

1998 'Voorlichtingsmethodiek Ouder worden in Vlaanderen – voorlichting aan Turkse ouderen.' *Anderzijds* 4 (2):8-14. Gent: Provinciaal Centrum voor Culturele Vorming.

1999a 'Turkse ouderen: zorgvraag en zorgaanbod.' *Anderzijds* 5(2):4-9. Gent: PCIV.

1999b 'Het allochtonen project "Ouder worden in Vlaanderen": naast een Turkse en Italiaanse, nu ook een Maghrebijnse versie.' *Anderzijds* 5(3):7-9. Gent: Provinciale Dienst Minderheden (vroeger PCIV).

Thomaes, K.

1994 *Turkse vrouwen aan het woord. Een onderzoek naar ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen bij Turkse vrouwen in Maastricht.* Maastricht: RIAGG.

Thomaes, K., A.J.A. Kaasenbrood & J.S.M. Krumeich

- 1995 'Turkse vrouwen en de kunst van het hulp zoeken.' *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 52(5):494-507.
- Timmerman, C.
1992 'De attitude van Turkse vrouwen tegenover de westerse gezondheidszorg.' *Medische Antropologie* 4(2):155-161.
- Van der Meeren, P.
1995 'Anderzijds Katern: Oud worden ver van huis.' *Anderzijds* 2(2). Gent: Provinciaal Centrum voor Culturele Vorming.
- Veen, R. van
2002 'Dementerend: cultuurgebonden.' *Trouw*, zaterdag 27 juli 2002.
- Veldhuis, J.
1994 'Behoeftte aan respect, contact en informatie. Het Nijmeegs project "De oudere migrant"?' *Tijdschrift voor de Sociale Sector* 48(11):21-23.
- Verrept, H. & L. Schillemans
1994 'Ziektegedrag van Marokkaanse migranten met vakantie in Marokko.' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 138(7):337-339.
- Vuik, D.
2004 'Antilliaanse ouderen krijgen eigen dagzorg.' *Maasstad*, woensdag 28 april 2004.
- Vries, de W. & C. Smits.
2003 *Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Een handreiking voor de praktijk.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wester, F.
1987 *Strategieën voor kwalitatief onderzoek.* Muiderberg: Coutinho.
- Yerden, I.
2000 *Zorgen over zorg. Traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland.* Amsterdam: Het Spinhuis.
- Yilmaz, B.
1996 *Dementie en psychische problematiek bij moslimouderen: achtergrond en initiatieven.* Rotterdam: NISBO.
- Zwaard, R. van der, R.A.M. Feijen & L.F.M. van der Post
1999 'Waarnemingsstoornissen bij een Turkse vrouw: hallucinaties of pseudohallucinaties?' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 144(16):729-732.

