

# Samen zorgen voor oudere migranten

## Transitie van familie­zorg naar gedeelde zorg

CHANDRA VERSTAPPEN & JENNIFER VAN DEN BROEKE

*Ouderen met een migratieachtergrond wonen langer thuis, ook als zij zorg nodig hebben. Dat is vaak het geval; hun gezondheid is doorgaans slechter dan die van andere ouderen. Al op hun 55ste behoren zij tot de categorie ‘ouderen’. Steeds vaker zoeken de kinderen van deze ouderen naar passende zorg voor hun ouders. Er is een transitie gaande van familie­zorg naar met professionals gedeelde zorg. Niet langer is het vanzelfsprekend dat één mantel­zorger, meestal een (schoon) dochter, alle zorg­taken draagt. Hoe kunnen zorg- en welzijns­professionals hierop inspelen?*

### Migrantenouderen en gezondheidsachterstanden

Ouderen met een migratieachtergrond zijn kwetsbaar: doorgaans hebben zij een lagere sociaaleconomische status, een slechtere gezondheid en lage gezondheidsvaardigheden.

Zij wonen vaker in achterstandswijken en hun financiële situatie is meestal slecht (on­volledige AOW). (Ernstige) eenzaamheid komt vaker voor onder migrantenouderen (Factsheet, G4 en Uysal, 2017). Zij hebben vaker en eerder chronische aandoeningen zoals diabetes en meer kans op dementie (Factsheet, Pharos).

Het zorgsysteem is complex en informatie over preventie, zorg en gezondheid is voor hen te ingewikkeld. Daardoor is het systeem moeilijk toegankelijk voor migrantenouderen. Zij hebben meestal zeer beperkte kennis over preventie, ondersteuning en zorg, weten de weg niet te vinden en kennen de Nederlandse (ouderen)zorg niet. Migrantenouderen zijn daar-

door niet zelfredzaam. Zorgprofessionals hebben extra tijd nodig om te zorgen dat mensen in achterstandswijken, waar de meerderheid van de migrantenouderen woont, dezelfde kans op gezondheid en effectieve zorg hebben als andere ouderen (Van den Broeke, 2017).

Met name het aantal Turkse en Marokkaanse migrantenouderen groeit de komende jaren snel.

### Verwachtingen ouderen, mantel­zorgers en professionals

Migrantenouderen hebben lang gedacht op hun oude dag naar hun thuisland terug te keren. Dat gebeurt vaak niet: de kinderen zijn hier geworteld, er zijn kleinkinderen. En ‘thuis’ is het ook anders dan vroeger: ze wonen al lange tijd in Nederland.

Migrantenouderen doen relatief weinig beroep op professionele thuiszorg en ondersteuning en maken pas in een laat stadium gebruik van intramurale zorg. Dat komt onder

andere doordat zij de voorkeur geven aan familie­zorg. Het is heel gebruikelijk dat (een van) de kinderen de zorg voor de ouders op zich neemt. Die verwachting bestaat over en weer. Wel is er momenteel sprake van een transitie­fase: de kinderen wonen vaker verder van hun ouders, hebben zelf een baan en een gezin. Het is steeds moeilijker om de zorg voor de ouders te combineren met het eigen leven. Ouders hebben steeds meer en complexere zorg nodig. Dat zien de ouders zelf ook. Zij zouden best professionele ondersteuning willen, maar wachten vaak af tot de huisarts of hun kinde­ren erover beginnen. Verwachtingen en oorde­len van de omgeving wegen echter zwaar: openlijk spreken over gedeelde zorg tussen fa­milie en professionals komt nog weinig voor (Van Wieringen, 2014). Huisartsen zien vaak

mensen als mevrouw Yildirim in hun praktijk. Er gaan dingen goed, maar veel kan beter.

### Zorg die aansluit op het leven van oudere migranten

Het huidige zorg- en ondersteuningsaanbod sluit niet goed aan bij de behoeften van mi­grantenouders en hun mantelzorgers. De roep om bij hen passende zorg wordt steeds sterker.

Zorgorganisaties die zich richten op speci­fieke migrantenouders (met bijvoorbeeld een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Chinese of Molukse achtergrond) komen tegemoet aan de vraag en bieden zorg die aansluit bij specifieke culturele (en soms ook religieuze) wensen.

Het snelgroeiende aantal zorgbehoefte­ migrantenouders en het personeelstekort in

#### Het verhaal van mevrouw Yildirim

Mevrouw Yildirim is weduwe. Ze emigreerde met haar oudste twee dochters naar Nederland in het kader van gezinshereniging nadat haar man in de jaren '60 in Nederland kwam werken. Later kregen zij nog een zoon. Inmiddels is ze oma en woont ze in een klein appartement in dezelfde stad als haar zoon.

Ze is nu voor de derde keer in korte tijd bij de huisarts. Dit keer is haar zoon mee. Ze probeert de huisarts duidelijk te maken dat het niet goed met haar gaat. De huisarts ziet een ver­drietige vrouw voor zich, met overgewicht, dia­betes. Beweging zou haar goed kunnen doen. Maar mevrouw Yildirim schudt hevig haar hoofd. De zoon legt uit dat hij veel voor haar zorgt, maar dat het de laatste tijd anders lijkt. Ze kan niet goed traplopen. Ze eet ineens zo veel. Toch wijst bloedonderzoek niets zorgwek­kends uit. "Ze denkt steeds dat mijn vader er nog is," zegt de zoon. Zou het dementie kun­nen zijn, vraagt de huisarts zich af.

Op de afdeling geriatrie is een Cross Culturele Dementiescreening (CCD) afgenomen in combi­natie met de reguliere onderzoeken. Mevrouw Yildirim heeft inderdaad dementie. Eigenlijk had mevrouw Yildirim een casemanager moeten krijgen, maar dat lukte niet omdat er geen case-

manager beschikbaar is die ervaring heeft met mensen met een migratieachtergrond.

Een tijd later heeft de zoon thuiszorg geregeld. Hoewel zijn zussen in de weekenden komen helpen, wordt het zorgen voor zijn moeder hem te veel. Er zijn aardige thuiszorgmedewe­rkers. Soms gaat het niet goed. Er is zijn mede­werkers die hun schoenen niet uit willen doen. Ook de plastic slofjes weigeren ze over hun schoenen te trekken. De maaltijden zijn niet halal. De zoon kookt zelf voor haar en zet het eten in de koelkast, maar vaak gaat het mis en staat de maaltijd de volgende dag nog op dezelfde plek. Maar de grote zorgen van de zoon gaan over hoe het verder moet gaan. Zijn moeder kan eigenlijk niet meer alleen zijn. Dat is gevaarlijk. Maar zijn zussen zijn tegen opna­me in een verzorgingshuis. En zelfs als hij ze kan overtuigen, dan nog is het de vraag waar ze naar toe kan. Hij heeft twee verzorgingshuizen bezocht, maar daar zeiden ze dat ze geen erva­ring hebben met mensen die de Nederlandse taal niet goed spreken. Eigenlijk wilden ze haar niet hebben.

*\* Dit is een fictieve casus gebaseerd op ervaringen van diverse mantelzorgers en artsen.*

de zorg maakt een toekomstbestendige aanpak nodig. Het is onmogelijk om alle verschillende migrantengroepen een 'eigen' voorziening met 'eigen' personeel te bieden. Alle aanbieders die ouderen zorg en ondersteuning bieden zouden cultuursensitief moeten zijn en aan iedereen goede, persoonsgerichte zorg bieden. Wat is daarvoor nodig?

### Competenties professionals

Interesse in hun cliënt en openheid zijn kerncompetenties van professionals. Iedereen heeft cultureel bepaalde normen en waarden en iedereen doet aannames. Het is belangrijk dat professionals zich daarvan bewust zijn en dat zij die aannames steeds verifiëren door er zonder oordeel over in gesprek te gaan met hun cliënt. Niet alle issues in de zorg voor oudere migranten zijn verbonden aan cultuur of religie. Het gesprek 'kost tijd'. De investering loont: het draagt bij aan vertrouwen en kennis over de cliënt. Dat maakt zorgen voor de cliënt en samenwerken met de mantelzorgers gemakkelijker. Medewerkers hoeven daarvoor niet dezelfde achtergrond te hebben als hun cliënten.

Kennis over communicatie met mensen met lage gezondheidsvaardigheden verbetert de zorgverlening ook. Cliënten die geen of nauwelijks onderwijs hebben gevolgd hebben aangepaste uitleg nodig over bijvoorbeeld medicijngebruik. Professionals kunnen dit leren.

In opleidingen komt langzaam meer aandacht voor competenties om zorg te kunnen bieden aan mensen die moeite hebben met lezen en schrijven of die verschillende culturele achtergronden hebben. Er zijn trainingen en nascholingen beschikbaar. Professionals kunnen ook van elkaar leren. Daarnaast zijn er voor professionals instrumenten die goed aansluiten bij migrantenouderen en hun mantelzorgers. De gesprekslijsten 'Zorgen doe je Samen' en 'Zorg in eigen hand' (Pharos) helpen bij het gesprek met cliënt en mantelzorgers. De CCD (Goudsmit e a, 2016) en de RUDAS (Goudsmit, 2017) helpen om dementie te diagnosticeren, en Pharos ontwikkelde een gesprekslijst om te achterhalen of mantelzorgers overbelast zijn.

### Beleid organisaties

Het aanbod van zorg en ondersteuning moet beter bij migrantenouderen aansluiten. Daarvoor moet cultuursensitief werken verankerd zijn in visie en beleid van organisaties. In zorgverlening en personeelsbeleid, maar ook in faciliterend beleid en (na)scholing. In gesprek met migrantenouderen (en mantelzorgers) kunnen organisaties ontdekken welk passend aanbod zij kunnen bieden en hoe dat zou moeten. Migrantenouderen en mantelzorgers leren de ouderenzorg kennen en vertrouwen. Migrantenouderen zullen de weg naar zorg sneller vinden en er makkelijker gebruik van maken.

Inzicht in gebruiken en de betekenis van religie en cultuur voor cliënten is belangrijk. Organisaties moeten hun medewerkers in staat stellen om dat op te bouwen. Intercollegiale intervisie en uitwisseling met andere organisaties (Lijst woongroepen, KIS) helpt om vraagstukken te bespreken en te blijven leren. Lokale uitwisseling tussen organisaties maakt warme overdrachten en eventueel een gezamenlijk aanbod mogelijk. Denk bijvoorbeeld aan voorlichting door een praktijkondersteuner bij een welzijnsorganisatie of migranten-(zelf)organisatie.

### Samenwerking zorg, welzijn en gemeente

Ouderen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond hebben vaak weinig scholing gehad en hebben een taalachterstand. Zij missen kennis over een gezonde leefstijl en ziekten. Veel migranten weten bijvoorbeeld niets over dementie. Er is sprake van sterke onderdiagnostiek (Uysal, 2017). Over kanker bestaan veel taboes en misverstanden: bijvoorbeeld dat kanker je eigen schuld is of dat kanker besmettelijk is. Migranten(ouderen) gaan vaak later naar de dokter; daardoor wordt de diagnose regelmatig (te) laat gesteld. Zij hebben, naast passende zorg, ook voorlichting over bewegen, voeding en ondersteuningsmogelijkheden nodig.

Er is extra inzet nodig om de zorg en ondersteuning te kunnen bieden die nodig is. Samenwerking tussen zorg, welzijn en de gemeente helpt bij het bereiken van deze oude-

ren. Migrantenouderen kunnen via het sociaal wijkteam of welzijnsorganisaties ‘eerder in beeld komen’. Dat kan de stap naar zorg later vergemakkelijken. Samenwerking is een middel om elkaar en elkaars aanbod beter te leren kennen, nieuw aanbod te ontwikkelen en van elkaar te leren (Van den Broeke, 2017). En dat helpt de cliënt: een warme overdracht naar een collega die cultuursensitief aanbod heeft ontwikkeld werkt beter voor ouderen met een migratieachtergrond dan alleen “Ga eens kijken bij de dagbesteding”. Hoewel de behoefte aan dagbesteding wel degelijk groot is, zetten zij de stap dan niet.

Voor de toegankelijkheid is het essentieel om rekening te houden met laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden van de migranten. Hiervan profiteren alle mensen: iedereen is gebaat bij eenvoudige en begrijpelijke informatie, ook hoogopgeleiden. Voor migrantenouderen kan informatie in eigen taal helpen. Omdat oudere migranten ook in eigen taal vaak moeite hebben met lezen en schrijven is de vorm van informatie verstrekken belangrijker: een voorlichtingsbijeenkomst in eigen taal werkt vaak beter dan een brochure of flyer.

Er zijn veel goede ervaringen met het opleiden van migrantenvrijwilligers die voorlichting geven bij migranten(zelf)organisaties, bijvoorbeeld het Pharos project ‘Meer dan 100 soorten kanker’ en met de methode ‘Vaardig in zelfzorg’ (Alzheimer Nederland en NOOM). Verschillende gemeenten (onder andere Amsterdam, Den Helder en Hoorn) organiseerden samen met lokale organisaties en Pharos symposia over dementie bij mensen met een migratieachtergrond, waar deelnemende professionals onder meer leren over het belang van voorlichting geven. De checklist ‘Hoe inwoners met een lage SES en/of migrantenachtergrond bereiken en betrekken?’ en de brochure ‘Inwoners in de hoofdrol’ bieden praktische handvatten.

### **Naar toekomstbestendige cultuursensitieve zorg**

De komende jaren staan in het teken van kleurrijke vergrijzing. Er is een transitie gaande

van familiezorg naar zorg gedeeld met professionals. De behoefte van oudere migranten aan professionele dagbesteding, thuis- en verpleeghuiszorg wordt steeds groter. Het huidige aanbod sluit vaak niet aan bij hun wensen en behoeften. Er zijn aanbieders die zich succesvol op bepaalde groepen ouderen richten. Om aan de groeiende vraag naar zorg ‘dichtbij’ te voldoen is meer nodig. Vanwege de grote diversiteit aan achtergronden en het snelgroeiende aantal migrantenouderen dat zorg en ondersteuning nodig heeft is het nodig dat organisaties cultuursensitief zijn en professionals iedere individuele oudere passende zorg en/of ondersteuning kunnen bieden. Met de juiste competenties, kennis en vaardigheden kunnen zij hun vak (ook voor oudere migranten) beter uitoefenen. Cultuursensitief werken moet daarom als doorlopende leerlijn in de curricula opgenomen worden (toekomstbestendig opleiden).

Samenwerking in de wijk zorgt ervoor dat ook minder zelfredzame mensen (met lage gezondheidsvaardigheden en/of taalachterstand) dat extra steuntje krijgen zodat zij tijdig passende zorg krijgen.

### **Over de auteurs**

*Chandra Verstappen* en *Jennifer van den Broeke* zijn, respectievelijk, programmamanager en senior projectleider & adviseur van het programma Ouderen & gezondheid bij Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen. Pharos richt zich op het verkleinen van gezondheidsverschillen in Nederland. Laagopgeleiden leven gemiddeld 7 jaar korter en 19 jaar korter in goed ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden. 29% van de volwassenen heeft beperkte gezondheidsvaardigheden (moeite met vinden, begrijpen en toepassen van informatie over zorg en gezondheid). Pharos werkt aan kwaliteit en toegankelijkheid van preventie en zorg voor iedereen: ook voor laagopgeleiden en migranten.

*Een uitgebreide literatuur- en bronnenlijst is op te vragen bij de auteurs: c.verstappen@pharos.nl of j.broeke@pharos.nl*