

NOOM

Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten

MAAK KENNIS MET DE LEEFWERELD VAN OUDERE MIGRANTEN



LEIDRAAD CULTUURSPECIFIEKE ZORG

"Vanuit cultuursensitief handelen
naar cultuurspecifieke elementen
in zorg en welzijn"

MAAK KENNIS MET DE LEEFWERELD VAN OUDERE MIGRANTEN
LEIDRAAD CULTUURSPECIFIEKE ZORG

Colofon:

Uitgave:

NOOM, Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten

Vormgeving:

Nus Tahitu

Omslag ontwerp, afbeeldingen en gesprekskaarten

Anne van Werven

Eindredactie:

Grace Tanamal en Jeanny Vreeswijk-Manusiwa

© NOOM, augustus 2022

Alle rechten voorbehouden. Kopiëren of publiceren van teksten en foto's zonder toestemming is verboden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

INHOUD

LEESWIJZER LEIDRAAD CULTUURSPECIFIEKE ZORG	5
VAN THUIS NAAR VERPLEEGHUIS	7
DE EERSTE WEKEN IN HET VERPLEEGHUIS	9
IN GESPREK MET DE FAMILIE	13
- Het belang van goed contact met de familie	13
- Familiestructuren en het begrip familie	13
- Aanbevelingen	14
- Algemeen	15
- Wanneer de hulp niet wordt geaccepteerd	15
- Wanneer hulp geaccepteerd is	15
- Enkele bronnen voor meer informatie over familiegesprek	16
BELEVING VAN ZIEKTE EN GEZONDHEID	17
GEBRUIKEN BIJ DAGELIJKSE HANDELINGEN IN DE ZORG	19
ALGEMENE AANDACHTSPUNTEN	19
- Wassen	19
- Aankleden	20
- Eten of maaltijdbezorging	20
- Religie	21
- Mogelijke gespreksonderwerpen	21
- Bronnen	22
WAT ER VOLGENS DE OUDEREN IN DE LEIDRAAD MOET WORDEN OPGENOMEN	23
- Direct contact in groepsgesprekken	23
- Online, telefonisch en op huisbezoek	23
- Via stakeholders en sleutelfiguren	23
SUGGESTIES VOOR STRUCTURELE AANDACHT VOOR CULTUUR- SPECIFIEKE ZORG	24
- De eerste stappen naar structureel aanbod van cultuurspecifieke zorg	24
- Vervolg inbedding cultuurspecifieke zorg	24
OVERZICHT VAN INFORMATIE EN MATERIAAL OVER CULTUUR- SENSITIEVE EN CULTUURSPECIFIEKE ZORG	25

CLIËNTPROFIEL OUDERE MET MIGRATIEACHTERGROND AANVULLING OP BESTAANDE CLIËNTPROFIELEN	26
GESPREKSKAARTEN	28
LITERATUURINVENTARISATIE LEIDRAAD CULTUURSPECIFIEKE ZORG	32
- Aanleiding	32
- Vraagstelling	32
- De gebrekkige afstemming tussen zorgbehoefte en zorgaanbod	35
- Cultuurspecifieke interventies in de ouderenzorg	37
- Ter afsluiting	40
- Referenties	42
GESPREKSPARTNERS BORGING EN IMPLEMENTATIE LEIDRAAD CULTUURSPECIFIEKE ZORG	50
MET DANK AAN	50

LEESWIJZER LEIDRAAD CULTUURSPECIFIEKE ZORG



Met veel plezier en zeer bevlogen hebben we de afgelopen 3,5 jaar gewerkt aan de Leidraad Cultuurspecifieke Zorg. Deze leidraad is een samenstelling van verschillende onderdelen die we hierna benoemen. We benadrukken dat de onderdelen tot stand zijn gekomen aan de hand van vele gesprekken die we met ouderen met een migratieachtergrond en de mensen die belangrijk voor hen zijn, hebben gevoerd.

Met deze leidraad verwachten we de bestaande initiatieven te versterken en nieuwe plannen uit te werken tot instrumenten en interventies die bijdragen aan het verkleinen van verschillende achterstanden, zoals in gezondheid en beleving van gezondheid, zowel fysiek als psychisch.

Voor NOOM blijft het een uitdaging om te zoeken naar raakvlakken die mensen gemeen hebben en dus voor een ieder herkenbaar zijn. De behoefte aan erkenning en acceptatie van verschillen blijft echter ook belangrijk.

De volgende onderdelen maken deel uit van de Leidraad Cultuur Specifieke Zorg:

Suggesties over communicatie en bejegening, aanvullingen die bijdragen aan passende zorg en scholing om nieuwe kennis eigen en toepasbaar te maken.

Het laatste onderdeel wordt gevormd door het naslagwerk. Dit kan gebruikt worden om met elkaar in gesprek te gaan en kan waar nodig worden aangevuld.

Tevens treft u een overzicht aan met links naar voorzieningen en informatie op het gebied van cultuursensitieve en cultuurspecifieke zorg.

1. Communicatie en bejegening

- te doen en niet te doen lijsten met tips voor gesprekken met ouderen met een migratieachtergrond en hun familie;
- gesprekskaarten over: het gesprek met de zorgprofessional, het gesprek met de familie onderling, een rondleiding in het verpleeghuis en de eerste weken in het verpleeghuis;
- aanvullende informatie over in gesprek gaan met familie;
- voorbeelden van in gesprek gaan met ouderen met een migratieachtergrond.

2. Praktische aanvullingen voor cultuurspecifieke zorg

- ADL suggesties om aan te vullen in het zorgplan;
- model van een cliëntprofiel om te gebruiken bij een intake en verdere invulling van het zorgplan;
- beleving van ziek en gezond zijn in andere culturen.

3. Scholing en voorlichting

- e-learning modules 'Van thuis naar het verpleeghuis' en 'De eerste weken in het verpleeghuis';
- beschrijving van vervolgmodes;
- film en podcast om cultuurspecifieke zorg te bespreken met zorgmedewerkers;

- drie korte filmpjes om ouderen met een migratieachtergrond kennis te laten maken met een verpleeghuis, voorafgaand aan een rondleiding.

4. Naslagwerk

- literatuurlijst met betrekking tot ouderen met een migratieachtergrond in relatie tot zorg en welzijn;
- overzicht van bestaand materiaal met betrekking tot cultuurspecifieke zorg;
- overzicht van instellingen met cultuurspecifieke zorg, woon en welzijnsaanbod;
- gesprekken met ouderen met een migratieachtergrond en zorgprofessionals in Amersfoort;
- suggesties voor structurele aandacht voor cultuurspecifieke zorg.

Voor wat het naslagwerk betreft nodigen we de lezer uit om eventueel aan te vullen wat ontbreekt in de verschillende overzichten.

NOOM heeft het naslagwerk in de leidraad opgenomen als aanzet om te komen tot een verzameling of vindplaats van de vele mooie initiatieven die er zijn in het belang van welzijn van ouderen met een migratieachtergrond.

De suggesties voor een structurele inzet van cultuurspecifieke zorg zullen verder uitgewerkt worden. Om dit te realiseren wordt een koplopergroep van zorginstellingen gevormd.

De onderdelen over dementie en palliatieve zorg, met daarbij de aandacht voor levensvragen, worden in een vervolgtraject verder ontwikkeld.

Er is nog veel werk te doen. In samenwerking met onze huidige en wellicht toekomstige partners gaan we de volgende stappen zetten om cultuursensitief handelen met steeds meer kennis over cultuurspecifieke accenten vanzelfsprekend te maken.

Namens NOOM, de projectleiders

Grace Tanamal en Jeanny Vreeswijk-Manusiwa

VAN THUIS NAAR VERPLEEGHUIS

GESPREKSFASE	DOEN	NIET DOEN
1. Contact maken	Maak laagdrempelig contact - Schep een situatie van vertrouwen - Accepteer de inrichting van de ruimte - Houd rekening met de taalpositie - Pas je taalgebruik aan Heb kennis van waarden en normen die horen bij de betreffende cultuur - Begroeting - Oogcontact - Stemvolume Zie een uniek persoon met eigen gedrag en wensen - Sta open voor de ander - Zie gedrag als eigen voor iemand - Kijk naar de overeenkomsten - Kijk naar iemands persoonlijke invulling. Geef erkenning - Accepteer een langere aanloop om tot een gesprek en de kern te komen Pas alternatieve interpretaties van gedrag toe - Stel open vragen ter controle - Vraag of je het goed hebt begrepen - Benoem wat je ziet gebeuren - Ga in op emoties en geef ruimte - Vraag wat iemand moeilijk vindt - Toon empathisch gedrag - Stel een familiegesprek voor - Ondersteun de familie	Gehaast zijn en meteen de regie pakken - Direct op de inhoud ingaan - Negatief waardeoordeel over de kwaliteit van de ruimte geven - Uitgaan van goede taalbeheersing en- of taalbegrip Uitgaan van eigen gewoonten, normen en waarden. - Impliciet taalgebruik - grapjes - Ongepaste non-verbale uitingen - Ongevraagd aanraken De ander zien als vertegenwoordiger van de eigen etnische groep. - In termen van wij en zij spreken - Gedrag verklaren vanuit cultuur - Alleen naar verschillen kijken - Conflicterende waarden afdoen als onjuist zonder verder te kijken - Verwachten dat de ander direct tot de kern komt Gedrag interpreteren op basis van je eigen cultuur, geloof en waarneming - Over boosheid heen praten - Emotionele of ideologische discussie aangaan - Overtuigen bij weerstand
2. De ander betrekken en reactie opvangen	Heb aandacht voor ieders spreek- en luistergedrag - Beoordeel sociale vaardigheden en gedrag vanuit cultuurgevoeligheid, positie en interactie tussen familieleden - Beschrijf wat je ziet - Bejegen ieder met respect - Stel interactie met de ander voorop - Focus op de relatie en de probleemoplossing - Herhaal indien de kracht van herhaling noodzakelijk is - Vraag of je het goed begrepen hebt en reflecteer dan - Geef de ander ruimte - Toon begrip - Herken gevoelens en maak ze bespreekbaar - Vat het besprokene samen	Oordelen over iemands communicatieve vaardigheden - Beoordelen van sociale vaardigheden op basis van je eigen culturele achtergrond - De ander betuttelen - Jezelf als voorbeeld nemen - Met een tegenaanval reageren op de reactie van de ander (contra-agressie) - De boodschap onnodig blijven herhalen - Incorrect reflecteren op gevoel

GESPREKSFASE	DOEN	NIET DOEN
3. De ander helpen begrijpen	Geef objectieve informatie over het leven in een verpleeghuis Maak angst en onbekendheid bespreekbaar bij de familie en de cliënt - Geef toelichting op cultuurspecifieke zorg - Bespreek de soort zorg die iemand krijgt in het verpleeghuis - Vraag naar de participatiewensen van de familie - Bespreek de religieuze aspecten - Inventariseer voedingswensen en/of dieet Heb kennis van sociaal gewenst gedrag binnen de betreffende cultuur - Heb kennis van taboes - Communiceer duidelijk en eerlijk - Houd rekening met cultuurbeladen woorden. (individueel, keuzevrijheid) - Beschrijf het gedrag en verplaats je in de ander - Wees open-minded en verplaats je in de andere cultuur Communiceer helder en duidelijk - Gebruik dezelfde woorden als de cliënt voor zijn of haar klachten - Gebruik eenvoudige taal - Gebruik een tolk indien nodig - Maak adviezen en informatie concreet; sluit aan bij de context van de patiënt - Doseer de informatie - Geef schriftelijk en fotografisch materiaal mee	Ervan uitgaan dat er voldoende kennis is over de intramurale zorg - Gevoelens bagatelliseren - De ander betuttelen - Voorbijgaan aan wensen en vragen - Later pas op iets willen terugkomen - Het mooier maken dat het is Geen oog hebben voor cultureel bepaald sociaal gewenst gedrag - Verwachtingen wekken - Eigen normen en waarden benoemen als leidend - Onbegrepen gedrag afdoen als onjuist of betekenisloos - Eigen cultuur als uitgangspunt nemen bij interpretatie van gedrag Miscommunicatie laten ontstaan - Vakjargon gebruiken - Beeldspraak gebruiken - Teveel op details ingaan - Abstracte taal gebruiken - In algemeenheden spreken
4. Toewerken naar een vervolg Samen verkennen of en wat voor eerste vervolgstap de ander nu kan zetten	Familie en cliënt staan open voor een eventuele opname - Maak een afspraak voor een kennismaking en een rondleiding - Betrek hier eventueel een geestelijk leider of vertrouwenspersoons bij - Verstrek alle gevraagde informatie - Bied ondersteuning - Geef mensen rustig de tijd alles te verwerken	Familie en cliënt dwingend tegemoet treden om tot opname over te gaan - Overtuigen van eigen gelijk - Ongevraagd advies geven - Weten wat goed is voor de ander - Tijdslimiet stellen

DE EERSTE WEKEN IN HET VERPLEEGHUIS

GESPREKSFASE	DOEN	NIET DOEN
1. Contact maken	Maak laagdrempelig contact - Schep een situatie van vertrouwen - Besteed aandacht aan een herkenbare gespreksruimte met voldoende zitplaatsen - Houd rekening met de taalpositie - Pas je taalgebruik aan Heb kennis van waarden en normen die horen bij de betreffende cultuur - Heb kennis van de migratieachtergrond van de bewoner - Vertel wat cultuurspecifieke zorg betekent voor deze bewoner behorend bij de diverse domeinen in het zorgplan - Begroeting - Oogcontact - Stemvolume Zie een uniek persoon met eigen gedrag en wensen die in dit huis komt wonen - Sta open voor de ander - Zie gedrag als eigen voor iemand - Kijk naar de overeenkomsten ook ten aanzien van de medebewoners - Kijk naar iemands persoonlijke invulling. Geef erkenning en doe recht aan de verschillende bewoners en hun etnische en culturele achtergrond - Accepteer een langere aanloop om tot een gesprek en de kern te komen	Gehaast zijn en direct de regie pakken - Direct op de inhoud ingaan - Ervan uitgaan dat de familie zich wel herkent en op hun gemak zal voelen in deze ingerichte ruimte - Uitgaan van goede taalbeheersing en- of taalbegrip Uitgaan van eigen gewoonten, normen en waarden - Ervan uitgaan dat elke oudere met een migratieachtergrond hetzelfde nodig heeft - Ervan uitgaan dat goede zorg verlenen voor iedereen hetzelfde betekent - Impliciete taal gebruiken en-of grapjes maken - Ongepaste non-verbale uitingen doen - Ongevraagd aanraken De ander zien als vertegenwoordiger van de etnische groep waar hij of zij toe behoort - In termen van wij en zij spreken - Gedrag verklaren vanuit cultuur - Alleen naar verschillen kijken met de medebewoners en ook jezelf - Conflicterende waarden afdoen als onjuist of vergelijkingen trekken tussen verschillende bewoners en hun etnische en culturele afkomst - Verwachten dat de ander direct tot de kern komt
2. De ander betrekken en reactie opvangen	Heb aandacht voor ieders spreek- en luistergedrag - Beoordeel sociale vaardigheden en gedrag vanuit cultuurgevoeligheid, positie en interactie tussen de familieleden - Bejegen ieder met respect - Stel interactie met de ander voorop - Focus op de relatie en daarna pas op de probleemoplossing - Herhaal indien de kracht van herhaling noodzakelijk is - Vraag of je het goed begrepen hebt en reflecteer dan	Oordelen over iemands communicatieve vaardigheden - Beoordelen van sociale vaardigheden op basis van eigen cultuur of die van de medebewoners - De ander betuttelen - Jezelf als voorbeeld nemen - Met een tegenaanval reageren op de reactie van de ander of de familie (contra-agressie) - De boodschap onnodig herhalen

GESPREKSFASE	DOEN	NIET DOEN
	- Geef de ander ruimte - Toon begrip - Herken gevoelens en maak ze bespreekbaar - Vat het besprokene samen	
3. Uitleggen, de ander helpen begrijpen	Neem rustig de tijd. Ouderen hebben vaak meer tijd nodig en vertellen in verhalen en herinneringen - Geef objectieve informatie over het huis en de afdeling en de dagelijkse gang van zaken. Benoem huisregels - Vertel over de andere bewoners en hun achtergrond - Vraag wie het woord voert en wie contactpersoon is en voor welk onderwerp - Maak oogcontact met de bewoner en met de familie en benoem wat je ziet. Vraag om uitleg - Vraag waar de familie graag bij zou willen helpen m.b.t. de zorg en andere activiteiten zoals bijvoorbeeld wandelen of spelletjes doen - Vertel waar hulp in elk geval gewenst is en bespreek hun mogelijkheden - Stel open vragen en geef mensen de ruimte en de tijd om te reageren en vraag om verduidelijking - Spreek helder en gebruik dezelfde woorden die de bewoners en familie gebruiken Heb kennis van cultureel belangrijke gebeurtenissen en activiteiten op diverse domeinen Denk in mogelijkheden en oplossingen - Laat mensen vertellen over de volgende onderwerpen en stel eventueel aanvullende vragen: - Voeding en eetgewoonten - Kledingvoorschriften - Rituele wassingen - Theeceremonie - Gebruik gebeds- en- of stilteruimte - Geestelijke verzorging - Rituelen - Bidden - Viering religieuze feesten - Hobby's - Lichamelijke activiteiten - Muziek - Aanwezigheid en bezoek van familie	Als een soort interview de vragen langsgaan zonder contact te maken - Een tijdslimiet aan het gesprek stellen of regelmatig naar de klok kijken en onrustig worden - Ervan uitgaan dat de aanwezigen wel weten hoe het in het huis toegaat en wie de medebewoners zijn - Er vanuit gaan dat er slechts één contactpersoon is - Ervan uitgaan dat een bepaald familielid de woordvoerder is - Negeren van non-verbale signalen van de nieuwe bewoner of familie en de interactie tussen hen - Zonder ernaar te vragen verwachtingen hebben van de participatie van familie - Slechts een persoon aankijken in plaats van alle familieleden te betrekken - Te snel aannemen dat de bewoner of familie wel begrijpt wat je bedoelt - Gebruik van vakjargon en of medische termen Ervan uitgaan dat iedereen zich houdt aan de leef- en geloofsregels binnen eigen cultuur of religie - Ervan uitgaan dat iets niet kan. Want zo doen we dat hier niet - Het hebben van een waardeoordeel over de wijze waarop iemand cultuur of religie vormgeeft - Eigen normen en waarden benoemen als zijnde leidend - Familie en bewoner dwingend tegemoet treden - Ongevraagd advies geven - Weten wat goed is voor de ander - Onbegrepen of onbekend gedrag afdoen als onjuist of betekenisloos - Verwachtingen wekken die niet waargemaakt kunnen worden

GESPREKSFASE	DOEN	NIET DOEN
	- Contacten met anderen buiten het verpleeghuis - Hun positie binnen de familie en welke rollen heeft hij of zij - Rusttijden - Dagindeling - Vertel welke ondersteuning de bewoner bij bovenstaande onderwerpen kan verwachten van de zorgmedewerkers Pas alternatieve interpretaties van gedrag toe - Ga in op emoties en geef ruimte - Vraag wat iemand moeilijk vindt en benoem wat je ziet gebeuren - Stel open vragen ter controle - Vraag of je het goed hebt begrepen - Toon empatisch gedrag - Ondersteun de familie en bewoner	Gedrag interpreteren op basis van je eigen culturele achtergrond, geloof en waarneming - Over boosheid heen praten - Emotionele of ideologische discussie aangaan - Overtuigen bij weerstand, bijvoorbeeld over huisregels
4. Met behulp van client-profiel verkennen welke prioriteiten er zijn.	Ga na bij de bewoner wat nodig is om zich hier thuis te voelen. Laat mensen vertellen over de volgende onderwerpen en stel eventueel aanvullende vragen: - Is de woonkamer zoals bewoners en familie zich hadden voorgesteld? - Is er voldoende ruimte voor de eigen spullen? - Hangen schilderijen en andere afbeeldingen op de juiste plek aan de muur? - Kunt u hier leven zoals u gewend bent? - Wat is er nog nodig om het een thuisgevoel te geven? - Kunt u culturele en religieuze activiteiten in uw eigen woonruimte voldoende uitoefenen? - Is er iets extra's nodig? - Voldoet de ruimte binnen of in de tuin wanneer u hobby of sport wilt beoefenen? Algemene ruimtes en voorzieningen Laat mensen vertellen over de volgende onderwerpen en stel eventueel aanvullende vragen: - De entree - De huiskamer die men deelt met anderen - Stoort u zich ergens aan mbt inrichting of sfeer? - Restaurantvoorziening :sfeer, uw plaats aan tafel met andere bewoners	Ervan uitgaan dat iedereen zich thuis voelt. - Familie niet betrekken en niet om hun mening vragen - Mening dwingende familieleden leidend laten zijn - Non-verbale reacties en interacties tussen familie negeren Geen verschil maken met/ tussen inrichting publieke ruimte en persoonlijke ruimte - Tonen van afbeeldingen die als ongepast worden ervaren of uitingen van politieke voorkeur - Afbeeldingen van blote huid of lichaamsdelen - Religieuze afbeeldingen

GESPREKSFASE	DOEN	NIET DOEN
	- Gebedsruimte of stilteruimte - Zou u iets willen toevoegen aan een van deze ruimten zoals kaarsen, koran, bijbel enz? - Zijn er momenten dat u ergens alleen wilt zijn in een van deze ruimten of uw kamer. Bijvoorbeeld om te bidden? - Zijn er vanuit uw cultuur bepaalde huishoudelijke gewoonten of voorkeuren op huishoudelijk gebied?	

Dit overzicht is tot stand gekomen op basis van eigen scholing, kennis en ervaring van NOOM medewerkers en leden van de NOOM lidorganisaties

Grace Tanamal en Jeanny Vreeswijk-Manusiwa

Studiemateriaal Fontys Hogeschool richting Diversiteit en Intercultureelmanagement

Interculturele gespreksvoering Edwin Hoffman

Halleh Ghorashi, Hoogleraar Diversiteit en Integratie bij de afdeling Sociologie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. <https://hallehghorashi.com/nl/>

Geert Hofstede, organisatiepsycholoog interculturele studies <https://geerthofstede.com/>

IN GESPREK MET DE FAMILIE



HET BELANG VAN GOED CONTACT MET DE FAMILIE

Zolang mogelijk de dingen doen zoals je dat gewend bent, alleen of met de mensen die belangrijk voor je zijn, dat is wat een ieder wenst. Wanneer dit niet meer zo goed lukt, is het fijn als er ondersteuning geboden wordt. Vaak wordt familie ingeschakeld en soms komen ook vrijwilligers in beeld. Wanneer de zorg lang duurt of als er veel meer zorg nodig is dan de familie kan geven, biedt professionele ondersteuning uitkomst.

Uit de vele gesprekken die NOOM met ouderen met een migratieachtergrond en hun familieleden heeft gevoerd, blijkt dat migrantenfamilies het over het algemeen prettig vinden als zij zelf alles kunnen doen voor de oudere.

Wanneer gesproken wordt over familie gaat het meestal om de partner, (aangetrouwde) kinderen of kleinkinderen die bijspringen. De eerste, vaak informele kennismaking met de oudere en zijn familie is het begin van het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Van belang bij migrantenfamilies is dat er gestreefd wordt naar samen zorgen. Hieraan voorafgaand kan familieberaad plaatsvinden. Dit is terug te voeren naar eigen gewoonten van cliënten. Er bestaan verschillen tussen regio's in de wereld als het gaat om de manieren waarop mensen omgaan met problemen of zorg en elkaar hierin bijstaan. Die verschillen bestaan ook binnen een multiculturele samenleving.

Een goede relatie met de oudere is minstens zo belangrijk als een goed contact met de familie. En die familie bestaat vaak uit verschillende personen, die wisselend eerste contactpersoon willen zijn of er kunnen meerdere contactpersonen zijn, afhankelijk van het onderwerp.

Het begrip familie omvat in vele culturen een groter aantal relaties dan in Nederland gebruikelijk is. Wie voor de oudere vanzelfsprekend tot de familie behoort, kan voor de zorgmedewerker als een volstrekt vreemde bemoeial worden gezien. Binnen een hecht netwerk is het omgaan met problemen op diverse terreinen vaak een aangelegenheid van iedereen. Men zoekt en krijgt vaak hulp in familieverband en van mensen die daartoe behoren zonder dat er sprake is van een bloedband. Om meer inzicht te krijgen in de verschillende familierelaties binnen het sociale netwerk van ouderen met een migratieachtergrond, geven we de volgende toelichting. Deze is eveneens gebaseerd op informatie uit de vele gesprekken die met mensen met een migratieachtergrond zijn gevoerd.

FAMILIESTRUCTUREN EN HET BEGRIP FAMILIE

In Nederland wordt bij familie doorgaans gedacht aan ouders, kinderen, grootouders en kleinkinderen. Er wordt gesproken over graden in verwantschap. Neven en nichten, oudooms en oudtantes worden niet meer beschouwd als behorend tot de 'kernfamilie'.

Bij migrantenfamilies staat de kernfamilie ook centraal wanneer deze in Nederland woont. Naast de kernfamilie zijn echter ook andere familierelaties van belang. We noemen hier enkele; familiegraden als onder Nederlanders wordt gehanteerd, gelden niet.

- kernfamilie: gezin, broers en zusters, ouders en grootouders;
- naaste familie: neven, nichten, ooms en tantes;
- dorps- of streekgenoten;

- verwantschapsrelaties meegenomen uit het land van herkomst;
- relaties die zijn ontstaan tijdens de reis naar Nederland of tijdens de eerste opvang.

Niet alle ouderen met een migratieachtergrond zijn met een kernfamilie naar Nederland gekomen. Hechte relaties kunnen ontstaan met mensen uit dezelfde streek of met mensen die veel hulp hebben geboden tijdens de eerste periode in Nederland. Sociale relaties die zo zijn ontstaan, kunnen worden ervaren als relaties binnen een vervangende kernfamilie. Familie kan bestaan uit mensen waar gezamenlijke herinneringen mee worden gedeeld, uit mensen die belangrijk zijn vanuit eenzelfde religie of omdat ze op leeftijd zijn en daardoor veel levenservaring hebben en om die reden een bepaald gezag uitstralen.

Kortom, in vele culturen kan familie bestaan uit mensen die 'voelen als familie'. Al deze 'familierelaties' lopen dwars door religieuze en maatschappelijke verbanden heen. Ze zijn als het ware met elkaar vervlochten. Een dergelijk netwerk van sociale relaties heeft voordelen, maar vanzelfsprekend ook nadelen. Een van de nadelen die vaak genoemd wordt is de onderlinge sociale controle. Soms wordt de voorkeur gegeven aan ondersteuning van iemand die niet uit dezelfde gemeenschap komt uit angst voor geroddel onder bekenden. Een hecht netwerk kan echter wel de basis vormen van gemeenschapszin, van de gedachte dat 'er voor elkaar zijn' bijna een vanzelfsprekendheid is.

Wanneer gesproken wordt van samenredzaamheid, wordt deze vorm van samenredzaamheid bedoeld. Wanneer eigen kracht aangesproken wordt, zou de nadruk meer moeten liggen op de kracht van samenredzaamheid waarbij de 'ik' altijd in relatie staat tot de ander.

De verschillende familierelaties of beleving daarvan, zorgen er ook voor dat ouderen met een migratieachtergrond een vrijwilliger of professional uit de eigen gemeenschap eerder als een eigen kind beschouwen dan als een vreemde. Als de vrijwilliger dan ook nog de eigen taal spreekt en uit dezelfde plaats komt als de oudere, is de oudere vaak bekend met haar of zijn ouders en heeft de oudere deze vrijwilliger vaak ook al als kind gekend. De beleving van familie wordt voortgezet.

AANBEVELINGEN

Zorgen voor de oudere vinden migrantenfamilies vaak vanzelfsprekend, maar over hoe de zorg het beste kan worden verleend, kunnen meningsverschillen bestaan. Als een oudere langdurig ziek is en veel zorg nodig heeft, ziet de familie elkaar veel vaker dan normaal. Het kan soms gebeuren dat er hierdoor spanningen optreden tussen de familieleden. Spanningen en een ingewikkeld familienetwerk kunnen leiden tot irritatie en onbegrip bij zorgmedewerkers.

Met de opkomst van een tweede generatie is familiezorg niet meer zo vanzelfsprekend als het was, hetgeen overigens niet wil zeggen dat zorg overlaten aan professionals als vanzelfsprekend wordt ervaren door migrantenfamilies. De combinatie van culturele normen en waarden die van huis uit meegegeven zijn en de wijze waarop zorg in Nederland is georganiseerd, vraagt om meedenken en nog meer samen spreken van de mogelijkheden die het beste bij de oudere en de familie past. Deze gesprekken met mensen die door de oudere als familie worden beschouwd zijn van belang vanaf het eerste kennismakingsgesprek.

Al in de eerste contacten met de oudere en de familie is het goed je er bewust van te

zijn dat deze wel eens het begin zouden kunnen zijn van een lange relatie en dat het dus van belang is om elkaars vertrouwen te winnen. Iemand ondersteunen in zijn dagelijks leven, of dat nu thuis is of in een zorginstelling, betekent heel dichtbij iemand komen en daar verantwoordelijkheid voor dragen. Een eerste kennismaking kan meer indruk maken dan je denkt. De manier van binnenkomen kan al meer tonen, nog voordat je een woord hebt gesproken. Enkele tips voor een eerste gesprek:

ALGEMEEN

- neem de tijd voor een kennismakingsgesprek;
- deze gaat vooraf aan een uitgebreide anamnese;
- achterhaal en respecteer de familiehiërarchie. Die kan verschoven zijn omdat de kinderen nu voor de ouders zorgen;
- houd in de bejegening rekening met dimensies zoals gescheiden sociale sekserollen, hiërarchie en statusverschillen;
- bepaal vooraf om welke gezondheidsproblemen het gaat en welke verklaringsmodellen men hanteert. Vaak is er sprake van een andere gezondheidsbeleving en ander ziektegedrag bij ouderen met een migratieachtergrond;
- ouderen met een migratieachtergrond krijgen al op jongere leeftijd (50-55 jaar) met meerdere chronische aandoeningen te maken;
- streef naar een contactpersoon, maar houdt er rekening mee dat dit niet altijd lukt of dat er meerdere contactpersonen zijn;
- wees er zeker van dat de oudere begrijpt wat zijn of haar ziekte inhoudt en welke gevolgen deze kan hebben voor het dagelijkse leven. Ouderen met een migratieachtergrond verkeren niet altijd in de omstandigheden om informatie over gezondheid te krijgen. Het ontbreekt vaak aan kennis en vaardigheden om deze informatie te begrijpen en te gebruiken;
- vraag naar verwachtingen en bespreek mogelijkheden, er rekening mee houdend dat het om individuen gaat die deel uitmaken van een bepaalde culturele groep en sommige waarden van die groep dragen;
- bespreek eventueel de mogelijkheid van het inzetten van een tolk;
- wees alert op mogelijke verschillen in communicatiestijlen en de gevolgen daarvan binnen zorg en behandelingen. Ook de non-verbale communicatie is hierbij van groot belang;
- geef niet te snel op als de hulp niet wordt geaccepteerd.

WANNEER DE HULP NIET WORDT GEACCEPTEERD

- maak duidelijk dat de ziekte of de gevolgen van een ziekte professionele zorg vereist en dat ook dan de familie altijd kan blijven helpen met de zorg;
- maak duidelijk dat door aanwezigheid van professionele zorg op tijd ingegrepen kan worden bijv. als andere medicatie nodig is;
- maak via de contactpersoon het belang van professionele zorg duidelijk;
- bespreek de mogelijkheden om samen met de familie zorgtaken te verdelen;
- maak een afspraak om een paar dagen later terug te komen door weer contact met de oudere of met de contactpersoon op te nemen;
- kijk naar de mogelijkheid om etnische oplossingen te gebruiken zoals door migranten meegenomen strategieën. Denk aan familieberaad of bemiddeling door een wijze man zoals een Imam.

WANNEER HULP GEACCEPTEERD IS

- blijf contact houden, ook als er een wachtlijst is, vooral bij opname in een verpleeghuis;
- plan een huisbezoek en neem beeldmateriaal mee van het verpleeghuis;

- vraag of de familie en de oudere samen een rondleiding willen krijgen in het verpleeghuis;
- vraag naar bijzonderheden m.b.t. dagelijkse zorg, religie en inrichting kamer;
- deel ook mooie ervaringen met de familie. Bijvoorbeeld door het klaarleggen van een logboek in de woning;
- wanneer zorg opgeschaald moet worden van extra- naar intramuraal, bespreek dan een 'zachte overdracht' met betrokken professionals en de familie.

ENKELE (GEBRUIKTE) BRONNEN VOOR MEER INFORMATIE OVER HET FAMILIEGESPREK

<https://www.vilans.nl/docs/producten/GedeeldeZorg.pdf> (2007)

<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20%5BMOV-2237000-1.1%5D.pdf>

https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/familieparticipatie/Het_is_tenslotte_hun_huis-Boxtel.pdf

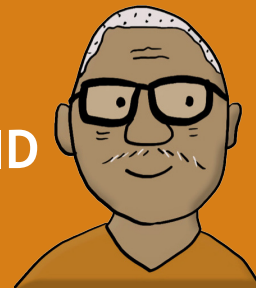
<https://www.pharos.nl/infosheets/het-culturele-interview/>

<https://www.dementie.nl/omgaan-met-dementie/actief-blijven/sociale-contacten-onderhouden/familiegesprek-over-diagnose>

<https://www.expertisecentrumfamiliezorg.com/>

https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/Speuren_naar_interculturele_kwaliteit_voor_GGZ_WEB-2.pdf

<https://adoc.pub/inhoud-en-resultaat-van-een-interculturele-werkwijze-bij-kor.html>
<https://docplayer.nl/191246253-Familieparticipatie-handreiking-voor-het-verpleeghuismaatschappelijk-werk.html>



Een van de belangrijkste aspecten van het leven is de gezondheid. Iedereen beleeft en ervaart gezondheid op een eigen manier vanuit een eigen perceptie. Veel ouderen met een migratieachtergrond hebben een bewogen geschiedenis achter de rug en hebben moeilijke periodes doorstaan. De beslissing om achter te laten wat bekend en vertrouwd voor je is, om de mensen die je dierbaar zijn te verlaten, kan in nare omstandigheden genomen zijn.

Doordat ze zoveel hebben meegemaakt, ligt bij enkele groepen ouderen met een migratieachtergrond de pijngrens over het algemeen hoog. Ze vinden zichzelf heel lang gezond. Pas als de klachten overduidelijk zijn in de vorm van bijvoorbeeld hevige pijn, wordt er een dokter geroepen. Helaas komt de hulp dan in vele gevallen te laat. Aan de andere kant zijn er ook verhalen bekend van ouderen die vaak naar de dokter gaan en om medicijnen vragen, bijvoorbeeld omdat ze dit gewend zijn in het land van herkomst.

Ook zijn er ouderen, met name van de eerste generatie, die zo hun eigen methodes hebben om beginnende kwalen de baas te blijven. Met verschillende kruiden en oliën worden pijnlijke plekken bedekt. Eucalyptusolie schijnt bijvoorbeeld te helpen tegen buikpijn en misselijkheid en warme doeken verlichten bij verkoudheid of zelfs bronchitis. In hoeverre deze middeltjes nog gebruikt worden onder de tweede generatie ouderen is minder bekend.

Veel ouderen met een migratieachtergrond beleven 'ziek zijn' als een gebeurtenis die bij het leven hoort. Hierdoor kan het ziek zijn van de oudere voor de kinderen en familie een groter probleem zijn dan voor de oudere zelf. Ook kan het zo zijn dat de oudere geen idee heeft hoe erg de ziekte is en welke gevolgen deze kan hebben voor het dagelijks leven. De oudere heeft hierdoor het gevoel dat er geen problemen zijn en begrijpt dan ook niet waarom er hulp van buitenaf nodig is.

Verhuizen naar een verpleeghuis heeft helemaal veel tijd nodig om met de oudere en de familie te bespreken. Kinderen kunnen vooral in het begin de zorgtaken volledig over willen nemen, maar niet overzien wat dit voor hen en voor de oudere op lange termijn betekent. Voor een zorginstelling is het van belang om met de familie en de oudere hierover in gesprek te gaan.

Zorg kan door de kinderen soms worden gezien als compensatie van een schuldgevoel. Erop wijzen dat een combinatie van professionele zorg en familiezorg mogelijk is, kan een oplossing bieden.

Het is belangrijk er achter te komen op welke manier het ziek zijn wordt beleefd. Wordt het ziek zijn geaccepteerd, wil de oudere wel geholpen worden en door wie, of wil hij of zij juist dat er niets meer aan gedaan wordt omdat het lot of Allah, God of een andere hogere macht, nu eenmaal zo heeft beslist. Het ziek zijn kan ook beleefd worden als een straf. Bijvoorbeeld vanwege het niet nakomen van een belofte of het nalaten van rituele handelingen. Over dit soort onderwerpen zal meestal nauwelijks

gesproken worden met verzorgers. Begin er zelf niet over maar houd in gedachten dat deze mogelijkheid bestaat.

Niet iedereen wil op dezelfde manier geholpen worden of is nog niet toe aan een bepaalde vorm van zorg. Soms bestaat er echter geen keuze; een wond moet verzorgd worden, insuline moet ingespoten worden en er moet op toegezien worden dat de juiste medicijnen op het juiste moment worden ingenomen. Door respect te tonen voor de beleving van ziek zijn van de oudere, wordt langzamerhand het vertrouwen tussen oudere en verzorger vergroot. Dit is van groot belang wanneer zwaardere vormen van zorg nodig zijn.

De meeste ouderen zijn niet zo bezig met nadenken over wat er nodig is als ze nog ouder worden, vooral wanneer men nog voor zichzelf kan zorgen en zelfstandig woont. Het besef dat men inderdaad ouder wordt, komt wanneer ze niet meer voor zichzelf kunnen zorgen en afhankelijk worden van kinderen, kleinkinderen en familie. De ene oudere ziet deze zorg van familie als een vanzelfsprekendheid, de andere oudere vindt het moeilijk om de kinderen om hulp te vragen. Hulp vragen aan anderen dan hun kinderen komt vaak niet bij hen op. Wanneer hulp van een thuiszorginstelling wordt ingeroepen, is hier meestal een hele discussie aan voorafgegaan tussen oudere en kinderen of tussen kinderen onderling. Het is dus goed om te weten of na afstemming tussen oudere en familie voor ondersteuning gekozen is. Ook is het goed om er achter te komen hoe goed men op de hoogte is van de ziekte of de wensen die de oudere heeft, zodat je ook zeker weet dat men begrijpt waarom een bepaalde vorm van hulp gegeven wordt.

GEBRUIKEN BIJ DAGELIJKSE HANDELINGEN IN DE ZORG



Om goede zorg te kunnen bieden aan ouderen met een migratieachtergrond, is het belangrijk om zicht te hebben op hun wensen en behoeften ten aanzien van het behouden van kwaliteit van leven.

ALGEMENE AANDACHTSPUNTEN

- bejegening is belangrijk samen met een respectvolle benadering;
- houd rekening met de persoonlijke levenssfeer, de culturele en levensbeschouwelijke gebruiken in het leven van de oudere;
- heb aandacht voor de familie en hun inzet en bijdrage aan de zorgverlening;
- beschrijf de persoonlijke invulling van de familie t.a.v. de zorg in het zorgleefplan;
- klop even op de kamerdeur of roep iets wanneer je binnenkomt;
- sluit de deur tijdens de verzorging of zet er een kamerscherm voor;
- spreek mensen aan met mevrouw of meneer en zeg u;
- stel je even voor als nieuwe verzorgende;
- vraag de oudere wat je voor hem of haar kunt doen.

WASSEN

- benader de oudere als een volwassene en vraag wat hij of zij prettig vindt;
- vraag naar de handelingen die nodig zijn voor de rituele wassing en wie hierbij mag helpen;
- vraag naar alternatieven voor de rituele wassing zoals het wrijven met een steen over het lichaam wanneer het niet mogelijk is om iemand te helpen met het wassen op de daartoe vereiste momenten. Houd er rekening mee dat dit meerdere malen per dag wordt verricht, ook tijdens de nacht. Zorg dus dat de steen bereikbaar is voor de oudere;
- gebruik aparte handdoeken voor onder- en bovenlichaam;
- de handdoeken die voor het lichaam gebruikt worden kunnen niet gebruikt worden om de badkamer of de vloer mee af te drogen;
- ouderen willen graag gebruik maken van een eigen handdoek en eventuele washand die niet mag worden gebruikt door anderen, ook niet na het wassen;
- vraag of men een washandje, wasdoek, spons of iets anders wil gebruiken. Een kесе bijvoorbeeld is een extra ruwe washand om te scrubben. Soms vinden ouderen dat je met een washandje het vuil slechts van de ene plek naar de andere verplaatst;
- soms kan het wassen schaamtegevoelens oproepen bij de oudere, maar ook bij degene die hem of haar wast. Dit kan te maken hebben met man-vrouwverhoudingen, religie of met een trauma;
- begin, in verband met een traumatisch verleden zoals een interneringskamp, oorlog en mogelijke verkrachtingen bij de knieën te wassen en ga dan naar boven als je iemand van onderen wilt wassen. Benoem de plek waar je gaat wassen;
- bespreek binnen de organisatie maar ook met de familie en oudere wat de mogelijkheden zijn wanneer de oudere niet gewassen kan of wil worden door iemand van hetzelfde geslacht;
- sanitair gebruik: na gebruik van het toilet, zijn er ouderen die zich graag met water wassen in plaats van zich af te vegen met toiletpapier. Een fles water op het toilet maakt dit mogelijk;

- bij het verwisselen van incontinentiemateriaal moet ook gewassen worden met water, desnoods met een washandje dat druipt van het water. Dan pas voelt de oudere zich gewassen;
- sommige ouderen willen graag elke dag of vaker douchen of zichzelf tussendoor opfrissen omdat dit gebruikelijk was in het land van herkomst. Zij zijn dit altijd blijven doen omdat zij zich anders niet schoon voelen. Bespreek de mogelijkheden of vraag familie om hulp wanneer dit niet mogelijk is voor de zorg;
- soms willen ouderen bijvoorbeeld Vicks of zalf smeren op hun lichaam bij gebrek aan smeersels of olie die zij in het land van herkomst gewend waren te gebruiken. Vraag waarom men dit gebruikt en waartegen het helpt. Neem het niet zomaar weg omdat dit hier niet gebruikelijk zou zijn;
- sommige ouderen geven aan dat hun huid droger is dan die van andere bevolkingsgroepen en dat zij daarom elke dag ingesmeerd moeten worden met lotion of crème;
- het knippen en het schoonhouden van de nagels wordt belangrijk gevonden.

AANKLEDEN

- let erop in welke volgorde de oudere aangekleed wil worden;
- wanneer traditionele kledingstukken aangetrokken moeten worden, vraag dan hoe dit op de juiste manier moet gebeuren;
- vraag of de verzorgende dit mag doen of dat er op familie gewacht moet worden;
- behandel bijzondere kledingstukken, bijvoorbeeld van bepaalde klederdracht bij speciale gelegenheden, met aandacht en respect;
- vraag en controleer of de oudere zelf de steunkousen kan aantrekken;
- ouderen hebben het snel koud en vinden het aantrekken van lagen kleding prettig; bijv. hemd, T-shirt, blouse, vestje;
- in de winter vinden de heren het fijn om een extra broek zoals jaeger of pyjamabroek onder hun goede broek aan te trekken;
- ouderen afkomstig uit warme landen hebben vaak last van de kou, vraag of zij warm genoeg gekleed zijn;
- uiterlijke verzorging is voor veel ouderen belangrijk zoals gestreken kleding want in het land van herkomst is het soms warm en is kleding altijd zichtbaar en de voeten ook dus de nagels moeten netjes zijn;
- haarverzorging met speciale vetten bij kroeshaar kan belangrijk zijn voor sommige ouderen.

ETEN OF MAALTIJDVERZORGING

- vraag naar het lievelingseten van de oudere en zoek uit of dit binnen de instelling te bereiden is of waar het te koop is;
- wanneer er een winkeltje is waar bewoners wat kunnen kopen, neem dan een divers assortiment op zoals fruit, levensmiddelen of snacks die zij thuis ook aten;
- denk in oplossingen. Wanneer iemand drie maal daags rijst wil eten zeg dan niet direct dat dit niet mogelijk is, maar biedt bijvoorbeeld als alternatief verschillende rijstgerechten. In de ochtend rijstepap, bij de hoofdmaaltijd rijst en in plaats van de broodmaaltijd een lempier of andere rijstsnack;
- er zijn ouderen die liever geen water uit de kraan drinken, maar voorgekookt water uit een kan prefereren. Vaak is dit nog een gewoonte uit het land van herkomst;
- samen eten met familie of andere bekenden is heel belangrijk en kan de eetlust opwekken en ook het humeur positief beïnvloeden;
- geef ruimte voor een moment van stilte voor en na het eten;
- de warme maaltijd wordt niet altijd gegeten met mes en vork of eetstokjes. Een rijstmaaltijd wordt gebruikt met lepel en vork en bij andere maaltijden wordt brood gegeten of worden de handen gebruikt. Dan is soms een kommetje met water bij het eten handig om de handen in af te spoelen;

- vraag de oudere of hij of zij wil eten en waar men trek in heeft. Vraag niet of hij of zij honger heeft. Volgens vele ouderen kent men hier geen honger;
- gebruik keuken- en kookgerei niet voor de schoonmaak. Het bakje waar de groenten in gewassen worden, kan niet gebruikt worden voor een sopje om de vensterbank schoon te maken;
- bepaald voedsel kan om religieuze of culturele redenen niet worden geconsumeerd. Houd bijvoorbeeld rekening met de Hindoeïstische gebruiken, Joodse spijswetten de Kashrut, halal of haram voeding, vegetariërs en veganisten. Verdiep je in de achtergrond van de bewoners en hun voedingsgewoonten en behoeften. Ga er niet standaard vanuit dat iemand zich aan deze voedingsvoorschriften wil houden. Vraag het altijd aan hen zelf. Sommige familieleden brengen regelmatig eten mee dat bekend is voor de oudere, een toegankelijke magnetron om dit op te warmen is hierbij van belang;
- gastvrijheid is belangrijk, dus ouderen willen graag wat aanbieden aan hun bezoekers net zoals zij dit thuis ook altijd deden. Een toegankelijke koelkast waar zij wat kunnen bewaren en een warmhoudplaatje is belangrijk voor hen.

RELIGIE

- heb respect voor de beleving van verschillende religies. De Islam, Hindoeïsme, Boeddhisme en Jodendom zijn enkele bekende religies naast het Christendom. Ook animisme kan voorkomen, al dan niet vervlochten met één van de genoemde religies;
- de combinatie van uitingen (rituelen) van een natuurgodsdienst en aangesloten zijn bij een religie zoals bijvoorbeeld het christelijk geloof, is niet ongebruikelijk;
- voor sommige ouderen is het zien van geesten of overleden personen een normaal verschijnsel. Voor hen bestaat er meer tussen hemel en aarde. Probeer dit te begrijpen en doe dit niet af als verbeelding of iets dat niet echt is;
- houd rekening met de diverse gebeden en de diverse religieuze feestdagen;
- in het geval van angsten die voortkomen uit een gevoel dat ouderen kunnen hebben over een slecht karma in een huis of appartement, kan een geestelijke gevraagd worden om de kamer te zuiveren;
- belangrijk is om eerst na te gaan waar de angsten vandaan komen. Vraag het aan de oudere en wanneer dit niet duidelijk is, vraag het aan bijvoorbeeld familie, een vertrouwenspersoon of een geestelijk verzorger alvorens actie te ondernemen;
- houd rekening met vasten en geef mensen de kans en steun om hieraan deel te nemen wanneer zij dit willen;
- laat je voorlichten over het belang van het gebed, rituele wassingen, de tijdstippen en de betekenissen;
- geef tijd en ruimte om de verschillende rituelen te laten plaatsvinden;
- soms willen mensen graag een tempelhuisje of bijvoorbeeld wierook branden. Wijs dit niet direct af ivm brandgevaar. Bespreek hoe de familie kan ondersteunen;
- vraag de ouderen of ze ondersteuning nodig hebben bij het belijden van hun geloof.

MOGELIJKE GESPREKSONDERWERPEN

Om ouderen op hun gemak te stellen tijdens de verzorging en hen beter te leren kennen, is het prettig om een aantal gespreksonderwerpen te hebben.

Tijdens het wachten op een familielid of voorafgaand aan een vervelende medische ingreep kan het voor afleiding zorgen.

Denk hierbij aan:

- hoe iemand zich voelt of hoe het met hem of haar gaat;
- verhalen over het dorp of de streek van herkomst;
- de migratieachtergrond; kwam u hier alleen of met familie, zou het voor altijd zijn of maar voor een korte periode?

- kinderen en/of kleinkinderen en andere familie;
- verhalen over tradities bij bijzondere gebeurtenissen;
- gerechten en recepten, al dan niet traditioneel;
- muziek, recitatie of levenslessen die van belang zijn of een rol spelen in hun leven;
- samen foto's en filmpjes bekijken.

BRONNEN

Carlsson, H., Caring for Older Migrants in Dutch Cities. A Study of Responsiveness to Diversity in Aged Care Practices in Times of Post-Multiculturalism and Localism. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen, 2022

www.nivel.nl

Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg

WAT ER VOLGENS DE OUDEREN IN DE LEIDRAAD MOET WORDEN OPGENOMEN



DIRECT CONTACT IN GROEPSPREKKEN

In 2019 zijn tafelgesprekken georganiseerd tijdens een bijeenkomst met oudere migranten, vrijwilligers en mantelzorgers in de Essalam moskee te Rotterdam. De organisatie lag in handen van de Marokkaanse Ouderen Bond in Nederland, MOBIN. De keuze voor een vertrouwde omgeving van een van de migrantengroepen, werd goed door de verschillende deelnemers ontvangen.

ONLINE, TELEFONISCH EN OP HUISBEZOEK

Op 22 juni 2020 is gestart met het online trainen van 16 gespreksbegeleiders die ieder met twee mantelzorgers en twee ouderen telefonisch in gesprek zijn gegaan over de vraag 'wat als het thuis niet meer gaat' en hoe ziet dan het traject eruit 'van thuis naar het verpleeghuis'.

De meest gestelde vragen zijn aanleiding geworden voor het maken van een virtuele rondleiding, voor de thema's van de e-learning modules en voor de gesprekskaarten. De volgende vragen die vaak gesteld werden over het verpleeghuis gaven goed aan waar nog informatie over nodig is:

- hoe verloopt een dag van opstaan tot slapen gaan?
- hoe gaat men om met de behoefte van de oudere tot het maken van een babbeltje?
- hoe betrokken mag de familie zelf zijn? Is er een mogelijkheid tot participeren van de familie in het leven binnen het verpleeghuis?
- krijgen de bewoners wel de juiste op maat gesneden aandacht?
- voelen ze zich wel gelukkig, kunnen ze hun verhaal kwijt, worden ze gezien, hebben ze voldoende privacy?

VIA STAKEHOLDERS EN SLEUTELFIGUREN

In Amersfoort is aan ruim 50 ouderen en sleutelpersonen, verbonden aan verschillende migrantenorganisaties, gevraagd welke wensen zij hebben ten aanzien van zorg wanneer het thuis niet meer gaat of wanneer thuis meer zorg nodig is.

Met Molukse ouderen, vrijwilligers, mantelzorgers en medewerkers in de zorg is in Assen gesproken over de mogelijkheden van ketenzorg. Hierover is overigens ook in Amersfoort van gedachten gewisseld.

Onderzoek als uitgevoerd in Amersfoort geeft een nog beter beeld van de diversiteit van ouderen met een migratieachtergrond in een stad en van de mogelijkheden vanuit het bestaande zorg- en welzijnsaanbod.

Aan de hand van een inventarisatie zoals in Amersfoort uitgevoerd en mede door de gemeente gefaciliteerd, worden de wensen door de ouderen zelf verwoord.

Door deze uitgesproken wensen mee te nemen in gesprekken met beroepskrachten uit zorg en welzijn, kan nog meer op maat besproken worden welke mogelijkheden er zijn als meer zorg nodig is, het thuis niet meer zou gaan en de weg naar het verpleeghuis besproken gaat worden.

SUGGESTIES VOOR STRUCTURELE AANDACHT VOOR CULTUUR-SPECIFIEKE ZORG



Dit zijn de uitkomsten van scholing en gesprekken met medewerkers, sleutelfiguren en vrijwilligers met een diverse achtergrond. Over het vormen van een koplopergroep zijn gesprekken gevoerd met verschillende zorginstellingen.

DE EERSTE STAPPEN NAAR STRUCTUREEL AANBOD VAN CULTUUR-SPECIFIEKE ZORG

- maak cultuurspecifieke zorg bespreekbaar binnen de organisatie;
- inventariseer wat al in huis is zoals dagbesteding, diversiteitsnetwerk, werkgroep cultuurspecifieke- of cultuursensitieve zorg;
- onderzoek waar behoefte aan is onder medewerkers en bewoners met betrekking tot cultuurspecifieke zorg. Dit kan met behulp van dialooggesprekken, individuele interviews of steekproefsgewijs;
- indien er al sprake is van cultuurspecifieke zorg, wat is er dan nodig om die te versterken?
- wat is nodig om kennis over cultuurspecifieke elementen in de praktijk toe te passen?
- hoe wordt je huis ook een thuis voor ouderen die niet in Nederland geboren zijn?
- hoe laat je dit het best aansluiten op dat wat al gebeurt in je huis?
- hoe maak je cultuursensitief handelen evenals aandacht en interesse voor cultuurspecifieke elementen vanzelfsprekend?

VERVOLG INBEDDING CULTUURSPECIFIEKE ZORG

- stel een coördinator aan die ervoor zorgt dat de aandacht voor cultuurspecifieke zorg niet verslapt;
- neem de belangrijkste aandachtspunten op in het jaarplan en reserveer hier ook budget voor;
- rooster scholing cultuurspecifieke zorg jaarlijks in;
- maak velden in het zorgplan en neem hierin cultuurspecifieke elementen op die van belang zijn voor het welzijn van de oudere;
- agendeer cultuurspecifieke zorg in het multidisciplinair overleg;
- maak het bespreekbaar in de cliëntenraad;
- bespreek het met de leden van de ondernemingsraad om draagvlak te creëren;
- maak in de regio bekend dat je cultuurspecifieke zorg aanbiedt;
- zorg voor een personeelsbestand en management met voldoende diversiteit;
- adviseer de Raad van Toezicht om ook daar leden met een migratieachtergrond aan te stellen.

OVERZICHT VAN INFORMATIE EN MATERIAAL OVER CULTUURSENSITIEVE EN CULTUURSPECIFIEKE ZORG

Zorg en welzijn

<https://www.huisarts-migrant.nl>

<https://centrum-levensvragen.nl/>

<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/juiste-zorg-oudere-migranten-voorkomt-spoedzorg/>

<https://www.in2werelden.nl/>

<https://www.pharos.nl/thema/gezond-ouder/>

<https://www.pharos.nl/thema/migranten-en-gezondheid/>

<https://www.zorgvoorbeter.nl/diversiteit-in-de-zorg/materialen-ouderenzorg>

<https://www.kis.nl/thema/ouderen>

<https://www.kis.nl/publicatie/leernetwerken-diversiteitsensitieve-zorg>

<https://www.kis.nl/publicatie/infographic-diversiteitsensitieve-zorg>

Wonen

<https://www.zorgsaamwonen.nl/thema/intercultureel>

<https://www.woonsaem.nl/>

https://netwerknoom.nl/wp-content/uploads/2021/03/12_03_21-Lijst-CulrSpecZorg-en-welzijnsinitiatieven-b-.pdf

Dementie

[Links worden opgenomen in het vervolg van deze leidraad](#)

Levensvragen

[Links worden opgenomen in het vervolg van deze leidraad](#)

Visie van NOOM en wat oudere migranten zelf belangrijk vinden.

<https://youtu.be/DL6Z3PLrHkg>

Een kijkje in (cultuurspecifieke) verpleeghuizen

Rondleiding Raffy

<https://youtu.be/JD9VzsyUmys>

Rondleiding Lâle

<https://youtu.be/IPwtryMzH88>

Rondleiding Leystroom

<https://youtu.be/ZTziJEIXXtc>

Promotiefilm Noom interculturele communicatie

<https://youtu.be/hgK2BYQ2til>

Thuis in het verpleeghuis

<https://youtu.be/DL6Z3PLrHkg>

CLIËNTPROFIEL OUDERE MET MIGRATIEACHTERGROND

AANVULLING OP BESTAANDE CLIËNTPROFIELEN

ACHTERGRONDINFORMATIE CLIËNTPROFIEL

Identiteit cliënt

Land, streek, dorp van herkomst

Mogelijk meegemaakte levensgebeurtenissen die de oudere bewust heeft meegemaakt

Kinderjaren: school, samenstelling gezin, woonsituatie

Jeugd: school, werk of verhuizingen

Migratie: wanneer, hoe en met wie naar Nederland

Opvang in Nederland: school, werk en woonervaringen

VERDIEPINGSVRAGEN BIJ TYPERING CLIËNT UIT HET ZORGLEEFPLAN

Typering cliënt algemeen

- Doorvragen bij de vraag over belangrijke herinneringen:
 - Bijvoorbeeld mooie herinneringen aan de jeugd of nare herinneringen als over een oorlog
 - Doorvragen bij de vraag waar de cliënt een hekel aan heeft:
 - Bijvoorbeeld aan bepaalde muziek, bepaalde gerechten of aan harde stemmen
 - Doorvragen over speciale voorwerpen en of kleding die horen bij bepaalde rituelen
-

EXTRA VRAGEN BIJ DE VIER DOMEINEN UIT HET ZORGLEEFPLAN

Woon-, en leefomgeving

Woonruimte en zich thuis voelen

- Heeft u behoefte aan een extra ruimte, naast uw kamer, om uw familie te ontvangen?
 - Brengt u een familiestuk of een ander belangrijk voorwerp waar u gehecht aan bent mee?
 - Is de woning naar uw beleving voldoende gereinigd, gezuiverd, zoveel mogelijk herkenbaar voor u gemaakt?
-

Participatie

Dagbesteding

- Van welke activiteiten wordt u blij? Wat is daarbij belangrijk voor u ?
- Zijn er speciale spullen voor nodig? Zo ja, hoe komen we hieraan ?

Sociaal leven

- Wie rekent u tot uw sociale netwerk (familie, vrienden, ook in land van herkomst)?
 - Met welke rituelen moet er rekening gehouden worden bij de dagelijkse zorg maar ook bij bijzondere gelegenheden?
-

Mentaal welbevinden

Respect en respectvolle bejegening

- Hoe vindt u het dat u in Nederland ouder wordt?

Eigen identiteit en levensinvulling

- Hoe vaak denkt u nog aan het land waar u bent geboren en/of opgegroeid?
 - Heeft u daar nog familie wonen en is daar nog contact mee? Kunnen wij hierin helpen?
 - Welk familielid is het beste op de hoogte van rituelen die uitgevoerd moeten worden bij ernstige ziekte, moeilijke omstandigheden of in de palliatieve fase?
-

Lichamelijk welbevinden

Eten en drinken

- Wilt u het liefst voorgerekookt water drinken?
 - Mag voedsel alleen met de rechterhand aangegeven worden?
 - Van welk gerecht knapt u op als u zich niet lekker voelt?
-

Persoonlijke verzorging

- Hoe kunnen we u het beste wassen als douchen niet mogelijk is: mandiën (soort bad), ruim water gebruik, flessen op toilet, toiletdouche, eau de cologne verfrissingdoekjes, scrubwashand (kese), steen?
- Wie kan u het beste helpen als u in klederdracht gekleed wilt zijn?

Medicijnen

- Bij welke klachten heeft u behoefte aan pidjit (soort massage), warme handdoeken of andere massage?
- Bij welke klachten gebruikt u naast de voorgeschreven medicijnen balsems, oliën of kruiden?
- Zijn er voorwerpen met speciale krachten die u in uw buurt wilt hebben? Zo ja, waar?

INVLOED OP HET AANBIEDEN VAN ZORG & WELZIJN AAN CLIËNT (4 DOMEINEN VAN HET ZORGLEEFPLAN)

Kruis hieronder de hokjes aan van de punten die voor deze cliënt van toepassing zijn (op basis van de antwoorden op de vragen hierboven). Vul de punten eventueel aan met extra informatie, zodat het voor alle medewerkers duidelijk is hoe de cliënt het liefst verzorgd en/of benaderd wil worden en waar rekening mee te houden. Onderstaande gegevens neem je mee in het reguliere Zorgleefplan van de cliënt, die naast de reguliere zorg, cultuurspecifieke zorg ontvangt.

Lichamelijk welbevinden

- ☐ Ik wil graag een fles water op mijn toilet
- ☐ Ik drink alleen voorgekookt water
- ☐ Ik wil graag alleen verzorgd worden door een man/-vrouw (streep door wat niet van toepassing is)
- ☐ Voedsel mag bij mij alleen met de rechterhand aangegeven worden
- ☐ Als ik niet lekker ben, knap ik op van
warme handdoeken, of een massage, balsems, oliën of kruiden (streep door wat niet van toepassing is).
- ☐ Extra uitleg:
- ☐ Ik wil niet douchen maar gewassen worden met ruim water
- ☐ Ik wil niet dat met de handdoek waarmee ik afgedroogd word ook de vloer wordt gedweild
- ☐ Overige:

Woon- en leefomstandigheden

- ☐ Ik heb behoefte aan een extra ruimte, om mijn familie in te ontvangen
- ☐ U dient als volgt om te gaan met mijn familiestuk (schoonmaken, etc.)
- ☐ Indien de vorige bewoner net is overleden, dient de kamer/ het appartement gereinigd, gezuiverd te worden door een geestelijke
- ☐ Overige:

Mentaal welbevinden

- ☐ Ik kan niet tegen harde geluiden
- ☐ Praat niet over mijn oorlogsverleden
- ☐ Houdt bij het kijken van televisie rekening met documentaires over
- ☐ Weet wie binnen mijn familie op de hoogte is van de belangrijkste rituelen bij mijn overlijden
- ☐ Overige:

Participatie

- ☐ Ik wil stilstaan bij belangrijke momenten uit mijn geschiedenis. Namelijk op de volgende manier:
- ☐ Ik bezoek de volgende bijeenkomsten graag: bezoek aan een gebedshuis, andere culturele ontmoetingen, namelijk
(streep door wat niet van toepassing is)
- ☐ Tot mijn familie reken ik:
- ☐ Overige:

Deze kaarten ondersteunen het gesprek tussen de familieleden onderling of met een zorgmedewerker, zowel thuis als in het verpleeghuis.



DOEN

- Ondersteun elkaar door een sfeer van vertrouwen te scheppen en naar elkaar te luisteren
- Sta open voor de ander, ga in op emoties en vraag wat iemand moeilijk vindt
- Focus op de probleemoplossing en vraag ook de oudere zelf wat hij/ zij vindt

NIET DOEN

- Over verdriet of boosheid van de ander heen praten
- De ander betuttelen en jezelf als goed voorbeeld stellen
- Conflicterende waarden afdoen als onjuist zonder verder te zoeken naar mogelijke oorzaken





DOEN

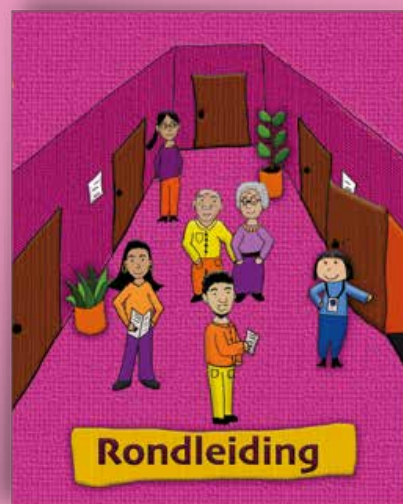
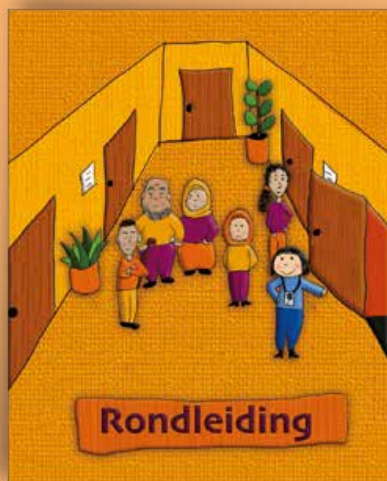
- Schep een situatie van vertrouwen en houd rekening met de taalpositie van de ander
- Heb kennis van waarden en normen behorend bij de betreffende cultuur: begroeting, oogcontact, stemvolume, aanraking en omgeving
- Ga in op emotie en stel open vragen ter controle, vraag of je het goed hebt begrepen



NIET DOEN

- Gehaast zijn en meteen recht op je doel afgaan zonder even wat tijd te nemen om kennis te maken
- Uitgaan van eigen gewoonten, normen en waarden en van daaruit het gedrag van de ander verklaren
- Ideologische of emotionele discussies aangaan en hierover non-verbale communicatie tonen





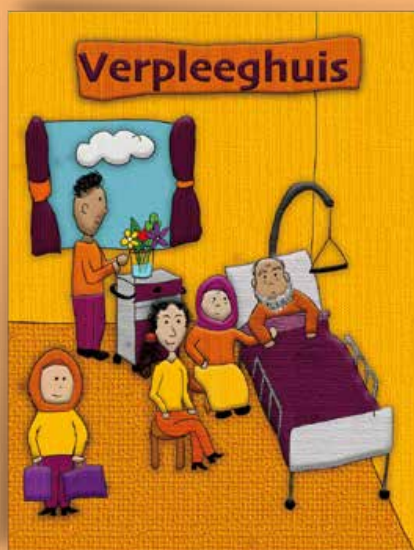
DOEN

- Geef objectieve informatie over het wonen in een verpleeghuis en bespreek angst en onbekendheid
- Vertel over cultuurspecifieke zorg en wat dit voor de oudere en de familie kan betekenen
- Geef schriftelijk, getekend of fotografisch materiaal mee en bied een nagesprek aan

NIET DOEN

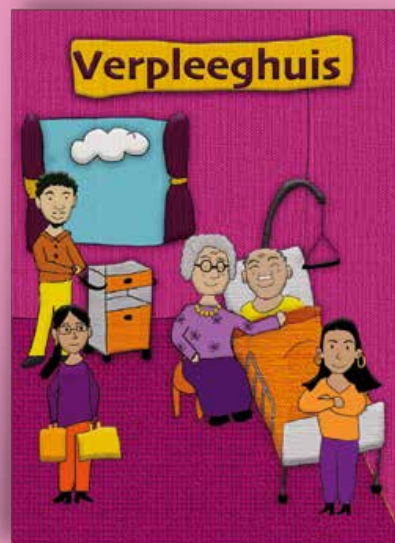
- Ervan uitgaan dat er voldoende kennis is over de intramurale zorg en vakjargon gebruiken
- Verwachtingen wekken die niet waargemaakt kunnen worden
- Familie en cliënt dwingend tegemoet treden om tot opname over te gaan





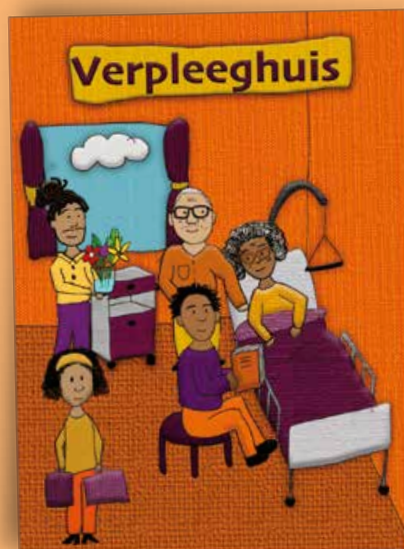
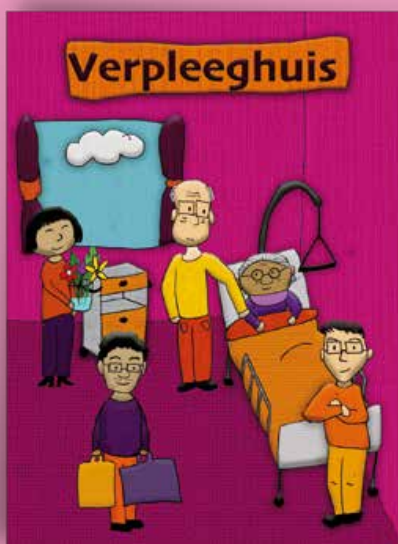
DOEN

- Vertel wat cultuurspecifieke zorg betekent voor de bewoners, behorend bij de diverse domeinen uit het zorgplan
- Neem de tijd; ouderen vertellen vaak in verhalen en herinneringen
- Vraag waar de familie graag bij wil helpen en vertel wat de mogelijkheden zijn



NIET DOEN

- Ervan uitgaan dat iets niet kan omdat de instelling dat zo niet gewend is
- Het hebben van een waardeoordeel over de wijze waarop iemand cultuur of religie vormgeeft
- Onbegrepen of onbekend gedrag beoordelen als onjuist op basis van eigen cultuur of die van medebewoners



LITERATUURINVENTARISATIE LEIDRAAD

CULTUURSPECIFIEKE ZORG

AANLEIDING

Gezondheidsachterstanden en onvoldoende afstemming van het zorgaanbod op de zorgbehoefte hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van ouderen met een migratieachtergrond in Nederland. (RIVM 2006; Kunst et al., 2008; Denktas 2011; Arcaya et al., 2015). Gezondheidsachterstanden kunnen worden getypeerd als een vorm van ongelijkheid, in het Engels ook wel aangeduid als inequity of disparity, die maatschappelijk ongewenst is en als veranderbaar wordt beschouwd. (Arcaya et al., 2015; Braveman et al., 2006) Inmiddels zijn gezondheidsachterstanden bij ouderen met een migratieachtergrond uitvoerig beschreven. Ook zijn er in de afgelopen decennia talloze initiatieven ontwikkeld om de gezondheidsachterstanden en de kwaliteit van de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond te verbeteren.

Gezondheidsachterstanden en onvoldoende afstemming in de vraag en aanbod van zorg voor migrantenouderen is overigens niet een uniek Nederlands dilemma. In veel landen, in uiteenlopende werelddelen zoals Europa, Noord-Amerika en Australië, manifesteert dit probleem zich op verschillende manieren en bij een grote diversiteit van migrantenouderen. (Nielsen & Krasnik, 2010; Marmot et al., 2012; ReusPons et al., 2018; America's Health Ranking 2021; PHAC 2018; AIHW 2018; Watkinson et al., 2021)

VRAAGSTELLING

De vraag die in deze literatuurinventarisatie centraal staat is: Wat zijn de oorzaken van gezondheidsachterstanden en het gebrek aan afstemming in vraag- en aanbod van de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond en welke bijdrage leveren ontwikkelde interventies aan het oplossen van deze persistente problemen?

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een systematische literatuurstudie aan de hand van zoektermen uitgevoerd in een aantal internationale Dbases zoals Cochrane, Pubmed, Scopus, Web of Science, APA, CINAHL, LILACS. Aanvullend is een literatuurzoektocht uitgevoerd in grijze literatuur Dbases zoals WorldCat, Google scholar, NITIS, AHRQ, Open Grey, WHO, GRAY Source en OpenDoar. Tot slot is de sneeuwbalmethode toegepast door de referenties van relevante artikelen te scannen op literatuur.

Deze literatuurinventarisatie is als volgt opgebouwd. Allereerst worden de aard en oorzaken van gezondheidsachterstanden bij ouderen met een migratieachtergrond in kaart gebracht. Vervolgens worden de dilemma's die zich voordoen in de afstemming van vraag en aanbod in de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond beschreven. En tot slot worden de reeds ontwikkelde interventies om gezondheidsachterstanden te verkleinen en de kwaliteit van de ouderenzorg te verbeteren beschreven.

Gezondheidsachterstanden

In de afgelopen decennia zijn de gezondheidsachterstanden van migrantenouderen uitvoerig beschreven en gedocumenteerd (Schellingerhout et al. 2004; Essink-Bot et al., 2013; Stronks et al., 2013; Ikram et al., 2014; Uysal-Bozkir 2016; Verest et al., 2019). Duidelijk is dat gezondheidsachterstanden voor ouderen met een migratieachtergrond voortkomen uit een wisselwerking tussen sociaaleconomische ongelijkheid, de kenmerken van het zorgsysteem en culturele diversiteit.

Sociaaleconomische ongelijkheid manifesteert zich in onze samenleving in de vorm van stapelkenmerken. (Mackenbach & Kunst, 1997; Gray, 1982; Braveman & Gottlieb, 2014; Bovens et al. 2014; RVS 2020). Dit betekent dat sociaaleconomische ongelijkheid door meerdere factoren wordt veroorzaakt. Er is hierbij sprake van een laag inkomen en/of opleiding in combinatie met een lage kwaliteit van de woonvoorziening, een minder schone en veilige woonomgeving, onvoldoende onderwijskansen, belemmeringen in de toegang tot welzijns-, sociale en gezondheidszorgvoorzieningen, gebrek aan gezondheidsvaardigheden, een aantasting van de mentale weerbaarheid en veerkracht en het gevoel van sociaal isolement vanwege sociale uitsluiting en/of discriminatie. Dit stapелеffect van sociaaleconomische ongelijkheid heeft een negatieve impact op de kwaliteit van leven van ouderen met een migratieachtergrond. (Van Wieringen, 2014; Watkinson et al 2021) Overigens nemen de gezondheidsachterstanden van de bevolkingsgroep met een lage sociaaleconomische status en een migratieachtergrond steeds verder toe. (Fouweather et al., 2015)

De gezondheidsachterstanden van ouderen met een migratieachtergrond kenmerken zich door (1) een relatief hoge prevalentie van chronische aandoeningen en ziekten, (2) een lage gezondheidsbeleving met een bijbehorend gevoel van sociale uitsluiting, (3) een substantieel lagere levensverwachting en (4) meer risicofactoren voor ziekten en aandoeningen. (Engelhard, 2007)

De hoge prevalentie van ziekten en aandoeningen van ouderen met een migratieachtergrond komt tot uitdrukking in een hoog percentage multi-morbiditeit en ziektelast. (Ikram et al., 2014; Fakir & Bouwman-Noteboom, 2016; Concova & Lindenberg, 2018) Zo komt multi-morbiditeit gemiddeld voor bij meer dan 75% van de Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouderen en maar bij 57% van de Nederlandse ouderen. De top 3 van veel voorkomende chronische aandoeningen, te weten diabetes type 2, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en hoge bloeddruk, varieert overigens wel tussen diverse groepen ouderen met een migratieachtergrond. Zo is diabetes type 2 in Nederland oververtegenwoordigd onder mensen met een migratieachtergrond (Rechel, et al., 2013; Raza et al., 2015). Ook is de prevalentie van rugpijn, artritis en dementie verhoudingsgewijs hoger en de prevalentie van kanker relatief lager bij ouderen met een migratieachtergrond. (Nielsen & Krasnik, 2010; Parlevliet et al., 2016)

Naast chronische aandoeningen komen ook psychosociale aandoeningen zoals angst, depressie en eenzaamheid relatief veel vaker voor bij ouderen met een migratieachtergrond. Depressie komt bovendien beduidend meer voor bij de eerste generatie migratieouderen. (Aichberger et al., 2009; Levecque & Van Rossem, 2015). Ook heeft meer dan 70% van de Turkse en Marokkaanse ouderen matige of ernstige psychische klachten en is meer dan 60% matig tot ernstig eenzaam. (Fokkema & Naderi 2013; Fokkema & Cioabanu, 2021) Eenzaamheid wordt ook gezien als risicofactor voor vroegtijdig overlijden. (Perissinotto et al., 2012) Ook wordt bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen in Amsterdam etniciteit als voorspeller gezien voor mentale problemen. (Wit et al., 2008) Multi-morbiditeit leidt overall tot een minder goed ervaren gezondheid en kwaliteit van leven. (Theou et al., 2012; Sand & Gruber, 2018; Nielsen & Krasnik, 2010)

De hoge prevalentie van chronische aandoeningen wordt, in combinatie met psychosociale aandoeningen, wel aangeduid als aan veroudering gerelateerde kwetsbaarheid. (Gobbens et al., 2010; Theou et al., 2012; Clegg et al., 2018). Deze kwetsbaarheid wordt gekenmerkt door een toename van lichamelijke beperkingen, meer complicaties tijdens het ziekteverloop en een hoger vroegtijdig sterfterisico. (Bos et al., 2004, Mackenbach et al., 2005; Crimmins et al., 2009;; Kim et al., 2019) Als gevolg hiervan neemt de ADL zelfredzaamheid af en daardoor de zorgafhankelijkheid toe. Daardoor wordt er een groter beroep gedaan op de eerstelijnszorg, het geneesmiddelengebruik, de thuiszorg, de Wmo en het verpleeghuis. (NOOM, 2009; Van Dijk; 2012; Kojima 2018; Kojima 2019)

Bij ouderen met een migratieachtergrond treedt kwetsbaarheid al vanaf middelbare leeftijd op. (Baum et al., 1999; Franse et al, 2018) Het gevolg hiervan is dat ouderen met een migratieachtergrond een groter deel van hun leven (18 tot 19 jaar) meer te maken hebben met beperkingen door chronische ziekten en aandoeningen dan Nederlandse ouderen. (Uysal-Bozkir, 2016; Nielsen & Krasnic 2010). Bovendien is er sprake van een lagere levensverwachting bij ouderen met een migratieachtergrond. Aangetoond is dat de gemiddelde levensverwachting bij ouderen met een migratieachtergrond zeven jaar lager is dan bij ouderen met een westerse en Nederlandse achtergrond (RIVM 2006; Janssen et al., 2018; Uitenbroek 2014).

Overigens wordt er in een aantal Europese landen melding gemaakt van het “Healthy Immigrant” effect, dat tot uitdrukking komt in een relatief lage prevalentie van chronische aandoeningen en relatief hogere levensverwachting van cohorten ouderen met een migratieachtergrond. (Biddle et al. 2007; Kennedy et al., 2015) Verondersteld wordt dat de selectiecriteria van het immigratiebeleid, de voorkeur van immigranten voor een land van vestiging en de mate van assimilatie van immigranten in hun nieuwe vaderland van invloed is op de gezondheidsstatus van immigranten. (Moulian et al., 2014; Malmusi, 2015)

De gezondheidsachterstanden leiden ertoe dat ongeveer een kwart van de Marokkaanse, Turkse en Surinaamse ouderen zich buitengesloten voelt in de samenleving. Ze hebben het gevoel dat ze onvoldoende mee kunnen doen in de samenleving omdat ze een gebrekkige toegang tot zorg en een gebrek aan financiële middelen hebben en dat ze minder zelfredzaam zijn. (Shaw et al., 2006; Couman, 2012; Aydin et al., 2014; Schaafsma et al., 2015; De Ridder et al., 2020). Ook voelt ongeveer de helft van de Marokkaanse ouderen en rond 30% van de Turkse en Surinaamse ouderen zich gediscrimineerd. De ervaren discriminatie wordt als een chronische stressfactor gezien en heeft een negatieve invloed op fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten. (Andriessen et al., 2014)

De beschreven gezondheidsachterstanden van ouderen met een migratieachtergrond hangen samen met een slechte inkomenspositie, gebrekkige gezondheidsvaardigheden als gevolg van laaggeletterdheid en cultuurspecifieke zorgbehoeften en verwachtingen. Terwijl er hierbij sprake is van stapelkenmerken van sociale ongelijkheid (WRR, 2020) is een laag inkomen een dominante factor. (Heijmans et al 2018)

Geraamd wordt dat 40% van de ouderen met een migratieachtergrond onder de armoedegrens leeft (SCP 2018; AFM, 2021). Het SCP (2018) heeft berekend dat een arm huishouden € 2.300 per jaar tekort komt. Omdat dit een mediaan is komt het tekort bij de helft van de huishoudens hoger uit en bij de andere helft lager. Een belangrijke oorzaak van armoede bij ouderen met een migratieachtergrond is het AOW-gat. Een groot deel van de eerste generatie migranten is op latere leeftijd naar Nederland gekomen. Hierdoor ontvangen zij geen volledige AOW- uitkering. Ze maken bovendien beperkt gebruik van de Aanvullende Inkomensvoorziening Ouderen (AIO) die het inkomen aanvult tot het sociaal minimum. Maar ook een laag pensioen als gevolg van een zwakke positie op de arbeidsmarkt en taalbarrières bemoeilijken de toegang tot financiële dienstverlening. Tot slot bevordert het wonen in een achterstandsbuurt, onafhankelijk van sociaaleconomische status, een goede gezondheid niet. (Nielen et al., 2007)

Cultuurspecifieke behoeften en verwachtingen van ouderen met een migratieachtergrond zijn een onafhankelijke determinant van gezondheidsachterstanden. (Van Wieringen, 2014)

Veel Turkse en Marokkaanse en Surinaamse ouderen beschouwen eenzaamheid, angst en depressie als minder ernstig dan bijvoorbeeld lichamelijke beperkingen en zien deze als ongemakken waar je mee moet (leren) leven. Mede hierdoor maken oudere migranten minder gebruik van geestelijke gezondheidszorg.

Ook prefereren migrantenouderen met functionele beperkingen zorg door familieleden in

plaats van de thuiszorg. Ze beschouwen hun familieleden en sociaal netwerk primair als bron van alledaagse hulp. Ondanks de slechtere gezondheidstoestand maken migranten-ouderen minder gebruik van thuiszorg dan Nederlandse ouderen omdat ze de ondersteuning van familieleden verkiezen boven de professionele zorg.

Ook ontstaat makkelijk een impasse in het aanvragen van zorg omdat de ouderen afwachten en ervan uitgaan dat de huisarts thuiszorg zal aanbieden, terwijl de huisarts verwacht dat er voldoende hulp van familie is.

Uit internationale literatuur blijkt dat gezondheidsachterstanden van ouderen met een migratieachtergrond wereldwijd een persistent karakter hebben. In de USA blijkt dat de gezondheidssituatie van Afro-Amerikaanse, Spaans-Amerikaanse en native Amerikaanse ouderen systematisch achterblijft bij die van witte en Aziatische Amerikanen. Ook in Canada blijkt dat gezondheidsachterstanden, armoede en een lagere levensverwachting vaker voorkomen bij etnische minderheden en immigranten met een Aziatische, Arabische, Afrikaanse of native achtergrond (Inuit, Metis en First Nations). In Australië worden gezondheidsachterstanden geconstateerd bij met name Aborigines, Torres en Strait eilandbewoners. (America's Health Ranking 2021; PHAC, 2018; AIHW, 2018)

Gezondheidsongelijkheid bij ouderen met diverse migratieachtergronden wordt uit verschillende theorieën verklaard. Een overall verklaringsmodel is het sociale determinanten concept van de World Health Organization. In dit model worden gezondheidsachterstanden bij migratieouderen uit factoren als gedrag, welzijn en sociaaleconomische status verklaard. (Solar & Irwin, 2010)

Vanuit een gedragsperspectief worden leefstijlkeuzen bepaald door normen, waarden en verwachtingen, die zijn afgeleid van het cultuurpatroon van oudere migranten. Dit kan leiden tot ongezonde leefstijlkeuzen wat betreft voeding, bewegen, roken en alcoholconsumptie (Pampel et al., 2010; Williams et al, 2005) Door acculturatie kunnen culturele gewoonten veranderen omdat migranten zich aanpassen aan het nieuwe cultuurpatroon. (Reus-Pons et al., 2018) Dit kan mogelijk verklaren waarom mensen met een migratieachtergrond een slechtere gezondheid hebben dan mensen zonder een migratieachtergrond. Verondersteld wordt dat migranten de neiging hebben om de slechte gewoonten over te nemen. (Reus-Pons et al., 2018)

Vanuit een welzijns perspectief wordt verondersteld dat discriminatie en stigma kunnen leiden tot gezondheidsongelijkheid. (Johnston & Jordan, 2012; Hatzenbuehler et al, 2013) Ook depressie en angst blijken een negatieve invloed te hebben op gezondheid (Williams et al., 2005). Verondersteld wordt dat een lagere ervaren gezondheidswaarde kan worden verklaard door ontevredenheid met een lage kwaliteit van leven, al dan niet in combinatie met negatieve ervaringen met de woonomgeving. (Williams et al., 2005; Stronks et al., 2013, Entzinger & Scholten, 2014).

Sociaaleconomische status en dan in het bijzonder een laag inkomen, wordt gezien als de belangrijkste determinant van gezondheidsongelijkheid. (Williams et al., 2016; Reus-Pons et al., 2018; Lee et al., 2021) Het verkleinen van inkomensongelijkheid zou kunnen zorgen voor een betere gezondheid, een beter gevoel van welbevinden van migrantenouderen (Pickett & Wilkinson, 2015) en minder gevoelens van sociale uitsluiting. (Bradshaw & Finch, 2003)

DE GEBREKKIGE AFSTEMMING TUSSEN ZORGBEHOEFTE EN ZORGAANBOD

Belemmeringen in de toegang tot de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond hangen net als gezondheidsachterstanden samen met sociaaleconomische ongelijkheid en met de systeemkenmerken van de gezondheidszorg. (McMaughan et al., 2020) Met name de onderliggende ideologie van zelfredzaamheid en marktwerking, de gestandaardiseerde zorgprotocollen en de onvoldoende culturele competenties van zorgmedewerkers laten zich moeilijk verenigen met de culturele diversiteit en de daaraan gekoppelde

behoefte aan zorg van ouderen met een migratieachtergrond. (Hall et al., 2015). Uit een analyse van de gezondheidssituatie en de zorgconsumptie van ouderen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond in de vier grote steden in Nederland blijkt dat culturele diversiteit een onafhankelijke determinant is van toegang tot de zorg. (Fakir et al., 2016) Deze conclusie wordt gedeeld door internationaal onderzoek naar toegang tot de zorg van oudere migranten (Blom et al. 2010).

Een analyse van de afstemming van vraag en aanbod van zorg voor ouderen met een migratieachtergrond toont aan dat oudere migranten een specifiek cultuurspecifiek consumptiepatroon hebben (Van Wieringen, 2008). Het zorggebruik van de huidige generatie ouderen met een migratieachtergrond wordt gekenmerkt door de verwachting van (eerste generatie) ouderen dat kinderen de mantelzorg voor hun rekening nemen. Het gevolg hiervan is dat door deze ouderen relatief weinig gebruik maken van thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuizen (SCP, 2014). Maar ook schaamte om hulp aan te vragen en de gedachte dat ervaren lichamelijke beperkingen geen aanleiding vormen om een beroep op thuiszorg te doen, werkt belemmerend.

Zo is er sprake van geringe deelname aan gezondheidsscreening en preventieactiviteiten. De reden is dat deze gezondheidsinitiatieven migranten minder goed bereiken. (Berkman et al., 2011) Overigens zijn preventieprogramma's, zoals bijvoorbeeld bewegingsstimuleringsprogramma's die op wijkniveau worden aangeboden beter toegankelijk voor oudere migranten.

Het bezoek aan de huisarts, fysiotherapeut en maatschappelijk werker van oudere migranten is bovengemiddeld. Verondersteld wordt dat de hogere frequentie van bezoek aan de huisarts wordt veroorzaakt door het feit dat de zorgvraag niet goed begrepen of beantwoord is. Om medicijngebruik en therapietrouw te bevorderen is het herkennen van laaggeletterdheid en het verbeteren van de gespreksvoering van belang. (Koster et al., 2015; Van der Heide & Rademakers, 2015; Pharos, 2013) Het gebruik van de specialist, het ziekenhuis, de ouderenzorg de thuiszorg en de palliatieve zorg is lager dan gemiddeld. Dit geldt met name voor Turken en Marokkanen en niet voor Surinamers en Antillianen.

De reden is dat ouderen met een migratieachtergrond minder worden doorverwezen. Hierdoor is er een gebrek aan toegang tot de tweede lijn. (Meulenkamp et al., 2010) De toegangsproblemen tot de zorg worden ook door de Patiëntenfederatie geconstateerd voor kwetsbare ouderen in samenhang met een afstemming in de zorgketen en de hulp(-middelen) die via de Wmo beschikbaar wordt gesteld.

De specifieke barrières in de toegang tot de zorg doen zich zowel voor in de eerste en tweede lijn als in de ouderenzorg. Allereerst is er sprake van communicatieproblemen tussen ouderen en hulpverleners als gevolg van taalbarrières. (van Wieringen, 2014) Omdat zorgverlening vraaggericht werkt, betekent een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal een forse handicap voor de vraagarticulatie. Veel ouderen, zeker ook oudere migranten, zijn niet gewend om hulp te vragen. Daarnaast wordt informatie over ziekten en het zorg- en welzijnsaanbod zeer talig aangeboden. Deze barrière doet zich in de hele zorgketen voor en manifesteert zich met name bij diagnostiek, indicatiestelling, aanmeldingsprocedures en doorverwijzingsprocedures. Het leren communiceren van zorgverleners met oudere migranten over cultuur en de context van de hulpvraag kan mogelijk barrières in de communicatie over de zorgbehoefte verminderen. (Van Dijk et al., 2012; Kleinman & Benson 2006; Rohlf et al., 2002)

Naast de taalbarrière is er ook sprake van onvoldoende kennis bij ouderen met een migratieachtergrond van bestaande zorgvoorzieningen. Door deze onwetendheid komen veel oudere migranten bij de verkeerde zorgprofessional terecht. Ook worden communicatieproblemen veroorzaakt door een gebrek aan culturele competenties van zorg-

verleners. Culturele competentie van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt gedefinieerd als 'het vermogen van zorgverleners om effectieve gezondheidszorg te leveren die voldoet aan de sociale, culturele en taalkundige behoeften van hun patiënten' (Harrison et al., 2019). Het Process of Cultural Competence Model (PCCM) dat veelal als referentiekader wordt gebruikt voor het verbeteren van de culturele competentie van zorgmedewerkers, benadrukt dat met name cultureel bewustzijn, culturele kennis, culturele vaardigheden, culturele ontmoetingen en cultureel verlangen (intrinsieke motivatie) van belang zijn om de kwaliteit van cultuurspecifieke zorg te verbeteren. (Ingram et al., 2012)

Een grote groep ouderen met een migratieachtergrond kenmerkt zich door onvoldoende gezondheidsvaardigheden en een ongezonde leefstijl. (Van Wieringen 2014, Heijmans et al 2019). Dat betekent dat ze moeite hebben met het zoeken, begrijpen en gebruiken van informatie om beslissingen te kunnen nemen over gezondheid en een gezonde leefstijl. (Patel et al., 2017; Raza, et al., 2015; Cornelisse-Vermaat & Maassen van den Brink, 2007) Belangrijke oorzaken van onvoldoende gezondheidsvaardigheden zijn het niet beheersen van de Nederlandse taal en laaggeletterdheid. (Buisman et al, 2013, De Greef et al. 2016) Laaggeletterdheid is het moeite hebben met lezen, schrijven en rekenen. Oudere migranten maken 45% van de groep laaggeletterden uit in Nederland, (De Greef, 2013) Oudere Marokkaanse vrouwen zijn in hun moedertaal veelal analfabeet en kunnen dus helemaal niet lezen en schrijven. Laaggeletterdheid heeft invloed op multimorbiditeit (van der Heide & Rademakers, 2015), vroegtijdig overlijden (CBS 2007; Bostock en Step-toe, 2012), een hoger medicijnverbruik (CBS, statline 2017) en onjuist medicatiegebruik (Alhoumoud et al., 2013; Schillinger et al 2004).

De patiëntveiligheid van ouderen die gebruik maken van de zorg fluctueert met de etnische culturele en sociaaleconomische achtergrond. Patiëntveiligheid heeft niet alleen betrekking op meer risico's op bijwerkingen van medische ingrepen en medicatie, maar ook op een verhoogd overlijdensrisico bij ziekenhuisopname en op sociale uitsluiting (Johnston et al., 2009; Baehr et al., 2015, Chauhan et al., 2020). Suurmond et al. (2010) stellen, op basis van kwalitatief onderzoek, dat er drie oorzaken zijn voor patiëntveiligheid van ouderen met een migratieachtergrond. In de eerste plaats communicatieproblemen als gevolg van onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, misverstanden rondom ziekteperceptie en verwachtingen over de behandeling en vooroordelen en stereotypering van ouderen met een migratieachtergrond van zorgprofessionals. Het effect van vooroordelen en stereotypering leidt tot gevoelens van uitsluiting bij ouderen met een migratieachtergrond. (Andriessen et al., 2014; Johnston 2012; Hatzenbueler et al 2013; Andriessen et al.,2020) De onderzoekers concluderen dat de oorzaken van gebreken in de patiëntveiligheid samenhangen met tekortkomingen in de culturele competenties van zorgmedewerkers en dat richtlijnen en nascholing nodig zijn om culturele competenties van hulpverleners te bevorderen. Met name meer aandacht voor gevoelens van uitsluiting van oudere migranten is onontbeerlijk om patiëntveiligheid voor deze specifieke doelgroep te verbeteren.

CULTUURSPECIEKE INTERVENTIES IN DE OUDERENZORG

In de afgelopen decennia zijn er meerdere cultuurspecifieke interventies ontwikkeld met als doel gezondheidsachterstanden en de afstemming van zorgbehoefte en zorgaanbod voor ouderen met een migratieachtergrond te verbeteren. Het is zonder meer duidelijk dat de beleidsmakers, gezondheidszorginstellingen en professionals in de zorg ervan overtuigd zijn dat de toenemende culturele diversiteit in de samenleving vraagt om een betere afstemming van de zorg op de behoeften van migrantenouderen.

Er zijn drie domeinen in de ouderenzorg waar vernieuwingen zijn toegepast; de verbetering van de communicatie tussen migranten en de zorgverleners, de ontwikkeling van

cultuurspecifieke zorgvoorzieningen en initiatieven om via zorgrichtlijnen de kwaliteit van de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond te verbeteren.

Allereerst zijn er initiatieven ontwikkeld om de communicatie tussen migranten en zorgverleners te verbeteren. De toepassing van een aantal nieuwe zorgconcepten voor ouderen met een migratieachtergrond biedt perspectief voor de ontwikkeling van cultuurspecifieke zorgverlening. Deze zorgconcepten worden vanuit de bestaande zorginfrastructuur geïmplementeerd zonder de intentie te hebben de bestaande zorgstructuur te veranderen. Een van die concepten is de invalshoek van de transculturele zorgverlening in de verpleegkunde. (Leininger, 1995). In dit concept wordt benadrukt dat individuele verschillen tussen patiënten, die voortkomen uit hun culturele achtergrond, moeten worden weerspiegeld in de patiëntenzorg. Verondersteld wordt dat de culturele achtergrond van de leefstijl van ouderen het welzijn bepaalt en dat cultuurspecifieke zorg de verpleegkundigen en verzorgenden kan helpen bij het verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg. (McFarland en Wehbe-Alamah, 2018) Vanuit dit concept wordt ernaar gestreefd om de culturele competenties van zorgprofessionals te verbeteren. Het gaat erom dat zorgverleners meer cultureel bewust worden, meer culturele kennis en vaardigheden krijgen alsmede intrinsiek gemotiveerd worden om zorgbehoefte en zorgaanbod op elkaar af te stemmen. Hierdoor wordt het beter mogelijk om de culturele en religieuze normen, waarden, gewoonten en gebruiken en verwachtingen als leidraad voor het zorgaanbod te nemen. (Ingram et al., 2012; Wick & Sharabun, 2017; Harrison et al., 2019) Het concept van de transculturele zorg en zorgcompetenties is in Nederland door professionals in verschillende domeinen van de gezondheidszorg voor ouderen met een migratieachtergrond omarmt. Voorbeelden zijn de geestelijke gezondheidszorg, de palliatieve zorg, de dementie zorg en de zorg voor chronische aandoeningen zoals diabetes type 2, kanker en COPD. (Steunenberg, 2017; Mistiaen, 2011; Els & Knipscheer, 2015; Blom et al. 2010)

Onderzoek naar de effecten van uitvoering van transculturele zorg toont aan dat er sprake is van een toename van de betrokkenheid van artsen en verpleegkundigen bij de cultuur van etnische minderheden waardoor meer respect wordt ervaren en meer rekening gehouden wordt met de culturele diversiteit van zorgbehoeften. Ook wordt duidelijk dat culturele vaardigheden zoals bewustwording en inlevingsvermogen bij zorgmedewerkers in de ouderenzorg toeneemt. Dit neemt echter niet weg dat de richtlijnen voor transculturele zorg vaak onvoldoende specifiek zijn uitgewerkt, de training van zorgmedewerkers niet altijd adequaat wordt vormgegeven en de effecten niet op patiëntniveau worden gemeten, (Collins et al., 2002; Degrie et al., 2017; Carballeira Carrera et al., 2020; Joo & Liu, 2020)

De kritiek op het bevorderen van culturele competenties van zorgmedewerkers is de focus op individuele medewerkers. Het management en de organisatie van het zorgaanbod maken geen onderdeel uit van deze culturele omslag. Dit komt ook tot uitdrukking in het effectonderzoek naar culturele competenties. (Epner & Baile, 2012; Truong et al., 2014; O'Reilly-de Brún et al., 2015; Butler et al., 2016; Kim & Park 2017; Harrison et al., 2019; Curtis et al., 2019)

Een ander zorgconcept dat relevant is voor de ontwikkeling voor cultuurspecifieke zorg is het model van de persoonsgerichte zorg (Kitson, 2018; Beach et al., 2007) Hierbij staan doelen, mogelijkheden en verwachtingen van de patiënt centraal in de zorg en wordt de patiënt als een gelijkwaardige partner van de zorgprofessionals gezien in het besluitvormingsproces over de zorg van ouderen. Persoonsgerichte zorg is dus een verschuiving van een zorgmodel op basis van diagnoses en (voor)oordelen van zorgprofessionals naar een gelijkwaardige benadering op basis van de zorgbehoeften van patiënten en familie. Persoonsgerichte zorg bij ouderen met een migratieachtergrond is onder andere toegepast in de zorg voor mensen met chronische aandoeningen (diabetes type 2, hypertensie,

COPD, dementie), begeleiding bij rouwverwerking, omgaan met levensvragen, eenzaamheid en palliatieve zorg. (Oosterberg et al., 2013; Muijsenbergh et al., 2013; Hootsen et al., 2015; van der Velden, 2018)

Evaluatieonderzoek van persoonsgerichte ouderenzorg voor oudere migranten laat zien dat kennis en inzichten over culturele achtergronden toenemen, maar dat er niet altijd sprake is van een betere kwaliteit van de zorg voor ouderen. (Filler et al., 2020; Renzaho et al., 2013;

Truong et al., 2014) Reviewstudies zijn uitgevoerd waarin verschillende soorten zorginterventies voor migrantenouderen zijn beschreven en vergeleken. Ze hebben verschillende effecten van cultuurspecifieke training onderzocht in een reviewstudie. Cultuurspecifieke competentietraining van zorgmedewerkers heeft effect op bewustwording en vaardigheden, maar niet op de patiëntgerelateerde uitkomstmaten.

Een andere strategie om de behoefte aan zorg en het zorgaanbod beter op elkaar af te stemmen hanteert een zorgconcept dat gericht is op het aanbrengen van veranderingen in de bestaande zorgstructuur door culturele diversiteit te integreren en te verankeren in de zorgketen. Deze aanpak ondersteunt het hulpzoekgedrag van oudere migranten in verschillende fasen van het zorgverleningsproces.

Allereerst worden vertegenwoordigers van de doelgroep, in de vorm van sleutelfiguren, betrokken bij het formuleren van de zorgbehoefte, het geven van specifieke informatie over het zorgaanbod en het in contact brengen met het juiste zorgaanbod. Deze aanpak is een aanvulling op de patiëntenvoorlichting voor migranten, die gericht is op preventie van ziekten en aandoeningen en wordt uitgevoerd door Voorlichters in de eigen taal (VetC). De sleutelfiguren worden gerekruteerd uit de migrantengemeenschap en krijgen een specifieke scholing en een financiële vergoeding. Onderzoek naar sleutelpersonen in de zorg in het project de “Stem van de Oudere Migrant”, in het Engels ook wel aangeduid als multicultural health broker, toont aan dat er doelmatiger gebruik wordt gemaakt van de huisarts en medisch specialisten.

Bovendien vermindert deze aanpak eenzaamheid en zorgt ervoor dat het zorgaanbod beter aansluit op de zorgbehoefte waardoor het gevoel van uitsluiting en discriminatie vermindert.

Hierdoor wordt de ongelijkheid in het zorgsysteem, die mede veroorzaakt wordt door culturele diversiteit, aanzienlijk verminderd. (Ortiz et al., 2011; Natale-Pereira et al., 2011; Verhagen et al., 2013; Steunenbergh et al., 2014; Shommu, et al., 2016)

Daarnaast wordt gestimuleerd om de culturele diversiteit van zorgmedewerkers in de ouderenzorg te bevorderen. Deze gedachte komt voort uit politieke overwegingen om meer culturele diversiteit in de beroepsbevolking in verschillende sectoren na te streven. Hiermee wordt getracht om de beroepsbevolking een betere afspiegeling van de samenleving te laten worden. Om dit beleidsstreven te ondersteunen heeft het Ministerie van VWS in 2020 de Barometer Culturele Diversiteit gelanceerd. Met behulp van deze monitor kan de ontwikkeling van culturele diversiteit in het personeelsbestand van de overheid, het bedrijfsleven en de zorg worden gemonitord. (CBS, 2019)

Daarnaast wordt een toename van de culturele diversiteit als middel gezien om de culturele competentie van zorgverleners te verbeteren. De gedachtegang is dat het aanstellen van zorgmedewerkers met een migratieachtergrond kan bijdragen aan een vermindering van de gezondheidsachterstanden van ouderen met een migratieachtergrond en de afstemming van de behoefte aan zorg en het zorgaanbod kan verbeteren. (Stanford, 2020; Nair & Adetayo 2019; Horvat et al., 2014; Phillips & Malone 2014) Een bijwerking van dit beleid is dat zorgmedewerkers met een migratieachtergrond geconfronteerd worden met racisme (Berdai & Häuser, 2010) en discriminatie (van Anel, 2008).

Tot slot zijn er in de afgelopen decennia ongeveer honderd woon- en zorginitiatieven verspreid over het land ontwikkeld voor oudere migranten. Het gaat om cultuurspecifieke

woongroepen voor ouderen met een specifieke migratieachtergrond, zoals ouderen van Surinaamse of Molukse komaf. Het Kennisplatform Integratie & Samenleving (KIS) voerde een verkenning uit naar deze (woon)zorginitiatieven samen met het Netwerk van Organisaties voor Oudere Migranten (NOOM) en het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Uit het overzicht blijkt dat er een diversiteit aan woongroepen, verpleeghuizen en aanbieders van thuiszorg en dagbesteding in Nederland is ontstaan. (NOOM, 2021)

Tot slot worden cultuurspecifieke zorgstandaarden en richtlijnen gericht op de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond in het algemeen en soms specifiek gericht op de behandeling van ziektebeelden, zoals kanker, dementie, diabetes type 2 of palliatieve zorg, ontwikkeld. De aanleiding om cultuurspecifieke kwaliteitsstandaarden in de zorg te ontwikkelen hangt samen met de valkuilen in de toepassing van zorgstandaarden. In de kwaliteitszorgstandaarden en zorgrichtlijnen zijn algemene aanbevelingen voor het voorkomen, herkennen, diagnosticeren en behandelen van ziekten en aandoeningen opgenomen.

Er bestaat een groot repertoire aan kwaliteitszorgstandaarden beschikbaar voor vrijwel alle disciplines in de zorg, verdeeld over uiteenlopende ziektebeelden via het Zorginstituut Nederland. Van de kwaliteitszorgstandaarden worden individuele zorgplannen en prestatie indicatoren voor de beoordeling van de kwaliteit van de zorg afgeleid. Een belangrijke valkuil is het gegeven dat kwaliteitsindicatoren worden opgesteld op basis van RCT studies, die alleen gegeneraliseerde statements voor gemiddelde populaties opleveren. (Manna, 2006) In de geestelijke gezondheidszorg wordt in dit verband ook wel gesproken over richtlijnen die gericht zijn op de behandeling de WEIRD (Western, Educated, Industrialised, Rich and Democratic) doelgroep in onze samenleving. Per definitie genereren kwaliteitsstandaarden dus geen indicatoren voor specifieke etnische groepen. Het behandelen volgens deze standaarden levert potentieel relatief slechtere uitkomsten op bij etnische groepen. Afwijken van de standaard levert in principe dus geen slechtere zorguitkomsten op bij etnische minderheden. Maar als standaarden belangrijker worden gemaakt door als indicator te dienen voor landelijke kwaliteitsindicatoren, worden standaarden in een multi-etnische wereld wel degelijk paradoxaal. (Manna 2006)

Uit een reviewstudie van Joo & Liu (2021) naar cultuurspecifieke interventies in de USA blijkt dat de richtlijnen voor cultuurspecifieke zorg veelal onduidelijk zijn. Het blijkt weerbarstig om standaard richtlijnen voor dagelijkse zorg te implementeren. Ook ontbreken vaak richtlijnen voor cultuurspecifieke zorg of worden gestandaardiseerde richtlijnen voor cultuurspecifieke zorg nauwelijks nageleefd of geëvalueerd. (Aycinena et al. 2017)

TER AFSLUITING

In deze analyse zijn de oorzaken van gezondheidsachterstanden en onvoldoende afstemming in de vraag en aanbod van de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond beschreven en zijn interventies die een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van deze persistente problemen in kaart gebracht.

De gezondheidsachterstanden bij ouderen met migratieachtergrond worden veroorzaakt door drie maatschappelijke determinanten.

In de eerste plaats heeft armoede een directe invloed op het ontstaan van ziekten, aandoeningen en vroegtijdig overlijden. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn een systeemkenmerk van onze samenleving. De Nederlandse Sociale verzekeringswetgeving draagt hieraan bij. Het gevolg is dat 40% van de ouderen met een migratieachtergrond onder de armoedegrens leeft, al was het alleen maar omdat deze groep geen recht heeft op een volledige AOW-uitkering. De constatering dat een deel van de ouderen met een migratieachtergrond geen gebruik maakt van de Aanvullende Inkomensvoorziening Ouderen (AIO), die zorgt voor een aanvulling op de AOW tot een minimum inkomen, wijst op een ander systeemkenmerk van ons sociale verzekeringsstelsel. Door toepassing van het principe van `non-executing rights` moeten aanvullende inkomensregelingen zelf wor-

den aangevraagd door ouderen.

Door taalbarrières, laaggeletterdheid en gevoelens van uitsluiting wordt er door een substantieel aantal ouderen met een migratieachtergrond geen gebruik gemaakt van deze inkomensregeling.

Onvoldoende aansluiting tussen vraag en aanbod van zorg voor ouderen met een migratieachtergrond hangt samen met vier factoren.

Allereerst leidt de taalbarrière tot onvoldoende toegang tot de zorg.

Ook worden communicatieproblemen bij het vaststellen van zorgbehoeften van ouderen mede veroorzaakt door een gebrek aan culturele competenties van zorgverleners.

Daarnaast is er sprake van onvoldoende kennis bij ouderen met een migratieachtergrond van het bestaande zorgaanbod en is er sprake van specifieke zorgbehoeften en verwachtingen die voortkomen uit verschillende culturele achtergronden.

Het gebrek aan afstemming van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van ouderen met een migratieachtergrond leidt tot gevoelens van afwijzing en uitsluiting bij oudere migranten.

In de afgelopen decennia zijn er meerdere cultuurspecifieke interventies ontwikkeld met als doel om gezondheidsachterstanden en de afstemming van zorgbehoefte en zorgaanbod voor ouderen met een migratieachtergrond te verbeteren. Met name de initiatieven om de zorgbehoefte en het zorgaanbod adequater op elkaar af te stemmen vormen een basis voor de vernieuwing in de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond. Niet alleen stijgt het aantal mensen met een migratieachtergrond van 4.2 miljoen naar 5.4 tot 8.4 miljoen in 2050. Maar ook neemt de culturele diversiteit toe omdat naast de ouderen uit de klassieke migratielanden zoals Indonesië, Suriname, de voormalige Antillen, Marokko en Turkije in 2050 zich ook mensen uit Latijns-Amerika en Azië zullen vestigen in Nederland.

REFERENTIES

- Aichberger, M.C., Schouler-Ocak, M., Mundt, A., Busch, M. A., Nickels, E., Heimann, H.M., Ströhle, A., Reischies, M., Heinz, A., & Rapp, M. A. (2009). Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*, 25(8), 468-475.
- Ahmed, M. Therapietrouw bij patiënten met een niet-westerse afkomst en patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, literatuur review, Pharos, 2013.
- AFM. Nederlanders met een migratieachtergrond .Een verkenning naar de mate van financiële kwetsbaarheid en de relatie met financiële dienstverlening, 2021.
- Alhomoud, F., Dhillon, S., Aslanpour, Z., Smith, F. (2013) Medicine use and medicine-related problems experienced by ethnic minority patients in the United Kingdom: a review. *Pharmacy Practice*; 21(5):277-287.
- AMA. Health literacy and patient safety: Help patients understand. American Medical Association. Manual for clinicians, 2007.
- Andel van, E. Discriminatie in zorg verstoort relatie tussen cliënt en hulpverlener. *Zorg & Welzijn*, 2008.
- America's Health Ranking. Health disparities report, 2021.
- Andriessen, I., Hoegen Dijkhof, J., van der Torre A., van den Berg E. , Pulles, I., Iedema, J., de Voogd-Hamelink, M. Ervaren discriminatie in Nederland II. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2020.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*, 8, (1).
- Aycinena, A.C., Jennings, K.A., Gaffney, A.O., et al. (2017) ¡Cocinar Para Su Salud! Development of a Culturally Based Nutrition Education Curriculum for Hispanic Breast Cancer Survivors Using a Theory-Driven Procedural Model. *Health Education & Behavior*; 44(1):13-22.
- Aydin, N., Krueger, J.I., Frey, D., Kastenmüller, A., Fischer, P.S. (2014) Social exclusion and xenophobia: Intolerant attitudes toward ethnic and religious minorities. *Group Processes & Inter-group Relations*; 17(3):371-387.
- Australia's Institute of Health and Welfare (AIHW) Australia's Health 2018, Canberra 2018.
- Baehr, A., Peña, J.C., Hu, D.J. (2005) Racial and Ethnic Disparities in Adverse Drug Events: A Systematic Review of the Literature. *J Racial Ethn Health Disparities* ;2(4):527-36.
- Baum, A., Garofalo, J.P., Yali, A.M. (1999) Socioeconomic status and chronic stress: does stress account for SES effects on health? *Ann N Y Acad Sci*; 896:131-44.
- Beach, M., Rosner, M., Cooper, L., Duggan, P., and Shatzler, J. (2007). Can Patient-Centered Attitudes Reduce Racial and Ethnic Disparities in Care? *Academic Medicine*, 82(20), 193-198.
- Berdai, S., Häuser, E. & Van Buggenhout, M. Veelkleurige zorg: Over de invloed van de herkomst van zorgverleners op hun relatie met bewoners van woon- en zorgcentra. Antwerpen: Antwerps Minderhedenforum, 2009
- Berdai, S. & Häuser, E. (2010). Veelkleurige ouderenzorg : De invloed van allochtoon zorgpersoneel op de zorgrelatie in woon- en zorgcentra. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 7(3), 132-143.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. (2011) Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*; 155(2):97-107.
- Biddle, N., Kennedy, S., MacDonald, J.T. (2007) Health assimilation patterns amongst Australian immigrants. *Economic Record*; 83(260):16-30.
- Blom, N., Huijts, T., Kraaykamp, G. (2016) Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics. *Soc Sci Med*; 158:43-51.
- Blom, M.B.J., Hoek, H.W., Spinhoven, P., Hoencamp, E., Judith Haffmans, P.M., & Dyck, R. van (2010). Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*; 47:473-490.
- Bos, V., Kunst, A., Keij-Deerenberg, I.M., Garssen, J., Kunst, A.E., Mackenbach, J.P. (2004) Ethnic inequalities in age- and cause-specific mortality in the Netherlands. *Int J Epidemiol*

- ol;33:1112-9.
- Bostock, S., and A. Steptoe. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ* 344:e1602.
- Bovens, M., P. Dekker, W. Tiemeijer, eds. *Gescheiden werelden? Een verkenning van sociaal-culturele tegenstellingen in Nederland*, Den Haag: SCP en WRR, 2014.
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., et al. *Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities*. Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2016.
- Bradshaw, J., & Finch, N. (2003). Overlaps in Dimensions of Poverty. *Journal of Social Policy*, 32, 513-525.
- Braveman, P. (2006) Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*;27(1):167-194.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*; 129 (Suppl 2):19–31.
- Buisman, M., Allen, J., Fouarge, D., Houtkoop, W., & Van der Velden, R. *PIAAC 2012: de belangrijkste resultaten*. 's-Hertogenbosch: Expertisecentrum Beroepsonderwijs i.s.m. het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA), Universiteit Maastricht, n2013.
- Carballeira Carrera, L., Lévesque-Daniel, S., Radjack, R., Moro, M.R., Lachal, J. (2020) Clinical Approaches to Cultural Diversity in Mental Health Care and Specificities of French Transcultural Consultations: A Scoping Review. *Front Psychiatry*;27(11):579147.
- CBS. *Verkenning Bevolking 2050: meer inwoners met een migratieachtergrond*, 2020.
- CBS. *Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau*. Statline, 2017.
- CBS.. *Ervaringen met de Pilot Barometer culturele diversiteit*, 2019.
- Chauhan, A., Walton, M., Manias, E., Walpole, R. L., Seale, H., Latanik, M., Leone, D., Mears, S., & Harrison, R. (2020). The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review. *International journal for equity in health*;19(1):118.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O., Rockwood, K. (2013) Frailty in elderly people. *Lancet*;381(9868):752-62.
- Collins, K.S., Hughes, D. L., Doty, M. M., Ives, B. L. Edwards, J. N., & Tenney, K. *Diverse communities, common concerns: Assessing health care quality for minority Americans*. New York: The Commonwealth Fund, 2002.
- Conkova, N., Lindenberg, J. (2018) *Gezondheid en welbevinden van oudere migranten in Nederland: Een narratieve literatuurstudie*. *Tijdschr Gerontol Geriatrie*; 9:223–231.
- Cornelisse-Vermaat, J.R., Brink, H.M. van den (2007) Ethnic differences in lifestyle and overweight in the Netherlands. *Obesity (Silver Spring)*;15(2):483-93
- Coumans, M. *Sociale uitsluiting, beschrijvende analyses*. Interne CBS-nota, 2012.
- Crimmins, E.M., Kim, J.K., Seeman, T.E. (2009) Poverty and biological risk: the earlier “aging” of the poor. *J Gerontol*; 64:286–92.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D. et al. (2019) Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *Int J Equity Health*;18:174.
- Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx, de Casterlé, B., Denier, Y. (2017) "How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? a systematic review of qualitative research". *BMC Med Ethics*;18(1):2.
- Denktaş, S. *Health and health care use of elderly immigrants in the Netherlands*. Erasmus Universiteit: PhD thesis. 2011.
- Dijk, T., van. *Migranten en de Wmo. Een verkenning naar aanbod, gebruik en toegankelijkheid van informatievoorzieningen, individuele voorzieningen en dagbesteding in de G4*. Pharos, 2012.
- Dijk van, R., Beijers, H., & Groen, S. (red.) *Het Culturele Interview - In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context Deel 2: Beschouwingen Utrecht*: Pharos, 2012.
- Els, H. van, & Knipscheer, J.W. (2015). *Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuur-*

- sensitieve benadering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*;48: 2-29.
- Engelhard, D. Migratie en gezondheid: achtergrond en theorie. In: D. Engelhard (red.), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos,2007.
- Entzinger, H., & Scholten, P. Models of immigrant integration? Between national and local integration policies. In: Martiniello and Rath (Eds). *An introduction to immigrant incorporation studies: European Perspectives*. Amsterdam: Amsterdam University Press,2004.
- Epner, D.E., Baile,W.F. (2012) Patient-centered care: the key to cultural competence. *Ann Oncol*;Suppl 3:33-42.
- Essink-Bot, M.L., Lamkaddem, M., Jellema,P., Nielsen, S.S., Stronks, K. (2003) Interpreting ethnic inequalities in healthcare consumption: a conceptual framework for research. *Eur J Public Health*;23(6):922-6.
- Evandrou ,M. (2000) Social inequalities in later life: the socio-economic position of older people from ethnic minority groups in Britain. *Popul Trends*;101:11–18.
- Fakiri El,F., Bouwman-Notenboom, J. *Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden*. GGD: Amsterdam; 2016.
- Filler, T., Jameel, B. & Gagliardi, A.R. (2020) Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: a scoping review. *BMC Public Health*;20:1013.
- Fokkema ,T., Naderi, R. (2003) Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *Eur J Ageing*;10(4):289-300.
- Fokkema, T., Ciobanu, R.O. Older migrants and loneliness: scanning the field and looking forward. *Eur J Ageing* 18, 291–297 (2021).
- Fouweather, T., Gillies, C., Wohland, P., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.M., et al. (2015) Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in healthy life years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. *Eur J Public Health*;25:978–83.
- Franse ,C,B., van Grieken, A., Qin, L., Melis, R.J.F., Rietjens, J.A.C., Raat, H. (2018) Ethnic differences in frailty: a cross-sectional study of pooled data from community-dwelling older persons in the Netherlands. *BMJ Open*;8(8):e022241.
- Ghorashi, H. *Paradoxen van culturele erkenning. Management van Diversiteit in Nieuw Nederland, Oratie, Vrije Universiteit Amsterdam*,2006
- Gillis, O., Mertens, R. (2008) *Gezondheidsongelijkheid: Armoede schaadt de gezondheid*. CM-Informatie;231:4-16.
- Gobbens ,RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2010 Jun;11(5):344-55.
- Greef de, M., Segers, M., Nijhuis, J. *Feiten & cijfers geletterdheid. Overzicht van de gevolgen van laaggeletterdheid en opbrengsten van investeringen voor samenleving en individu*. Maastricht University 2014.
- Greef de, M., Segers ,M., Nijhuis, J. *Feiten & cijfers geletterdheid 2016; overzicht van de gevolgen van laaggeletterdheid en de opbrengsten van investeringen voor de samenleving en individu*. Stichting Lezen & Schrijven i.s.m. Universiteit Maastricht,2016.
- Gray, A. M. (1982) Inequalities in Health. *The Black Report: A Summary and Comment*. *International Journal of Health Services*, 12(3), 349–380.
- Hall,W.J., Chapman, M.V., Lee, K.M., Merino, Y.M., Thomas ,T.W., Payne,B.K., et al. (2015) Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *Am J Public Health*;105(12):e60–76.
- Harnas, S., Schout, P. *Meldactie ‘ouderen met een kwetsbare gezondheid’*. Patiëntenfederatie Nederland,2017.
- Harrison, R., Walton, M., Chauhan, A. et al. (2019) What is the role of cultural competence in ethnic minority consumer engagement? An analysis in community healthcare. *Int J Equity Health* 18, 191.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.

- Heide, I. van der, Rademakers, J. Laaggeletterdheid en gezondheid: stand van zaken. Utrecht: NIVEL, 2015.
- Heijmans M., Brabers A. & Rademakers J., Health Literacy in Nederland. Utrecht: Nivel, 2018.
- Heijmans, M., Brabers, A., Rademakers, J. Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheids. vaardigheden –Cijfers 2019 Utrecht: Nivel, 2019.
- Heijmans, M., Zwikker, H., Heide, I. van der, Rademakers, J. Kennisvraag 2016: zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht, NIVEL, 2016.
- Heygele ,Y. Baigaimana-hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid van oudere migranten in het kader van het nationaal ouderenprogramma. Utrecht: NOOM,2009
- N. Hootsen, N. Rozema en N.J. van Grondelle (2013). Zorgen voor je ouders is een manier van leven; een kwalitatief onderzoek onder mantelzorgers van Turkse, Marokkaanse en Suri-naamse ouderen met dementie. Utrecht: Pharos.
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).Hulst & Hoff, 2018
- Ingram RR. (2012).Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *J Adv Nurs*;68(3):695-704
- Ikram, U. Z. , Kunst, A. E., Lamkaddem, M., & Stronks, K. (2014). The disease burden across different ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands, 2011-2030. *European journal of public health*, 24(4), 600-605.
- Janssen, F., Kibele, E., Reus Pons, M. et al.(2018) Gezonde levensverwachting op oudere leeftijd: een vergelijking van migranten en niet-migranten in drie Europese landen over tijd. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 49, 232–243.
- Johnston, D. W., & Jordan, G. (2012). Discrimination makes me sick! An examination of the discrimination-health relationship. *Journal of Health Economics*, 31(1), 99-111.
- Johnston, R., Poulsen M., and James Forrest ,J. (2009) Research note—measuring ethnic residential segregation: putting some more geography in. *Urban Geography*;30 (1): 91–109.
- Joo, J.Y., Liu,M.F. (2020) Effectiveness of Culturally Tailored Interventions for Chronic Illnesses among Ethnic Minorities. *Western Journal of Nursing Research*;43(1):73-84.
- Joo,J.Y., Liu,M.F. (2021) Culturally tailored interventions for ethnic minorities: A scoping review. *Nursing Open*: 8(5), 2078-2090.
- Kennedy, S., Kidd, M.P., McDonald, J.T. et al. (2015) The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Int. Migration & Integration*; 6:317–332.
- Moullan Y, Jusot F. (2104) Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *Eur J Public Health*;24 Suppl 1:80-6.
- Kim, Y.P., Choe, Y.R., Park, J.H. et al. (2019) Frailty index associated with all-cause mortality, long-term institutionalization, and hip fracture. *Eur Geriatr Med* 10, 403–411.
- Kim, S.K., Park, M. (2017) Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*;12:381-397.
- Kitson, A,L. (2018) The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nurs Res*;67(2):99-107.
- Kleinman, A. ,& Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competence and how to fix it. *plos Medicine*;3(10):1673-1676.
- Kojima, G., Liljas, A., & Iliffe, S. (2019). Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy. *Risk management and healthcare policy*, 12, 23–30.
- Kojima G, Iliffe S, Walters K. Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2018 Mar 1;47(2):193-200.
- Koster E.S., Philbert D., Bouvy M.L. (2015) Health literacy among pharmacy visitors in the Netherlands. *Pharmaco epidemiol Drug Saf*; 24(7):716-721.
- Kunst, A., Mackenbach, J., Lamkaddem, M., Rademakers, J. & Devillé, W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, ge-

- zondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Studie in opdracht van ZonMw, 2008
- Lee, K., Mauldin, R.L., Tang, W., Connolly J, Harwerth J, Magruder K. (2021) Examining Racial and Ethnic Disparities Among Older Adults in Long-Term Care Facilities. *Gerontologist*;61(6):858-869.
- Leininger, M. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill, 1995.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Lois, MO: Elsevier Health Sciences.
- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health*; 20(1), 49-65.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E. (1997) Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med*;44:757-771
- Mackenbach, J.P., Bos, V., Garssen, M.J., Kust, A.E., (2005) Sterfte onder niet-westerse allochtonen in Nederland, *Ned Tijdschr Geneesk*;149:917-23.
- Malmusi, D. (2015) Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. *Eur J Public Health*;25(2):293-9
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO Europa A review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380, 1011-1029.
- McFarland, M., Wehbe-Alamah, H. *Leininger's transcultural nursing* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education, 2018.
- McGilton, K.S., Sorin-Peters, R., Sidani, S. et al. (2012) Patient-centred communication intervention study to evaluate nurse-patient interactions in complex continuing care. *BMC Geriatr* 12, 61 (2012).
- McKenzie-Green, B., Moghabghab, R., [Bowers, B. \(2012\)](#) Moving the agenda forward: a person-centred framework in long-term care. *International Journal of older people nursing*;7(4): 303-309.
- McMaughan, D.J., Oloruntoba, O. (2020) Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Inter-related Drivers for Healthy Aging *Front. Public Health*;18(8):231.
- Meulen Kamp, T.M., van Beek, A.P.A., Gerritsen, D.L., de Graaff, F.M., Francke, A.L. *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg .Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen.* Nivel/Actiz. 2010.
- Mistiaen, P. F. *Handreiking palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond.* Utrecht: NIVEL, 2011.
- Moyce, S., Lash, R. & de Leon Siantz, M. L. (2015). Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(2), 181-188.
- Muijsenbergh, M., van den, Oosterberg, E. (2013) Patiëntgericht en cultureel competent. *Goe-de zorg voor allochtone patiënten vereist specifieke competenties.* *Ned Tijdschr Geneesk*;157:A5
- Nair, L., & Adetayo, O. A. (2019). Cultural Competence and Ethnic Diversity in Healthcare. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 7(5), e2219.
- Natale-Pereira, A., Enard, K. R., Nevarez, L., & Jones, L. A. (2011). The role of patient navigators in eliminating health disparities. *Cancer*, 117(15 Suppl), 3543-3552.
- Nielen, M., Verheij, R., Bakker, D. de, Devillé, W. *Vooronderzoek verbetering kwaliteit huisartsenzorg in achterstandsgebieden grote steden.* Utrecht, NIVEL, 2007.
- Nielsen, S.S., & Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal Public Health*, 55(5), 357-371.
- Noom. *Overzicht: Cultuur specifieke Zorg en Welzijn initiatieven*, Utrecht 2021.

- Oosterberg, E.H., Devillé, W.L.J.M., Brewster, L.M., Agyemang, C., Muijsenbergh, M.E.T.C. van den., (2013) Chronische ziekten bij allochtonen. Handvatten voor patiëntgerichte zorg bij diabetes, hypertensie en COPD. *Ned Tijdschr Geneesk*;157:A5669.
- O'Reilly-de Brún, M., MacFarlane, A., de Brún, T, Okonkwo, E., Bokanga, J.S.B., Silva, M.M.D.A., et al. (2015) Involving migrants in the development of guidelines for communication in cross-cultural general practice consultations: a participatory learning and action research project. *BMJ Open*;5(9):e007092.
- Ortiz, L. *Advocacy and Social Support: The Multicultural Health Brokers Co-op's Journey towards Equity of Access to Health*, University of Toronto Press, 2011.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual review of sociology*;36:349–370.
- Parlevliet, J.L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M, van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, Schmand B, de Rooij SE. (2016) Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*;31(9):1040-9.
- Patel, N., Ferrer, H. B., Tyrer, F., Wray, P., Farooqi, A., Davies, M. J., & Khunti, K. (2017). Barriers and Facilitators to Healthy Lifestyle Changes in Minority Ethnic Populations in the UK: a Narrative Review. *Journal of racial and ethnic health disparities*;4(6):1107–1119.
- Pharos. *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*, 2013.
- Phillips, J. M., & Malone, B. (2014). Increasing racial/ethnic diversity in nursing to reduce health disparities and achieve health equity. *Public health reports*; 129 Suppl 2(Suppl 2):45–50.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). *Key Health Inequalities in Canada: A National Portrait*, Ottawa, 2018.
- Perissinotto, C.M., Cenzer, I.S., Covinsky, K.E. (2012) Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*;172:1078–84.
- Pickett, K.E. and Wilkinson, R.G. (2015) Income Inequality and Health: A Causal Review. *Social Science & Medicine*; 128:316–326.
- Pharos. *Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV)*, 2019.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS). *Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Den Haag, 2020.
- Raza, Q., Nicolaou, M., Dijkshoorn, H., & Seidell, J. C. (2015). Comparison of general health status, myocardial infarction, obesity, diabetes, and fruit and vegetable intake between immigrant Pakistani population in the Netherlands and the local Amsterdam population. *Ethnicity & Health*;22(6):551–564.
- Razum, O., Zeeb, H., Akgun, H.S., Yilmaz, S. (1998) Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?. *Trop Med Int health*;3:297–303.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*; 381(9873): 1235–1245.
- Renzaho, M.N., Romios, P., Crock, C., Sönderlund, A.L. (2013) The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature, *International Journal for Quality in Health Care*; 25(3):261–269.
- Reus-Pons, M., Mulder, C. H., Kibele, E.U.B., & Janssen, F. (2018). Differences in the health transition patterns of migrants and non-migrants aged 50 and older in southern and western Europe (2004–2015). *BMC Medicine*, 16(57);1–15
- RIVM. *Gezondheidsachterstanden*. In: Hollander, A.E.M. de, N. Hoeymans, J.M. Melse, J.A.M. van Oers en J.J. Polder (red.), *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*: 195–218. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006.
- Ridder, J. den, Campen, C van, Josten, W., Boelhouwer. *De sociale staat van Nederland op hoofdlijnen. Kwaliteit van leven in onzekere tijden*. SCP, 2020.
- Rohlf, H., Loevy, N., Stassen, L. & Helmich, S. *Het culturele inter view*. In R. Borra, R. van Dijk &

- H. Rohlof, Cultuur, classificatie en diagnose. Bohn, Stafleu, Van Lochem, 2002.
- Sand, G., & Gruber, S. (2018) Differences in Subjective Well-being Between Older Migrants and Natives in Europe. *Journal of Immigrant and Minority Health*;20:83–90.
- Schaafsma, J., Krahmer, E., Postma, M. et al. (2015) Comfortably Numb? Nonverbal Reactions to Social Exclusion. *J Nonverbal Behav*;39:5–39.
- Schellingerhout R. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2004.
- SCP. De Sociale Staat van Nederland. 2018. Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag, 2018.
- Shaw, M., Dorling, D. and Davey Smith, G. Poverty, social exclusion and minorities. In: Marmot, M. and R. Wilkinson (eds) *Social determinants of health*. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2006:196–223.
- Schillinger, D., A. Bindman, F. Wang, A. Stewart, and J. Piette. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling* 52(3):315–323.
- SCP, Gezondheid en Welzijn, 2014.
- Shommu, N.S., Ahmed, S., Rumana, N. et al. (2016) Wat is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review. *Int J Equity Health*;15:6.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. (Discussion Paper 2). Geneva: World Health Organization, 2010.
- Stanford F. C. (2020). The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247–249.
- Steunenberg, B. (2017) Palliatieve zorg voor migranten. *Bijzijn XL*;10:20–25.
- Steunenberg, B., Verhagen, I., Wit, N. (2014) Op weg naar cultuursensitieve zorg voor oudere migranten! Opzet en werkwijze van het Stem van de Oudere Migrant project. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*;2: 82–91.
- Stronks, K., Snijder, M.B., Peters, R.J., Prins, M., Schene, A.H., Zwinderman, A.H. (2013) Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study. *BMC Public Health*;13: 402.
- Stronks, K. & Mackenbach, J.P. (2005). Health inequalities. Evaluating the effect of policies and interventions to address the inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *European Journal of Public Health*, 16(4), 346.
- Suurmond, J., Uiters, E., de Bruijne, M. C., Stronks, K., Essink-Bot, M. L. (2010). Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *American Journal of Public Health*;100(S1):113–117.
- Theou, O., Rockwood, M.R., Mitnitski, A., Rockwood, K. (2012) Disability and co-morbidity in relation to frailty: how much do they overlap? *Arch Gerontol Geriatr*;55(2):1–8.
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC health services research*;14:99.
- Uitenbroek, D. (2014) Gezonde levensverwachting bij vijf etnische groepen in Amsterdam. *Tijds. Gezondheids. wetenschappen*;92:105–108.
- Uitenbroek, D.G., Verhoeff, A.P. (2020) Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands. *Soc Sci Med*;54:1379–1388.
- Uysal-Bozkir, Ö. Health status of older migrants in the Netherlands. [phd thesis]. Amsterdam: University of Amsterdam, 2016.
- Verest, W.J.G.M., Galenkamp, H., Spek, B., Snijder, M.B., Stronks, K., Valkengoed van, K. (2019) Do ethnic inequalities in multimorbidity reflect ethnic differences in socioeconomic status? The HELIUS study. *Eur J Public Health*;29(4):687–693.
 - Velden van der, J.H.M. (2018) Persoonsgerichte zorg bij mensen met een migratieachtergrond. *Bijblijven* 34, 207–217.
 - Verhagen, I., Ros, W., Steunenberg, B., Wit de, N.D. (2013) Culturally sensitive care for elderly

- immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands,, BMC Public Health;13:227.
- Watkinson, R.E., Sutton, M., Turner, A.J. (2021). 'Ethnic inequalities in health-related quality of life among older adults in England: secondary analysis of a national cross-sectional survey'. The Lancet;6(3): e145-154.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) Samenleven in Verscheidenheid. Beleid voor de migratiesamenleving, Den Haag, 2020.
- Wick, J.Y., Sharabun, M. (2017) Long-Term Care and Cultural Competence. Consult Pharm;32(1):12-21.
- Williams, W., Priest, N., & Anderson, N.B. (2016). Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: patterns and prospects. Health psychology;35(4):407-411.
- Wieringen, van J. (2014).Wie zorgt voor oudere migranten. De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en oudereen zelf. Pharos.
- Wildeboer Schut, J.M. en S. Hoff. Arme migranten en autochtonen. In: Armoede in kaart: 2018. Sociaal Cultureel Planbureau.2018.
- Williams, W., Dressler, W. W., Oths, K. S., & Gravlee, C. C. (2005). Race and ethnicity in public health research: models to explain health disparity. Annual Review of Anthropology;34:231-252.
- Williams, D.R., Priest,N., Anderson, N.B. (2016) Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: Patterns and prospects. Health Psychol;35(4):407-11.
- Wit de, M.A., Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.J., Gorissen, W.H., Schrier, A.C., Penninx,B.W., Komproe I.H., Verhoeff, A.P. (2008)Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol;43(11):905-12.

Gesprekspartners borging en implementatie leidraad cultuurspecifieke zorg:

Adviesgroep cultuur Raffy-Leystroom, Djamila Santi
TAO of Care, Anne-Mei The
Ben Sajet Centrum, Hetty Vlug
Dialogue Trainer, Michiel Hulsbergen
Aafje Rotterdam, Nalan Safak-Karakus, Karin Tahapary
Mantelzorg NL, Gülay Batman
V&VN, Manon Vander Kaa
Pharos, Carolien Smits
Vilans, Marieke Sterenborg
KIS, Hans Bellaart
ActiZ, Veronique Tubee

Met dank aan:

De vele ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers en vrijwilligers
Stuurgroep: Patricia Bender, Ozgul Uysal-Bozkir, Tineke Fokkema, Mathieu de Greef
Wzc Raffy-Leystroom
Zorgorganisatie Aafje Rotterdam
Lidorganisaties NOOM
Gemeente Amersfoort, zelf-, zorg- en welzijnsorganisaties
Gemeente Assen, zelf- en zorgorganisatie
Gemeente Rotterdam, zelf-, zorg- en welzijnsorganisaties
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport



NOOM

Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten

www.netwerknoom.nl