

1 WAAR EEN WIL IS ZIJN WEGEN. 2 VAN ZORG VOOR ALLOCHTONE OUDEREN NAAR 3 INTERCULTURELE OUDERENZORG

4
5 **Godelieve M. van Heteren**

6 7 **I. Inleiding**

8 Voor wie een eerste indruk wil krijgen van recente initiatieven rond interculturele
9 ouderenzorg in Nederland is de *Nieuwsbrief Allochtone ouderen* van het Nederlands Instituut
10 voor Zorg en Welzijn (NIZW) geen slecht startpunt. Neem het nummer van december 2000.
11 Daarin lanceren het NIZW en het Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling FORUM een
12 digitale marktplaats (Facilitair Netwerk Allochtone Ouderen, www.fnao.nl), waar 'iedereen
13 die zich betrokken voelt bij de problematiek van allochtone ouderen' zich van informatie kan
14 voorzien en kan chatten. Ook vallen er lovende woorden te lezen over het onderzoek van
15 Ibrahim Yerden naar veranderingen in de opvattingen over zorg tussen generaties Turkse
16 migranten en de zorg die Turkse ouderen in Nederland van familie en verwanten ontvangen.
17 Volop aandacht krijgt ook het Pendula project rond intermediairs voor allochtone oudere
18 vrouwen. Daarnaast wordt het initiatief geprezen van een zelforganisatie van oudere
19 Surinaamse vrouwen die andere vrouwen wegwijs maakten op het Internet. Tevens wordt
20 melding gemaakt van een aansprekend overzicht van tien jaar maatschappelijke
21 dienstverlening aan Chinese ouderen, en wijst de Nieuwsbrief op vele congressen en
22 bijeenkomsten. (NIZW, 2000).

23
24 In de wereld van ouderenzorg bestaan dus wel degelijk enthousiaste initiatieven, van mensen
25 die interculturalisatie van zorg als vitale noodzaak zien. Aan persoonlijke goede wil is ook
26 geen gebrek. Rapporten en projectverslagen, brochures, pamfletten en websites zijn er te over.
27 Maar de praktische werkelijkheid blijkt complex en vol ambiguïteit. Kleinschalig initiatief is
28 er genoeg, maar bredere doorvertaling blijft achter. Vele ouderen van allochtone herkomst
29 raken nog steeds tussen wal en schip. De informatievoorziening verloopt gebrekkig, de
30 mantelzorg kalft af, de instellingscultuur blijft weifelend, en vele ouderen kennen zelfs na een
31 dik decennium van voorlichtingsinspanningen het instellingslandschap van zorgvoorzieningen
32 nog te weinig om zelf helemaal hun weg te vinden. Te veel mensen blijven daardoor te lang
33 verstoken van medische of andere hulp.

34 Aanbevelingen voor verbetering zijn er legio, maar het beleid - vooral op instellingsniveau -
35 blijft aarzelend. Niet voor niets dringt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg er in zijn
36 advies van juli 2000 over *Interculturalisatie van de gezondheidszorg* op aan de toegang en
37 kwaliteit van (gezondheids)zorg voor allochtone ouderen nu eindelijk eens meer structureel
38 ter hand te nemen (RVZ, 2000). Nog te vaak verdwijnen goede ervaringen in het niet. Nog te
39 vaak blijkt het wiel steeds opnieuw te moeten worden uitgevonden. Reguliere zorginstellingen
40 werken, alle goede voornemens ten spijt, nog steeds onvoldoende systematisch aan
41 interculturalisatie van de geboden zorg (Olthuis, 2000).

42 Dit drijft sommigen tot wanhoop. Mag het eens uit zijn met de vrijblijvendheid nu in
43 Nederland bijna 300.000 mensen van Turkse herkomst wonen, naast even zovele Surinamers,
44 ruim 250.000 Marokkanen, bijna 100.000 Antillianen, 30.000 Irakezen, 28.000 Somaliërs,
45 28.000 Chinezen, en 360.000 mensen uit verschillende andere delen van Azië, Afrika en
46 Latijns-Amerika? Vele van deze burgers zullen ook hun oude dag in Nederland slijten. Het
47 Sociaal en Cultureel Planbureau telde in 1997 ruim 100.000 allochtone 55+-ers (Factsheet
48 www.fnao.nl, maart 2000). Het wordt ook in de wereld van gezondheidszorg, zorg en welzijn
49 hoog tijd voor volmondige erkenning van deze realiteit.

1
2 De Hollandse molens malen echter langzaam. Desalniettemin lijkt er anno 2001 ruimte te
3 ontstaan voor een meer fundamentele aanpak van interculturele zorg, ook voor ouderen. Op
4 unieke wijze komt een aantal trends en inzichten samen. Het betreft:

- 5
6 • een bloeiende economie;
7 • voortschrijdend maatschappelijk inzicht in het onomkeerbaar multicultureel karakter
8 van Europese samenlevingen;
9 • toenemende politieke bezorgdheid over vergrijzing;
10 • maatschappelijke roep om flexibelere, vraaggerichte zorg;
11 • beleidsmatige interesse in een beter gestructureerd gezondheidszorgstelsel;
12 • en culturele aandacht voor zinvolle invulling van de verschillende levensfasen.

13
14 De economische hoogconjunctuur levert bovendien het nodige 'smeergeld' op dat voor
15 maatschappelijke hervormingen wellicht nodig is. Geld kan ruimte scheppen. Toch is het
16 verraderlijk op geld alleen alle hoop te stellen. Een geëigende vormgeving van interculturele
17 zorg is daarmee zeker niet gegarandeerd. Die hervormingen komen niet van zelf, ook niet met
18 bakken geld, maar vragen gerichte aandacht, helderheid van doelen, uithoudingsvermogen en
19 zelfrelativering. Zulke veranderingen vergen een goed begrip van de kansen en
20 mogelijkheden, maar ook van de obstakels en de typen onderhandelingen die nodig zijn
21 hindernissen uit de weg te ruimen.

22 Daarom zal in de volgende pagina's een kort overzicht worden gepresenteerd van de recente
23 ontwikkelingen in beleid, onderzoek en praktijk van ouderenzorg in een multiculturele
24 omgeving. Zo'n overzicht heeft ook betekenis buiten het veld van ouderenzorg.
25 Ontwikkelingen in de ouderenzorg bieden een vlijmscherpe blik in de keuken van de
26 samenleving. Ouderenzorg is, naast een praktisch werkterrein, ook een feilloze barometer van
27 de werking van onze sociale systemen. Wat daarop momenteel te lezen valt, vormt het
28 uiteindelijk thema van dit artikel. Want dit artikel heeft uiteindelijk maar één doel: de
29 inzichten die bij veel tegenwind zijn opgebouwd door deskundigen in multiculturele
30 ouderenzorg te plaatsen in het centrum van de huidige hervormingsdiscussies rond zorg en
31 welzijn. Daar – is mijn stellige mening – horen ze thuis.

32
33 De indeling van het verhaal is als volgt. Na een korte toelichting op het onderwerp van
34 ouderenzorg als barometer van de veranderingen in sociale systemen (II) zullen in
35 vogelvlucht de recente beleidsinzichten in het thema worden doorgenomen (III). Vervolgens
36 zal een representatieve selectie onderzoeken en aansprekende praktijkvoorbeelden van
37 interculturele ouderenzorg de revue passeren (IV), om hiermee zichtbaar te maken hoe ver het
38 inzicht in interculturele ouderenzorg inmiddels is voortgeschreden. In een slotparagraaf (V)
39 zullen de belangrijkste bevindingen van de rondgang langs beleid, onderzoek en praktijk nog
40 eens kort worden samengevat en een paar conclusies worden getrokken.

41 42 **II. Ouderenzorg als barometer van veranderingen in sociale systemen**

43 De laatste decennia zijn vele sociale wetenschappers tot het inzicht gekomen dat de
44 ervaringen rond ouderenzorg een samenleving ten voeten uit kunnen karakteriseren. Met het
45 toenemen van het percentage ouderen in de meeste westerse landen buigen steeds meer
46 antropologen en ethici, sociologen en politicologen zich over het thema ouderdom en
47 ouderenzorg (Houtepen, 1993) (Coolen (ed.), 1993). Ook sociaal-historici zijn geïntrigeerd
48 geraakt in de studie van het ouder worden in de moderne wereld, als een specifieke wijze van
49 onderzoek van veranderende economie, politiek en sociale ethiek (Bijsterveld, 1996). De
50 vormen van praktische omgang met oudere mensen spreken namelijk boekdelen over de

1 waarden die gemeenschappen toekennen aan mensen in verschillende levensfasen, over de
2 dwang en drang van economisch productiviteitsdenken, over vormen van sociale cohesie en
3 sociaal verval, over verantwoordelijkheidsverdeling, over respect en bothed, over de opbouw
4 en afbraak, toereikendheid en het falen van allerlei sociale instituties en hun formele of
5 informele karakter.

6 De twintigste eeuw, zo stelde de Britse historica Pat Thane onlangs, kan met recht de eeuw
7 van de ouderdom heten. Voor het eerst in de geschiedenis is het voor het gros van de mensen
8 'normaal' geworden een eerbiedwaardige leeftijd te bereiken. Een groter percentage mensen
9 wordt zelfs hoogbejaard. Hiermee zouden ouderen volgens sommigen hun
10 'zeldzaamheidswaarde' hebben verloren en dientengevolge ook hun kans op respectvolle
11 bejegening drastisch hebben zien slinken. Ouderdom in de twintigste eeuw is, volgens Thane,
12 bovendien getekend door extreme ervaringen en verschillen. Sommige ouderen zijn fit en
13 actief, anderen daarentegen vallen ten prooi aan allerlei ziekten en aftakeling. Er zijn puisant
14 rijke ouderen en ouderen die ver onder de armoedegrens leven. Er zijn ouderen met invloed
15 en aanzien en ouderen in volslagen isolement (Thane, 2000, p.617).

16 De twintigste eeuw is daarnaast - vooral in westerse, (laat)industriële landen - gekenmerkt
17 geweest door de opbouw van tal van officiële ondersteuningssystemen voor ouderen. Deze
18 systemen hebben traditionele familie- en burenhulp deels vervangen door professionele
19 structuren. Ze hebben de verhoudingen tussen generaties veranderd, en de relatiepatronen
20 tussen economisch actieven en niet-actieven grondig hervormd. Zo mondde een streven naar
21 meer economische onafhankelijkheid tussen generaties uit in staatsvormen van
22 oudedagsvoorziening en pensioenen, en in inkomenssolidariteit in sociale verzekeringen. De
23 bevordering van algemeen welbevinden van ouderen werd deels in de handen gelegd van
24 specifieke welzijnsinstanties. Daarnaast ontwikkelde zich binnen de medische wereld
25 thuiszorgvoorzieningen en nieuwe klinische specialisaties als geriatrie en
26 verpleeghuisgeneeskunde die het eigene van ouderdomskwalen moesten onderstrepen en
27 grote delen van de zorg een formeel medisch karakter gaven. Hoewel de meeste westerse
28 landen ernaar streefden de nieuwe voorzieningen uiteindelijk voor iedereen gelijkelijk
29 beschikbaar te stellen leert de praktijk dat evenredige toegankelijkheid - om tal van redenen -
30 een probleem blijft.

31 Aan veel voorzieningen voor ouderen liggen aannames ten grondslag over sociale dynamiek
32 en maatschappelijke doelen. Sommige van de veronderstellingen waarop instituties zijn
33 gebouwd dateren uit het begin en midden van de twintigste eeuw. In de laatste decennia van
34 de twintigste eeuw zijn echter nieuwe dimensies van sociale ontwikkeling zichtbaar geworden
35 en is het sociaal ethos gaan verschuiven. Drie invloeden lijken hierbij met name van belang.
36 Allereerst zijn veel burgers in westerse naties meer zelfgericht en veeleisender geworden. In
37 de zorg heeft dit vooral geleid tot grotere nadruk op zelfredzaamheid en (re)activering.
38 Tezelfdertijd is overal in West-Europa de culturele variëteit tussen burgers toegenomen met
39 de komst van diverse groepen migranten. Tot slot is in het kielzog van zulke toenemende
40 demografische diversiteit ook sociale ongelijkheid weer meer geaccepteerd geraakt.

41 Deze forse sociaal-culturele veranderingen leiden op allerlei fronten tot herbezinning. Hoe
42 kunnen sociale systemen van vijftig tot honderd jaar oud nog inspelen op de grotere
43 mobiliteit, diversiteit en eigenheid van mensen anno 2001? Wat is de institutionele vertaling
44 van zelfredzaamheid en autonomie? Kunnen sociale systemen worden aangepast zonder
45 afbreuk te doen aan de doelstelling dat dergelijke systemen naast het bieden van bescherming
46 ook sociale participatie en cohesie dienen te bevorderen? Moet er veel meer
47 verantwoordelijkheid worden teruggelegd bij individuele burgers, en moet maatschappelijke
48 ongelijkheid dan maar als onvermijdelijk bijproduct worden geaccepteerd? Dit zijn de vragen
49 die in debatten steeds weer opklinken. Ook het debat en de praktische ontwikkelingen rond

1 interculturele ouderenzorg zijn van dit sociaal-ethische en sociaal-institutioneel gevecht
2 doortrokken.

3 In wat volgt zullen de meest spraakmakende ontwikkelingen in beleid, onderzoek en
4 praktische zorg met betrekking tot interculturalisatie van ouderenzorg aan bod komen. Op
5 grond van de bevindingen zal de stelling worden betrokken dat de inzichten van pioniers in de
6 allochtone ouderenzorg verre van marginaal zijn en wellicht zelfs model zouden kunnen staan
7 voor het gehele zorg- en welzijnssysteem in Nederland, dat momenteel – zeker met de mond –
8 een ingrijpende hervorming richting vraagsturing belijdt.

10 **III. Beleidsontwikkelingen**

11 In het zorg- en welzijnsbeleid zijn vraagstukken rond allochtone ouderen in Nederland lange
12 tijd geen thema geweest. Toen Chan Choenni en Carel Tenhaeff in 1984 een lans braken voor
13 de oudere Surinamers maakten ze deel uit van een kleine groep roependen in de woestijn
14 (Nelissen, 1997: 9). In minderhedennota's, monitors en meerjarenplannen werd het blikveld
15 bepaald door de arbeidsmarktsituatie van migranten, huisvesting, de perikelen rond
16 gezinshereniging, inburgeringskwesaties of discussies over onderwijsvarianten. Het beleid was
17 sterk gericht op de jonge en middelbare burgers die migranten veelal waren. Bovendien
18 gingen beleidsmakers er lange tijd van uit dat de 'gastarbeiders' van de jaren zestig en
19 zeventig na een arbeidzaam leven weer terug zouden keren naar hun landen van herkomst.

20 Midden jaren tachtig groeide echter het besef dat dit beleidsperspectief nodig moest worden
21 bijgesteld. Op verschillende plaatsen: in wijkcentra, bij steunpunten, in GGDs, in sommige
22 gemeenten en provinciale instanties zag men aankomen dat het aantal allochtone 55+ers, die
23 op dat moment vaak nog slechts 5% van de eigen migrantengroeperingen uitmaakten, in de
24 jaren daarna zou verviervoudigen. Gegevens uit het *Survey Sociale Positie en*
25 *Voorzieningsgebruik van Allochtonen* (SPVA) van het Rotterdamse Instituut voor
26 Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO) uit 1991 wezen in dezelfde richting.

27 De situatie van sommige groepen ouder wordende allochtonen begon de aandacht van de
28 media te trekken. Zo wijdde NOS-Educatief in 1987 een voorlichtingsfilm *Ouder worden in*
29 *den vreemde* aan Turkse en Marokkaanse ouderen. De Islamitische Omroep Stichting zond in
30 1990 de documentaire *Oud worden ver van huis* uit. Het Centrum Buitenlanders Rijn en Lek
31 lanceerde in 1991 *Op eigen benen*, een voorlichtingsfilm over Nederlandse zorgvoorzieningen
32 voor oudere Turkse en Marokkaanse mensen, die in Gouda, Leiden en Alphen aan de Rijn
33 werd uitgetest.

34 In 1991 kwamen verschillende geïnteresseerden in allochtone ouderenzorg samen tijdens het
35 symposium *Tussen wal en schip* in 1991, georganiseerd door het Nederlands Instituut voor
36 Zorg en Welzijn (NIZW). Daar signaleerde men dat door het afkalven van traditionele
37 zorgpatronen en mantelzorg en gebrekkige kennis van professionele voorzieningen de
38 zorgsituatie voor de snel ouder wordende groep migranten er niet bepaald rooskleuriger op
39 werd (Bedaux & Massaro, 1995). Het symposium was voor het toenmalige ministerie van
40 WVC (dat met zijn directoraat Ouderenbeleid de regie over dit beleidsterrein ambieerde)
41 aanleiding het NIZW te vragen een programma te starten om lokaal ouderenbeleid te
42 ontwikkelen dat ook goed zou zijn afgestemd op allochtone ouderen (Tenhaeff, 1999) (NIZW,
43 1993-1997) (Van den Bergh, 1996) ('s Jacob, 1996). Binnen de programma's *Oudere*
44 *migrant en voorzieningen* (tot 1996) richtte het NIZW zich vooral op voorlichting, het
45 ontwikkelen van dienstverleningsvormen, scholing van beroepskrachten en internationale
46 samenwerking met andere Europese landen met vergelijkbare migratievraagstukken
47 (Tenhaeff, 1999: 14) (zie ook: Meneses, 1988; Van Mechelen, 1993; Prakken, 1993; van den
48 Bergh, 1995).

49 In de navolgende jaren bleven de nationale beleidsmakers vertrouwen op lokaal initiatief.
50 Deze lokale inzet vond ook weerklank. Van Hengelo tot Rotterdam ontstonden lokale

1 projecten om zorgvoorzieningen voor allochtone ouderen te verkennen. Een inventarisatie van
2 zulke initiatieven, begin jaren negentig voor het NIZW samengesteld door Petra van
3 Mechelen en uitgediept door Joanka Prakken, weerspiegelt de typen projecten die in die jaren
4 werden geëntameerd (van Mechelen, 1993) (Prakken, 1993). Er werden bijeenkomsten belegd
5 om behoeften te peilen, aantallen ouderen in kaart te brengen, instituties tegen het licht te
6 houden. Sommige gemeentelijke en provinciale instanties, lokale steunpunten en instellingen
7 voor zorg en georganiseerd bejaardenwerk vormden in deze speurtocht een voorhoede. Zo
8 kwamen bijvoorbeeld in Zuid-Holland op aandringen van zes gemeenten dagverzorgings- en
9 thuiszorgprojecten tot stand voor Molukse ouderen. De provincie Utrecht verrichtte een brede
10 verkenning naar de omvang en positie van allochtone ouderen in haar regio (Meijers, 1992),
11 terwijl men op wijkniveau gewoon aan de slag ging, zoals in Utrecht-West waar het
12 dientencentrum een project Oudere migranten startte. De provincie Noord-Holland
13 subsidieerde inventarisaties van zorgbehoeften en zorgaanbod voor met name Turkse ouderen
14 in Zaanstad (de Boer e.a., 1994), en betaalde ook pilots voor arbeidsmarkttoeleidingsprojecten
15 van allochtone medewerkers in de zorg (Dimitrov, 1996). In Randstadgemeenten als
16 Amsterdam, Den Haag en Rotterdam deed men behoeftepeilingen en stimuleerde series
17 projecten (van Toorn, 1994). De lokale overheden troffen zelforganisaties als de Landelijke
18 Werkgroep Chinese Ouderen, de Turks-Islamitische Ouderenbond en het Landelijk
19 Informatiepunt Zuid-Europeanen LIZE op hun weg, die inmiddels ook de noodklok luidden
20 over het isolement waarin sommige allochtone ouderen dreigden te raken (Brand e.a., 1991)
21 (LIZE, 1991) (Prakken, 1993, pp.65-74).

22 Hoewel de landelijke overheid het zwaartepunt bij lokale partijen legde, vonden de lokale
23 initiatiefnemers wel steun in de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid die al sinds 1988 in
24 touw was om ouderenbeleid in Nederland landelijk handen en voeten te geven. In 1993
25 adresseerde dit orgaan ongevraagd het advies *Kleur Bekennen* aan het Ministerie van WVC,
26 voorafgegaan door enkele voorstudies (Nefs, 1993) (Voorlopige Raad voor het
27 Ouderenbeleid, 1993). De Raad vroeg nadrukkelijk aandacht voor het feit dat naar verhouding
28 vele allochtone ouderen in een zeer kwetsbare positie verkeerden, niet alleen op het terrein
29 van arbeidsparticipatie, inkomen en opleidingsniveau, maar ook qua woonsituatie, gezondheid
30 en sociale participatie. Mensen die 'in den vreemde' ouder werden konden bovendien vaak
31 minder dan zij gewend waren hun kennis en kunde aan jongere generaties overdragen, en
32 misten ook andere bronnen van respect, aldus de Raad. De Raad mikte op een integrale
33 aanpak van allochtoon ouderenbeleid en plaatste een klemmende oproep aan gemeenten plaats
34 in te ruimen voor dit beleid. Met betrekking tot (gezondheids) zorg pleitte de Raad voor meer
35 interculturele opleiding van hulpverleners, het versneld trainen van allochtone vrouwen tot
36 hulpverlener, betere afstemming van instellingsbeleid in samenspraak met allochtone
37 zelforganisaties, en waar nodig zorgaanbod op maat (Voorlopige Raad voor het
38 Ouderenbeleid, 1993).

39 In de nota *Kleurrijk grijs* gaven diverse ministeries een jaar later hun reacties. Hieruit bleek
40 dat men nog steeds primair op lokaal niveau wilde komen tot een integrale aanpak van zorg-
41 en dienstverlening. Pas later zou dit beleid landelijk kunnen worden uitgebreid (Ministerie
42 WVC e.a., 1994) (Tenhaeff, 1999: 14). Wel werd breed overleg gevoerd met de Landelijke
43 Advies- en Overlegstructuur Minderhedenbeleid (LAO), het Gemeenschappelijke Beraad
44 Ouderenvoorzieningen en diverse ouderenorganisaties. Opnieuw kreeg het NIZW de opdracht
45 dit lokaal samenhangend beleid te helpen vormgeven. Dit leidde in 1995 tot de aanloop naar
46 het project *Waardig oud worden in Nederland*.

47
48 Het credo in vele overheidsbeleidsvoornemens was midden jaren negentig: algemeen beleid
49 waar mogelijk, specifiek alleen waar nodig. Men zag allochtone ouderenbeleid als 'aanvullend
50 beleid', en nadrukkelijk niet als breekijzer om bestaand beleid eens grondig mee te

1 reorganiseren. Deze opstelling van de overheid bleek overduidelijk tijdens een serie
2 rondetafelgesprekken die het ministerie van Binnenlandse Zaken (onder Hans Dijkstal) in
3 het voorjaar van 1996 op touw zette met als doel het minderhedenbeleid op alle fronten bij de
4 tijd te brengen. Op 8 mei 1996 stond de zorg voor ouderen op de agenda. Deskundigen uit
5 wetenschap, beleid en praktijk bogen zich over de vraag met welke aanpak een snel groeiend
6 aantal allochtone ouderen het best zou zijn gediend. De verhouding tussen algemeen beleid en
7 specifieke maatregelen werd opnieuw verkend. De overheid sloot categoriale maatregelen niet
8 uit, maar was huiverig voor 'te veel' specifieke aanpak. Zij benadrukte het belang van
9 algemeen beleid en integrale voorzieningen, die voor iedereen toegankelijk zouden moeten
10 zijn.

11 Woordvoerders uit gezondheidszorg- en welzijnskringen wierpen tegen dat gelijke toegang tot
12 voorzieningen in de praktijk een fabel was. Oudere migranten vielen nog steeds buiten de
13 boot. Zij kenden het aanbod van zorg in Nederland vaak slecht. De overheid had de
14 ouderwordende migranten jarenlang veronachtzaamd en was nog steeds weinig op de hoogte
15 van hun wensen. Zorginstellingen stoelden hun interne huishouding nog grotendeels op
16 traditioneel Nederlandse, deels christelijke waardepatronen en waren daarmee vaak ook niet
17 echt ingericht voor groepen met andere religieuze overtuiging of culturele gewoonten.

18 Integratie vraagt diversificatie, beklemtoonden de deskundigen. Het ouder zijn was geen
19 statisch gegeven. Zorg-op-maat was dus ook geen vrijblijvende slogan, maar een keiharde,
20 continue opdracht met onvermijdelijke gevolgen voor de manier waarop instituties zouden
21 moeten worden ingericht. De starheid van allerlei overheidsmaatregelen en het bureaucratisch
22 karakter van vele instellingsculturen was menigeen een doorn in het oog. Grotere flexibiliteit
23 was op alle fronten dringend gewenst, ook omdat de problemen van de eerste generatie oudere
24 migranten hoogstwaarschijnlijk een heel ander karakter zouden hebben dan de vragen en
25 behoeften van ouderen in navolgende generaties. Sociaal-economische achtergronden,
26 taalbarrières en opleidingsniveaus zouden van generatie tot generatie danig kunnen
27 verschillen.

28 De uitdaging, zo luidde de conclusie uit het veld, lag daarom niet in het vinden van
29 standaardpakketten of simpele aanvullende lapmiddelen, maar in het veel diepgravender
30 inrichten van vormen van zorg die recht zouden doen aan de groeiende heterogeniteit van
31 mensen wat betreft hun individuele wensen, culturele beleving, religieuze overtuigingen of
32 graad van maatschappelijke integratie. Autochtoon of allochtoon, veelvormigheid van
33 zorgpraktijken was sowieso de trend voor de toekomst. Waarom dan gewoon niet
34 experimenteren met vormen van pendelmigratie of tijdelijke remigratie; waarom geen
35 proeven met allerlei nieuwe financieringsvormen die individuele variaties van zorg zouden
36 kunnen helpen ondersteunen, waarom instellingen niet beloofd die multiculturele zorg echt
37 vorm wisten te geven? Het is fascinerend te zien dat de discussies over vraagsturing, die anno
38 2001 het politieke debat over zorg in Nederland domineren, in de debatten over zorg voor
39 allochtone ouderen dus al veel langer hoorbaar waren!

40
41 Toch leek men midden jaren negentig beleidsmatig niet veel verder te komen. Het nieuwe
42 Grote-Stedenbeleid, dat werd in gezet, veranderde de typen inspanningen niet wezenlijk. Men
43 zette aangegane projecten gewoon op lokale leest voort. De fragmentering van
44 zorginstellingen voor ouderen zoals deze historisch in Nederland is gegroeid was verder debet
45 aan de stagnatie. Zorg aan ouderen was te zeer verkaveld over dienstencentra en andere
46 instellingen voor gecoördineerde maatschappelijke dienstverlening, huisartspraktijken,
47 woonzorgcomplexen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorgarrangementen,
48 ziekenhuizen en psychiatrische instellingen. Tussen instellingen sloot de zorg vaak niet goed
49 aan. Ingeslepen gewoontes, verouderde regelgeving en uiteenlopende financieringsvormen
50 stonden en staan flexibele zorg voor ouderen dikwijls in de weg. Deze verbroekeling was

1 hinderlijk voor grote groepen zorgvragers en hielp ook niet mee de weerstand die bij sommige
2 groepen allochtone ouderen tegen ouderinstellingen bestond weg te nemen. Bovendien
3 werd binnen de ouderenzorg sedert de jaren tachtig op alle fronten een zorgverzwaring
4 merkbaar: er kwamen meer hoogbejaarde mensen, meer ouderen met multiële aandoeningen,
5 meer ouderen met psychogeriatrische problematiek. Verzorgingshuizen hadden weinig plek,
6 zaten steeds vaker vol met bewoners, die verpleeghuiszorg behoefden.
7 In reactie op de steeds nijpender gevoelde barrières en kraptes, woerden bestuurders met
8 ‘ontlastende maatregelen’. Men ontwikkelde flankerend beleid om ouderen zo lang mogelijk
9 ‘thuis’ te laten wonen. Verzorgingshuizen experimenteerden met een ‘wijkfunctie’ en
10 woonzorgcomplexen, verpleeghuizen probeerden in verzorgingshuizen ‘verpleeghuiszorg’ te
11 bieden. Jammer genoeg zagen weinig bestuurders aanleiding om deze algemeen gevoelde
12 druk tot verandering en meer flexibiliteit ook eens systematisch te doordenken vanuit het
13 oogpunt van culturele diversiteit. Nog midden jaren negentig gaf het gros van de
14 zorginstellingen bij een NIZW enquête aan eigenlijk geen behoefte te hebben aan
15 interculturele deskundigheidsbevordering of interculturalisatie van hun zorgaanbod (Van den
16 Bergh, 1995, p. 45) Er waren midden jaren negentig ook nauwelijks identiteitsgebonden
17 instellingen voor allochtone ouderen. In 1996 telden Tenhaeff en Hanrahan binnen de
18 verpleeghuiswereld slechts vijf identiteitsgebonden tehuizen voor Indische Nederlanders, één
19 huis voor Molukse ouderen in Breda en één voor Surinamers in St-Michielsgestel. De brede
20 trend de financiële schotten tussen diverse zorgvormen te slechten en te experimenteren met
21 meer diversiteit, b.v. in woonzorgcombinaties, zette ondertussen wel door. Maar voorstanders
22 van interculturalisatiebeleid sloten nog niet massaal op deze nieuwe bewegingen in de zorg
23 aan.

24
25 En dus bleef grootschalige interculturalisatie van ouderenzorg achterwege. De meer recente
26 overzichten van beleid gericht op allochtone ouderen, zoals de rapportage Minderheden van
27 het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) uit 1998 bevestigen dit beeld (Tesser e.a., 1998).
28 Het SCP moest opnieuw erkennen dat er geen sluitende gegevens voorhanden waren over
29 zorggebruik door allochtone oudere patiënten. Wederom constateerde men dat er tussen
30 minderheidsgroeperingen grote onderlinge variatie bestaat. Opnieuw wees men er op dat de
31 meeste allochtone ouderen hun weg naar de huisarts, de sociale raadsman en ziekenhuizen
32 wel weten te vinden, maar van allerlei andere voorzieningentypen nog maar mondjesmaat op
33 de hoogte zijn. En nog steeds signaleerde men ‘een forse mismatch’ tussen zorgbehoeften van
34 allochtone ouderen en het zorgaanbod van instellingen. Om nog maar te zwijgen van de
35 bekende onduidelijkheden die er op andere niveaus nog bleken te heersen. Grote groepen
36 allochtone ouderen zouden zich vaak minder gezond voelen maar dat - gemeten aan
37 biomedische maatstaven niet altijd zijn. Met name bij Turkse ouderen en Marokkaanse
38 ouderen viel het onderzoekers op dat de subjectieve beleving van hun gezondheid sterk
39 afweek van wat met biomedische maat kon worden vastgesteld. Specifieke factoren als stress
40 ten gevolge van migratie en terugkeerverlangens, een hoog percentage werkloosheid en
41 arbeidsongeschiktheid, belastende arbeidsomstandigheden in vroeger werk,
42 voedingspatronen, erfelijke belasting door huwelijken binnen families vormden volgens de
43 onderzoekers zeker een bedreiging voor iemands gezondheid en welzijn, vooral in combinatie
44 met een ongunstige sociaal-economische situatie en een laag opleidingsniveau. Maar voor
45 westerse onderzoekers was het niet altijd mogelijk hierbij een 'ziekte' vast te stellen (Tesser
46 e.a., 1998, pp. 164-71). Kortom, de meeste diagnoses die reeds eind jaren tachtig waren
47 gesteld ten aanzien van ouderenzorg in een multiculturele omgeving weerklonken in het SCP
48 rapport van tien jaar later opnieuw.

49 De kritiek op de traagheid van verandering zwelt echter aan. Op vragen in de Tweede Kamer
50 van PvdA-Kamerleden Ch. Arib en W. Gortzak (PvdA) naar wat de overheid denkt te doen

1 aan hulpvoorzieningen voor allochtone ouderen, zegde staatssecretaris Vliegthart van VWS
2 in het najaar 2000 een pakket maatregelen toe. Zij gaf aan de sociaal-economische en
3 financiële zelfstandigheid van allochtone ouderen te willen bevorderen, de concrete
4 mogelijkheden en talenten van migranten te stimuleren opdat men 'zoveel mogelijk de regie
5 over het eigen leven in handen kan nemen'. De staatssecretaris betoogde fors en langdurig te
6 willen inzetten op intensieve individuele toeleiding naar duurzame werkgelegenheid, een
7 landelijk dekkend netwerk van toegankelijke zorg- en welzijnsvoorzieningen, een strategisch
8 personeelsplan voor alle geledingen van de zorg en flankerende maatregelen zoals
9 bijvoorbeeld experimenten met pendelmigratie. (<http://www.fnao.nl/kamervragen.htm>). Maar
10 na deze fraaie toezeggingen heerst er volgens betrokkenen in het veld in de eerste helft van
11 2001 op het beleidsfront opnieuw een verpletterende stilte.

12
13 Is de recente geschiedenis van allochtone ouderenzorg er dan vooral één van beleidsmatige
14 marginaliteit en kleinschalig initiatief dat in het niet verdwijnt? Die cynische constatering lijkt
15 voor de hand te liggen. Toch is ze niet terecht. Voor een andere, meer genuanceerde
16 interpretatie is nodig dat je de diverse onderzoeken en praktijkprojecten op het terrein van
17 interculturele ouderenzorg in meer detail bekijkt. Wie dat doet, ziet het voortschrijdend
18 inzicht dat zich in de (onderzoeks)praktijk van zorg voor oudere migranten aftekent. Dit
19 inzicht - is mijn stelling - heeft grote relevantie voor het hele zorgveld. Daarover handelt de
20 volgende paragraaf.

21

22 **III. Voortschrijdend inzicht in de praktijk: van zorg voor allochtone ouderen naar** 23 **interculturele ouderenzorg**

24 De zoektocht naar goede vormen van ouderenzorg in een multiculturele omgeving heeft wel
25 degelijk iets opgeleverd. Met een handvol voorbeelden wil ik laten zien dat er onder de
26 oppervlakte van schijnbaar traag beleid op diverse plekken in onderzoek en praktijk een
27 fundamentele verandering in denken en handelen heeft plaatsgevonden: een omslag van 'zorg
28 vóór allochtone ouderen' naar 'interculturele ouderenzorg'. Op meerdere plaatsen is allengs het
29 inzicht gegroeid dat onder zorgvraag, zorghandelingen en zorgstructuren altijd culturele en
30 morele noties leven die bespreekbaar gemaakt moeten worden en voortdurend voorwerp van
31 onderhandeling kunnen zijn. Op die pioniers-plekken is begrepen dat volwassen zorg in een
32 multiculturele omgeving *interculturele zorg* is, die vraagt om wederkerigheid, wederzijds
33 respect en continue betrokkenheid, om hart voor verhalen, om begrip voor verschillen en om
34 een franke omgang met de onvermijdelijke misverstanden, botsingen en conflicten. Pioniers
35 als Henny Nelissen, Yolande van den Brink of Jan Booi hebben de laatste vijftien jaar deze
36 inzichten sterk aangescherpt en vertaald in veranderings- en organisatiemodellen, waarmee
37 andere instituties in de zorg hun voordeel zouden kunnen doen.

38

39 Je kunt in deze recente ontwikkelingsgang enkele fasen onderscheiden.

40 *Zo vonden vanaf het midden van de jaren tachtig vooral de hierboven beschreven *lokale*
41 *inventarisaties* plaats: aantallen allochtone ouderen, hun behoeften, hun woon-werk en
42 leefsituaties, beschikbare deskundigheden en deskundigheidsbehoeften in de zorg werden in
43 kaart gebracht.

44 *Dergelijke verkenningen sloten meestal direct aan op allerlei *praktische pogingen lokaal te*
45 *zoeken naar oplossingen voor een concrete zorgvraag*: in voorlichting, in wat hand en
46 spandiensten, in een eigen plek voor ouderen, in dagopvang etc. (van Mechelen, 1993;
47 Prakken, 1993).

48 *Al doende stuitten onderzoekers en hulpverleners ook op de *ervaringen en verhalen van*
49 *allochtone ouderen*. Vanaf begin jaren negentig verschenen er meer beschrijvingen van de
50 culturele achtergronden en geschiedenissen van verschillende migranten waarin ook

1 verschillen in zorgopvattingen en de emotionele kanten van het ouder worden nadrukkelijker
2 aandacht begonnen te krijgen. Zo bood het onderzoek *Getint Grijs. Allochtone ouderen in*
3 *Amsterdam* (Beljaarts & Verweij, 1995) al meer migratie-achtergrond en cultureel inzicht in
4 de diverse groeperingen in de hoofdstad. Nog gedetailleerder hadden Robinson e.a. in *Oud in*
5 *den vreemde* (1992) gepoogd de belevingswerelden van Indische en Molukse ouderen, van
6 Surinaamse ouderen, Chinese en Marokkaanse ouderen - in al hun onderlinge variatie - meer
7 in de schijnwerpers te zetten. Thema's als het tussen-meerdere-werelden-zijn, het heimwee
8 naar een geboorteland, het remigratie-dilemma, de zorgverwachtingen ten aanzien van
9 kinderen, de zorgplicht, het losgezongen zijn van familie, de moeilijkheden informele zorg te
10 krijgen, naast de vaak afwerende opvattingen ten aanzien van Nederlandse zorginstellingen,
11 kregen hier een plaats. Tegelijkertijd werd ervoor gewaakt niet door te schieten in culturele
12 clichés en recht te blijven doen aan alle individuele variatie en verschillen in
13 migratiegeschiedenis.

14 *Een aantal onderzoekers maakte zich vervolgens sterk voor *internationalisering van het*
15 *vergelijk*: ervaringen en verhalen werden internationaal uitgewisseld en getoetst, waaruit ook
16 het typische van de Nederlandse zorgcultuur bleek. Een interessant voorbeeld zijn de
17 seminars die door het European Network on Ageing and Ethnicity (ENEA) in 1996 en 1997
18 in Gent en Maastricht werden georganiseerd. Hier troffen ouderen en een internationale groep
19 deskundigen op het terrein van intercultureel ouderenbeleid elkaar om ervaringen te verhalen
20 (Klinkers, 1998) en de verschillende beleidslijnen in acht Europese landen tegen het licht te
21 houden (Patel & Mertens, 1998).

22 *Een volgende fase betrof allerlei pogingen de *nieuwe inhoudelijke inzichten ook*
23 *organisatorisch door te vertalen, in onderwijsmaterialen, in zorgarrangementen, organisatie*
24 *en personeelsbeleid*. De NIZW ontwikkelde tussen 1994-1996 de voorlichtingsmethode
25 *Ouder worden in Nederland*, die in meerdere talen beschikbaar kwam. In de stapsgewijze
26 ontwikkeling van deze methode realiseerde men zich waar misverstanden op de loer lagen en
27 hoe hoog de drempels in sommige instellingen nog waren. Zo constateerde Rian van den
28 Bergh in een rondgang langs verschillende onderwijs- en zorginstellingen grote verschillen in
29 toegankelijkheid voor allochtone ouderen. Van thuiszorg maakten begin jaren negentig alleen
30 Marokkaanse ouderen geregeld gebruik, anderen niet. Chinese ouderen bleken thuiszorg
31 nauwelijks te kennen. Ook verzorgingshuizen werden als typisch Nederlands gezien, slechts
32 2% van de allochtonen boven de 65 jaar zou van verzorgingshuizen gebruik maken.
33 Verpleeghuizen werden gezien als 'inferieure bewaarplaatsen'. Het best bekend waren nog de
34 huisarts en sommige GGDs (Van den Bergh, 1995). Instellingen toonden zich ook niet erg
35 open: 'allochtone ouderen kloppen nog niet aan de deur', was daar het vaakgehoorde
36 argument. Zoals Utrechts provinciaal medewerker T.A. Meijers het verwoordde: 'Het blijkt
37 heel moeilijk te zijn om zo'n Nederlandse instelling open te breken. Voor zo'n instelling
38 betekent het toch, dat je ruimte inlevert voor een groep waarvan je nog niet weet welke
39 verdere eisen die op den duur gaat stellen.' (T.A. Meijers in Prakken, 1993, pp.22-23). In
40 grote integrale projecten als het project Waardig Oud worden in Nederland (WIN) (1996-98)
41 en pilotprojecten als Vice Versa werd duidelijk hoe lastig het ontwikkelen van een
42 samenhangend aanbod van voorzieningen kan zijn (Foolen e.a., 1997) (Lensen., 1998)
43 (Tenhaeff e.a., 1999). In het WIN-project werd op vier locaties (Arnhem-Noord, Transvaal in
44 Den Haag, De Baarsjes in Amsterdam en Breda Noord-Oost/Zuid-West) getracht een
45 samenhangend aanbod van voorzieningen te scheppen op het gebied van wonen, welzijn en
46 zorg. De projectresultaten waren zeer divers en varieerden van consumentenpanels tot
47 kadervorming van zelforganisaties van diverse etnische komaf, van de ontwikkeling van
48 kleinschalige woon-zorg-voorzieningen en groepswooningen tot het organiseren van een
49 islamitische begraafplaats. Alle initiatieven werden door een projectgroep begeleid en tot
50 stand gebracht in nadrukkelijke samspraak tussen allochtone ouderen, instellingen en

1 gemeenten: aanbod en vraag werden tegelijkertijd in ogenschouw genomen. Men evalueerde
2 de graad van gezamenlijkheid, de voortgang, de participatie, het sectoroverstijgende van het
3 project en de projectorganisatie en leerde op alle fronten (Tenhaeff, 1999) In de projecten
4 Vice Versa werd in drie gemeentes (respectievelijk Arnhem, Nijmegen en Winterswijk)
5 geprobeerd integrale ziekenhuiszorg voor Marokkaanse ouderen, ambulante geestelijke
6 gezondheidszorg voor Turkse ouderen, en familie­zorg voor Molukse ouderen van de grond te
7 krijgen. Ook hier stond samenspraak, en voortdurende evaluatie van de procesgang voorop.
8 Onderzoekers en praktijkmensen raakten zo steeds meer gespitst op de procesgang van
9 verandering en de weerbarstige werkelijkheid (Foolen e.a., 1997).

10 *In 1997 vatte Henny Nelissen de inmiddels vergaarde inzichten goed samen in het boekje
11 *Zonder pioniers geen volgers*. Er was in de zorg voor allochtone ouderen een point of no
12 return bereikt, zo constateerde Nelissen. Multiculturalisering zou de norm gaan worden. Het
13 boekje bevatte een scherpe analyse van de verschillende ontwikkelingswegen, bij personen en
14 instellingen, naar meer multiculturele gevoeligheid. Het boekje introduceerde ook vele
15 praktische adviezen en tips. Er waren in de praktijk van ouderenzorg, zo liet Nelissen zien,
16 nieuwe denkkaders mogelijk; je kon aanbod wel degelijk vernieuwen en her en der was men
17 er ook in geslaagd met vallen en opstaan lokaal samenhangend beleid vorm te geven. Er was
18 inmiddels ook veel kennis over alle beren die je op de weg naar multiculturele organisatie kon
19 tegenkomen. Zo was ingezien dat grote termen: als emancipatie, participatie en integratie in
20 het multiculturaliseringswerk in aanvang beter vervangen konden worden door bescheidenere
21 begrippen als ‘bereiken’, ‘betrekken’ en ‘passend aanbod ontwikkelen’. Maar, aldus Nelissen,
22 instellingen konden op grond van hun visie, zorgaanbod, personeelsbeleid en gerichtheid wel
23 beoordeeld worden op de graad van hun multiculturalisering [figuur 1]

24 *In de hardere kernen van medisch curatieve zorg drongen publicaties als die van Nelissen
25 slechts sporadisch door. Toch werd ook daar de noodzaak van gerichte aandacht voor
26 allochtone ouderen wel erkend. Het heftigst werd de behoefte aan fundamentele
27 veranderingen in de ouderenzorg gevoeld in huisartspraktijken, grootstedelijke GGDen en
28 thuiszorg, en in sommige instellingen in de geestelijke gezondheidszorg waar
29 transculturaliteit al langer een thema was (zie andere artikelen in deze special) (Tenhaeff e.a.,
30 1996) (Bink, 1999) (Kulu Glasgow, 2000) (Kocken, 2000). Het was dus niet in de grote
31 bolwerken van cure dat de omslag naar *multiculturalisering* werd gemaakt

32 *In sommige organisaties werd *multiculturalisering* een gegeven en ontwikkelde men
33 langetermijn visie op multiculturele organisatie, personeelsbeleid, zorgaanbod etc. Toch ging
34 dit sommige pioniers nog niet ver genoeg. Zo verlangden deskundigen als
35 thuiszorgverpleegkundige en gezondheidswetenschapster Yolande van den Brink nog een stap
36 verder te gaan in de zoektocht naar cultureel passende zorg en *van multicultureel naar*
37 *interculturele zorg* te geraken. Zorg is cultureel en moreel bepaald, was het argument. Veel
38 zorg en onderzoek in de praktijk bleef steken in de constatering van ‘cultuurverschillen en
39 communicatieproblemen’, zonder dat men verder analyseerde waarop de ingewikkelde
40 interculturele dialogen en (soms moeizame) set van onderhandelingen vastliepen. In haar
41 onderzoek naar transculturele ouderenzorg bij Turkse mantelzorgers in Rotterdam (2000)
42 wilde Van den Brink door dergelijke barrières heen geraken bij het sociaal-culturele en
43 morele niveau. Zij sloot daarvoor aan bij verpleegkundige zorgtheorieën van Madeleine M.
44 Leininger, die in haar boek *Cultural Care Diversity & Universality* (1991) een genuanceerder
45 inzicht in verschillende zorgrelaties uitwerkte. In zorgrelaties werkten cultureel bepaalde
46 zorgconstructen. Zowel bij zorgvragers als bij hulpverleners werkten waarden, opvattingen,
47 geprefereerde zorghandelingen. In veranderingsprocessen zou daarvan ook veel meer
48 rekenschap moeten worden gegeven. Dan zou bijvoorbeeld duidelijk kunnen worden hoe de
49 goede bedoelingen van hulpverleners soms raar uitpakken en tot veel frustraties kunnen

1 leiden. Gebaseerd op veel praktisch inzicht werkte Van den Brink ook een cursusprogramma
2 uit om zulke cultuurgerichte zorg te helpen cultiveren (Van den Brink, 1998).

3
4 Sommige instellingen in Nederland weerspiegelen de bovenstaande ontwikkelingsgang als
5 geen ander. Het verpleeghuis De Schildershoek in de binnenstad van Den Haag is een
6 instelling die als een van de weinigen al jarenlang consistent anticiperend beleid heeft gevoerd
7 op intercultureel gebied. Naast Scheveningers, Westlanders en Duindorpers, verblijven er in
8 de Schildershoek nu mensen van 30 nationaliteiten, 120 mensen met dementieproblemen, 60
9 op somatische afdelingen (Booij, 2001). Directeur Jan Booij heeft in een recente lezing twaalf
10 jaar ontwikkeling van de Schildershoek uit de doeken gedaan. In dat verhaal komen de
11 bovenstaande elementen terug. Na een fase van herkenning en erkenning van
12 multiculturalisering begin jaren negentig, waarin het overwinnen van
13 communicatieproblemen het grootste knelpunt bleek, taal- en tolkvoorzieningen werden
14 geschapen, eerste eigen ruimtes voor bewoners werden ingericht, trainingen interculturele
15 communicatie werden gegeven, vond er fase plaats van koppeling tussen zorg en
16 management, waarin werd ingezet op management van kwaliteit en diversiteit en
17 zelfmanagement. 'Het interculturele denken werd complexer, maar kreeg ook steeds meer
18 voeten in de aarde', aldus Booij (2001). Er kwamen bijvoorbeeld interculturele menus,
19 aandacht voor verschillende feesten etc, maar ook interculturalisatietrainingen op alle niveaus.
20 In de volgende jaren werd integraal belevingsgericht gewerkt, actief ingezet op
21 personeelsbeleid. En in de nabije toekomst hoopt de Schildershoek met de twee aanpalende
22 verzorgingshuizen Om & Bij en Rivierenbuurt, en vierhonderd ouderenwoningen een
23 zorgcontinuüm te scheppen, waar in zorg ook buiten de muren van de Schildershoek gestalte
24 krijgt (Booij, 2001). 'Regelmatig slaan we een verkeerd pad in, niets is vanzelf gegaan', stelt
25 Booij. 'Maar de Schildershoek is een doodnormaal verpleeghuis waarin we dagelijks leren en
26 verder ontwikkelen. Een doodnormaal, maar vooral een wereldbedrijf.' (Booij, 2001). (figuur
27 2 Booij)

28 29 **IV. Slotopmerkingen**

30 De beleidsaandacht voor allochtone ouderen is – vooral gevoed door lokale initiatieven - de
31 laatste jaren fors toegenomen. De bredere doorvertaling van alle opgedane kennis blijft vaak
32 wat achter. Toch is in vele praktijken van ouderenzorg, bij pioniers in onderzoek en
33 zorginstellingen, het inzicht gedaagd dat de zorg voor ouderen in een multiculturele omgeving
34 in feite model staat voor een grotere verandering die zich momenteel in sociale systemen
35 aftekent. Het is de verandering richting vraagsturing, culturele zorg en belevingsgericht
36 zorgverlenen. De praktijk van de zorginzet voor diverse groepen ouderen maakt duidelijk dat
37 zulke fundamentele veranderingen raken aan culturele waarden en normen en heel specifieke
38 eisen stellen aan instellingen en vaardigheden vergen van zorgaanbieders. En dat vergt liefde
39 en volharding, zelfrelativering, tijd en geld.

1 **Literatuurlijst**

2
3 Bedaux, T. en Massaro, G. (red.) (1995). *Een passende mantel. Mantelzorg voor oudere*
4 *allochtonen in Nederland*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.

5
6 Beljaarts, M.A.M.M., Verweij, A.O. (1995). *Getint Grijs. Allochtone Ouderen in Amsterdam*.
7 Rotterdam: ISEO.

8
9 Beljaarts, M.A.M.M. (1997). *Zorg voor allochtone ouderen*. Rotterdam: ISEO.

10
11 Bergh, M. van den (1996). *Leren omgaan met allochtone ouderen. Inventarisatie van vraag*
12 *en aanbod van deskundigheidsbevordering in de sector zorg en welzijn*. Utrecht: NIZW.

13
14 Bink, S.J. (1999). *Bejaard, vreemd, verward en ver van huis: allochtone ouderen aangemeld*
15 *bij een RLAGG: (een descriptief onderzoek)*. Amsterdam: Bink.

16
17 Boer, P.J. de, Koutrik, J. van, Demirozcan, A., Isik, F, Diktas, K. (1994). *Ouder worden in*
18 *Zaanstad. Het verhaal van de instellingen; het verhaal van de Turkse ouderen*. Haarlem: NPI.

19
20 Booij, J. (2001). Met dertig culturen binnen één zorgcontinuüm. Voordracht voor het
21 symposium 'Nieuwe Grenzen in de Zorg', 3 april 2001.

22
23 Brand, E., Lamers, A., Ven, L.van de (1991). *Zuideuropese ouderen in Nederland, een*
24 *ongevraagd advies*. Utrecht: Landelijk Inspraakorgaan Zuid-Europeanen.

25
26 Brink, Y. van den (2000). *Transculturele Ouderenzorg thuis. Zorgpraktijken en -opvattingen*
27 *van Turkse mantelzorgers in Rotterdam*. Rotterdam.

28
29 Brink, Y. van den (1998). *Cursus Transculturele zorg voor ouderen thuis. Basiscursus en*
30 *vervolgcursus gericht op ondersteuning van de familiezorg aan ouderen vanuit een*
31 *Turks/Nederlands zorgperspectief*. Utrecht: NIZW.

32
33 Bijsterveld, K. (1996). *Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies*
34 *rond ouderen in Nederland, 1945-1982*. Amsterdam: Van Genneep.

35
36 Coolen, J.A.I. (ed.) (1993). *Changing Care for the Elderly in the Netherlands*.
37 Assen/Maastricht: Van Gorcum.

38
39 Dimitrov, M. (1996). *Naar een instroomproject voor allochtonen binnen voorzieningen voor*
40 *ouderen in de Zaanstreek? Een marktverkenning*. Beverwijk: Regionaal Bureau Interculturele
41 Vraagstukken Peregrinus.

42
43 Factsheet maart 2000 (2000). http://www.fnao.nl/top_factsheet.htm.

44
45 Foolen, J., Raspe, A., Willems, L. (1997). *Geïntegreerde lokale projecten allochtone*
46 *ouderen: tussenevaluatie: uit de startblokken komen (november 1996-mei 1997). Evaluatie op*
47 *verzoek van de Directie Ouderenbeleid van het ministerie van VWS*. Utrecht: Verwey-Jonker
48 Instituut.

49

- 1 Forum (1999). *Mantelzorg en allochtonen. Stand van zaken en de nabije toekomst. Reader*
2 *symposium 12 november 1999*. Utrecht: FORUM.
- 3
- 4
- 5 Haveman, H.B., Uniken Venema, P. (red.) (1996). *Migranten en Gezondheidszorg (reeks*
6 *gezondheidsbeleid, deel 10)*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 7
- 8 Houtepen, R. (1993). *Op zoek naar een goede ouderdom. Liberalisme, communitarisme en*
9 *gerontologie*. Kampen: Uitgeverij Kok Agora.
- 10
- 11 's Jacob, R. (1996). *Een kwestie van lange adem. Ervaringen met het toegankelijk maken van*
12 *algemene instellingen voor allochtone ouderen*. Utrecht: NIZW.
- 13
- 14 Jong, E. de (1996). *Nieuwe woonvormen in bestaande woningen: een onderzoek naar de*
15 *mogelijkheden van woningverbetering ten behoeve van betaalbare projecten groepswonen*
16 *van (allochtone) ouderen*. Rotterdam: Woongroepen Winkel.
- 17
- 18 Klinkers, E. (red.) (1998). *Oud worden in een multiculturele samenleving. Allochtone ouderen*
19 *ontmoeten deskundigen op het terrein van ouderenbeleid. Conferentieverlag van het*
20 *European Network on Ageing and Ethnicity (ENEA), Maastricht 1997*. Utrecht: NIZW.
- 21
- 22 Kloosterboer, D. (1994). *Zorg op maat: ouderen adviseurs en vrij besteedbare budgetten voor*
23 *allochtone ouderen (samengesteld door de Turks-Islamitische Ouderen Bond)*. Amsterdam:
24 Turks-Islamitische Ouderen Bond TISBO.
- 25
- 26 Kocken, P. (2000). *Health promotion in migrants and older adults: epidemiological*
27 *diagnosis, intervention development and effect evaluation*. (proefschrift Maastricht februari
28 2000). Ridderkerk: Ridderkerk b.v.
- 29
- 30 Kruiswijk, P. (1996). *Dagvoorzieningen voor allochtone ouderen*. Utrecht: Verwey-Jonker
31 Instituut.
- 32
- 33 Kulu Glasgow, I., Weide, M.G., Bakker D.H. de (2000). *Influenza vaccinatie onder*
34 *allochtone en autochtone ouderen*. Utrecht: NIVEL.
- 35
- 36 Landelijk Inspraakorgaan Zuid-Europeanen (1991). *Nooit meer de oude, Zuideuropese*
37 *ouderen in Nederland*. Utrecht: LIZE.
- 38
- 39 Lenssen, P. (1998). *Waardig oud worden in Nederland. Allochtone ouderen in de*
40 *samenleving*. Utrecht: NIZW.
- 41
- 42 Mechelen, P. van (1993). *De cirkel doorbroken. Activiteiten voor allochtone ouderen op het*
43 *terrein van zorg en welzijn*. Utrecht: NIZW.
- 44
- 45 Meneses, C. (1988). *The older migrant*. 's-Gravenhage: Studie- en informatiecentrum voor
46 ouderen NFB/European Federation for the Welfare of the Elderly (EURAG).
- 47
- 48 Meijers, T.A. (1992). *Allochtone ouderen in de provincie Utrecht, een eerste verkenning naar*
49 *omvang en positie*. Utrecht: Bureau Onderzoek, Dienst Welzijn, Economie en Bestuur van de
50 provincie Utrecht.

- 1
2 Ministerie WVC etc. (1994). *Kleurrijk grijs. Reactie op het advies 'Kleur bekennen' over*
3 *allochtone ouderen van de voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid van het Ministerie van*
4 *Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, en ministerie van Binnenlandse Zaken, ministerie van*
5 *Onderwijs en Wetenschappen, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en*
6 *ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.* Rijswijk: Ministerie
7 van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- 8
9 Nefs, R. (1993). *Ouderen op vreemde aarde. Allochtone ouderen in Nederland.* Rijswijk:
10 Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, voorstudie 12.
- 11
12 Nelissen, H. (1997). *Zonder pioniers geen volgers. Adviezen bij het ontwikkelen van passend*
13 *aanbod aan allochtone ouderen.* Utrecht: NIZW.
- 14
15 Nelissen, H. (2000). *Een blijvende ontmoeting: visies en vaardigheden in het welzijnswerk*
16 *met allochtone ouderen.* Utrecht: FORUM.
- 17
18 NIZW (1993-1997). *Handleiding voor het organiseren en begeleiden van*
19 *voorlichtingsbijeenkomsten 'Ouder worden in Nederland'.* Nederlandstalig, beschikbaar voor
20 tien groepen ouderen: Turks, Marokkaans, Chinees, Moluks, Grieks, Spaans, Italiaans,
21 Kaapverdiaans, Surinaams, Antilliaans/Arubaans. Utrecht: NIZW.
- 22
23 NIZW (2000). *Nieuwsbrief Allochtone ouderen.* December-nummer 18. (Nieuwsbrief is
24 voortzetting van Nieuwsbrief Oudere Migranten, die vanaf 1993-1996 verscheen)
- 25
26 Olthuis, G. (2000). *Colourful Care. Multiculturele zorg tussen beleid en mentaliteit.*
27 Nijmegen: Wetenschapswinkel.
- 28
29 Ong, R., Droës, R.M. (2000). *Ondersteuning Surinaamse mensen met dementie en hun*
30 *verzorgers. Eindrapport onderzoek CaRe.* Amsterdam.
- 31
32 Patel, N., Mertens, H. (eds.) (1998). *Living and Ageing in Europe as a Minority. Profiles and*
33 *Projects.* Utrecht: NIZW.
- 34
35 Prakken, J. (1993). *Over de streep. Werken met allochtone ouderen: verhalen uit de praktijk.*
36 Utrecht: NIZW.
- 37
38 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg.*
39 Zoetermeer: RVZ 99/21.
- 40
41 Robinson, G.B., Rinsampessey, E.P., Choenni, C.E.S., Verlaan, A.C., Tjoa, P.C.G., Bakker,
42 M.H. (red.) (1992). *Oud in den vreemde, over allochtone ouderen (Cahiers Ouderdome en*
43 *Levensloop).* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 44
45 Ruiz Peraita-Wubbels, H.G.M. (1996). *Wensen van allochtone ouderen.* Almelo: Steunpunt
46 Minderheden Overijssel.
- 47
48 Sociaal en Cultureel Planbureau (1999). *Rapportage minderheden 1999.* Den Haag: SCP.
- 49

- 1 Tenhaeff, C.R. & Hanrahan, M.H. (1996). Ouderenzorg. In H.B.Haveman & P. Uniken
2 Venema. *Migranten en gezondheidszorg* (pp. 117-26). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van
3 Loghum.
- 4
- 5 Tenhaeff, C., Bilgin, S., Lenssen, P., en Nelissen, H. (red.) (1999). *Het win-win-effect.*
6 *Verlag van het project Waardig oud worden in Nederland 1996-1998. Een samenhangend*
7 *aanbod van welzijn, zorg en wonen; ontwikkeld met en voor allochtone ouderen.* Utrecht:
8 NIZW.
- 9
- 10 Tesser, P.T.M., Dugteren F.A. van, Merens, J.G.F (red.). (1998). *Rapportage Minderheden*
11 *1998. De eerste generatie in de derde levensfase.* Bijlage 5 bij het Jaaroverzicht
12 Integratiebeleid Minderheden. 's-Gravenhage: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 13
- 14 Thane, P. (2000). Old Age. In R. Cooter & J. Pickstone (eds.), *Medicine in the 20th Century*
15 (pp. 617-632). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- 16
- 17 Toorn, M. van e.a. (1994). *Allochtone ouderen: een zorg(e)loze toekomst?: onderzoek naar*
18 *ervaringen in Rotterdamse zorg- hulp- en diensverlenende instellingen.* Rotterdam: SBWR.
- 19
- 20 Vermeulen, R., Begemann, C. (1998). *Allochtone ouderen in Utrecht: een categoriaal aanbod*
21 *binnen een algemene voorziening kan ook!* Utrecht: Multicultureel Instituut Utrecht.
- 22
- 23 Vice Versa (2000). *Een toegankelijk ziekenhuis voor Marokkaanse ouderen; ervaringen met*
24 *het pilotproject Vice Versa in Arnhem.* Winterwijk/Arnhem/Nijmegen: Osmose, partner in
25 multiculturele ontwikkeling.
- 26
- 27 Vice Versa (2000). *Versterking en ondersteuning van de familie zorg voor Molukse ouderen;*
28 *ervaringen met het pilotproject Vice Versa in Winterswijk.* Winterwijk/Arnhem/Nijmegen:
29 Osmose, partner in multiculturele ontwikkeling.
- 30
- 31 Vice Versa (2000). *Een toegankelijke RIAGG voor Turkse ouderen; ervaringen met het*
32 *pilotproject Vice Versa in Nijmegen.* Winterwijk/Arnhem/Nijmegen: Osmose, partner in
33 multiculturele ontwikkeling.
- 34
- 35 Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (1993). *Kleur Bekennen. Advies over allochtone*
36 *ouderen in de Nederlandse samenleving.* Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid,
37 advies 32.
- 38