

Kleurrijke zorg



Een verkennende literatuurstudie naar culturele en seksuele
diversiteit in de langdurige ouderenzorg

Kleurrijke zorg

Een verkennende literatuurstudie naar culturele en seksuele diversiteit in de langdurige ouderenzorg

Hannah Leyerzapf, Silvia Klokgieters,
Halleh Ghorashi & Marjolein Broese van Groenou

Met dank aan Zorgorganisatie Cordaan,
het Institute for Societal Resilience (ISR)
en Medical Humanities, VUmc

November 2017



Afbeelding op voorblad verkregen via: <https://www.postersquare.com/rode-boom-mondriaan-kunst-op-postkaart-p-5395.html>

Inhoud

Samenvatting.....	5
Hoofdstuk 1 – Introductie	9
<i>Aanleiding</i>	9
<i>Probleemstelling</i>	11
<i>Leeswijzer</i>	12
Hoofdstuk 2 – Methode en theoretisch kader	13
<i>Onderzoeksopzet</i>	13
<i>Zoekstrategie</i>	13
<i>Resultaat van alle zoekacties</i>	14
<i>Theoretisch kader</i>	15
Hoofdstuk 3 – Gezondheid en zorggebruik van ouderen met Turkse of Marokkaanse achtergrond... 19	
<i>Vraagstelling</i>	19
<i>Gezondheidssituatie: Welke gezondheidsproblemen spelen er in deze groepen?</i>	21
<i>Zorggebruik: Hoe ziet het zorggebruik van deze groepen eruit?</i>	21
<i>Barrières in het proces van zorgvraag tot zorggebruik</i>	23
<i>Conclusie</i>	24
Hoofdstuk 4 – Ervaringen, verwachtingen, opvattingen en behoeften van Turkse en Marokkaanse migrantenouderen inzake gebruik van (langdurige) zorg	29
<i>Vraagstelling</i>	29
<i>Voorkeur voor mantelzorg?</i>	31
<i>Zorg een vrouwentaak?</i>	31
<i>Zorg en conflict</i>	32
<i>Woonwensen</i>	33
<i>Bejegening en communicatiestijl</i>	34
<i>Ruimte voor religie</i>	34
<i>Persoonlijke verzorging</i>	35
<i>Conclusie</i>	35
Hoofdstuk 5 – Gezondheid, zorggebruik, ervaringen, verwachtingen, opvattingen en behoeften van LHBT-ouderen.....	39
<i>Vraagstelling</i>	39
<i>Gezondheidssituatie</i>	40
<i>Hetzelfde maar toch anders: vooral eenzaamheid</i>	41

<i>Zorggebruik en barrières tot zorggebruik</i>	42
<i>Wensen en behoeften van LHBT-ouderen</i>	42
<i>Conclusie</i>	43
Hoofdstuk 6 – Zorgaanbod, organisatie- en personeelsperspectief op gebied van oudere migranten met Turkse of Marokkaanse achtergrond.....	47
<i>Vraagstelling.....</i>	47
<i>Aanbod van (woon)zorgvoorzieningen voor migrantenouderen</i>	49
<i>Levenseinde- en palliatieve zorg.....</i>	50
<i>Interventies rondom preventie</i>	50
<i>Thuiszorg</i>	51
<i>Aanbod en interventies rondom wonen en welzijn</i>	51
<i>Informele zorg: mantelzorg</i>	53
<i>Uitgelichte interventie: Stem van de oudere migrant (STEM).....</i>	53
<i>Aanbieders van kennis en interventies op gebied van migrantenouderen en culturele diversiteit... ..</i>	54
<i>Knelpunten bij professionals.....</i>	57
<i>Knelpunten bij organisatie- en zorgbeleid.....</i>	58
<i>Succesfactoren bij professionals en organisaties</i>	60
<i>Aanbevelingen voor cultureel sensitieve zorgorganisaties en –praktijken</i>	60
<i>Conclusie.....</i>	63
Hoofdstuk 7 – Zorgaanbod, organisatie- en personeelsperspectief op gebied van LHBT-ouderen en seksuele diversiteit.....	67
<i>Vraagstelling</i>	67
<i>Groeierende aandacht voor seksuele diversiteit</i>	68
<i>Voorbeelden van LHBT-vriendelijk aanbod op het gebied van woon/zorgvoorzieningen.....</i>	69
<i>Thuiszorg</i>	69
<i>Informele- en mantelzorg</i>	70
<i>Aanbieders van kennis en interventies</i>	70
<i>Uitgelicht: het Consortium Roze 50+</i>	71
<i>Knelpunten bij professionals.....</i>	71
<i>Knelpunten bij organisatie- en zorgbeleid.....</i>	72
<i>Onderzoek naar interventies op gebied van seksuele diversiteit</i>	72
<i>Succesfactoren bij professionals en organisaties</i>	73
<i>Aanbevelingen ten aanzien van LHBT-vriendelijke zorg.....</i>	74
<i>Conclusie.....</i>	75
Hoofdstuk 8 – Discussie, conclusies, implicaties & aanbevelingen.....	79

<i>Centrale bevindingen uit deze literatuurstudie</i>	79
<i>Discussie van de bevindingen</i>	81
<i>Implicaties voor beleid in zorgorganisaties</i>	83
<i>Implicaties voor de zorgpraktijk</i>	85
<i>Do's & Dont's.....</i>	87
<i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	89
<i>Kanttekeningen bij de geïncludeerde (wetenschappelijke en grijze) bronnen</i>	91
<i>Sterke kanten en beperkingen van deze literatuurstudie.....</i>	92
<i>Slotwoord</i>	93
Overzicht van alle geraadpleegde bronnen	95
<i>Bronnen in print.....</i>	95
<i>Geraadpleegde websites/ organisaties</i>	105
Bijlagen	106
Bijlage 1 – Bevolkingsprognose	106
Bijlage 2 – Toelichting geraadpleegde bronnen in tabellen.....	107
Bijlage 3 – Biografie van de onderzoekers	117

Samenvatting

Aanleiding

De huidige plurale en vergrijzende samenleving vraagt om aandacht voor diversiteit in de langdurige ouderenzorg. Deze literatuurstudie richt zich enerzijds op het thema culturele diversiteit, en specifiek op migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond aangezien deze groepen in de aankomende jaren -in de grote steden- het snelst zullen toenemen in aantal. Anderzijds, richt deze literatuurstudie zich op seksuele diversiteit en LHBT-ouderen (oftewel lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender) –een relatief onzichtbare groep in de zorg. Zowel migrantenouderen met Turkse/ Marokkaanse achtergrond als LHBT-ouderen hebben ervaringen met sociale uitsluiting en discriminatie. Als doelgroepen in de zorg lijkt hun zorgvraag onvoldoende overeen te stemmen met het bestaande zorgaanbod, aangezien zij minder gebruik van formele zorg- en welzijnsvoorzieningen lijken te maken dan op grond van hun gezondheidssituatie wordt verwacht. In de context van decentralisatie en extramuralisering in de zorg, hebben zorg- en welzijnsorganisaties behoefte aan meer informatie over de afstemming van aanbod en vraag, wat dit vraagt van professionals en hoe en in welke mate zij specifiek (personeels-)beleid moeten ontwikkelen voor deze doelgroepen.

In opdracht van Zorgorganisatie Cordaan onderzocht deze verkennende literatuurstudie wetenschappelijke en 'grijze' bronnen op kennis omtrent de gezondheid, het zorggebruik en de zorgvraag van migrantenouderen met Turkse/ Marokkaanse achtergrond -kortweg 'migrantouderen'- (1) en van LHBT-ouderen (2). Tevens is het huidige aanbod van (in)formele zorg, wonen en welzijn voor beide groepen zo goed mogelijk in kaart gebracht en zijn de ervaren knelpunten en succesfactoren van professionals en organisaties ten aanzien van beide doelgroepen geïnventariseerd (3 en 4). Deze informatie heeft tot doel aanbevelingen te doen over hoe de ogenschijnlijke kloof tussen vraag en aanbod door organisaties in zorg en welzijn kan worden overbrugd.

Bevindingen

(1) Er is al bijzonder veel aandacht in de literatuur voor de gezondheid en het zorggebruik van migrantenouderen. Bronnen kenmerken migrantenouderen als kwetsbare groep op basis van hun migratie geschiedenis en sociaal-economische achtergrond, maar geven soms te weinig aandacht aan de pluriformiteit van deze groep. De gezondheidssituatie van migrantenouderen is complex, aangezien ze meer fysieke-, psychosociale- en gezondheidsproblemen hebben dan ouderen met Nederlandse achtergrond. Hoewel migrantenouderen vaker naar de huisarts gaan, gebruiken ze minder specialistische-, thuis- en langdurige zorg, en ontvangen ze vaak zorg in het land van herkomst. Verklaringen voor gering zorggebruik in Nederland zijn onder andere taalbarrières, (vermeende) financiële barrières, en culturele verschillen in communicatie over en presentatie van gezondheidsproblemen tussen deze groep en zorgaanbieders. Hoewel migrantenouderen -net als veel ouderen met Nederlandse achtergrond- doorgaans een voorkeur voor mantelzorg hebben, leggen ook zij verantwoordelijkheid bij formele zorgorganisaties om zorg te bieden. Toeleiding naar professionele zorg wanneer nodig, gebeurt echter niet altijd, mede door soms conflicterende verwachtingen binnen families, veranderende zorgvoorkeuren en culturele opvattingen over zorg. Zorgen over aansluiting en behoefte aan 'thuis voelen' spelen een rol in het (niet) aannemen van intramurale zorg. Als er wel gebruik wordt gemaakt van zorg aan huis, zijn de ervaringen hiermee overwegend positief. Ook blijkt dat zorgprofessionals een ondersteunende rol kunnen spelen in eventuele conflictsituaties binnen families. Zorg verleend door een zorgverlener van hetzelfde geslacht en/of etnische achtergrond geniet niet altijd de voorkeur, hoewel deze wel kan helpen bij het wegnemen van taalbarrières.

(2) LHBT-ouderen waren lang onzichtbaar in onderzoek en het zorgsysteem, aangezien geen aandacht werd besteed aan het bestaan van seksuele diversiteit. De gezondheidssituatie van LHBT-

ouderen verschilt niet zozeer op fysiek gebied van heteroseksuele leeftijdgenoten, hoewel oudere homoseksuele mannen vaker Hiv-positief zijn en co-morbiditeit bij hen complexe zorgsituaties kan opleveren, maar vooral op psychosociaal vlak. LHBT-ouderen zijn in het geheel vaker eenzaam en sociaal geïsoleerd, waarbij er verschillen bestaan tussen de generaties die in de jaren '60 en '70 jongvolwassenen waren en generaties van daarvoor. LHBT-ouderen hebben andere sociale netwerken dan heteroseksuele ouderen, omdat ze vaker geen partner en (klein)kinderen hebben en meer een netwerk van vrienden -meestal leeftijdgenoten- dan van familie. Effecten hiervan op het krijgen van mantelzorg zijn niet eenduidig. Qua formele, intramurale zorg, zijn veel LHBT-ouderen bang om uitgesloten en gediscrimineerd te worden. Zij stellen zorg zo lang mogelijk uit en eenmaal in een zorgcontext blijven ze noodgedwongen 'in de kast'. De meeste LHBT-ouderen hebben behoefte aan openheid en het delen van hun levensverhaal in contact met zorgprofessionals en medezorgontvangers, en geven de voorkeur aan een gemixte woonomgeving.

(3) Professionals geven aan problemen te ervaren met de zorg aan migrantenouderen en behoefte te hebben aan (meer) kennis en ondersteuning. Hun denkbepelden over culturele normen en leefstijl van migrantenouderen kunnen goede zorg in de weg staan. Ook wordt er weinig samengewerkt tussen formele zorg-, woon- en welzijnsorganisaties, gemeenten en regionale, reguliere cliënten-/ patiëntenorganisaties enerzijds, en migrantenouderen, hun naasten en lokale zelforganisaties anderzijds. Migrantouderen en hun naasten/ mantelzorgers zijn weinig vertegenwoordigd in medezeggenschaps- en besluitvormingsorganen in zorg- en welzijnsorganisaties en in cliënten/ patiëntenorganisaties. Interventies, onderzoek en zorg-, woon- en welzijnsorganisaties hebben weinig aandacht voor de invloed van maatschappelijke stigmatisering en ongelijkheid op de zorgpraktijk voor migrantouderen. Over het algemeen is er weinig onderzoek gedaan naar de effecten van interventies. Mits adequaat gefaciliteerd en formeel gesteund, kunnen sleutelfiguren een centrale rol spelen in het afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag van migrantouderen. Succesfactoren voor cultureel sensitieve zorg(organisaties) zijn verder ook: ontwikkelen van collectieve verantwoordelijkheid; dit zien als een cultuurverandering die iedereen betreft; integrale, vaste verankering in alle lagen van organisaties; het ontwikkelen van kritische reflexiviteit van professionals en (top)management; aandacht voor (uitwisseling van) persoonlijke verhalen.

(4) Ondanks een toegenomen aandacht in zorg-, woon- en welzijnsorganisaties, bij gemeenten en in onderzoek, is bewustzijn van de positie van LHBT-ouderen, evenals het zorgaanbod in het geheel onvoldoende. Professionals voelen zich weinig competent in de omgang met LHBT-ouderen en het bespreekbaar maken van seksuele diversiteit. Er is weinig samenwerking tussen zorg-, woon- en welzijnsorganisaties en gemeenten met zelforganisaties en belangenbehartiging van LHBT-ouderen. LHBT-ouderen en hun naasten zijn weinig vertegenwoordigd in medezeggenschaps- en besluitvormingsorganen. Hoewel er zorg-, woon- en welzijnsinterventies voor LHBT-ouderen zijn vanuit met name LHBT-belangenbehartigers/ zelforganisaties, ontbreekt onderzoek naar de effecten hiervan. Lerende netwerken kunnen helpen bij het bij elkaar brengen van deze praktijkervaringen en formele zorgorganisaties. Het Roze Loper keurmerk kan zorgorganisaties op weg helpen naar LHBT-vriendelijke zorg en zou ook voor andere domeinen kunnen worden ontwikkeld. Andere succesfactoren zijn het vormgeven van integraal, structureel beleid in organisaties op basis van collectieve verantwoordelijkheid in plaats van verantwoordelijkheid bij één of enkele (LHBT-) katrekkers, het aanbieden van categorale voorzieningen naast generieke en een focus op levensverhalen. Zo kan veiligheid en thuisgevoel van LHBT-ouderen en gelijkwaardigheid -op basis van erkenning van 'verschil'- ruimte krijgen in de zorg.

Conclusies

Bovenstaande kernbevindingen laten zien dat er een discrepantie bestaat tussen de gezondheidssituatie, die te wensen overliet, en het zorggebruik van deze groepen (1 en 2). Een tweede belangrijke conclusie is dat categorale zorg bij beide groepen niet per definitie de voorkeur

geniet maar ook niet meteen uitgesloten hoeft te worden. Zowel migranten als LHBT-ouderen zien zichzelf het liefst in gemixte zorgvoorzieningen mits er maar voldoende ruimte is 'zichzelf te zijn' en een open houding t.o.v. diversiteit. Interessant is dus, dat hoewel de groepen sterk van elkaar verschillen in problematiek en gezondheid, het gevoel 'af te wijken van de meerderheid' en 'angst niet begrepen te worden' iets is dat hen verenigt. Ten aanzien van het zorgaanbod vanuit organisatieperspectief (3 en 4), kan geconcludeerd worden dat er een groot aantal interventies en projecten plaatsvindt op gebied van aanbod van diversiteitssensitieve zorg (dwz. culturele diversiteit en migrantenouderen, en seksuele diversiteit en LHBT-ouderen). Vooral voor migrantenouderen zijn er projecten op het gebied van wonen en zorg gerealiseerd, en is er een groot aanbod aan welzijnsvoorzieningen, waaronder aandacht voor mantelzorg. Het aanbod aan projecten en interventies voor LHBT-ouderen is veel minder omvangrijk en divers en lijkt zich vooral te beperken tot de grote steden. Echter, deze interventies zijn vaak ad hoc ontwikkeld en georganiseerd, vaak eenmalig of tijdelijk en ze worden zelden geëvalueerd. Ook is er weinig samenwerking tussen lokale partners, zoals formele zorg- en welzijnsorganisaties en informele zelforganisaties en -netwerken. Bovendien maken migranten en LHBT-ouderen nog maar weinig deel uit van adviesraden en patiëntenverenigingen, waardoor hun stem minder goed vertegenwoordigd is.

Aanbevelingen

Een belangrijke aanbeveling vanuit deze studie is dat er vooral aandacht uit moet gaan naar hoe diversiteitssensitiviteit daadwerkelijk in praktijk kan worden gebracht door professionals in samenwerking met cliënten, naasten en belangenbehartigers. Wat betreft de mate van en manier waarop in deze praktijk onderscheid moet worden gemaakt of juist iedereen gelijk moet worden behandeld, kan gesteld worden dat er geen definitieve keuze voor generieke óf categorale zorg moet worden gemaakt ten einde diversiteitssensitieve zorgpraktijken en –organisaties vorm te geven. Het betreft eerder een voortdurend afstemmen tussen diverse vormen van zorgaanbod. Wat voorop staat is dat het maatwerk voor individuen binnen hun specifieke context extra investering vraagt van de zorginstelling, ongeacht de vorm van zorgaanbod. Dus het gaat hier om het balanceren tussen gelijke behandeling en verschil maken. De focus op 'normaliteit' die veel bronnen signaleren bij professionals en organisaties tav. diversiteit ('het moet niet tévéél opvallen', 'het moet vooral normaal zijn'), kan ervoor zorgen dat uitsluiting (onbewust) wordt 'genormaliseerd' en dat uitsluitende normen en bestaande vooroordelen onbesproken blijven. Om inclusie van culturele en seksuele diversiteit, en van migrantenouderen en LHBT-ouderen, te bewerkstelligen, moeten professionals en organisaties zich hiervan bewust zijn en proberen dialoog hierover op gang te brengen. Zodoende zijn ook zowel homogene voorzieningen, waarin doelgroepen elkaar in vertrouwen en veiligheid kunnen ontmoeten en wederzijdse herkenning en steun ervaren, als heterogene, dialoogactiviteiten belangrijk voor het structureel, op de lange termijn ontwikkelen van diversiteitssensitieve zorgorganisaties en –praktijken.

Ter attentie van het daadwerkelijk vormgeven van diversiteitssensitiviteit en structureel includeren van diversiteit, beveelt deze studie bovenal het ontwikkelen van collectieve verantwoordelijkheid aan. Dit vergt van organisaties en professionals dat diversiteit als méér dan een project wordt gezien en tevens dat de sleutelfiguren of bruggenbouwers, die een cruciale rol kunnen vervullen in het overbruggen van de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod en het ontwikkelen van diversiteitssensitiviteit, formele steun krijgen én dat niet alle verantwoordelijkheid op hun schouders wordt gelegd. Collectieve verantwoordelijkheid kan tot stand komen wanneer (a) de noodzakelijke ontwikkelingen als een cultuurverandering worden gezien, die iedereen betreft en dus ook van iedereen inzet vraagt; (b) wordt ingezet op het integraal verankeren van diversiteit en het perspectief van minderheidsgroepen in alle lagen van organisaties; (c) professionals en organisaties reflexief zijn tav. hun eigen en gedeelde referentiekaders en hoe deze doorwerken in zorg- en werkpraktijken; (d) tijd en ruimte wordt gemaakt voor het delen van persoonlijke verhalen (tussen professionals en cliënten, en andere belanghebbenden), zodat persoonlijke aandacht en open contact tussen professionals en cliënten, en andere betrokkenen centraal kan staan.

Hoofdstuk 1 – Introductie

Aanleiding

Parallel aan een toenemend complexe en diverse samenleving, komt bij zorgorganisaties een steeds grotere vraag naar inzichten over het omgaan met diversiteit in de zorg. Een centraal thema hierbij is culturele diversiteit, ouderen met een migrantenachtergrond, en bij seksuele diversiteit, LHBT-ouderen. De interesse in migrantengroepen komt voort uit het feit dat in de aankomende decennia de algehele maatschappelijke vergrijzing het sterkst zal optreden bij migrantengroepen. De meest recente CBS gegevens (Bijlage 1) laten zien dat vooral het aantal 65-plussers met een Turkse of Marokkaanse afkomst nu nog relatief klein is maar in tien jaar tijd meer dan verdubbeld zal zijn (Statline, 2016). Ter vergelijking, het aantal autochtone ouderen stijgt met slechts een vierde van het huidige aantal in dezelfde periode. Deze migrantengroepen zijn met name in de grote steden woonachtig (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag) (Schellingerhout, 2004), waardoor de grootste zorgvraag hier terechtkomt. In deze studie richten we ons specifiek op oudere migranten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond.

Wat bij deze groepen opvalt, is dat ze minder gebruik maken van zorgvoorzieningen dan op grond van hun gezondheidstoestand verwacht kan worden (Verhagen et al., 2014). Verklaringen voor deze bevinding worden vaak vooral gezocht in de culturele en religieuze hoek. Migrantengroepen zouden bijvoorbeeld mantelzorg verkiezen boven formele zorg en taalbarrières zouden het geven van de juiste zorg onmogelijk maken (Suurmond & Seeleman, 2006). Ook kan het zijn dat het zorgaanbod slecht aansluit op de behoeften en verwachtingen van oudere migranten (Steunenberg, 2017). Een belangrijk inzicht uit kritische studies omtrent diversiteit is dat deze issues in een bredere context moeten worden gezien. Naast aspecten als sociale klasse en de migratiegeschiedenis, is te verwachten dat het maatschappelijke en politieke klimaat omtrent integratie en migratie juist voor ouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond hun beleving van en houding ten aanzien van zorg/ welzijn beïnvloedt (Ghorashi, 2006). Deze maatschappelijke context zal dus ook in ogenschouw worden genomen in deze studie.

Naast ouderen met een migratieachtergrond zijn LHBT-ouderen, oftewel lesbische, homoseksuele, biseksuele, of transgender ouderen –soms ook ‘roze ouderen’ genoemd, een groep die aandacht behoeft in verband met diversiteit. De discriminatie van mensen met een openlijke dan wel veronderstelde uiting van LHBT-identiteit neemt toe (Kuyper, 2015). In relatie tot zorg is deze groep vaak onderbelicht –onder meer omdat veel zorginstanties zich niet of onvoldoende bewust zijn van hun bestaan. Hoewel de absolute aantallen van deze ouderen moeilijk te achterhalen zijn, wordt er vanuit gegaan dat 1 op de 10 mensen een niet-heteroseksuele voorkeur heeft. Daarmee behoort naar schatting ongeveer 10 procent van de bewoners in formele zorginstellingen tot deze groep. Uit onderzoek blijkt dat ook deze ouderen tegen barrières aanlopen als het gaat om hun formele zorgvraag. Veel LHBT-ouderen hebben ervaringen van uitsluiting in verschillende zorgcontexten hetgeen er toe bijdraagt dat ze hun zorgvraag zo lang mogelijk uit stellen en/of uit angst ‘terug de kast in gaan’ (Leyerzapf et al., 2016).

Met oog op de ogenschijnlijke discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod bij zowel LHBT-ouderen als ouderen met Turkse of Marokkaanse achtergrond, worstelen zorgorganisaties en zorgprofessionals met de vraag of en hoe ze onderscheid moeten maken voor deze doelgroepen dan wel gelijke behandeling moeten nastreven ten einde goede zorg te leveren. Zo zijn verschillende zorgorganisaties bezig categorale woon- en zorgvoorzieningen te ontwikkelen, welke kunnen voorzien in een vertrouwde, veilige ruimte voor cliënten maar die ook uitdagingen met zich meebrengen wat betreft beleid en scholing van personeel. Het is echter nog onduidelijk of dit soort oplossingen voorziet in zorgbehoefte en welzijn van (alle ouderen in) deze specifieke doelgroepen.

Binnen deze organisaties speelt bovendien dat ook het personeel steeds diverser wordt in culturele samenstelling. Vanuit een behoefte aan meer kennis en handelingsperspectief voor zorgverleners, en om uiteindelijk concrete projecten en innovatieve werkvormen te kunnen gaan ontwikkelen, zag zorgorganisatie Cordaan te Amsterdam aanleiding om deze verkennende literatuurstudie te laten uitvoeren door het team van VU/VUmc. Aangezien de implementatie van diversiteit en diversiteitsmanagement aandacht vraagt voor de dagelijkse praktijk van zorg/ het zorg verlenen en de werkvloer (Leyerzapf et al., *submitted*), kijken we in deze studie ook naar het perspectief van zorgverleners en wat zij als knelpunten en als succesfactoren ervaren als het gaat om omgaan met - culturele en seksuele- diversiteit. Zo is het doel van deze literatuurstudie inzicht te verkrijgen in wat deze vraagstukken rondom vraag en aanbod voor de doelgroepen migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse ouderen en LHBT-ouderen, en rondom organisatie- en personeelsbeleid betekenen voor structurele inclusie van diversiteit in zorgorganisaties op de lange termijn (Leyerzapf et al., 2016; Guiraudon, 2014).

Naast de uitdagen op demografisch gebied, waarbij ontwikkelingen ervoor zorgen dat het aantal kwetsbare ouderen met een migratieachtergrond toeneemt, en de uitdagingen binnen organisaties, voortkomend uit een toenemende complexiteit door toenemende diversiteit onder medewerkers én cliëntenpopulaties, liggen er uitdagingen op nog een derde terrein. Deze hangen samen met de beleidsveranderingen in de zorg in 2007 en 2015 die decentralisatie en herverdeling van budgetten voor zorg en welzijn voorstaan en een (gedeeltelijke) verschuiving van de verantwoordelijkheden van formele naar informele zorg. Hiermee is steeds meer nadruk komen te liggen op de eigen organisatie en betaling van zorg en de 'eigen regie' van ouderen in dit proces. Het is nog onduidelijk in hoeverre deze beleidsveranderingen de toegankelijkheid en/of het gebruik van zorg(organisaties) in kwetsbare groepen zal veranderen. Dit verhoogt mede de urgentie voor zorgaanbieders om het bereik van kwetsbare groepen, zoals de drie doelgroepen in deze literatuurstudie, te verbeteren (Da Roit & Thomése, 2016).

Middels deze literatuurstudie willen we licht werpen op enerzijds de bestaande kennis omtrent de gezondheid, het zorggebruik en de zorgvraag van de drie specifieke groepen ouderen en anderzijds de bestaande kennis omtrent het huidige aanbod en organisatie van zorg/ welzijn voor deze groepen en de ervaren knelpunten en succesfactoren van personeel en organisaties. Het doel hierbij is meer inzicht te krijgen in de ogenschijnlijke kloof tussen beide en hoe deze zou kunnen worden overbrugd. Door zowel culturele diversiteit in de vorm van migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond, als seksuele diversiteit in de vorm van LHBT-ouderen mee te nemen in deze studie, en deze te onderzoeken op parallellen en verschillen in vraag en aanbod, hopen we een breed en genuanceerd beeld te krijgen van de issues en uitdagingen op gebied van diversiteit in de langdurige ouderenzorg in Nederland.

De literatuurstudie richt zich op de volgende:

- Doelgroepen: ouderen met Turkse achtergrond; ouderen met Marokkaanse achtergrond; LHBT-ouderen.
- Domeinen: langdurige zorg; intramuraal en extramuraal; formeel en informeel (van thuiszorg, wijkzorg en welzijnsvoorzieningen/ dagbesteding tot mantelzorg/ inzet vrijwilligers). Buiten beschouwing blijft: Jeugd, VGZ, GGZ (de laatste enkel betrokken bij thema gezondheidssituatie in geval van opvallende problematiek).
- Thema's: Gezondheidssituatie en zorggebruik van deze drie groepen; ervaringen verwachtingen en behoeften van deze groepen ter attentie van (nog te) ontvangen zorg/ welzijnsvoorzieningen; aanbod, voorzieningen, organisatie van zorg/ welzijn voor deze groepen (ook ondersteuning mantelzorg), (personeels-)beleid, scholing en ervaren knelpunten en succesfactoren van personeel/ organisaties op gebied van culturele en seksuele diversiteit.

Probleemstelling

Op basis van het bovenstaande zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

Vanuit het perspectief van de zorggebruiker (ouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond, LHBT-ouderen):

1. Wat is bekend over de gezondheidssituatie en het zorggebruik (informeel en professioneel) van deze groepen?
2.
 - a) Wat zijn ervaringen met het huidige aanbod van zorg/ welzijn van deze groepen?
 - b) Wat zijn verwachtingen en opvattingen ten aanzien van (nog te) ontvangen zorg/ welzijnsaanbod?
 - c) Wat zijn de behoeften ten aanzien van de knelpunten en succesfactoren, ter attentie van zorg/ welzijn van deze groepen?

Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder:

3.
 - a) Wat is (de organisatie van) het huidige aanbod/ voorzieningen qua zorg en welzijn aan deze groepen?
 - b) Wat zijn ervaringen, zoals knelpunten en succesfactoren, en behoeften van professionals/ organisaties?
 - c) Wat zijn recente interventies/ projecten, en hoe is het huidig (personeels-)beleid, de scholing van personeel en de kennis/deling onder personeel binnen de organisatie op gebied van culturele (migrantenouderen) en seksuele (LHBT-ouderen) diversiteit?

Door deze vragen te beantwoorden hoopt deze studie bij te dragen aan twee summatieve doelen:

1. Het verkrijgen van meer inzicht in actuele beschikbare kennis op het gebied van: Gezondheidssituatie, zorggebruik, zorgervaringen, -verwachtingen, -behoeften van deze groepen enerzijds; organisatie van en knelpunten en succesfactoren in het aanbod van zorg/ welzijn voor deze groepen anderzijds.
2. Het in kaart brengen van aspecten die ondersteunen bij het (beter) op elkaar afstemmen van dit vraag en aanbod (denk aan *best practices*, *do's* en *dont's*, belemmerende/ knelpunten en bevorderende-/ succesfactoren, interventies).

Op de lange termijn hoopt deze studie hiermee bij te dragen aan onderstaande formatieve doelen:

1. Het verbeteren van de diversiteitssensitiviteit van zorgorganisaties ten aanzien van:
 - het bereik en de behoefte van de zorgvragers,
 - hun medewerkers met een cultureel dan wel seksueel diverse achtergrond,
 - interacties tussen medewerkers onderling en tussen medewerkers en cliënten,
 - (ontwikkeling van) aanbod en organisatiebeleid.
2. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor en het welzijn van ouderen met een migratieachtergrond, specifiek met Turkse of Marokkaanse achtergrond, en LHBT-ouderen.

Leeswijzer

Het rapport is als volgt gestructureerd: **hoofdstuk 2** beschrijft de methode van de literatuurstudie en het theoretisch kader. In **hoofdstuk 3** richten wij ons op deelvraag 1 voor ouderen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond en beschrijven we achtereenvolgens hun gezondheidssituatie, hun zorggebruik en eventuele barrières voor het zorggebruik. In **hoofdstuk 4** beantwoorden wij deelvraag 2 tevens voor Turkse en Marokkaanse achtergrond. In dit hoofdstuk richten wij ons op de ervaringen/beleving, verwachtingen en behoeften van de groepen ouderen ten aanzien van gekregen zorg. In **hoofdstuk 5** bespreken we zowel deelvraag 1 als deelvraag 2, ditmaal voor LHBT-ouderen. **Hoofdstuk 6 en 7** bespreken het zorgaanbod, de voorzieningen, organisatie van zorg, (personeels-)beleid, scholing en ervaren knelpunten, issues en vragen van professionals en organisaties op gebied van culturele en seksuele diversiteit in formele en informele/ intra- en extramurale setting. Samen geven hoofdstukken 2, 3 & 4 dus antwoord op de onderzoeksvragen vanuit het perspectief van de zorggebruiker en hoofdstukken 5, 6 & 7 op die vanuit de zorgaanbieder.

Hoofdstuk 8 maakt de balans op uit voorgaande hoofdstukken. In dit hoofdstuk worden de hoofdbevindingen besproken, parallellen getrokken en tegenstrijdigheden bediscussieerd. We zullen ook enkele internationale studies aanhalen op punten die aansluiten bij de hoofdbevindingen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de belangrijkste conclusies over de huidige situatie omtrent zorgvraag en zorgaanbod, suggesties voor een betere afstemming tussen de zorgvraag en het zorgaanbod, implicaties voor de praktijk en aanbevelingen voor vervolgprojecten en –onderzoek. Tot slot wordt er stilgestaan bij de sterke kanten en beperkingen van deze literatuurstudie.

Ten slotte volgen een overzicht van alle geraadpleegde bronnen en de bijlagen met aanvullende informatie.

Hoofdstuk 2 – Methode en theoretisch kader

Onderzoeksopzet

Als methode is een narratieve literatuur review gebruikt (Green et al., 2006). Deze kwalitatieve methode heeft een hoog informatief gehalte doordat het verschillende soorten kennis (uit wetenschappelijke en praktijkbronnen) bij elkaar brengt in een leesbaar format. De methode is ondersteunend bij het aanzetten tot denken en het ontwikkelen van bewustzijn en urgentie door focus en verdieping op de doelonderwerpen te genereren. Hoewel deze studie geen systematisch literatuuronderzoek betreft, hebben we getracht zo systematisch mogelijk te werk te gaan. Dit hebben we gedaan door de zoekstrategie en keuze voor de selectie van gebruikte bronnen inzichtelijk te maken (zie verderop in dit hoofdstuk en in de bijlage). Daarnaast hebben we in de interpretatie van de resultaten en de discussiesectie aandacht voor verschillen en bijzonderheden in de data, en de relatie tot relevante internationale wetenschappelijke literatuur.

Bronnen die zijn meegenomen zijn zowel wetenschappelijke literatuur als zogeheten grijze literatuur (zoals rapportages en jaarverslagen uit het praktijkveld en maatschappelijke kennisinstituten). Tevens zijn literatuurreviews, oftewel niet originele maar meta-studies meegenomen. We zijn hierbij emergent en iteratief (bottom-up, gebruik makend van voortschrijdend inzicht van de onderzoekers) te werk gegaan door het verzamelen van de data en het lezen en interpreteren ervan grotendeels parallel te doen. Daarbij kwamen we regelmatig als onderzoeksteam bij elkaar om te kijken naar verkregen inzichten en welke kennis er nog miste om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Zo kon de zoekstrategie tussentijds aangepast of bijgestuurd worden (bijvoorbeeld wanneer bepaalde zoekacties teveel of juist te weinig informatie opleverden) en de onderzoeks(sub)vragen aangescherpt en aangevuld. Uiteindelijk kon datasaturatie, oftewel de verwachting dat verder zoeken geen grote, nieuwe inzichten zou opleveren, -binnen de beschikbare tijd en middelen- worden vastgesteld.

Zoekstrategie

Dit onderzoek is gedaan in de periode juni t/m oktober 2017. Hieronder is de gehanteerde zoekstrategie (min of meer chronologisch) uiteengezet:

- Op basis van de expertise van het onderzoeksteam, hun netwerk en door hun eerder gebruikte of eigen publicaties, vond een eerste verkenning van bestaande kennis plaats. Hiermee werden de motivatie voor de studie en de onderzoeksvragen geformuleerd en een overzicht van relevante thema's rondom zorgvraag van de onderzochte groepen en rondom zorgaanbod en beleid van organisaties opgesteld. De genoemde publicaties en door hen geciteerde publicaties werden, indien relevant, ook in de eigenlijke literatuurstudie geraadpleegd.
- Uit de eerste verkenning bleek dat in 2011 een uitgebreid literatuuroverzicht, bestaande uit zowel wetenschappelijke als grijze bronnen, over oudere migranten is samengesteld door Den Draak & De Klerk. Dit overzicht heeft als leidraad gefungeerd in deze literatuurstudie.
- Den Draak & De Klerk (2011) gaven ook een overzicht van belangrijke databases op het gebied van oudere migranten (o.a. HELIUS, LASA). Publicaties uit deze databases zijn ook bekeken voor deze literatuurstudie.
- Om goed zicht te krijgen op alle bestaande kennis uit grijze bronnen over de onderzoeksthema's, zijn de websites en daar beschikbare publicaties (en soms ongepubliceerde informatie) van alle relevante maatschappelijke organisaties en

kennisinstituten geraadpleegd (oa. Verwey-Jonker, Pharos, NOOM, Consortium Roze 50+, SCP, CBS). Zie voor het overzicht van deze organisaties het overzicht aan het einde van dit rapport van alle geraadpleegde bronnen en websites.

- Ter aanvulling op de bovenstaande zoekacties en verzamelde bronnen, en om te bevestigen dat geen grote, belangrijke bronnen in de Nederlandse context waren gemist, werden verschillende zoekacties uitgevoerd op Google Scholar, omdat via deze website zowel wetenschappelijke literatuur als 'grijze' literatuur te vinden is.
- De volgende zoektermen zijn gebruikt voor de online zoekacties: diversiteit, culturele diversiteit, etnische diversiteit, seksuele diversiteit, LHBT, migranten, allochtonen, gerelateerd aan ouderen en aan (informele) zorg, mantelzorg, thuiszorg, wijkzorg, welzijn, verpleeg(huis)zorg, zorgaanbod en organisatiebeleid.
- Gehanteerde exclusiecriteria waren: bronnen van vóór 2011, tenzij deze thema's belichtten die in deze literatuurstudie nog onvoldoende aan bod kwamen; bronnen over andere contexten dan Nederland; bronnen over Jeugd, VGZ, GGZ of cure; bronnen in andere talen dan het Nederlands of Engels; niet vrij toegankelijke bronnen; niet-humane studies (relevant in geval van Google Scholar); en -in geval van wetenschappelijke bronnen- bachelor- en masterscripties, tenzij deze thema's belichtten die in deze literatuurstudie nog onvoldoende aan bod kwamen.
- Inclusiecriteria die zijn gehanteerd: relevantie voor de onderzoeksvragen (om dit te bepalen werd de titel, steekwoorden, samenvatting/ abstract dan wel inleiding of conclusie gelezen); transparantie over gehanteerde methodiek en betrouwbare bronvermeldingen oftewel herleidbaar waarop de gerapporteerde kennis is gebaseerd ((wetenschappelijk) onderzoek, praktijk of project).

Resultaat van alle zoekacties

- Uiteindelijk zijn 58 wetenschappelijke bronnen en 69 grijze bronnen, namelijk 45 rapporten en 24 websites, geïnccludeerd. Zie het overzicht in bijlage 3. Bronnen zijn als wetenschappelijk beschouwd wanneer ze gepubliceerd zijn in een *peer-reviewed* tijdschrift of boek. Bronnen werden als grijs beschouwd wanneer ze niet gepubliceerd zijn in een *peer-reviewed* tijdschrift en als één of meer maatschappelijke organisaties of niet-academische kennisinstituten betrokken waren bij de totstandkoming van de bron.
- Vervolgens zijn de wetenschappelijke bronnen geordend op: methodiek (kwalitatief/ kwantitatief/ *mixed methods*), theoretische of empirische insteek, vraagstelling, focus, sample, land en resultaten. In de tabel in Bijlage 3 is deze informatie weergegeven.
- De geïnccludeerde grijze bronnen zijn geordend op: methodiek (kwalitatief/ kwantitatief), empirisch of aanbevelingen, vraagstelling, focus, sample en resultaten. Zie eveneens Bijlage 3 voor deze informatie.
- Websites werden geordend op: doelgroep organisatie (LHBT-ouderen, migrantenouderen) (zie bijlage).
- Voorbeelden van bronnen die niet zijn geïnccludeerd, zijn: rapportages over migranten en de thema's eenzaamheid en mentale gezondheid; algemene rapportages over (in)formele/

intramurale zorg, religie en zorg, en het gebruik van tolken; bronnen met een overwegende focus op de Vlaamse context; bronnen die focusten op één of meer doelgroepen anders dan die centraal stonden in deze literatuurstudie; bronnen die niet online toegankelijk of beschikbaar waren en waarvan de auteur(s) niet kon worden gecontacteerd omdat deze niet meer werkzaam waren bij de uitgevende organisatie of omdat deze organisatie zelf niet meer actief was.

Theoretisch kader

Hieronder worden de centrale concepten en tools toegelicht die richting hebben gegeven aan de dataverzameling en interpretatie van de geraadpleegde bronnen:

- *Culturele diversiteit en migrantenouderen* – ‘Culturele diversiteit’ is de gangbare term in de Nederlandse gezondheids(zorg) om pluraliteit op gebied van cultuur en/of etniciteit en/of huidskleur en/ of religie aan te duiden. In de bevindingen (hoofdstukken 3 t/m 7) van deze literatuurstudie, worden soms de termen etnische diversiteit of etniciteit gebruikt waar geraadpleegde bronnen deze gebruikten. In de rest van dit rapport wordt echter de term ‘culturele diversiteit’ aangehouden om alle hierboven genoemde (combinaties van) aspecten te omvatten en specifiek de (zorgissues omtrent de) onderzochte doelgroep van migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond. Er is gekozen de doelgroep aan te duiden als ‘migrantouderen met een Turkse/ Marokkaanse achtergrond’ of ‘Turkse/ Marokkaanse migrantouderen’ omdat de migratiegeschiedenis een belangrijke rol lijkt te spelen in de zorgvraag van deze doelgroep en tevens ter vervanging van de soms als stigmatiserend opgevatte term ‘allochtoon’. Hoewel er hier uit praktische overwegingen vaak van kortweg ‘migrantouderen’ wordt gesproken en vaak geen specifiek onderscheid wordt gemaakt tussen ouderen met Turkse dan wel Marokkaanse achtergrond, moet benadrukt worden dat dit geenszins uniforme groepen zijn, laat staan één uniforme groep van migrantouderen.
- *Seksuele diversiteit en LHBT* – Met ‘seksuele diversiteit’ wordt geduid op pluraliteit in seksuele oriëntatie en gender identiteit. In Nederlandse grijze bronnen wordt veelal de term ‘roze ouderen’ gebruikt. Wetenschappelijke bronnen hanteren meestal ‘LHBT’, naar de internationale, Engelse term ‘LGBT’, wat in het Nederlands staat voor lesbisch, homoseksueel, biseksueel en transgender. Soms wordt de ‘T’ van transgender weggelaten omdat zij gezien kunnen worden als een specifieke subgroep met specifieke (gezondheids-)problematiek. Soms wordt de ‘I’ toegevoegd, om mensen met interseksecondities te includeren, en/of de ‘Q’ van ‘queer’ om ieder die zich niet thuis voelt in het dominante heteronormatieve en cis-gender (seks/ lichamelijke kernmerken als dichotomie van óf geheel mannelijk óf vrouwelijk verondersteld én tevens samenvallend met genderidentiteit) georiënteerde maatschappelijke veld, te includeren. Er wordt hier de term ‘LHBT’ aangehouden, waarbij wordt benadrukt dat dit geenszins een uniforme groep vormt maar een complexe categorisering van intersectionele (zie concept hieronder) subgroepen en problematiek, waarbij aspecten van gender, seks en seksualiteit een rol spelen.
- *Intersectionaliteit* – Ouderen met migratieachtergrond of LHBT-ouderen vormen op verschillende manieren kwetsbare groepen. Een kritisch-intersectioneel perspectief, zoals in deze literatuurstudie is aangewend, heeft oog voor het complexe samenspel tussen elkaar kruisende en beïnvloedende identiteitsaspecten zoals gender, ouder worden, sociale klasse, cultuur, etniciteit/ huidskleur, religie, seksuele voorkeur, (dis)ability, etc., welke samen de sociale positie en mogelijkheden vormgeven van ouderen die tot deze groepen worden gerekend dan wel zichzelf hiertoe rekenen. Met het hanteren van dit perspectief wordt

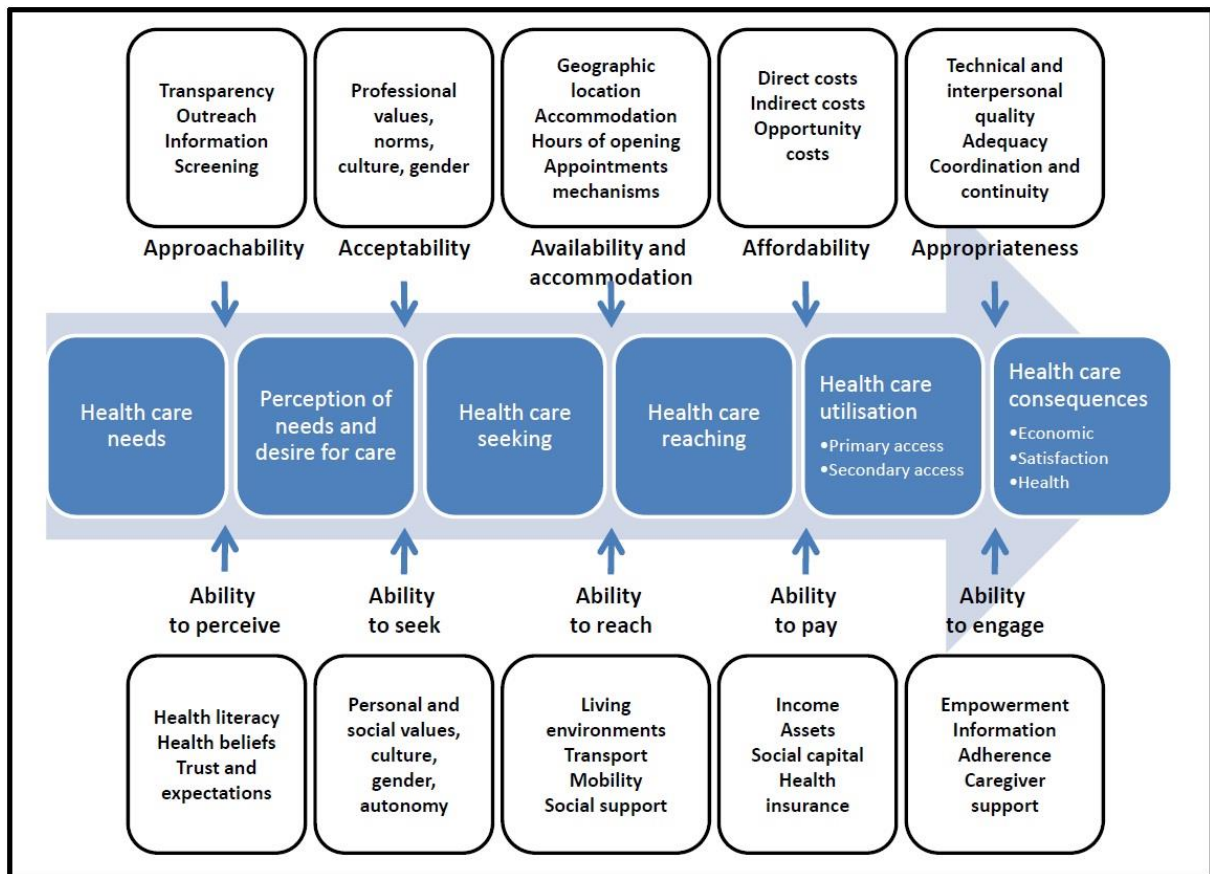
categoraal denken ('hokjesdenken') tegengegaan, de valkuil van generalisatie, essentialisering en stereotypering van deze groepen vermeden, en tevens aandacht gegeven aan invloed van sociale hiërarchieën (tussen de 'hokjes') en de hiermee verbonden (ervaringen van) uitsluiting en structurele maatschappelijke ongelijkheid (Leyerzapf et al., 2015).

- *Diversiteitssensitiviteit* – Wat is sensitiviteit voor diversiteit? Hoewel dit een academische discussie is die te ver voert voor deze literatuurstudie, willen wij hier aandacht hebben voor een aantal centrale punten, zoals dat diversiteitssensitiviteit verder reikt dan kennis, cognitie en vaardigheden maar ook sociale en emotionele aspecten omvat. Het gaat om bewustzijn, kennis en begrip hebben van verschillen en ongelijkheid in gezondheid en zorg, waarin achtergronden van cliënten én van professionals worden meegenomen (vanuit intersectioneel perspectief), en van verschillen in communicatie omtrent, beleving van en houding in zorgcontacten van zowel cliënten als professionals. Dit vraagt om kritische reflexiviteit ten aanzien van eigen en sociale normen en hoe sociale posities en identiteiten, machtsdynamiek, evenals de cultuur en structuur van organisaties, de gezondheid en zorg(contacten) beïnvloeden (Muntinga et al., 2016; Verdonk, 2015).

In verband met culturele diversiteit gebruiken bronnen meestal de term cultuur sensitieve dan wel cultuur specifieke zorg of culturele sensitiviteit om aan te duiden dat er aandacht is voor culturele diversiteit; dit is zodoende de term die in de hoofdstukken 3, 4 en 6 worden gebruikt. Om het thema seksuele diversiteit in een organisatiecontext aan te duiden, wordt vooral gesproken van LHBT-vriendelijke zorg, in het Engels '*gay-friendly care*', en soms van roze-vriendelijke of LHBT-sensitieve zorg; in de hoofdstukken 5 en 7 wordt de eerste term aangehouden. In de discussie in hoofdstuk 8 zullen we echter de overkoepelende term '*diversiteitssensitiviteit*' gebruiken die zowel culturele als seksuele diversiteit omvat.

- *Gelijkheid versus verschil en gelijkwaardigheid* – Huidige maatschappelijke en politieke debatten in Nederland laten veel polarisatie zien, generalisering en culturalisering (cultuur/ etniciteit/ religie als enige verklarende factor), en stigmatisering en uitsluiting van bepaalde groepen 'Anderen' (vaak culturele anderen, zoals migranten, echter ook mensen met een seksueel 'diverse' voorkeur, oftewel niet-hetero). Vanuit de sterke ideologie van gelijkheid in Nederland, wordt tegelijk doorgaans gelijkheid en gelijke behandeling gezien als enige juiste weg en oplossing in relatie tot diversiteit. Echter, doordat verschil hiermee meestal geen ruimte krijgt én geproblematiseerd wordt, raken mensen die (ogenschijnlijk) niet binnen de norm vallen gemakkelijk gemarginaliseerd. Om een gelijkwaardige en inclusieve zorgpraktijk te kunnen bevorderen, is het daarom van belang de focus te leggen op gelijkwáárdigheid en dus -wanneer/ waar nodig- *verschil* te maken en verschillen in perspectieven te erkennen en in open dialoog te gaan bespreken (Ghorashi & Sabelis, 2013; Leyerzapf et al., *submitted*).
- *Fasen van zorg en barrières bij zorgvragers en zorgaanbieders* – Levesque et al. (2013) ontwikkelden een conceptueel model dat de toegang tot, toeleiding naar, en het gebruik van zorg en tevens de barrières die zich hierin voor kunnen doen, gefaseerd weergeeft. Dit model (afgebeeld in figuur 1) benoemt zowel de factoren als de mogelijke barrières van de kant van zorgvrager en zorgaanbieder. Het model gaat over de toegang tot alle vormen van gezondheidszorg. Suurmond en collega's (2016) hebben dit model aangepast voor het gebruik van de langdurige zorg en toegepast in een onderzoek naar barrières in de zorg bij oudere migranten (zie ook hoofdstuk 5). Het model van Levesque et al. (2013) dient ook in dit literatuuronderzoek als leidraad voor het beoordelen van de bevindingen. Om de barrières tot zorg goed in kaart te brengen moeten we niet alleen bekijken waarom individuen wel of geen zorg ontvangen maar waar in het proces naar het ontwikkelen van de intentie naar de daadwerkelijk gerealiseerde zorgvraag het 'misgaat' en ook welke rol de

zorgaanbieder hierbij speelt. In Hoofdstuk 8, de discussie, bekijken we onze centrale bevindingen vanuit de factoren benoemd in dit model om op basis hiervan aanbevelingen voor praktijkontwikkeling te doen.



Figuur 1. Conceptueel model voor het beschrijven van de toegang tot en gebruik van zorg (Levesque et al., 2013)

Hoofdstuk 3 – Gezondheid en zorggebruik van ouderen met Turkse of Marokkaanse achtergrond

Vraagstelling

Ouderen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond worden vaak gezien als kwetsbare groepen in de Nederlandse samenleving (Denktaş, 2011; Van Wieringen, 2014a; Schellingerhout, 2004b; Verhagen, 2014). Dit heeft ermee te maken dat deze ouderen in de meeste gevallen weinig tot geen scholing hebben gehad en vaker dan ouderen zonder migratieachtergrond tot de lage inkomensgroepen behoren (Schellingerhout, 2004a). Hun migratiegeschiedenis heeft ook tot gevolg dat ze veelal geen volledige AOW ontvangen, wat hun inkomenspositie op hoge leeftijd verder verslechterd (Van Wieringen, 2014a). Gegevens over de kwetsbaarheid van deze groepen worden dan ook veelvuldig aangehaald in wetenschappelijke studies. Hoewel de kwetsbare positie van oudere migranten een belangrijk kenmerk is, kan de gemeenschappelijkheid van dit kenmerk ten onrechte het idee geven dat het om een homogene groep met één enkele cultuur gaat (Denktaş, 2011; Verhagen, 2014). Waar rekening mee gehouden moet worden is dat de ‘groep’ Turkse en Marokkaanse ouderen zeer divers is. Niet alleen bestaan er grote verschillen tussen deze twee grote migrantengroepen, ook zijn er veel verschillen binnen de groepen. Zo worden er bijvoorbeeld binnen de Marokkaanse migranten groepen verschillende talen gesproken (Berbers, Marokkaans Arabisch). Ook bevindt zich onder de Turkse groepen een veelheid aan etnische achtergronden (bijvoorbeeld Assyrisch, Syrisch, Koerdisch). Tevens is het zo dat in studies waarin gesproken wordt over ‘culturele opvattingen van migrantengroepen’ niet altijd meerdere etniciteiten in ogenschouw worden genomen (Yerden, 2013). In navolging van Van den Berg (2014) wordt dit als een belangrijke kanttekening beschouwd voor de resultaten van studies waarin gesproken wordt over ‘de culturele opvattingen van oudere migranten’. De gegevens zullen daarom genuanceerd moeten worden. Waar mogelijk wordt er in het vervolg steeds aangegeven onder welke etnische groepen het onderzoek is uitgevoerd en of er gebruik werd gemaakt van vergelijkingsgroepen.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de gezondheidstoestand, het zorggebruik en barrières voor zorggebruik van Turkse en Marokkaanse oudere migranten besproken. De gegevens zijn afkomstig uit grijze en wetenschappelijke bronnen. Hieronder volgt als eerste een overzicht van de kernbevindingen uit deze bronnen en het hoofdstuk wordt afgesloten met een voorlopig antwoord op de volgende onderzoeksvraag uit deze literatuurstudie:

Wat is bekend over de gezondheidssituatie en het zorggebruik (informeel en professioneel) van deze groepen?

Kernbevindingen:

- Turkse en Marokkaanse migrantenouderen worden in onderzoek veelal gekenmerkt als kwetsbare groepen op basis van hun migratiegeschiedenis. Ze komen uit rurale gebieden in Turkije in Marokko, hebben vaak weinig tot geen opleiding genoten en behoren tot de lagere inkomensgroepen.
- Deze kenmerken geven soms ten onrechte het beeld dat het om een homogene groep gaat. Echter, binnen de Turkse en Marokkaanse migranten groepen zien we een hoge mate aan diversiteit in etnische achtergrond en taalverschillen binnen de groepen. Hier wordt in onderzoeken nog weinig rekening mee gehouden.
- Ouderen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond hebben meer fysieke- en psychosociale gezondheidsproblemen dan ouderen met een Nederlandse achtergrond.
- Turkse en Marokkaanse migrantenouderen hebben een leefstijl waarbij ze vaak meerdere maanden per jaar doorbrengen in het land van herkomst en waar zij dan ook gebruik maken van zorg.
- Hoewel ouderen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond vaker naar de huisarts gaan, maken ze minder gebruik van specialistische-, thuis- en langdurige zorg.
- Redenen voor het relatief hoge gebruik van huisartsenzorg onder Turkse en Marokkaanse migranten zijn het hoge aantal aan fysieke gezondheidsproblemen maar ook een gebrekkige kennis van het Nederlandse zorgsysteem. Zij gaan ook naar de huisarts als het meer thuiszorgachtige taken betreft.
- Het gevoel gediscrimineerd te worden in de Nederlandse samenleving kan het zorggebruik van Turkse en Marokkaanse migranten negatief beïnvloeden.
- Onderzoeken suggereren dat veel Turkse en Marokkaanse migrantenouderen nooit de intentie ontwikkelen om thuis- en langdurig zorg te vragen, hoewel hun gezondheidssituatie dit misschien wel vereist. Redenen hiervoor kunnen zijn: gebrekkige kennis van het Nederlandse gezondheidssysteem, niet erkennen van de problemen, taalbarrières, een financiële barrière en een voorkeur voor mantelzorg.
- Taalbarrières zijn meer dan alleen gebrekkige Nederlandse taalvaardigheid. Deze hangt ook samen met culturele verschillen over hoe ziektes en klachten worden gepresenteerd, lage of beperkte gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid of analfabetisme, moeite met het overbrengen van klachten aan zorgverleners en aan de kant van zorgverleners moeite met het begrijpen en interpreteren van de zorgvraag.

Gezondheidssituatie: Welke gezondheidsproblemen spelen er in deze groepen?

Om de gezondheidssituatie van migranten in kaart te brengen hebben we ervoor gekozen om zoveel mogelijk de gegevens van te presenteren verzameld in een samenwerking van de GGD met de gemeente Utrecht (Fakiri & Bouwman-Notenboom, 2015) en deze aan te vullen waar nodig. Dit omdat deze gegevens gebaseerd zijn op een grootschalig bevolkingsonderzoek in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag). Veel andere studies bevestigen grotendeels het beeld wat deze studie geeft over de gezondheidssituatie van Turkse en Marokkaanse ouderen (Draak et al., 2012; Ikram, 2013; Klokgieters et al., 2017; Kunst et al., 2008; Schellingerhout, 2004a; Schellingerhout, 2004b). De fysieke gezondheidstoestand van ouderen met een Turkse en Marokkaanse afkomst is vele malen slechter dan die van ouderen zonder een migratieachtergrond. Niet alleen beoordelen zij hun eigen gezondheid slechter, ook hebben ze gemiddeld meer chronische aandoeningen, meer fysieke beperkingen en rapporteren zij vaker een hoge bloeddruk. Twee bijzonderheden zijn dat met name diabetes zeer veel voorkomt bij migrantenouderen (ongeveer 40-50% in beide herkomstgroepen) maar dat kanker, met uitzondering van longkanker bij Turkse mannen, juist minder vaak voorkomt bij migrantenouderen. Verder moet er rekening mee gehouden worden dat er bij deze groep relatief veel beroepsziekten aanwezig zijn. Door een verleden van veelal zware lichamelijke arbeid, blijkt uit de literatuur dat met name mannen lijden aan fysieke beperkingen en lichamelijke ongemakken voorkomend uit de arbeid (Schellingerhout, 2004b; Van Wieringen, 2014a). Ook op het gebied van psychosociale gezondheid scoren Turkse en Marokkaanse ouderen slechter. Zo rapporteren ze meer psychische klachten, voelen zij zich vaker eenzaam en voelen zij zich vaker gediscrimineerd. Dementie bij Turkse en Marokkaanse ouderen is nog een vrij onderbestudeerd fenomeen. Wel suggereren studies dat er relatief veel onbekendheid is over de symptomen van dementie bij deze migrantengroepen (Steunenbergh, 2017). Voorzichtig kan worden geconcludeerd dat het percentage migrantenouderen met dementie licht verhoogd lijkt ten opzichte van ouderen zonder migratie achtergrond (Parlevliet et al., 2015).

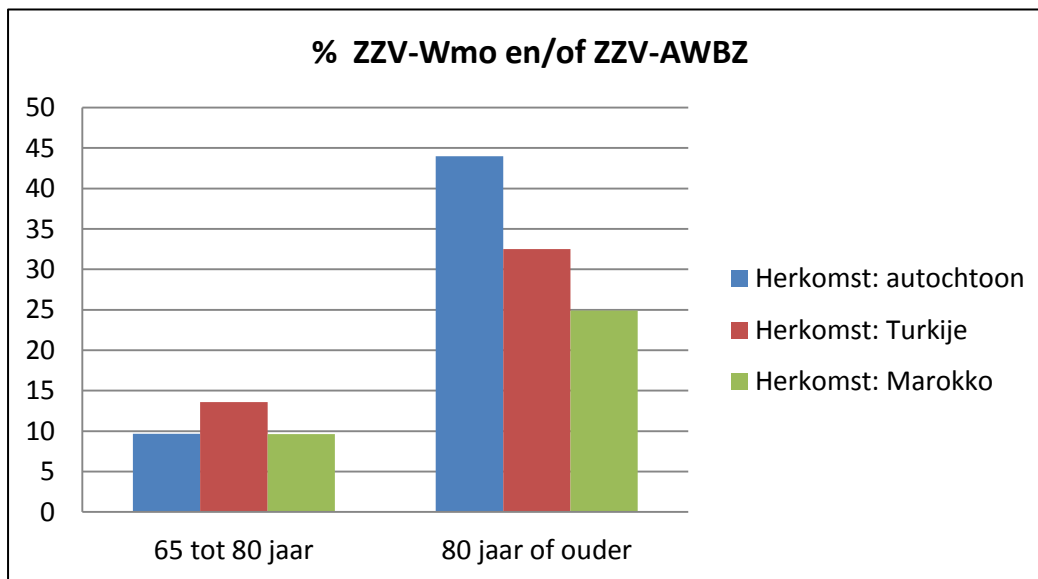
Zorggebruik: Hoe ziet het zorggebruik van deze groepen eruit?

Zoals eerder vermeld, blijkt uit gegevens dat migrantenouderen minder van zorg gebruikmaken dan men op grond van hun gezondheidssituatie zou verwachten. Dit verdient wel wat nuance. Studies laten zien dat het gebruik van primaire zorgvoorzieningen (huisarts en medicatie) juist hoger is onder Turkse en Marokkaanse migranten dan onder niet-migrantengroepen (Denktaş, 2011; Verhagen, 2014). Uit onderzoek blijkt dat Turkse en Marokkaanse ouderen relatief vaak de huisarts raadplegen voor relatief kleine problemen (Stronks et al., 2001). Met betrekking tot specialistische en ziekenhuiszorg, fysiotherapie en medische hulpmiddelen is het gebruik van Turkse en Marokkaanse migranten juist weer lager dan dat van niet-migrantengroepen. Dit duidt erop dat hoewel migranten vaker bij de huisarts komen, ze minder vaak worden doorverwezen naar specialistische zorg (Denktaş, 2011; Verhagen, 2014). Ook worden incorrect medicijngebruik en mindere therapietrouw van medicatie vaker gedetecteerd bij Turkse en Marokkaanse migranten dan bij niet-migrantengroepen (Denktaş et al., 2010; Smeets & Ros, 2004; Steunenbergh et al., 2014). Onderzoek in dit kader wijst ook uit dat migranten eerder stoppen met het innemen van medicatie voordat de behandeling is afgerond.

Het gebruik van thuis- en mantelzorg onder oudere migranten en het aantal migranten in zorgorganisaties is lastiger vast te stellen. Dit komt omdat deze gegevens meer gefragmenteerd zijn. Wel wijzen meerdere bronnen erop dat het thuiszorggebruik van migranten lager is dan niet-migrantengroepen (Denktaş, 2011; Fokkema, 2011; De Graaff et al., 2005). Uit de meest recente studie over ouderen in Amsterdam die verscheen in 2016, bleek dat ouderen (65+) met een niet-westerse achtergrond minder gebruik maakten van langdurige zorg dan ouderen met een Nederlandse achtergrond (Hazeleger et al., 2016). Recente gegevens van statline (Figuur 1) bevestigen dit gegeven

deels. Waar een hoger percentage Turkse migrantenouderen (ten opzichte van niet-migranten en Marokkaanse migranten) gebruik maakt van AWBZ- en/of Wmo-gefinancierde zorgvoorzieningen in de leeftijdsgroep van 65 tot 80 jaar, geldt voor de leeftijdsgroep ouder dan 80 dat migranten minder gebruik maken van zorg. Daarnaast documenteren verschillende bronnen dat het aandeel Turkse en Marokkaanse migranten in zorgorganisaties en intramurale zorg zeer minimaal is (Schellingerhout, 2004; Nitsche, & Suijker, 2003; Veer, 2001). Naar schatting woont 99% van de ouderen thuis of bij familie. Ook voor ouderen met ernstige beperkingen, zoals dementie, wordt geschat dat 70 % procent van hen thuis woonachtig is (Van Wieringen, 2014a).

Figuur 1: Totaal percentage ZZV-Wmo en/of ZZV-AWBZ gebruik naar herkomst in 2010



*ZZV-AWBZ: gefinancierde zorg zonder verblijf omvat persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp aan cliënten die niet in een instelling verblijven. Afhankelijk van de gemeente moet er voor de huishoudelijke hulp of het gebruik van een hulpmiddel of voorziening een eigen bijdrage betaald worden. Bron: Statline 2017 (statline.cbs.nl).

Een ander lastig in kaart te brengen gegeven is het zorggebruik in het land van herkomst. Naar verwachting brengt ongeveer 30 procent van de Turkse en Marokkaanse migrantenouderen tenminste drie maanden in het jaar door in het land van herkomst (Witter & Fokkema, 2013). Verwacht wordt dat een groot deel van deze 'pendelende' migranten tijdens zo'n bezoek ook gebruik maakt van zorgvoorzieningen zoals de huisarts- en/of specialistische zorg. Ook is er bekend dat zij soms een *second opinion* aanvragen in het land van herkomst waarvan de uitkomst de zorgsituatie in Nederland kan beïnvloeden. Daarnaast is het zo dat een deel van de migranten terug gaat naar het land van herkomst om daar terminale zorg te ontvangen als dit nodig is (Heygele et al., 2009; Meulenkamp et al., 2010). In een studie over de gehele Turkse en Marokkaanse migrantengroep (dus ook de jongeren) blijkt dat ongeveer 20% van de migranten gebruik maakt van zorg in het land van herkomst (Şekercan et al., 2014). Ook komt het vaker voor dat Turkse migranten gebruik maken van zorg in het land van herkomst dan Marokkaanse migranten. Gespeculeerd wordt dat dit te maken kan hebben de kwaliteit van de gezondheidszorg in Turkije ten opzichte van Marokko (Şekercan et al., 2014).

Er zijn nog weinig gegevens over de 'trends' (veranderingen van zorggebruik door de tijd heen) onder Turkse en Marokkaanse migrantenouderen. Eén van de weinige onderzoeken die een dergelijke studie uitvoerde, deed dit over huisartsbezoek in de periode tussen 2001 en 2005. De studie speculeerde dat de politieke gebeurtenissen (zoals de moorden op Theo van Gogh en Pim Fortuyn) in die periode, en een hogere rapportage van ervaren discriminatie onder migranten mogelijk zijn

weerslag zou kunnen hebben op het zorggebruik van migranten (Lamkaddem et al., 2008). Hoewel de relatie niet direct werd onderzocht, vond de studie wel dat waar het zorggebruik onder Marokkaanse migranten gelijk bleef bij gelijke gezondheidsproblemen, het zorggebruik onder Turkse migranten daalde. Wel moet vermeld worden dat deze studie wederom niet alleen onder ouderen werd uitgevoerd maar ook de jongere leden van deze groepen includeerde.

Barrières in het proces van zorgvraag tot zorggebruik

Uit het voorgaande blijkt dat migranten dus minder vaak gebruik maken van zorgvoorzieningen dan niet migranten maar wel vaker een bezoek brengen aan de huisarts. Waar ze dus de huisarts wél weten te vinden, lijkt dat barrière voor langdurig zorggebruik zich verderop in gang naar zorg pas echt belangrijk wordt. Het is dus van belang om vast te stellen waar het hoge huisartsbezoek vandaan komt enerzijds, en waar de barrières liggen in de verdere gang naar zorg anderzijds.

Op het gebied van huisarts bezoek en zorggebruik in het buitenland onder migranten zijn de studies niet eenduidig. Ook wordt er niet afdoende gezocht naar een verklaring voor waarom juist het gebruik huisartszorg zo hoog is onder migranten maar zij niet worden doorverwezen naar specialistische zorg. Duidelijk is dat er een positief verband bestaat tussen de ervaren en fysieke gezondheid en huisartsbezoek (Lamkaddem et al., 2011; Lamkaddem et al., 2012; Denktas, 2011). Ook lijkt er een negatief verband te bestaan tussen ervaren discriminatie en frequentie waarmee migranten de huisarts bezoeken. Zo vonden onderzoekers dat hoe meer discriminatie migranten ervaren, hoe vaker zij besluiten van een bezoek aan de huisarts af te zien (Lamkaddem et al., 2011). Interessant is dat dezelfde studie geen verband vaststelt tussen ervaren discriminatie en ervaren zorgkwaliteit. Veel onderzoekers speculeren over culturele verschillen in zorgbehoefte als mogelijke verklaring voor de discrepantie in het aantal huisartsbezoeken en het lage gebruik van specialistische zorg (Verhagen, 2014). Onduidelijk blijft echter over welke culturele verschillen het dan exact zou gaan. Lamkaddem et al. (2012) lieten, tegen de verwachting in, zien dat egalitaire/moderne zorgnormen (hieronder verstaan de onderzoekers: positieve opvattingen over secularisatie, egalitaire normen over man-vrouw verhoudingen en afwijzing van autoriteit) er niet toe leiden dat er meer belang er werd gehecht aan de zorgkwaliteit. Wel vonden ze dat 'traditionele zorgnormen' samenhangen met een hoger zorggebruik in het land van herkomst. Additioneel speculeerden de onderzoekers dat verschillen in het zorgsysteem ten grondslag kunnen liggen aan de verschillen in zorggebruik. Zo is het in het Turkije en Marokko wel mogelijk om direct een specialist te raadplegen maar is dit in Nederland geregeld via de huisarts.

Een andere belangrijke verklaring voor de verschillen in zorggebruik wordt gevonden in de vorm van een taalbarrière. Gespeculeerd wordt dat een taalbarrière het gebruik van zorg op twee manieren kan beïnvloeden (Verhagen, 2014). Ten eerste zullen mensen die geen Nederlands spreken waarschijnlijk ook minder kennis nemen over het Nederlandse zorgsysteem. Dit omdat de informatie geboden op websites en andere publieke domeinen voor hen ontoegankelijker zijn. Ten tweede is het voor mensen van wie de Nederlandse taalvaardigheid beperkt is waarschijnlijk moeilijker om hun klachten over te brengen aan de zorgverlener. Hoewel het mechanisme in mindere mate werd uitgewerkt, vonden verschillende studies wel degelijk bevestiging voor het feit dat een taalbarrière op zichzelf verhinderend werkt in het realiseren van een zorgvraag (Denktas, 2011; De Graaff et al., 2005; Lamkaddem et al., 2012; Verhagen, 2014). Het is wel belangrijk om te realiseren dat een taalbarrière alleen, niet afdoende verklaring biedt voor een lager zorggebruik onder Turkse en Marokkaanse migranten. Dergelijke patronen werden ook gevonden bij Molukse en Surinaamse ouderengroepen. Bij deze laatste groepen is het minder waarschijnlijk dat een taalbarrière een rol speelt (Denktas, 2011; Verhagen, 2014).

Andere belangrijke verklaringen zitten in, de mogelijk, beperkte gezondheidsvaardigheden van migranten omdat zij over het algemeen een zeer lage opleiding hebben genoten en in veel gevallen analfabeet zijn (Fransen et al., 2013; Rademakers, 2014). Het is mogelijk dat overbrengen van klachten aan de zorgverlener en het begrijpen van informatie gegeven door de zorgverlener niet juist geïnterpreteerd wordt. Dit past in het beeld van gebrekkige therapietrouw onder migrantenouderen (Zendedel, 2013). Ook werd gevonden dat men onvoldoende kan inschatten of een klacht ernstig genoeg is en of een zorgsituatie voldoende problematisch om hulp te vragen van derden (Suurmond et al., 2006). In bevestiging vonden Suurmond et al. (2006) ook dat migranten vaak niet weten waar zij terecht konden met hun zorgvraag. Zij probeerden bij de huisarts om hulp te krijgen voor thuiszorg-achtige taken. Dit leidde er vaak niet alleen toe dat migranten niet de gewenste hulp kregen maar maakte ook dat migrantenouderen ontevredenheid rapporteerden over de diensten van de huisarts. Andere studies bevestigen deze gang van zaken (Kloosterboer, 2004). Een bijkomend probleem hier is ook dat de zoon of dochter te weinig bekend is met het Nederlandse zorgsysteem om deze gebrekkig kennis te compenseren. Dus hoewel men wel wil, is er in sommige gevallen een aantoonbaar gebrek aan kennis en begrip van het Nederlandse zorgsysteem. Huidige informatie verstrekking in de vorm van folders spelen dan onvoldoende in op de vaardigheden van een grotendeels analfabete groep migrantenouderen (De Graaff et al., 2005).

Culturele opvattingen kunnen bestaan over de inrichting van zorg maar ook over hoe men ziektes dient te presenteren en welke symptomen worden beschouwd als legitiem (Fransen et al., 2013; Vintges & Hosper, 2014). Gespeculeerd wordt dat ook deze vorm van culturele verschillen bijdraagt een verklaring voor het lage zorggebruik en vooral ook aan het lage aantal doorverwijzingen naar specialistische zorg. Zo is bijvoorbeeld bekend uit de literatuur dat Turkse en Marokkaanse migranten soms de neiging hebben psychische klachten te somatiseren (Schellingerhout, 2004). Zij presenteren een psychische klacht dan als een fysieke klacht.

Tot slot werd geopperd dat financiële barrières een rol kunnen spelen in het realiseren van de zorgvraag. Lager gebruik van fysiotherapeutische zorg kon in ieder geval niet verklaard worden vanuit financieel oogpunt. Meer dan 90 % van de Turkse en Marokkaanse migrantenouderen bleek uit nader onderzoek zorgverzekeringen te hebben die dit soort zorg vergoed (Verhagen, 2014). Suurmond et al. (2016) vonden in hun onderzoek ook geen concrete aanwijzingen zijn dat geld een belangrijke rol speelde in de barrière om zorg te krijgen. Wel was het zo dat sommige migrantenouderen bij voorbaat al dachten de zorg niet te kunnen betalen. Zij vroegen dan om die reden geen zorg aan. Het is mogelijk dat financiële barrières om zorg te krijgen met de wetswijziging intensiveren.

Conclusie

Dit hoofdstuk begon met de onderzoeksvraag naar de gezondheidssituatie en het (in)formele zorggebruik van migrantenouderen. Over de gezondheidssituatie van migrantenouderen zijn relatief veel studies beschikbaar die hier een weinig rooskleurig beeld over geven. Ouderen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond blijken te kampen met een hogere mate van fysieke, psychosociale en cognitieve gezondheidsproblemen dan niet-migrant. Als gevolg hiervan laten studies zien dat zij vaak bezoeken brengen aan de huisarts maar thuiszorg en langdurige zorg vaak uitblijft, hoewel zij die wellicht wel nodig hebben. Op de achtergrond speelt een complexe samenloop van taalbarrières, gebrekkige gezondheidsvaardigheden, communicatieproblemen met zorgverleners, de gevolgen van een lage opleiding en analfabetisme, ervaringen van discriminatie, financiële barrières en een voorkeur voor mantelzorg. Op basis van de huidige kennis is het lastig te destilleren welke oorzaak of oorzaken het belangrijkste zijn. Wel is het waarschijnlijk dat zij sterk op elkaar ingrijpen. Enerzijds wordt de zorgvraag bij voorbaat niet ontwikkeld omdat gezondheidsproblemen niet herkend of gecommuniceerd worden vanwege gebrekkige gezondheidsvaardigheden en gebrekkige kennis van

het Nederlandse zorgsysteem. Verder speelt bij hen de angst de zorg niet te kunnen financieren en de culturele opvatting dat fysieke achteruitgang een natuurlijk beloop van het ouderdomsproces is en daarom geen interventie vereist. Als er wel een zorgvraag wordt geformuleerd is dat vaak bij de huisarts. Communicatiemoeilijkheden en gebrekkige gezondheidsvaardigheden verhinderen ook hier bij het overbrengen van de zorgvraag, het verkrijgen van de juiste zorg. Daarnaast is het zo dat huisartsen en indicatiestellers moeite hebben met het interpreteren van de zorgvraag. Het is op basis van deze gegevens te stellen dat oudere migranten mogelijk minder zorg ontvangen dan zij nodig hebben en misschien ook minder dan dat ze willen.

Referenties Hoofdstuk 3

- Berg, C. A. M., Van den. (2014). *Mantelzorg en etniciteit: etnische verschillen in de zorgattitude, zorgbereidheid en conflicthantering van mantelzorgers*. Proefschrift, Universiteit Twente.
- Denktaş, S. (2011). *Health and Health Care Use of Elderly Immigrants in the Netherlands*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Denktaş, S., Koopmans, G., Birnie, E., Foets, M., & Bonsel, G. (2009). Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *International journal for equity in health*, 8(1), 35.
- Den Draak, M., Hosper, K., Kosec, H., & Van Wieringen, J. (2012). *Migratie en gezondheid. Feiten en cijfers*. Pharos.
- El Fakiri, R., & Bouwman-Notenboom, J. (2015). Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden. GGD.
- Fokkema, T. (2011). Interculturalisatie van de ouderenzorg: een terugblik en roep om meer onderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42(1), 2-6.
- Fransen, M., Harris, C., Essink-Bot, M.L., (2013). Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst: Alleen een tolk inzetten en is meestal niet genoeg. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 157: A5581.
- De Graaff, F., Francke, A., & Van Hasselt, T. (2005). *Waarom maken terminale Turken en Marokkanen zo weinig gebruik van thuiszorg?* Fact sheet. Utrecht: NIVEL.
- Hazeleger, F. G. M., Dijkshoorn, H., Buster, M., de Jong, I. M., & Cremer, S. (2016). Verschillen in thuiszorggebruik onder Amsterdamse ouderen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 94(8), 305-312.
- Heygele Y., Vreeswijk-Manusiwa J., Schellekens, H. (2009). *Bagaimana-Hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten*. Utrecht: Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM).
- Ikram, U. Z., Kunst, A. E., Lamkaddem, M., & Stronks, K. (2013). The disease burden across different ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands, 2011–2030. *The European Journal of Public Health*, 24(4), 600-605.
- Klokgieters, S. S., van Tilburg, T. G., Deeg, D. J., & Huisman, M. (2017). Resilience in the Disabling Effect of Gait Speed Among Older Turkish and Moroccan Immigrants and Native Dutch. *Journal of Aging and Health*, 0898264316689324.
- Kloosterboer, D. (2004). *Wij komen eraan. Wensen, behoeften en ambities van oudere migranten in Nederland*. Utrecht: samenwerkingsverbanden van het Landelijk Overleg Minderheden (LOM).
- Kunst, A. E., Mackenbach, J. P., Lamkaddem, M., Rademakers, J., & Devillé, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Rotterdam/ Utrecht. Geraadpleegd op 20 juni 2017 via www.zonmw.nl

- Lamkaddem, M., Essink-Bot, M. L., Devillé, W., Foets, M., & Stronks, K. (2011). Perceived discrimination outside health care settings and health care utilization of Turkish and Moroccan GP patients in the Netherlands. *The European Journal of Public Health*, 22(4), 473-478.
- Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P. M., Devillé, W. L., Foets, M. M., & Groenewegen, P. P. (2012). Importance of quality aspects of GP care among ethnic minorities: role of cultural attitudes, language and healthcare system of reference. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 40(1), 25-34.
- Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P. M., Devillé, W. L., Foets, M., & Groenewegen, P. P. (2008). Changes in health and primary health care use of Moroccan and Turkish migrants between 2001 and 2005: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 8(1), 40.
- Meulenkamp, T. M., Van Beek, D. L., Gerritsen, D. L., De Graaff, F. M., Francke, A. L. (2010). *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg. Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen*. Utrecht: NIVEL.
- Nitsche, B., & Suijker, F. (2003). *Allochtone ouderen en wonen*. Forum. Geraadpleegd op 20 juni via <http://bureausuijker.nl/wp-content/uploads/2016/03/Factsheet-Allochtone-Ouderen-en-Wonen.pdf>
- Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M., Campen, J. P., Kok, R. M., Riet, G., ... & Rooij, S. E. (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(9), 1040-1049.
- Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL. Geraadpleegd op 15 augustus via <http://www.nivel.nl/nieuws/Helft-Nederlanders-heeft-moeite-met-regie-over-gezondheid%2C-ziekte-en-zorg>
- Schellingerhout, R. (2004a). *Cijferrapport Allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, R. (2004b). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Şekercan, A., Lamkaddem, M., Snijder, M. B., Peters, R. J., & Essink-Bot, M. L. (2014). Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 384-390.
- Smeets, H. M., & Ros, C. C. (2004). Zorggebruik door Marokkanen en Turken vergeleken met autochtone Nederlanders: geen hogere zorgconsumptie en lagere geneesmiddelenkosten. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 148(25), 1243-1247.
- Smits, C. H., De Vries, W.M., & Beekman, A. T. (2005). The cidr as an instrument for diagnosing depression in older Turkish and Moroccan labour migrants: an exploratory study into equivalence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5): 436-445.
- Steunenberg, B. (2017). *Zorg voor de oudere migrant (1^e edit.)*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- Steunenberg, B., Verhagen, I., Ros, W. J., & de Wit, N. J. (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*, 45(2), 82-91.

Stronks, K., Ravelli, A. C., & Reijneveld, S. A. (2001). Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 701-707.

Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M., & Essink-Bot, M. L. (2016). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly—a qualitative study. *International Journal of nursing studies*, 54, 23-35.

De Veer, A. J. E., Francke, A. L., Hutten, J. B., van den Berg, R., & Weijzen, E. M. (2001). *Allochtonen en de thuiszorg: bereik, verrichtingen en opbrengsten*. Utrecht: NIVEL.

Verhagen, I. (2015). *Community health workers: Bridging the gap between health needs of immigrant elderly and health-and welfare services in the Netherlands*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Verhagen, I., Wynand, R. J., Steunenberg, B., Laan, W., & de Wit, N. J. (2014). Differences in health care utilisation between elderly from ethnic minorities and ethnic Dutch elderly. *International journal for equity in health*, 13(1), 125.

Van Wieringen, J. (2014a). *Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutel figuren, professionals, gemeenten en ouderen zelf*. Utrecht: Pharos Expertisecentrum voor gezondheidsverschillen.

Witter, Y., & Fokkema, T. (2013). Pendelende migranten op latere leeftijd. *Demos*, 30(5), 5–7

Yerden, I. (2013). *Tradities in de knel: zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Zendedel, R. (2013). *Tolken in de gezondheidszorg*. In: I. Wolffers, A. van der Kwaak, N. van Beelen (red.). *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg. Kennis, attitude en vaardigheden*. Bussum: Uitgeverij Coutinho, pp. 287-293.

Hoofdstuk 4 – Ervaringen, verwachtingen, opvattingen en behoeften van Turkse en Marokkaanse migrantenouderen inzake gebruik van (langdurige) zorg

Vraagstelling

In tegenstelling tot het voorgaande hoofdstuk gaan we in dit hoofdstuk dieper in op het zorgperspectief van Turkse en Marokkaanse migrantenouderen zelf. Op voorhand is het belangrijk om een aantal begrippen te onderscheiden. In de literatuur wordt vaak een verschil gemaakt tussen toegang tot zorg en de daadwerkelijk gerealiseerde toegang (Suurmond et al., 2006). Oftewel, naast de barrières om tot zorg komen, is het belangrijk om in kaart te brengen welke moeilijkheden migrantenouderen hebben als ze deze barrières eenmaal hebben overwonnen. Hoe wordt bijvoorbeeld de gegeven zorg ervaren? Past de gegeven zorg bij de wensen, opvattingen en behoeften van ouderenmigranten? Welke moeilijkheden ervaren ze?

De gegevens over zorgervaringen zijn aanmerkelijk minder goed in kaart gebracht dan de barrières ten aanzien van de zorgvraag. De eerste reden hiervoor is, vanzelfsprekend, dat migranten een vrij 'nieuwe' groep ouderen zijn waarin nog relatief weinig gebruik wordt gemaakt van professionele thuis- en langdurige zorg. De tweede reden is dat migrantenouderen voor onderzoekers moeilijk te bereiken zijn. Enerzijds spelen taalbarrières een rol, anderzijds speelt wantrouwen jegens onderzoekers een rol (Oudenampsen et al., 2002). Sommige van deze onderzoeken kiezen er dan ook voor om vooral de naasten en zorgverleners te bevragen over hun ervaringen met migrantenouderen (De Graaff & Francke, 2003). Over de ervaringen van de oudere migrant zelf is daardoor weinig bekend. Waar onderzoek wel is uitgevoerd onder de doelgroepen, beslaan deze vaak zeer kleine samples waardoor het moeilijk is een conclusie te generaliseren (Van den Berg, 2014; Heygele et al., 2009). Ook is een ander deel van deze literatuur verouderd en/of beslaat slechts een specifiek deel van de groep Turkse of Marokkaanse migrantenouderen (Yerden, 2013). We zullen daarom wederom een nuance moeten plaatsen bij veel van de hier gepresenteerde gegevens en zullen steeds aangeven of het onderzoek is uitgevoerd onder naasten en familie of onder migrantenouderen zelf.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal belangrijke thema's omtrent ervaringen, zorgopvattingen, behoeften en verwachtingen. Dit zijn niet alleen de verwachtingen die migrantenouderen hebben ten aanzien van professionele zorgverleners maar ook de verwachtingen die zij hebben over zorg ten aanzien van hun echtgenoten en familie. Deze zijn meegenomen omdat wij van mening zijn dat deze verwachtingen een rol spelen in het inrichten van zorg onder migranten. Achtereenvolgens gaan we in op een voorkeur voor mantelzorg, zorg en geslacht, zorg en conflict en als laatste zorg en woonwensen, eetgewoonten en religie. Als eerste wordt een overzicht van de kernbevindingen gegeven en het hoofdstuk eindigt met een voorlopig antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- A) *Wat zijn verwachtingen, opvattingen ten aanzien van (nog te) ontvangen zorg- en welzijnsaanbod?*
- B) *Wat zijn de behoeften ten aanzien van de knelpunten en succesfactoren, ter attentie van zorg en welzijn van deze groepen?*
- C) *Wat zijn ervaringen met het huidige aanbod van zorg en welzijn van deze groepen?*

Kernbevindingen:

- Onder Turkse en Marokkaanse migrantenouderen vinden we vaak 'traditionele zorgnormen' waarin de voorkeur wordt gegeven aan mantelzorg door familieleden.
- Een belangrijke kanttekening hierbij is dat deze bevinding niet hoeft uit te sluiten dat zij ook de verantwoordelijkheid leggen bij professionele instanties om zorg te verlenen. Daarnaast is de voorkeur voor familiezorg niet uniek voor migrantenouderen, ook bij ouderen met een Nederlandse herkomst wordt deze voorkeur vaak gevonden.
- Zorgvoorkeuren en culturele opvattingen over zorg zijn niet statisch. Het draagvlak voor familiezorg onder Turkse en Marokkaanse migrantengroepen is in volgende generaties aan het afnemen.
- Zorgopvattingen leiden ertoe dat het leeuwendeel van de zorgtaken op de vrouwen terecht komt. Deze vinden het lastig om aan te geven wanneer zij professionele hulp nodig hebben.
- Conflictsituaties in de zorgverlening kunnen voortkomen uit impliciete verwachtingen van familieleden en rolverdelingen tussen mannen en vrouwen, kinderen en ouders, culturele opvattingen over ziekte, gezondheid en het levenseinde en conflicten in de familie die al een langere oorsprong hebben.
- Er zijn echter situaties waarin zorgverleners een positieve rol kunnen spelen in conflictsituaties. Belangrijk is dat zij de machtsverhoudingen binnen de familie weten te identificeren en te respecteren. Zorgverleners moeten bereid zijn vooral een ondersteunende rol te spelen in de zorg van migrantenouderen.
- Waar migrantenouderen thuiszorg krijgen zijn velen erg tevreden. Vooral de technische vaardigheden van de verpleegkundige worden gewaardeerd. Wel moeten zorgverleners oppassen met een te directe bejegening (bv. in geval van communicatie over levenseinde/ palliatieve zorg).
- 'Thuis voelen' is voor migrantengroepen extra belangrijk vanwege hun migratieachtergrond. Waar rekening mee gehouden moet worden is dat dit voor migranten vaak een precaire balans is tussen wonen in de buurt waar ook kinderen woonachtig zijn maar ook de mogelijkheid hebben om heen en weer te reizen tussen Nederland en het land van herkomst.
- Op het gebied van verzorgingstehuizen spelen angstgevoelens een belangrijke rol, namelijk: angst voor gezichtsverlies, om aan hun lot overgelaten te worden, en dat zorgorganisaties niet aansluiten bij religieuze voorschriften.
- Belangrijke aspecten om rekening mee te houden zijn ruimte voor religie en traditionele gebruiken, wensen qua eetgewoonten en persoonlijke verzorging, en wensen over het geslacht van de zorgverlener. Zorgverleners dienen tevens in de totstandkoming van hun taken rekening te houden met de wensen van de cliënt en diens familie.

Voorkeur voor mantelzorg?

Verwacht wordt dat Turkse en Marokkaanse migrantenouderen een groot belang hechten aan traditionele zorgnormen. Onder 'traditionele zorgnormen' vallen onder andere dat de familie verantwoordelijk wordt gesteld voor een groot deel van de zorgtaken, in wetenschappelijke studies veelal aangeduid als '*filial responsibility*' (Gans & Silverstein, 2006) of 'intergenerationele solidariteit' (Bentson & Roberts, 1991). In dit zorgideaal komt de zorg voor ouders vrijwel volledig terecht op de partner en (schoon)kinderen. Als familie het geven van zorg weigert, kan dit leiden tot gezichtsverlies (Nitsche & Suijker, 2003) en conflicten binnen de familie (Yerden, 2013). Dit zou vervolgens ook verklaren waarom migranten minder behoefte zouden hebben aan de inzet van professionele thuiszorg (Van Wieringen, 2014a).

Onderzoek bevestigt dit zorgideaal ten dele. Migrantenouderen van zowel Turkse als Marokkaanse achtergrond geven de voorkeur aan familiezorg (Van den Berg, 2014; Merz et al., 2009; Suurmond et al., 2006). Migrantenmantelzorgers besteden daarom, naast een betaalde baan en eigen huishouden, gemiddeld 44 uur per week gedurende 8 jaar aan zorgverlening (Nitsche & Suijker, 2003). Ook hebben migrantenmantelzorgers een grotere kans om overbelast te raken dan mantelzorgers zonder migrantenachtergrond (Pharos, 2016; Van Wieringen, 2014a).

Hoewel onderzoeken lijken te bevestigen dat 'traditionele zorg' inderdaad de voorkeur geniet van oudere migranten en hun nageslacht, zetten we een aantal kanttekeningen bij het idee dat deze voorkeur een reden is voor het lagere thuiszorggebruik in deze groepen. Ten eerste blijkt uit onderzoek dat de verwachte voorkeur voor mantelzorg niet specifiek is voor Turkse en Marokkaanse migrantenouderen. Als de zorgvoorkeuren van niet-migrant in dezelfde leeftijdscategorie worden bevraagd, blijkt deze groep overwegend een voorkeur te hebben voor zorg gegeven door familie (Suurmond et al., 2006). Ook Schans (2007) laat zien dat overeenkomsten in intergenerationele solidariteit onder niet-migrant en migrantengroepen groter zijn dan de verschillen. Dus hoewel migranten de voorkeur geven aan traditionele familiezorg, is deze niet per se uniek voor migrantenouderen. Ten tweede, moet in ogenschouw worden genomen dat cultuur niet statisch is. Ter illustratie, sommige onderzoekers laten zien dat de vanzelfsprekendheid waarmee men vroeger taken oppakte onder migranten langzaam aan het afnemen is. Onderzoeken laten zien dat sterke traditionele zorgnormen niet meer altijd gedeeld worden of kunnen worden door de volgende generatie (Van Wieringen 2014a; Merz, et al., 2009; Schellingerhout, 2004; Yerden, 2013). Ook suggereert onderzoek dat een voorkeur voor traditionele zorg zich niet altijd vertaalt in het geven van meer uren zorg (Talloon, 2013). Zo kan worden gesteld dat een hogere intentie om zorg te geven bij migranten niet altijd samenhangt met het aantal uren zorg wat men daadwerkelijk geeft (Schellingerhout 2008). Ten derde is het belangrijk om op te merken dat 'traditionele zorgnormen' en de wens om professionele zorg te ontvangen elkaar niet hoeven uit te sluiten. Van den Berg (2014) vond dat migranten inderdaad meer waarde aan traditionele zorg hechten dan niet-migrantouderen, maar dat zij tegelijkertijd net zoveel de verantwoordelijkheid voor zorg neerlegden bij de overheid. Dit duidt erop dat hoewel migranten traditionele zorg belangrijk vinden, ze óók vinden dat er een verantwoordelijkheid ligt bij professionele zorgorganisaties.

Zorg een vrouwentaak?

Zorg wordt onder migrantenouderen vaak primair beschouwd als een vrouwentaak (Schans (2007) in navolging van Kağıtçıbaşı, 1996). Een uitgebreide illustratie hiervan komt naar voren in een rapport van Verplanke en De Vries (2011). Zij laten zien dat vrouwen van onder andere Turkse en Marokkaanse afkomst zorg zien als een belangrijk onderdeel van hun vrouwelijke identiteit. Het zelf uitvoeren van de zorgtaken verdient daarom niet alleen de voorkeur, het inzetten van professionele zorg kan worden gezien als een persoonlijke belediging en gepaard gaan met een gevoel tekort te

schieten als vrouw. Dit beeld wordt ook bevestigd in cijfers over de inzet van vrouwen ten opzichte van mannen in zorgtaken. Als zowel geslacht als etniciteit in ogenschouw genomen worden, is de inzet van vrouwelijke mantelzorgers aanzienlijk hoger onder migranten dan onder niet-migrant (Schans, 2007; Schellingerhout, 2004; De Graaff & Francke, 2003). Een dergelijke rolverdeling gaat soms gepaard met een hoge belasting van met name vrouwelijke mantelzorgers (Nitsche & Suijker, 2003; Van Wieringen, 2014a; Van Wieringen, 2014b). Dit duidt erop dat migrantenvrouwen niet in staat zijn of niet wensen aan te geven dat zij professionele hulp nodig hebben. Sommige bronnen laten zien de thuiszorg voor sommige vrouwen wel welkom is mits er goed wordt samengewerkt. Meulenkamp et al. (2010) vonden bijvoorbeeld dat de meeste Turkse families die deelnamen aan hun onderzoek tevreden waren als de echtgenote en/of (schoon)dochters wel de verantwoordelijkheid van de zorg konden nemen, maar de uitvoering van bepaalde taken konden delegeren aan Nederlandse zorgverleners.

Zorg en conflict

Op basis van de verwachtingen dat normen over zorg tussen generaties (kinderen en ouders) en tussen geslachten (mannelijke en vrouwelijke familieleden) kunnen verschillen, verwacht men ook dat dit tot conflicten zou kunnen leiden binnen families (Moree (2005) in navolging op Moree et al., 2003). Yerden (2013) vindt hier bevestiging voor onder ouderen van Turkse herkomst. Hij vindt inderdaad dat omdat het geven van zorg wordt gezien als een vorm van respect en de afwezigheid ervan als een vorm van gezichtsverlies, deze visie kan leiden conflicten en spanningen binnen families als een familielid 'verstek' laat gaan. Van den Berg (2014) nuanceert dit beeld en laat zien dat, net als bij ouderen zonder migratieachtergrond, migrantenouderen vaker conflicten meemaken in de zorgverlening als er bij voorbaat al familiale conflicten bestonden. Ook zij sluit echter niet uit dat conflicten kunnen bestaan door een geschil in verwachting en werkelijke zorgverlening binnen familieleden en huwelijken.

Ook voorziet onderzoek dat de zorgsituatie kan leiden tot conflicten tussen families en professionele zorgverleners (Haikio & Aanttonen, 2011). Onderzoek hiernaar is nog schaars omdat de groep migranten die zorgervaringen heeft zeer klein is. Wel zijn er verschillende studies die conflicten belichten vanuit de kant van de zorgverlener en de naasten. Zo signaleren verschillende studies dat taalbarrières een rol spelen bij het uitspreken van de verwachtingen vanuit anderstalige cliënten (Meulenkamp et al., 2010; Steunenbergh, 2017; Van Wieringen, 2014a). Daarnaast laten studies rond terminale zorg, uitgevoerd onder naasten, zien dat er conflictsituaties kunnen ontstaan bij het vertalen (De Graaff & Francke, 2003; De Graaff & Francke, 2009). Zo vonden naasten het erg ongepast dat het aan hen gevraagd werd prognoses over het levenseinde te vertalen voor de cliënt. Het is binnen de Islam namelijk minder gebruikelijk om het naderende levenseinde uit te spreken, omdat het van belang is hoop te houden (Heygele et al., 2009). Waar ten aanzien met dit probleem rekening mee gehouden dient te worden, is dat de verantwoordelijkheid voor de communicatie vaak onverhoopt terecht komt bij de kinderen door de gebrekkige Nederlandse taalvaardigheid van de cliënt. Deze geven dan ook aan dat het zeer wenselijk zou zijn als zorgverleners ook met hun ouders zouden kunnen communiceren in de eigen taal.

Het is belangrijk te realiseren dat de samenwerking met professionele zorgverlening en de thuiszorg in veel gevallen ook goed gaat. Uit onderzoek van Meulenkamp et al. (2010) bleek dat van de migranten die terminale zorg ontvingen de meesten zeer tevreden waren over de ontvangen zorg. Vooral verpleegkundigen werden gewaardeerd om hun technische vaardigheden. Professionele zorgverleners konden in enkele gevallen zelfs een actieve rol spelen ten tijde van conflict. Zo werd in een fase van onderlinge onenigheid binnen de familie, het beslissen gaarne overgelaten aan Nederlandse zorgverleners. Dit was echter alleen mogelijk als hulpverleners een goed inzicht hadden in de onderlinge verhoudingen. Bronnen rapporteren daarom dat het van belang is voor

zorgverleners erachter te komen wie de centrale verantwoordelijkheid draagt in het gezin/ de familie en hoe zijn of haar machtspositie met die van de andere familieleden verbonden is. Zo bleek bijvoorbeeld dat dochters meer zeggenschap hadden dan schoondochters. Ook bleek dat bij het overlijden van een man meer problemen in de familie bestonden dan bij het overlijden van een vrouw.

Het beeld dat deze studies oproepen is dat het dus lastig te zeggen valt of er inderdaad meer conflictsituaties voorkomen onder migrantengroepen. Wel is het belangrijk om in de gaten te houden dat conflictsituaties kunnen voortkomen uit impliciete verwachtingen van familieleden en rolverdelingen tussen mannen en vrouwen, en kinderen en ouders, culturele opvattingen over de omgang met ziekte, gezondheid en het levenseinde, en conflicten in de familie die al een langere oorsprong hebben.

Woonwensen

Het is belangrijk om ook de huidige woonsituatie van Turkse en Marokkaanse migrantenouderen in ogenschouw te nemen, niet alleen omdat zorginstellingen hierop kunnen inspelen met voorzieningen in de thuiszorg, maar vooral omdat het zich thuis voelen en aspecten die hieraan kunnen bijdragen belangrijke componenten vormen voor het welzijn van migrantenouderen. Uit onderzoeken over de huidige woonsituatie van Turkse en Marokkaanse migrantenouderen blijkt dat velen van hen vrij 'honkvast' zijn (Uunk & Martinez (2001) in navolging van Oudenampsen et al., 2002). Dit heeft niet zozeer te maken met een gebrek aan keuze maar eerder met het feit dat deze ouderen niet over de financiële mogelijkheden beschikken om hun woonsituatie aan te passen. Wel is bekend dat er onvrede heerst over de woonomgeving. Zo kampen veel migranten met een opeenstapeling van problemen in de buurt zoals criminaliteit, vuil en overlast (Bolt, 2001). Ook blijkt dat velen van hen wonen in woningen die niet aangepast zijn aan een zorgsituatie (Kloosterboer, 2004). Dit levert de nodige obstakels op, zoals de afwezigheid van een lift, onaangepaste wasruimtes, en gevoelens van onveiligheid in de directe omgeving (Nitsche & Suijker, 2003).

Uit de meeste onderzoeken blijkt dat maar weinig migranten bereid zijn te verhuizen naar een zorginstelling (Oudenampsen et al., 2002). Wel is bekend dat het belang van zich 'thuis voelen' onder migranten breder gedragen wordt. Uit onderzoek blijkt dat het welbevinden van oudere Marokkaanse migranten sterk beïnvloed wordt door het gevoel zich nergens thuis te voelen. Ook in het land van herkomst is namelijk veel veranderd (Draak et al., 2012). Als gevolg hiervan kan voor migrantenouderen een soort vacuüm ontstaan waarin zij nergens echt aansluiting vinden. Enerzijds lijken zij belang te hechten aan de nabijheid van hun (klein)kinderen die in Nederland woonachtig zijn (Nitsche & Suijker, 2003; Kloosterboer, 2004), en anderzijds brengen ze graag veel tijd door in het land van herkomst bij de rest van de familie (Witter & Fokkema, 2013; Hoffer, 2005). Het is daarom niet wenselijk om oudere migranten zomaar op te nemen in intramurale instellingen als zich thuis problemen met de zorgsituatie voordoen (Verweij-Jonker, 2013).

In de praktijk van de zorgsituatie appelleren veel studies aan het feit dat migrantenouderen een zeer negatief beeld hebben van het wonen in zorginstellingen (Nitsche & Suijker, 2003; Oudenampsen, 2002; Hoffer, 2005). Dit zou volgens deze studies een aantal mogelijke redenen kunnen hebben. Ten eerste hebben migranten wellicht een zeer negatieve associatie met zorginstellingen in het algemeen omdat deze hen doet denken aan de zeer slechte zorginstellingen in het land van herkomst (Forum, 2011). Hoewel de kwaliteit van deze zorginstellingen inmiddels veranderd kan zijn, is de associatie nog steeds terug te vinden bij sommige migranten (Oudenampsen, 2002). Ten tweede wordt het wonen in een zorginstelling soms gelijk gesteld aan het idee dat familieleden hun zorgtaken verzuimen (Yerden, 2013). Het idee dat ze worden 'weggestopt' in een verzorgingstehuis zou gepaard kunnen gaan met gevoelens van schaamte en gezichtsverlies. Ten derde rapporteren studies

dat migranten vrezen dat zorginstellingen niet voldoen aan de voorschriften die gelden binnen hun religie en cultuur. Vaak genoemde voorbeelden zijn de mogelijkheid van halal eten en om met andere ouderen en zorgverleners de converseren in de eigen taal, het ervaren van gemeenschappelijkheid in het delen van herinneringen, de nabijheid van een moskee of gebedsruimte en de aanwezigheid van gescheiden ruimtes voor mannen en vrouwen.

Toch schetst een kleinschalig kwalitatief onderzoek over de woonwensen onder Turkse en Marokkaanse ouderen een beeld van uiteenlopende wensen en verwachtingen (Oudenampsen et al., 2002). Sommige migrantenouderen geven aan grote bereidheid hebben om te verhuizen, zeker als de zorgsituatie dit vereist. Deze ouderen vinden bijvoorbeeld dat in de wijk waar ze wonen zich 'teveel' allochtonen zouden ophouden. Om die reden zouden zij graag uit hun wijk willen vertrekken. Ook noemen sommige vrouwen dat zij wel zouden willen verhuizen mits zij in de buurt van hun kinderen zouden kunnen wonen. Deze zouden dan kunnen bijspringen in de zorg. Anderen geven echter aan dat dit niet nodig is, omdat de verwachting is dat kinderen toch wel kunnen en willen zorgen ongeacht de woonlocatie. Opvallend is dat met name onder vrouwen ook bereidheid is om te verhuizen naar een zorginstelling. Oudenampsen et al. (2013) suggereren, evenals De Graaff en Francke (2003), dat de blik van vrouwen op de toekomstige zorgsituatie wellicht realistischer is. Op de vraag of zij principiële bezwaren zouden hebben tegen het wonen in een Nederlands zorgcomplex reageren deze vrouwen verschillend. Sommigen geven aan hier geen bezwaar tegen te hebben mits wordt voldaan aan een aantal voorwaarden die hieronder worden besproken (Oudenampsen et al., 2002).

Bejegening en communicatiestijl

Een ander belangrijk onderwerp is de bejegening van oudere migranten. Heygele et al. (2009) stelt dat oudere migranten soms moeite hebben met de Nederlandse directe manier van omgaan met elkaar en het overbrengen van slecht bericht. Zoals al eerder aangetoond in de studie van Meulenkamp et al. (2010) is het zo dat het overbrengen van een slechtnieuwsboodschap niet altijd gewenst is omdat het binnen de Islam belangrijk is dat men hoop houdt op genezing. In sommige studies wordt gerapporteerd dat migranten een sterke voorkeur hebben voor verzorgers met dezelfde etnische achtergrond (Pharos, 2014). Dit zou een hoop van de communicatieproblemen kunnen oplossen. Heygele et al. (2009) stelt echter wel dat deze voorkeur zeker niet door iedereen gedeeld wordt. Vanwege angst voor geroddel binnen de gemeenschap zouden zorgverleners van andere etnische achtergronden dan de cliënt juist gewaardeerd worden.

Ruimte voor religie

Migrantenouderen zien graag dat eten voldoet aan de voorschriften in de religie. Voor moslims is dit bijvoorbeeld dat er geen varkensvlees in het eten zit en het overige vlees *halal* geslacht is. Verder is er tijdens de vastenmaand Ramadan behoefte aan aangepaste tijdstippen waarop maaltijden worden geserveerd. Ruimte voor religie is echter meer dan het aanbieden van *halal* voedsel en rekening houden met de Ramadan. Veel studies laten zien dat het geloof voor migranten zeer belangrijk is. Zo vinden zij inspiratie in hun geloof (Heygele et al., 2009) en draagt dit bij aan hun welzijn (Klokgieters et al., *submitted*). Ook zien verschillende bronnen dat het dagelijks leven van veel oudere migranten verweven is met religie (oa. Heygele et al., 2009). Er wordt gesteld dat, met het ouder worden, gebruiken rond het geloof zorgvuldiger worden nagekomen. Vasten en het bidden worden belangrijker maar ook de rituele reiniging en de studie van heilige boeken (wel of niet onder leiding van een imam). Voor een belangrijk deel bieden deze processen houvast voor migrantenouderen om het ouder worden en maatschappelijke ontwikkelingen te duiden. In praktische termen betekent dit dat migranten graag zien dat er ruimte is voor het belijden van hun religie. Ook geven migranten(ouderen) aan dat zorgverleners zich ervan bewust moeten zijn dat ze niet altijd voldoende

kennis hebben over rituelen of toegerust zijn om rituele taken op zich te nemen (Meulenkamp et al., 2010). Een voorbeeld van belangrijke kennis die soms ontbreekt, is dat terminale patiënten bij voorkeur wilden sterven met het gezicht richting Mekka. Het is belangrijk dat thuiszorgmedewerkers ruimte laten om aan deze voorschriften te voldoen.

Persoonlijke verzorging

Ook op het gebied van persoonlijke verzorging wijst Heygele et al. (2009) op culturele en persoonlijke verschillen. Zo vonden zij dat migrantenouderen van Turkse en Marokkaanse herkomst graag willen dat al het lichaamshaar wordt weggeschoren. Als het gaat om intieme persoonlijke verzorging is er bij migrantenouderen soms ook een sterke voorkeur voor de uitvoer door een man of een vrouw. Hoewel hier ook zeker variatie in zit, wordt er gesuggereerd dat vrouwen hier meer waarde aan hechten (verzorging door een vrouw) dan mannen.

Conclusie

Aan het begin van dit hoofdstuk zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd omtrent verwachtingen, opvattingen, behoeften ten aanzien van en de ervaringen met zorg van migrantenouderen. Op het gebied van verwachtingen en opvattingen zien we in onderzoek dat mantelzorg als taak van de vrouw een belangrijke rol speelt. Onder Turkse en Marokkaanse migrantenouderen wordt gevonden dat men sterk hangt aan 'traditionele zorgnormen'. Hierin wordt de voorkeur gegeven aan mantelzorg door (vrouwelijke) familieleden. Wel zijn hier een aantal belangrijke kanttekeningen te plaatsen. De opvatting dat er een voorkeur is voor mantelzorg hoeft niet uit te sluiten dat er ook behoefte is aan professionele hulp. Zorgvoorkeuren en culturele opvattingen over zorg zijn niet statisch. Het draagvlak voor familie­zorg onder Turkse en Marokkaanse migrantengroepen is in volgende generaties aan het afnemen. Daarnaast is het een groot risico dat mantelzorgers overbelast raken. Hier is dan een belangrijke rol voor de thuis- en langdurige zorg weggelegd.

Ten aanzien van behoeften en knelpunten lijkt een goede samenwerking van centraal belang, dat wil zeggen erkenning tussen formele zorgaanbieders en mantelzorgers van elkaars complementaire rol. Als er goed wordt samengewerkt en mantelzorg de mogelijkheid wordt gegeven taken te delegeren maar tegelijkertijd de leidende rol te behouden, kan de samenwerking vruchtbaar zijn. In sommige gevallen kan de zorgverlener een rol spelen in conflictsituaties. Het is dan wel belangrijk dat de zorgverlener goed vaststelt wat de machtsverhoudingen binnen de familie zijn om zo de juiste ondersteuning te bieden. Het kiezen voor een verzorger met dezelfde etnische achtergrond lost niet alle communicatieproblemen op. Uit angst voor geroddel geven sommige migranten de voorkeur aan verzorgers van een andere etnische achtergrond. De onderzoeken suggereren dat zorg voor migrantenouderen rekening moet houden met ruimte voor religie en traditionele gebruiken, wensen qua eetgewoonten en persoonlijke verzorging, en voorkeuren voor het geslacht van de verzorgende. Tevens dienen zorgverleners in de totstandkoming van hun taken rekening te houden met de wensen van de cliënt en diens familie. Zorg rond het levenseinde verdient extra aandacht van zorgverleners vanwege de taboes rond dit onderwerp.

Wat betreft ervaringen van het huidige aanbod worden weinig concrete uitkomsten gevonden. Zoals in het vorige hoofdstuk al aan bod kwam is het zo dat migranten hun zorgvraag vaak niet formuleren of verhinderd worden deze te volbrengen. Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat van de migranten die zorg gebruiken hebben de ervaring over het algemeen goed is. Ze hebben baat bij goede technische kennis en een ondersteuning in praktische zaken. Moeilijkheden spelen op het gebied van onjuiste bejegening, gezichtsverlies van mantelzorgers en gebrekkige kennis bij zorgverleners over taboes rond het levenseinde, persoonlijke verzorging en taalbarrières.

Referenties Hoofdstuk 4

- Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 856-870.
- Van den Berg, C.A.M. (2014). *Mantelzorg en etniciteit*. Proefschrift, Universiteit Twente.
- Bolt, G. (2001). *Wooncarrières van Turken en Marokkanen in ruimtelijk perspectief*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.
- Den Draak, M., Hosper, K., Kosec, H., & Van Wieringen, J. (2012). *Migratie en gezondheid. Feiten en cijfers*. Pharos.
- De Graaff, F. M., & Francke, A. L. (2009). Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by GPs and nurses: a survey. *BMC Palliative Care*, 8(1), 3.
- De Graaff, F. M., & Francke, A. L. (2003). Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 797-805.
- De Graaff, F., Francke, A., & Van Hasselt, T. (2005). *Waarom maken terminale Turken en Marokkanen zo weinig gebruik van thuiszorg?* Fact sheet. Utrecht: NIVEL.
- Häikiö, L., & Anttonen, A. (2011). Local welfare governance structuring informal carers' dual position. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4), 185-196.
- Heygele Y., Vreeswijk-Manusiwa J., & Schellekens, H. (2009). *Bagaimana-Hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten*. Utrecht: Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM).
- Hoffer, C. (2005). *Allochtone ouderen: de onverwachte oude dag in Nederland*. Stedelijke Adviescommissie Ouderenbeleid (SAO).
- Klokgieters, S.S., Tilburg, T., Deeg, D., Huisman, M. (submitted). Lacking resources impact wellbeing among young-old immigrants: Do religious activities buffer?
- Kloosterboer, D. (2004). *Wij komen eraan. Wensen, behoeften en ambities van oudere migranten in Nederland*. Utrecht: samenwerkingsverbanden van het Landelijk Overleg Minderheden (LOM).
- Merz, E. M., Özeke-Kocabas, E., Oort, F. J., & Schuengel, C. (2009). Intergenerational family solidarity: value differences between immigrant groups and generations. *Journal of Family Psychology*, 23(3), 291.
- Meulenkamp, T. M., Van Beek, D. L., Gerritsen, D. L., De Graaff, F. M., Francke, A. L. (2010). *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg. Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen*. Utrecht: NIVEL.
- Morée, M. (2005). *Mantelzorg multicultureel*. Geraadpleegd op: http://www.mighealth.net/nl/images/7/75/Mantelzorg_multicultureel.pdf (27-06-2017).
- Nitsche, B., & Suijker, F. (2003). *Allochtone ouderen en wonen*. Forum. Geraadpleegd op 20 juni via <http://bureausuijker.nl/wp-content/uploads/2016/03/Factsheet-Allochtone-Ouderen-en-Wonen.pdf>

Oudenampsen, D., De Gruijter, M., & Kromontono, E. (2002). *Woon-, zorg-en welzijnswensen van Marokkaanse ouderen*. Utrecht: Verweij Jonker Instituut.

Pharos (2016). *Factsheet: migrantenmantelzorgers*. Geraadpleegd op: <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet-mantelzorgers.pdf> (27-06-2017).

Schans, J. M. D. (2007). *Ethnic diversity in intergenerational solidarity*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Schellingerhout, R. (2008). *Mantelzorg*. In A. van den Broek en S. Keuzekamp (red.) *Het dagelijks leven van allochtone stedelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel planbureau, 60-77.

Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F. M. (2006). Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1068-1084.

Steunenberg, B. (2017). *Zorg voor de oudere migrant* (1e edit.). Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.

Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M., & Essink-Bot, M. L. (2016). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly—a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 54, 23-35.

Talloon, D. (2013). Allochtone ouderen en de uitdaging voor de dienst- en zorgverlening. *Ethiek en zorg in de hulpverlening: Over taboes gesproken*, 43.

Tonkens, E. H., Verplanke, J., & De Vries, L. (2011). *Alleen slechte vrouwen klagen: problemen en behoeften van geïsoleerde allochtone spijlzoorgers in Nederland*. Movisie.

Van Wieringen, J. (2014a). *Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutel figuren, professionals, gemeenten en ouderen zelf*. Utrecht: Pharos Expertisecentrum voor gezondheidsverschillen.

Van Wieringen, J. C. (2014b). Migrantenmantelzorgers: onzichtbaar, onmisbaar... overbelast. *Bijblijven*, 30(5), 32-39.

Witter, Y., & Fokkema, T. (2013). Pendelende migranten op latere leeftijd. *Demos*, 30(5), 5–7.

Yerden, I. (2013). *Tradities in de knel: zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Hoofdstuk 5 – Gezondheid, zorggebruik, ervaringen, verwachtingen, opvattingen en behoeften van LHBT-ouderen

Vraagstelling

In de wetenschappelijke literatuur is lange tijd relatief weinig aandacht aan LHBT-ouderen besteed. In de literatuur over ouderen bestaat slechts beperkte aandacht voor seksualiteit en issues rondom seksualiteit (Vincenten, 2009). Studies op dit terrein stellen zelden vast wat de seksuele geaardheid van respondenten is. In de meer recente literatuur zien we dit beeld veranderen en ook in de internationale literatuur bestaat steeds meer aandacht voor deze groepen (Addis et al., 2009).

Aan de onzichtbaarheid van LHBT-ouderen in onderzoek kwam begin jaren '90 verandering met de publicatie van het eerste Nederlandse onderzoek naar homoseksualiteit en ouder worden, getiteld *Zouden ze bestaan?!* (Soesbeek et al., 1993). In Nederland was ook Schuyf (1996) één van de eerste specifieke aandacht gaf aan deze groepen. Uit haar studie blijkt dan dat juist het taboe rondom seksualiteit bij ouderen schadelijk is voor LHBT-ouderen. Het principe van 'heteronormativiteit', waarbij er automatisch vanuit wordt gegaan dat ouderen heteroseksueel zijn, zorgt ervoor dat LHBT-ouderen moeilijk aansluiting vinden. LHBT-organisaties waarschuwen dat LHBT-ouderen weer 'de kast in gaan', of verwachten dat te doen, zodra zij afhankelijk worden van zorg (Fokkema, 2012).

In dit hoofdstuk gaan we in op wat er bekend is over de fysieke en mentale gesteldheid van LHBT-ouderen, welke barrières zij ondervinden bij hun zorgvraag en tot slot hoe zij het liefst zien hoe de zorg moet worden ingericht. Als eerste wordt een overzicht gegeven van de kernbevindingen en aan het einde van het hoofdstuk wordt een voorlopig antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

1. *Wat is bekend over de gezondheidssituatie en het zorggebruik (informeel en professioneel) van deze ouderen?*
2. *A) Wat zijn ervaringen met het huidige aanbod van zorg en welzijn van deze ouderen?*
B) Wat zijn verwachtingen, opvattingen ten aanzien van (nog te) ontvangen zorg- en welzijnsaanbod?
C) Wat zijn de behoeften ten aanzien van de knelpunten en succesfactoren, ter attentie van zorg en welzijn van deze ouderen?

Kernbevindingen:

- LHBT-ouderen zijn lange tijd onzichtbaar geweest in ouderenonderzoek en de maatschappij door taboes rondom seksualiteit bij ouderen.
- Op het gebied van fysieke gezondheid verschillen LHBT-ouderen nauwelijks van hun heteroseksuele leeftijdsgenoten. Wel zijn homoseksuele mannen vaker hiv-positief. Co-morbiditeit bij deze laatste groep ouderen levert complexe zorgsituaties op.
- LHBT-ouderen verschillen met name van heteroseksuele ouderen op het gebied van psychosociale gezondheid. LHBT-ouderen zijn vaker eenzaam en vaker sociaal geïsoleerd.
- LHBT-ouderen zijn bang om gediscrimineerd en uitgescholden te worden als zij open zijn over hun seksuele voorkeur. Dit is vooral het geval wanneer zij zorgafhankelijk worden en in een instelling (moeten) gaan wonen.
- Onderzoeken laten zien dat er generatieverschillen zijn tussen ouderen die jongvolwassenen waren in de jaren '60 en '70 ('de protestgeneratie') en eerdere generaties ouderen. Daarnaast signaleren onderzoeken lesbische ouderen als meest kwetsbare groep vanwege een, over het algemeen, relatief laag inkomen.
- Sociale netwerken van LHBT-ouderen zien er vaak anders uit dan die van heteroseksuele ouderen. Zo hebben LHBT-ouderen vaker geen partner en geen kinderen. Ook komt het vaker voor dat ze gescheiden zijn en een slechte relatie hebben met de ex-partner en/of kinderen, en dat ze een slechte relatie hebben met hun familie. Ze hebben wel vaak een hecht sociaal netwerk van vrienden.
- Vanwege de verschillende samenstelling van het sociale netwerk van LHBT-ouderen bestaande voornamelijk uit leeftijdsgenoten verwachten onderzoekers dat deze ouderen minder toegang zullen hebben tot mantelzorg. Studies zijn hierover niet eenduidig en laten zowel een rooskleurig als een minder rooskleurig beeld zien.
- LHBT-ouderen geven de voorkeur aan gemixte zorgsituaties, waarin zij samenwonen met zowel andere LHBT-ouderen als heteroseksuele ouderen. Het liefst leven zij in een samenstelling waarin er ongeveer net zo veel LHBT-ouderen wonen als heteroseksuele ouderen.
- LHBT-ouderen hebben behoefte aan openheid en medebewoners met een lesbische en homoseksuele voorkeur omdat zij zo gemeenschappelijkheid en hun lensverhaal en humor kunnen delen. Dit vereist ook openheid en tolerantie van zorgverleners.

Gezondheidssituatie

Het ligt in de lijn der verwachting dat er in Nederland nog weinig bekend is over de gezondheid en het welbevinden van LHBT-ouderen (Lisdonk & Kuyper, 2015). Dit komt omdat er maar weinig onderzoek specifieke gezondheidsuitkomsten van heteroseksuele ouderen en LHBT-ouderen direct vergelijkt. Voorgaande onderzoeken waren afhankelijk van indirecte vergelijkingen. Zo laten Van de Meerendonk et al. (2003) zien dat de verschillen op lichamelijke gezondheid verwaarloosbaar zijn. Lisdonk en Kuyper (2015) voerden als eerste een directe vergelijking uit in opdracht van het SCP. Zij vinden dat levenstevredenheid, de ervaren gezondheid en de mate waarin LHBT-ouderen langdurige ziekten, aandoeningen of beperkingen hebben niet significant verschillen van ouderen met een heteroseksuele oriëntatie. Belangrijk met betrekking tot de fysieke gezondheid, is de bevinding dat een groot deel van de oudere homoseksuele mannen hiv-positief is (Broers & Meijsen, 2016). Omdat er weinig bekend is over de lange-termijn effecten van hiv-remmers, is niet bekend wat de gevolgen hiervan zijn voor de fysieke gezondheid van deze ouderen. Wel is bekend dat deze mannen gedurende hun leven vaak te maken krijgen met de gevolgen van co-morbiditeit. Dit levert complexe zorgsituaties op (Hermans & Schuyf, 2014).

Lisdonk en Kuyper (2015) vonden maar weinig verschillen bij LHBT-ouderen op het gebied van mentale gezondheid. Deze bevinding gaat tegen de verwachting in. Zo werd er in eerdere Nederlandse studies uitgevoerd onder jongeren en volwassen wel gevonden dat LHBT-ers meer psychische problemen ervaren (Kuyper, 2013; 2015; Sandfort et al., 2014). Ook werd er in de internationale literatuur gevonden dat LGBT-ouderen juist wel meer psychische stress, depressie en suïcidaliteitsneigingen ervaren (Addis et al., 2009).

Grotere verschillen tussen LHBT en heteroseksuele ouderen vinden we op het gebied van eenzaamheid (Lisdonk & Kuyper, 2015). Studies laten zien dat LHBT-ouderen eenzamer zijn dan heteroseksuele ouderen (Fokkema & Kuyper, 2009; Fokkema, 2010; Keuzenkamp, 2010) en dat ze een groter risico lopen om in sociaal isolement terecht te komen (Schuyf, 2011b). Ook moet er rekening mee gehouden worden dat het behoren tot een minderheid of 'onzichtbare' groep een extra last kan zijn in het proces van ouder worden (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Van de Meerendonk et al. (2003) rapporteerden dat een kwart van de LHBT-ouderen ervaart dat het ouder worden een grotere belasting is dan voor een heteroseksuele ouderen. Van de LHBT-75-plussers ervoer zelfs een derde van de mannen en de helft van de vrouwen dit.

Binnen de groep LHBT-ouderen worden ook verschillen gevonden in de gezondheid en het welbevinden. Veel studies wijzen op generatieverschillen tussen LHBT ouderen die behoren tot de '(voor)oorlogse' generaties (1920-1940), en ouderen uit de 'protestgeneraties' (1940-1960) (Vincenten, 2009; Lisdonk & Kuyper, 2015). Van ouderen die behoren tot de eerstgenoemde generaties kan verwacht worden dat zij veelal minder open over hun seksuele oriëntatie zijn. Velen van hen zijn getrouwd geweest en hebben kinderen gekregen. De generaties die opgroeiden ten tijde van het hoogtepunt van de emancipatiebeweging zijn vaak wat opener over hun seksuele oriëntatie. Zij hebben zich ingezet voor gelijke rechten en maatschappelijke en politieke acceptatie van hun leefstijl en willen vaak niet meer 'terug in de kast'. Onderzoekers verwachten dan ook dat deze generaties het slechter doen op welzijnsgebied dan de eerder genoemde generaties (Butler, 2004; Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Lisdonk en Kuyper (2015) laten zien dat deze generatieverschillen in welzijn echter in de omgekeerde richting wijzen, en dat juist de jongere generaties vaker kampen met suïcidale gevoelens. Onderzoekers wijzen er ook op dat deze generatieverschillen er mogelijk toe leiden dat LHBT-ouderen in de toekomst meer zichtbaar worden (Vincenten, 2009). Verder worden er verschillen gevonden in sociaaleconomische status tussen homoseksuele mannen en vrouwen. Lesbische vrouwen die in veel gevallen gedurende hun leven afhankelijk waren van lagere inkomens vertalen zich in een aanzienlijk zwakkere financiële positie op latere leeftijd (Vincenten, 2009).

Hetzelfde maar toch anders: vooral eenzaamheid

Ten aanzien van fysieke problemen ervaren LHBT-ouderen dus grotendeels soortgelijke problemen als ouderen met een heteroseksuele oriëntatie. Wat deze groepen ouderen het meest onderscheidt is dat LHBT-ouderen meer last hebben van eenzaamheid (Broers & Meijsen, 2016; Lisdonk & Kuyper, 2015). Hiervoor hebben we in de literatuur verschillende verklaringen gevonden. Enerzijds heeft dit te maken met het soort sociale netwerken waar LHBT-ouderen over beschikken. LHBT-ouderen wonen namelijk vaker alleen en hebben minder kennissen dan heteroseksuele ouderen (Vincenten, 2009). Ook heeft een groot deel van hen geen vaste partner wat tot gevolg heeft dat ze niet kunnen putten uit het sociale netwerk van die partner (Kluit, 2012). Ook het ontbreken van kinderen draagt ertoe bij dat men minder familierelaties en meer vrienden en kennissen in het netwerk heeft dan heteroseksuele ouderen (Lisdonk & Kuyper, 2015). Hoewel ook vrienden eenzaamheid kunnen verminderen, wijst onderzoek uit dat de aard van de sociale netwerken van LHBT-ouderen bijdraagt aan eenzaamheidsgevoelens (Fokkema & Kuyper, 2009). Een andere reden voor het feit dat LHBT

ouderen meer last hebben van eenzaamheidsgevoelens, wordt geweten aan de 'heteronorm'. Ouderen die niet voldoen aan de standaard kunnen zich buitengesloten voelen door leeftijdgenoten. Bovendien heerst er onder ouderen een taboe op seksualiteit; relaties en seks zijn vaak niet bespreekbaar, en homoseksualiteit dus ook niet. Dit neemt niet weg dat LHBT-ouderen de behoefte hebben om 'gevoelsgenoten' te ontmoeten, namelijk andere LHBT-ouderen bij wie ze niet hoeven te 'doen alsof' en niet de uitzondering op de norm zijn. Een studie in dit kader laat inderdaad zien dat eenzaamheidsgevoelens van LHBT-ouderen samenhangen met '*minority stress*' (minderhedenstress) (Kuyper & Fokkema, 2010).

Zorggebruik en barrières tot zorggebruik

Over het (toekomstige) zorggebruik van LHBT-ouderen laten veel studies zich zorgelijk uit (Addis et al. 2009; Butler 2004; Fredriksen-Goldsen & Muraco 2010; Leyerzapf et al., 2016; Van de Meerendonk et al., 2003). De verwachting is dat de weinig diverse samenstelling van het netwerk van LHBT-ouderen een negatieve weerslag heeft op de mogelijkheid van deze ouderen om mantelzorg te ontvangen (Van de Meerendonk et al., 2003). Met het oog op de participatiesamenleving waarin steeds meer van het eigen netwerk wordt verwacht, zou dit de LHBT-ouderen extra kwetsbaar kunnen maken. Waar voor hetero-ouderen de meerderheid van de mantelzorgtaken neerkomt op de partner en/of kinderen (Wolff & Kasper, 2006), wordt bij LHBT-ouderen vaak vastgesteld dat deze in het netwerk ontbreken. Wel wijzen studies erop dat de netwerken van LHBT-ouderen soms juist ten dele het gebrek aan kinderen kunnen compenseren (Fokkema & Kuyper, 2009). De vraag is in hoeverre deze compensatie de toegang tot mantelzorg kan verbeteren. Uit de studie van het SCP (Lisdonk & Kuyper, 2015) blijkt dat ongeveer 10% van de ouderen niet op mantelzorg kunnen rekenen. Hier vonden ze geen verschil tussen LHBT- en heteroseksuele ouderen. Wel bleken inderdaad verschillen in het type netwerkleden waarvan beide groepen ouderen mantelzorg verwachten te ontvangen. Heteroseksuele ouderen verwachten mantelzorg te ontvangen van hun partner (65%) of hun kinderen (48%) en minder van familieleden (19%), vrienden (18%) of buurtgenoten (15%). LHBT-ouderen daarentegen verwachten juist minder van een partner (48%) of kinderen (23%) en meer van familieleden (26%), vrienden (39%) of buurtgenoten (23%) (Lisdonk en Kuyper, 2015). Een ander belangrijk aspect waarin de zorgvraag van LHBT-ouderen kan verschillen komt voort uit een angst voor discriminatie en om 'niet gehoord' te worden door zorgverleners. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze angst ook gegrond is (Hermans & Schuyf, 2014). Daarnaast laten onderzoeken zien dat LHBT ouderen niet worden 'gezien' door de meeste medewerkers of vrijwilligers in de zorg, aangezien deze niet aan de mogelijkheid van niet-heteroseksuele ouderen denken (Hermans & Schuyf, 2014; Leyerzapf et al., 2016). Het 'uitkomen voor wie je bent' en spanning rondom acceptatie, het behoren tot een minderheid en te maken krijgen met pesten of discriminerend gedrag heeft zowel psychische als sociale gevolgen, vaak ook op langere termijn en latere leeftijd (Hermans & Schuyf, 2014). Al deze gevoelens kunnen bijdragen aan minder goede ervaringen met formele en informele zorg (Addis et al., 2009; Butler 2004; Fredriksen-Goldsen & Muraco 2010; Leyerzapf et al., 2016; Van de Meerendonk et al., 2003).

Wensen en behoeften van LHBT-ouderen

Uit onderzoek blijkt dat er onder LHBT-ouderen weinig draagvlak is voor een doelgroepenbeleid (Den Heijer (2009) in navolging van Fokkema, 2012). In plaats daarvan blijkt uit onderzoek dat een meerderheid van de LHBT-ouderen een voorkeur heeft voor een vorm van wonen en zorg met een mix van LHBT-ouderen en ouderen met een heteroseksuele oriëntatie. Wel bepleiten ze dat het aandeel van de LHBT-ouderen substantieel moet zijn. Door het creëren van een mix waarin de helft van de ouderen een LHBT-oriëntatie heeft en de andere helft een heteroseksuele oriëntatie hopen zij meer openheid, respect en verdraagzaamheid te bewerkstelligen in zorgorganisaties (Groenboek Roze Belweek, 2006; Hermans & Schuyf, 2014; Schuyf & Stoop, 2007). Waar rekening mee gehouden

moet worden is dat ouderen met een LHBT-oriëntatie vaak een andere geschiedenis hebben. Zij vinden dus geen aansluiting bij medebewoners waarbij de gesprekken grotendeels over de kinderen en de kleinkinderen gaan. In zorgorganisaties met een gemixte situatie hopen zij meer interesses te kunnen delen. Ook zouden de activiteiten meer op hen kunnen worden afgestemd. Een ander belangrijk aspect voor LHBT-ouderen om zich thuis te voelen in een verzorgingstehuis of andere organisatie hangt samen met de juiste bejegening (Fokkema, 2012). Vanwege de heersende heteronorm wordt de mogelijkheid dat de ouderen anderszins georiënteerd zijn niet erkend. Daarom is het van belang dat zowel medebewoners en zorgverleners een open houding hebben tegenover een LHBT-leefstijl. Dit zou LHBT-ouderen een veiliger gevoel kunnen geven (Schuyf & Stoop, 2007).

Conclusie

Aan het begin van dit hoofdstuk is een viertal onderzoeksvragen gesteld omtrent LHBT-ouderen en hun gezondheidssituatie en (in)formele zorggebruik, en hun verwachtingen, opvattingen, behoeften ten aanzien van en ervaringen met de zorg. In relatie tot de gezondheidssituatie en het zorggebruik van LHBT-ouderen laten studies zien dat LHBT-ouderen nauwelijks verschillen van heteroseksuele ouderen in fysieke gezondheidssuitkomsten. Een aandachtspunt is dat veel mannen binnen de groep van LHBT-ouderen hiv-positief zijn. Mogelijk levert dit complexe zorgsituaties op als gevolg van de jarenlange blootstelling aan hiv-remmers en co-morbiditeit. De grootste verschillen tussen LHBT- en heteroseksuele ouderen zitten in de psychosociale gezondheidssuitkomsten. LHBT-ouderen voelen zich vaak gediscrimineerd en zijn vaker depressief of hebben last van suïcidale klachten. De samenstelling van het netwerk van LHBT-ouderen bestaat over het algemeen minder uit partners en familieleden en meer uit niet-verwanten. Als gevolg hiervan vinden studies dat LHBT-ouderen vaker eenzaam en vaker sociaal geïsoleerd zijn, anderzijds vinden studies dat ze in alle waarschijnlijk minder aanspraak kunnen maken op mantelzorg. Dit levert een mogelijke lacune op in beschikbare mantelzorg, al is nog onduidelijk in hoeverre zij mantelzorg van vrienden en kennissen zouden kunnen krijgen.

Uit de ervaringen van LHBT-ouderen blijkt dat zij zich vaak geïsoleerd en gediscrimineerd voelen in zorgorganisaties. Zij hebben last van heteronormativiteit die veronderstelt dat zij een heteroseksuele gezinssamenstelling en voorkeuren hebben. Deze norm beperkt voor hen de ruimte om zichzelf te zijn. Ook voelen zij zich als gevolg hiervan angstig om hun geaardheid wél te delen.

Ten aanzien van de behoeften en verwachtingen van LHBT-ouderen, vinden studies dat zij het liefst in een zorginstelling wonen waar een gelijk aantal LHBT-ouderen en heteroseksuele ouderen aanwezig zijn. Belangrijk voor hen is dat hun zorgverleners en medebewoners op de hoogte zijn van de algemene neiging tot heteronormativiteit. Zij verlangen een open houding van verzorgers en medebewoners en ruimte om zichzelf te zijn. Gelijkgestemden vervullen hierin een belangrijke rol. Niet alleen creëert hun aanwezigheid meer openheid, ook is de kans groter dat zij gemeenschappelijkheid kunnen vinden in hun levensverhaal.

Referenties Hoofdstuk 5

- Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S., & Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: a review of the literature. *Health & social care in the community*, 17(6), 647-658.
- Boers, H., & Meijssen, E. (2016). *Hoe ondersteun je ouderen met lesbische, homo-, bi- of transgender (LHBT) gevoelens?* Utrecht: Vilans/ Movisie.
- Butler, S. S. (2004). Gay, lesbian, bisexual, and transgender (GLBT) elders: The challenges and resilience of this marginalized group. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 9(4), 25-44.
- Fokkema, T. (2012). Ouderenzorg moet homovriendelijker. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 43(1), 4-6.
- Fokkema, T., & Kuyper, L. (2009). The relation between social embeddedness and loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 264-275.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., & Muraco, A. (2010). Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Research on Aging*, 32(3), 372-413.
- Hermans, M. & Schuyf, J. (2014). *Handreiking LHBT-emancipatie. Informele zorg en zelfredzaamheid van LHBT-ouderen*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Keuzenkamp, S. (2010). *Steeds gewoner, nooit gewoon. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kluit, M. (2012). *Kleurrijke kennis: Homovriendelijkheid in de ouderenzorg en de rol van kennisverwerking*. Masters' thesis, Universiteit Utrecht.
- Kuyper, L. (2015). *Wel Trouwen, Niet Zoenen. De Houding van de Nederlandse Bevolking tegenover Lesbische, Homoseksuele, Biseksuele en Transgender Personen 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kuyper, L. (2013). *Seksuele oriëntatie en werk. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele werknemers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kuyper, L., & Fokkema, T. (2011). Minority stress and mental health among Dutch LGBs: examination of differences between sex and sexual orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 222.
- Kuyper, L., & Fokkema, T. (2010). Loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults: The role of minority stress. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5): 1117-1180.
- Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T. (2016). Gay-friendly elderly care: Creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Ageing and Society*, 1-26. doi:10.1017/S0144686X16001045
- Lisdonk, J., Van, & Kuyper, L. (2015). *55-plussers en seksuele oriëntatie. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele 50-plussers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Meerendonk, B. Van de, Adriaensen, R. , & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Op weg naar een vrolijke herfst? Zorgbehoeften van en zorgverlening aan lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland: Onderzoek in het kader van het project 'Vrolijke Herfst'*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/Schorerstichting.
- Sandfort, T. G., de Graaf, R., ten Have, M., Ransome, Y., & Schnabel, P. (2014). Same-sex sexuality and psychiatric disorders in the second Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2). *LGBT health*, 1(4), 292-301.
- Schuyf, J. (2011a). *Groenboek Roze Belweek 2011*. Utrecht: Consortium Roze 50+.
- Schuyf, J. (1996). Oud Roze. De positie van lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland. Universiteit Utrecht – Interfacultaire Werkgroep Homostudies.
- Schuyf, J., & Stoop, R. (2007). *Factsheet ouderen en homoseksualiteit. Beleidsmogelijkheden ten behoeve van oudere homoseksuelen*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.
- Soesbeek, K., & Bonfrère, L. (1993). Zouden ze bestaan?! Homoseksualiteit en ouder worden. Utrecht – Interfacultaire Werkgroep Homostudies.
- Vincenten, P. (2009). *Behoeften worden zichtbaar. Een verkennend onderzoek naar de leefstijlen van, 55+ lesbische vrouwen en hun behoeften op het gebied van zorg en welzijn*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.
- Wolff, J. L., & Kasper, J. D. (2006). Caregivers of frail elders: updating a national profile. *The Gerontologist*, 46(3), 344–56. Geraadpleegd op www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16731873

Hoofdstuk 6 – Zorgaanbod, organisatie- en personeelsperspectief op gebied van oudere migranten met Turkse of Marokkaanse achtergrond

Vraagstelling

Dit hoofdstuk bespreekt de bestaande kennis vanuit wetenschappelijke en grijze bronnen op gebied van voorzieningen en organisatie van zorg voor migrantenouderen, evenals de ervaringen van individuele professionals en zorgorganisaties met het leveren van deze zorg. Hiermee sluit dit hoofdstuk aan op de volgende onderzoeksvragen in relatie tot migrantenouderen en culturele diversiteit:

1. *A) Wat is (de organisatie van) het huidige aanbod/ voorzieningen qua zorg en welzijn aan deze groepen? (Denk ook aan hoe specifiek, oftewel categorale of generieke voorzieningen etc.)*
B) Wat zijn recente interventies/ projecten, en is huidig (personeels-)beleid en scholing van personeel op gebied van culturele (migrantenouderen) diversiteit?
C) Wat zijn ervaringen, zoals knelpunten en succesfactoren, en behoeften van professionals/ organisaties?

De meeste beschikbare bronnen bleken niet zozeer het zorgaanbod voor oudere migranten of de ervaringen van zorgprofessionals en vanuit organisaties te bespreken, maar vooral aanbevelingen te geven ten aanzien van wat organisaties aan beleid zouden moeten hebben en wat professionals zouden moeten doen om cultureel sensitieve zorg te kunnen leveren. Ten einde de bestaande kennis omtrent migrantenouderen en culturele diversiteit zo volledig mogelijk te beschrijven, worden in dit hoofdstuk ook deze aanbevelingen over (te ontwikkelen) cultureel sensitieve zorg en organisaties besproken. Hiervoor is een vierde onderzoeksvraag toegevoegd, namelijk:

1. *D) Welke aanbevelingen worden er gedaan ten aanzien van, oftewel wat zijn opgedane inzichten in en visies op, cultureel sensitieve zorgorganisaties en –praktijken?*

Veel bronnen bleken tevens vooral gericht op gezondheid, cure en ook mantelzorg en niet zozeer op het gebruik van care- en welzijnsvoorzieningen. Hoewel ze zeker ook gedeeltelijk van toepassing lijken te zijn op en inzicht verschaffen in andere zorgdomeinen (zoals verpleeghuiszorg of andere tweedelijnsvoorzieningen, welzijn en wonen), is hierover dus geen concrete informatie. Zodoende moet worden opgemerkt dat er in het geheel weinig kennis beschikbaar is over *hoe* de aanbevelingen ten aanzien van cultureel sensitieve zorg(organisaties) en praktijken dan kunnen worden gerealiseerd (oa. Den Draak & De Klerk, 2011; de Gruijter & Van den Toorn, 2013).

Hieronder volgen eerst de kernbevindingen uit de geraadpleegde bronnen. Vervolgens zullen de relevante bevindingen met betrekking tot aanbod en interventies (vraag 1A en 1B) worden besproken, dan de knelpunten en succesfactoren bij professionals en organisaties (vraag 1C) en ten slotte de aanbevelingen (vraag 1D). Aan het einde van het hoofdstuk wordt een voorlopig antwoord gegeven op alle bovenstaande onderzoeksvragen.

Kernbevindingen:

- Bestaand aanbod van zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen lijkt veelal onvoldoende cultureel sensitief en bereikt migrantenouderen vaak onvoldoende. Tegelijk nemen 'cultuursensitieve' (doelgroep-/ leefstijloverstijgende aandacht voor culturele diversiteit) en 'cultuurspecifieke' (doelgroep-/ leefstijlspecifieke) voorzieningen langzaam toe en worden er door verschillende organisaties diverse interventies georganiseerd op gebied van migrantenouderen en cultureel sensitieve zorg.
- Bij de uitvoering van interventies wordt weinig samengewerkt tussen de formele zorg-, woon- en welzijnsorganisaties, gemeenten en reguliere cliënten-/ patiëntenorganisaties enerzijds, en deze informele (zelf)organisaties van migrantenouderen, hun naasten en mantelzorgers anderzijds. Tevens is er weinig samenwerking tussen de regionale of landelijke organisaties rondom zorg/ belangenbehartiging aan migrantenouderen en de lokale netwerken en (zelf)organisaties.
- Er is weinig onderzoek naar extramurale, ambulante, thuis- en wijkzorg en woon- en welzijnsinitiatieven, en de aansluiting tussen informele en formele zorg. Tevens is er weinig onderzoek naar de effecten van bestaande interventies en cultureel sensitief zorg, woon- en welzijnsaanbod. Daarmee lijkt de keuze voor een bepaalde interventie vrij willekeurig en niet *evidence-based* te zijn. Een uitzondering vormt het onderzoek naar de interventie STEM.
- Interventies, onderzoek en zorg-, woon- en welzijnsorganisaties hebben weinig aandacht voor de mogelijke invloed van stereotype beeldvorming, gepolariseerde sociaal-politieke debatten en structurele ongelijkheid op de (ontwikkeling van cultureel sensitieve) zorgpraktijken en de contacten tussen professionals en migrantenouderen en hun naasten.
- Professionals ervaren problemen met de zorg aan migrantenouderen en hebben behoefte aan (meer) ondersteuning. Denkbeelden van professionals omtrent migrantenouderen en cultuur lijken goede zorg in de weg te staan.
- Migrantenouderen en hun naasten/ mantelzorgers zijn te weinig vertegenwoordigd in besluitvormingsorganen in (in)formele zorg, woon- en welzijnsorganisaties en in cliënten/ patiëntenorganisaties.
- Succesfactoren voor cultureel sensitieve zorg(organisaties) zijn in ieder geval het bewerkstelligen van collectieve verantwoordelijkheid, welke kan worden ontwikkeld door praktijkontwikkeling te zien als cultuurverandering die iedereen betreft; door integrale verankering van culturele diversiteit in alle lagen van de organisatie; door training van professionals in kritische reflexiviteit; en door aandacht te hebben voor persoonlijke verhalen.
- Sleutelfiguren of bruggenbouwers kunnen een belangrijke, centrale rol spelen in cultureel sensitieve zorg-, woon- en welzijnspraktijken en de aansluiting tussen aanbod en vraag op gebied van culturele diversiteit, mits adequaat gefaciliteerd en formeel gesteund. Een voorbeeld is de interventie STEM.

Aanbod van (woon)zorgvoorzieningen voor migrantenouderen

Zoals in eerder dit rapport benoemd, zal de groep migrantenouderen met een indicatie voor verzorgings- of verpleeghuiszorg in de toekomst toenemen. De geraadpleegde bronnen geven aan dat er landelijk voorlichtingsprogramma's zijn opgezet om migranten(ouderen) bekend te maken met (cultuurspecifieke) woon- en zorgvoorzieningen en zo de drempel tot deze voorzieningen te verlagen, de soms negatieve beeldvorming rondom (intramurale) formele zorg weg te nemen en tegelijk meer zicht te krijgen op de zorgvraag.

Het Kennisplatform Integratie & Samenleving (KIS) heeft, in samenwerking met NOOM en het Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg, recent een overzicht gepubliceerd met woongroepen, verpleeghuizen en aanbieders van thuiszorg en dagbesteding voor verschillende groepen migrantenouderen, dan wel op religieuze grondslag georganiseerd of met algeheel 'multicultureel', in steek (KIS, 2017). In totaal betreft het 102 voorzieningen. Van deze voorzieningen voor migrantenouderen zijn 25 voorzieningen, ongeveer een kwart dus, relevant in verband met migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond. Dat is een redelijk aantal, hoewel het aandeel groter had kunnen zijn, wanneer we bedenken dat dit de grootste twee migrantengroepen betreft in Nederland, en aangezien slechts 18 voorzieningen specifiek op deze doelgroepen (apart of gezamenlijk) zijn gericht. Een aanzienlijk deel van de voorzieningen is niet cultuurspecifiek maar cultuursensitief, oftewel gericht op méér doelgroepen of een overstijgende doelgroep (: multicultureel, islamitisch). Hieronder staan de 18 die woon/zorgvoorzieningen betreffen.

Er werden de volgende 8 voorzieningen voor Turkse migranten gevonden:

- Woongroep Het Middelpunt in Deventer, omschreven doelgroep: Turks;
- Woongroep Tweede Lente in Amsterdam, doelgroep: Turks;
- Woongroep Baris Evi in Den Haag, doelgroep: Turks;
- Woongroep Harmonica in Rotterdam, doelgroep: Turks;
- Woongroep Orkide in Rotterdam, doelgroep: Turks;
- Zorggroep Crabbehoff – De Plataan, verpleeghuis, in Dordrecht, doelgroep: Turken;
- Woongroep İkinci Bahar in Tilburg, doelgroep: Turks;
- Stichting Woonzorgcentrum Raffy- Lale, verpleeghuis, doelgroep: Turks.

Er werden 3 voorzieningen voor Marokkaanse migranten gevonden, namelijk:

- Careyn – Careyn Rosendaal – Amana, verpleeghuis, in Utrecht, doelgroep: Marokkaans;
- Woongroep Andalus in Amsterdam, doelgroep: Marokkaans;
- Woongroep Dar es Salaam in Den Haag, doelgroep: Marokkaans.

Er konden de volgende 3 voorzieningen op religieuze grondslag worden onderscheiden:

- Cordaan – Al Noor, verpleeghuis, in Amsterdam, doelgroep: islamitisch;
- WelThuis – Het Olympiadehuis, verpleeghuis, in Gouda, doelgroep: multicultureel, islamitisch;
- Zorggroep Elde – Şefkat, verpleeghuis, in Boxtel, doelgroep: Turks, Marokkaans en ouderen met een islamitische achtergrond.

En er werden 4 'multiculturele' voorzieningen gevonden, namelijk:

- Cordaan – Eben Haëzer, verpleeghuis, in Amsterdam, doelgroep: multicultureel;
- Florence – Woonzorgcentrum Jonker Frans, verpleeghuis, in Den Haag, doelgroep: multicultureel;

- Schildershoek, verpleeghuis in Den Haag, doelgroep: multicultureel;
- Laurens – De Beukelaar, verpleeghuis, in Rotterdam, doelgroepen: Hindoestanen, Afro-Caribisch, Turks, Marokkaans.

Veel (woon)zorgcentra benadrukken dat ze ontstaan voor bewoners met ‘allerlei achtergronden’ en een ‘multiculturele sfeer’, zoals bijvoorbeeld Woonzorgcentrum Transvaal in Den Haag en ook Laurens Delfshaven in Rotterdam, een woonzorgcentrum met ‘respect en ruimte voor religie en cultuur’ (wzh.nl/woonzorgcentra/den-haag/wzh-transvaal/zorgproducten; laurens.nl/laurens-delfshaven, geraadpleegd op 16-10-2017). Deze laatste locatie heette eerder De Rustenburg en bestond sinds 2001 uit de eerste ‘islamitische’ verpleegafdeling. Aanvankelijk was er veel moeite met het verkrijgen van bewoners maar in 2006 was een meerderheid van de bewoners en bezoekers van de dagopvang ‘allochtoon’ (nrc.nl/nieuws/2001/08/25/de-leegte-van-het-islamitisch-tehuis-7554482-a1142851, trouw.nl/home/cultuurgebonden-dementerend~a0aa91ea/, geraadpleegd op 16-10-2017). Het lijkt er echter op dat de verpleegafdeling voor moslims ondertussen niet meer bestaat en dat de locatie dus een beweging van cultuurspecifiek richting cultuursensitief heeft gemaakt.

Het Wereldhuis – Binnenkort opent Zorggroep Elde in Boxtel Het Wereldhuis, een nieuw woonzorgcentrum voor ‘leefstijlgerichte en cultuurspecifieke zorg’ waarin verschillende bestaande locaties worden samengevoegd, namelijk Şefkat (ouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond, hierboven genoemd), Nieuw Beekvliet (ouderen uit voormalige overzeese gebieden) en Molenweide (zusters en paters van verschillende congregaties). Het is een voorziening voor ouderen met dementie die intensieve zorg nodig hebben, waarbij het doel is dat “bewoners de mogelijkheid hebben om met gelijkgezinden te leven, maar (...) ook in contact [kunnen] treden met andere culturen en religies. (...) In het Wereldhuis is er plaats voor elke ‘wereldburger’ die zich thuis voelt in en zich aangetrokken voelt door deze woonvorm”. Op deze manier zet deze organisatie duidelijk in op veilige, vertrouwde ruimtes (cultuurspecifiek) parallel aan cultuursensitieve, oftewel cultuuroverstijgende verbindingen en contacten. (zge.nl/specialistische-zorg/wereldhuis/, geraadpleegd op 13-10-2017)

Levensende- en palliatieve zorg

Veel bronnen bespreken palliatieve/ levensende zorg in relatie tot migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond in plaats van andere groepen (ActiZ 2009; Den Draak et al., 2012; Greaff et al., 2011; Mistiaen et al., 2011a; Mistiaen et al., 2011b). Deze geven aan dat er in het geheel (te) weinig aanbod van voorzieningen op dit terrein is. Er bestaan verschillende Turkse en Marokkaanse organisaties die verzekeringen aanbieden voor oudere migranten die in het land van herkomst willen worden begraven, en begrafenisondernemers gespecialiseerd in overzeese begrafenissen (Den Draak et al., 2012).

Interventies rondom preventie

Veel interventies richten zich op voorlichting over preventie en leefstijl/ bewegen. Dit sluit aan bij de constatering uit Hoofdstuk 3 en 4 dat bewustzijn van en de kennis over gezondheid en ziekte bij migrantenouderen en hun naasten vaak beperkt lijkt. In het geheel sluit het aanbod wat betreft preventie en voorlichting volgens Den Draak et al. (2012) te weinig aan bij de wensen en mogelijkheden van oudere migranten. Voorbeelden van interventies die er wel zijn voor migrantenouderen, zijn (Den Draak et al., 2012):

- Het *Alzheimer theehuis* is een samenwerking tussen Alzheimer Nederland, de provincie Noord-Brabant en Zorghuis Şefkat. Het is een initiatief dat het taboe op Alzheimer wil doorbreken en waarbij tweetalige informatie wordt aangeboden. Daarnaast werden het

voorlichtingsprogramma *Weten over vergeten* en *Meer dan vergeten*, een project van gespreksbijeenkomsten ontwikkeld.

- Het project *Bewegen valt goed!*, een samenwerking van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en Consument en Veiligheid (C&V), is één van de weinige beweeginterventies die specifiek voor migrantenouderen zijn ontwikkeld. Daarnaast zijn er meerdere, algemene beweegprogramma's die migrantenouderen gedeeltelijk bereiken, zoals *Bewegen-op-recept* in Den Haag, *Van Klacht naar Kracht* in Rotterdam, *BigMove* en *De Beweegkuur*.
- *Kijk op diabetes*, eenmalige voorlichtingsbijeenkomsten over diabetes verzorgt door de GGD West-Brabant samen met thuiszorgorganisaties. Mensen kunnen hier hun bloedglucosewaarde laten bepalen en voor hen waarbij diabetes is gediagnosticeerd is er een vervolgcursus. De bijeenkomsten zijn niet specifiek op migrantenouderen gericht.

Minder in beeld lijkt het aanbod op gebied van (voorlichting over) preventie dat vanuit zelforganisaties zoals Aman, Associatie Marokkaanse Artsen Nederland, en patiëntenorganisatie SGAN, Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland (voorheen De Stichting Allochtonen en Kanker, SAK) wordt georganiseerd en ontwikkeld. Verderop in dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van deze organisaties en hun focus.

Thuiszorg

De geraadpleegde bronnen geven aan dat migrantenouderen vaak niet de thuiszorg krijgen die nodig is. Dit vooral zo sinds de organisatie van thuiszorg sinds 2015 bij lokale gemeenten ligt en ontvangers in een huisbezoek tegenover een ambtenaar moeten beargumenteren waarom deze thuiszorg nodig is (De Graaff & Francke, 2009; Suurmond et al., 2016). Verdere genoemde redenen voor het gebrekkige aanbod of de onvoldoende culturele sensitiviteit van dit aanbod, zijn dat culturele diversiteit en behoeften van migrantenouderen niet zijn opgenomen in de formele behoeftenanalyse/ geen onderdeel vormen van de indicatiestelling, én dat cliënten vaak geen vaste maar wisselende zorgverleners krijgen (De Graaff & Francke, 2009; Suurmond et al., 2016; Van Wieringen, 2014a).

Aanbod en interventies rondom wonen en welzijn

In verband met aanbod van voorzieningen en interventies rondom wonen en welzijn geven bronnen aan dat er onvoldoende zicht is op de situatie en precieze vraag van oudere migranten. Welzijnsdiensten zijn vaak niet lokaal georganiseerd en/ of onvoldoende laagdrempelig bereikbaar en toegankelijk voor de doelgroep van migrantenouderen die te maken kunnen met fysieke, financiële en sociale (sociaal geïsoleerd kunnen zijn en weinig gewend om buiten de familie en mogelijk eigen gemeenschap activiteiten te ondernemen) beperkingen, en vaak te maken hebben met taalbarrières (Den Draak et al., 2012; Van Wieringen, 2014a).

Met het oog op de extramuralisering in de zorg en de norm dat ouderen langer thuis blijven wonen, zetten organisaties zoals het Platform interculturalisatie ouderenzorg (sinds 2002) en Project!impuls (bestaand uit: MOgroep, Aedes, Arcades, landelijke vereniging voor thuiszorg) zich in om de keten wonen-zorg-welzijn vorm te geven voor en beter te laten aansluiten bij oudere migranten (Nitsche & Suijker, 2003). Forum, MOVISIE, Remake en Aedes-ActiZ zijn andere voorbeelden van organisaties die interventies omtrent wonen en welzijn van migrantenouderen hebben ontwikkeld.

Er zijn verschillende woonvormen mogelijk voor oudere migranten, namelijk alle woningen fysiek bij elkaar tot verspreid over een wijk of straat, een 'kangoeroewoning', een 'tandemwoning', of 'pendelwonen'. Migrantouderen en hun naasten ontwikkelen, soms met behulp van

‘sleutelfiguren’ (waarover verderop in dit hoofdstuk meer) zelf soms ook alternatieve woonvormen (Nitsche & Suijker, 2003).

De welzijnsinterventies die de laatste jaren door het hele land zijn ontwikkeld, richten zich vaak op eenzaamheid en sociale isolatie (Den Draak & De Klerk, 2011). Ook deze interventies zijn weer zowel cultuursensitief als cultuurspecifiek van opzet, dat wil zeggen ze richten zich enerzijds op het toegankelijk(er) maken van bestaand aanbod en voorzieningen of zijn categoriaal (doelgroep-/ leefstijlspecifiek) van aard en proberen op deze manier aandacht te geven aan culturele diversiteit en de zorg meer bij migrantenouderen te laten aansluiten (Den Draak et al., 2012).

In het eerder besproken onderzoek van KIS (2017) naar voorzieningen voor migrantenouderen werden 7 welzijnsvoorzieningen relevant voor migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond gevonden.

Er werden de volgende 2 cultuurspecifieke voorzieningen voor Turkse migranten gevonden:

- Dagbesteding De Bijkershoek, AxionContinu, in Utrecht, doelgroepen: Turkse vrouwen, Turkse en Marokkaanse mannen;
- Hudsonhof in Amsterdam, dagbesteding, doelgroep: Turks.

Er werden 2 cultuurspecifieke voorzieningen voor Marokkaanse migranten gevonden, namelijk:

- Dagverzorging Marhaban, AxionContinu, dagbesteding, in Utrecht, doelgroep: Marokkaanse vrouwen;
- Attifa, dagbesteding, thuiszorg, in Utrecht, doelgroep: Marokkaans.

En er werden 3 ‘multiculturele’ (cultuursensitieve) voorzieningen gevonden, namelijk:

- Multidag Cultuurintensive Zorg, dagbesteding, in Nijmegen, doelgroep: multicultureel;
- Zorggroep Amsterdam Oost, dagbesteding, doelgroep: multicultureel;
- Multidag, dagbesteding, in Den Haag, doelgroep: multicultureel.

Verdere voorbeelden van cultuurspecifieke welzijnsvoorzieningen zijn de Marokkaanse en Turkse dagbestedingen van Tante Louise in Bergen op Zoom. Deze organisatie geeft aan moeite te hebben met het organiseren van de dagbesteding aangezien de cliënten die hiervoor een indicatie kregen vaak zo kwetsbaar zijn en complexe zorg nodig hebben, dat de dagbesteding moeilijk te realiseren is. De organisatie geeft aan bijna ieder jaar verlies te lijden op deze speciale opvang (tantelouise.nl/zorg-wonen/eigen-cultuur-cultuureigen/, geraadpleegd op 13-10-2017, Seminar Oudere Migrant, CBS, Den Haag, 06-10-2017).

Een cultuurspecifieke interventie die ook aansluiting bij het generieke aanbod als doelstelling heeft en gericht is op het vergroten van culturele sensitiviteit van zorg (professionals en organisaties), is *De Herinneringskoffer* van MOB. Het is een koffer met voorwerpen die kunnen worden ingezet bij herinneringsgroepen en die bedoeld zijn om gemeenschappelijke herinneringen op te roepen bij ouderen, een dialoog hierover te openen en zorgprofessionals meer inzicht te geven in ervaringen en behoeften van de ouderen. Er zijn verschillende cultuurspecifieke ‘basiskoffers’ ingericht, waaronder een koffer voor Marokkaanse migrantenouderen (mob.nu/2017/03/belangstelling-seminar-herinneringskoffer-migrantenouderen/, geraadpleegd op 16-10-2017).

Veel interventies die voor een cultuursensitieve focus kiezen, doen dit vanuit de gedachte dat ruimte voor ontmoeting en (nieuwe) verbindingen naast persoonlijke aandacht, vertrouwdsheid en veiligheid van belang zijn in welzijn en zorg voor migrantenouderen (Den Draak & De Klerk, 2011; Verhagen, 2015; Van Wieringen, 2014a). Voorbeelden zijn:

- *Bekend maakt Bemind*, een project dat het NOOM in samenwerking met De Hart &

Vaatgroep en de Parkinson Vereniging heeft opgezet. Het project omvat een *toolkit* voor activiteiten over chronische ouderdomsziekten voor patiëntenorganisaties en organisaties van (oudere) migranten. De nadruk ligt hierbij op het organiseren van ontmoetingen tussen patiëntenorganisaties en oudere migranten zodat organisaties beter kunnen inspelen op noden en wensen van oudere migranten (<http://www.netwerknoom.nl/56-Bekend-maakt-bemind>).

- *De Hudsonhof* in Amsterdam (eerder genoemd bij welzijnsaanbod). Het is een hofje bestaande uit 54 wonen voor ouderen, waaronder een woongroep voor ouderen met Surinaamse achtergrond, en tevens een scala aan welzijnsactiviteiten voor kwetsbare ouderen uit de buurt georganiseerd door de vrijwilligers van de zelforganisatie van de Hudsonhof, bestaande uit (oudere) buurtbewoners. (hudsonhof.nl/, geraadpleegd op 16-10-2017)

Informele zorg: mantelzorg

Ten aanzien van informele, mantelzorg, weten we uit Hoofdstuk 3 en 4 dat oudere migranten minder gebruik maken van professionele zorg dan van mantelzorg in vergelijking met niet-migrant, en dat zodoende de verantwoordelijkheid voor de zorg aan deze doelgroep voor een groot deel bij mantelzorgers ligt (Van den Berg, 2014; Van Wieringen, 2014a). De mantelzorgers van oudere migranten lopen een hoge kans om overbelast te raken, en zij moeten dan ook meer ondersteund worden (o.a. Suurmond et al., 2016; Van Wieringen, 2014a). Sinds gemeenten verantwoordelijk zijn voor de ondersteuning van mantelzorgers, zijn er diverse projecten ontwikkeld, zoals dagopvang, logeervoorzieningen, informatiebijeenkomsten over specifieke aandoeningen, administratieve ondersteuning of lotgenotencontact. Deze voorzieningen zijn niet specifiek gericht op migrantenmantelzorgers en het blijkt dat ondanks dat de behoefte aan ondersteuning bestaat, migrantenmantelzorgers in de praktijk nauwelijks gebruik maken van dit aanbod (Van Middelaar, 2011). De geraadpleegde bronnen geven aan dat gemeenten weinig zicht hebben op wie de migrantenmantelzorgers zijn. Steeds meer zelforganisaties etten zich samen met welzijns- en/of zorgcentra in om dit gat te dichten en organiseren bijvoorbeeld dagopvang, dagverzorging en informatieavonden voor informele zorg.

Voorbeelden van interventies specifiek gericht op mantelzorg en informele zorg zijn (Den Draak et al., 2012):

- *Zorg om elkaar*, voorlichting over formele zorg- en welzijnsvoorzieningen ontwikkeld door Pharos en Vilans.
- *Allochtone Mantelzorgers Werken Aan Hun Toekomst (AMWAHT)*, een project van Stichting BMP waarin (vrouwelijke) mantelzorgers opgeleid worden om andere mantelzorgers te bereiken en ondersteunen, en om netwerken te ontwikkelen met professionals.

Uitgelichte interventie: Stem van de oudere migrant (STEM)

Deze interventie is erop gericht het aanbod van zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen voor migrantenouderen uit te breiden en het bestaande, generieke aanbod beter aan te laten sluiten bij deze doelgroep. Centraal in de interventie staat een onafhankelijke sleutelfiguur die fungeert als tussenpersoon tussen de oudere migrant en de zorgaanbieder door enerzijds individuele ondersteuning te bieden aan de migrant bij het toegang krijgen tot, wegwijs worden en 'navigeren' in het zorg- en welzijnssysteem, en anderzijds de zorgaanbieder te stimuleren tot verandering van de organisatie en het aanbod zodat deze meer aansluit bij de migrant. De sleutelfiguur is iemand uit de eigen gemeenschap van de doelgroep. De interventie bestaat achtereenvolgens uit huisbezoeken voor inventarisatie van de problematiek, gezondheidsvoorlichting en informatiebijeenkomsten in

samenwerking met lokale migrantenorganisaties (allemaal gericht op de oudere migrant); focusgroepen met de migrantenouderen, naasten/ mantelzorgers en lokale welzijns- en zorgorganisaties om een probleemanalyse te formuleren; het op basis hiervan gezamenlijk ontplooiën van concrete initiatieven; integratie van de initiatieven in de bestaande welzijns- en zorgvoorzieningen en monitoring en evaluatie hiervan door de sleutelfiguur. (Verhagen et al., 2013; Steunenbergh et al., 2014)

Als één van de weinige bestaande interventies werd deze wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit (Verhagen, 2015). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat sommige migrantenouderen inderdaad aangaven minder eenzaam te zijn na de interventie en de onderzoekers concludeerden dus effectiviteit in het verminderen van (onder andere) eenzaamheid van migrantenouderen en het vergroten van effectief gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen door hen (Verhagen, 2015). Vooral de rol van de sleutelfiguur werd gezien als cruciaal in de behaalde effecten, hoewel er ook verschillende kanttekeningen en randvoorwaarden bij werden geplaatst (Verhagen, 2015) –deze zullen verderop in dit hoofdstuk bij succesfactoren en aanbevelingen worden besproken.

Aanbieders van kennis en interventies op gebied van migrantenouderen en culturele diversiteit

Naast overheidsdiensten als het CBS en SCP (waarvan ook relevante bronnen in deze literatuurstudie zijn geïnccludeerd), bestaan er verschillende (zelf)organisaties die relevante expertise hebben in kennis, tools en trainingen op gebied van migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond en culturele diversiteit in het algemeen aanbieden. Hieronder worden een aantal genoemd.

Voorbeelden van zelforganisaties zijn:

- Aman (Associatie Marokkaanse Artsen Nederland) verzorgt onder andere ieder jaar voorlichtingsbijeenkomsten en screening voor diabetes rond de vastenmaand ramadan, en voorlichting op gebied van borstkanker voor vrouwen en dementie. De associatie heeft ook projecten omtrent onder andere orgaandonatie, diabetes, palliatieve sedatie, vasten en gezondheid, kanker, aids, en maakt hierbij tevens de verbinding met islamitische voorschriften en (verschillende) zienswijzen. (<http://amanonline.nl/>, geraadpleegd op 18-08-2017)
- Dona Daria is een centrum in Rotterdam dat zich inzet voor gelijke kansen, inclusie en emancipatie. Het is een aanspreekpunt voor buurtbewoners, vrijwilligers, zelforganisaties enerzijds en professionals en gemeenten anderzijds. De organisatie verzorgt voorlichting, trainingen, workshops en conferenties om inclusie en emancipatie te bevorderen en specifieke bewustwordingscampagnes op terrein van onder andere huiselijk geweld en economische zelfstandigheid. Migrantouderen, specifiek vrouwen, en culturele diversiteit vormt dus niet hun uitsluitende focus maar wel één van de focusterreinen (donadaria.nl, geraadpleegd op 13-11-2017).
- Het Facilitair netwerk allochtone ouderen (FNAO), is een voorziening op gebied van wonen en oudere migranten en een samenwerkingsverband van NIZW/ Kenniscentrum ouderen en Forum, instituut voor multiculturele ontwikkeling (dat ondertussen niet meer bestaat).
- Nisa for Nisa is een welzijns- en emancipatie organisatie in Amsterdam voor vrouwen, die vooral door vrouwen met Marokkaanse of Turkse achtergrond wordt bezocht. Ze verzorgen activiteiten zoals voorlichting, cursussen (zoals taallessen of naailessen), sport en excursies. Daarnaast willen ze een 'brugfunctie' vervullen richting formele organisaties en instanties om

zo de positie van (migranten-)vrouwen structureel te versterken (nisa4nisa.nl, geraadpleegd op 13-11-2017).

- NOOM, is een organisatie die vanuit het perspectief van migrantenouderen zelf betrokken is bij ontwikkeling en uitvoering van trainingen in onderwijs (opleiding) en voorlichting voor professionals (bijscholing/ deskundigheidsbevordering). Op hun website worden verder diverse tools aangereikt en een overzicht gegeven van goede praktijkvoorbeelden en relevante literatuur. Een voorbeeld is *Mijn leven in kleur*: een methode om op gestructureerde wijze met migrantenouderen in gesprek te gaan over hun levensverhaal. Dat kan in 1-op-1 gesprekken, maar ook in groepsgesprekken. In mei 2015 is de bijbehorende instructiefilm gereed gekomen. Op de website van de uitgever Bohn Stafleu en Van Loon is bovendien verdiepende informatie beschikbaar gemaakt.” (NOOM, 2016: 38)
- SGAN (Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland) is de enige patiëntenorganisatie die zich richt op migranten. Ze werken met vrijwilligers en bieden ondersteuning en voorlichting aan patiënten en cliënten met een niet-westerse achtergrond en hun naasten. Ze geven groeps- en individuele voorlichting aan de doelgroep en informeren zorgorganisaties over cultuur en achtergrond van de doelgroep. SGAN werkt verder het toegankelijker maken van de zorg voor de doelgroep en aan belangenbehartiging. SGAN is onder andere lid van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). (Hun project ‘Lotgenotencontact voor oudere migranten’ is genomineerd voor de Nationale Zorgvernieuwingsprijs 2017.)
- De Stichting Allochtonen en Kanker (SAK), behartigde sinds 2013 de belangen van kankerpatiënten met allochtone achtergrond en hun naasten, en is ondertussen opgegaan in SGAN. (www.sgan.nl, geraadpleegd op 18-08-2017)

Kenniscentra specifiek gericht op culturele diversiteit en migrantenouderen zijn bijvoorbeeld:

- Het Centrum voor Transculturele Zorg (CTZ) in Rotterdam wil ‘allochtonen gidsen door de Nederlandse zorgwereld’, voorlichting en informatie geven over formele zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen en de aansluiting tussen vraag en aanbod op gebied van migrantenouderen zo verbeteren (nieuwsbank.nl/inp/2000/11/16/E008.htm; trouw.nl/home/cultuurgebonden-dementerend~a0aa91ea/, geraadpleegd op 16-10-2017).
- Mikado kenniscentrum interculturele zorg, hield zich bezig met ‘het toegankelijker maken van de zorg voor iedereen, ongeacht etnische of culturele achtergrond’. De organisatie moest in 2013 stoppen omdat ze als financieel zelfstandige organisatie de concurrentie in het veld met organisaties mét overheidssubsidie niet aan konden. De website en enkele andere diensten zijn echter nog toegankelijk en bieden informatie omtrent allerlei thema’s. Specifiek voor migrantenouderen is er een thema ouderenzorg, revalideren en dementie, en een thema over tolken (ouderenwegwijs.nl/mikado-interculturele-zorg/, geraadpleegd op 15-08-2017).
- Pharos heeft een dossier Ouderen en gezondheid, en sub-dossiers: Kwaliteitscriteria migrantenouderen (opgesteld in samenwerking met CSO, Zorgbelang en NOOM vanuit het perspectief van “autochtone en migrantenouderen” onder het motto ‘Samen waar dat kan, apart waar dat (nog) nodig is’), Ondersteuning migrantenmantelzorgers (waaronder het project ‘In voor mantelzorg’, ondersteuning aan (jonge) mantelzorgers) en Migrantenouderen en wonen. In 2012 start Pharos met het programma ‘Ouderen en gezondheid’, dat tot doel heeft te werken aan goede en passende zorg voor oudere migranten, dichtbij huis en aanvullend op de eigen kracht van ouderen. In het Pharos-programma ‘Migrant als klant’ wordt daarnaast de rol en positie van (oudere) migranten

versterkt, zodat zij hun stem laten horen in bijvoorbeeld cliënten-/ patiëntenraden. (Den Draak et al., 2012). Ze hebben ook programma's rondom laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden (in relatie tot participatie en eigen regie) voor patiënten algemeen, en rondom tolken in de zorg en culturele taalbarrières bij migrantenouderen. (pharos.nl/nl/kenniscentrum/ouderen-en-gezondheid/ouderen-en-gezondheid, geraadpleegd op 21-08-2017). Een voorbeeld is De Handreiking patiëntenparticipatie migranten (Dorgelo et al., 2013), opgesteld in samenwerking met een panel van migranten, omvat een checklist waarmee professionals kunnen toetsen hoe de situatie omtrent patiëntenparticipatie in hun organisatie is, een stappenplan met concrete handvatten en praktijkvoorbeelden.

Voorbeelden van kenniscentra die zich in bredere zin op (culturele) diversiteit en/of oudere migranten richten, zijn:

- Het Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg (KCWZ), een algemeen informatiepunt voor professionals op het terrein van wonen, welzijn en zorg. Het KCWZ gaf specifieke aandacht aan culturele diversiteit door De Ontdekkingsreis uit te geven, een publicatie over 25 jaar interculturele ouderenzorg in Nederland. ActiZ heeft onder de noemer 'Kleurrijke zorg' de speerpunten 'arbeidsmarkt' en 'toegankelijke verantwoorde zorg' geformuleerd, waarmee ze ernaar streven dat het zorgpersoneel een 'afspiegeling van de samenleving' is en dat het aanbod 'op maat en passend is bij specifieke vraag (intercultureel aanbod)'. Tevens hebben ze een leernetwerk van Ambassadeurs Interculturalisatie. (kleurrijkezorg.actiz.nl/kleurrijke-zorg/actiz, geraadpleegd op 16-10-2017)
- CEG (Centrum voor Ethiek en Gezondheid), een samenwerkingsverband tussen de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Zij benoemen in het kader van Interculturalisatie van de gezondheidszorg de volgende ethische vragen: In hoeverre moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars rekening houden met de etnisch-culturele diversiteit van patiënten en cliënten?; Moeten standaarden en richtlijnen voor diagnosestelling en behandeling aangepast worden?; Moeten ouderen- en verpleegzorginstellingen zich qua inrichting en werkwijze aanpassen aan andere culturele gewoonten en religieuze tradities van bewoners?; Is naast het reguliere zorgaanbod en westers georiënteerde geneeskunde, ook islamitische geneeskunde en andere religiegebonden zorg aanvaardbaar?; Moeten verzekeraars religie- en/of cultuurgebonden geneeswijzen vergoeden? (ceg.nl/themas/bekijk/interculturalisatie-van-de-gezondheidszorg, geraadpleegd op 18-08-2017)
- ENIEC is een Europese vereniging voor professionals en vrijwilligers die werkzaam zijn voor of met oudere migranten en migrantenouderen een 'stem' willen geven. Het is een Nederlands-Deens initiatief. Recent gaven ze de publicatie 'From Home to Home' uit met daarin verhalen van oudere migranten (eniec.eu/welcome/index.php/what-is-eniec, geraadpleegd op 16-10-2017).
- MOB, Maatschappelijk Ondersteuningsbureau, is een organisatie die actief is op verschillende plekken in de Randstad en dienstverlening aanbiedt op gebied van welzijn, langdurige zorg en wonen voor mensen 'met velerlei culturele achtergronden' (mob.nu/diensten/over-ons/, geraadpleegd op 16-10-2017).
- Woonsaem, is een Kenniscentrum Gemeenschappelijk Wonen Oudere Migrant in Amsterdam. Het ondersteunt en stimuleert oudere migranten om gemeenschappelijke woonvormen te realiseren.

De volgende organisaties zijn interessant voor deze literatuurstudie omdat ze een expliciete koppeling maken tussen focus op culturele diversiteit en andere vormen zoals seksuele diversiteit:

- KCMO, een platform van organisaties, zorgverleners en ervaringsdeskundigen die kennis, ervaring en netwerken hebben of zoeken op het gebied van zorg, wonen en welzijn voor ouderen in Amsterdam Zuidoost. Ze houden rekening met diversiteit in de zin van cultuur, religie, seksuele geaardheid en 'sociale kenmerken'. Ze benoemen zowel (bewustwording van) specifieke zorg- welzijnsbehoeften van ouderen met niet-westerse achtergrond, als een cultuursensitieve werkwijze van professionals, als ook seksuele diversiteit en bijvoorbeeld eenzaamheid van LHBT-ouderen (koppeling culturele en seksuele diversiteit). (multiculturele-ouderenzorg.nl/, geraadpleegd op 21-08-2017)
- Sigra heeft als thema diversiteit benoemd en heeft ook een netwerk Diversiteit. Eén keer in de 2 jaar wordt de 'Diversiteits-award' uitgereikt (in 2016 is deze uitgereikt aan het diversiteitsnetwerk van Cordaan-VGZ). Ze noemen 4 voorbeeldprojecten rondom diversiteit en interculturalisatie: de speciale LHBT-afdeling van AMSTA; de dagbesteding voor Islamitische ouderen van Cordaan; het Proud People netwerk van HVO-Querido; de plannen voor een intercultureel instituut van de Sensa Zorggroep. (sigra.nl/diversiteit, geraadpleegd op 19-08-2017)
- Vilans (Kenniscentrum Langdurige Zorg) heeft onder andere de volgende relevante thema's: Informele zorg; kwetsbare ouderen en dementie; Persoonsgerichte zorg en Wijkgericht werken; Zorgmedewerker in verandering. Ze verwijzen op punten door naar Pharos, NOOM en de website/ het digitale kennisplein Zorg voor beter waar een specifiek thema Diversiteit in de zorg is opgenomen. Het voorlichtingsprogramma Ouder worden in Nederland in de 21e eeuw van Vilans. (vilans.nl/, geraadpleegd op 19-08-2017)

Specifiek op het gebied van preventie en cure kunnen de volgende organisaties ook voor care-contexten waardevol zijn:

- De website huisarts-migrant.nl bestaat sinds 2011 en informeert over aspecten van ziekte en gezondheid die specifiek zijn voor mensen met allochtone achtergrond. Thema's zijn onder andere: depressie, psychose, Islam en gezondheid, taalbarrières en lage gezondheidsvaardigheden. (Nivel/Pharos/IKNL, 2011)
- Het Landelijk Steunpunt VPTZ (Vrijwilligers Palliatieve terminale Zorg) heeft verschillende publicaties omtrent palliatieve zorg aan migranten (mede) uitgegeven en daarnaast verschillende tools ontwikkeld.

Knelpunten bij professionals

In het geheel valt op dat er weinig bronnen zijn die de directe ervaringen van professionals hebben onderzocht. Suurmond et al. (2016) lijkt de enige te zijn. Verschillende bronnen die ervaringen bespreken van professionals met zorg aan migrantenouderen, óf bronnen die ervaringen van migrantenouderen zelf bespreken, blijken in feite over de ideeën van professionals over wat goed zou zijn voor de zorg aan migrantenouderen te gaan (De Graaff & Francke, 2009; Meulenkamp et al., 2010). Verschillende bronnen geven wel aan dat professionals de zorg aan migrantenouderen vaak als een belasting en extra moeilijk ervaren (moeilijker dus dan de zorg aan niet-migrant), en dat ze vaak onzeker zijn omdat ze zich niet competent (genoeg) voelen om om te gaan met deze doelgroep (De Graaff et al., 2005; De Graaff & Francke, 2003; De Graaff & Francke, 2009; Van Wieringen, 2014a) Dit wordt vaak aangeduid als 'handelingsverlegenheid'. De Graaff & Francke (2009) benoemen dat hier verschillen in normen, omgangsvormen en ideeën over zorg en gezondheid een rol spelen. Deze

communicatieproblemen kunnen gevat worden onder taalbarrières en laten zien dat deze taalbarrières zich zowel aan de kant van de zorgontvanger (zie Hoofdstuk 3 en 4), als aan de kant van de zorgaanbieder voordoen –oftewel een wederzijds/ tweeledig proces vormen. Tegelijkertijd lijkt handelingsverlegenheid bij professionals er ook uit te bestaan dat ze juist geen ‘verschil’ willen maken in hun omgang met/ bejegening van/ zorg aan migrantenouderen en hen ‘normaal’ willen behandelen. Dit zou voortkomen uit de angst zich met een focus op groepsidentiteiten te laten leiden door stereotypen en bij te dragen aan maatschappelijke polarisatie en uitsluiting van migranten (o.a. Priebe et al., 2011).

Ondanks dat er sinds 2011 een handreiking beschikbaar is (Mistiaen et al., 2011a), geven veel bronnen aan dat professionals specifiek behoefte hebben aan bijscholing op het terrein van levenseinde en palliatieve zorg aan migrantenouderen en vooral aan die met Turkse en Marokkaanse achtergrond (Den Draak et al., 2012; De Graaff & Francke, 2009; De Graeff et al., 2012; Mistiaen et al., 2011a; NOOM, 2016).

In geval van informele mantelzorg wordt als knelpunt benoemd dat migrantenmantelzorgers soms de vaardigheden missen om ouderen adequaat te verzorgen of deze (op het juiste moment) toe te leiden naar professionele zorg (Van Wieringen, 2014a).

Impliciete aannames – Als belangrijkste knelpunt bij professionals benoemen verschillende bronnen dat professionals soms bijdragen aan het gebruik van migranten van informele boven formele zorg of het gebruik van formele (intramurale) zorg zelfs in de weg kunnen staan. Reden hiervoor is dat professionals soms ten onrechte aannemen dat familie de zorgtaken voor oudere migranten op zich zullen nemen, bijvoorbeeld omdat er veel familie aanwezig is wanneer een zorgverlener de oudere bezoekt (De Graaff & Francke, 2009; De Graaff & Francke, 2003; De Graaff et al., 2015; Heygele et al., 2009; Suurmond et al., 2016). Hierdoor wordt er soms onvoldoende doorverwezen of informatie gegeven over formele zorgvoorzieningen aan migrantenouderen (De Graaff & Francke, 2009; De Graaff & Francke, 2003; Heygele et al., 2009; Meulenkamp et al., 2010; Suurmond et al., 2016; Van Wieringen, 2014a). Vergelijkbaar nemen professionals soms aan dat migrantenouderen niet eenzaam zijn omdat ze een hecht en groot informeel (familie)netwerk zouden hebben (Suurmond et al., 2016; Van Wieringen, 2014a). Dergelijke impliciete aannames komen ook naar voren uit het feit dat professionals soms vooral met mannelijke familieleden in plaats van (ook) met vrouwen praten (in Hoofdstuk 4 besproken) vanwege hun eigen verwachtingen over familieverhoudingen en culturele normen bij migranten(ouderen) (De Graaff et al., 2005; De Graaff & Francke, 2003; De Graaff & Francke, 2009; Van Wieringen, 2014a).

Knelpunten bij organisatie- en zorgbeleid

In het verlengde van bovenstaande knelpunten bij professionals, lijkt de norm in organisaties om geen ‘onderscheid’ of ‘verschil’ te maken maar iedereen ‘normaal’ en ‘gelijk’ te willen behandelen, soms ontwikkeling van aanbod met focus op culturele diversiteit en voor migrantenouderen soms in de weg te staan. Achterliggend idee is dat migrantenouderen moeten worden opgenomen in de ‘mainstream’ gezondheidszorg, oftewel bestaand, generiek aanbod, in plaats van hen te ‘segregeren’ in aparte voorzieningen (Priebe et al., 2011). Uit dit laatste spreekt ook weer de zorg zich met specifiek aanbod te laten leiden door stereotypen en bij te dragen aan stigmatisering en uitsluiting van migrantengroepen (o.a. Priebe et al., 2011).

Indicatiestelling – Veel bronnen geven aan dat er knelpunten liggen in de zorg aan migrantenouderen bij de (her)indicatiestelling (Den Draak et al., 2012; Heygele et al., 2009; Meulenkamp et al., 2010; Van Wieringen, 2014a). Sinds de reorganisatie van de AWBZ hebben veel oudere migranten hun indicatie voor dagbesteding verloren en lijkt hun problematiek in het geheel te worden onderschat.

Die onderschatting heeft te maken met het feit dat de problematiek vaak complex is, dat er bij de (her)indicatie onvoldoende cultuursensitief wordt gewerkt en met het punt dat hiervoor werd benoemd, namelijk dat professionals soms aannames hebben die gebruik van formele zorg soms in de weg kunnen staan (bijvoorbeeld dat migranten het liefst zorg ontvangen van familie) (Den Draak et al., 2012; Heygele et al., 2009). Een voorbeeld van cultureel sensitieve diagnostiek is de cross-culturele screeningstest voor dementie die in het Slotervaart-ziekenhuis in Amsterdam is ontwikkeld (Met dank aan Jenneke van Pijpen).

Formele participatie van (vertegenwoordigers van) migrantenouderen – Verschillende bronnen benadrukken dat oudere migranten, dan wel hun naasten/ mantelzorgers of vertegenwoordigers, te weinig betrokken worden in het evalueren van het bestaande en het ontwikkelen van nieuw aanbod en interventies (Dorgelo et al., 2013; Den Draak & De Klerk, 2011; Lamkaddem, 2013; Van Middelaar, 2010; Seeleman, 2014; Verhagen, 2015). Zodoende is het perspectief en de ‘stem’ van migrantenouderen vaak onderbelicht in organisatie- en zorgbeleid, en dit maakt het ook moeilijker om passende voorzieningen voor deze doelgroep vorm te geven. Daarnaast wordt ook het belang van formele inclusie van oudere migranten in Wmo-raden, in medezeggenschapsorganen als cliëntenraden en via vertegenwoordiging in patiëntenorganisaties benoemd (Den Draak et al., 2012; Vink & Booij, 2014). De reguliere patiëntenbelangenbehartiging is veelal onbekend bij migranten, lijkt onvoldoende aan te sluiten bij hun behoeften en beleving van gezondheid en ziekte en werkt bovendien weinig samen met migrantenorganisaties (De Gruijter & Van den Toorn, 2013; Van Middelaar, 2010). De enige patiëntenorganisatie voor migranten in Nederland is SGAN (Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland). In de consumentenpanels van het NIVEL die betrokken zijn bij het meten van de kwaliteit van zorg zitten weinig mensen met een migratieachtergrond en ook de vragenlijsten om kwaliteit van zorg en klanttevredenheid te meten zijn ontwikkeld voor mensen met autochtone achtergrond (Van Middelaar, 2010). Een cultuursensitieve zorg betekent ook een zorg waarin migrantenouderen een actievere en directere inbreng hebben (Van Wieringen, 2014a). Dit is des te meer van belang gezien het centrale belang dat recente ontwikkelingen in de zorg en wetgeving aan participatie van cliënten en patiënten, ervaringsdeskundigheid en eigen regie hechtten (Dorgelo et al., 2013).

Oudere migranten en ‘de participatiesamenleving’ – Veel bronnen wijzen op de speerpunten in het landelijke zorgbeleid waarbij de cliënt als ‘sturende kracht’ wordt gezien en de eigen regie van de cliënt vaak vertrekpunt is bij het idee van het centraal stellen van de cliënt en het leveren van ‘zorg-op-maat’. Sinds de Wmo in 2007 van kracht is bereikt de gemeentelijke voorlichting hierover oudere migranten vaak onvoldoende, onder andere doordat er (te) veel verschillende loketten zijn, door verschillende verwachtingspatronen en communicatieproblemen tussen medewerkers van de loketten en oudere migranten en hun naasten. Bij welzijnsorganisaties als buurthuizen en wijkgebouwen zijn de afgelopen tien jaar in veel gemeenten de mogelijkheden voor ontmoetingsruimtes voor oudere migranten beëindigd. Vanuit de aanname dat migrantenouderen op meerdere terreinen kwetsbaar kunnen zijn (sociaal-economische positie; taalbarrières; laag vertrouwen in reguliere gezondheidszorg; algehele bureaucratie van zorgsysteem; soms tegenstrijdige zorgadviezen vanwege zorg in Nederland én herkomstland, zie Hoofdstuk 3 en 4) spreken verschillende bronnen zorgen uit of migrantenouderen wel (in die mate/ op die manier) ‘mondige en actieve burgers’ kunnen zijn zoals van hen wordt verwacht. Ook wordt de vraag gesteld wat deze ontwikkelingen in het zorgsysteem en onderliggende verwachtingen in hun geheel betekenen voor de kwaliteit van zorg aan migrantenouderen. (Van den Berg, 2014; Van Middelaar, 2010)

Een studie die deze thema’s vanuit een wat andere invalshoek belicht, is Yerden (2013). Hij verwijst naar de dominante benadering van ‘ouderen’ als groep die niet meer actief participeert in de maatschappij en daarmee ‘daalt’ in sociale, maatschappelijke waarde (Yerden, 2013). In tegenstelling hiertoe, genieten veel ouderen met Turkse achtergrond volgens hem een hoge sociale status vanwege hun leeftijd en daarmee gepaard gaande ‘ervaringsdeskundigheid’. Een dergelijk perspectief

op ouderen, geeft hij aan, zou juist goed aan kunnen sluiten bij de recente beleidsontwikkelingen en wetgeving in de zorg en de verwachtingen dat generaties voor elkaar zorgen en eigen regie en veerkracht centraal staan.

Succesfactoren bij professionals en organisaties

Bruggenbouwers – Om het zorgaanbod en de zorgvraag beter op elkaar aan te laten sluiten en positieve relaties tussen professionals en oudere migranten te stimuleren, wijzen veel bronnen op de rol die mensen met een Turkse of Marokkaanse dan wel migratieachtergrond in het algemeen kunnen spelen (De Gruijter & Van den Toorn, 2013; Van Middelaar, 2010; Priebe et al., 2011). Alle bronnen zien dergelijke sleutelfiguren als cruciaal bij het (helpen) wegnemen van de taalbarrières, die een belangrijke factor (kunnen) zijn in de aansluiting (zie Hoofdstuk 3 en 4). Helaas bestaan de functies van ‘VETC-er’ (Voorlichters binnen de Eigen Taal en Cultuur) en die van ‘allochtone zorgconsulent’, evenals de landelijke tolkenvergoeding tegenwoordig niet meer (oa. Verhagen, 2015). Sleutelfiguren en informele netwerken van migrantenouderen kunnen functioneren als intermediairs en ‘bruggenbouwers’ tussen zorgvragers en zorgaanbieders en tussen informele en formele zorgvoorzieningen (De Gruijter & Van den Toorn, 2013; Van Middelaar, 2010; Verhagen, 2015; Van Wieringen, 2014a). De (effectiviteit van de) rol van sleutelfiguren is nog niet veel onderzocht. Verhagen (2015) onderzocht de interventie (STEM, zie hierboven uitgelicht) waarin sleutelfiguren werden ingezet, en concludeerde dat de interventie effectief was. Een eerdere studie (Hesselink et al., 2000) onderzocht de inzet van sleutelfiguren voor zorg aan mensen met migratieachtergrond in het algemeen en concludeerde dat deze inderdaad kunnen ondersteunen bij het aansluiten van zorgvraag en –aanbod (Verhagen, 2015).

Vrijwillig keurmerk – Voor de ziekenhuiszorg bestaat er een Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis om ouderen zicht te geven op welke ziekenhuizen goede en passende zorg voor ouderen als speerpunt hebben. De ziekenhuizen worden hiervoor door ‘senior scouts’ en door middel van vragenlijsten getoetst op vijftien criteria. Het keurmerk is mede ontwikkeld door het NOOM, dat ervoor zorg droeg dat ook het thema culturele diversiteit oftewel culturele sensitiviteit van de ziekenhuizen in het keurmerk geïncorporeerd werd (NOOM, 2016). Het NOOM ziet dit als een succesvol voorbeeld van een *tool* voor het ontwikkelen van cultureel sensitieve zorg, en ook een andere bron benoemd het als iets dat als voorbeeld kan dienen voor care-contexten en de langdurige zorg (Vink & Booi, 2014).

Matchen – Een genoemde mogelijkheid om zorgpraktijken cultureel sensitiever te maken en beter aan te sluiten bij migrantenouderen, is het *matchen* van de culturele achtergrond van professionals met die van cliënten. De veronderstelling is dan onder andere dat taalbarrières makkelijker zouden kunnen worden overbrugd en dat er meer vertrouwen en veiligheid is tussen zorgvrager en zorgverlener/ -aanbieder (Van Wieringen, 2014a). In Hoofdstuk 4 is echter ook gebleken dat sommige migranten dit zelf niet prettig vinden omdat ze bijvoorbeeld bang zijn voor roddelen binnen de eigen gemeenschap (Heygele et al., 2009). Daarbij komt dat dit voor organisaties, ook wanneer ze een cultureel divers personeelsbestand hebben, praktisch erg lastig uitvoerbaar kan zijn. Zo kan dit niet eenduidig als succesfactor dan wel knelpunt worden neergezet.

Aanbevelingen voor cultureel sensitieve zorgorganisaties en –praktijken

Wat worden er nu voor aanbevelingen gedaan op basis van het hierboven beschreven bestaande aanbod van voorzieningen en interventies, de geconstateerde knelpunten en succesfactoren bij professionals en organisaties? De aanbevelingen ten aanzien van het vormgeven van cultureel sensitieve zorgpraktijken en -organisaties zijn talloos. De volgende aspecten komen in die aanbevelingen steeds weer terug:

- verankering in de organisatiestructuur en -cultuur, zoals expliciet benoemen van culturele diversiteit in visie en missie, hierop structureel organisatiebeleid formuleren en omgaan met culturele diversiteit opnemen in omgangs-/ huisregels;
- zichtbaarheid van culturele diversiteit in de organisatie, zowel in fysieke zin (gebouwen), als in interne en externe communicatie (waaronder online);
- praktische omstandigheden en voorwaarden, namelijk: het vergt tijd en middelen, en dus prioritering;
- cultureel divers personeelsbestand en personeelsbeleid (aandacht voor werving en selectie);
- cultureel sensitief personeel; middels bijscholing en deskundigheidsbevordering op gebied van culturele sensitiviteit, tevens structureel opgenomen in opleidingen;
- visie op wat culturele sensitiviteit is –hier is echter geen eenduidigheid over, veelgenoemd is kennis en vaardigheden, het thema van taalbarrières);
- (nieuwe) verbindingen leggen, waarbij de volgende vier punten worden benadrukt:
 - andere manieren en routes van voorlichting geven over gezondheid en ziekte én van informatie geven over zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen, zoals meertalig, mondeling en persoonlijk in plaats van schriftelijk;
 - inzet van sleutelfiguren;
 - betere samenwerking tussen formele organisaties en informele netwerken van migrantenouderen, tussen organisaties en gemeenten enerzijds en lokale partners in de wijk, zoals maatschappelijk- en sociaal werk en welzijnsvoorzieningen, vrijwilligersorganisaties en belangenbehartigers zoals migrantenorganisaties en patiënten- en cliëntenorganisaties anderzijds;
 - meer persoonlijke ontmoetingen en dialoog organiseren tussen betrokkenen, namelijk professionals, (top)management, oudere migranten en hun naasten (De Graaff et al., 2005; De Graaff & Francke, 2009; De Gruijter & Van Toorn, 2013; Lamkaddem, 2013; Van Middelaar, 2010; Priebe et al., 2011; Suurmond et al., 2016; Vink & Booij, 2014; Van Wieringen, 2014a).

De onderstaande aanbevelingen werden gedaan voor specifieke terreinen:

Levenseinde/ palliatieve zorg – Aanbevelingen die hier worden benoemd (ActiZ 2009; Den Draak et al., 2012; Graeff et al., 2011; Mistiaen et al., 2011a; Mistiaen et al., 2011b) zijn:

- zet in op persoonlijke aandacht en open dialoog over behoeften, de eigen rituelen en gewoonten van cliënten, opvattingen omtrent privacy en rust, bewustzijn van het levensverhaal en de migratiegeschiedenis van migrantenouderen,
- op de rol van en het contact met familie en daarbij mogelijke taboes en schaamte,
- op het wegnemen van vooroordelen of stereotypen bij zorgverleners die kunnen zorgen voor onderrapportage of niet serieus nemen,
- op kennis over etnische verschillen in (bij)werkingen van medicatie, alternatieve geneeswijzen en religieuze opvattingen over medicatie(gebruik), en
- ontwikkel en gebruik meetinstrumenten die toegespitst zijn op de doelgroep .

Thuiszorg – Aanbevelingen zijn hier:

- Dat behoeften van migrantenouderen in de formele behoeftenanalyse geïnccludeerd zouden moeten worden, dat er meer rekening zou moeten worden gehouden met taalbarrières en dat de procedure in het geheel minder bureaucratisch zou moeten zijn (De Graaff & Francke, 2009; Suurmond et al., 2016).
- Daarnaast zouden cliënten in plaats van steeds wisselende zorgverleners één of twee vaste zorgverleners toegewezen moeten krijgen (continuïteit van zorg), zodat vertrouwen en veiligheid kan groeien (Van Wieringen, 2014a).

Wonen en welzijn – Aanbevelingen die op deze terreinen worden gegeven, zijn dat

- initiatieven vanuit oudere migranten, en/of hun informele netwerken en zelforganisaties, zelf komen,
- welzijnsdiensten lokaal en 'op een vertrouwde locatie' georganiseerd moeten worden, een laagdrempelig karakter hebben en makkelijk bereikbaar zijn voor migrantenouderen,
- activiteiten in de eigen taal gebeuren, en dat ze geen of weinig geld kosten,
- er professionele begeleiding is bij woon-/welzijnsinitiatieven, en
- er verschillende partijen worden betrokken bij het opzetten en uitvoeren van wooninitiatieven (namelijk migrantenorganisaties, sleutelfiguren, welzijnsorganisaties, woningcorporaties, zorgaanbieders en gemeenten).

Daarnaast pleiten bronnen voor het combineren van wonen, zorg en welzijn in intramurale setting, door wonen en zorg zoveel mogelijk samen te brengen en daarbij verschillende vormen van gemeenschappelijke ruimtes voor laagdrempelige ontmoeting tussen cliënten, naasten én buurtbewoners te ontwikkelen. Genoemde voorbeelden zijn: een open huiskamer, daginloop, koffiehoeek en een gezamenlijk te onderhouden tuin. (Den Draak et al., 2012; Nitsche & Suijker, 2003; Van Wieringen, 2014a)

Interventies – Bronnen geven aan dat interventies in het algemeen vooral succesvol zijn wanneer ze op een vaste, vertrouwde, laagdrempelige (informele) ontmoetingsplek in de buurt en goed bereikbaar plaatsvinden. Ze benoemen dus zowel een praktische en fysieke kant, als een sociale en emotionele kant waar aandacht voor moet zijn. (Den Draak & De Klerk, 2011; Verhagen, 2015; Van Wieringen, 2014a).

Uitgelichte interventie STEM – Als voorwaarden of kanttekeningen bij de effectiviteit van deze interventie, werden de volgende aanbevelingen benoemd:

- oog hebben voor het bereiken van de extra kwetsbare ouderen,
- adequate training van de sleutelfiguren (vooraf) en begeleiding (tijdens), specifiek voor ouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond: het overbruggen van taalbarrières, het werven van de 'juiste' sleutelfiguren, met 'diepe banden' in en grote betrokkenheid bij de gemeenschap van de doelgroep, en blijvend actieve participatie van de doelgroep. Vooral het selecteren van de geschikte sleutelfiguren werd benoemd als complex, aangezien de doelgroep ten slotte niet homogeen is, en in praktijk soms moeilijk realiseerbaar. (Verhagen, 2015)

Impliciete aannames – In relatie tot de besproken knelpunten bij professionals en organisaties, wordt als aanbeveling gegeven dat professionals en (top)management worden getraind in bewustzijn worden van, leren herkennen van en omgaan met automatische assumpties ten aanzien van culturele diversiteit (Vink & Booi, 2014).

Formele participatie – Om de formele participatie en inclusie van het perspectief van migrantenouderen te bewerkstelligen en waarborgen, bevelen bronnen aan dat er wordt gezocht naar en geëxperimenteerd met nieuwe vormen van medezeggenschap en participatie die beter aansluiten bij oudere migranten. Dit kan bijvoorbeeld zijn via andere dan gangbare kanalen, via sleutelfiguren, en waarbij taalbarrières zoveel mogelijk worden weggenomen (Dorgelo et al., 2013; Van Middelaar, 2010; Vink & Booi, 2014). Een *tool* wat hierbij ondersteunend kan zijn, is:

Keurmerk cultureel sensitieve zorg – Er wordt aanbevolen om een (niet verplicht) keurmerk te ontwikkelen voor de langdurige ouderenzorg (intra- en extramuraal) naar voorbeeld van dat wat er voor ziekenhuiszorg aan ouderen bestaat, en waarbij culturele diversiteit is geïncorporeerd (NOOM, 2016; Vink & Booi, 2014).

Bij de verschillende aanbevelingen op al deze terreinen valt op dat een aantal aspecten steeds terugkeren, namelijk de focus op:

1. 'thuisgevoel' en veiligheid van migrantenouderen;
2. persoonlijke aandacht van de kant van professionals en organisaties, evenals het leggen van verbindingen en tot stand brengen van open dialoog en ontmoetingen;
3. sleutelfiguren als 'bruggenbouwers' hierbij.

Conclusie

Dit hoofdstuk begon met een viertal onderzoeksvragen omtrent het aanbod van zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen en interventies op gebied van migrantenouderen en culturele diversiteit, de ervaringen en behoeften van professionals en knelpunten bij organisaties, en de aanbevelingen ten aanzien van (te ontwikkelen) cultuursensitieve zorgorganisaties en -praktijken. Samenvattend lijkt de aansluiting tussen de huidige zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen en oudere migranten niet voldoende. (Dorgelo et al., 2013; Den Draak et al., 2012; De Gruijter & Van den Toorn, 2013; Şekercan et al., 2014; Steunenberget al., 2014; Verhagen et al., 2013; Vink & Booij, 2014; Van Wieringen, 2014a; Yerden, 2013). Ondanks een duidelijke toename van zowel cultuurspecifieke als cultuursensitieve voorzieningen, kan geconcludeerd worden dat het bestaande aanbod van zorg, wonen en welzijn aan migrantenouderen onvoldoende (passend) is. De geraadpleegde bronnen geven aan dat veel behoeften van migrantenouderen niet overeen komen met het bestaande aanbod, dat dit aanbod soms klein dan wel niet specifiek genoeg is en dat veel voorzieningen niet goed toegankelijk zijn voor deze doelgroep. Ook in geval van mantelzorg mist duidelijk de aansluiting tussen vraag en aanbod, aangezien migrantenmantelzorgers ondersteuning missen en de toeleiding van migrantenouderen naar formele (intra- of extramurale) zorg vaak suboptimaal is.

Er zijn sinds 2000 heel wat interventies ontwikkeld op gebied van migrantenouderen en culturele diversiteit, echter, structureel onderzoek hiernaar en de effecten hiervan ontbreekt. Tevens betreft het hier onvoldoende de ontwikkeling van intramurale voorzieningen en organisatie- en personeelsbeleid. Formele en informele organisaties werken in al deze interventies weinig structureel samen, en tevens zijn migrantenouderen weinig zichtbaar in het landelijk zorgbeleid (en onderzoek). (Den Draak et al., 2012; Den Draak & De Klerk, 2011; Factsheet Allochtone ouderen en wonen, 2003; Seeleman, 2014; Steunenberget al., 2014)

Professionals ervaren knelpunten in de zorg voor migrantenouderen doordat ze zich onvoldoende competent en ondersteund voelen om specifieke/ passende zorg aan deze doelgroep te verlenen en hun kennis en verwachtingen van deze doelgroep onvoldoende aansluit op de daadwerkelijke zorgvraag. Het perspectief van migrantenouderen is daarnaast ondervertegenwoordigd in formele posities in zorgorganisaties, zoals medezeggenschapsraden, cliëntenraden en besluitvormingsorganen.

Alle bronnen pleiten voor een ontwikkeling naar cultureel sensitieve zorgpraktijken om de kloof tussen vraag en aanbod te overbruggen en kwaliteit van zorg te verwezenlijken voor migrantenouderen (De Graeff et al., 2012; Van Middelaar, 2010; Steunenberget al., 2014; Verhagen et al., 2013; Vink & Booij, 2014; Van Wieringen, 2014a). Er worden veel aanbevelingen gedaan over wat cultureel sensitieve zorg en zorgorganisaties zijn of hoe deze eruit zouden moeten zien. Deze leggen vooral de nadruk op het belang van persoonlijke aandacht voor cliënten, het leggen van nieuwe verbindingen, ruimten voor ontmoeting en open dialoog tussen alle belanghebbenden (professionals, (top)management, cliënten, naasten en belangenbehartigers) en de inzet van sleutelfiguren om (mits voldoende en adequaat ondersteund) deze eerste twee punten mogelijk te maken en zo in het geheel de aansluiting tussen zorgaanbieder en zorgvrager beter te maken.

Referenties Hoofdstuk 6

ActiZ. (2009). *Interculturele palliatieve zorg: vraaggericht en individueel. Achtergrondinformatie, adviezen en tips voor zorgondernemers, managers en zorgverleners*. Utrecht: ActiZ, organisatie van zorgondernemers.

Berg, C. A. M., Van den. (2014). *Mantelzorg en etniciteit: etnische verschillen in de zorgattitude, zorgbereidheid en conflicthantering van mantelzorgers*. Proefschrift, Universiteit Twente.

Dorgelo, A., Pos, S., Kosec, H. (2013). *Handreiking Patiëntenparticipatie van migranten in Onderzoek, Kwaliteit en Beleid*. Utrecht: CBO in samenwerking met Pharos.

Den Draak, M., Hosper, K., Kosec, H., & Van Wieringen, J. (2012). *Migratie en gezondheid. Feiten en cijfers*. Pharos.

Den Draak, M., & De Klerk, M. (2011). *Oudere migranten. Kennis en kennislacunes*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

De Graaff, F. M., & Francke, A. L. (2009). Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by GPs and nurses: a survey. *BMC Palliative Care*, 8: 3.

De Graaff, F. M., & Francke, A. L. (2003). Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 797-805.

De Graaff, F., Francke, A., & Van Hasselt, T. (2005). *Waarom maken terminale Turken en Marokkanen zo weinig gebruik van thuiszorg?* Fact sheet. Utrecht: NIVEL.

De Graeff, A., Mistiaen, P., De Graaff, F., Van den Muijsenbergh, M., Devillé, W., Galesloot, C., Lamkaddem, M., Van der Geest, S., & Francke, A. (2012). Palliatieve zorg voor mensen met een niet-westerse achtergrond: een handreiking met adviezen. *Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 12(2): 4-20.

De Gruijter, M., & Van den Toorn, J. (2013). *Participatie en empowerment. De rollen van allochtone patiënten(organisaties) bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg*. Verwey-Jonker Instituut & Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland (SGAN).

Heygele Y., Vreeswijk-Manusiwa J., & Schellekens, H. (2009). *Bagaimana-Hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten*. Utrecht: Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM).

Kennisplatform Integratie & Samenleving (KIS). (2017). *Lijst met woongroepen, verpleeghuizen en aanbieders van thuiszorg en dagbesteding*. NOOM en Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg. Te raadplegen op: <https://www.kis.nl/sites/default/files/bestanden/Publicaties/overzicht-woongroepen-verpleeghuizen-dagbesteding-ouderen-met-migratieachtergrond.pdf>

Lamkaddem, M. (2013). *Explaining health and healthcare utilisation of ethnic minorities in the Netherlands: a longitudinal perspective*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Utrecht: NIVEL.

Meulenkamp, T.M., Van Beek, D.L., Gerritsen, D.L., De Graaff, F.M., Francke, A. L. (2010). *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg. Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen*. Utrecht: NIVEL.

Van Middelaar, A. (2010). *Conferentie 'Rol en medezeggenschap van migranten als patiënt/ cliënt in de gezondheidszorg.'* 17 november 2010. Pharos en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Mistiaen, P., Francke, A. L., De Graaff, F. M., Van den Muijsenbergh, M. E. T. C. (2011a). *Handreiking: Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond*. Utrecht: NIVEL/ IKNL/ Pharos.

Mistiaen, P., Francke, A. L., De Graaff, F. M., Van den Muijsenbergh, M. E. T. C. (2011b). *Achtergronddocument bij "Handreiking: Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond". Achtergronden en methodische verantwoording*. Utrecht: NIVEL/ IKNL/ Pharos.

Nitsche, B., & Suijker, F. (2003). *Allochtone ouderen en wonen*. Forum. Geraadpleegd op 20 juni via <http://bureausuijker.nl/wp-content/uploads/2016/03/Factsheet-Allochtone-Ouderen-en-Wonen.pdf>

NOOM. (2016). *Jaarverslag 2015*. Utrecht: Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM).

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, .C, Wahlbeck, K., Welbel, M., Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11:187. doi: 10.1186/1471-2458-11-187

Seeleman, M. C. (2014). *Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in health care?* Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Şekercan, A., Lamkaddem, M., Snijder, M. B., Peters, R. J., & Essink-Bot, M. L. (2014). Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 384-390.

Steunenberg, B., Verhagen, I., Ros, W. J., & de Wit, N. J. (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*, 45(2), 82-91.

Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M., & Essink-Bot, M. L. (2016). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly—a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 54, 23-35.

Verhagen, I. (2015). *Community health workers: Bridging the gap between health needs of immigrant elderly and health-and welfare services in the Netherlands*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Verhagen, I., Wynand, R. J. G., Steunenberg, B., & De Wit, N. J. (2013). Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health worker: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 13: 227.

Vink, T., & Booij, J. (2014). *Voor(t)gaan in verandering. Duurzame organisaties in een dynamische, diverse samenleving*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Van Wieringen, J. (2014a). *Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf*. Utrecht: Pharos Expertisecentrum gezondheidsverschillen.

Yerden, I. (2013). *Tradities in de knel: zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Hoofdstuk 7 – Zorgaanbod, organisatie- en personeelsperspectief op gebied van LHBT-ouderen en seksuele diversiteit

Vraagstelling

Dit hoofdstuk bespreekt de bestaande kennis vanuit wetenschappelijke en grijze bronnen op gebied van voorzieningen en organisatie van zorg voor LHBT-ouderen, evenals de ervaringen van individuele professionals en zorgorganisaties met het leveren van deze zorg. Hiermee sluit dit hoofdstuk aan op de volgende onderzoeksvragen in relatie tot LHBT-ouderen en seksuele diversiteit:

1. *A) Wat is (de organisatie van) het huidige aanbod/ voorzieningen qua zorg en welzijn aan deze groepen? (Denk ook aan hoe specifiek, oftewel categorale of generieke voorzieningen etc.)*
B) Wat zijn recente interventies/ projecten, en is huidig (personeels-)beleid en scholing van personeel op gebied van seksuele (LHBT-ouderen) diversiteit?
C) Wat zijn ervaringen, zoals knelpunten en succesfactoren, en behoeften van professionals/ organisaties?

Zoals we in hoofdstuk 5 hebben gezien, zijn LHBT-ouderen over het algemeen erg onzichtbaar in zorg en welzijnsorganisaties en de maatschappij in het algemeen vanwege een complexe intersectie van factoren als maatschappelijke taboes en heteronormativiteit, gebrek aan bewustzijn bij professionals en formele organisaties, kleinere dan wel ‘andere’-dan-gangbare (: heteroseksuele) sociale netwerken, schaamte bij ouderen zelf, hun geheimhouding uit angst voor uitsluiting en stigmatisering (Boers, 2016b; Boers & Meijsen, 2016; Doornik, 2012; Den Heijer, 2009; Kuiper & Fokkema, 2009; Leyerzapf et al. 2016; Linschoten & Boers, 2014; Van de Meerendonk et al., 2003; Schuyf & Van Hoof, 2011). Ook zijn LHBT-ouderen en seksuele diversiteit in statistisch, landelijk onderzoek vaak niet expliciet meegenomen. In de loop van 2017 zal er echter een rapport verschijnen van de nieuwe monitor van ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen, waarin ‘vragen over seksuele voorkeur en de houding tegenover homoseksualiteit’ zijn opgenomen (Van Lisdonk & Kuiper, 2015).

Opvallend is dat veel grijze bronnen rondom LHBT-ouderen, seksuele diversiteit in organisaties en LHBT-vriendelijke zorg-, woon- en welzijnspraktijken vanuit zelforganisaties en LHBT-belangenbehartigers zijn ontwikkeld. Zoals we ook in geval van migrantenouderen (Hoofdstuk 6) constateerden, bespreken de meeste bronnen niet zozeer het bestaande aanbod of de praktijkervaringen van individuele professionals en organisaties maar gaat de aandacht vooral uit naar ontwikkelde interventies én het doen van aanbevelingen over (te ontwikkelen) LHBT-vriendelijke organisaties en zorg. Zodoende is ook in geval van dit hoofdstuk besloten een vierde onderzoeksvraag op te nemen, aan de hand waarvan deze aanbevelingen worden meegenomen, namelijk:

1. *D) Welke aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van, oftewel wat zijn opgedane inzichten in en visie op, LHBT-vriendelijke zorgorganisaties en -praktijken?*

Hieronder zullen eerst de kernbevindingen worden weergegeven. Vervolgens worden alle relevante bevindingen besproken omtrent aanbod en interventies (vraag 1A en 1B), daarna de knelpunten en succesfactoren bij professionals en organisaties (1C), en ten slotte de aanbevelingen op gebied van (te ontwikkelen) LHBT-vriendelijke zorgorganisaties en -praktijken (1D). Aan het einde van het hoofdstuk zijn de voorlopige antwoorden op bovenstaande onderzoeksvragen geformuleerd.

Kernbevindingen:

- Ondanks een toegenomen aandacht in zorg-, woon- en welzijnsorganisaties, bij gemeenten en in academisch onderzoek voor seksuele diversiteit, is bewustzijn van het bestaan en de positie van LHBT-ouderen, evenals het aanbod van voorzieningen in het geheel nog onvoldoende.
- Er zijn veel interventies op gebied van zorg, wonen en welzijn en seksuele diversiteit. Echter, er is meer structureel, grootschalig onderzoek nodig evenals praktijkonderzoek naar (de werking en doelmatigheid) van deze interventies. Lerende netwerken kunnen helpen bij het bij elkaar brengen van praktijkervaringen vanuit interventies en belangenbehartigers/ zelforganisaties met wetenschappelijke kennis, en in het geheel het verspreiden van reeds opgedane inzichten.
- Professionals voelen zich over het algemeen weinig competent in de omgang met LHBT-ouderen en het bespreekbaar maken van seksuele diversiteit.
- Een aandachtspunt in het vormgeven van integraal, structureel beleid in organisaties is de collectieve verantwoordelijkheid in plaats van verantwoordelijkheid bij één of enkele (LHBT-) kartrekkers.
- LHBT-ouderen en hun naasten participeren weinig in en zijn nauwelijks vertegenwoordigd in medezeggenschaps- en besluitvormingsorganen.
- Er is weinig samenwerking tussen zorg-, woon- en welzijnsorganisaties en gemeenten en zelforganisaties en belangenbehartiging van LHBT-ouderen.
- Het aanbieden van zowel categorale als generieke voorzieningen is van belang. In praktijk lijkt LHBT-vriendelijke zorg niet zozeer een keuze tussen verschil maken of gelijkheid/ gelijke behandeling maar een focus te betreffen op gelijkwaardigheid waarbij ruimte is voor zowel verschillende als gedeelde ervaringen en levensverhalen.
- Het Roze Loper keurmerk kan zorgorganisaties op weg helpen naar LHBT-vriendelijke zorg en zou wellicht ook voor wonen en welzijn en extramurale en informele zorg kunnen worden ontwikkeld.

Groeiende aandacht voor seksuele diversiteit

De laatste vijf à tien jaar lijken zorgorganisaties steeds meer aandacht te hebben voor seksuele diversiteit in hun beleid en het vormgeven van LHBT-vriendelijke zorg. Sinds 2007 heeft ook de overheid het vergroten van sociale acceptatie en het tegengaan van geweld en uitsluiting van LHBT's als expliciete focusgebieden aangegeven in hun beleidsvisie (Kuyper, 2011). Gemeenten lijken in het kader van hun Wmo-taken steeds meer hun verantwoordelijkheid te zien in het stimuleren van LHBT-vriendelijke zorg en aandacht voor issues rondom seksuele diversiteit (zie ook de 'Regenboogsteden' die aansluiten op het internationale 'Rainbow Cities Network'). Recente initiatieven richten zich bijvoorbeeld op LHBT-vriendelijke en veilige dagbesteding, ontmoetingsmogelijkheden en vervoersvoorzieningen, of op het stimuleren van bewustwording en positieve beeldvorming en het trainen van professionals. In theorie kan lokaal Wmo-beleid kansen bieden voor zorg-op-maat en betere aansluiting van zorgaanbod op de zorgvraag van LHBT-ouderen. Tot-nu-toe hebben echter weinig gemeenten een expliciet onderdeel LHBT-emancipatie in hun Wmo-beleid en zijn voorzieningen nog te weinig op LHBT-ouderen toegepast. Ook wordt er weinig samengewerkt tussen gemeenten en zorgorganisaties in het ontwikkelen van LHBT-vriendelijke zorg-, woon- en welzijnspraktijken. (Finnema & Pijnappels, 2011; Leyerzapf et al., 2016; Schuyf & Van Hoof, 2011; Schuyf & Mienes, 2014)

Conferentie – In 2016 werd tevens een eerste academische, internationale conferentie omtrent LHBT-ouderen in de zorg georganiseerd aan de Universiteit van Amsterdam, mede georganiseerd

door het Consortium Roze 50+ (zie verderop bij Interventies) en kenniscentra Vilans en Movisie. De conferentie werd geopend door de staatssecretaris van VWS en was een bijzondere -want ongebruikelijke- mix van wetenschappers en belangenbehartigers uit onder andere Nederland, Engeland, Duitsland, Finland en Moldavië. Vilans stelde ter gelegenheid van de conferentie een overzicht op van goede praktijkvoorbeelden omtrent seksuele en genderdiversiteit voor zorg- en welzijnsorganisaties (Boers, 2016a).

Voorbeelden van LHBT-vriendelijk aanbod op het gebied van woon/zorgvoorzieningen

In het laatste decennium zijn verschillende interventies op gebied van LHBT-vriendelijk wonen ontwikkeld vanuit zelforganisaties, zorgorganisaties en gemeenten.

- In de regio Amsterdam is Stichting OutForever actief, een LHBT-zelforganisatie die zich inzet om verschillende soorten woonvormen voor LHBT's te realiseren in een omgeving met zorg- en welzijnsvoorzieningen voor LHBT's en met specifieke aandacht voor veiligheid. Projecten betreffen onder andere sociale huurwoningen 'gemixt', coöperatieve zelfbouw en coöperatieve zelfbouw-huurprojecten. Ze besteden aandacht aan de gehele 'roze' zorgketen, en noemen onder andere: 'goede buur-, mantel- en buddyzorg', oftewel het leggen en ondersteunen van lokale netwerken; zelfstandig wonen met zorg (OutForever werkt onder andere samen met zorgcentra met het Roze Loper keurmerk en probeert anderen hiervoor te interesseren); eigen opdrachtgeverschap voor bijvoorbeeld een woongroep met een intensieve zorgvraag, waarbij de zorg in eigen opdrachtgeverschap wordt ingehuurd via o.a. het PGB. (als voorbeeld wordt genoemd de Herbergier); en LHBT-vriendelijke levenseindezorg, zoals een roze hospice in de regio, en roze uitvaartdiensten, zoals te vinden op de website Roze Uitvaart (Kuyper, 2016; Leyerzapf et al., 2016; Linschoten & Boers, 2014).

Enkele concrete voorbeelden van leefstijlspecifieke voorzieningen op gebied van seksuele diversiteit in Amsterdam zijn:

- Transvisie Zorg: een zorgorganisatie die specifieke zorg levert aan transgenders, aangezien deze doelgroep soms specifieke gezondheidsproblematiek (bijvoorbeeld omtrent het gebruik van hormoonmedicatie) en dus specifieke kennis, competenties en ondersteuning behoeft.
- Het L.A. Rieshuis in Amsterdam. Dit is een wooncomplex special voor LHBT-ouderen. Het is direct verbonden is met het aanpalende, generieke zorgcentrum De Rietvinck (dat als eerste in bezit kwam van het Roze Loper-keurmerk), woonzorgcentrum van Osiragroep Amsterdam, en waar het activiteitenaanbod ook specifiek gericht is op LHBT(-ouderen) en het thema seksuele diversiteit. Zo wil de organisatie de drempel naar het ontvangen van formele, intramurale zorg voor LHBT-ouderen verlagen én bijdragen aan leefstijl-/ doelgroepoverstijgende verbindingen tussen bewoners en bezoekers/ buurtbewoners. Vanuit de Rietvinck wordt de regionaal verspreide nieuwsbrief Oud Roze uitgegeven (in samenwerking met regionale zorg- en welzijnsorganisaties Amsta, Amstelring, COC Amsterdam, Cordaan, Roze 50+ en Sooz).

Thuiszorg

LHBT-vriendelijke thuiszorg – In 2014 werd in Amsterdam Gay Care opgericht, de eerste thuiszorgorganisatie voor LHBT's. De organisatie is echter begin 2017 failliet gegaan en gestopt. Dit lag niet aan een gebrek aan cliënten, maar aan financiële problemen. Er was een gebrek aan investeerders en Gay Care kreeg geen overeenkomst met de gemeente Amsterdam om Wmo-zorg aan te kunnen bieden. (bron: <https://www.parool.nl/amsterdam/gay-care-roemloos-ten-onder-op-thuiszorgmarkt~a4495072/>)

Informele- en mantelzorg

Aangezien LHBT-ouderen vaak een klein familienetwerk hebben, loopt de mantelzorger, bijvoorbeeld de partner of een andere naaste, een relatief groot risico om overbelast te raken. Respijtzorg kan soms tijdelijk uitkomst bieden maar is niet structureel. Er wordt benadrukt dat het van belang is dat zorg- en welzijnsorganisaties meer samenwerken om de informele zorg te ondersteunen en hier hun formele zorgaanbod beter op af te stemmen, en dat wijkteams op hoogte moeten zijn van seksuele (en gender-) diversiteit en mogelijk kwetsbare LHBT-ouderen in hun wijk. Bronnen geven aan dat er soms ondersteuning komt vanuit de directe woonomgeving van burens of buurtgenoten en dat een veilige en vertrouwde woonomgeving daarom van groot belang is voor LHBT-ouderen (zie ook thema wonen). In grotere steden bestaan soms vrijwilligersprojecten en -netwerken die LHBT-ouderen ondersteunen. Buiten de grote steden missen deze netwerken vaak, en in het geheel pleiten verschillende bronnen ervoor dat LHBT-ouderen en hun naasten zelf zich lokaal meer verenigen. Zorgorganisaties, wijkteams en gemeenten zouden (meer) contact kunnen onderhouden met de lokale vrijwilligersnetwerken en de lokale zelforganisatie van LHBT-ouderen kunnen proberen te ondersteunen en faciliteren. Het netwerk van roze ambassadeurs (zie interventie Consortium Roze 50 plus hieronder), zou hierin ook een rol kunnen spelen. (Hermans & Schuyf, 2014; Van Lisdonk & Kuypers, 2015)

Een voorbeeld van een voorziening die inzet op dagbesteding en ontlasting van mantelzorgers van LHBT(-ouderen), is ProudCare, voor ondersteuning bij dagbesteding/ eens iets leuks doen en ontlasten van mantelzorgers; Gay Living- zoals OutForever.

Aanbieders van kennis en interventies

Naast overheidsdiensten als het CBS en SCP (waarvan ook relevante bronnen in deze literatuurstudie zijn geïnccludeerd), bestaan er verschillende organisaties die relevante expertise hebben in en kennis, tools en trainingen op gebied van LHBT-ouderen en seksuele diversiteit in het algemeen aanbieden. Dit zijn vooral veel zelforganisaties en LHBT-belangenbehartigers. Hieronder worden een aantal genoemd, dit is geen uitputtend overzicht.

De volgende (zelf)organisaties bieden kennis(deling), trainingen en tools aan op gebied van LHBT(-ouderen) en seksuele diversiteit:

- In de regio Rotterdam werken Rotterdam V, COC-Rotterdam en de Stichting HomeLesS samen in de projectgroep Gezamenlijk Wonen Roze Ouderen en bestaat het ROOR, Roze Ouderen Overleg Rotterdam, waar deze zelfde organisaties ook aan verbonden zijn. Zij brachten onder andere een Woonwensenonderzoek Rotterdam uit (Pijnappels & Finnema, 2011), dat tevens voorbeelden geeft van wooninitiatieven van LHBT-ouderen uit Amsterdam en Den Haag.
- Stichting HomeLesS in regio Rotterdam, Stichting Homo en Lesbisch Seniorwonen, is een stichting die zich inzet om woonmogelijkheden voor deze groepen ontwikkelen/ stimuleren in bestaande en toekomstige woonvormen (lijkt niet meer actief, verouderde website).
- Mokum Roze, in 2007 opgericht door COC Amsterdam, platform van vrijwilligers en professionals dat de belangen van ouderen in deze regio behartigt op gebied van wonen, welzijn en zorg. Vanaf 2016 gericht op alle kwetsbare LHBT's in de regio. Het platform ondersteunt onder andere de Roze Agenda waarin het regionale LHBT-beleid van 2015 tot 2018 geformuleerd is en activiteiten als de Roze Loper en de Grey Pride.
- Rotterdam V (voorheen Rotterdam Verkeert) in Rotterdam is ook partner van de gemeente/ Wmo-beleid. De organisatie biedt in de regio Rotterdam ondersteuning, training en advies aan aan organisaties in het kader van het Roze Loper project/ keurmerk.
- Roze uitvaart.nl is een website van het landelijk netwerk van "homovriendelijke uitvaartbegeleiders" in Nederland.

Verder zijn ook de in het vorige hoofdstuk ten aanzien van culturele diversiteit genoemde organisaties relevant die bewust inzetten op gecombineerde focus op culturele en seksuele diversiteit en andere diversiteitsaspecten, namelijk: KCMO (platform), Sigra (netwerk) en Vilans (kenniscentrum) (zie pagina's 50-53).

Uitgelicht: het Consortium Roze 50+

Het Consortium Roze 50+ is een samenwerkingsverband tussen COC (de landelijke organisatie voor LHBT-ers) en ANBO dat zich landelijk inzet voor de verbetering van de positie van LHBT-ouderen vanuit een emancipatoire gedachte. Het wordt ondersteund door het ministerie van VWS en OCW. Focusgebieden zijn leefsituatie (waaronder wonen), gezondheid en welzijn. Ze hebben onder andere een landelijk netwerk van 'roze ambassadeurs' die op lokaal en regionaal niveau aanspreekpunt zijn voor de doelgroep en proberen bij te dragen aan hun zichtbaarheid. Naast het opzetten van voorzieningen en ontmoetingsmogelijkheden, speciaal buiten de grotere steden waar (nog) minder aanbod is, richt het Consortium zich ook op het organiseren en stimuleren van dialoog, en voorlichting aan/ bewustwording van, met niet-LHBT's vanuit het idee dat 'onbekend, onbemind maakt' en 'bekend, bemind'. Hun website 'roze50plus' met onder andere een agenda is een belangrijke voorziening op gebied van welzijn voor LHBT-ouderen. (Schuyf, 2011a)

In 2006 werd door het Consortium de eerste Roze Belweek uitgevoerd wat de gemarginaliseerde, geïsoleerde positie en ervaringen van uitsluiting en discriminatie van LHBT-ouderen 'op de kaart' zette. Vijf jaar later werd dit herhaald 2011, en bleek dat de situatie nog niet voldoende was verbeterd. In 2008 zette het Consortium Roze 50+ het Roze Loper initiatief op om de positie van LHBT-ouderen specifiek in de zorg te verbeteren. De Roze Loper is een niet verplicht keurmerk voor zorgcentra dat aangeeft dat zij aandacht hebben voor seksuele diversiteit en LHBT-vriendelijke zorg leveren. Organisaties kunnen de Roze Loper Tolerantiescan uitvoeren om te kijken 'hoever' zij al zijn. Via een audit van het bureau Kiwa kunnen ze uiteindelijk een Roze Loper krijgen, die tegelijk staat voor het verwelkomen van LHBT-ouderen (de rode loper uitrollen), als het openen van deuren, oftewel het uit de kast komen van die ouderen die onvrijwillig hun seksuele identiteit en (aspecten van) hun levensverhaal verzwijgen. De focusterreinen zijn: beleid & organisatie; personeelsbeleid; opleiding; bewustwording, diversiteit en sociaal-emotionele veiligheid; signalering, begeleiding en klachten. In augustus 2017 zijn er landelijk 105 organisaties met een roze loper keurmerk. LHBT-ouderen en hun naasten kunnen de website 'rozezorg' raadplegen om te zien welke zorgorganisaties LHBT-vriendelijk zijn. (Schuyf, 2006; Schuyf, 2011a)

Het Consortium Roze 50+ biedt ook ondersteuning en training aan voor verzorgings-, verpleeg- en thuiszorgorganisaties. Het bracht onder andere het Handboek De Roze Loper (Linschoten & Boers, 2014) uit waarin de methode van de Roze Loper uiteen wordt gezet, en de Toolkit Roze 50+ (2014/2015) waarin beschreven wordt hoe intra- en extramurale organisaties aandacht kunnen geven aan en om kunnen gaan met seksuele diversiteit en LHBT-ouderen, en dat concrete handvatten bevat voor management, professionals, vrijwilligers én heteroseksuele ouderen (zoals het spel 'Wie van de Drie?', een reizende fototentoonstelling, boeken met levensverhalen, herinneringsgroepen of educatietheater).

Knelpunten bij professionals

Weinig bronnen bespreken de ervaringen van professionals met LHBT-ouderen en seksuele diversiteit als thema in hun werk. Wanneer zij ernaar gevraagd worden, bestaat primair het idee dat deze ouderen 'niet bestaan' (Boelsma, 2016; Doornik, 2012; Leyerzapf et al., 2016; Enquête die het

Tijdschrift voor Verzorgenden op haar website hield, geciteerd in Linschoten & Boers (2014)). Verschillende bronnen rapporten een grote handelingsverlegenheid bij professionals, en tevens naasten van LHBT-ouderen, hun mantelzorgers en vrijwilligers, als het gaat om de zorg voor en het omgaan met LHBT-ouderen. Professionals zouden een gebrek aan kennis over voorzieningen én de gezondheidssituatie van LHBT-ouderen ervaren, en aan praktische competenties zoals het bespreken of bespreekbaar maken van seksuele diversiteit. Er wordt gesproken van haperende communicatie tussen professionals en LHBT-ouderen en hun naasten, en angst om het 'verkeerd' te doen evenals vooroordelen en ongemak onder professionals (Boelsma, 2016; Felten, 2013; Hermans & Schuyf, 2014). Professionals hebben ook de indruk dat seksuele diversiteit geen prioriteit heeft voor organisaties; er is een gebrek aan personeel, tijd en geld en andere zaken krijgen voorrang (Boelsma, 2016; Van de Meerendonk et al., 2003). Maatschappelijk werkers geven aan dat het lastig is 'sensitief' te zijn, aangezien het instrument waarmee zelfredzaamheid wordt bepaald geen aandacht besteedt voor seksuele diversiteit (Boelsma, 2016; Felten, 2013). LHBT-professionals die in de zorg werkzaam zijn herkennen de onzichtbaarheid en onbespreekbaarheid van seksuele diversiteit en geven aan zélf ook stigmatisering en uitsluiting te ervaren (Leyerzapf et al., 2016; Schuyf, 2011a).

Sleutelfiguren uit het veld van seksuele diversiteit in de zorg zijn van mening dat zorgverleners over het algemeen geen negatieve beeldvorming over LHBT-ouderen hebben. Ze benoemen echter een aantal groepen professionals die minder positief zouden zijn, namelijk: professionals werkzaam in de thuiszorg en verzorgingshuizen, die lager opgeleid zijn of een allochtone achtergrond hebben, en die bij organisaties met christelijke signatuur of buiten de grotere steden werken (Van de Meerendonk et al., 2003).

Knelpunten bij organisatie- en zorgbeleid

Formele participatie – Om LHBT-vriendelijke zorg structureel in te bedden in organisaties is het van belang dat ook de ondernemingsraad en cliëntenraad wordt betrokken in het ontwikkelen en organiseren hiervan. Dit zou dan ook het perspectief van LHBT(-ouderen) moeten includeren. Echter, LHBT-ouderen en hun naasten zijn structureel te weinig betrokken in medezeggenschap en besluitvorming in zorg-, woon- en welzijnsorganisaties. Verschillende bronnen zien hun medezeggenschap en vertegenwoordiging door belangenbehartigers als voorwaarde voor LHBT-vriendelijke zorg. Hoewel LHBT-belangenorganisaties wel partner zijn in Wmo-consultatierondes, zijn ze relatief onzichtbaar in Wmo-nota's en Wmo-adviesraden. Daarbij komt dat LHBT (-ouderen) vooral in de grotere steden en regionaal georganiseerd zijn en dat er weinig verbinding is tussen deze regionale organisatie en lokale zorg-, woon- en welzijnsvoorzieningen. Voor adequate, kwalitatieve participatie (dus niet enkel representatie in aantallen maar vooral erkenning van en invloed door LHBT-perspectieven) van LHBT-ouderen en hun naasten in Wmo-raden, medezeggenschapsorganen van zorgorganisaties en in cliënten/-patiëntenorganisaties, is professionele training en ondersteuning belangrijk. Meer infrastructuur voor en interventies op gebied van ontmoeting tussen LHBT-ouderen, hun naasten en belangenbehartigers buiten de Randstad en op lokaal niveau, zou verder de aansluiting en samenwerking met formele (zorg)organisaties kunnen stimuleren. (Schuyf, 2011a; Schuyf & Van Hoof, 2011; Schuyf & Mienes, 2014)

Onderzoek naar interventies op gebied van seksuele diversiteit

Movisie heeft in het kader van het VWS-programma 'Beter in Meedoen' een onderzoek verricht naar de interventies die de overheid ten aanzien van LHBT-emancipatie heeft opgezet en hoe deze zijn geëvalueerd. Hieruit blijkt dat de meeste interventies zijn gericht op het toegankelijker maken van de samenleving in z'n geheel voor LHBT's en niet zozeer op individuele ondersteuning van LHBT's. Sommige interventies zijn wel gericht op het vinden en versterken van sociale steun, zoals ook

verschillende *'gay-straight alliances'*. Interventies zijn veelal gericht op (extra) kwetsbare subgroepen, die dus deel uitmaken van méér dan één minderheidsgroep, zoals ouderen, jongeren of niet-westerse migranten, in de domeinen zorg en onderwijs, en minder voor welzijn. Interventies richten zich echter ook op eenzaamheid en sociale isolatie van LHBT-ouderen (zie Hoofdstuk 5), aangezien het lijkt dat ontmoeting en uitwisseling met 'gelijkgestemden' of 'gevoelsgenoten' kan bijdragen aan een gevoel van sociale inbedding, persoonlijke en relationele empowerment en welzijn. Het enige effectonderzoek naar een 'Roze Buddyproject' door Fokkema & Van Tilburg (2006), kon echter geen daadwerkelijke effectiviteit van deze interventie vaststellen –hoewel de participerende ouderen zélf aangaven zich minder eenzaam te voelen. Fokkema & Van Tilburg (2006) stellen vast dat eenzaamheid erg complex is en om méér dan praktische praktijkaanpassingen vraagt en pleitten voor het ontwikkelen van interventies met oog voor structurele, 'ongrijpbare' factoren als maatschappelijke stigmatisering en in samenspraak met de doelgroep. In het algemeen wordt in alle interventies veel gebruik gemaakt van creatieve methoden zoals theater of film voor bewustwording, voorlichting en bespreekbaar maken. In het geheel is er nauwelijks onderzocht wat effecten zijn van interventies en vaak ontbreken rapportages of *toolkits* van interventies zodat anderen niet van de opgedane ervaringen kunnen leren; het organiseren van lerende netwerken zou hier uitkomst kunnen bieden. Weinig interventies en onderzoek hiernaar of naar seksuele diversiteit in het algemeen, hebben bovendien aandacht voor mogelijke verschillen binnen de categorie 'LHBT(l)', en bronnen pleiten dan ook voor meer specifiek (interventie-) onderzoek naar de subgroepen en onderlinge verschillen en parallellen. (Doornik, 2012; Fokkema & Van Tilburg, 2006; Kuyper, 2016; Leyerzapf et al., 2016; Linschoten & Boers, 2014; Van Lisdonk & Kuyper, 2015; Pierik & Felten, 2013)

Succesfactoren bij professionals en organisaties

Matchen – Aangezien professionals er doorgaans vanuit gaan dat cliënten heteroseksueel zijn, omdat professionals niet stigmatiserend willen zijn en/of seksuele voorkeur niet relevant vinden voor de zorgvraag, ligt het initiatief om dit en (negatieve) ervaringen en behoeften te bespreken overwegend bij LHBT-ouderen zelf. We hebben in Hoofdstuk 5 gezien dat LHBT-ouderen zich onveilig kunnen voelen wanneer professionals niet naar hun seksuele voorkeur vragen. Sleutelfiguren vertelden dat LHBT-zorgprofessionals vaker in aanraking komen met LHBT-ouderen dan heteroseksuele collega's. De ouderen zouden zich meer in hen herkennen, hen eerder aan durven spreken en sommige professionals zouden de drempel ook verlagen door over hun eigen leefsituatie en levensverhaal te vertellen. Zodoende kan 'matchen', oftewel het koppelen van LHBT-ouderen aan LHBT-professionals, een manier zijn om LHBT-vriendelijke zorg te leveren. Echter, het veronderstelt dat bekend is welke ouderen (en professionals) een LHBT-oriëntatie hebben. Bovendien is het niet altijd praktisch haalbaar en zou het polarisatie en heteronormativiteit kunnen versterken in plaats van inclusieve, diversiteitssensitieve organisaties. Opvallend is dat heteroseksuele professionals en ouderen een open sfeer tussen professionals en cliënten/ ouderen (en ouderen onderling) als centraal zien in zorgpraktijken. Sommige heteroseksuele professionals vragen vanuit deze gedachte ouderen naar hun levensgeschiedenis –iets dat op een impliciete maar tegelijk proactieve manier het onderwerp van seksuele diversiteit bespreekbaar kan maken. (Boers, 2016b; Leyerzapf et al., 2016 ; Van de Meerendonk et al., 2003; Schuyf & Van Hoof, 2011; Schuyf & Stoop, 2007)

Kartrekkers – Veel bronnen adviseren het aannemen van een ambassadeur of aandachtsfunctionaris voor seksuele diversiteit/ -LHBT-ouderen; als rolmodellen en kartrekkers kunnen zij een cruciale rol spelen in het bespreekbaar en zichtbaar maken van seksuele diversiteit en de inclusie van LHBT-ouderen. Tegelijk benadrukken verschillende bronnen ook dat daarmee de structurele verankering in organisaties niet klaar is. Vaak hebben de kartrekkers met affiniteit voor het thema zelf een LHBT-oriëntatie, en ligt overbelasting op de loer wanneer alle verantwoordelijkheid voor inclusie van LHBT-ouderen bij hen komt te liggen –temeer daar de meeste van hen zich inzetten vanuit een informele,

vrijwillige rol in de organisatie, bovenop hun formele functie en verantwoordelijkheden. (Kluit, 2016a; Leyerzapf et al., 2016; Linschoten & Boers, 2014).

Aanbevelingen ten aanzien van LHBT-vriendelijke zorg

Bronnen geven verschillende visies op en aanbevelingen voor het ontwikkelen van LHBT-vriendelijke zorg(organisaties en praktijken). Deze richten zich op (1) kennisaspecten, (2) vaardigheden gecombineerd met houding, oftewel omgangsvormen en bejegening door professionals en organisaties als geheel en (3) beleid, structuur en cultuur van organisaties, waarbij de noodzaak voor meer (formele) participatie en inclusie van LHBT-ouderen en hun naasten wordt benadrukt.

1. Tot de kennisaspecten behoren bijvoorbeeld het hebben van kennis van gezondheidsrisico's (zie H5) en van lokale en regionale zelforganisaties en belangenbehartigers van LHBT (-ouderen).
2. Bij vaardigheden en houding wordt bewustzijn van seksuele diversiteit en niet-heteroseksuele voorkeuren als voorwaarde benoemd. Inhoudelijke aanbevelingen zijn onder andere:
 - aandacht hebben voor vertrouwelijkheid;
 - alert zijn op veiligheid van LHBT-ouderen en op uitsluitende, stigmatiserende humoristische opmerkingen van (heteroseksuele) ouderen en professionals;
 - leren omgaan met ervaringen van uitsluiting en discriminatie;
 - hanteren van 'neutrale' aanspreekvormen voor LHBT-ouderen en hun naasten en 'neutrale' manieren van leefsituatie en partnerstatus uitvragen (bijvoorbeeld vragen naar partner in plaats van echtgenoot/echtgenote, iederéén bij intake vragen naar seksuele voorkeur, subtiel taalgebruik zoals 'op mannen/ vrouwen vallen');
 - formuleren en zichtbaar maken van expliciete omgangsregels in organisaties.

Beide clusters van aanbevelingen (1) en (2) vragen om (bij)scholing en training van professionals, evenals van vrijwilligers én (top)management, en het structureel opnemen van deze aspecten rondom seksuele diversiteit in alle opleidingscurricula.

3. Ten slotte benadrukken veel bronnen het belang van het expliciet en zichtbaar opnemen van seksuele diversiteit in alle niveaus van de organisatiestructuur en alle aspecten van het organisatiebeleid. Dit omvat de volgende aanbevelingen (Boelsma, 2016; Boers, 2016b; Boers & Meijsen, 2016; Doornik, 2012; Finnema & Pijnappels, 2011; Leyerzapf et al., 2016; Linschoten & Boers, 2014; Schuyf, 2011a; Schuyf & Stoop, 2007; Movisie, 2013):
 - het hebben van een diversiteitssensitieve staf en (top)management, oftewel professionals bewust van en getraind in (1) en (2), en een organisatievisie en beleid waarin seksuele en gender diversiteit expliciet is opgenomen;
 - Het integreren van seksuele diversiteit in (visuele) communicatie binnen de organisatie en naar buiten toe, en dit fysiek zichtbaar maken in gebouwen (bijvoorbeeld de regenboogvlag ophangen, folders neerleggen of trouwfoto's LHBT-stellen presenteren); Voor professionals is het goed wanneer issues rondom seksuele diversiteit een vast onderwerp in dagelijkse werkpraktijk worden, bijvoorbeeld door het als vast agendapunt in werkoverleg op te nemen.
 - Rolmodellen in verschillende lagen van de organisatie die zichtbaar/ expliciet affiniteit met het thema seksuele diversiteit uitdragen en ouderen die dat willen kunnen stimuleren om hun zwijgen over hun seksuele voorkeur en levensverhaal te doorbreken.
 - Een activiteitenaanbod dat aansluit bij LHBT-ouderen en seksuele diversiteit als thema aanhaalt, evenals het organiseren van bijeenkomsten gericht op bewustzijn en voorlichting/ kennis van professionals en (heteroseksuele) ouderen en hun naasten, én op dialoog om seksuele diversiteit onder mensen 'op de agenda' te zetten, bespreekbaar te maken en hiervoor positieve aandacht te genereren.

- Het faciliteren van ontmoetingen tussen LHBT-ouderen en hun naasten, (LHBT)bezoekers of buurtbewoners onderling, bijvoorbeeld door verschillende soorten (half-besloten) koffiehokjes, een open woonkamer en inloop, restaurant te hebben.

Verantwoordelijkheid en kartrekkers – Veel bronnen adviseren het aannemen van een ambassadeur of aandachtsfunctionaris voor seksuele diversiteit/ -LHBT-ouderen; als rolmodellen en kartrekkers kunnen zij een cruciale rol spelen in het bespreekbaar en zichtbaar maken van seksuele diversiteit en de inclusie van LHBT-ouderen. Tegelijk benadrukken verschillende bronnen ook dat daarmee de structurele verankering in organisaties niet klaar is. Vaak hebben de kartrekkers met affiniteit voor het thema zelf een LHBT-oriëntatie, en ligt overbelasting op de loer wanneer alle verantwoordelijkheid voor inclusie van LHBT-ouderen bij hen komt te liggen –temeer daar de meeste van hen zich inzetten vanuit een informele, vrijwillige rol in de organisatie, bovenop hun formele functie en verantwoordelijkheden. (Kluit, 2016a; Leyerzapf et al., 2016; Linschoten & Boers, 2014).

Conclusie

Dit hoofdstuk begon met een viertal onderzoeksvragen omtrent het aanbod van zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen en interventies op gebied van LHBT-ouderen en seksuele diversiteit, de ervaringen en behoeften van professionals en de knelpunten bij organisaties, en de aanbevelingen omtrent (te ontwikkelen) LHBT-vriendelijke organisaties en zorg. Geconcludeerd kan worden dat het huidige aanbod qua zorg-woon- en welzijnsvoorzieningen voor LHBT-ouderen onvoldoende (passend) is. Dit heeft onder meer te maken met onvoldoende samenwerking tussen formele organisaties en LHBT-ouderen en belangenbehartigers/ zelforganisaties en daarmee ook onvoldoende afstemming tussen informele en formele zorg, en ondersteuning van mantelzorgers van LHBT-ouderen.

Echter, het aantal LHBT-vriendelijke zorgcentra groeit dankzij onder andere de Roze Loper interventie, een initiatief vanuit LHBT-zelforganisaties/ belangenbehartigers. Er zijn redelijk veel interventies ontwikkeld door hoofdzakelijk zelforganisaties en LHBT-belangenbehartigers, echter, deze hebben vooral betrekking op welzijn en wonen en niet zozeer op de ontwikkeling van structurele intramurale voorzieningen en (personeels-)beleid. Bovendien mist systematisch en praktijkonderzoek naar de effecten van deze interventies.

Veel professionals ervaren knelpunten in de zorg aan LHBT-ouderen en hun naasten die met name zitten in onvoldoende (ervaren) specifieke competenties in het omgaan met en kennis van (de gezondheidssituatie van) deze doelgroep en organisaties in het geheel worstelen met de manier waarop seksuele diversiteit bespreekbaar kan/ moet worden gemaakt en de (mate waarin) deze expliciete aandacht zou moeten krijgen en zichtbaar moet worden gemaakt.

Er worden veel aanbevelingen gedaan gericht op (1) kennisaspecten, (2) vaardigheden gecombineerd met houding, omgangsvormen en bejegening door professionals en organisaties als geheel en (3) beleid, structuur en cultuur van organisaties, waarbij de noodzaak voor meer (formele) participatie en inclusie van LHBT-ouderen en hun naasten wordt benadrukt. Scholing van personeel, aanpassen van werkprocessen en zorgen voor diversiteit onder het personeel zijn middelen om een meer LHBT-vriendelijke werkomgeving te bereiken. Een LHBT-vriendelijk zorgaanbod kent een balans die voorbijgaat aan gelijkheid versus verschil.

Referenties Hoofdstuk 7

- Boelsma, S. (2016). *LHBT-ouderen. Een onderzoek naar het versterken van de professionele houding en vaardigheden van maatschappelijk werkers ter bevordering van het welzijn van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender ouderen in Amsterdam Oost*. Masterscriptie, Hogeschool InHolland/ COC Amsterdam.
- Boers, H. (2016a). *Spotlight on LGBT Seniors. Overzicht van goede praktijkvoorbeelden om seksuele en genderdiversiteit op de agenda te zetten van zorg- en welzijnsorganisaties*. Amsterdam: Vilans.
- Boers, H. (2016b). *Tips waarmee LHBT-ers zich (meer) thuis voelen in uw organisatie of wijk*. Vilans/ Movisie/ Consortium Roze 50+.
- Boers, H., & Meijsen, E. (2016). *Hoe ondersteun je ouderen met lesbische, homo-, bi- of transgender (LHBT) gevoelens?* Utrecht: Vilans/ Movisie.
- Doornik, N. (2012). *Handreiking LHBT-emancipatie. Lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender ouderen*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Felten, H. (2013). *Kijk jij al door een roze bril? Roze handboekje voor sociaal werkers*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Fokkema, T., & Kuyper, L. (2009). The relation between social embeddedness and loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 264-275.
- Fokkema, T., & Van Tilburg, T. (2006). *Aanpak van eenzaamheid: werkt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. Den Haag: Nidi (Nederlands interdisciplinair demografisch instituut).
- Hermans, M., & Schuyf, J. (2014). *Handreiking LHBT-emancipatie. Informele zorg en zelfredzaamheid van LHBT-ouderen*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Den Heijer, R. (2009). *De behoefte aan woonvoorzieningen voor homoseksuele ouderen (m/v) in Nederland*. Masterscriptie, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Kluit, M. (2016a). *Rapportage bewonersevaluatie Roze Loper*. Roze 50plus.nl
- Kuyper, L. (2016). *LHBT-monitor 2016. Opvattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kuyper, L. (2011). *Sexual Orientation and Health. General and minority stress factors explaining health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual individuals*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.
- Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T. (2016). Gay-friendly elderly care: Creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Ageing and Society*, 1-26. doi:10.1017/S0144686X16001045
- Linschoten, M. & Boers, H. (2014). *Consortium Roze 50+: Handboek De Roze Loper. Een methode om aandacht voor seksuele diversiteit in de zorg te vergroten*. Consortium Roze 50+.

Lisdonk, J., Van, & Kuyper, L. (2015). *55-plussers en seksuele oriëntatie. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele 50-plussers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Meerendonk, B. Van de, Adriaensen, R., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Op weg naar een vrolijke herfst? Zorgbehoeften van en zorgverlening aan lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland: Onderzoek in het kader van het project 'Vrolijke Herfst'*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/Schorerstichting.

Pierik, C. & Felten, H. (2013). *Samenvatting Regenboog onder de loep. Een verkenning van interventies voor LHBT-emancipatie*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Pijnappels, C., & Finnema, E. (2011). *Woonwensen Roze Ouderen in Rotterdam. Een kwalitatief onderzoek naar de woonwensen van homoseksuele ouderen in Rotterdam, in opdracht van Rotterdam Verkeert*. Kenniskring Samenhang in de Ouderenzorg, Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam.

Schuyf, J. (2011a). *Groenboek Roze Belweek 2011*. Utrecht: Consortium Roze 50+.

Schuyf, J. (2006). *Groenboek Roze Belweek 2011*. Utrecht: Consortium Roze 50+.

Schuyf, J., & Van Hoof, J. (2011). *De Roze Gemeentegids. Beleid voor lesbische vrouwen, homomannen, biseksuelen en transgenders*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Schuyf, J., & Mienes, M. (2014). *Handreiking LHBT-emancipatie. De drie decentralisaties*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.

Schuyf, J., & Stoop, R. (2007). *Factsheet ouderen en homoseksualiteit. Beleidsmogelijkheden ten behoeve van oudere homoseksuelen*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Hoofdstuk 8 – Discussie, conclusies, implicaties & aanbevelingen

Centrale bevindingen uit deze literatuurstudie

In deze literatuurstudie hebben we achtereenvolgens gekeken naar de bestaande wetenschappelijke en praktijkkennis omtrent zorgvraag voor migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond (H3 en 4) en LHBT-ouderen (H5) en zorgaanbod voor deze groepen (H6 en 7).

Conclusies over gezondheid en zorggebruik

De kernbevindingen ten aanzien van de zorgvraag van migrantenouderen waren dat er inderdaad een discrepantie leek te zijn in de gezondheidssituatie, die te wensen overliet, en het zorggebruik van deze groepen. Wel werd er gevonden dat er veel gebruik werd gemaakt van huisartsenzorg maar niet van intramurale- en thuiszorg. Dit suggereert dat problemen ontstaan niet zozeer in het erkennen van de gezondheid problemen maar een gebrek aan kennis over waar men met welke zorgvraag terecht kan en hoe de zorg vervolgens te organiseren. Daar komt nog bij dat migrantenouderen zelf een voorkeur lijken te hebben voor mantelzorg gegeven door kinderen en partners, die vervolgens overbelast raken. Wel bleek het van belang dit beeld te nuanceren. De voorkeur voor mantelzorg bleek lang niet het geval bij alle migranten. Ook bleek de bereidheid voor het wonen in verzorgingstehuizen wel degelijk te bestaan. Niet ten minste om juist de kinderen te ontlasten. Het is daarom van belang de kennis over de mogelijkheden tot zorg voldoende te verspreiden en een goed en duidelijk beeld te schetsen van de eigen regie voor de inrichting van de zorg en de beschikbare faciliteiten maar daarnaast ook de handvaten aan te bieden waarin migrantenouderen die mogelijkheid hebben (vertrouwenspersonen, taalgenoten).

De kernbevindingen inzake de zorgvraag van LHBT-ouderen waren dat zij, in vergelijking met niet-LHBT-ouderen, even vaak fysieke gezondheidsproblemen hadden maar vaker psychosociale problemen en vrezen voor eenzaamheid en uitsluiting in reguliere zorgsituaties. Wat betreft woonzorgvoorzieningen geven LHBT-ouderen de voorkeur aan gemixte zorgsituaties, waarin zij samenwonen met zowel andere LHBT-ouderen als heteroseksuele ouderen. Zij beschikken over sociale netwerken met minder familierelaties en kunnen om die reden mogelijk minder op mantelzorg rekenen.

Een belangrijke conclusie is dat categoriale zorg bij beide groepen niet per definitie de voorkeur geniet maar hoeft ook niet meteen uitgesloten te worden. Zowel migranten als LHBT-ouderen zien zij zichzelf het liefst in gemixte zorgvoorzieningen mits er maar voldoende ruimte is 'zichzelf te zijn' en een open houding ten opzichte van diversiteit. Interessant is dus, dat hoewel de groepen sterk van elkaar verschillen in problematiek en gezondheid, het gevoel 'af te wijken van de meerderheid' en 'angst niet begrepen te worden' iets wat hen verenigt. Al moet gezegd worden dat de consequenties hiervan in beide groepen verschillen kunnen we in grote lijnen overeenkomsten blootleggen over gekleurde ouderenzorg.

Conclusies over het aanbod en interventies

Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat er een groot aantal interventies en projecten plaatsvindt op gebied van aanbod van diversiteitssensitieve zorg (dwz. culturele diversiteit en migrantenouderen, en seksuele diversiteit en LHBT-ouderen). Vooral voor migrantenouderen zijn er projecten op het gebied van wonen en zorg gerealiseerd, en is er een groot aanbod aan welzijnsvoorzieningen, waaronder aandacht voor mantelzorg. Het aanbod aan projecten en interventies voor LHBT-ouderen is veel minder omvangrijk en divers en lijkt zich vooral te beperken tot de grote steden. Kennisinstellingen en belangenverenigingen hebben inmiddels al veel kennis verzameld over beleid en interventies voor beide groepen ouderen. Vooral voor migranten ouderen is er een groot scala aan aanbevelingen voor de organisatie van cultuursensitieve zorg. Wel moet

opgemerkt dat de interventies/ projecten overwegend ad hoc ontwikkeld en georganiseerd worden, dat ze vaak eenmalig of tijdelijk van aard zijn, en zelden worden geëvalueerd. Bovendien is er weinig samenwerking tussen lokale partners, zoals formele zorg- en welzijnsorganisaties en informele zelforganisaties en -netwerken. Ook maken migranten en LHBT-ouders nog maar weinig deel uit van adviesraden en cliëntenverenigingen, waardoor hun stem minder goed vertegenwoordigd is.

Ter vergelijking: centrale bevindingen in internationale context

Uit studies van andere landen komt overwegend hetzelfde beeld naar voren. Grote review studies laten zien dat het zorggebruik migranten in zowel de Verenigde Staten als Europa over het algemeen lager is terwijl de gezondheidsproblemen onder deze groepen over het algemeen groter zijn (Sarría-Santamera, 2016). Waar voor de Nederlandse context het fenomeen 'migrantenouders' vrij nieuw is, hebben landen zoals de VS al een ruime ervaring. Betreurenswaardig is dat ook in de internationale context het gebruik van zorg onder etnische minderheden niet op de voorgrond staat (Hjelm, 2014). Toch zou het collectief beschouwen van deze literatuur voordelen op kunnen leveren. Belangrijk is ook dat verschillende contexten het toestaan om omstandigheden 'constant' te houden waar normaal weinig aan te sleutelen valt. Een aantal voorbeelden van 'nuttige' contexten worden opgesomd hieronder:

- Verenigde Staten: Internationaal is de rol van de '*cultural health worker*', gebaseerd op het idee van '*multicultural health brokering*', veel onderzocht en in een internationale systematische review effectief gebleken; deze rol kan kennis en leefstijl van migranten, gezondheidsgedrag en gebruik van voorzieningen 'verbeteren' (Verhagen, 2015).
- België: lijkt vergelijkbare uitkomsten te laten zien in de kloof tussen zorgpraktijk en behoeften/ wensen van migranten met Turkse en Marokkaanse achtergrond enerzijds en aanbod van organisaties anderzijds. Onderzoekers adresseren ook dat de Belgische staat onvoldoende aandacht vestigt op deze kloof. Ahaddour et al. (2016) benadrukken hierbij specifiek het overheidsbeleid dat meer 'inclusief en neutraal' zou moeten zijn (oa. het gebruik van de term 'allochtoon'). Dit lijkt ook van toepassing op Nederland waar recente debatten duidelijk racistische tendensen laten zien (Essed & Hoving, 2014). De studie van Ahaddour et al. (2016) ondersteunt zo ons argument om werkelijk te investeren in diversiteitssensitieve organisatieverandering en niet te volstaan met de assumptie dat neutraliteit als uitgangspunt genoeg is om inclusief te zijn.
- Zwitserland: dit lijkt een interessante context omdat, hoewel de zorgkenmerken van migranten vergelijkbaar zijn, het taalissue minder een rol lijkt te spelen. Het land is sowieso meertalig en zorgverleners rapporteren minder problemen met taal bij migrantengroepen. Deze context biedt de mogelijkheid om dieper in te gaan op andere dan taal- en culturele (als in etnische) verschillen (Ruxandra Oana Ciobanu, mondelinge communicatie, 2017).
- In verschillende Noord-West Europese landen waar gelijkheid en gelijke rechten belangrijke maatschappelijke en politieke ideologie vormen, wordt in de praktijk soms veel nadruk gelegd op het gelijk-zijn, oftewel er kunnen dominante normen van '*sameness*' ontstaan (Leyerzapf et al., 2016; Leyerzapf et al., *submitted*). Dit kan gevolgen hebben voor de positie van minderheden in de samenleving die hier ogenschijnlijk buiten vallen ('anders' zijn). In de zorgpraktijk kan dit bijdragen aan ervaringen van uitsluiting van bijvoorbeeld migrantenouders en LHBT-ouders en (de angst voor) onbegrip door professionals. Willes et al. (2016) laten in een kwalitatieve studie in woonzorgcentra en verpleeghuizen in Wales, UK, zien dat normen van *sameness* samenhangen met heteronormativiteit in de organisaties en de zorg voor LHBT-ouders negatief beïnvloeden. Ze pleiten ervoor zorg en seksuele oriëntatie/ seksualiteit niet als apart van elkaar te zien en aandacht te hebben voor de levensverhalen, inclusief op het vlak van seksualiteit/ seksuele oriëntatie, van alle ouders zodat ook de behoeften van LHBT-ouders worden 'gezien' en meegenomen (Willes et al., 2016). Zweden lijkt, zo geeft Torres (2016) aan, een goed voorbeeld waar onderzoekers de constructie van 'otherness' ('andersheid') in een zorgcontext verder kunnen proberen uit te

werken. Hoewel we nog geen toepassing hiervan in de zorgpraktijk hebben, zou dergelijk onderzoek waardevolle handvatten kunnen bieden hiervoor (Torres, 2016).

Algemene conclusie

Over het algemeen kan geconcludeerd dat diversiteitssensitiviteit in de langdurige zorg nog te weinig is gerealiseerd, maar dat er veel aandacht voor is, er vele denkbeelden leven en veel typen interventies zijn ontwikkeld. Er bestaat nog steeds een aanzienlijke roep om meer kennis en inzicht. Is het mogelijk om de nodige sensitiviteit voor diversiteit binnen generiekbeleid te ontwikkelen of moet toch categoriale en/of multicultureel aanbod meer serieus in overweging genomen worden? Welke kennis, visie en processen zijn er nodig om deze cruciale vraagstuk van zorgverleners en beleidsmakers van antwoord te voorzien? In de discussie geven we eerst een theoretische reflectie op redenen voor het gebrek aan diversiteitssensitieve zorg, en de condities waaronder dit wel gerealiseerd zou kunnen worden. In de implicaties geven we, aan de hand van het model van Levesque et al. (2013), aanbevelingen voor hoe diversiteitssensitieve zorg in verschillende fasen van het zorgproces door organisaties vorm gegeven zouden kunnen worden.

Discussie van de bevindingen

Visie op migranten en LHBT-ouderen: verschil versus gelijkheid

Sommige studies en projecten lijken een meer praktische insteek te hanteren, gericht op gelijkheid als gelijke zorgkwaliteit en gelijke toegang tot zorg. Zo beschrijft Denktas (2011) oudere migranten in het geheel als '*disadvantaged*' –ten opzichte van niet-migrant ouderen dus. Om deze achtergestelde positie 'op te heffen', moeten knelpunten en barrières worden geïdentificeerd en weggenomen. Andere studies lijken meer te focussen op gelijkwaardigheid in de zorgpraktijk en de specifieke zorg die op bepaalde aspecten voor oudere migranten vereist is om deze te bewerkstelligen. Lamkaddem (2013) benoemt migrantenouderen ook als '*disadvantaged*' maar wijst daarbij naast praktische factoren ook op een structureel, macht gerelateerd aspect, namelijk ervaringen van uitsluiting en discriminatie van migrantengroepen in de samenleving en de invloed hiervan op hun gebruik en beleving van zorg. Deze studie wijst dan ook naast kennis op het belang van bewustzijn van deze context van professionals en zorgaanbieders in het vormgeven van een cultureel sensitieve praktijk (Lamkaddem, 2013). Patiëntenorganisatie SGAN benoemt dat het belangrijk is om het veld van 'gezondheid/ zorg' te overstijgen; begrip van de achtergestelde positie van migranten in de samenleving en recente sociaal-economische, maatschappelijke en politieke omstandigheden kan helpen de aansluiting tussen zorgaanbod en zorgvraag te maken (De Gruijter & Van den Toorn, 2013).

Studies omtrent LHBT-ouderen laten een soortgelijk beeld zien. Waar studies onder migrantenouderen appelleren aan de '*disadvantaged*' positie worden LHBT ouderen in veel studies over het hoofd gezien. Hoewel er in recente jaren meer bewustzijn lijkt te zijn gekomen voor LHBT ouderen lijkt dit bewustzijn zich veelal te concentreren in de LHBT-organisaties zelf. Het nadeel hiervan is dat de problemen onder deze ouderen veelal geformuleerd worden vanuit een beperkte groep activisten. Dit is belangrijk om aandacht voor de vraagstuk te creëren maar volgende stap is dat de aandacht ook een integrale vertaling krijgt in zorg praktijken. Het gevaar van groeiende aandacht is echter ook dat de LHBT oudere gereduceerd wordt tot zijn/haar seksualiteit en beperkt wordt door problemen die spelen binnen het individu. De LHBT oudere is bijvoorbeeld niet alleen eenzaam en besmet met hiv, maar leeft in een context waar die sterk heteronormatief is. Het gevolg daarvan is dat men zijn/haar ware identiteit verbergt en leeft in angst voor discriminatie. Er dient bewustzijn te worden gecreëerd welke interactie in de alledaagse praktijk van de LHBT oudere, welke barrières dit opwerpt, en op welke verschillende manieren de ouderen hier zelf mee omgaan. Ook in deze groepen is het van groot belang om de sociaaleconomische en politieke context in ogenschouw te nemen.

Categoraal of generiek zorg aanbieden?

Wat bevelen de geraadpleegde bronnen nu aan op het gebied van wel of geen verschil maken, dat wil zeggen in hoeverre moet aanbod van voorzieningen en interventies categoraal of generiek zijn? Verschillende bronnen waarschuwen voor een 'neoliberale' insteek en een gestandaardiseerde aanpak waarbij migrantenouderen en hun naasten vooral zelf verantwoordelijkheid dragen voor het organiseren van en toegang vinden tot passende zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen (Denktas, 2011; Suurmond et al., 2015; Yerden, 2013). Veel bronnen zien diversiteitssensitiviteit als in de praktijk gelijk aan *algemene* vraaggestuurde, persoonsgerichte zorg-op-maat (De Graeff et al., 2012; Den Draak et al., 2012). Dit vereist dat zorgaanbieders de zorgvraag, behoeften en ervaringen van migrantenouderen en LHBT-ouderen, evenals van andere minderheden, kennen. Volgens Denktas (2011) is zorg-op-maat echter soms vooral top-down georiënteerd omdat het vanuit grootschalig onderzoek risico's op gezondheid en ziekte van doelgroepen en verschillen tussen die doelgroepen, in kaart probeert te brengen en op basis daarvan zorgbeleid en -aanbod ontwikkelt en organiseert. Denktas (2011) pleit voor meer kleinschalige focus op het aanbieden van gezondheidszorgvoorzieningen-op-maat, met educatie specifiek voor migranten en aandacht voor intergenerationele verschillen in zorggebruik en -beleving.

Lamkaddem (2013) wijst op structurele factoren die vaak buiten beschouwing worden gelaten in geval van migranten, namelijk ervaringen van discriminatie van migrantengroepen in de samenleving en de invloed hiervan op hun gebruik en beleving van zorg. Ze pleit voor bewustzijn van deze ervaringen van professionals en organisaties in de dagelijkse zorgpraktijk en bij het vormgeven van cultureel sensitieve voorzieningen en -interventies (Lamkaddem, 2013). Ook andere bronnen benoemen dat het belangrijk is om niet alleen naar gezondheid en zorg te kijken maar sociaal-economische, maatschappelijke en politieke omstandigheden mee te nemen in de ontwikkeling van cultureel sensitieve zorg (Den Draak et al., 2012; De Gruijter & Van den Toorn, 2013). Dat geldt specifiek voor zorg aan migrantenouderen maar zou ook als aanbeveling ten aanzien van zorg aan andere minderheidsgroepen zoals LHBT-ouderen én van zorg in het algemeen kunnen worden gezien.

Soms beschrijven bronnen juist een weerstand tegen categorale zorg juist vanuit de zorg hen anders te 'segregeren' in aparte voorzieningen (Priebe et al., 2011). Er wordt dan aangegeven dat zorg voor migrantenouderen -of andere minderheidsgroepen- 'normaal' moet zijn en niet 'als iets bijzonders' moet worden benaderd. Toch is een generiek beleid zonder diversiteitssensitief maatwerk -zoals hierboven aangegeven- ook geen antwoord op de huidige kloof tussen aanbod en vraag van groepen die bij deze normbeeld passen. Er wordt gepleit voor uitgaan van het individu en zijn omgeving in plaats van van generalisaties (ActiZ, 2009; Den Draak et al., 2012; De Graeff et al., 2012; Mistiaen et al., 2011a; Steunenbergh et al., 2014). Zo kan geconcludeerd worden dat er geen definitieve keuze voor generieke óf categorale zorg moet worden gemaakt ten einde diversiteitssensitieve zorgpraktijken en -organisaties te realiseren, maar dat het vooral een voortdurend afstemmen tussen diverse vormen van zorgaanbod. Wat voorop staat is dat het maatwerk voor individuen binnen hun specifieke context extra investering vraagt van zorginstelling ongeacht de vorm van zorgaanbod. Dus het gaat hier om het balanceren tussen gelijke behandeling en verschil maken.

In hoeverre, wanneer en hoe focus moet uitgaan naar verschil of gelijkheid in LHBT-vriendelijke zorg, is iets waar bronnen geen eenduidigheid in bieden en wat om een zeker balanceren lijkt te vragen. Zoals in Hoofdstuk 5 is gebleken, benoemen veel bronnen het belang van thuis voelen en 'jezelf kunnen zijn' voor LHBT-ouderen, en hieraan gerelateerd het belang van openheid, persoonlijke aandacht en het bespreekbaar maken van seksuele diversiteit van de kant van professionals en organisaties als geheel (Boers, 2016b; Leyerzapf et al., 2016). Tegelijk wordt het belang van bewustzijn van specifieke levensgeschiedenissen en leefomstandigheden, en kennis hebben van mogelijke specifieke kwetsbaarheden en gezondheidsproblematiek van LHBT-ouderen of subgroepen, en vervolgens adequate omgang hiermee voor professionals en organisaties genoemd.

Verschillende bronnen geven op basis hiervan aan dat er verschil moet worden gemaakt waar nodig en geen verschil waar dat niet nodig is. Tegelijk wordt ook gelijkheid benadrukt, wanneer verschillende bronnen ook de sociale uitsluiting en ervaringen van discriminatie van veel LHBT-ouderen benoemen en dat het belangrijk is de (potentiële) invloed van maatschappelijke stigmatisering en structurele ongelijkheid in zorgcontexten ten aanzien van LHBT-ouderen/ seksuele diversiteit te erkennen en aan te pakken in te ontwikkelen aanbod, interventies en onderzoek. Vervolgens blijkt ook dat beleidsmedewerkers, management, professionals, heteroseksuele én sommige LHBT-ouderen, dat aandacht voor seksuele diversiteit ook niet 'teveel' moet zijn, dat het 'normaal' moet worden en dat het LHBT-aanbod gedoseerd moet zijn om 'weerstand' te voorkomen.

Wetenschappelijke studies laten zien dat deze focus op 'normaliteit' feitelijk een uiting kunnen zijn van heteronormativiteit (in de trant van: 'niet-heteroseksueel zijn is oké zolang het maar niet opvalt') en ervoor kan zorgen dat uitsluiting (onbewust) wordt 'genormaliseerd' en dat uitsluitende normen en bestaande vooroordelen dus onbesproken blijven (Boelsma, 2016; Leyerzapf et al., 2016). Om inclusie van LHBT-ouderen en LHBT-vriendelijke zorgpraktijken te bevorderen, moeten professionals en organisaties zich hiervan bewust zijn en juist proberen dialoog hierover op gang te brengen. Eenzelfde mechanisme kan verwacht worden in geval van andere minderheidsgroepen, zoals migrantenouderen, waarbij bijvoorbeeld 'witte' normativiteit en onbewustzijn van 'witte' en parallelle, dominante culturele referentiekaders negatieve invloed kunnen hebben op de zorg aan deze doelgroepen. Zodoende volstaat het aanbieden van aparte voorzieningen en activiteiten voor LHBT-ouderen -of andere minderheden- ook niet. Hoewel deze homogene voorzieningen, waarin zij elkaar in vertrouwen en veiligheid kunnen ontmoeten en wederzijdse herkenning en steun ervaren, cruciaal zijn voor 'thuisgevoel' én versteviging van de algehele positie en 'stem' van LHBT-ouderen, zijn heterogene, dialoogactiviteiten belangrijk voor het structureel, op de lange termijn ontwikkelen van LHBT-vriendelijke zorgorganisaties en -praktijken. Hierin kunnen LHBT- en heteroseksuele ouderen (en hun naasten) en professionals elkaar ontmoeten en leren kennen, en kan er een open gesprek plaatsvinden waarin onderlinge verschillen én gedeelde ervaringen -bijvoorbeeld omtrent ouder worden en verliesgevoelens (zoals van sociaal netwerk, fysieke, cognitieve functies, etc.) die daarmee gepaard kunnen gaan- worden uitgewisseld. Wanneer een dergelijke dialoog voldoende veilig is, kan er gelijkwaardigheid ontstaan en zo een balans worden getroffen die voorbij gaat aan gelijkheid versus verschil; in de woorden van Boers (2016b): "Als je mensen gelijk wilt behandelen, moet je dat op verschillende manieren doen" –echter, wel vanuit een basis van erkende gelijkwaardigheid. We zullen hierop terugkomen bij de praktijkimplicaties en aanbevelingen. (Boelsma, 2016; Boers, 2016b; Kluit, 2016a; Leyerzapf et al., 2016; Linschoten & Boers, 2014)

Implicaties voor beleid in zorgorganisaties

Hoe kunnen diversiteitssensitieve organisaties nu worden verwezenlijkt? Uit de geraadpleegde bronnen komen hiervoor verschillende randvoorwaarden rondom collectieve verantwoordelijkheid naar voren.

Cultuurverandering – Er wordt benadrukt dat diversiteitssensitieve zorg een noodzakelijke cultuurverandering omvat, en dus méér dan implementatie van praktische aspecten. Het vraagt van alle betrokkenen zichzelf te zien als onderdeel van 'het probleem' én 'de oplossing', oftewel verantwoordelijkheid te nemen voor praktijkontwikkeling. Praktijkverandering is enkel mogelijk wanneer dit bewustzijn er is. Het is een uitdaging omdat een dergelijke organisatieverandering niet alleen samenhangt met persoonlijke ideeën en inzet van individuele professionals maar ook met de bredere, maatschappelijke en politieke context, oftewel structurele factoren die lastig te beïnvloeden zijn en slechts langzaam kunnen ontwikkelen (Den Draak et al., 2012; Priebe et al., 2011; Vink & Booij, 2014).

Integraal verankeren – Voor diversiteitssensitieve organisaties die diversiteitssensitieve zorg kunnen leveren, is tevens noodzakelijk dat aandacht voor (culturele, seksuele, etc.) diversiteit een integraal onderdeel wordt van de organisatie, dus op alle niveaus structureel wordt ingebed (oa. Vink & Booij, 2014). Daarvoor moet, ten eerste, de aandacht voor dit onderwerp niet enkel komen te liggen bij en dus afhankelijk zijn van één of enkele sleutelfiguren, en óók niet enkel van kartrekkers die zelf een migratieachtergrond hebben (Van Middelaar, 2010). Ten tweede moeten mensen met migratieachtergrond worden aangenomen in besluitvormingsorganen zoals Raden van Bestuur en Raden van Toezicht. Alleen op deze manier kan collectieve verantwoordelijkheid voor de cultuurverandering zich ontwikkelen en praktijkverandering vormkrijgen (oa. De Gruijter & Van den Toorn, 2013; Vink & Booij, 2014).

Reflexiviteit – Om collectieve verantwoordelijkheid -(voor) de cultuurverandering en de integrale, structurele verankering- te bewerkstelligen, wordt gewezen op de vaardigheid van kritische reflexiviteit. Zorgaanbieders en professionals moeten zich bewust zijn van verschillen in referentiekaders en normen tussen cliënten (onderling) en professionals (onderling). Professionals moeten zich bewust worden van de manieren hoe hun eigen referentiekaders en gedeelde normen in de organisatie doorwerken in het contact en de communicatie met cliënten en hun naasten en met hun collega's, oftewel de zorg- en werkpraktijk beïnvloeden en mede vormgeven. Zodoende veronderstelt/ volgt uit reflexiviteit onherroepelijk de erkenning van eigen aandeel in en gedeelde verantwoordelijkheid voor de praktijk (en dus praktijkontwikkeling). Vervolgens is het noodzakelijk dat professionals leren hoe ze hier op een sensitieve manier mee om kunnen gaan zodat deze contacten, en daarmee de zorg- en werkpraktijk, niet onder druk komen te staan. Kritische reflexiviteit vraagt om bewustzijn en enige kennis van machtsdynamiek en sociale verhoudingen in de samenleving, zodat professionals hun de automatische assumpties en mogelijke vooroordelen leren herkennen en benoemen in hun eigen en dominante referentiekaders en normen, en zo een gesprek kunnen aangaan over (ervaringen van) uitsluiting op basis van culturele identiteit (of anderszins) van cliënten óf collega's. Training van reflexiviteit moet hiervoor opgenomen worden in bijscholing en opleidingen. Een voorbeeld dat wordt genoemd van een dominante norm die de zorgpraktijk ten aanzien van migrantenouderen (en het samenwerken met professionals met een migratieachtergrond) zou kunnen compliceren en de veel geconstateerde 'handelingsverlegenheid' van professionals (gedeeltelijk) zou kunnen verklaren, is 'iedereen is gelijk'. Eindverantwoordelijken, professionals met autoriteit en 'stem' in de organisatie, kunnen een rolmodel zijn in het reflexief zijn en werken aan een reflexieve zorg- en werkpraktijk. (o.a. Vink & Booij, 2014; Leyerzapf et al., 2016)

Persoonlijke verhalen – Het ontwikkelen van reflexiviteit kan worden ondersteund door aandacht te hebben voor persoonlijke verhalen van cliënten (en hun naasten) en tevens collega's in de organisatie. Door persoonlijke verhalen uit te wisselen kan wederzijds begrip ontstaan, aangezien ze, doordat het concrete ervaringen en gevoelens zijn, voorbij gaan aan 'abstracte' stereotype, gegeneraliseerde beelden van (groeps-)identiteiten en automatische assumpties en normativiteit. Zo kan via verhalen ruimte ontstaan voor herkenning op gedeelde of vergelijkbare ervaringen en op onderlinge verschillen, en tevens van emoties en eventuele weerstand die hierbij gevoeld worden. Vervolgens kan zo een open gesprek op gang komen over verschillende referentiekaders en normen, en dus over behoeften in de zorg- en werkpraktijk. Erkenning van en begrip tonen voor (verschillende) perspectieven van alle betrokkenen is essentieel voor het realiseren van collectieve verantwoordelijkheid. Wanneer ouderen, hun naasten, professionals en belangenbehartigers verhalen gaan delen, kunnen ook de (nieuwe) verbindingen waarvoor wordt gepleit, tot stand komen, of kan er een startpunt ontstaan hiervoor (De Graaff et al., 2005; De Graaff & Francke, 2009; Vink & Booij, 2014; Van Wieringen, 2014a).

Valkuilen

Overkoepelend zijn de volgende vier valkuilen en aandachtspunten te formuleren voor organisaties die duurzaam diversiteitssensitief willen zijn en diversiteitssensitieve zorg willen leveren:

1. Een eerste valkuil bestaat eruit dat zorgorganisaties (maar tevens zorgopleidingen en onderzoek) ten einde diversiteitssensitief te zijn/ werken, een te generalistische, essentialistische of stereotype benadering kunnen hanteren van cultuur en identiteit. Wanneer cultuur als onveranderlijk en bepalend wordt opgevat, verdwijnt de autonomie van cliënten/ doelgroepen uit de organisatie buiten beeld. Wanneer identiteit als eenduidig en uniform (in plaats van bestaande uit verschillende aspecten die elkaar kruisen, zie begrip intersectionaliteit) wordt opgevat, ontstaat gemakkelijk het onterechte idee van doelgroepen als homogeen en van individuele cliënten als homogene 'kopieën'. Dit maakt het onmogelijk om oog te hebben voor geleefde ervaringen en aan te sluiten bij de leefwereld en zorgvraag van cliënten (en hun naasten/ belangenbehartigers). Wanneer cultuur en identiteit bovendien enkel in relatie tot cliënten wordt beschouwd, blijft de leefwereld van professionals en de invloed van hun normen en referentiekaders en van normen in de organisatie en organisatiecultuur op de zorgpraktijk onterecht buiten beeld. Deze vormen echter noodzakelijke componenten voor het ontwikkelen van een diversiteitssensitieve praktijk.
2. Een tweede valkuil kan ontstaan wanneer zorgorganisaties (volgend uit valkuil 1) onvoldoende rekening houden met (de mogelijkheid van) stigmatisering van bepaalde groepen, ervaringen van uitsluiting en sociale hiërarchieën die onherroepelijk bestaan in organisaties (en waar cliënten én professionals dus mee te maken hebben), en welke structurele machtsdynamiek in de maatschappij reflecteren. Diversiteitssensitiviteit, oftewel inclusie van culturele en seksuele diversiteit in zorgorganisaties en –praktijken, vraagt dus om voortdurend bewustzijn van de invloed van structurele factoren; verandering is niet mogelijk zonder deze aandacht, of wanneer alleen meer feitelijke factoren in ogenschouw worden genomen op micro- of mesoniveau (individueel en organisatieniveau).
3. Een derde valkuil bestaat wanneer de aandacht voor (de inclusie van) diversiteit en diversiteitssensitiviteit de vorm van een tijdelijk project krijgt in zorgorganisaties. Praktische barrières als gebrek aan personeel en budget, pragmatische keuzes om culturele en/of seksuele diversiteit geen prioriteit te laten zijn onder invloed hiervan, maar ook gebrek aan gevoelde urgentie, én wisselende urgentie en beleid vanuit overheden (gesubsidieerde programma's die worden ingesteld en ingetrokken zoals het VETC-programma en het intrekken van de landelijke subsidie voor het gebruik van tolken) kunnen maken dat diversiteit geen structurele plaats krijgt in organisaties. Hiermee wordt collectieve verantwoordelijkheid voor inclusie van diversiteit tevens uitgesloten.
4. Een vierde valkuil volgt uit de derde valkuil, en kan ontstaan wanneer aandachtsfunctionarissen op gebied van diversiteit in organisaties geen vaste aanstelling en inbedding krijgen, oftewel wanneer zij geen formele zeggenschap en formele taken krijgen en de rol geen officiële functie betreft. Wanneer verantwoordelijkheid voor het thema diversiteit bovendien alleen formeel wordt gelegd bij of informeel vooral komt te liggen bij deze aandachtsfunctionarissen (of kartrekkers, bruggenbouwers, sleutelfiguren, etc.), bestaat een groot risico op hun overbelasting en dreigen bewerkstelligde ontwikkelingen in de organisatie te verdwijnen wanneer zij weggaan bij de organisatie. Bovendien wordt hiermee wederom collectief gedragen verantwoordelijkheid uitgesloten.

Implicaties voor de zorgpraktijk

Uit het voorgaande komt naar voren dat de beoogde ontwikkeling naar diversiteitssensitieve zorg(organisaties) gezien moet worden als *cultuurverandering* (oftewel structurele, culturele én

praktijkaspecten van organisaties omvattend) die alle belanghebbenden betreft en dus niet kan worden gerealiseerd zónder alle (perspectieven van) belanghebbenden te includeren, en die daarom enkel vorm kan krijgen bij gedeelde, *collectieve verantwoordelijkheid*.

Nadat een zorgorganisatie in deze collectieve verantwoordelijkheid de cultuurverandering tot missie heeft benoemd, is het zaak het in de praktijk handen en voeten te geven. We kiezen ervoor om de verschillende implicaties voor de praktijk te bespreken aan de hand van de verschillende fasen van het zorgproces (Levesque et al. (2013), zie hoofdstuk 2) waarin zorgorganisaties 1) benaderbaar zijn ('*approachability*'), 2) zorgvragen (h)erkennen ('*acceptability*'), 3) betaalbare zorg mogelijk maken ('*availability, accomodation & affordability*'), 4) en zorg op maat bijstellen waar nodig ('*appropriateness*').

Vindbaar en benaderbaar

Uit de literatuur komt duidelijk naar voren dat migrantenouderen en LHBT-ouderen die realiseren dat ze een zorgvraag hebben, niet altijd in staat zijn om de juiste zorg te vinden. Zorg die 'vindbaar' en 'benaderbaar' is vereist heldere informatie om barrières in de vorm van taalachterstand, gebrekkige kennis van de sociale kaart en misverstanden over financiële kosten weg te nemen. Dit geldt voor alle hulpbehoevenden met geringe capaciteiten of weinig kennis van de zorg, maar voor migranten ouderen zijn speciale acties nodig: zoals het aanbod in eigen taal, organisatie van (welzijns-)activiteiten in eigen taal, het aanstellen van een '*cultural broker*' of sleutelfiguur met sterke banden in de migrantengemeenschap die informatie kan verschaffen over het aanbod en de werking van de zorg in de eigen buurt. Het aanbod van categorale zorg, specifieke woonvormen voor migranten of LHBT-ouderen bijvoorbeeld, zou uiteraard ook vindbaar en benaderbaar moeten zijn.

(H)erkennen van de zorgvraag

De literatuurstudie maakt duidelijk dat ook, nadat de hulpbehoevende het juiste loket gevonden heeft, er nog een barrière kan bestaan in het (h)erkennen van de zorgvraag. Miscommunicatie kan ontstaan door taalbarrières waarin de hulpvraag niet overkomt zoals bedoeld wordt. Evenzo kan er sprake zijn van impliciete aannames over de inzet van mantelzorg of voorkeuren voor bepaalde gebruiken, die kunnen leiden tot het niet of onvoldoende geven van zorg. Ook hier is de inzet van een sleutelfiguur, maar vooral ook het vergroten van kennis over de doelpopulatie (migrant, LHBT-ouderen) middels scholing van belang. Vaststellen wat de behoeften, gewoonten en gebruiken zijn waar rekening mee gehouden kan worden, vereist een openheid voor de ander en een reflectie op de eigen (cultuur-)specifieke blik van de zorgvrager én van de zorgaanbieder.

Zorggebruik realiseren

Het uiteindelijk 'in zorg gaan' vereist dat zorg beschikbaar en te organiseren is (geen wachtlijsten) en dat er geen financiële barrières zijn om de zorg te gebruiken. Beschikbaarheid is vooral in het geding als er behoefte bestaat aan een categorale woonvorm of een vorm van thuiszorg afgestemd op de wensen van de zorgbehoevende. Het faillissement van thuiszorgorganisatie Gay Care door het ontbreken van een vergunning voor Wmo-geïndiceerde zorg, is een voorbeeld van hoe gemeentelijk beleid de realisatie van een zorgbehoefte kan tegenhouden. Wanneer reguliere zorgorganisaties diversiteitssensitieve zorg kunnen realiseren, zal er minder noodzaak zijn om categorale zorgvormen te ontwikkelen en is aanbod voor meer mensen beschikbaar.

Zorg op maat

De laatste fase betreft het leveren van de zorg op een wijze die past bij de behoeften van de hulpbehoevende. Diversiteitssensitieve zorg betekent in deze fase een voortdurend monitoren, evalueren en bijstellen van de zorg aan de wensen van de zorgontvanger. Veel van de praktische aanbevelingen uit de projecten en interventies in de literatuur hadden op deze fase betrekking. Aandacht voor specifieke wensen naast een 'gelijke' bejegening lijkt voor zowel de oudere migrant als de LHBT-oudere aantrekkelijk te zijn. Het feitelijk realiseren van wensen en bejegening vereist ook

in deze fase een voortdurende open houding jegens de ander en een reflectie op de eigen (cultuur-) specifieke blik. Een voorbeeld hiervan is het wereldhuis (zie ook H6), een combinatie van categorale voorzieningen maar tevens de mogelijkheid tot een generiek aanbod en dus overstijgende verbindingen/ contacten te leggen (en daarmee op termijn hopelijk ook acceptatie te vergroten en uitsluiting te verkleinen).

Voorbeelden van interventies die ingrijpen op alle fasen

Voorbeelden van interventies zijn het project STEM, wat nu door middel van sleutelfiguren/ bruggenbouwers een hand uit probeert te steken naar de cliënten en de zorgvraag ondersteunen, maar óók vervolgens de zorgpraktijk én de structurele implementatie ervan in het vaste aanbod. Dit project probeert integraal op alle zorgfasen aan te grijpen, in dialoog met alle belanghebbenden gezamenlijk. De Roze Loper is een voorbeeld van een interventie op het vlak van seksuele diversiteit. Het is primair gericht op het 'LHBT-vriendelijk' maken van zorgcentra maar gaat verder dan dat: (1) zet in op open, laagdrempelige activiteiten die zichtbaarheid geven aan seksuele diversiteit en proberen aan te sturen op dialoog hierover en dus vergroten van acceptatie ter attentie van LHBT (-ouderen), want gericht zijn op zowel ouderen, bewoners, professionals en buurtbewoners, LHBT én heteroseksueel. (2) het zet in op het vormgeven van veilige ruimtes, dus homogene gespreksgroepen en inloop-koffie-uurtjes voor uitsluitend LHBT-ouderen maar dan wel zowel LHBT-bewoners/ cliënten, als LHBT-buurtbewoners en LHBT-naasten (en eventueel ambulante cliënten). Daarmee probeert het ook de hoge drempel en angst die nu veelal bestaat voor LHBT-ouderen om zorgafhankelijk te worden, en gebruik te gaan maken van (intramurale) formele zorg, te verlagen. Zo probeert het bij alle zorgfasen aan te grijpen.

Do's & Dont's

De implicaties voor beleid in zorgorganisaties en de implicaties voor de zorgpraktijk leiden tot de volgende 'do's & don'ts' voor organisaties die vanuit een collectieve verantwoordelijkheid de beoogde ontwikkeling naar diversiteitssensitieve zorgpraktijken willen aangaan.

<i>Do's</i>	<i>Dont's</i>
• Aandachtsfunctionaris diversiteit vast aanstellen en formele bevoegdheid geven; • Bruggenbouwers/ sleutelfiguren betrekken bij de zorg en adequate facilitering en formele steun geven bij het zoeken naar en implementeren van betere aansluiting tussen informele en formele organisaties, voorzieningen en interventies; • Focus bij diversiteitssensitiviteit op gelijkwaardigheid, oftewel verschil maken waar nodig en geen verschil waar niet nodig; • Diversiteit in organisatiestructuur opnemen, waaronder: -visie en missie -activiteitsaanbod -vast agendapunt in werkoverleg	• Aandachtsfunctionaris informeel laten werken naast formele taken; • Bruggenbouwers/ sleutelfiguren dan wel aandachtsfunctionarissen alleen verantwoordelijk maken voor aansluiting bij cliënten met een 'niet-traditionele' achtergrond of voor werving van 'niet-traditionele' professionals. • Diversiteitssensitiviteit benaderen als enkel gaand over 'verschil(len)' of enkel over 'gelijkheid/ gelijk-zijn'; • Diversiteit als tijdelijk project instellen; • Diversiteit enkel agenderen als thema in relatie tot cliënten; • Diversiteit enkel agenderen als thema voor professionals die als 'niet-

-zichtbaar in (fysiek:) gebouwen en interne en externe communicatie (ook online); • Diversiteit van personeelsbestand bevorderen; • Benutten van competenties van 'niet-traditionele' professionals; • 'Niet-traditionele' professionals opnemen in besluitvormings- en medezeggenschapsorganen (zoals in ieder geval met migratieachtergrond en LHBT-oriëntatie); • (Bij)scholing van professionals met aandacht voor competenties en vaardigheden in de praktijk, zoals: -kennis over variatie in gezondheid en ziekte -bewustzijn vergroten ten aanzien van variatie in beleving en betekenis van gezondheid en ziekte -training in het overbruggen van taalbarrières -training in reflexiviteit (eigen en sociaal dominante normen en automatische assumpties en vooroordelen leren herkennen, benoemen en leren omgaan met uitwerking hiervan in werk- en zorgpraktijkinteracties); • Inzetten op gelijkwaardigheid oftewel parallel ontwikkelen en aanbieden van categorale én specifieke voorzieningen; • Levensverhalen van ouderen en persoonlijke aandacht centraal stellen in gesprek over zorgvraag, -beleving en -behoeften tussen zorgvragers en zorgaanbieders; • Ontmoetingen faciliteren tussen groepen 'niet-traditionele' cliënten evenals professionals (zoals met een migratieachtergrond en LHBT-oriëntatie en subgroepen hiervan); • Ontmoetingen faciliteren tussen professionals (onderling) en cliënten/ naasten/ mantelzorgers (onderling); • De zorgpraktijk als een voortdurend proces	traditioneel' worden gezien (bijvoorbeeld met migratieachtergrond of LHBT-oriëntatie); • 'Standaard' kanalen en manieren van werving & selectie gebruiken; • Uitsluitende focus op 'matchen' van 'niet-traditionele' cliënten met 'niet-traditionele' professionals; • Leidinggevende en (top)managementposities niet meenemen in diversiteitsbeleid personeel; • (Bij)scholing van management buiten beschouwing laten; • (Bij)scholing niet verplicht stellen maar op vrijwillige basis aanbieden; • Enkel focussen op cognities en kennis (ipv. vaardigheden en competenties); • (Bij)scholing zonder aandacht voor structurele factoren en emoties, geleefde ervaringen te behandelen; • Focus bij overbrugging van taalbarrières enkel op anderstaligen en het vertalen van informatiemateriaal (ipv. ook op laaggeletterdheid, analfabetisme en gezondheidsvaardigheden); • Bij miscommunicatie tussen zorgvragers en zorgaanbieders altijd denken aan en focussen op (taal)barrières aan de kant van de vrager (ipv. ook aan de kant van de aanbieder); • Inzetten op verschil óf gelijkheid in organisatiebeleid, zorgaanbod en zorgpraktijk; • Gestandaardiseerde zorg en voorzieningen centraal stellen; • Enkel aandacht geven aan 'niet-traditionele' cliënten en diversiteitssensitieve zorg 'tot aan de voordeur' (ipv. ook aandacht geven aan zorgpraktijk); • Geïmplementeerde zorgvoorzieningen
--	---

benaderen met verschillende fasen die ieder diversiteitssensitief moeten zijn (vindbaar & benaderbaar zijn; (h)erkennen van de zorgvraag; zorggebruik realiseren; zorg op maat); • Zichtbaar, herkenbaar en vindbaar zijn als formele organisatie die zich inzet voor (culturele, seksuele, etc.) diversiteit (denk aan uiterlijk gebouwen, digitale en persoonlijke communicatie, routes van externe en interne communicatie etc.); • Altijd voorlichting geven over formele zorgvoorzieningen en mogelijkheden voor bekostiging (denk daarbij aan mogelijke taalbarrières evenals miscommunicaties tgv. aannames bij professionals); • Cliënten/ hun naasten/ belangenbehartigers/ mantelzorgers én professionals gezamenlijk betrekken bij ontwikkeling van beleid en interventies op gebied van diversiteit; • Samenwerking zoeken met (lokale) zelforganisaties en belangenbehartigers op gebied van diversiteit, in ieder geval culturele en seksuele diversiteit, en met (lokale) overheden; • Voortdurend monitoren, evalueren en (her)ontwikkelen van zorgvoorzieningen in samenwerking dan wel open gesprek met cliënten en naasten, belangenbehartigers/ zelforganisaties (denk aan bruggenbouwers/ sleutelfiguren), evenals professionals; • Indicatie- (en diagnose-) stelling diversiteitssensitief maken.	als 'af' en definitief beschouwen.
--	---

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Om de beoogde praktijkontwikkelingen te kunnen verwezenlijken, zijn de volgende vormen van verder onderzoek nodig:

- De effecten van reeds ontwikkelde projecten en interventies op gebied van culturele diversiteit en seksuele diversiteit moeten worden onderzocht (kwantitatieve effectmetingen en kwalitatieve procesevaluaties) om bestaande kennis bij elkaar te brengen, te kunnen dissemineren en meer optimaal te kunnen benutten (in andere contexten), en structureel inzicht te krijgen in waarde, doelmatigheid en 'werking' van praktijkinterventies. Interessant

is om specifieke projecten te herhalen in internationale context en daarmee de specifieke invloed van 'context' op diversiteitssensitieve zorg in beeld te brengen.

- Kwantitatief, statistisch onderzoek is nodig om meer systematische, structurele kennis te vergaren op gebied van gezondheidssituatie en –gebruik van ouderen met migratieachtergrond evenals van LHBT-ouderen, ook in het licht van de hervorming van de langdurige zorg. Bestaande datasets zouden opnieuw moeten worden geanalyseerd op migrantenouderen/ culturele diversiteit en LHBT-ouderen/ seksuele diversiteit. Andere groepen migrantenouderen dan die met Turkse en Marokkaanse achtergrond zouden hierbij kunnen worden bekeken. Gebruikmaking van grote datasets waarin migrantengroepen onderling vergeleken kunnen worden kan nieuwe nuances blootleggen over de behoeften en wensen van migranten met verschillende achtergronden. Bovendien moet hierbij gekeken worden naar parallellen en verschillen tussen migrantenouderen en niet-migrantouderen. Mogelijk zou ook hierbij internationaal vergelijkend onderzoek uit landen waar andere beleidsbenaderingen dan in Nederland centraal staan in de zorg een idee geven van wat deze in Nederland voor gevolgen kunnen hebben voor oudere migranten.
- De thema's ouderen en migratie(achtergrond) en culturele diversiteit (cultuur/ etniciteit/ huidskleur/ religie) zouden structureel moeten worden opgenomen in statistisch onderzoek en vragenlijsten die grootschalig worden uitgezet. Ditzelfde geldt voor de thema's ouderen en seksuele voorkeur en seksuele diversiteit (seks/ gender/ seksualiteit). Onderdeel van de beginfase van het onderzoek moet bestaan uit het formuleren van werkzame operationalisaties van deze thema's in samenwerking tussen onderzoekers vanuit verschillende disciplines, belangenbehartigers van en ouderen dan wel hun naasten zelf. Tevens zou in deze fase van het onderzoek moeten worden geïnventariseerd met deze zelfde belanghebbenden en mogelijk ook met overheden, welzijns- of zorgorganisaties, hoe (via welke kanalen en met behulp van welke vormen van kwantitatief onderzoek) migrantenouderen en LHBT-ouderen meer zouden kunnen worden bereikt in statistisch/ vragenlijstonderzoek.
- Aandachtspunt bij het kwantitatieve onderzoek is dat contextuele aspecten moeilijk kunnen worden meegenomen. Juist voor het onderzoeken wat er nodig is in termen van het leveren van maatwerk en implementeren van organisatieverandering zijn kwalitatieve onderzoeken van groot belang. Dit kan reflectieve vermogen van de organisaties en professionals verhogen zodat ze de kloof tussen ambities en vertalingen daarvan in de praktijk beter kunnen zien en naar kunnen handelen. Een goede afstemming tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek is daarom van belang, zodat kwantitatieve/ statistische kennis en kwalitatieve onderzoek naar processen in de praktijk- en theoretische kennis optimaal leiden tot nieuwe en verdiepende inzichten op gebied van culturele en seksuele diversiteit in de (langdurige) ouderenzorg. Tevens kan gekeken worden naar het direct integreren van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden in een *mixed methods*-studies.
- Bovenstaande onderdelen van operationalisatie van onderzoeksthema's en inventarisatie van manieren om de doelgroepen te bereiken, betreffen in feite kwalitatief onderzoek waarbij vanuit geleefde ervaringen uit de praktijk en vanuit verschillende perspectieven, betekenisgeving van onderzoeksthema's en –categorieën plaats vindt en doelgroepen en andere betrokkenen participeren in het ontwikkelen van onderzoeksmethodiek en –tools. Dergelijk kwalitatief onderzoek is nodig om de eerder benoemde valkuilen van essentialiseren van 'de' categorie ouderen en die van migrantenouderen en LHBT-ouderen te zoveel mogelijk te voorkomen, om onderzoek (kwantitatief en kwalitatief) naar deze doelgroepen haalbaar en uitvoerbaar te maken, én om het perspectief en de 'stem' van deze ouderen, hun naasten en belangenbehartigers -tot-nu-toe in het geheel onderbelicht- meer over het voetlicht te brengen.
- Onderzoek, zowel kwantitatief als kwalitatief, dient een intersectioneel perspectief te hanteren waardoor (extra) kwetsbare (sub)groepen in beeld kunnen worden gebracht en

zoveel mogelijk voorkomen kan worden dat hun perspectief ondergesneeuwd raakt door meer dominante perspectieven. Een intersectioneel perspectief kan bovendien helpen bij het voorkomen van generaliseren van groepen (zie hierboven), als bij het rekening houden met de rol van structurele machtsdynamiek en (ervaringen van) uitsluiting onder belanghebbenden/ doelgroepen.

- Kwalitatief onderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de daadwerkelijke zorg- en werkpraktijk en interacties, emoties, verwachtingen en behoeften hierin van cliënten en hun naasten zélf, andere partijen, én óók van professionals –zowel geleefde ervaringen van cliënten als van professionals zijn tot-nu-toe nog weinig de focus geweest van studies omtrent culturele en seksuele diversiteit. Wanneer we meer inzicht willen hebben in hoe diversiteitssensitieve zorg en organisaties vorm kunnen krijgen, moet ook de praktijk van en de interacties op de werkvloer en de werkvloer- en organisatiecultuur worden onderzocht.
- Specifiek moet gedacht worden aan participatief actieonderzoek (PAR) in plaats van enkel beschrijvende studies, om praktijkontwikkeling actief te stimuleren en faciliteren. Belanghebbenden gaan daarbij onder begeleiding van onderzoekers projecten ontwikkelen in de praktijk en participeren tevens als (mede) eigenaren in parallel onderzoek dat het proces monitort en input geeft voor verdere fasen en bijsturing waar/ wanneer nodig. Er kan hier ook worden gedacht aan proeftuinen of lerende netwerken.
- Centraal in het onderzoek blijft de aandacht voor condities (op macro, meso en micro niveaus) die diversiteitssensitiviteit handelen mogelijk maken. Daarom is het samenwerken met de doelgroepen en hun naasten en/of belangenbehartigers -waar mogelijk als onderzoekspartners- essentieel en tevens het zoveel mogelijk rekening houden met en proberen weg te nemen van taalbarrières. Zowel qua vorm (bijvoorbeeld werving en selectie van onderzoekspartners en onderzoeksparticipanten of -respondenten), als qua inhoud vormen de thema's participatie en inclusie aandachtspunten in onderzoek. Focus moet bijvoorbeeld uitgaan naar het onderzoeken/ vormgeven van nieuwe, 'alternatieve' vormen van medezeggenschap om waardevol onderzoek mogelijk te maken én om formele participatie en inclusie van doelgroepen in zorgorganisaties te verwezenlijken.

Kanttekeningen bij de geïnccludeerde (wetenschappelijke en grijze) bronnen

Er is een aantal kanttekeningen te plaatsen bij de geïnccludeerde bronnen. Deze worden hieronder besproken:

- De grijze bronnen waren niet altijd transparant over gebruikte methodiek van dataverzameling, interpretatie, etc., oftewel hoe de gepresenteerde kennis tot stand is gekomen en waarop deze gebaseerd is. Zodoende kon betrouwbaarheid niet altijd worden vastgesteld.
- Veel (kwantitatieve) bronnen spreken in verband met zorgvraag en –beleving van met name migrantenouderen van 'verschillen' in gezondheid, terwijl er weinig directe vergelijking plaats vindt met andere doelgroepen, zoals ouderen met niet-migratieachtergrond. Hier lijkt culturaliseren, oftewel automatisch aannemen dat er verklaringen/ oorzaken liggen bij ('de') 'cultuur', een rol te spelen en ligt ook generalisering en essentialisering op de loer.
- Veel (kwalitatieve) bronnen die over ervaringen van migrantenouderen of LHBT-ouderen zouden gaan, gaan in werkelijkheid over de visie van professionals, mantelzorgers/ naasten of belangenbehartigers over deze ervaringen van ouderen. Vergelijkbaar geldt dat bronnen die gaan over het perspectief van professionals, niet zozeer hun geleefde praktijkervaringen en behoeften bespreken maar hun mening/ ideeën over wat er nodig is voor diversiteitssensitieve zorg.
- Weinig (bronnen omtrent) praktijkprojecten en –interventies, met name op het gebied van care, geven (systematisch) inzicht in (ontwikkeling van) proces en effecten van het project/ de interventie, weinig projecten/ interventies zijn onderzocht op doelmatigheid en weinig

leveren een rapport of tool af waarmee opgedane praktijkkennis kan worden verspreid en gedeeld. Ouderen met migratieachtergrond zijn onvoldoende geïncludeerd. Dit geldt in mindere mate voor (het perspectief van) LHBT-ouderen, aangezien veel projecten/ interventies op gebied van seksuele diversiteit zijn ontwikkeld vanuit LHBT-belangenbehartigers en zelforganisaties.

- Betrouwbaarheid van de bronnen behoeft een verdere kanttekening, vanwege de 'bias' in veel onderzoek (zowel het huidige statistische survey-onderzoek als sommige kwalitatieve studies), aangezien vooral 'vitale' 55plus-ers (kunnen) worden geïncludeerd. Dit komt voort uit de moeilijke bereikbaarheid en werving van (extra) kwetsbare groepen, onder andere samenhangend met aspecten als taalbarrières (inclusief laaggeletterdheid dan wel analfabetisme), lagere mobiliteit en lagere toegang tot internet, cognitieve beperkingen/ kwetsbaarheid, sociale isolatie. In het geheel is het waarschijnlijk dat vooral meer 'mondige' ouderen worden meegenomen en vertegenwoordigd in onderzoek. In geval van (oudere generaties) LHBT-ouderen speelt hun 'onzichtbaarheid' vanwege heteronormativiteit een belangrijke rol maar ook in geval van migrantenouderen kan (witte, Nederlandse) normativiteit een rol spelen bij het onvoldoende (h)erkennen en meenemen van hun perspectief in onderzoek. Specifieke (sub)groepen zijn onvoldoende uitgelicht in veel bronnen, mogelijk omdat zij vanwege intersectie van identiteitsaspecten ook extra kwetsbaar dan wel 'onzichtbaar' zijn (denk aan biseksuele en transgender ouderen maar ook aan LHBT-migrantenouderen).

Sterke kanten en beperkingen van deze literatuurstudie

- Een kracht van deze literatuurstudie is dat er verschillende soorten kennis en perspectieven zijn meegenomen, aangezien zowel wetenschappelijke, als grijze bronnen en websites van maatschappelijke organisaties zijn geraadpleegd. Hierdoor kon een breed en genuanceerd overzicht gegeven worden van de bestaande kennis ten aanzien van de onderzoeksthema's.
- Tegelijk moet nogmaals benadrukt worden dat deze studie geen systematisch of volledig overzicht geeft van de bestaande kennis maar een verkenning betreft.
- Een sterke kant van deze literatuurstudie is tevens dat het onderzoeksteam multidisciplinair is en de verzamelde data dus vanuit verschillende wetenschappelijke invalshoeken kon worden geïnterpreteerd, zodat breed-gefundeerde conclusies en aanbevelingen konden worden geformuleerd.
- De betrouwbaarheid van de bevindingen van deze literatuurstudie kan niet volledig worden gegarandeerd, aangezien in geval van de geraadpleegde grijze bronnen niet altijd duidelijk was hoe de gepresenteerde kennis tot stand was gekomen, omdat de gepresenteerde kennis mogelijk soms vertekend was vanwege de wisselende en diffuse terminologie die werd gehanteerd, en omdat bepaalde perspectieven en inzichten in de gepresenteerde kennis onderbelicht waren (zie tevens kanttekeningen bij de geïncludeerde bronnen hierboven).
- Daarnaast is een verdere beperking van deze studie dat bijna alle geraadpleegde bronnen de situatie vóór de grote zorgtransities (Wmo, Wlz) vanaf 2015 betreffen; bronnen die deze nieuwe ontwikkelingen en hun gevolgen in beeld brengen, waren nog niet voor handen op de onderzoeksterreinen.
- Ten slotte ligt in deze literatuurstudie zelf ook een beperking bij de gebruikte categorisering en terminologie (zie eerder kanttekeningen geïncludeerde bronnen). Om praktische redenen en vanwege haalbaarheid is ervoor gekozen te focussen op migrantenouderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond enerzijds, en LHBT-ouderen anderzijds. Verschillen in ervaringen, verwachtingen en behoeften binnen deze groepen konden niet mee worden genomen. Zodoende moet bij alle bevindingen rekening worden gehouden met het feit dat dit niet voor alle individuen die zich tot deze groep rekenen zal gelden en dat er geen recht is gedaan aan de pluriformiteit en dynamiek van deze groepen in

de praktijk. Ditzelfde geldt voor de groep van 'ouderen' waarover in deze literatuurstudie wordt gesproken, bewust niet nader gespecificeerd aangezien de geraadpleegde bronnen steeds wisselende definities ervan hanteerden (zie kanttekeningen geïnccludeerde bronnen), en die in werkelijkheid pluriform en dynamisch is.

Slotwoord

Er zijn zoveel aanbevelingen op basis van studies en voorbeeldpraktijken voor het bewerkstelligen van diversiteitssensitieve zorg en diversiteitssensitieve zorgorganisaties, veel feitelijk van aard, veel - terecht- gericht op het vergaren van nog meer kennis, en veel ook met een sociale, emotionele focus waarbij sommigen wijzen op structurele, contextuele factoren als sociaal-politiek klimaat en uitsluitende, discriminerende en soms zelfs racistische normativiteit in de maatschappij. Nog steeds echter lijkt er weinig aansluiting tussen vraag en aanbod en zijn er veel ervaringen van uitsluiting. We kunnen nog zoveel weten en aanvoelen, als we het niet doen, verandert er niets wezenlijks. Waar het om gaat is dat de aandacht, structurele investering en energie moet komen te liggen bij het ontwikkelen en in stand houden van diversiteitssensitieve werk- en zorgpraktijken –dat is een voortgaand proces dat nooit 'af' is en iedere dag opnieuw, met alle betrokkenen (ouderen, naasten, professionals, vrijwilligers, leidinggevendenden, belangenbehartigers, opleiders en onderzoekers) gezamenlijk moet worden vorm gegeven in open, kritische dialoog. Wel is van groot belang dat zorg organisaties diversiteitssensitieve beleid als essentieel onderdeel van hun organisatie zien. Alle studies laten zien dat we er nog niet zijn en daarom vraagt dit om lange termijn organisatieveranderingstrajecten waarin de structuur en cultuur van de organisatie aan verandering onderhevig moeten zijn. Dit betekent onder andere investeren in de competenties van professionals en hun behoeftes en zorgen om diversiteitssensitief handeling voorop te kunnen stellen. Hier gaat het vooral om het leren veranderen en het leren verbinden als sector, als organisatie en als professional. Wetenschap kan hier een belangrijke partner in zijn om zo van deze veranderingstraject een leertraject te maken door onderzoek.

Overzicht van alle geraadpleegde bronnen

Bronnen in print

ActiZ. (2009). *Interculturele palliatieve zorg: vraaggericht en individueel. Achtergrondinformatie, adviezen en tips voor zorgondernemers, managers en zorgverleners*. Utrecht: ActiZ, organisatie van zorgondernemers.

Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S., & Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: a review of the literature. *Health & social care in the community*, 17(6), 647-658.

Ahaddour, C., Van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2016). Institutional Elderly Care Services and Moroccan and Turkish Migrants in Belgium: A Literature Review. *J Immigrant Minority Health*, 18, 1216-1227.

Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 83(4). doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x

Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 856-870.

Berg, C. A. M., Van den. (2014). *Mantelzorg en etniciteit: etnische verschillen in de zorgattitude, zorgbereidheid en conflicthantering van mantelzorgers*. Proefschrift, Universiteit Twente.

Boelsma, S. (2016). *LHBT-ouderen. Een onderzoek naar het versterken van de professionele houding en vaardigheden van maatschappelijk werkers ter bevordering van het welzijn van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender ouderen in Amsterdam Oost*. Masterscriptie, Hogeschool InHolland/ COC Amsterdam.

Boers, H. (2016a). *Spotlight on LGBT Seniors. Overzicht van goede praktijkvoorbeelden om seksuele en genderdiversiteit op de agenda te zetten van zorg- en welzijnsorganisaties*. Amsterdam: Vilans.

Boers, H. (2016b). *Tips waarmee LHBT-ers zich (meer) thuis voelen in uw organisatie of wijk*. Vilans/ Movisie/ Consortium Roze 50+.

Boers, H., & Meijsen, E. (2016). *Hoe ondersteun je ouderen met lesbische, homo-, bi- of transgender (LHBT) gevoelens?* Utrecht: Vilans/ Movisie.

Bolt, G. (2001). *Wooncarrières van Turken en Marokkanen in ruimtelijk perspectief*. Utrecht: Koninklijk Nederlands Aardrijkskundig Genootschap (KNAG).

Broese van Groenou, M. B., Glaser, K., Tomassini, C., & Jacobs, T. (2006). Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: a comparison of four European countries. *Ageing & Society*, 26(5), 745-766.

Butler, S. S. (2004). Gay, lesbian, bisexual, and transgender (GLBT) elders: The challenges and resilience of this marginalized group. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 9(4), 25-44.

- Da Roit, B., & Thomése, F. (2016). Maakt lokale thuiszorg zorg (on) gelijk? *Mens en maatschappij*, 91(4), 381-403.
- Denktaş, S. (2011). Health and Health Care Use of Elderly Immigrants in the Netherlands. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Denktaş, S., Koopmans, G., Birnie, E., Foets, M., & Bonsel, G. (2009). Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *International journal for equity in health*, 8(1), 35.
- Doornik, N. (2012). *Handreiking LHBT-emancipatie. Lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender ouderen*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Dorgelo, A., Pos, S., & Kosec, H. (2013). *Handreiking Patiëntenparticipatie van migranten in Onderzoek, Kwaliteit en Beleid*. Utrecht: CBO in samenwerking met Pharos.
- Den Draak, M., Hosper, K., Kosec, H., & Van Wieringen, J. (2012). Migratie en gezondheid. Feiten en cijfers. Pharos.
- Den Draak, M., & De Klerk, M. (2011). *Oudere migranten. Kennis en kennislacunes*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Essed, P., & Hoving, I. (2014). *Dutch Racism*. Amsterdam & New York: Rodopi.
- Essink-Bot, M., Lamkaddem, M., Jellema, P., Smith Nielsen, S., & Stronks, K. (2012). Interpreting ethnic inequalities in healthcare consumption: a conceptual framework for research. *European Journal of Public Health*, 23(6), 922-926.
- El Fakiri R., Bouwman-Notenboom, J., (2015). Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden. GGD.
- Felten, H. (2013). *Kijk jij al door een roze bril? Roze handboekje voor sociaal werkers*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Felten, H. & Boote, M. (2015). *Handreiking LHBT-emancipatie. Feiten en cijfers op een rij*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Fokkema, T. (2012). Ouderenzorg moet homovriendelijker. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 43(1), 4-6.
- Fokkema, T. (2011). Interculturalisatie van de ouderenzorg: een terugblik en roep om meer onderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42(1), 2-6.
- Fokkema, T., & Kuypers, L. (2009). The relation between social embeddedness and loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 264-275.
- Fokkema, T. & Van Tilburg, T. (2006). *Aanpak van eenzaamheid: werkt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. Den Haag: Nidi (Nederlands interdisciplinair demografisch instituut).

- Fransen M., Harris C., Essink-Bot M. L. (2013). Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst: Alleen een tolk inzetten en is meestal niet genoeg. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 157: A5581.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., & Muraco, A. (2010). Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Research on Aging*, 32(3), 372-413.
- Garssen, J., Bos, V., & Kunst, A. (2003). Artikelen Sterftekansen en doodsoorzaken van niet-westerse allochtonen, 12–27. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).
- Ghorashi, H., & Sabelis, I. (2013). Juggling difference and sameness: Rethinking strategies for diversity in organizations. *Scandinavian Journal of Management*, 29, 78-86.
- Ghorashi, H., & Van Tilburg, M. (2006). "When is my Dutch good enough?" Experiences of refugee women with Dutch labour organizations. *Journal of International Migration and Integration*, 7(1), 51-70.
- De Graaff, F. M., & Francke, A. L. (2009). Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by GPs and nurses: a survey. *BMC Palliative Care*, 8:3.
- De Graaff, F. M., & Francke, A. L. (2003). Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 797-805.
- De Graaff, F., Francke, A., & Van Hasselt, T. (2005). *Waarom maken terminale Turken en Marokkanen zo weinig gebruik van thuiszorg?* Fact sheet. Utrecht: NIVEL.
- De Graeff, A., Mistiaen, P., De Graaff, F., Van den Muijsenbergh, M., Devillé, W., Galesloot, C., Lamkaddem, M., Van der Geest, S., Francke, A. (2012). Palliatieve zorg voor mensen met een niet-westerse achtergrond: een handreiking met adviezen. *Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 12(2), 4-20.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of chiropractic medicine*, 5(3), 101-117.
- De Gruijter, M. & Van den Toorn, J. (2013). *Participatie en empowerment. De rollen van allochtone patiënten(organisaties) bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg*. Verwey-Jonker Instituut & Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland (SGAN).
- Guiraudon, V. (2014). Economic Crisis and Institutional Resilience: The Political Economy of Migrant Incorporation. *West European Politics*, 37(6), 1297–1313.
- Häikiö, L., & Anttonen, A. (2011). Local welfare governance structuring informal carers' dual position. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4), 185-196.
- Hazeleger, F. G. M., Dijkshoorn, H., Buster, M., de Jong, I. M., & Cremer, S. (2016). Verschillen in thuiszorggebruik onder Amsterdamse ouderen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 94(8), 305-312.
- Hermans, M. & Schuyf, J. (2014). *Handreiking LHBT-emancipatie. Informele zorg en zelfredzaamheid van LHBT-ouderen*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.

- Den Heijer, R. (2009). *De behoefte aan woonvoorzieningen voor homoseksuelen (m/v) in Nederland*. Masterscriptie, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Heygele Y., Vreeswijk-Manusiwa J., & Schellekens, H. (2009). *Bagaimana-Hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten*. Utrecht: Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM).
- Hjelm, K., Albin, B. (2014). Limited focus on the use of health care by elderly migrants-a literature review. *Open J Nursing*, 4, 465–473.
- Hoffer, C. (2005). *Allochtonen ouderen: de onverwachte oude dag in Nederland*. Stedelijke Adviescommissie Ouderenbeleid (SAO).
- Ikram, U. Z., Kunst, A. E., Lamkaddem, M., & Stronks, K. (2013). The disease burden across different ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands, 2011–2030. *The European Journal of Public Health*, 24(4), 600-605 .
- Jong, J., De, & Lamkaddem, M. (2008). Huisartsenzorg in cijfers: Moet een huisarts rekening houden met culturele en religieuze opvattingen? *Huisarts en Wetenschap*, 51(8), 359.
- Kennisplatform Integratie & Samenleving (KIS). (2017). *Lijst met woongroepen, verpleeghuizen en aanbieders van thuiszorg en dagbesteding*. NOOM en Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Te raadplegen op: <https://www.kis.nl/sites/default/files/bestanden/Publicaties/overzicht-woongroepen-verpleeghuizen-dagbesteding-ouderen-met-migratieachtergrond.pdf>
- Keuzenkamp, S. (2010). *Steeds gewoner, nooit gewoon. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klokgieters, S. S., Van Tilburg, T. G., Deeg, D. J., & Huisman, M. (2017). Resilience in the Disabling Effect of Gait Speed Among Older Turkish and Moroccan Immigrants and Native Dutch. *Journal of Aging and Health*, 0898264316689324.
- Kloosterboer, D. (2004). *Wij komen eraan. Wensen, behoeften en ambities van oudere migranten in Nederland*. Utrecht: samenwerkingsverbanden van het Landelijk Overleg Minderheden (LOM).
- Kluit, M. (2016a). *Rapportage bewonersevaluatie Roze Loper*. Roze 50plus.nl
- Kluit, M. (2016b). Ouderenzorg door een roze bril: homovriendelijkheid in het verzorgingshuis. *Kwartiermaken*, 8 maart 2016. Kwartiermaken. Geraadpleegd op www.kwartiermaken.nl/
- Kluit, M. (2012). *Kleurrijke kennis. Homovriendelijkheid in de ouderenzorg en de rol van kennisverwerving*. Masterscriptie, Utrecht, Universiteit voor Humanistiek.
- Kunst, A. E., Mackenbach, J. P., Lamkaddem, M., Rademakers, J., & Devillé, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Erasmus MC Rotterdam.
- Kuyper, L. (2016). *LHBT-monitor 2016. Opvattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kuyper, L. (2015). *Wel Trouwen, Niet Zoenen. De Houding van de Nederlandse Bevolking tegenover Lesbische, Homoseksuele, Biseksuele en Transgender Personen 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kuyper, L. (2013). *Seksuele oriëntatie en werk. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele werknemers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kuyper, L. (2011). *Sexual Orientation and Health. General and minority stress factors explaining health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual individuals*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Kuyper, L., & Fokkema, T. (2011). Minority stress and mental health among Dutch LGBs: examination of differences between sex and sexual orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 222.

Kuyper, L., & Fokkema, T. (2010). Loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults: The role of minority stress. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1117-1180.

Lamkaddem, M. (2013). *Explaining health and healthcare utilisation of ethnic minorities in the Netherlands: a longitudinal perspective*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Utrecht: NIVEL.

Lamkaddem, M., Elferink, M. A. G., Seeleman, M. C., Dekker, E., Punt, C. J. A., Visser, O., & Essink-Bot, M. L. (2017). Ethnic differences in colon cancer care in the Netherlands: a nationwide registry-based study. *BMC Cancer*, 17, 312. doi.org/10.1186/s12885-017-3241-5

Lamkaddem, M., Essink-Bot, M. L., Devillé, W., Foets, M., & Stronks, K. (2011). Perceived discrimination outside health care settings and health care utilization of Turkish and Moroccan GP patients in the Netherlands. *The European Journal of Public Health*, 22(4), 473-478.

Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P. M., Devillé, W. L., Foets, M. M., & Groenewegen, P. P. (2012). Importance of quality aspects of GP care among ethnic minorities: role of cultural attitudes, language and healthcare system of reference. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 40(1), 25-34.

Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P. M., Devillé, W. L., Foets, M., & Groenewegen, P. P. (2008). Changes in health and primary health care use of Moroccan and Turkish migrants between 2001 and 2005: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 8(1), 40.

Levesque, J., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). doi: 10.1186/1475-9276-12-18

Leyerzapf, H., Abma, T.A., Steenwijk, R.R., Croiset, G., Verdonk, P. (2015). Standing out and moving up: performance appraisal of cultural minority physicians. *Advances in Health Sciences Education*, 20, 995-1010. doi: 10.1007/s10459-014-9577-6

Leyerzapf, H., Verdonk, P., Ghorashi, H., & Abma, T. (submitted). "We are all so different that it is just.. normal." Normalization practices in an academic hospital in the Netherlands.

Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T. (2016). Gay-friendly elderly care: Creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Ageing and Society*, 1-26. doi:10.1017/S0144686X16001045

Linschoten, M., & Boers, H. (2014). *Consortium Roze 50+: Handboek De Roze Loper. Een methode om aandacht voor seksuele diversiteit in de zorg te vergroten*. Consortium Roze 50+.

Lisdonk, J., Van, & Kuyper, L. (2015). *55-plussers en seksuele oriëntatie. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele 50-plussers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Meerendonk, B. Van de, Adriaensen, R., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Op weg naar een vrolijke herfst? Zorgbehoeften van en zorgverlening aan lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland: Onderzoek in het kader van het project 'Vrolijke Herfst'*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/Schorerstichting.

Merz, E. M., Özeke-Kocabas, E., Oort, F. J., & Schuengel, C. (2009). Intergenerational family solidarity: value differences between immigrant groups and generations. *Journal of Family Psychology*, 23(3), 291.

Meulenkamp, T.M., Van Beek, D.L., Gerritsen, D.L., De Graaff, F.M., Francke, A. L. (2010). *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg. Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen*. Utrecht: NIVEL.

Middelaar, A., Van. (2010). *Conferentie 'Rol en medezeggenschap van migranten als patiënt/ cliënt in de gezondheidszorg.' 17 november 2010*. Pharos en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Mistiaen, P., Francke, A. L., De Graaff, F. M., Van den Muijsenbergh, M. E. T. C. (2011a). *Handreiking: Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond*. Utrecht: NIVEL/ IKNL/ Pharos.

Mistiaen, P., Francke, A. L., De Graaff, F. M., Van den Muijsenbergh, M. E. T. C. (2011b). *Achtergronddocument bij "Handreiking: Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond". Achtergronden en methodische verantwoording*. Utrecht: NIVEL/ IKNL/ Pharos.

Morée, M. (2005). *Mantelzorg multicultureel*. Geraadpleegd op: http://www.mighealth.net/nl/images/7/75/Mantelzorg_multicultureel.pdf (27-06-2017).

Movisie. (2016a). *Hoe ondersteun je ouderen met lesbische, homo-, bi- of transgender (LHBT)gevoelens?* Geraadpleegd op: [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Leaflet-Aandacht-voor-LHBT-ouderen%20\[MOV-11043780-1.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Leaflet-Aandacht-voor-LHBT-ouderen%20[MOV-11043780-1.3].pdf) (11-07-2017).

Muntinga, M. E., Krajenbrink, V. Q. E., Peerdeman, S. M., Croiset, G., Verdonk, P. (2016). Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Advances in Health Sciences Education*, 21, 541-559. doi: 10.1007/s10459-015-9650-9

Nitsche, B., & Suijker, F. (2003). *Allochtone ouderen en wonen*. Forum. Geraadpleegd op 20 juni via <http://bureausuijker.nl/wp-content/uploads/2016/03/Factsheet-Allochtone-Ouderen-en-Wonen.pdf>

NOOM. (2016). *Jaarverslag 2015*. Utrecht: Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM).

Oudenampsen, D., De Gruijter, M., & Kromontono, E. (2002). *Woon-, zorg-en welzijns wensen van Marokkaanse ouderen*. Utrecht: Verweij Jonker Instituut.

Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M., Campen, J. P., Kok, R. M., Riet, G., ... & Rooij, S. E. (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in

the Netherlands: a cross-sectional study. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(9), 1040-1049.

Phalet, K., & Schonpflug, U. (2001). Intergenerational Transmission of Collectivism and Achievement Values in Two Acculturation Contexts: The Case of Turkish Families in Germany and Turkish and Moroccan Families in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(2), 186–201. doi.org/10.1177/002202210103200200

Pharos. (2014). *Factsheet: migrantenmantelzorgers*. Geraadpleegd op: <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet-mantelzorgers.pdf> (27-06-2017).

Pierik, C. & Felten, H. (2013). *Samenvatting Regenboog onder de loep. Een verkenning van interventies voor LHBT-emancipatie*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Pierik, C. & Rothuizen, J. (2010). *Ketenaanpak voor migranten met homoseksuele gevoelens. Toolkit voor gemeenten, lokale organisaties en hulpverleners*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, .C, Wahlbeck, K., Welbel, M., Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11: 187. doi: 10.1186/1471-2458-11-187

Pijnappels, C., & Finnema, E. (2011). *Woonwensen Roze Ouderen in Rotterdam. Een kwalitatief onderzoek naar de woonwensen van homoseksuele ouderen in Rotterdam, in opdracht van Rotterdam Verkeert*. Kenniskring Samenhang in de Ouderenzorg, Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam.

Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht, NIVEL. Geraadpleegd op <http://www.nivel.nl/nieuws/Helft-Nederlanders-heeft-moeite-met-regie-over-gezondheid%2C-ziekte-en-zorg>

Renkens, J., Felten, H., & Schuyf, J. (2011). *Handreiking homo-emancipatie. Gezondheid*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Sandfort, T. G., de Graaf, R., ten Have, M., Ransome, Y., & Schnabel, P. (2014). Same-sex sexuality and psychiatric disorders in the second Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2). *LGBT health*, 1(4), 292-301.

Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliú, L. A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(1), 28.

Schans, J.M.D. (2007). *Ethnic diversity in intergenerational solidarity*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Schellingerhout, R. (2008). *Mantelzorg*. In: A. Van den Broek en S. Keuzekamp (red.). Het dagelijks leven van allochtone stedelingen. Den Haag: Sociaal en Cultureel planbureau. Pp: 60-77.

Schellingerhout, R. (2004a). *Cijferrapport Allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel

Planbureau.

Schellingerhout, R. (2004b). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Schuyf, J. (2011a). *Groenboek Roze Belweek 2011*. Utrecht: Consortium Roze 50+.

Schuyf, J. (2011b). *Handreiking homo-emancipatie. LHBT's en veiligheid*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Schuyf, J. (2006). *Groenboek Roze Belweek 2011*. Utrecht: Consortium Roze 50+.

Schuyf, J. (1996). *Oud Roze. De positie van lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht – Interfacultaire Werkgroep Homostudies.

Schuyf, J., & Van Hoof, J. (2011). *De Roze Gemeentegids. Beleid voor lesbische vrouwen, homomannen, biseksuelen en transgenders*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Schuyf, J., & Mienes, M. (2014). *Handreiking LHBT-emancipatie. De drie decentralisaties*. Utrecht: Movisie, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken.

Schuyf, J., & Stoop, R. (2007). *Factsheet ouderen en homoseksualiteit. Beleidsmogelijkheden ten behoeve van oudere homoseksuelen*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Seeleman, M. C. (2014). *Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in health care?* Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Şekercan, A., Lamkaddem, M., Snijder, M. B., Peters, R. J., & Essink-Bot, M. L. (2014). Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 384-390.

Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F. M. (2006). Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1068-1084.

Smeets, H. M., & Ros, C. C. (2004). Zorggebruik door Marokkanen en Turken vergeleken met autochtone Nederlanders: geen hogere zorgconsumptie en lagere geneesmiddelenkosten. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 148(25), 1243-1247.

Smit, C., Brinkman, K., Rümke, K., & Kegt-Van Eekelen, A., De. (2009). *Oud worden met hiv. Gezondheid en ziekte van oudere hiv-patiënten*. Amsterdam: Aids Fonds.

Soesbeek, K., & Bonfrère, L. (1993). *Zouden ze bestaan?! Homoseksualiteit en ouder worden*. Utrecht: Interfacultaire Werkgroep Homostudies.

Statline Nederland. (2016). *Bevolking per maand; leeftijd, geslacht, herkomst, generatie*. [bevolking per maand; leeftijd, geslacht, herkomst, generatie]. Geraadpleegd op <http://statline.cbs.nl>

Steunenbergh, B. (2017). *Zorg voor de oudere migrant (1^e edit.)*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.

Steunenbergh, B., Verhagen, I., Ros, W. J., & de Wit, N. J. (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*, 45(2), 82-91.

Stirbu, I., Kunst, A. E., Vlems, F. A., Visser, O., Bos, V., Deville, W., Nijhuis, H.G.J., & Coebergh, J. W. (2006). Cancer mortality rates among first and second generation migrants in the Netherlands: Convergence toward the rates of the native Dutch population. *International journal of cancer*, 119(11), 2665-2672. doi.org/10.1002/ijc.22200

Stronks, K., Ravelli, A. C., & Reijneveld, S. A. (2001). Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 701-707.

Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M., & Essink-Bot, M. L. (2016). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly—a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 54, 23-35.

Suurmond, J., & Seeleman, C. (2006). Shared decision-making in an intercultural context: Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient education and counseling*, 60(2), 253-259.

Suurmond, J., Uiters, E., De Bruijne, M. C., Stronks, K., Essink-Bot, M. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11, 10. doi.org/10.1186/1472-6963-11-10

Talloen, D. (2013). Allochtone ouderen en de uitdaging voor de dienst--en zorgverlening. *Ethiek en zorg in de hulpverlening: Over taboes gesproken*, 43.

Tonkens, E. H., Verplanke, J., & De Vries, L. (2011). *Alleen slechte vrouwen klagen: problemen en behoeften van geïsoleerde allochtone spijzorgers in Nederland*. Movisie.

Torres, S., Ågård, P., & Milberg, A. (2016). The 'Other' in End-of-life Care: Providers' Understandings of Patients with Migrant Backgrounds. *Journal of Intercultural Studies*, 37(2), 103-117.

Verdonk, P. (2015). When I say... reflexivity. *Medical Education*, 49(2), 147-148. doi: 10.1111/medu.12534

Verdonk, P., Muntinga, M., Leyerzapf, H., & Abma, T. (2015). Strategisch pendelen tussen gestolde categorieën en fluïde identiteiten. Dynamische verschillen in de zorg begrijpen en onderzoeken vanuit intersectionaliteit. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 18(4), 433-450.

Verhagen, I. (2015). *Community health workers: Bridging the gap between health needs of immigrant elderly and health-and welfare services in the Netherlands*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Verhagen, I., Wynand, R. J., Steunenbergh, B., Laan, W., & de Wit, N. J. (2014b). Differences in health care utilisation between elderly from ethnic minorities and ethnic Dutch elderly. *International journal for equity in health*, 13(1), 125.

Verhagen, I., Ros, W. J. G., Steunenbergh, B., & De Wit, N. J. (2013). Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health worker: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 13, 227.

Verhagen, I., Wynand, J. G. R., Steunenbergh, B., & De Wit, N. J. (2014). Ethnicity does not account for differences in the health-related quality of life of Turkish, Moroccan, and Moluccan elderly in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 138. doi.org/10.1186/s12955-014-0138-8

Vincenten, P. (2009). *Behoeften worden zichtbaar. Een verkennend onderzoek naar de leefstijlen van, 55+ lesbische vrouwen en hun behoeften op het gebied van zorg en welzijn*. Utrecht: Movisie, Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Vink, T., & Booij, J. (2014). *Voor(t)gaan in verandering. Duurzame organisaties in een dynamische, diverse samenleving*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Vintges, M., & Hosper, K. (2014). Welke vragen heeft u nog? *Pharm Weekblad*, 5 september 2014, 149–36.

Van Wieringen, J. (2014a). *Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutel figuren, professionals, gemeenten en ouderen zelf*. Utrecht: Pharos Expertisecentrum voor gezondheidsverschillen.

Van Wieringen, J. C. (2014b). Migrantenmantelzorgers: onzichtbaar, onmisbaar... overbelast. *Bijblijven*, 30(5), 32-39.

Willes, P., Maegusuku-Hewett, T., Raithby, M., & Miles, P. (2016). Swimming upstream: The provision of inclusive care to older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults in residential and nursing environments in Wales. *Ageing and Society*, 36(2), 282-306. doi:10.1017/S0144686X14001147

Witter, Y., & Fokkema, T., (2014). Pendelende migranten op latere leeftijd. *Demos: bulletin over bevolking en samenleving*, 30.

Wolff, J. L., & Kasper, J. D. (2006). Caregivers of frail elders: updating a national profile. *The Gerontologist*, 46(3), 344–56. Geraadpleegd op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16731873>.

Yerden, I. (2013). *Tradities in de knel: zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Zendedel, R. (2013). *Tolken in de gezondheidszorg*. In: I. Wolffers, A. van der Kwaak, N. van Beelen (Red.). *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg. Kennis, attitude en vaardigheden*. Bussum: Uitgeverij Coutinho, pp. 287-293.

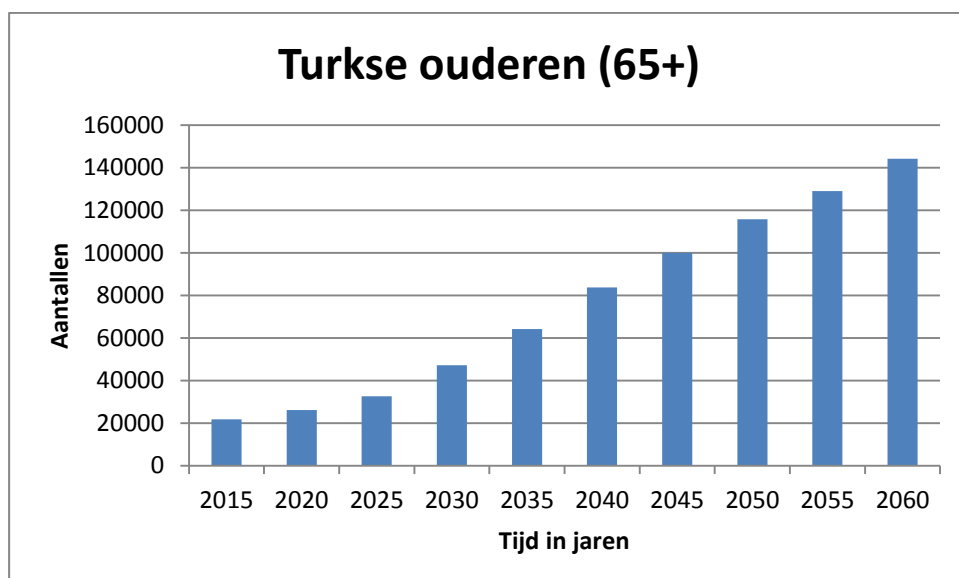
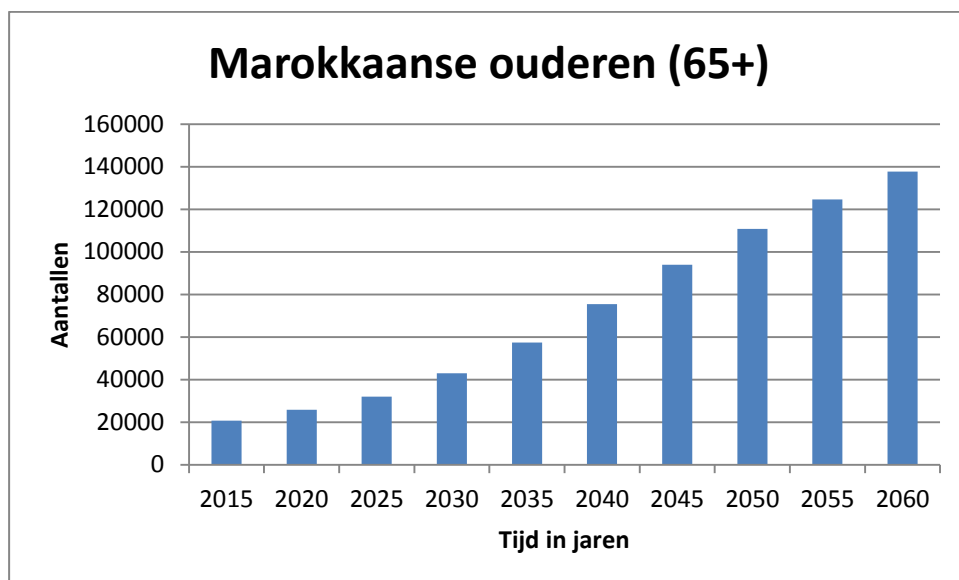
Geraadpleegde websites/ organisaties

- AMAN (Associatie Marokkaanse Artsen Nederland), amanonline.nl
- CEG (Centrum voor Ethiek en Gezondheid), ceg.nl
- COC Nederland, coc.nl
- Inspiraakorgaan Turken in Nederland (IOT), iot.nl
- KCMO (Kenniscentrum Multiculturele ouderenzorg), multiculturele-ouderenzorg.nl
- MOBiN (Marokkaanse Ouderen Bond in Nederland), werkt samen met NOOM, mobin.nl
- Mokum Roze, cocamsterdam.nl/coc-amsterdam/platform-mokum-roze
- Movisie.nl (Kennis en aanpak van sociale vraagstukken)
- NOOM (Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten), netwerknoom.nl
- NVTM (Nederlandse Vereniging Turkse Medici), enkel Facebook.
- OutForever, <http://outforever.nl>
- PAL (Platform Allochtone Ouderen in Den Haag), geen website, te vinden bij: haagseouderen.nl
- Pharos.nl (Expertisecentrum Gezondheidsverschillen)
- Rotterdam V (Kenniscentrum Homo-emancipatie), voorheen Rotterdam Verkeert, enkel Facebook.
- Rozezorg.nl (Roze Loper interventie)
- Roze50plus.nl (Consortium Roze 50 +)
- SGAN (Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland), sgan.nl
- Sigra.nl
- SIOD (Stichting Islamitische Ouderen Den Haag), geen website, te vinden bij: haagseouderen.nl
- SMN (Het Samenwerkingsverband van Marokkaanse Nederlanders), smn.nl
- TOF (Turkse Ouderen Federatie), werkt samen met NOOM, geen website.
- Tolk- en vertaalcentrum Nederland, tvcn.nl
- Verwey-Jonker Instituut, verwey-jonker.nl
- Vilans.nl (Kenniscentrum Langdurige Zorg)

Bijlagen

Bijlage 1 – Bevolkingsprognose

Ruim 33 % van de Turkse migranten en 47 % van de Marokkaanse migranten woont in één van de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag) (Schellingerhout, 2004).



(Statline, 2017)

Bijlage 2 – Toelichting geraadpleegde bronnen in tabellen

Tabel 1. Overzicht gebruikte wetenschappelijke literatuur Migranten met informatie over jaar, sample, design en focus

Auteur(s)	Publicatie	Sample	Type studie	Methodiek	Design	Focus
Van den Berg, M.	2014	T, M, N, mantelzorgers	Empirisch	Kwal/Kwan	Cross-sectioneel	Mantelzorggebruik
Bolt, G.	2001	T, M (alle leeftijden)	Empirisch	Kwantitatief	Corss-sectioneel	Woon gegevens
de Graaff, F. M., & Francke, A. L.	2009	Naasten (T, M)	Empirisch	Kwalitatief	Cross-sectioneel	Terminale zorggebruik
De Graaff, F. M., & Francke, A. L.	2003	Naasten (T, M)	Empirisch	Kwalitatief	Coss-sectioneel	Ervaringen van naasten in terminale zorg
Denktaş, S., Koopmans, G., Birnie, E., Foets, M., & Bonsel, G.	2009	T, M, S, A, NA	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Zorggebruik
Denktaş, S.	2011	T, M, S, A, NA	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Gezondheid en zorggebruik
Fokkema, T.	2011	T, M	Theorie-basis	-	-	Interculturalisatie zorg
Fransen, M., Harris, C., Essink-Bot, M.L.	2013	Gehele Allochtone groep	Theorie-basis	-	-	Taalbarrière
Hazeleger, F. G. M., Dijkshoorn, H., Buster, M., de Jong, I. M., & Cremer, S.	2016	Gehele allochtone oudere groep	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Zorggebruik
Ikram, U. Z., Kunst, A. E., Lamkaddem, M., & Stronks, K.	2013	T, M, S, A, NA, N, A	Empirisch	Kwantitatief	Longitudinaal	Gezondheidsverschillen
Klokgieters, S. S., van Tilburg, T. G., Deeg, D. J., & Huisman, M.	2017	T, M, N	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Gezondheidsverschillen
Lamkaddem, M.	2013	T, M, S, NA, N, westerse migranten	Empirisch	Kwantitatief	Longitudinaal	Zorggebruik

Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P. M., Devillé, W. L., Foets, M. M., & Groenewegen, P. P.	2012	T, M, S, NA, N, westerse migranten	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Zorggebruik (huisarts)
Lamkaddem, M., Essink-Bot, M. L., Devillé, W., Foets, M., & Stronks, K.	2011	T, M	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Discriminatie en zorggebruik (huisarts)
Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P. M., Devillé, W. L., Foets, M., & Groenewegen, P. P.	2008	T, M	Empirisch	Kwantitatief	Longitudinaal	Veranderingen in zorggebruik (huisarts)
Merz, E. M., Özeke-Kocabas, E., Oort, F. J., & Schuengel, C.	2009	T, M, S, NA	Empirisch	Kwantitatief	Corss-sectioneel	Intergenerationele solidariteit
Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M., Campen, J. P., Kok, R. M., Riet, G., ... & Rooij, S. E.	2016	T, M, S, NA, N	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Dementie-verschillen
Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, .C, Wahlbeck, K., Welbel, M., Bogic, M.	2011	Zorgverleners Europa	Empirisch	kwalitatief	Cross-sectioneel	Ervaringen "good practices"
Schans, J.M.D.	2007	T, M, S, MU, N	Empirisch	Kwantitatief	Corss-sectioneel	Intergenerationele Solidariteit
Şekercan, A., Lamkaddem, M., Snijder, M. B., Peters, R. J., & Essink-Bot, M. L.	2014	T, M, A	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Zorggebruik buitenland
Seeleman, M. C.	2014	Zorgporefession als, experts, zorgorganisaties	Empirisch	Kwalitatief	Cross-sectioneel	Culturele competentie in gezondheidszorg
Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F. M.	2006	Gehele populatie	Theoretisch	-	Cross-sectioneel	Intergenerationele solidariteit
Smits, C.H., W.M. de Vries en A.T. Beekman	2005	T, M	Empirisch	Kwalitatief	Cross-sectioneel	Ervaring Depressie
Smeets, H. M., & Ros, C. C.	2004	T, M, N	Empirisch	Kwantitatief	Cross-	Zorggebruik

					sectioneel	geneesmiddelen gebruik
Stronks, K., Ravelli, A. C., & Reijneveld, S. A.	2001	T, M, S, NA, N	Empirisch	Kwantitatief	cross-sectioneel	Zorggebruik geneesmiddelen gebruik
Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M., & Essink-Bot, M. L.	2016	Y, M, S, NL	Empirisch	Kwalitatief	cross-sectioneel	Barrières in zorggebruik
Steunenber	2017	T, M, S, NA, N, N	Literatuur	-	-	Gezondheidsverschillen, zorggebruik
Steunenber, B., Verhagen, I., Ros, W. J., & de Wit, N. J.	2014	T, M, MU	Empirisch	Experiment	Cross-sectioneel	Evaluatie van project sleutelfiguren
Talloen, D.	2013	Alle minderheden	Literatuur	-	-	Zorggebruik, taboes rond zorggebruik
Verhagen, I., Ros, W. J. G., Steunenber, B., & De Wit, N. J.	2013	T, M, S, MU, N	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Evaluatie van project sleutelfiguren
Verhagen, I., Ros, W. J., Steunenber, B., Laan, W., & de Wit, N. J.	2014	T, M, S, MU, N	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Evaluatie van project sleutelfiguren
Verhagen, I.	2015	T, M, S, MU, N	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	zorggebruik
Witter, Y., & Fokkema, T.	2013	T, M	Empirisch	Kwalitatief	Cross-sectioneel	Pendelgedrag
Wieringen, J. C.	2014a	Alle oudere migranten	Literatuur	-	-	Mantelzorg belasting naasten
Yerden, I.	2013	T	Empirisch	Kwalitatief	Cross-sectioneel	Mantelzorggebruik (DATA: 1997-2001)
Zendedel, R.	2013	Diverse zorgproffessionals en patienten	Literatuur	-	-	Tolken in de gezondheidszorg

* Migranten ouderen: T: afkomstig uit Turkije M: afkomstig uit Marokko, S: afkomstig uit Suriname, NA: afkomstig van de Nederlandse Antillen, C: afkomstig uit China, MU: afkomstig van de Molukken, A: Anders dan de voorgaande N: Afkomstig uit Nederland

Tabel 2. Overzicht gebruikte grijze literatuur Migranten met informatie over jaar, sample, design en focus

Auteur(s)	Publicatie	Sample	Type studie	Methodiek	Focus	Organisatie
ActiZ	2009	Zorgvragers met allochtone achtergrond	literatuur/B eeld/broch ures	-	Advisering interculturele palliatieve zorg	ActiZ
Den Draak, M., Hosper, K., Kosec, H., & Van Wieringen, J.	2012	T, M, S, NL	Empirisch	Kwantitatief	Gezondheidsverschillen	Pharos
Dorgelo, A., Pos, S., Kosec, H.	2013	Migranten	Literatuur/ experts/cas ussen	Kwan/Kwal/e xp	Beleid ondersteunen en participatie stimuleren	CBO, Pharos
Den Draak, M., & De Klerk, M.	2011	T, M, S, NA, A	Literatuur	-	Kennis lacunes oudere migranten identificeren	SCP
de Graaff, F., Francke, A., & van Hasselt, T.	2005	naasten en zorgverleners (T, M)	Empirisch	Kwalitatief	Ervaringen zorggebruik	Nivel
De Graeff, A., Mistiaen, P., De Graaff, F., Van den Muijsenbergh, M., Devillé, W., Galesloot, C., Lamkaddem, M., Van der Geest, S., Francke, A.	2012	T, M, D, NA, A	Literatuur, experts	-	Advisering palliatieve zorg	NIVEL, Pharos en IKNL
De Gruijter, M. & Van den Toorn, J.	2013	Allochtone patiënten	Literatuur	-	Rol allochtone patiëntenorganisaties	Verwey-Jonker Instituut, SGAN
De Veer, A. J. E., Francke, A. L., Hutten, J. B., van den Berg, R., & Weijzen, E. M.	2001	Gehele populatie, Naasten, experts	Literatuur	-	Zorggebruik	Nivel
El Fakiri R., Bouwman-Notenboom, J.	2015	T, M, S, NL	Empirisch	Kwantitatief	Gezondheidsverschillen	GGD, Gemeente Utrecht
Heygele Y., Vreeswijk-	2009	T, M, S, NA, C,	Combinatie	-	Gezondheidsverschillen,	NOOM

Manusiwa J., Schellekens, H.		MU			zorggebruik, ervaringen in zorggebruik	
Hoffer, C.	2005	T, M, S, NA	Literatuur/ Empirisch	Kwalitatief		Stedelijke adviescommissie: ouderenbeleid
Kennisplatform Integratie & Samenleving (KIS)	2017	T, M, S, NA, C, MU, A, N	Literatuur/ websites	-	Alle dagbestedingen migrantenouderen	KIS
Kloosterboer, D.	2004	Niet-westerse ouderen	Literatuur, experts	Kwalitatief	Gezondheidsverschillen, zorggebruik, ervaringen in zorggebruik	LOM
Kunst, A.E., J.P. Mackenbach, M. Lamkaddem, J. Rademakers en W. Devillé	2008	Gehele populatie	Literatuur	Kwantitatief	Gezondheidsverschillen	Erasmus MC, Nivel
Meulenkamp T.M., van Beek D.L., Gerritsen D.L., de Graaff F.M., Francke A. L.	2010	T, M, S, NA, C	Empirisch	Kwalitatief	Welzijn en kwaliteit van leven	Nivel, Actiz
Mistiaen, P., Francke, A. L., De Graaff, F. M., Van den Muijsenbergh, M. E. T. C.	2011a	mensen met een niet-westerse achtergrond	Literatuur/ experts	-	Advisering palliatieve zorg	Nivel, Pharos, KNL
Mistiaen, P., Francke, A. L., De Graaff, F. M., Van den Muijsenbergh, M. E. T. C.	2011b	mensen met een niet-westerse achtergrond	Literatuur/ experts	-	Achtergrond methodische keuzes	Nivel, Pharos, KNL
Morée, M.	2005	T, M, S, NA, MU & Naasten	Literatuur	-	Mantelzorg	Nederlands Instituut voor zorg en Welzijn
Nitsche, B. & Suijker, F.	2003	T, M, S, NA, A	Literatuur	Kwalitatief	Woonwensen	FNAO, FORUM
NOOM	2016	Oudere migranten	Eigen activiteiten	-	Verslaglegging activiteiten NOOM	NOOM
Oudenampsen, D., de Gruijter, M., & Kromontono, E.	2002	M, Naasten en experts	Empirisch	Kwalitatief	Welzijnswensen	Verweij-Jonker instituut
Pharos (auteurs onbekend)	2016	T, M, S, NA	Literatuur	-	gegevens mantelzorg, belasting naasten	Pharos

Rademakers, J.	2014	Gehele populatie	Literatuur, Empirisch	Kwantitatief	Gezondheidsvaardigheden	Nivel
Schellingerhout, R.	2004a	T, M, S, NA, MU, N	Empirisch	Kwantitatief	Demografische kenmerken, gezondheidsverschillen, zorggebruik	SCP
Schellingerhout, R.	2004b	T, M, S, NA, MU, N	Empirisch	Kwantitatief	Demografische kenmerken, gezondheidsverschillen, zorggebruik	SCP
Tonkens, E. H., Jansen Verplanke, L. H., & de Vries, L.	2011	T, M	Empirisch	Kwalitatief	Mantelzorg vrouwen	Movisie
Van Middelaar, A.	2010	Migranten	Experts	-	Medezeggenschap migranten patiënten	Pharos, RVZ
Vink, T., & Booij, J.	2014	verantwoordelijk en in de zorg	Gesprekken	Kwalitatief	Duurzame migrantenorganisaties	Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid
Wieringen, J.	2014	T, M, MU	Empirisch	Kwan/Kwal/exp	Gezondheidsverschillen, zorggebruik, evaluatie sleutelfiguren	Pharos, AMC, Gemeente Utrecht

* Migranten ouderen: T: afkomstig uit Turkije M: afkomstig uit Marokko, S: afkomstig uit Suriname, NA: afkomstig van de Nederlandse Antillen, C: afkomstig uit China, MU: afkomstig van de Molukken, A: Anders dan de voorgaande N: Afkomstig uit Nederland

Tabel 3. Overzicht gebruikte wetenschappelijke literatuur LHBT-ouderen met informatie over jaar, sample, design en focus

Auteur(s)	Publicatie	Sample	Type studie	Methodiek	Focus	Organisatie
Boers, H.	2016a	Folders, boeken, instrumenten etc.	Literatuur	Praktijkvoorbeelden	Informatievoorziening	Vilans
Boers, H.	2016a	LHBT-ers	Literatuur	-	Tips over thuis voelen	Vilans/ Movisie/ Consortium Roze 50+.
Boers, H., & Meijsen, E.	2016	LHBT-ouderen	Literatuur	-	Ondersteuning LHBT-ouderen	Vilans/ Movisie
Doornik, N.	2012	LHBT-ouderen	Literatuur	-	Welzijnsvoorzieningen in Gemeenten	Movisie
Felten, H.	2013	LHBT-ers	Literatuur	Casussen	Informeren van professionals	Movisie
Fokkema, T., & Van Tilburg, T.	2006	Ouderen	Literatuur	-	Eenzaamheidsinterventies	NIDI
Hermans, M., & Schuyf, J.	2016	LHBT-ouderen	Literatuur	-	Zelfredzaamheid LHBT-ouderen	Movisie
Kluit, M.	2016	LHBT-ouderen	Empirisch	Kwalitatief	Evaluatie roze-loper	Roze50plus.nl
Keuzenkamp, S.	2010	Heterojongeren	Empirisch	Kwalitatief	Tolerantie over LHBT	SCP
Kuyper, L.	2016	LHBT-personen	Empirisch	Kwantitatief	LHBT-monitor	SCP
Kuyper, L.	2015	Gehele populatie (inter- en nationaal)	Empirisch	Kwantitatief	Tolerantie over LHBT	SCP
Kuyper, L.	2013	Werknemers (in Nederland)	Empirisch	Kwantitatief	Ervaringen LHBT	SCP
Linschoten, M. & Boers, H.	2014	LHBT-ouderen	Empirisch	Ervaringen praktijk	Kennis vergroten zorgverleners	Consortium Roze 50+
Pierik, C. & Felten, H.	2013	Interventies LHBT-ouderen	Empirisch	Verkennend	Interventies LHBT-ouderen	Movisie
Pijnappels, C., & Finnema, E.	2011	LHBT-ouderen	Empirisch	Kwalitatief	Woonwensen LHBT-ouderen	Rotterdam Verkeert

Schuyf, J.	2011	LHBT-ouderen	Empirisch	kwantitatief	Ervaringen LHBT ouderen in de zorg	Consortium Roze 50+
Schuyf, J.	2006	LHBT-ouderen	Emperisch	Kwantitatief	Ervaringen LHBT oudern in de zorg	Consortium Roze 50+
Schuyf, J., & Van Hoof, J.	2011	LHBT-ouderen	Literatuur/Em pirisch	Kwantitatief	Beleid LHBT-ouderen	Movisie
Schuyf, J. & Mienes, M.	2014	LHBT-ouderen	Literatuur	websites	Beleid LHBT-ouderen	Movisie
Schuyf, J., & Stoop, R.	2007	LHBT-ouderen	Literatuur	-	Behoeften LHBT-ouderen	Movisie
van Lisdonk, J., & Kuyper, L.	2015	LHBT- en heteroseksuele ouderen	Empirisch	kwantitatief	Gezondheid, zorggebruik, positie	SCP
Vincenten, P.	2009	Lesbische ouderen	Empirisch	Kwalitatief	kwetsbaarheid en leefstijlen	Movisie

Tabel 4. Overzicht gebruikte grijze literatuur LHBT-ouderen met informatie over jaar, sample, design en focus

Auteur(s)	Publicatie	Sample	Type studie	Methodiek	Design	Focus
Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S., & Shepherd, M.	2009	Gehele populatie (internationaal)	Literatuur review	Meta-narrative	1985-2005	Behoeftes van LHBT ouderen
Boelsma, S.	2016	Maatschappelijk werkers/zorgprofessionals	Literatuur en empirisch	Kwalitatief	Cross-sectioneel	Nagaan hoe zorg naar LHBT-ers te verbeteren
Butler, S. S.	2004	Gehele populatie (internationaal)	Theorie-basis	-	-	Uitdagingen en veerkracht van LHBT-ouderen
Den Heijer, R	2009	Homoseksuele ouderen	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Woonbehoeften homo-seksuele ouderen
Fokkema, T.	2012	LHBT-ouderen	Theorie-basis	-	-	Uitdagingen en behoeften LHBT-ouderen
Fokkema, T., & Kuyper, L.	2009	LHBT- en heteroseksuele-ouderen	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Sociale inbedding en eenzaamheid LHBT-ouderen
Fredriksen-Goldsen, K. I., & Muraco, A.	2010	Gehele populatie (internationaal)	Literatuur review	Meta-narrative	1984-2008	
Meerendonk, B. van den, R. Adriaensen en I. Vanwesenbeeck	2003	homoseksuele ouderen	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Zorgbehoeften
Kluit, M.	2012	Zorgverleners	Empirisch	Kwalitatief	Cross-sectioneel	Zorgbehoeften van LHBT-ouderen
Kuyper, L.	2011a	LHBT-en heteroseksuele-ouderen	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Gezondheidsverschillen LHBT-ouderen
Kuyper, L., & Fokkema, T.	2011b	LHBT- en heteroseksuele-ouderen	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Minderheden stress

Kuyper, L. & F. Fokkema T.	2010	LHBT- en heteroseksuele-ouderen	Empirisch	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Eenzaamheid en de rol van minderheden stress
Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T.	2016	LHBT- en heteroseksuele-ouderen en verzorgenden	Empirisch	Kwalitatief	Cross-sectioneel	Ervaringen LHBT ouderen in de zorg
Sandfort, T. G., de Graaf, R., ten Have, M., Ransome, Y., & Schnabel, P.	2014	Personen aangetrokken tot same-sex en heteroseksuele personen (55-64)	Empirisch	kwantitatief	Cross-sectioneel	Mentale gezondheid
Schuyf, J.	1996	Lesbische en homoseksuele ouderen	Empirisch	kwalitatief	Cross-sectioneel	Positie in de maatschappij
Wolff, J. L., & Kasper, J. D.	2006	Gehele populatie (VS.)	Empirisch	Kwantitatief	Longitudinaal	Mantelzorgers

Bijlage 3 – Biografie van de onderzoekers

Hannah Leyerzapf, MA, (1983) studeerde Culturele Antropologie aan de Universiteit van Amsterdam met als focusgebieden *identity politics*, religieus activisme, empowerment en multiculturalisme. Sinds 2010 is ze als onderzoeker en docent werkzaam bij de afdeling Metamedica (Medical Humanities) van VUmc. Ze deed onderzoek naar participatie, empowerment en inclusie van patiënten en cliënten in verschillende, intramurale en extramurale, zorgcontexten en naar seksuele diversiteit in de ouderenzorg. Haar huidige promotieonderzoek betreft diversiteitsmanagement en organisatieverandering vanuit een kritisch-intersectioneel perspectief. Het onderzoekt culturele diversiteit van professionals in academische gezondheidszorgteams en neemt ook de intersecties met etniciteit/ huidskleur, gender en sociale klasse mee, evenals aspecten van wit privilege, *white innocence* en *white fragility*.

Silvia Klokgieters, MA, (1989) studeerde Gezondheidswetenschappen (BA) aan de VU en Medische Antropologie (MA) aan de Universiteit van Amsterdam. In 2014 startte ze met haar promotieonderzoek bij Sociologie binnen de Faculteit Sociale Wetenschappen van de VU. Haar onderzoek gaat over veerkracht van jong-oude Turkse en Marokkaanse immigranten. Het doel van de studie is te onderzoeken waarom sommige immigranten relatief goed ouder worden in moeilijke omstandigheden, terwijl anderen onder invloed staan van de uitdagingen van ouder worden in een migratiecontext. De studie maakt gebruik van een *mixed methods* design om centrale factoren/ middelen te formuleren die verklaren waarom sommigen veerkracht vertonen en anderen niet.

Halleh Ghorashi, PhD, (1962) is Hoogleraar Diversiteit en Integratie bij de afdeling Sociologie van de Faculteit der Sociale Wetenschappen aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Ze studeerde Culturele Antropologie aan de VU. In mei 2001 verdedigde zij haar proefschrift: '*Ways to Survive, Battles to Win: Iranian Women Exiles in the Netherlands and the U.S.*' aan de RU Nijmegen. Ze is de auteur van verschillende internationale boeken en artikelen over vluchtelingen en migratievraagstukken. Daarnaast draagt zij bij aan de publieke discussies over identiteit en diversiteitsvraagstukken in het algemeen en in organisaties. Zij is oa. lid van RvT van Movisie en Adviesraad van COA.

Marjolein Broese van Groenou, PhD, (1959) is Hoogleraar Informele zorg in een veranderende samenleving bij de afdeling Sociologie van de Faculteit der Sociale Wetenschappen aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Zij is opgeleid als klinisch pedagoog en ontwikkelingspsycholoog (CL) en in 1991 gepromoveerd op een proefschrift over sociale netwerktransities na echtscheiding (ICS, Utrecht). Vanaf 1991 is zij bij de afdeling Sociologie van de Vrije Universiteit (mede)verantwoordelijk voor de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA), een langlopende studie naar het functioneren van 55-plussers in Nederland. Haar onderzoeksthema's zijn sociale participatie van ouderen, sociale netwerken en gezondheid, arbeid en mantelzorg, zorg in de laatste levensfase en de samenwerking tussen informele en formele zorg.

