

De impact van het wijkgerichte werken voor de toeleiding naar zorg van oudere migranten

Oudere migranten en het wijkgerichte werken in zorg en welzijn

Auteurs: Roos Pijpers, Hanna Carlsson

Samenvatting

Het doel van dit artikel is laten zien hoe oudere migranten worden toegeleid naar zorg via het 'wijkgerichte werken'. In zorg en welzijn wordt de wijk gezien als een ideale plek om dichtbij burgers preventie, zorg en ondersteuning te organiseren. Gemeentes vertalen dit wijkgerichte denken in wijkgericht werken. In ons kwalitatieve onderzoek volgen we de ontwikkelingen in de maakpraktijken (*crafting practices*) die relevant zijn voor de toeleiding naar zorg van oudere migranten in de gemeente Nijmegen. De nadruk op de wijk in het huidige beleid van de gemeente is te zien als een omdraaiing van het denken in minderheidsgroepen in eerdere beleidsperioden. Het lukt gedeeltelijk om oudere migranten toe te leiden naar zorg via voorzieningen binnen wijkstructuren. Belangrijk daarvoor zijn niet zozeer de functies van voorzieningen, maar de vertrouwensrelaties met zorgverleners die ze daar ontmoeten en die dezelfde taal spreken of culturele achtergrond delen. Deze zorgverleners slagen er in om de mentale afstand tussen zorgstelsel en leefwereld van oudere migranten te overbruggen. Relaties ontstaan ook buiten de wijkstructuren om, bij aanbieders van zorg in eigen taal en in georganiseerde uitwisseling van kennis en ervaringen. Om te grote afhankelijkheid van professionals met een migratieachtergrond te voorkomen moeten afspraken over cultuursensitiviteit tussen de gemeente en wijkaanbieders beter worden gemonitord.

The impact of neighbourhood-based work on helping older migrants gain access to care

Older migrants and neighbourhood-based work in care and social services

Abstract

This article studies how older migrants gain access to care through neighbourhood-based forms of working. In the Netherlands, the neighbourhood is increasingly viewed as an ideal place to organize care and social services, close to citizens. To this end, municipalities are developing neighbourhood structures and facilities in which local providers cooperate. In our qualitative research we studied the developments in crafting practices relevant to access to care of older migrants in the city of Nijmegen, the Netherlands. In Nijmegen the new neighbourhood structures are only partly successful in helping older migrants gain access to care. Older migrants visit neighbourhood facilities not for the services these facilities provide, but because of the presence of care professionals who speak the same language, or share the same cultural background as do these older migrants. These caregivers are able to bridge the mental distance between the health care system and the lifeworld of older migrants. Relations also arise outside the neighbourhood structures, for instance at culture-specific day care facilities. To prevent too great a claim on professionals with a migration background, agreements between the city of Nijmegen and local providers to enhance cultural sensitivity should be better monitored.

Kernwoorden: oudere migranten, praxeografie, toeleiding naar zorg, wijken

Keywords: Access to care, Neighbourhoods, Older migrants, Praxeography

Inleiding

In vergelijking met andere ouderen maken oudere migranten de stap naar zorg en ondersteuning thuis relatief laat vanwege een taalbarrière en een gebrek aan kennis van het zorgstelsel [¹ – ⁴]. Het gevolg is dat zij vaker last hebben van gezondheidsproblemen en vaker een beroep op de huisarts doen dan andere ouderen [¹ , ⁵ , ⁶]. Huisartsen, praktijkondersteuners, professionals met een migratieachtergrond en sleutelfiguren uit de migrantengemeenschappen kunnen een verbindende rol spelen in het toeleiden naar zorg, maar die rol wordt nog lang niet altijd benut [⁷ – ¹⁰].

Dit artikel neemt de wijk als uitgangspunt voor nieuw onderzoek naar de toeleiding tot zorg van oudere migranten. In zorg en welzijn wordt de wijk gezien als een ideale plek om dichtbij burgers preventie, informatievoorziening, zorg en ondersteuning te organiseren. De wijk is daarmee een voorlopig eindpunt van een lang proces van 'ont-institutionalisering' [¹¹]. In dat proces is de verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen steeds meer buiten de traditionele verpleeg- en verzorgingshuizen komen te liggen, en dichterbij de vertrouwde omgeving van ouderen: bij het welzijnswerk, sociale netwerken en ouderen zelf.

Het doel van dit artikel is om te laten zien hoe binnen dit wijkgerichte denken en werken oudere migranten naar zorg toe worden geleid. Het artikel gaat niet in op gezondheidsuitkomsten, maar op de manieren waarop oudere migranten zorgaanbieders opzoeken en vice versa. We maken gebruik van de resultaten van lopend kwalitatief onderzoek in de gemeente Nijmegen. Omdat gemeenten hun zorgbeleid en subsidierelaties naar eigen inzicht vormgeven, en de in de loop van de tijd ontstane werkverdeling tussen zorg- en welzijnsorganisaties overal net even anders is, levert het onderzoek bevindingen op die specifiek zijn voor de gemeente Nijmegen. Toch verwachten we dat sommige bevindingen (praktijken van toeleiding) ook van toepassing zijn op de situatie in andere grote tot middelgrote gemeenten.

In de volgende paragraaf beginnen we met een kritische beschouwing van het wijkgerichte werken aan de hand van wetenschappelijke literatuur uit de sociale geografie en de bestuurskunde, en beleidsliteratuur over het sociale domein. Vervolgens beschrijven we onze onderzoeksmethoden en gaan in op de voorlopige bevindingen. De bevindingen worden in twee achtereenvolgende paragrafen gepresenteerd. In de eerste paragraaf staat de aandacht voor oudere migranten in het lokale beleid en de beleidsuitvoering centraal. De nadruk op de wijk in het huidige beleid van de gemeente is te zien als een omdraaiing van het denken in doelgroepen burgers of cliënten in eerdere beleidsperioden. Aanbieders werken nu voor wijkbewoners, met aandacht voor cultuursensitiviteit in brede zin. Die aandacht raakt geleidelijk verankerd in afspraken tussen de gemeente en aanbieders van wijkgerichte zorg. In de praktijk zien we toch een aanbod van en een vraag naar specifieke vormen van zorg voor oudere migranten (net als bij woonvormen, zie [¹²]). In de tweede paragraaf met bevindingen wordt gekeken naar de manier waarop oudere migranten wijkvoorzieningen gebruiken, en naar wijkoverstijgende initiatieven in het lokale welzijnslandschap die belangrijk zijn voor het begrijpen van toeleiding naar zorg. Hieruit blijkt dat als oudere migranten de wijkstructuur al zelf opzoeken, dan doen ze dat niet vanwege de functies van die structuur, maar vanwege contact met professionals die ze vertrouwen. Die weten elkaar steeds beter te vinden en genereren samen nieuwe ideeën, manieren en routes om oudere migranten naar zorg toe te leiden.

Wijkgerichte of wijkoverstijgende 'maakpraktijken'?

Volgens Bannink, Bosselaar en Trommel [¹³] wordt deze fase in de ont-institutionalisering van de ouderenzorg gekenmerkt door 'maakpraktijken' (*crafting practices*), waarin lokale partijen zoeken naar een goede werkverdeling en samenwerking. De doelstellingen van deze maakpraktijken staan niet vast, maar ontwikkelen zich in en door de (werk)relaties tussen wijk-aanbieders. Omdat gemeenten in het huidige zorgstelsel verantwoordelijk zijn voor diverse groepen kwetsbare burgers, waarover hieronder meer, overlapt de toeleiding naar zorg van oudere migranten met diverse andere maakpraktijken. Oldenhof, Postma en Bal [¹⁴] stellen dat deze maakpraktijken niet zomaar 'op' wijken worden gelegd, maar gevormd worden door die wijken, bijvoorbeeld door de sociale problematiek die er speelt. In Nijmegen is dat terug te zien in de aandachtspunten van de sociale wijkteams. Sociale wijkteams worden in een ruime meerderheid (80 procent) van de Nederlandse gemeenten ingezet als een schakel tussen de gemeente, wijkbewoners en het welzijnswerk [¹⁵]. In een wijk met veel hoogopgeleiden heeft het wijkteam veel aandacht voor overmatig alcoholgebruik (interview met teamleider sociaal wijkteam, februari 2018). Op een Vinex-locatie met veel jonge gezinnen en weinig sociale verbanden wordt ingezet op hulp bij

relatieproblemen. En in de multiculturele wijken van de stad is het bereiken van migrantenfamilies een belangrijk aandachtspunt.

Tegelijkertijd zijn Oldenhof et al. [14] kritisch over de manieren waarop de wijk wordt voorgesteld als een vanzelfsprekende, ideale plek om uiteenlopende doelen te bereiken. Zo wordt een nostalgisch beeld van sociale verbanden in wijken opgeroepen om burgers en hun netwerk te activeren. Vanuit dit idee zijn vanaf 2007, met de komst van de WMO 'oude stijl', taken op het gebied van zorg en ondersteuning voor kwetsbare burgers overgeheveld van het Rijk naar de gemeenten. In 2015 is dit takenpakket sterk vergroot met de komst van een vernieuwde WMO, een nieuwe jeugdwet en een nieuwe participatiewet. In het kielzog van deze ontwikkelingen is ook de gevoelde noodzaak voor het leggen van verbindingen tussen aanbieders in de wijk steeds groter geworden. Sinds 2015 is het aantal gemeenten dat expliciet inzet op een wijkgericht model van zorg en ondersteuning, waarin met een integraal aanbod van zorg, welzijn en wonen zo dicht als mogelijk bij de mensen in hun eigen woonomgeving wordt gewerkt, dan ook sterk toegenomen [15]. De gemeente Nijmegen zal in de komende jaren extra aandacht besteden aan het preventief welzijnswerk [16 , 17], waar de sociale wijkteams, net als in andere gemeenten [15], nog weinig aan toe zijn gekomen. Naast het wijkgericht werken kennen we uit de ouderenzorg bovendien woonservicegebieden [18]. Het uitgangspunt van dit concept is dat zelfstandig wonen uiteindelijk doelmatiger is dan verpleeghuiszorg.

Wat opvalt is dat gebruik wordt gemaakt van basale geografische kennis over het belang van fysieke nabijheid voor integrale samenwerking en over de (positieve) invloed van een vertrouwde woonomgeving op het zelfstandig wonen (*ageing in place*; zie o. a. [19 - 22]). Deze kennis leunt op een waardevolle, maar enigszins verouderde opvatting van plaatsen als afgebakende gebieden die op kenmerken als inkomensniveau en gezondheidsuitkomsten te onderscheiden zijn van andere gebieden. In de sociale geografie is het zogenaamde 'relationele' plaatsbegrip belangrijker geworden (zie o. a. [23 - 26]). Plaatsen zijn op te vatten als punten in netwerken van sociale relaties tussen mensen. Die relaties vinden uiteraard ergens 'plaats', op fysieke plekken of in e-mailverkeer. Maar door die relaties ontstaan ook nieuwe plekken, zoals fysieke plekken, ontmoetingsruimtes, virtuele ruimtes en onderhandelingsruimtes. Ook worden bestaande plekken, door sociale relaties, voortdurend voorzien van nieuwe betekenissen.

Vanuit het relationele plaatsbegrip bezien is een voorziening voor zorg of welzijn dus meer dan een fysieke plek zo dicht mogelijk bij beoogde gebruikers in een verzorgingsgebied, maar een onderdeel van een complex geheel van relaties en maakpraktijken [24]. De toegankelijkheid van voorzieningen heeft ook maar deels te maken met geografische nabijheid, maar hangt samen met sociale afstand en nabijheid, culturele betekenisgeving, beleid en regulering [24]. De term 'lokaal welzijnslandschap' die Bannink, Bosselaar en Trommel [13] gebruiken voor het geheel aan relaties binnen een lokale entiteit is sterk relationeel gekleurd. Hoewel lokale welzijnslandschappen niet goed af te bakenen zijn, is duidelijk dat ze in ieder geval de wijk en soms ook de gemeente overstijgen [13].

Bestaand onderzoek richt zich op specifieke aspecten van het toeleiden naar zorg van oudere migranten. Allereerst is er het onderzoek dat laat zien dat sleutelfiguren de mentale afstand naar professionele zorg kleiner kunnen maken [7 - 10]. In een recent artikel [27] laten twee geografen zien dat oudere migranten in multiculturele stadswijken in Amsterdam zich prettig voelen in hun woonomgeving vanwege de aanwezigheid van winkels en ontmoetingsgelegenheden gericht op hun gemeenschap. Ook waarderen zij de aanwezigheid van professionals met een migratieachtergrond in hun wijk. Johansson et al. [28] stellen dat we al met al nog te weinig weten over welke plekken en relaties nu echt belangrijk zijn in de leefwereld van oudere migranten, en dus wellicht ook in de toeleiding naar zorg. Dit artikel hoopt, door te redeneren vanuit maakpraktijken in het lokale welzijnslandschap dat is ontstaan na 2015, meer inzicht te bieden in deze plekken en relaties. Sinds de invoering van de WMO 'oude stijl' hebben gemeenten hun beleid voor minderheidsgroepen afgebouwd (zie [10 , 29]). Uit onderzoek in de vier grote gemeenten uit 2011 bleek dat oudere migranten de weg naar WMO-voorzieningen, inclusief adviesloketten, niet goed weten te vinden. Tegelijkertijd verschuift de aandacht in beleidscommunicatie naar het cultuursensitiever maken van zorg- en dienstverlening. Deze aandacht was in 2011 echter nog nauwelijks ingebed in gemeentelijk beleid [30].

Onderzoeksmethoden

In dit artikel doen we verslag van lopend (april 2017–nu) empirisch onderzoek naar de aandacht voor oudere migranten in

zorg en welzijn in Nijmegen. We volgen de ontwikkelingen met een onderzoeksstrategie die we, in navolging van Bueger [31] en Mol [32] ‘praxeografie’ noemen. Een praxeografische onderzoeksbenadering zoomt in op een bepaalde (maak)praktijk, in dit geval het toeleiden van oudere migranten naar zorg (waarbij oudere migranten en/of hun partner en kinderen een eigen inbreng hebben in dat toeleiden). Het idee is om zo’n praktijk op een groot aantal locaties en momenten te observeren en daardoor langzaam maar zeker te gaan zien welke ideeën, activiteiten en materiële aspecten ze omvat. De benadering richt zich dus niet zozeer op gedrag of op keuzes, zoals de keuze van een maaltijdendienst om een vervanger voor varkensvlees aan te bieden. Ze richt zich ook niet op een bepaalde sociale groep of gemeenschap. De benadering bestudeert activiteiten, reflectie, discussie, en handelingsroutines die inhoud en richting geven aan een praktijk, alsook de samenhang met andere praktijken.

Er is gewerkt met de drie onderzoeksmethoden die volgens Bueger [31] het meest geschikt zijn om de inhoud en ontwikkeling van praktijken te begrijpen: (participerende) observatie, semi-gestructureerde interviews en documentanalyse. Tab. 1 geeft een overzicht van de organisaties waar observaties zijn gedaan en interviews zijn gehouden. Het informatie- en adviescentrum en het sociale wijkteam zijn geselecteerd als belangrijkste pijlers in de wijkstructuur; het diversiteitscafé, de werkgroep en de klankbordgroep omdat ze een platform bieden voor kennisuitwisseling over culturele diversiteit en oudere migranten, en de aanbieders van dagbesteding in eigen taal omdat ze een goede gelegenheid bieden om met migranten in contact te komen, èn om de mogelijke rol van deze aanbieders in het toeleiden naar zorg te observeren. De gemeente ten slotte heeft een leidende rol in het diversiteitsbeleid, WMO-beleid, de aanbesteding van WMO-taken en het managen van contracten met aanbieders.

Tabel 1 Overzicht van observaties en interviews

Organisatie	(Participerende) observatie	Interviews medewerkers	Interviews oudere migranten
Aanbieder van dagbesteding in eigen taal, met multicultureel profiel	27×3 uur	– activiteitenbegeleiders (2) – manager – geestelijk begeleider	– Nederlands-Turkse vrouwen (3) – Nederlands-Iraanse vrouw – Nederlands-Afghaanse vrouw
Aanbieder van dagbesteding in eigen taal, met Turks profiel	6×5 uur	– activiteitenbegeleider – coördinator	Nederlands-Turkse vrouwen (2)
Informatie- en adviescentrum	8×2,5 uur	– ouderenadviseur – werkbegeleider – coördinator	
Diversiteitscafé	5×3 uur		
‘Netwerk 100’ werkgroep oudere migranten en dementie	3×3 uur	– praktijkverpleegkundigen (2) – intercultureel adviseur – mantelzorgconsulent	
Klankbordgroep migrantenouderen	3×3 uur	Projectleider gemeentelijk platform dagbesteding	
Welzijnsorganisatie		Coördinator poule interculturele consulenten	
Sociaal wijkteam		Teamleider	
Gemeente		– beleidsbeleidsadviseurs (3) – contractmanager	

De observaties zijn verricht door de tweede auteur. Tijdens de observaties bij de dagbestedingscentra heeft ze meegeholpen met activiteiten en het uitserveren van maaltijden. Aan de werkgroep en de klankbordgroep nam zij actief deel. De interviews

met medewerkers zijn door de eerste of de tweede auteur afgenomen, op de werkplek van de geïnterviewde, bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk. De interviews met oudere migranten zijn door de tweede auteur samen met twee Turks- en Farsi-sprekende Masterstudenten afgenomen, op de dagbestedingslocaties. De duur van de interviews varieerde van 45 tot 90 minuten. De interviews zijn door de tweede auteur getranscribeerd en daarna naar de onderzoeksassistenten gestuurd om antwoorden te vertalen die tijdens het interview niet meteen geïnterpreteerd konden worden. De transcripties en laatste onduidelijkheden zijn vervolgens met de onderzoeksassistenten bediscussieerd. Op het moment van het schrijven van dit artikel waren alle geïnterviewden vrouwen. Op de ene dagbestedingslocatie was de groep ouderen gemengd maar gaf slechts één man toestemming voor een interview, dat moest worden afgelast omdat hij acute gezondheidsproblemen kreeg. Op de andere locatie kreeg de tweede auteur alleen toegang tot een vrouwengroep. Het streven is om in het verdere onderzoek ook mannen te interviewen.

Tab. 2 geeft een overzicht van de beleidsdocumenten die zijn geraadpleegd. Hiernaast kregen wij via de gemeente inzage in enkele interne stukken die worden gebruikt in de aanbesteding en het contractmanagement. Deze documenten zijn geselecteerd omdat ze inzicht geven in de ontwikkeling van het lokale welzijnslandschap, en de aandacht voor diversiteit en specifieke kwetsbaarheden of kwetsbare groepen daarin.

Tabel 2 Overzicht van beleidsdocumenten

Inhoud document	Jaar van publicatie
Beleidskader WMO en jeugd 2015–2018	2014
Beantwoording motie 'Divers is sterk', met een overzicht van beleid en praktijken gericht op diversiteit in zorg en welzijn	2017a
Rapport over het functioneren van de sociale wijkteams en informatie- en adviescentra	2017b
Gezondheidsagenda 2017–2020	2017d
Twee documenten over de subsidieverlening voor de zogenaamde basisinfrastructuur welzijn 2017–2020	2017c, 2018

De interview- en observatieverslagen en de documenten zijn geanalyseerd door middel van inhoudsanalyse, met behulp van de software Atlas.Ti. Er is gebruik gemaakt van een gerichte coderingsstrategie waarmee data die wijzen op een bepaalde toeleidingspraktijk in kaart zijn gebracht. Er is gelet op *wie* voorzieningen gebruikt en *waarom*, op *hoe* ze die plekken gebruiken, en op hoe het gebruik van plekken bedoeld en onbedoeld relevant is voor (verdere) toeleiding naar zorg. In de analyses van de interviews met medewerkers en de documenten is daarnaast gelet op de manier waarop over oudere migranten als groep wordt gesproken in verhouding tot andere kwetsbare groepen burgers en bredere thema's als diversiteit en cultuursensitiviteit.

Aandacht voor oudere migranten in het lokale welzijnslandschap

Beleid en beleidsuitvoering

Sinds het loslaten van het doelgroepenbeleid probeert de gemeente Nijmegen aandacht voor diversiteit te ontwikkelen binnen alle relevante beleidsterreinen, met een nadruk op het bevorderen van participatie, gelijke kansen en toegang. Toch is er eerder sprake van een accentverschil dan van een radicale breuk met het verleden (interview beleidsadviseur, september 2018). Binnen de gemeente zijn er aanjagers voor groepen zoals ouderen, LHBT'ers en statushouders. De gezondheidssituatie van migranten is een belangrijk aandachtspunt. In de gezondheidsagenda 2017–2020 worden oudere migranten genoemd als een groep met relatief veel psychische klachten [33]. Het beleidskader WMO en jeugd benoemt problemen met het bereiken van mantelzorgers in migrantenfamilies [34].

In de vaste subsidierelaties met welzijnsorganisaties worden algemene prestatieafspraken gemaakt over investeringen in het bereiken van kwetsbare groepen. Daarnaast worden organisaties aangespoord om cultuursensitief te werken. Training van medewerkers wordt zoveel mogelijk bij de organisaties gelaten, maar soms biedt de gemeente initiële ondersteuning

(interview met beleidsadviseur, november 2017). In de programma's van eisen ten behoeve van de zorginkoop wordt afstand genomen van doelgroepen, maar worden aanbieders ook aangespoord om rekening te houden met specifieke behoeften. In sommige beschikkingen wordt aandacht gevraagd voor diversiteit, maar het is niet duidelijk of aanbieders weten wat er van ze wordt verwacht (interview beleidsadviseur, september 2017). In het contractmanagement gaat nog weinig aandacht uit naar de monitoring van afspraken ([³⁵], interview contractmanager, december 2017). Hoewel burgers niet meer gezien worden als lid van een minderheidsgroep, mag gelijke toegang tot zorg worden bewerkstelligd door middel van ongelijke behandeling, bijvoorbeeld als een cliënt met een migratieachtergrond dreigt af te haken bij een overdaad aan bureaucratie (interview beleidsadviseur, november 2017).

Uit de beleidsuitvoering spreekt dus een zekere spanning tussen het loslaten van doelgroepen en het bereiken van kwetsbare inwoners, waaronder oudere migranten. Deze spanning kristalliseert op een aantal manieren uit in het wijkgerichte werken. We bespreken hieronder twee voorbeelden uit ons lopende onderzoek: de ontwikkeling van de sociale wijkteams en van het aanbod voor dagbesteding.

Funcities en bemensing van sociale wijkteams

In de eerste plaats resoneert de worsteling met doelgroepen in het denken over de functies van de sociale wijkteams. Bij de start van de wijkteams in 2015 was de gedachte dat het wijkteam generalistisch te werk moest gaan [¹⁷]. Er moest immers aansluiting zijn bij de vragen van wijkbewoners, en door te redeneren vanuit het eigen expertisegebied kon die aansluiting moeilijker tot stand worden gebracht. Medewerkers moesten aan inhoudelijke deskundigheidsbevordering doen om generalistisch te kunnen werken. Inmiddels lijkt die gedachte te zijn losgelaten: in 2016 is er een wervingsactie geweest om de diversiteit onder de teamleden te vergroten [³⁵]. Die was nog weinig succesvol, en daarom wordt er ook gewerkt aan een lange termijnstrategie om opleidingen in zorg en welzijn aantrekkelijker te maken voor jongeren uit migrantenfamilies. Daarnaast is er in 2018 gekozen voor een differentiatie van functies binnen het wijkteam, en meer aandacht voor specifieke thema's in het voorliggende welzijnswerk; hiermee wordt het wijkgerichte werken 'doorontwikkeld' [³⁶]. Eén van die thema's is breed gedefinieerd als 'diversiteit': meer inzet van sleutelfiguren, begeleiding van zelforganisaties uit de migrantengemeenschappen zodat ze een brugfunctie kunnen vervullen met het welzijnswerk, en bewustwording van de problematiek van 'diverse doelgroepen' [³⁶].

Reguliere versus specialistische dagbesteding

Het tweede voorbeeld betreft de ontwikkeling van het aanbod voor dagbesteding en ontmoetingsactiviteiten. In Nijmegen maakt dagbesteding deel uit van de zogenaamde 'basisinfrastructuur' welzijn: collectieve voorzieningen waar gebruikers naartoe kunnen zonder tussenkomst van het sociale wijkteam (interview beleidsadviseur, september 2017). De gemeente zet, in lijn met het loslaten van het doelgroepenbeleid, in op een wijkdekkend aanbod waarin aanbieders van dagbesteding wijkbewoners bedienen, en niet een bepaalde etnische of culturele gemeenschap (interview coördinator dagbesteding, mei 2018). De observaties bij het diversiteitscafé laten zien dat er ook binnen organisaties discussie is over de voor- en nadelen van cultuurspecifieke zorg. Vooralsnog wordt het lokale welzijnslandschap wel gekenmerkt door een specifiek aanbod. Vanuit een grote welzijnsorganisatie wordt dagbesteding voor Indonesische en Chinese ouderen georganiseerd [³⁵]. Daarnaast zijn er aanbieders die zich richten op dagbesteding in eigen taal (bij de twee grootste aanbieders is door ons geobserveerd). Ze trekken veel oudere Moslims, afkomstig uit Turkije en andere Islamitische culturen. Omdat in sommige wijken clusters van migranten met dezelfde achtergrond wonen, zou, in de visie van de gemeente, in die wijken het wijkgericht werken kunnen samenvallen met de zorg voor specifieke groepen oudere migranten (interview coördinator dagbesteding, mei 2018). Tot nu toe is de praktijk dat de aanbieders van zorg in eigen taal op locaties zitten die ze gemakkelijk of goedkoop in gebruik kunnen nemen. Soms liggen die locaties in de wijken waar veel migranten wonen, maar soms ook niet. Het is voor deze aanbieders niet haalbaar om deze plekken te verlaten. Daarom heeft de gemeente toegestemd met een middenweg, die inhoudt dat aanbieders in ieder geval een locatie nabij hun cliënten opzoeken op het moment dat ze ergens weg kunnen of moeten.

Belang van wijkvoorzieningen en culturele relaties in toeleiding naar zorg

Informatie- en adviescentra

In de Nijmeegse wijkstructuur zijn de al genoemde informatie- en adviescentra, na de sociale wijkteams, de belangrijkste contactpunten voor potentiële zorgvragers. Bij deze centra kunnen mensen met vragen terecht op een spreekuur. Dat wordt

bemenst door sociaal werkers en vrijwilligers met uiteenlopende expertisegebieden, van mantelzorgondersteuning tot schuldhulpverlening. De centra hebben een (eenvoudige) ontmoetingsruimte en zijn zichtbaar bij activiteiten in de wijk. Tenminste drie van de negen centra worden regelmatig bezocht door migranten van verschillende generaties. Ze liggen in multiculturele wijken waar al langer een welzijnsorganisatie die zich richt op de ondersteuning van arbeidsmigranten en vluchtelingen in Nijmegen actief was. In één van deze wijken vonden de wekelijkse observaties plaats. In een evaluatie van de wijkstructuur in Nijmegen wordt de informatie- en adviesfunctie van deze centra in landelijk perspectief uniek genoemd [17].

Een opvallende bevinding uit onze observaties is daarom dat oudere migranten niet zozeer voor deze functie naar het centrum komen, maar voor contact met een ouderenadviseur met een migratieachtergrond. Het komt een aantal keer voor dat een oudere migrant binnenkomt, vraagt naar één van deze adviseurs, en weer vertrekt als ze er niet is. Mensen zoeken haar regelmatig op om bij te praten, zonder concrete vraag. Er is sprake van een vertrouwensband, die er al toe heeft geleid dat ook andere migrantenouderen naar het centrum komen. Het kost de nodige tijd om zo'n vertrouwensband op te bouwen:

... in het begin had zij zoiets van, jij bent Marokkaans, jij gaat wel over mij roddelen! Het wantrouwen is er bij veel mensen. Dan is het goed dat ik, hoe noem je dat, die band toch wel creëer, probeer te creëren, laten zien dit is gewoon mijn werk, en voor de rest hoeven jullie nergens bang voor te zijn, als jullie een hulpvraag hebben, dan moeten jullie dat open stellen (interview ouderenadviseur, 2017).

Gespecialiseerde dagbesteding

Tijdens de observaties op één van de dagbestedingslocaties zien we iets vergelijkbaars. Hier helpen activiteitenbegeleiders oudere migranten soms op eigen initiatief verder, hoewel dit niet hun taak is. Zo wordt voor een cliënt een valalarm geregeld via het sociale wijkteam, en wordt een ander doorverwezen naar het informatie- en adviescentrum voor hulp met zijn pensioenadministratie. Opnieuw speelt de vertrouwensband met zorgverleners die dezelfde taal spreken en culturele achtergrond delen een grote rol. Verschillende oudere migranten vertelden ons dat ze voor dagbesteding in eigen taal kozen omdat ze teveel alleen in huis zaten, zonder iemand om mee te praten. Op de dagbesteding vinden ze een nieuw thuis. We ervaren op de locaties waar veel Turkse ouderen komen inderdaad een 'huiskamergevoel', met levendige conversatie tussen ouderen, terwijl andere ouderen rustig handwerken of televisie kijken. In het verlengde hiervan zien de oudere migranten de medewerkers als familie, en nemen hun adviezen voor doorverwijzing serieus. Deze bevinding duidt erop dat de opvatting over formele zorg geleidelijk aan het veranderen is ten opzichte van tien jaar geleden (zie [37]). Volgens de Islamitische traditie was en is het een verplichting van kinderen om hun ouders zo goed mogelijk te verzorgen, maar het wordt niet langer noodzakelijk geacht dat kinderen die zorg zelf verlenen (interview met geestelijk begeleider, november 2017).

Sociale wijkteams

De sociale wijkteams proberen op verschillende manieren om met oudere migranten in contact te komen: via mantelzorgconsulenten, migrantenorganisaties en aanbieders van zorg in eigen taal (interview teamleider sociaal wijkteam, februari 2018). Die strategie lijkt enig succes te hebben: de indruk bestaat dat alleen oudere migranten die nog geen zorg ontvangen en geïsoleerd leven, nog niet worden bereikt (ibid). Meer twijfel is er over de vraag hoe oudere migranten zich verhouden tot de functie van de sociale wijkteams. Omdat het voor hen niet gebruikelijk is om onderscheid te maken tussen zorg en welzijn, komen zij soms met welzijnsvragen naar het wijkteam. Ook de activerende aanpak van de wijkteams kan voor verwarring zorgen, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld:

We gaan gewoon kijken wat mogelijk is en wat ondersteunend is en dat is echt een andere manier van denken. Want ik herinner me ook tafelgesprekken waarbij een oudere vrouw, Turkse, ik ben meegegaan ... met de WMO-consulent, WMO klassiek ... maar er was een kleinzoon ingeschreven bij die mevrouw op het adres die ouder was dan 21 jaar. Ja, die mevrouw krijgt dus geen huishoudelijke hulp, dan moet de kleinzoon helpen. En dat vond ze ontzettend onrechtvaardig, maar ja, die en die krijgt het wel en die en die ook en ik ben oud en ik dacht ja, maar dat is dus echt de regel dat je kleinzoon gaat helpen. En toen was het maar ja, hij is een man, en toen dacht ik ja, maar hij heeft een baan dus hij kan ook zorgen dat er dan huishoudelijke hulp komt, jullie kunnen het ook zelf gaan regelen (interview teamleider sociaal wijkteam, februari 2018).

Zoals dit voorbeeld laat zien, kunnen oudere migranten worden geconfronteerd met een zorgstelsel dat niet altijd goed past bij hun ideeën over wat zorg is en wie zorg verleent. Ook laat het zien dat oudere migranten niet vanzelfsprekend ongelijk worden behandeld om toegang tot zorg te vergroten.

Praktijkondersteuners

Onder de vaste deelnemers van de werkgroep oudere migranten en dementie, waar de tweede auteur aan deelneemt, zijn praktijkondersteuners van huisartsenpraktijken waar veel migranten komen. Niet toevallig liggen deze huisartsenpraktijken in multiculturele wijken. Soms zijn ze verhuisd naar een andere plek na een fusie tot medisch centrum. In dat geval zijn oudere migranten hun huisarts gevolgd. Bij deze praktijken is in de loop van de jaren gewerkt aan het bespreekbaar maken van gezondheidsproblemen. Aanvankelijk werd deze cultuursensitiviteit alleen in en door het contact met migrantenouderen en hun families ontwikkeld. Nu laten huisartsen en praktijkondersteuners zich periodiek bijscholen en is er uitwisseling in de werkgroep. Daardoor is er nu meer aandacht voor signalering van andere zorgbehoeften en doorverwijzing naar de ouderenadviseurs in de sociale wijkteams (interviews praktijkondersteuners, oktober 2017 en april 2018; interview praktijkondersteuner, april 2018). Verder merken ze dat in toenemende mate persoonlijke begeleiders de telefoon beantwoorden of meekomen om te vertalen, in plaats van familieleden (interview praktijkondersteuner, oktober 2017). Het gaat dan vaak om zelfstandige persoonlijke begeleiders die hun cliënten vinden binnen een bepaalde migrantengemeenschap.

Poule met interculturele consulenten

Sinds 2018 is er een poule van vrijwilligers en professionals met een migratieachtergrond die als vraagbaak kunnen dienen voor aanbieders. Deze poule is ontstaan vanuit eerdere ervaringen met sleutelfiguren in het lokale welzijnslandschap. Vanuit de klankbordgroep migrantenouderen waar de tweede auteur aan deelneemt, hebben sleutelfiguren en professionals, met wisselend succes, informatieavonden voor mantelzorgers georganiseerd. De medewerkers van de poule hebben een vrijwilligersfunctie als 'intercultureel consulent', ontvangen een vrijwilligersbijdrage, en worden getraind en gecoacht in het omgaan met verwachtingen van hun achterban (interview coördinator, september 2018). Hoewel het nog te vroeg is om te onderzoeken of de inzet van interculturele consulenten de toeleiding vergemakkelijkt, kan worden vastgesteld dat de bekendheid van de poule bij de sociale wijkteams groter wordt. Het lukt daardoor al wat beter om preventief te werken, vooral als het gaat om opvoedvragen, die eerder onnodig bij wijkteams terecht kwamen. Voor oudere migranten zou de poule kunnen worden benut om meer informele zorg en hulp binnen het netwerk te regelen (interview coördinator, september 2018). Buiten de poule om blijft men via de eigen netwerken actief zoeken naar nieuwe sleutelfiguren om die te benaderen met concrete vragen (interview teamleider sociaal wijkteam, februari 2018). Dat is nodig om dichterbij geïsoleerd levende oudere migranten te komen (ibid) en oudere migranten te bereiken met een achtergrond die niet is vertegenwoordigd in de poule, zoals de Vietnamese (interview coördinator, september 2018).

Conclusie

'Wijkgericht' is op dit moment zonder twijfel het dominante 'frame' in zorg en welzijn. De wijk is de afgelopen tien jaar komen bovendrijven in ideeën over afstand nemen van 'doelgroepen' en nabijheid zoeken tot 'burgers'. De gemeente Nijmegen werkt, net als andere gemeenten, aan een doorlopende vertaalslag waarin dit wijkgerichte denken wordt omgezet in wijkgericht werken. Deze ontwikkelingen reproduceren een territoriale opvatting van plaatsen. Die is terug te zien in de functionele hiërarchie in de wijk: het sociale wijkteam is de 'gatekeeper' voor de toegang tot zorg, de informatie- en adviescentra en het welzijnswerk voorzien in preventie, ontmoeting en doorverwijzing. Na het volgen van de maakpraktijken in Nijmegen kunnen we concluderen dat de toeleiding naar zorg van oudere migranten veelal langs andere lijnen loopt.

Huisartsen waren en zijn belangrijke figuren voor oudere migranten. Daar zijn praktijkondersteuners bijgekomen, net als ouderenadviseurs, (persoonlijke) begeleiders en vrijwilligers met een migratieachtergrond. Deze relaties worden gekenmerkt door een bepaalde ruimtelijkheid, die mede van invloed is op hoe ze ontstaan en worden onderhouden: oudere migranten ontmoeten professionals bij het laagdrempelige informatie- en adviescentrum en voelen zich zodanig thuis op de multiculturele dagbesteding dat ze soms ook andere vormen van professionele zorg aanvaarden. De periodieke ontmoeting op verschillende plekken in het welzijnslandschap genereert nieuwe ideeën boven op individueel verworven ervaring. De poule met interculturele consulenten maakt specialistische kennis voor wijkteams en aanbieders zichtbaarder en bereikbaarder. Door het werk van professionals met een migratieachtergrond ontstaan tussenruimtes waarin Nederlandse en

niet-Westerse opvattingen over wie zorg verleent kunnen samenkomen.

In hun artikel 'New voices in social work' stellen Hendriks et al. [38] dat veel van deze professionals zich al vanaf jongs af aan sociaal werker voelden, tolkend en vertalend voor hun ouders. Ze doen regelmatig iets extra's in de sfeer van toeleiding, bovenop hun eigen werk of taken. Net als zij vragen wij ons af of er niet teveel verantwoordelijkheid voor toeleiding naar zorg van oudere migranten bij deze professionals komt te liggen. Wat gebeurt er bijvoorbeeld met oudere migranten als de ouderenadviseur met wie ze een vertrouwensband hebben vertrekt? Nemen begeleiders op de dagbesteding en zelfstandige begeleiders, als de '*extended family*' van oudere migranten, niet te veel taken op zich?

Op basis van de voorlopige bevindingen van ons onderzoek kunnen twee beleidsaanbevelingen worden geformuleerd. In de eerste plaats zou de gemeente Nijmegen afspraken over cultuursensitiviteit met wijkaanbieders beter moeten monitoren. Cultuursensitivering van zorgverleners die met oudere migranten te maken hebben is een maakpraktijk op zich, die een al te grote afhankelijkheid van professionals met een migratieachtergrond wellicht kan helpen voorkomen. Ten tweede lijkt het nuttig om, vanuit een idee van situationele gelijkheid [39], casuïstiek op te bouwen over ongelijke behandeling, en die uit te dragen in het lokale welzijnslandschap. Daarvoor kan het nodig zijn om in beleidsdocumenten en communicatie expliciet te zijn over de levensloop en de situatie van oudere migranten.

Auteurs

Roos Pijpers

Institute for Management Research, Sectie Geografie, Planologie en Milieu, Radboud Universiteit Nijmegen
Institute for Management Research, Sectie Geografie,

Planologie en Milieu, Radboud Universiteit Nijmegen

Heyendaalseweg 141, 6525 AJ Nijmegen, Nederland

e-mail: r.pijpers@fm.ru.nl

Hanna Carlsson

Institute for Management Research, Sectie Geografie, Planologie en Milieu, Radboud Universiteit Nijmegen
Institute for Management Research, Sectie Geografie,
Planologie en Milieu, Radboud Universiteit Nijmegen

Literatuurlijst

1. Denktas S, Koopmans G, Birnie E, Foets M, Bonsel G. Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *Int J Equity Health*. 2009;835-10.1186/1475-9276-8-35
2. De Graaff FM, Francke AL. Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by GPs and nurses: a survey. *BMC Palliat Care*. 2009;83-10.1186/1472-684X-8-3
3. Green G, Davison C, Bradby H, Krause K, Mejias FM, Alex G. Pathways to care: how superdiversity shapes the need for navigational assistance. *Sociol Health Illn*. 2014;36(8):1205-10.1111/1467-9566.12161
4. Ahaddour C, van den Branden S, Broeckaert B. Institutional elderly care services and Moroccan and Turkish migrants in Belgium: a literature review. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(5):1216-1227. 10.1007/s10903-015-0247-4
5. Suurmond J, Rosenmoller DL, El Mesbahi H, Lamkaddem M, Essink-Bot ML. Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly—a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2016;54:23-35. 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.014
6. Verhagen I, Ros WJ, Steunenbergh B, Laan W, de Wit NJ. Differences in health care utilisation between elderly from ethnic minorities and ethnic Dutch elderly. *Int J Equity Health*. 2014;13:125-10.1186/s12939-014-0125-z
7. Van Wieringen J. Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf. Utrecht: Pharos; 2014.

8. Verhagen I, Ros W, Steunenberg B, De Wit N. Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2013;-10.1186/1471-2458-13-227
9. Verhagen I. *Community health workers: bridging the gap between health needs of immigrant elderly and health and welfare services in the Netherlands*. Utrecht: Utrecht University; 2015.
10. Steunenberg B, de Wit N. Diversiteit in vergrijzing: cultuursensitieve ouderenzorg voor de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten. *Bijblijven*. 2013;29(4):39-44. 10.1007/s12414-013-0043-9
11. Milligan C. *There's no place like home: place and care in an ageing society*. Farnham: Ashgate; 2009.
12. Witter Y, Fokkema T. *Huisvesting en zorg voor oudere migranten in Nederland*. Demos. 2018;341-4.
13. Bannink D, Bosselaar H, Trommel W. In: *Crafting local welfare landscapes*. The Hague: Eleven International Publishing; 2013.
14. Oldenhof L, Postma J, Bal R, Ferlie E, Montgomery K, Reff Pedersen A. Re-placing care: governing healthcare through spatial arrangements. In: *The oxford handbook of health care management*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
15. Van Arum S, Van den Enden T. In: *Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. Derde landelijke peiling onder gemeenten*. Utrecht: Movisie; 2018.
16. *Raamovereenkomst basisinfrastructuur welzijn 2017–2020*. 2017.
17. *Uitkomsten onderzoeken Stips en SWTs Nijmegen*. 2017.
18. Pijpers R, De Kam G, Dorland L. Integrating services for older people in aging communities in the Netherlands: a comparison of urban and rural approaches. *J Hous Elderly*. 2016;30430-449. 10.1080/02763893.2016.1224793
19. Lawton MP. The elderly in context: perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environ Behav*. 1985;17(4):501-519. 10.1177/0013916585174005
20. Day R. Local environments and older people's health: dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health Place*. 2008;14(2):299-312. 10.1016/j.healthplace.2007.07.001
21. Lui C-W, Everingham J-A, Warburton J, Cuthill M, Bartlett H. What makes a community age-friendly: a review of international literature. *Australas. J. Ageing*. 2009;28(3):116-121. 10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x
22. Menec VH, Means R, Keating N, Parkhurst G, Eales J. Conceptualizing age-friendly communities. *Can J Aging*. 2011;30(3):479-493. 10.1017/S0714980811000237
23. Boos T. *Ethnische Sphären: über die emotionale Konstruktion von Gemeinschaft bei syrisch- und libanesischstämmigen Argentinern*. Bielefeld: transcript; 2013.
24. Cummins S, Curtis S, Diez-Roux A, Macintyre S. Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. *Soc. Sci. Med.*. 2007;651825-1838. 10.1016/j.socscimed.2007.05.036
25. Massey D. *For space*. London: SAGE; 2005.
26. Lagendijk A. Naar een relationele visie op de regio?. *Rooilijn*. 2006;39(8):418-425.
27. Van der Gref S, Droogleever Fortuijn J. Multiple disadvantage of older migrants and native Dutch older adults in deprived neighbourhoods in Amsterdam, the Netherlands: a life course perspective. *Geogr. J.*. 2017;82415-432.
28. Johansson K, Laliberte Rudman D, Mondaca M, Park M, Luborsky M, Josephsson S. Moving beyond 'aging in place' to understand migration and aging: place making and the centrality of occupation. *J. Occup. Sci.*. 2013;20(2):108-119. 10.1080/14427591.2012.735613
29. Uitermark J, Rossi U, Van Houtum H. Reinventing multiculturalism: urban citizenship and the negotiation of ethnic diversity in Amsterdam. *Int. J. Urban. Reg. Res.*. 2005;29622-640. 10.1111/j.1468-2427.2005.00614.x
30. Kelderman N. *De WMO en oudere migranten. Een verkenning in de G4*. Utrecht: Pharos; 2011.
31. Bueger C. Pathways to practice: praxiography and international politics. *Eur Pol Sci Rev*. 2014;6383-406. 10.1017/S1755773913000167
32. Mol A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
33. *Samen gezond in Nijmegen. Gezondheidsagenda 2017–2020*. 2017.
34. *Veur mekääor: zorg en welzijn dichtbij. Beleidskader WMO en jeugd 2015–2018*. 2014.
35. *Beantwoording motie 'Divers is sterk'*. 2017.
36. *Collegebesluit subsidieverlening welzijnswerk W2 2018*. 2018.

37. De Valk HAG, Schans D. 'They ought to do this for their parents': perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. *Ageing Soc.* 2008;28(01):49-66. 10.1017/S0144686X07006307
38. Hendriks P, Lensvelt-Mulders G, Van Ewijk H. New voices in social work: an explorative study of female Turkish and Moroccan-Dutch professionals in social work in the Netherlands. *Soc. Work. Educ.* 2015;341005-1020. 10.1080/02615479.2015.1088517
39. Meurs P. *Maatwerk en willekeur; een pleidooi voor situationele gelijkheid.* Den Haag: Transitiecommissie Sociaal Domein; 2016.