



Dit onderzoek kon gerealiseerd worden met financiële steun van het OCMW en de Stad Antwerpen.



Steunpunt Gelijkekansenbeleid – consortium UA en LUC – 2003

ISBN 90-77271-03-1
Wettelijk Depotnummer D/2003/3680
NUR 758

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van de uitgever.

Druk- en bindwerk : Reprografie Universiteit Antwerpen – UIA

Hoe elkaar de hand reiken?

De zoekende interactie tussen de allochtone ouderen en
het zorgaanbod in de stad Antwerpen

Auteur: Astrid Janssens

Promotor: Dr. Chris Timmerman



Steunpunt gelijkekansenbeleid
Consortium Universiteit Antwerpen en Limburgs Universitair Centrum

Dankwoord

Het realiseren van deze studie was enkel mogelijk dankzij de hulp en steun van ontelbare mensen.

In de eerste plaats danken wij alle respondenten, zowel de allochtone ouderen als de hulpverleners – van het AZ Middelheim, het ACZA Campus Stuivenberg, de alle rust- en verzorgingscentra - die zo vriendelijk waren, tijd vrij te maken om mee te werken aan dit onderzoek.

Hierbij konden we rekenen op zeer bekwame tolken om deze gesprekken in goede banen te leiden en relevante informatie te ontsluiten, met name Omare en Carine Bouhamed, El Alia Karyouh, Mohamed Chakkar en Rafet Aydemir.

Voor sturing en toetsing van de onderzoeksgegevens konden wij beroepen op de deskundigheid van de leden van de stuurgroep, met name mevrouw Anissa Akhandaf (vanwege de opdrachtgever DIA), de heer Hugo Van den Bergh, mevrouw Mieke Verspeek en de heer Koen Verhofstadt (vanwege de opdrachtgever OCMW) en de heer Rafet Aydemir (UTV). Waarvoor onze dank.

De collegae van het Steunpunt Gelijkekansenbeleid en de onderzoeksgroep OASeS zijn tijdens dit onderzoek een onmiskenbare steun en bron van inspiratie geweest; speciale dank gaat uit naar Tom D'Olieslager, Johan Geets, Joeri Laureys, Ina Lodewyckx, Sarah Meersman, Katrien Van der Heyden, Martine Vandervelden en Els Vanderwaeren.

Antwerpen, januari 2003

Astrid Janssens
Chris Timmerman

INHOUDSTAFEL

Inleiding.....	1
Probleemstelling	2
1. <i>Achtergrond van het onderzoek.....</i>	2
2. <i>Aanleiding voor het onderzoek.....</i>	2
3. <i>Theoretisch kader</i>	3
3.1 Vergrijzing van de bevolking en het 'elder ageing' fenomeen.....	3
3.2 Allochtone ouderen	6
3.2.1 Allochtone ouderen op Vlaams niveau	6
3.2.2 Situering van allochtone(n) (ouderen) te Antwerpen.....	7
4. <i>Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen.....</i>	10
Methodologie.....	12
1. <i>De onderzoeksmethoden.....</i>	12
1.1 Keuze van de methode.....	12
1.1.1 Allochtone ouderen.....	12
1.1.2 Bevoorrechte getuigen.....	13
1.2 Bespreking onderzoeksmethoden.....	13
1.2.1 Diepte-interviews.....	13
1.2.2 Focusgroepgesprekken	14
1.3 Bepalen van de steekproefomvang.....	14
2. <i>Procesbeschrijving</i>	14
2.1 De voorbereidende fase.....	14
2.2 Opmaak van de vragenlijsten	15
2.2.1 Allochtone ouderen.....	15
2.2.2 Bevoorrechte getuigen.....	15
2.3 Rekruteren van de respondenten	16
2.3.1 Allochtone ouderen.....	16
2.3.2 Bevoorrechte getuigen.....	17
2.4 Afname van de interviews.....	17
2.4.1 Allochtone ouderen.....	17
2.4.2 Bevoorrechte getuigen.....	17
2.5 Uitwerken van de interviews	18
2.6 De verdiepingfase	18
2.7 De rapportering	18
3. <i>Bemerkingen.....</i>	18
4. <i>Profiel van de respondenten</i>	19
4.1 Profiel van de allochtone ouderen	19
4.2 Profiel van de bevoorrechte getuigen.....	19
Synthese van de bevindingen.....	22
1. <i>De zorgbehoefte van allochtone ouderen</i>	22
1.1 Gezondheidssituatie.....	22
1.1.1 Gezondheid(stoestand)	23
1.1.2 Psychosomatische klachten.....	24
1.1.3 Gezondheidsperspectief	26
1.1.4 Vroegtijdig optreden van ouderdomsverschijnselen	28
1.1.5 Gender	28
1.2 Toekomstgericht denken	29
1.3 Omvang en aard van de huidige en toekomstige zorgbehoefte	31
2. <i>Invulling van de zorgvraag</i>	33
2.1 Zorgvraag van allochtone ouderen	34
2.2 Mantelzorg	34

2.3	Het zorgdilemma	35
2.3.1	Filiale verantwoordelijkheid	36
2.3.2	Structurele problemen	38
2.3.3	Taboesfeer	40
2.4	Terugkeerdilemma.....	43
3.	<i>Huidig en toekomstig gebruik van de formele gezondheidsvoorzieningen door allochtone ouderen</i>	45
3.1	Huidig gebruik van de ambulante diensten van het OCMW.....	45
3.1.1	Thuisverpleegdienst.....	46
3.1.2	Poetsdienst en gezins-(en bejaarden)helpers.....	46
3.2	Huidig gebruik van de residentiële diensten (RVT).....	47
3.3	Ziekenhuisopname	47
3.4	Toekomstig gebruik van de ambulante en residentiële diensten	50
3.5	Behoeften en verwachtingen van de allochtone ouderen ten aanzien van de Vlaamse ouderenvoorzieningen	50
3.5.1	Informatie.....	51
3.5.2	Taal	51
3.5.3	Voeding	51
3.5.4	Gender-problematiek.....	51
3.5.5	Prijsverlaging	51
3.5.6	Religie.....	51
	Algemeen Besluit	52
	Epiloog	55
	Beleidsaanbevelingen.....	56
1	<i>Toegankelijkheid.....</i>	56
1.1	Sensibiliseren van de allochtone(n) (ouderen)	57
1.1.1	Doorbreken van de taboesfeer	57
1.1.2	Sensibiliseren van de kinderen	57
1.1.3	Beeldvorming van autochtone en allochtone ouderen	57
1.2	Informatie.....	58
1.2.1	Samenwerking met allochtone zelforganisaties	58
1.2.2	Doelstellingen van de dienstencentra verbreden	58
1.3	Interculturalisering	59
1.3.1	Taallessen.....	59
1.3.2	Intercultureel bemiddelaars voor residentiële diensten.....	60
1.3.3	Inschakelen van vrijwilligers voor ambulante diensten	60
1.3.4	Opleiding nieuw personeel.....	61
1.3.5	Opleiding huidig personeel.....	61
1.3.6	Aanwervingsbeleid	62
2	<i>Enkele concrete suggesties voor aanpassingen in functie van de opdrachten van het OCMW</i>	62
2.1	Voeding	62
2.2	Ondersteuning en supervisie	62
	Bibliografie.....	64
	BIJLAGE I.....	66
	BIJLAGE II	75
	BIJLAGE III.....	79

INLEIDING

De Vlaamse bevolking vergrijsst. Ook de vergrijzing van de allochtone bevolking begint zich stilaan te manifesteren. Voorlopig maken zij maar een kleine minderheid uit, binnen de Antwerpse bewoners. Het is echter een minderheid, met specifieke noden en behoeften, die gestaag toeneemt en onze aandacht vereist.

Globale indicatoren over de toegankelijkheid van de zorgverlening voor allochtonen ontbreken nog volledig. Men gaat er nog steeds van uit dat de toegang tot het zorgsysteem in Vlaanderen voor allochtonen geen groot probleem is, terwijl er geen harde bewijzen bestaan om deze stelling te staven.

Met dit onderzoek willen we een aanzet geven om na te denken over het thema gelijk kansen van allochtone ouderen in relatie tot het zorgaanbod. Onvermijdelijk stelt zich hierbij de vraag of deze doelgroep voldoende kansen krijgt op een kwalitatieve zorgbeleving wanneer zij op dezelfde wijze behandeld worden als hun autochtone leeftijdsgenoten.

In het onderzoek waarover we hier rapporteren, bestuderen we de noden, behoeften en verwachtingen van allochtone ouderen. Er wordt nagegaan welke drempels allochtone ouderen er van weerhouden gebruik te maken van de georganiseerde zorgverstrekking.

Aan de hand van kwalitatieve onderzoeksmethoden trachten we een beeld te krijgen van de leefwereld van de allochtone ouderen. We splitsen de dataverzameling op in twee delen: een directe en een indirecte benadering. In een eerste luik zamelen we informatie in via 'sleutelfiguren' of 'bevoorrechte getuigen'. Een tweede luik levert meer directe informatie op door de allochtone ouderen aan het woord te laten.

Tot op heden is het aantal allochtone ouderen dat beroep doet op de georganiseerde dienstverlening zeer beperkt. De oorzaak hiervan ligt grotendeels bij het zogenaamde zorg- en terugkeerdilemma en de nog relatief jonge leeftijd van de oudere Turken en Marokkanen. Toch hebben de allochtone ouderen al bepaalde noden en behoeften. Deze worden voorlopig ingevuld door hun kinderen, zoals de traditie het voorschrijft. Het is maar zeer de vraag in hoeverre de wens om voor de ouders te zorgen in de praktijk realiseerbaar zal zijn, als in de toekomst de zorgbehoefte zwaarder wordt.

Toch leeft er onder de allochtone ouderen het besef dat ook zij ooit hun toevlucht zullen moeten nemen tot de georganiseerde zorgverlening. Op dat moment worden zij geconfronteerd met problemen die door het terugkeerdilemma (en het zorgdilemma) werden genegeerd: een gebrekkige kennis van het Nederlands en de werking van de diensten voor zorgbehoeftigen. Het is dus van groot belang de allochtone ouderen en hun kinderen te informeren over het aanwezige aanbod van zorgverstrekking. Anderzijds is het ook noodzakelijk dat men de communicatie tussen beide generaties, over het zorgdilemma, op gang brengt.

Deze studie toont eens te meer dat we hier met een zeer complexe problematiek te maken hebben. Toch kan men een positieve tendens signaleren en spreken van een eerste toenadering tussen de allochtone ouderen en het zorgaanbod.

PROBLEEMSTELLING

1. ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK

Het besef dat men ouder wordt, heeft de mens steeds bezig gehouden en dit zowel in positieve (groei in wijsheid) als in negatieve zin (aftakeling). Tevens heeft zowel de omvang als de structuur van de bevolking invloed op het politieke, het sociale en het economische leven. Een sterke veroudering creëert een stijgende behoefte aan verzorging. Het aantal personen dat de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt, beïnvloedt de grootte van de uitgaven voor sociale zekerheid. De bezinning die Minister M. Vogels in de 'Beleidsnota van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen 2000-2004' aangaande de betekenis van 'leeftijd' en 'ouderdom' plant voor de ontwikkeling van een ouderenbeleid is noodzakelijk. Een analyse van het gevoerde ouderenbeleid toont immers aan dat dit niet voldoende gedifferentieerd en te veel een 'voorzieningenbeleid' was.

Het nieuwe ouderenbeleid van de Vlaamse regering wenst uitdrukkelijk een trendbreuk te bewerkstelligen in de gangbare visie op ouder worden en ouderdom. 'De' oudere bestaat niet, ondanks de stereotiepe denkbeelden over ouderen. De menselijke diversiteit neemt toe met de leeftijd. 80-jarigen verschillen veel meer van elkaar dan 8-jarigen. Dat heeft te maken met een unieke levensloop die ieder van hen heeft afgelegd. Net zoals er een verschil bestaat in de verwachtingen, aspiraties, behoeften en competenties tussen 20-40 jarigen, zo is dit ook, en in toenemende mate, het geval bij de 60- tot 80-jarigen. Vanuit deze idee is het niet meer dan logisch dat we een meer open en gedifferentieerde kijk ontwikkelen op de toenemende groep ouder wordende personen in onze samenleving.

Naar aanleiding van de toenemende vergrijzing, wil men het huidig gevoerde beleid aanpassen en heroriënteren op de nieuwe en toekomstige noden van de ouderen in Vlaanderen. Hierbij wordt een globaal ouderenbeleid vooropgesteld. Een vergrijzing van de bevolking houdt echter geenszins in dat deze grijs en ongedifferentieerd is. De unieke levensloop van deze mensen zorgt voor een grote verscheidenheid binnen deze groep maar ook de herkomst leidt tot een veelkleurig ouderen gezelschap. Het is naar aanleiding van de vaststelling van deze 'nieuwe' subgroepen binnen de ouderenpopulatie, dat de vraag voor dit onderzoek wordt gesteld: identificeer de (specifieke) huidige en toekomstige noden en behoeften van allochtone ouderen. Op Vlaams niveau werd deze studie uitgevoerd door Guido Cuyvers en Jo Kavs (2001).

2. AANLEIDING VOOR HET ONDERZOEK

De problematiek van de vergrijzing van de bevolking leeft niet enkel op Vlaams niveau, maar weerspiegelt zich op het niveau van de Vlaamse steden. Het zijn juist de Vlaamse steden, o.a. Antwerpen, waar de 'veroudering' van de allochtone bevolking het sterkst merkbaar is. Ze is er het resultaat van de interferentie van verschillende aspecten. Eén van deze aspecten is dat de tweede immigratiegolf van de jaren zestig en zeventig, in tegenstelling tot de eerste immigratiegolven van de tussenoorlogse periode, zich op de steden concentreerde. Deze immigratie betrof vooral immigranten van rond de Middellandse Zee, in het bijzonder Marokko en Turkije.

Deze eerste generatie migranten heeft ondertussen bijna de bejaarde leeftijd bereikt. Binnen afzienbare tijd zullen zij geconfronteerd worden met een aftakeling van hun fysieke en / of mentale gezondheid. Men gaat er in Vlaanderen van uit dat de toegankelijkheid van het zorgsysteem voor allochtonen geen groot probleem is (Peeters en De Muynck, 1997). Nergens wordt deze veronderstelling door gegevens ondersteund. Er bestaat inderdaad het formele recht op zorg, en dit recht geldt voor iedereen, autochtoon zowel als allochtoon. Doch is dit werkelijk ook zo, of betreft het hier enkel een theoretisch gegeven?

Met dit onderzoek willen we nagaan in welke mate de allochtone ouderen kennis hebben van de bestaande georganiseerde hulpverleningsdiensten, van welke diensten zij gebruik maken, of zij hiervan tevreden zijn en wat hun attitude en verwachtingen zijn ten aanzien van dit zorgaanbod.

3. THEORETISCH KADER

3.1 Vergrijzing van de bevolking en het 'elder ageing' fenomeen

De vergrijzing van de bevolking zal op middellange termijn het gehele economische leven beïnvloeden. Volgens de berekeningen van het Nationaal Instituut voor de Statistiek en het Federaal Planbureau (NIS & Planbureau, zie tabel 5 en Tabel 2) zal de grijze druk (het aantal 60-jarigen en ouder ten opzichte van 100 personen tussen 20-59 jaar) in Vlaanderen evolueren van 35 in 1990 naar 41 in 2004 tot 50 in 2010. Deze vergrijzing genereert vandaag een grote stijging van de vraag naar verzorging en aangepaste huisvesting.

Antwerpen vertoont een minder uitgesproken stijging van de grijze druk in vergelijking met Vlaanderen; een stijging van 1,6 tegenover een stijging van 4,6 in %-punt (zie Tabel 1). Dit betekent geenszins dat Antwerpen niet met een zware grijze druk af te rekenen heeft, wel integendeel. In Antwerpen staan tegenover 100 actieven (20-59 jaar) 49 ouderen (60+). Dit cijfer ligt hoger dan in de 13 centrumsteden¹, Gent en Vlaanderen.

¹ De groep van de dertien Vlaamse centrumsteden: Aalst, Antwerpen, Brugge, Genk, Gent, Hasselt, Leuven, Mechelen, Oostende, Roeselare, Sint-Niklaas en Turnhout.

Tabel 1: Evolutie van de bevolkingsstructuur, 1990-2015, voor Vlaams gewest.

Leeftijdsgroep	Bevolking op 1/01 van het jaar			Vooruizichten op 31/12 van het jaar								
	1990	%	2000	%	2001	%	2004	%	2009	%	2015	%
0-19	1.413.368	24,62	1.369.264	23,05	1.359.547	22,84	1.338.871	22,23	1.309.387	21,57	1.256.249	20,55
20-39	1.782.520	31,06	1.676.627	28,22	1.659.164	27,87	1.583.375	26,29	1.508.318	24,84	1.493.678	24,44
40-59	1.412.454	24,61	1.577.593	26,56	1.607.213	27,00	1.727.703	28,69	1.770.575	29,16	1.738.859	28,45
60-79	941.637	16,41	1.114.883	18,77	1.114.353	18,72	1.116.283	18,54	1.180.634	19,45	1.271.404	20,80
80+	189.757	3,31	201.884	3,40	212.275	3,57	255.541	4,24	302.437	4,98	352.442	5,77
TOTAAL	5.739.736	100,00	5.940.251	100,00	5.952.552	100,00	6.021.773	100,00	6.071.351	100,00	6.112.632	100,00

Bron: N.I.S., Rijksregister: tellingen 1990-2001.

N.I.S. en Federaal Planbureau: Bevolkingsvooruitzichten 2000-2050 (Mathematische demografie)

Tabel 2: Evolutie van de demografische maten, 1990-2015, voor Vlaams Gewest.

Term	Bepaling	Bevolking op 1/01 van het jaar		Vooruizichten op 31/12 van het jaar			
		1990	2000	2001	2004	2009	2015
1. Veroudering		80,0	96,2	97,6	102,5	113,3	129,3
- Vergrijzing	$[(60 \text{ en } +)/(0-19)] \times 100$	19,7	22,2	22,3	22,8	24,4	26,6
- Ontgroening	$[(0-19)/(totale \text{ bevolking})] \times 100$	24,6	23,1	22,8	22,2	21,6	20,6
2. Afhankelijkheidsgraad		79,6	82,5	82,2	81,9	85,2	89,1
- Grijze druk	$[(0-19)+(60+)/(20-59)] \times 100$	35,4	40,5	40,6	41,4	45,2	50,2
- Groene druk	$[(60 \text{ en } +)/(20-59)] \times 100$	44,2	42,1	41,6	40,4	39,9	38,9
- Veroudering binnen de veroudering	$[(0-19)/(20-59)] \times 100$	16,8	15,3	16,0	18,6	20,4	21,7
3. Doorstroming van de potentiële actieven (breed)	$[(80 \text{ en } +)/(60 \text{ en } +)] \times 100$	116,4	102,8	102,1	97,4	85,8	77,4
Doorstroming van de potentiële actieven (eng)	$[(10-24) / (50-64)] \times 100$	125,3	114,7	112,9	95,1	88,0	81,7
4. Verouderingsgraad van de bevolking op actieve leeftijd	$[(20-24) / (55-59)] \times 100$	79,2	94,1	96,9	109,1	117,4	116,4
	$[(40-59)/(20-39)] \times 100$						

Bron: N.I.S., Rijksregister: tellingen 1990-2001.

N.I.S. en Federaal Planbureau: Bevolkingsvooruitzichten 2000-2050 (Mathematische demografie)

Tabel 3: Leeftijdverdeling, 55-64 jarigen en 65-plussers, voor de Marokkaanse, Turkse en Belgische bevolking te Antwerpen, voor 2002.

Buurt	Marokko				Turkije				Totale bevolking					
	55 tem 64j		Bejaarden (65+)		55 tem 64j		Bejaarden (65+)		55 tem 64j		Bejaarden (65+)		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Stad Antwerpen	936	7,2%	646	5,0%	282	6,7%	186	4,4%	48411	10,8%	90114	20,1%	448422	
Distr. Antwerpen	372	7,1%	264	5,0%	182	6,6%	125	4,5%	15598	9,9%	30359	19,3%	157562	
Distr. Bezali	1	3,4%	1	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	1005	10,4%	1245	12,9%	9687	
Distr. Ekeren	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2410	10,9%	3716	16,8%	22120	
Distr. Merksem	36	8,1%	21	4,7%	1	1,6%	2	3,2%	4492	11,1%	8533	21,1%	40456	
Distr. Deurne	78	5,5%	51	3,6%	2	1,4%	5	3,4%	8353	12,3%	15173	22,4%	67689	
Distr. Bergerhout	285	7,5%	172	4,5%	10	10,1%	3	3,0%	4004	10,1%	7824	19,7%	39618	
Distr. Berchem	51	7,6%	42	6,3%	57	9,3%	36	5,9%	4383	11,1%	9041	22,9%	39471	
Distr. Wilrijk	30	7,1%	30	7,1%	15	7,9%	7	3,7%	4240	11,1%	8215	21,5%	38245	
Distr. Hoboken	83	8,7%	65	6,8%	15	4,8%	8	2,6%	3914	11,7%	5956	17,8%	33370	

Bron: Gegevens bevolking op 1 januari 2002, Dienst bevolking, Burgerzaken, Stad Antwerpen, bewerkingen door SOMA vzw, Databank Sociale Planning en eigen bewerkingen.

Tabel 4: Aantal en aandeel van de Marokkaanse en Turkse 65-plussers, te Antwerpen, voor 1991 en 2001.

	Totaal # inwoners	Totaal # 65+	% 65+ tav totaal # inwoners	Totaal # Marok. inwoners	# Marok. 65+	Totaal % Marok. 65+ tav # aantal Marokkanen	Totaal # Turkse 65+	% Turkse totaal # Turken
1/01/91	467875	88275	18,87%	19514	82	0,42%	6439	24
1/01/01	445570	90113	20,22%	17594	608	3,46%	5443	169
Stijging van het aantal			2,08%					
								604,17%

Bron: N.I.S., Rijksregister: tellingen 1990-2001; eigen bewerkingen.

N.I.S. en Federaal Planbureau: Bevolkingsvooruitzichten 2000-2050 (Mathematische demografie)

Tabel 5: Evolutie grijze druk, 1991-2001, in Antwerpen, Gent, centrum steden en Vlaanderen (%).

	Antwerpen	Gent	13 steden	Vlaanderen
1991	46,9	42,0	41,5	36,1
1992	47,4	42,0	41,9	36,5
1993	47,6	42,3	42,4	37,1
1994	47,7	42,4	42,7	37,5
1995	48,3	42,7	43,2	38,1
1996	48,6	43,0	43,8	38,6
1997	48,8	43,3	44,2	39,0
1998	49,0	43,2	44,5	39,5
1999	49,2	43,3	44,8	40,1
2000	49,0	43,2	44,9	40,5
2001	48,5	42,6	45,1	40,6
<i>Evolutie in %-punt</i>	1,6	0,6	3,6	4,6

Bron: N.I.S. en eigen berekeningen

Naast deze algemene veroudering zal de Europese Unie volgens Cadjou (1999) ook worden geconfronteerd met het 'elder ageing' fenomeen. Dit betekent een snelle stijging van het aandeel 80-plussers (hoogbejaarden) in de totale bevolking.

De prognoses voor Vlaanderen tonen een toename van het aandeel bejaarden (60+) van 19,72 % in 1990 naar 22,29 % in 2001 en 26,57 % in 2015 (zie Tabel 1). Het percentage hoogbejaarden evolueert van 3,31 % in 1990, over 3,57 % in 2001 tot 5,77 % in 2015. We moeten niet wachten tot 2015 om hierop te reageren. Dit percentage ligt nu al boven het Europese gemiddelde.

3.2 Allochtone ouderen

Voor de bespreking van een aantal demografische kenmerken van de Belgische en allochtone zestigplussers in Vlaanderen en Antwerpen, baseren we ons hoofdzakelijk op de gegevens van respectievelijk het N.I.S. en het SOMA. Om de Belgen van de vreemdelingen te onderscheiden gebruiken zij het criterium van de nationaliteit. Omdat geen rekening wordt gehouden met de naturalisaties zal in de realiteit het aantal personen van vreemde origine iets hoger liggen dan de nu volgende cijfers aangeven.

3.2.1 Allochtone ouderen op Vlaams niveau

In dit onderzoek willen we echter niet enkel de diversiteit door leeftijd benaderen, maar ook de diversiteit tussen verschillende bevolkingsgroepen. Ondanks de zeer heterogene samenstelling van de groep allochtone ouderen (zie tabel 6) focussen we ons in deze studie op de groep moslims. We verwachten vooral aanpassingsproblemen bij allochtone bejaarde moslims ten gevolge van een aantal specifieke eigenschappen (bijvoorbeeld eetgewoonten, beleving van hun godsdienst, e.a.). Daarnaast zal het voor de bejaarden die een onvolledige loopbaan achter de rug hebben, wat dikwijls het geval is bij deze allochtonen, moeilijk zijn om met een onvolledig pensioen rond te komen. Hun gebrekkige kennis van ons hulpverleningssysteem maakt hun positie nog kwetsbaarder.

Vandaag worden de meeste bejaarde allochtonen (en in het bijzonder de Marokkaanse en de Turkse) wellicht door de kinderen verzorgd. De hele familie woont vaak nog onder een zelfde dak en daardoor zijn veel problemen waarmee bejaarde allochtonen worden geconfronteerd, niet waarneembaar. We vragen ons echter af of de toekomstige generaties nog voor hun ouders zullen

zorgen, rekening houdend met het gegeven dat jongeren steeds vaker hun weg willen zoeken zonder al te veel sociale controle.

Tabel 6: Verdeling van het aantal 60-plussers, naar regio van herkomst, voor Vlaanderen en Brussel.

	Vlaanderen	Brussel hoofdstad	Totaal Vlaanderen en Brussel
België	1280397	174988	1455385
EU-landen	28552	18860	47412
Niet EU-landen	3290	2095	5385
Azië	475	468	943
Afrika	2855	5761	8616
Amerika	617	510	1127
Oceanië	22	13	35
Andere	559	883	1442
Totaal	1316767	203578	1520345

Bron: N.I.S., situatie op 1 januari 2001

In Vlaanderen tonen recente gegevens van het Nationaal Instituut voor de Statistiek van de laatste negen jaar (1990-1998) een opvallende toename van het aantal allochtone bejaarden (65-plussers) met 46%. Op 1 januari 1999 waren er 977.453 bejaarden (65-plussers), waarvan 954.448 Belgen en 23.005 buitenlanders, hetzij respectievelijk 97,6% en 2,4%. De grote meerderheid (85,4%) van de 23.005 bejaarde buitenlanders zijn Europeanen, voornamelijk uit de EU, terwijl de Marokkanen en de Turken de belangrijkste etnische groepen vormen van niet EU-origine in het totaal aantal bejaarde allochtonen in Vlaanderen, ca. 9% (Ben Abdeljelil & Vranken, 1996).

We stellen daarenboven vast dat het aantal allochtone bejaarden jaarlijks groter wordt ten gevolge van de gezinsherenigingen. Voorlopige onderzoeksresultaten (Timmerman, Van der Heyden, Ben Abdeljelil en Geets, 2000) tonen dat respectievelijk 3,3% en 4% van alle Turkse nieuwkomers in Vlaanderen en Brussel tussen 1994 en 1998, 55 jaar of ouder waren. Bij de Marokkaanse nieuwkomers bedroegen deze aandelen respectievelijk 3,5% en 4,2%. Ondanks het feit dat hun aantal niet groot is, nam hun aandeel in het totaal aantal nieuwkomers erg snel toe.

3.2.2 Situering van allochtone(n) (ouderen) te Antwerpen

3.2.2.1 Diversiteit in Antwerpen

In Antwerpen wonen (op 1 januari 2002, SOMA) 448.422 mensen, waarvan er 50.045, ofwel 11,16%, een andere dan de Belgische nationaliteit bezitten. Het merendeel (35%) van die vreemdelingen zijn EU-burgers. De grootste groep niet-Europese vreemdelingen zijn de Marokkanen. Zij representeren 26% van de vreemdelingen en maken 3% uit van de totale Antwerpse bevolking (zie ook Tabel 7). De Turkse populatie staat in voor 8,4% van de vreemdelingen, wat overeenkomt met bijna 1% van de totale Antwerpse populatie.

Tabel 7: Overzicht van de verschillende nationaliteitsgroepen, per district.

Buurt	Nationaliteitsgroepen										
	Belg	EU	Rest Europa	Marokko	%Mk/Vr ²	%Mk/Tot.	Turkije	%Tk/Vr.	%Tk/Tot.	Rest wereld	Vluchtelingen
Stad Antwerpen	398377	17774	4063	12990	26,0%	2,9%	4219	8,4%	0,9%	9439	1543
Distr. Antwerpen	130188	10112	2103	5240	19,1%	3,3%	2776	10,1%	1,8%	6179	960
Distr. Bezali	9326	263	29	29	8,0%	0,3%	7	1,9%	0,1%	23	10
Distr. Ekeren	21376	482	71	7	0,9%	0,0%	11	1,5%	0,0%	169	4
Distr. Merksem	38522	916	215	447	23,1%	1,1%	63	3,3%	0,2%	234	49
Distr. Deurne	63120	1624	504	1418	31,0%	2,1%	147	3,2%	0,2%	711	164
Distr. Borgerhout	32898	1255	507	3803	56,6%	9,6%	99	1,5%	0,2%	896	159
Distr. Berchem	35785	1492	273	672	18,2%	1,7%	613	16,6%	1,6%	525	111
Distr. Wilrijk	35803	991	255	423	17,3%	1,1%	191	7,8%	0,5%	539	42
Distr. Hoboken	31172	632	101	950	43,2%	2,8%	312	14,2%	0,9%	159	44

Bron: Gegevens bevolking 1 januari 2002, Dienst Bevolking, Burgerzaken, Stad Antwerpen, bewerkingen door SOMA vzw, Databank Sociale Planning

Tabel 7 geeft een overzicht van de belangrijkste herkomstlanden van de inwoners in de stad Antwerpen, per district. Het district Borgerhout springt duidelijk naar voren, waar bijna 10% van de inwoners de Marokkaanse nationaliteit hebben. Men moet in het achterhoofd houden dat dit een onderschatting is van het aantal inwoners van Marokkaanse origine. Velen van hen, en dat geldt uiteraard ook voor de andere nationaliteitsgroepen, hebben zich ondertussen genaturaliseerd of zijn hier geboren.

3.2.2.2 Marokkaanse en Turkse ouderen te Antwerpen

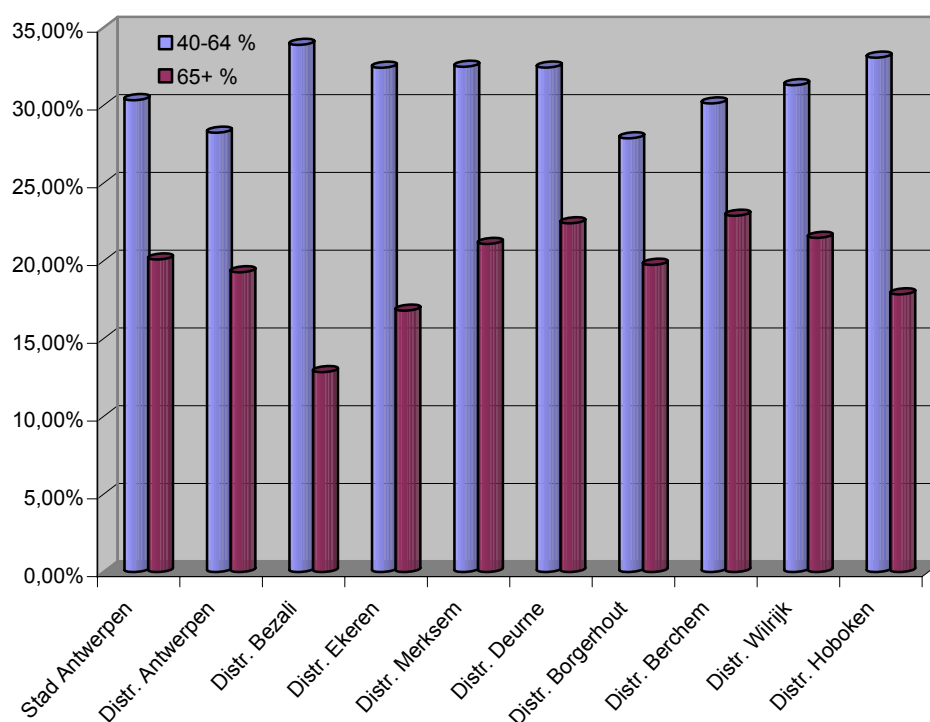
Antwerpen telt 90.114, 65-plussers. Zoals vermeld in Tabel 1, is de grijze druk in Antwerpen, in vergelijking met Vlaanderen, de laatste jaren niet spectaculair toegenomen. Antwerpen heeft dan ook al geruime tijd een zware grijze druk te torsen. In 1991 reeds stonden er bijna 47 ouderen tegenover 100 actieven.

Figuur 1 geeft een beeld van waar die ouderen zich situeren binnen Antwerpen. De districten Wilrijk, Berchem en Deurne hebben te kampen met een hoog percentage oudere bewoners. Dit is in sterk contrast met het district Bezali waar het aandeel 65-plussers slechts 12% bedraagt.

² %MK/Vr: Het aantal Marokkanen tav het aantal vreemdelingen, uitgedrukt in percentages. Hetzelfde geldt voor de Turkse vermelding.

%Mk/Tot.: Het aantal Marokkanen tav het totaal aantal inwoners te Antwerpen.

Figuur 1: Percentage ouderen per district.



Tabel 8 geeft een overzicht van de evolutie tussen 1990 en 2002 van het aandeel en het aantal 65-plussers in de verschillende districten te Antwerpen. In de districten Ekeren en Merksem verouderde de bevolking de laatste 10 jaar aanzienlijk. Het aantal 65-plussers steeg in beide districten met zomaar 25%. Het district Deurne, in 1990 reeds goed voor 20% 65-plussers, noteerde opnieuw een stijging met 10% van het aantal ouderen. Berchem blijft, ondanks een lage toename van het aantal ouderen, het district met het grootste aandeel 65-plussers. Andere districten die het aantal 65-plussers zagen stijgen (met 19%) zijn Hoboken en Wilrijk. Enkel de districten Antwerpen en Bergerhout noteerden een daling, respectievelijk 12% en 5%, van het aantal 65-plussers.

Tabel 8: Evolutie van het aandeel 65-plussers, per district, 1990-2002.

Buurt	Jaar 1990			Jaar 2002			evolutie in %-punt	stijging aantal 65+
	Totaal # inwoners	65+	% 65+	Totaal # inwoners	65+	% 65+		
Stad Antwerpen	470044	87708	18,66	448422	90114	20,10	1,44	2,74%
Distr. Antwerpen	168635	34351	20,37	157562	30359	19,27	-1,10	-11,62%
Distr. Bezali				9687	1245	12,85		
Distr. Ekeren	21752	2963	13,62	22120	3716	16,80	3,18	25,41%
Distr. Merksem	40718	6794	16,69	40456	8533	21,09	4,41	25,60%
Distr. Deurne	71431	13786	19,30	67689	15173	22,42	3,12	10,06%
Distr. Bergerhout	41246	8257	20,02	39618	7824	19,75	-0,27	-5,24%
Distr. Berchem	42882	8635	20,14	39471	9041	22,91	2,77	4,70%
Distr. Wilrijk	39694	6896	17,37	38245	8215	21,48	4,11	19,13%
Distr. Hoboken	33098	5027	15,19	33370	5956	17,85	2,66	18,48%

Bron: Gegevens bevolking 1 januari 1990 en 2002, Dienst Bevolking, Burgerzaken, Stad Antwerpen, bewerkingen door SOMA vzw, Databank Sociale Planning.

De gegevens in Tabel 8 maken geen onderscheid naar nationaliteit. In Tabel 9 worden de cijfers per district apart weergegeven voor de Turkse en Marokkaanse 65-plussers.

Tabel 9: Aandeel van de Marokkaanse en Turkse 65-plussers, per district, voor 2002.

	Aantal	% Marokkaanse	% Marokkaanse	Aantal	% Turkse 65+	% Turkse 65+
	Marokkaanse 65+	65+ tav totaal aantal 65+	65+ tav totale bevolking	Turkse 65+	tav totaal aantal 65+	tav totale bevolking
Stad Antwerpen	646	0,72	0,14	186	0,21	0,04
Distr. Antwerpen	264	0,87	0,17	125	0,41	0,08
Distr. Bezali	1	0,08	0,01	0	0,00	0,00
Distr. Ekeren	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Distr. Merksem	21	0,25	0,05	2	0,02	0,00
Distr. Deurne	51	0,34	0,08	5	0,03	0,01
Distr. Borgerhout	172	2,20	0,43	3	0,04	0,01
Distr. Berchem	42	0,46	0,11	36	0,40	0,09
Distr. Wilrijk	30	0,37	0,08	7	0,09	0,02
Distr. Hoboken	65	1,09	0,19	8	0,13	0,02

Bron: Dienst bevolking Stad Antwerpen begin 2002, bewerkingen door SOMA vzw, DSP en eigen berekeningen.

Tabel 9 illustreert waar de doelgroep van deze studie zich in Antwerpen situeert en wat hun aandeel is, zowel binnen de totale bevolking, als binnen de groep 65-plussers. De Marokkaanse ouderen situeren zich vooral in de districten Hoboken en Borgerhout, waar ze een aandeel van respectievelijk 1% en 2% bezetten van de totale ouderenbevolking. De Turkse ouderen zijn, in mindere mate weliswaar, gevestigd in de Districten Antwerpen en Berchem.

Het aandeel in de totale bevolking van deze groep is misschien beperkt maar de evolutie van het aantal Turkse en Marokkaanse ouderen geeft aan dat er wel degelijk met deze groep rekening dient worden gehouden. Tabel 5 illustreert dit. Terwijl het aantal 65-plussers binnen de totale Antwerpse populatie met slechts 2% is toegenomen zien we dat het aantal Turkse en Marokkaanse 65-plussers verzesvoudigd is.

4. ONDERZOEKSDOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

De doelstelling van deze studie is na te gaan in welke mate allochtone ouderen gebruik maken van de georganiseerde zorgverstrekking. Beroepen zij zich in dezelfde mate als hun autochtone leeftijdsgenoten op de welzijns- en gezondheidsinstellingen? Welke factoren liggen aan de basis van mogelijke verschillen tussen autochtone en allochtone ouderen in gebruik van deze diensten? Aan de hand van dit onderzoek moeten we ook in staat zijn een beeld te krijgen van de maatschappelijke attitude en verwachtingen, de huidige vragen en de behoeften van allochtone bejaarden in de context van ouder worden in Vlaanderen met specifieke aandacht voor het bestaande zorgaanbod. In welke mate deze verschillen van de autochtone ouderen wordt hier enkel nagegaan aan de hand van literatuurgegevens. Er wordt geen controlegroep in het onderzoek opgenomen.

De algemene onderzoeksvraag wordt als volgt verfijnd:

- Kennen allochtone ouderen het huidig aanbod van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen?
- Wat verwachten zij van het aanbod?
- Maken zij gebruik van dit aanbod? Zo ja, van welke? Zo nee, waarom niet?
- Welke drempels ondervinden zij om van de voorzieningen gebruik te kunnen maken?

- Hoe zien zij het gebruik van de voorzieningen evolueren in de toekomst?

Dit onderzoek vormt een eerste verkenningstocht op zoek naar informatie. We willen met dit onderzoek een indirect inzicht verwerven aangaande de verwachtingen, vragen en behoeften van bejaarde allochtonen. De heterogeniteit van de doelgroep noopt ons ertoe allereerst informatie in te zamelen via 'sleutelfiguren' of 'bevoorrechte getuigen'. Een tweede fase in het onderzoek, waar we de allochtone ouderen aan het woord laten, zal dan leiden tot een directe inzameling van informatie aangaande de leefwereld van allochtone bejaarden met hun 'eigen verwoorde' verwachtingen, behoeften en vragen. Beide informatiebronnen vergelijken we dan om zo doelgroepgerichte beleidsaanbevelingen en concrete voorstellen te kunnen formuleren om eventueel tegemoet te komen aan de vastgestelde knelpunten.

METHODOLOGIE

In dit onderdeel beschrijven we hoe we het onderzoek hebben gepland en uitgevoerd. We verantwoorden eerst de keuze van de verschillende onderzoeksmethoden voor de verschillende aspecten van het onderzoek - en bespreken ze vervolgens - en van de steekproefgrootte. Daarna volgt een overzicht met de planning van het onderzoek. Aansluitend maken we enkele bemerkingen met betrekking tot de methodologie en de planning van het onderzoek. We sluiten af met een overzicht van het profiel van de respondenten.

1. DE ONDERZOEKSMETHODEN

Theoretisch gezien is het onderzoek 'kwalitatief', praktijkgericht en beleidsondersteunend. Het is een onderzoek dat zo dicht mogelijk bij de gewone sociale en persoonlijke werkelijkheid blijft. Om een inzicht te krijgen in de noden en behoeften van de allochtone bejaarden, hebben we een aantal gesprekken gevoerd met bevoorrechte getuigen binnen de zorgsector (verpleegkundigen, gezins- en bejaardenhelpers, directie-oversten 'nursing' van de rust- en verzorgingstehuizen, ...) en allochtone bejaarden. Vooral deze laatsten hebben we de kans gegeven aan het woord te komen, door middel van diepte-interviews.

1.1 Keuze van de methode

Om op de kernvragen van het onderzoek een genuanceerd antwoord te kunnen geven, splitsen we de dataverzameling op in twee delen: een directe en een indirecte benadering. In een eerste luik zamelen we informatie in via 'sleutelfiguren' of 'bevoorrechte getuigen'. Een tweede luik levert meer directe informatie op door de allochtone bejaarden aan het woord te laten. De keuze van de onderzoeksmethode voor elk luik wordt bepaald door drie factoren: de doelstelling van het onderzoek, de onderzoeksdoelgroep en de haalbaarheid van de methode.

1.1.1 Allochtone ouderen

We onderzochten de uitvoerbaarheid van mogelijke methodes voor de bevraging van de allochtone ouderen. Uiteindelijk bleek een kwalitatieve benadering van de problematiek de enige haalbare.

Het thema laat niet toe via postenquêtes te werken. Vooreerst kan een groot deel van de eerste generatie migranten geen Nederlands lezen. De enquête zou dus opgesteld moeten worden in het Marokkaans Arabisch, Berbers of Turks. Dit zou echter geen afdoende oplossing zijn; een behoorlijk aantal van hen is ongeletterd. Zij zouden de hulp van zoon of dochter moeten inroepen om de enquête in te vullen, wat de sociale wenselijkheid alleen maar in de hand werkt. Komt daarbij nog dat het thema erg gevoelig ligt bij deze doelgroep.

Bovendien kan men zich de vraag stellen of deze mensen hun medewerking zouden verlenen aan een onderzoek. Om respondenten in het algemeen over te halen om aan een onderzoek deel te nemen, moeten ze eerst en vooral de nodige informatie krijgen over de inhoud en het belang van het project. Dit geldt ook voor de allochtone ouderen, zij het dat die informatie in dit geval best persoonlijk wordt overgebracht door een vertrouwenspersoon. Enkel een brief met de inhoud en

het belang van het onderzoek zou niet voldoende zijn om deze groep tot deelname aan te sporen. De non-respons bij een onpersoonlijke schriftelijke enquête zou dus enorm hoog zijn.

Met dit onderzoek wordt gepeild naar de verwachtingen, vragen en behoeften van allochtone ouderen. Aan de hand van kwalitatieve onderzoeksmethoden kunnen we de visies en de wensen van allochtone ouderen direct peilen. We kunnen zo een beeld krijgen van de leefwereld van de allochtone ouderen met hun behoeften, verwachtingen en vragen. Zoals reeds eerder aangehaald, is een gesprek met een vertrouwenspersoon aan te raden wanneer men allochtone ouderen wil overhalen mee te werken aan het onderzoek. Zoals reeds gezegd, ligt het onderwerp te gevoelig om via enquêtes rechtstreeks te benaderen. Vandaar de keuze om onze informatie te verzamelen aan de hand van diepte-interviews.

1.1.2 Bevoorrechte getuigen

Voor de bevraging van de bevoorrechte getuigen maakten we gebruik van kwalitatieve interviewtechnieken. Afhankelijk van te bevragen bevoorrechte getuigen kozen we hetzij voor een individueel diepte-interview, hetzij de focusgroepmethode.

De focusgroepmethode werd gebruikt wanneer we een vertegenwoordiging van een bepaalde doelgroep wensten te bereiken. Zo werd een groep samengesteld met medewerkers van de sociale dienst van het AZ Middelheim en het ACZA Campus Stuivenberg. Een andere groep bestond uit de dienstoversten 'nursing' van de verschillende OCMW rust- en verzorgingstehuizen. Zij komen minder vaak rechtstreeks in contact met de allochtone bejaarden, maar staan wel in het voor het beleid en de coördinatie op het werkerrein. We brachten deze mensen samen om via een discussie een zicht te krijgen op de specifieke noden en behoeften van de oudere allochtonen die reeds opgenomen zijn in een RVT, de werking van een RVT en de reeds geleverde acties om de opvang van allochtonen te vergemakkelijken.

1.2 Bespreking onderzoeksmethoden

1.2.1 Diepte-interviews

We opteerden ervoor om de diepte-interviews af te nemen aan de hand van een vragenlijst. Dit garandeert ons dat een aantal thema's zeker aan bod komen. Verder fungeerde de vragenlijst louter als richtlijn. Het interview beperkte zich niet tot de vooraf samengestelde topiclijst; los daarvan werden er ook nog andere vragen gesteld.

Het diepte-interview is een semi-gestructureerd, face-to-face gesprek met een of meerdere personen waarbij een reeks vragen of thema's in een bepaalde volgorde worden besproken. Het betreft een sociale interactie tussen personen, maar verschilt in die mate van een alledaags gesprek dat de gesprekstijd uit balans is. Het is immers vooral de respondent die aan het woord komt en een welgekozen thema domineert het gesprek. De interviewer bepaalt het gespreksthema en leidt de respondent aan de hand van open vragen naar het thema. De interviewer laat vanaf dit moment de respondent vrij om de inhoud van het gesprek te bepalen en interenieert enkel wanneer het gesprek afwijkt van het vooropgestelde thema of wanneer bepaalde items nog niet aan bod kwamen (Russell Bernard, 2000).

1.2.2 Focusgroepgesprekken

Focusgroepdiscussies zijn goed voorbereide discussies, waarin de meningen worden gevraagd van vijf tot twaalf personen. De onderzoeker stelt een draaiboek op waarin het volledig verloop van de sessie vastligt. In het kader van dit onderzoek omvat een dergelijke sessie de kennismaking met de deelnemers, het voorstellen van het onderzoek en het gesprek (en de kernvragen die het gesprek bepalen). De gesprekken vinden plaats in een rustige, neutrale omgeving, onder leiding van een gespreksleider die het onderwerp aanbrengt en het gesprek in goede banen leidt. De deelnemers stimuleren elkaar bij het bespreken van het onderwerp; deze interactie bevordert de dynamiek van de focusgroep (Timmerman, Streatemans en Liefoghe, 1998).

1.3 Bepalen van de steekproefomvang

Wat betreft het aantal diepte-interviews steunen we op 'theoretische saturatie', een concept uit de 'Grounded Theory Approach' ontwikkeld door Glaser & Strauss (Glaser & Strauss; 1971). Volgens hen gaan dataverzameling en analyse hand in hand en zijn het geen strikt gescheiden fases in een kwalitatief onderzoek. Aan de hand van de analyse van enkele interviews is de onderzoeker in staat om beslissingen te nemen over de bijkomende verzameling van data. De bedoeling is om aan de hand van de analyse van bijkomende data die niet of niet volledig in overeenstemming zijn met de eerste versies van een theorie, de theorie verder te ontwikkelen. Dit proces wordt aangeduid met de term 'theoretical sampling', een werkwijze die uiteindelijk moet leiden tot een gegronde theorie die het onderzochte sociale fenomeen uitvoerig verklaart. Het verzamelen van materiaal wordt beëindigd wanneer er 'theoretische saturatie' optreedt, dus wanneer een verdere dataverzameling en -analyse geen substantiële verandering meer zou aanbrengen in de ontwikkelde theorie.

2. PROCESBESCHRIJVING

De beschrijving van het onderzoek die hierna volgt is in de praktijk minder afgebakend dan uit de opdeling kan blijken. Het voorliggend rapport is gebaseerd op een studie van 9 maanden, beginnend per 1 april 2002 en eindigend op 31 december 2002. Het veldwerk werd verricht tussen 1 juni 2002 en 30 november 2002. Het eerste deel van het onderzoek kadert in een opdracht van het OCMW en de Dienst Integratie Antwerpen (DIA) en het tweede deel van het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Steunpunt Gelijkekansenbeleid.

2.1 De voorbereidende fase

De onderzoekers verwerven aan de hand van wetenschappelijke literatuur, teksten en decreten een coherent beeld van het ouderlingenbeleid en van de leefwereld van ouderen in het algemeen. De onderzoekers leggen de eerste contacten met de bevoorrechte getuigen en sleutelfiguren in de beschikbare Antwerpse werkingen omtrent bejaarden (zelforganisaties en georganiseerde zorg). De onderzoekers gaan op zoek naar werkingen die allochtone bejaarden ontvangen (via zelforganisaties van allochtone verenigingen, voornamelijk Marokkaanse en Turkse).

2.2 Opmaak van de vragenlijsten

2.2.1 Allochtone ouderen

De vragenlijst voor de allochtone ouderen bestaat uit drie grote delen, bestaande uit respectievelijk zes, vier en drie kleinere onderdelen die telkens in elkaar overlopen.

Het eerste deel van de vragenlijst tracht een kader te schetsen van de respondent. We starten met het noteren van enkele persoonlijke gegevens van de respondent, zoals: naam, geboortejaar, nationaliteit. Daarna wordt er gepeild naar de talenkennis en het opleidingsniveau van de respondent. Een derde onderdeel betreft de huisvesting, waarna de familiale situatie van de respondent aan bod komt. De volgende twee onderdelen handelen over het werk en het sociaal leven van de respondent.

Het tweede deel van het onderzoek focust meer op de vragen die we aan de hand van deze studie trachten te beantwoorden: kennis en gebruik van de diensten van het OCMW, (huidige) gezondheid en zorgbehoefte, dit laatste opgesplitst in twee delen met vragen voor zorgbehoeftigen en niet-zorgbehoeftigen.

In het derde deel worden het terugkeerdilemma en het zorgdilemma aangekaart. Er wordt ook een moment voorzien waarop de respondent eventueel zelf nog opmerkingen of aanvullingen kan maken bij het interview. We nodigen de respondent ook uit suggesties te formuleren die de drempel tot de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen verlagen of wegwerken.

De vragenlijst werd ter controle voorgelegd aan de leden van de stuurgroep (met daarin vertegenwoordigers van het OCMW en de DIA en de allochtone zelforganisaties). Reacties, vragen en bemerkingen werden besproken, waarop we enkele veranderingen deden aan de vragenlijst. Voor de finale versie van de vragenlijst, zoals hij gehanteerd werd tijdens het onderzoek, verwijzen we naar bijlage I, pagina 67.

2.2.2 Bevoorrechte getuigen

Diepte-interviews

De topiclijst die gehanteerd werd tijdens de gesprekken met de bevoorrechte getuigen is opgedeeld in vijf stukken, waarin telkens een ander thema wordt behandeld.

Het eerste deel vraagt naar persoonlijke gegevens over de respondent. Daarna volgt een gedeelte over de (hulpvragen van de) patiënten waarmee ze werken. Hierbij wordt vooral de nadruk gelegd op een bepaalde subgroep, namelijk allochtone ouderen. Aansluitend hierop volgt een stuk over de relatie tussen de hulpverlener en de allochtone bejaarde. De laatste twee onderdelen van de vragenlijst zijn gericht op interculturalisering. In het vierde deel vragen we de hulpverlener of hij/zij zich voldoende in staat acht (zowel op basis van een goede materiële als professionele omkadering) om de allochtone ouderen een bevredigende hulpverlening te kunnen aanbieden. In het laatste deel wordt er gepolst naar de kennis van alternatieve ziektemodellen of diagnosestelling.

De vragenlijst voor de bevoorrechte getuigen werd eveneens ter discussie voorgelegd aan de leden van de stuurgroep. De definitieve versie is opgenomen in bijlage III, pagina 83.

Focusgroepen

De resultaten van de diepte-interviews met de allochtone bejaarden bepaalden de keuze van de gespreksonderwerpen voor de focusgroepdiscussies.

Met de dienstoversten 'nursing' werd er gewerkt rond de opvang van allochtone bejaarden. We wilden weten hoe ze de allochtone patiënten momenteel opvangen en hoe ze dat in de toekomst wensen te doen. We confronteerden de deelnemers met een opmerkelijke vaststelling uit het onderzoek dat betrekking had op de rust- en verzorgingstehuizen: het negatieve beeld dat allochtone ouderen hebben van de rust- en verzorgingstehuizen. De samenwerking met het allochtoon personeel kwam ook aan bod. Om af te sluiten werd er gedebatteerd over een categoriaal versus een inclusief beleid voor de rust- en verzorgingstehuizen.

Het focusgroepgesprek met de personeelsleden van de sociale dienst van het AZ Middelheim en de ACZA Campus Stuivenberg had meer uiteenlopende gespreksonderwerpen. De gezondheid van de allochtone ouderen was het eerste gespreksonderwerp. We wilden weten of de allochtone en autochtone ouderen een verschillende pathologie hebben. Aansluitend kwamen de opvang en begeleiding van allochtone ouderen vanuit de sociale dienst aan bod. Afsluitend werd er gevraagd hoe zij de omvang van de doelgroep inschatten in de toekomst en of dit enige gevolgen zal hebben voor de aard van de opvang die ze nu voorzien voor de allochtone bejaarden.

2.3 Rekruteren van de respondenten

Voor de rekrutering van de respondenten werd er gestreefd naar een zo breed mogelijk samengestelde onderzoeksgroep, wat echter niet wil zeggen dat de steekproef representatief is. Er is alleen getracht een zo groot mogelijke variatie van mannen en vrouwen aan het woord te laten; zowel wat betreft de bevoorrechte getuigen als de allochtone ouderen.

2.3.1 Allochtone ouderen

Een lijst van parameters, vastgelegd in overleg met de leden van de stuurgroep, bepaalde hoe de allochtone ouderen werden geselecteerd.

- Nationaliteit of origine van de respondenten: evenveel Turken als Marokkanen;
- Gender: zowel mannen als vrouwen moeten in beide groepen (Turken en Marokkanen) allochtone ouderen vertegenwoordigd zijn;
- Allochtone ouderen die gebruik maken van de diensten van het OCMW:
 - Ambulante diensten
 - Residentiële diensten;
- Allochtone ouderen die geen gebruik maken van beschikbare georganiseerde diensten:
 - Zij die niet zorgbehoefstig zijn
 - Zij die wel zorgbehoefstig zijn;
- Ruimtelijke beperking: stad Antwerpen.

Alle allochtone bejaarden die gebruik maken van de georganiseerde zorg zoals thuisverpleging en gezins- en bejaardenhulp namen we op in ons onderzoek. De georganiseerde voorzieningen zijn thuiszorg (gezins- en bejaardenhulp, poetshulp, maaltijden aan huis, dienstencentra, e.a.) semi-residentiële (serviceflatgebouwen) en residentiële zorg (rust- en verzorgingstehuizen). Hiervoor deden we beroep op het patiëntenbestand van het OCMW. Aangezien er slechts een beperkt aantal allochtone ouderen beroep doen op de bestaande georganiseerde hulpverlening, richtten we ons ook tot de ziekenhuizen. Alle OCMW-ziekenhuizen werden aangeschreven en verleenden ons hun medewerking.

De allochtone bejaarden die gebruik maken van de informele zorg die familieleden (partner of kinderen) leveren, spoorden we op via de allochtone koepelorganisaties. Voor de rekrutering van

de resterende respondenten deden we een beroep op sleutelfiguren binnen de Marokkaanse en Turkse gemeenschap.

2.3.2 Bevoorrechte getuigen

Het aanspreken van de bevoorrechte getuigen verliep via de georganiseerde hulpverlening. Het OCMW en de personeelsverantwoordelijken van de ziekenhuizen gaven toestemming het personeel te bevragen. Er werd getracht een zo divers mogelijke groep van bevoorrechte getuigen samen te stellen vanuit de zorgsector: hulpverleners uit de rust- en verzorgingstehuizen, tolken, intercultureel bemiddelaars en (hoofd)verpleegkundig personeel uit de ziekenhuizen, gezins- en bejaardenhelpers, e.a. De sleutelfiguren, die ons hielpen allochtone ouderen te contacteren, fungeerden ook als bevoorrechte getuigen.

2.4 Afname van de interviews

2.4.1 Allochtone ouderen

De interviews werden afgenomen door een tolk-interviewer, die het gesprek voerde in het Turks of Marokkaans. Omwille van hun opleiding, expertise met betrekking tot allochtonen en kennis van het onderzoek, bevatten zij de nodige communicatievaardigheden om het gesprek op een adequate manier in goede banen te leiden. Tijdens en na het gesprek pleegden de onderzoeker en de tolk-interviewer overleg.

De allochtone ouderen waren vrij te kiezen waar het gesprek zou plaatsvinden. Zij die lid waren van een allochtone zelforganisatie verkozen het gesprek daar te laten plaatsvinden, anderen nodigden ons uit bij hen thuis. De allochtone ouderen die opgenomen waren in het ziekenhuis op het moment van het onderzoek, hadden er geen bezwaar tegen aan hun ziekbed te worden geïnterviewd.

2.4.2 Bevoorrechte getuigen

De onderzoeker zelf nam het diepte-interview met de bevoorrechte getuigen af. Het gesprek werd - indien de bevoorrechte getuige akkoord ging - opgenomen en er werden nota's gemaakt. Elk van deze gesprekken had plaats op de werkvloer van de respondent opdat de bevoorrechte getuige een minimum aan werktijd zou verliezen.

Tijdens de maand november werden twee focusgroepdiscussies georganiseerd waaraan respectievelijk zes en tien mensen deelnamen. De focusgroepdiscussies vonden plaats in het ACZA Campus Stuivenberg voor het gesprek met de personeelsleden van de sociale dienst en in het rust- en verzorgingstehuis St.-Anna voor de dienstoversten 'nursing' van de rust- en verzorgingstehuizen.

Initieel werden er ook twee focusgroepdiscussies gepland met allochtone ouderen, één met Turkse en één met Marokkaanse deelnemers, om de gegevens van de diepte-interviews een tweede keer te toetsen. Dit was organisatorisch echter niet haalbaar gezien de Ramadan in deze periode viel.

2.5 Uitwerken van de interviews

De interviews werden opgenomen op minidisc of tape. Slechts twee allochtone ouderen en één hulpverlener weigerden een opname van het interview. De onderzoeker nam ook steeds notities tijdens de interviews. De opnames werden nadien letterlijk uitgetypt door jobstudenten. Dit leverde de data voor de analyses.

2.6 De verdiepingsfase

Aan de hand van de literatuurstudie, de interviews met de bevoorrechte getuigen en de allochtone ouderen menen wij tot de gevraagde verwachtingen, behoeften en knelpunten van allochtone bejaarden in het ouderlingenbeleid te kunnen komen.

2.7 De rapportering

De via literatuur verworven kennis, de data uit de interviews, de ontwikkelde theorie en de getoetste bevindingen die een antwoord geven op de vraag, resulteren tenslotte in een neergeschreven rapport. Dit rapport, het eindresultaat van het onderzoek, biedt elementen om een gediversifieerd en multicultureel ouderlingenbeleid uit te tekenen die de toegankelijkheid voor allochtone bejaarden met een hulpvraag verhoogt.

3. BEMERKINGEN

Ondanks de keuze van de, naar onze mening, meest geschikte onderzoeksmethoden en het zorgvuldig plannen van het onderzoek, verliep het onderzoek niet altijd even vlot. Hieronder volgen enkele praktische en organisatorische drempels die soms voor een oponthoud zorgden.

Het onderzoek ving aan in april 2002. Er werd gestart met een literatuurstudie, waarna de vragenlijsten werden opgesteld. Via de allochtone koepelorganisaties, integratiesteunpunten en wijkontwikkelaars zochten we ondertussen naar sleutelfiguren die in contact komen of werken met allochtone bejaarden, die net met een project aangaande allochtone bejaarden waren gestart of die ermee gewerkt hadden. De leden van de stuurgroep stonden mee in voor het leggen van de contacten binnen de allochtone gemeenschap. Ondanks ieders goede wil, werden afspraken niet nagekomen waardoor cruciale tijd verloren ging. Het rekruteren van allochtone bejaarden verliep hierdoor enige vertraging op.

Het veldonderzoek kon dus maar van start gaan vanaf 1 juni 2002. De meeste interviews werden tijdens de maanden juni en september afgenomen. Tijdens de vakantiemaanden waren we beperkt tot interviews met (autochtone) bevoorrechte getuigen en enkele (zieke) allochtone bejaarden (vooral in de ziekenhuizen). Deze beperking is het gevolg van de jaarlijkse terugkeer van de allochtonen naar het land van herkomst. De allochtone ouderen zijn niet gebonden aan de jaarlijkse zomervakantie van scholieren en studenten en vertrekken reeds vanaf half juni naar het land van herkomst. Om dezelfde reden zijn zij niet verplicht begin september terug te keren, wat maakte dat de respondenten weer beschikbaar waren vanaf eind september.

Het aantal allochtone ouderen dat een beroep doet op de georganiseerde hulpverlening van het OCMW is erg beperkt. We beslisten om ook zieke en dus zorgbehoefte allochtone ouderen op te

zoeken in de ziekenhuizen. Officieel verleenden de verantwoordelijken (zowel binnen het OCMW als binnen de ziekenhuizen) ons de toelating om het onderzoek te laten plaatsvinden en werd ons de medewerking van de sociale dienst beloofd. Toch bleef de respons op onze oproep tot medewerking beduidend laag. De onderzoeker informeerde de sociale dienst persoonlijk over de inhoud van de studie en de aard en omvang van de vereiste hulp en contacteerde telefonisch enkele hoofdverpleegkundigen. Uitzonderd enkele diensten (waarvoor onze oprechte dank), was de respons van de geïnformeerde hulpverleners laag.

Ter controle van de resultaten van de diepte-interviews met de allochtone ouderen wensten we enkele focusgroepdiscussies te organiseren. De laatste diepte-interviews waren afgenomen in oktober en vooraleer deze waren doorgenomen, was het al bijna november. In de allochtone zelforganisaties vingen we op dat moment bot. De Ramadan startte dit jaar op 6 november en liep tot 4 december. Tijdens deze periode is het erg moeilijk de allochtone ouderen te mobiliseren deel te nemen aan een onderzoek.

4. PROFIEL VAN DE RESPONDENTEN

4.1 Profiel van de allochtone ouderen

In totaal werden er 29 diepte-interviews afgenomen van allochtone ouderen. Er is getracht een evenwichtige verdeling te hebben van Turkse en Marokkaanse ouderen, van verschillende leeftijd.

Tabel 1: Overzicht van de respondenten (allochtone ouderen) naar origine, geslacht en leeftijd

Leeftijd	Turks		Marokkaans		Totaal
	Vrouw	Man	Vrouw	Man	
50 – 54	0	1	0	2	3
55 – 64	5	1	4	5	15
65 +	3	3	1	4	11
Totaal	8	5	5	11	29

De meeste respondenten situeerden zich binnen de leeftijdsklasse van 55 tot 64 jarigen. Dit heeft grotendeels te maken met het feit de eerste generatie Marokkaanse en Turkse migranten de bejaarde leeftijd nog niet heeft bereikt. De oudste respondent die bevestigd werd, was 83 jaar.

Voor een volledig profiel van de respondenten verwijzen we naar tabel 2.

4.2 Profiel van de bevoorrechte getuigen

Er werden negen bevoorrechte getuigen bevestigd aan de hand van diepte-interviews. Later werden er nog twee focusgroepdiscussies georganiseerd, waar respectievelijk zes en tien bevoorrechte getuigen aanwezig waren.

Tabel 2: Overzicht van de respondenten (bevoorrechte getuigen)

Bevoorrechte Getuigen			
	Mantelzorgers	Formele Hulpverleners	Totaal
Vrouwen	1	7	8
Mannen	1	2	3
Totaal	2	9	11

Het profiel van de bevoorrechte getuigen is erg divers. We hadden diepte-interviews met een hoofdverpleegkundige uit het RVT St.-Anna, een hoofdverpleegkundige uit het RVT St.-Maria, een gezins- en bejaardenhulp, een gezinshulp, een Turkse en een Marokkaanse tolk beiden werkzaam binnen het AZ Middelheim en het ACZA, Campus Stuivenberg, een verpleegassistente werkzaam binnen het AZ Middelheim, een hoofdverpleegkundige van het ACZA, Campus Stuivenberg.

Tabel 3: Uitgebreed profiel van de allochtone ouderen

Respondent	Geslacht	Geboortedatum	Leeftijd	Aankomst in België	Burgerlijke staat	Huidige nationaliteit	Scholingsgraad	Nationaliteit bij geboorte
1	V	1/07/47	55	1979	gehuwd	Belg	basisschool	Marokkaans
2	V	1/07/46	56	1991	in scheiding	Belg	geen	Marokkaans
3	V	1/07/42	60	1979	verweduwd	Marokkaans	geen	Marokkaans
4	V	1/07/39	63	1973	gehuwd	Marokkaans	geen	Marokkaans
5	V	1/07/29	73	1963	verweduwd (1973)	Marokkaans	geen	Marokkaans
6	M	1/07/52	50	1989	gehuwd	Marokkaans	basisschool	Marokkaans
7	M	1/07/49	53	1974	gehuwd	Belg	Koranschool	Marokkaans
8	M	1/07/46	56	1977	gehuwd	Belg	hoger secundair	Marokkaans
9	M	1/07/43	59	1964	gehuwd	Belg	Koranschool	Marokkaans
10	M	1/07/41	61	1971	gehuwd	Belg	lager secundair	Marokkaans
11	M	1/07/38	64	1965	gehuwd	Belg	basisschool	Marokkaans
12	M	1/07/38	64	1968	gehuwd	Marokkaans	geen	Marokkaans
13	M	1/07/37	65	1971	gehuwd	Belg	hoger secundair	Marokkaans
14	M	1/07/36	66	1963	gehuwd	Marokkaans	geen	Marokkaans
15	M	1/07/35	67	1963	gehuwd	Marokkaans	Koranschool	Marokkaans
16	M	1/07/34	68	1963	gehuwd	Marokkaans	lager secundair	Marokkaans
17	V	1/07/46	56	1979	verweduwd (2000)	Turks	geen	Turks
18	V	1/07/45	57	1976	gehuwd	Turks	basisschool	Turks
19	V	1/07/43	59	1978	verweduwd (1975)	Turks	basisschool	Turks
20	V	1/07/43	59	1970	verweduwd	Belg	geen	Turks
21	V	1/07/39	63	1968	gehuwd	Turks	geen	Turks
22	V	10/10/30	72	-	gehuwd	Turks	geen	Turks
23	V	1/07/20	82	1969	verweduwd (1990)	Turks	geen	Turks
24	V	1/07/19	83	2001	verweduwd	Turks	geen	Turks
25	M	1/07/51	51	1984	in scheiding	Iraans	hoger secundair	Iranees
26	M	13/11/42	60	1974	in scheiding	Belg	beroepsonderwijs	Turks
27	M	8/04/34	68	1964	verweduwd, samenwonend	Belg	lager secundair	Turks
28	M	1/08/34	68	1965	gehuwd	Turks	geen	Turks
29	M	1/07/32	70	-	gehuwd	Belg	basisschool	Turks

SYNTHESE VAN DE BEVINDINGEN

1. DE ZORGBEHOEFTE VAN ALLOCHTONE OUDEREN

De zorgbehoefte van ouderen is afhankelijk van hun gezondheidstoestand. Eventuele specifieke noden en behoeften van allochtone ouderen kunnen dus voortvloeien uit verschillen tussen de gezondheidssituatie van allochtone en autochtone ouderen. Er zijn verschillen en deze werden in de literatuur reeds beschreven. In dit onderzoek kwamen enkele van deze verschillen naar boven. Een andere opmerkelijke vaststelling was de terughoudende instelling van de allochtone ouderen wanneer het thema 'toekomst' ter sprake kwam. Spreken over (toekomstige) zorgbehoefte en toekomstige hulpverlening blijkt voor hen niet makkelijk te zijn; er hangt een zekere taboesfeer rond dergelijke onderwerpen. Een nieuw fenomeen, dat mede zijn stempel zal drukken op de toekomstige noden en behoeften van allochtone ouderen en dat we hier zullen bespreken, is de komst van de hoogbejaarden. Zij worden door de huidige eerste generatie uit het thuisland overgebracht wegens (urgente) gezondheidsredenen.

1.1 Gezondheidssituatie

Om te achterhalen welke de specifieke noden en behoeften van de allochtone ouderen zijn, is het van belang na te gaan hoe hun gezondheidstoestand is en verder evolueert. Ook is het belangrijk na te gaan in welke mate deze verschilt van die van de autochtone ouderen.

Allereerst moet er opgemerkt worden dat slechts een klein percentage van de eerste generatie migranten de hoogbejaarde leeftijd hebben bereikt. Zoals vermeld in de probleemstelling (tabel 3) bevindt het grootste deel van de oudere migranten zich binnen de leeftijdscategorie van 55 tot 65; de groep die ook in dit onderzoek het sterkst vertegenwoordigd is. Hun gezondheid, noden en behoeften zijn dan ook navenant.

Algemeen geldt dat het biologische verouderingsproces op eenzelfde manier verloopt bij de allochtone en de autochtone ouderen: naarmate de leeftijd toeneemt, groeit ook het aantal problemen met de spieren, beenderen, gewrichten, bloedvaten, het hart en de ademhalingswegen (Loutz en Manço, 1993, p. 27).

Toch zijn er verschillen vast te stellen tussen de gezondheidstoestand van allochtone en autochtone ouderen. De Muynck en Peeters (1997) maakten een stand van zaken op van het wetenschappelijk onderzoek in Vlaanderen aangaande etnische minderheden en gezondheidszorg. De onderzoeken die samengevat werden in dit overzicht illustreren de verschillen tussen allo- en autochtonen wat betreft gezondheidstoestand (arbeidsongevallen, beroepsziekten, psychische stoornissen), gezondheids- en ziektegedrag (klachtenpatroon, medische consumptie) en kennis en opvattingen omtrent ziekte en gezondheid. In de volgende paragrafen worden deze verschillen afzonderlijk behandeld en koppelen we deze bevinden terug aan onze resultaten.

1.1.1 Gezondheid(stoestand)

Peeters, Van Sprundel en Meheus (1982) en Van Sprundel en Peeters (1988) vergelijken in hun onderzoek de gezondheid van autochtonen en migranten. Men stelt vast dat allochtone mannen vaker afwezig zijn op het werk wegens ziekte dan autochtonen, maar dat hun ziekteduur per episode korter is. Ze zijn ook vaker dan hun Belgische leeftijdsgenoten slachtoffer van werkongevallen. De verklaring hiervoor moet worden gezocht in de werkomstandigheden. Allochtonen doen vaker gevaarlijk, ongezond en lichamelijk zwaar werk. Ze begrijpen niet altijd de veiligheidsvoorschriften en passen ze daarom minder toe. Dat heeft te maken met communicatieproblemen.

In ons onderzoek stelden we vast dat een opmerkelijk aantal van de mannelijke respondenten tijdens hun loopbaan een arbeidsongeval hebben gehad. Sommigen van hen hebben permanente letsels overgehouden aan hun ongeval. Een andere vaststelling in deze context was de veelvuldige melding van 'herhaaldelijke ziekte'. Eén van de respondenten werd om deze reden ontslagen. Andere mannelijke respondenten gingen, omwille van hun slechte gezondheid, op 'jonge' leeftijd op brugpensioen. De respondenten zien de zware belasting van hun werk als oorzaak van deze regelmatige en soms ook langdurige ziekten. Uit het profiel van onze mannelijke respondenten kunnen we opmaken dat bijna ieder van hen wel eens, of zijn gehele loopbaan, tewerkgesteld was in de mijnbouw, de metaalverwerkende industrie of een andere zware industrie.

We vroegen de bevoorrechte getuigen of zij vinden dat de allochtone ouderen een afwijkende pathologie hebben. De verpleegkundigen die we aan het woord lieten, zagen niet meteen verschillen maar vertelden allen dat er proportioneel meer allochtone ouderen worden opgenomen met longproblemen. Deze trend lijkt zich wel te stabiliseren, zo vertellen ze. De bevoorrechte getuigen vinden wel dat het opmerkelijk is hoeveel allochtone ouderen er aan suikerziekte of nierdysfuncties lijden, vooral bij Marokkaanse en in mindere mate bij Turkse ouderen. Een andere vaststelling van deze bevoorrechte getuigen is de hoge prevalentie van TBC en HIV bij allochtonen (in dit geval betreft het jonge allochtonen).

Wat volgt is een fragment uit het focusgroepgesprek met de tolken en personeelsleden van de sociale dienst van zowel het ACZA Campus Stuivenberg als het AZ Middelheim. Tijdens dit gesprek vroegen we de bevoorrechte getuigen of men kan spreken van een specifieke pathologie.

Personeelslid sociale dienst: "Ouderen liggen vooral op de dienst pneumologie, maar dat zijn dan zij die vroeger in de mijnen hebben gewerkt."

Marokkaanse tolk: "Diabetes, heel veel diabetespatiënten, vooral Marokkaanse, minder bij Turken. Zowel vrouwen als mannen."

Wanneer gevraagd wordt naar een oorzaak voor deze hoge prevalentie van suikerziekte en nierdysfuncties halen de intercultureel bemiddelaars psychosociale oorzaken aan. Volgens hen ligt de migratie en de stress die hieruit voortkomt mede aan de basis van deze ziekten. Althans dat is wat de praktijkervaring hen leert.

Marokkaanse tolk: "Volgens X (diabetisch verpleegkundige in ACZA Campus Stuivenberg) heeft dit te maken met de manier van voeding en de cultuur. De belevingswijze, vooral dan omdat in Marokko, dat is helemaal anders dan in België, ook de voedingsgewoonte is helemaal anders en daardoor, dat is een factor die een belangrijke rol speelt. Dat er dus meer diabetische patiënten zijn onder Marokkanen hier dan bijvoorbeeld in Marokko zelf."

I: "Hoe komt dat dan?"

Marokkaanse tolk: "Dat heeft te maken met... er is een verandering in levenswijze, er is een verandering... die mensen zijn dus naar hier gekomen en ... het heeft te maken met

stress en met voeding, het heeft een beetje te maken met veel factoren maar stress speelt ook een grote rol in de zin van ja, er zijn mensen die bijvoorbeeld perfect hun dieet volgen maar die bijvoorbeeld zo onder stress zijn dat die dus schommelen. Ik bedoel die calorische waarde zijn hoge-lage-hoge-lage waarden en als we dan bijvoorbeeld dat bekijken met die patiënt, die volgt perfect haar dieet, dat is geen enkel probleem maar die heeft heel veel problemen thuis, met haar kinderen, dus thuis in het algemeen. Die pieken, die hoogtes en laagtes hebben daar dus mee te maken."

Turkse tolk: "Ik weet niet of dat klopt, maar er zijn een aantal Turkse patiënten die naar Turkije en die dan eigenlijk van hun diabetes verlost geraken zagezegd. Ge kunt dat niet controleren natuurlijk. Die zeggen van "in Turkije heb ik daar geen problemen mee en als ik in België ben wel".

Marokkaanse tolk: "Die voelen zich daar dan ook beter, denk ik. Dat speelt ook wel een grote rol, want wij zien dat ook wel. Sommige patiënten die dan naar Marokko gaan, en die dus allez ja, we kunnen dat controleren met zo'n machientje, en als we die resultaten dan bekijken, dan zijn die heel goed in Marokko en die mensen hebben hoogtes en laagtes, die schommelen dan als ze bijvoorbeeld hier in België zijn. Dat heeft dan te maken dat ze zich ginder beter voelen, klimaat speelt ook een belangrijke rol."

Eylenbosch en Peeters (1984) maken in hun studie ook melding van psychosociale oorzaken voor medische klachten. Zij deden een studie naar ziekte en gezondheid bij Marokkaanse gezinnen te Antwerpen. Wanneer gevraagd wordt naar gepercipieerde oorzaken bij concrete gezondheidsklachten, dan komen 'westers-biomedische redenen' het meest voor. Opvallend was ook dat psychosociale oorzaken worden genoemd, een categorie die nochtans in de klassieke Marokkaanse classificatie niet voorkomt.

De intercultureel bemiddelaars van AZ Middelheim en ACZA Campus Stuivenberg halen psychosociale factoren aan die aan de basis kunnen liggen van de hoge prevalentie van suikerziekte en nierproblemen bij de Turkse en Marokkaanse ouderen; zoals de stress die voortkomt uit de migratie en de migratie 'an sich'. Ook de veranderde voedingssituatie heeft, nog steeds volgens de bevoorrechte getuigen, een invloed op de gezondheid van de allochtone ouderen.

Zowel de migratie, de stress als gevolg van de migratie en de veranderde voedingsgewoonten vinden we in de literatuur (zie o.a. Tellegen, 1970 en Eisenberg en Kleinman, 1981) terug als zijnde mogelijke oorzaken voor de wankele gezondheid van migrerende populaties.

1.1.2 Psychosomatische klachten

Er zijn aanwijzingen (Tellegen, 1970) dat socioculturele verandering in het algemeen (waaronder migratie) en ziekte samenhangen. Niet enkel de migratie 'an sich', ook de stress die ermee gepaard gaat, kan aanleiding zijn voor gezondheidsproblemen. Onder stress moet een toestand van spanning worden verstaan die zich zowel psychologisch als fysiologisch kan uiten bij het individu. De aandoeningen waarover reeds onderzoeksgegevens beschikbaar zijn (zie o.a. Tellegen, 1970 en Eisenberg en Kleinman, 1981), hebben zowel betrekking op eerder psychische (depressie, angst) als somatische ziekten (voornamelijk coronaire hartziekten).

Opmerkelijk was dat de bevoorrechte getuigen regelmatig melding maakten van psychosomatische klachten bij allochtone ouderen. Psychosociale problemen vertalen zich, aldus de geïnterviewde verpleegkundigen en intercultureel bemiddelaars, in chronische maag- en darmklachten, migraine, pijn in de borststreek, slapeloosheid, enzovoort. Het migratieverleden speelt hierbij, meldden ons de bevoorrechte getuigen (zoals ook in het voorgaande interviewfragment), een belangrijke rol: (migratie)stress, heimwee naar het thuisland, het zich verscheurd voelen tussen het thuisland en

België, problemen met de partner of met de opgroeiende kinderen, enzovoort veroorzaken heel wat stress.

Fragment van het gesprek met bevoorrechte getuige G (verpleegkundige):

"Bij Marokkanen bijvoorbeeld, ik vraag regelmatig als er iemand nieuw binnenkomt, als ik geen contact heb van 'wat is er gaande'. Want heel dikwijls zit die vrouw, het is heel dikwijls met bejaarde vrouwen, zit die met een pak problemen. D'ér komt medisch gezien niks uit, dan zeggen we, dan gaat het belleke rinkelen na zoveel jaar dat ge hier staat, d'ér is iets anders aan de gang. En dan kunt ge wel eens iemand vragen, een tolk, ofwel een verpleegassistent in dit geval hier. En dan krijgt ge te horen: de man moet haar niet meer hebben, ze staan op scheiden, ze hebben zoveel kinderen en hij wil terug nen hoop kinderen, zelfs op 55-jarige leeftijd, dat zijn klassieke zaken. Maar heel dikwijls zijn er relationele problemen en dan ja,..."

Deze verpleegkundige legt uit dat soms een psychologisch en geen medisch probleem aan de basis ligt van de klachten van allochtone ouderen. Wanneer onderzoeken en tests geen fysische disfuncties aanwijzen, proberen ze een verklaring te vinden in psychosociale oorzaken. Anderzijds haalt deze verpleegkundige ook de moeilijkheid aan van de diagnose van psychosomatische klachten bij allochtone ouderen. Meestal moet er in desbetreffende gevallen een tolk bijgehaald worden om een uitsluitsel te geven over een al dan niet psychische aanleiding van de klachten van de patiënt:

Bevoorrechte getuige, verpleegkundige G:

"Het is altijd moeilijk, maar natuurlijk, hier is een taalbarrière hè. Plus de cultuur, dat die vrouwen meestal meer gesloten zijn hé."

Bevoorrechte getuigen merken op dat het diagnosticeren bij allochtone ouderen bemoeilijkt wordt door de gebrekkige communicatie tussen de arts en de patiënt wegens een taalbarrière (cf. volgende paragraaf). Hier bovenop komt dat het onderwerp op zich ook moeilijk bespreekbaar is.

De verpleegkundigen kunnen niet met uitsluitsel stellen dat er meer psychosomatische klachten zijn bij allochtone ouderen, dan bij hun autochtone leeftijdsgenoten. Het aan het licht brengen van mogelijke psychosociale oorzaken en het stellen van een unanieme diagnose, verloopt wel moeilijker en vergt meer tijd. Verder stellen sommige verpleegkundigen zich de vraag in welke mate ze de patiënt ook met deze problemen moeten helpen. Uiteindelijk kampen ook Belgische patiënten met relationele of andere psychosociale problemen, zo stellen ze:

Bevoorrechte getuige, verpleegkundige G:

"En in hoeverre ge daarin kunt tussenkomen, dat is natuurlijk een andere zaak. De vraag is moeten we ze in het ziekenhuis houden, en verder natuurlijk ook: is er echt iets? Moet dat behandeld worden? Of moeten we ze naar huis sturen en moeten ze zelf hun problemen oplossen zoals wij onze problemen moeten oplossen, want voor ons doen ze dat ook niet hé. Want dat is ook een verschijnsel dat ge met een Antwerpenaar ook tegenkomt; dat ge niet weet wat er schort, maar dat er relationele problemen zijn."

In onze steekproef hebben zowel mannen als vrouwen last van ongediagnosticeerde (chronische) lichamelijke aandoeningen. De vrouwelijke respondenten maakten melding van pijnen in de borstreek, hoofdpijn, pijn in de ledematen, enzovoort. De mannen in onze steekproef hadden het gemakkelijk over hoofdpijn, hartkloppingen en kortademigheid. Sommigen waren met deze klachten tot bij de huisarts gegaan of naar het ziekenhuis, maar werden daar niet wijzer uit. De klachten werden wel aanhoord, maar zelfs na enkele onderzoeken kon er vaak geen diagnose worden gesteld. Geen enkele van de respondenten maakte de associatie met (mogelijke) psychosociale problemen.

1.1.3 Gezondheidsperspectief

Het gezondheidsperspectief van een samenlevingsgroep bestaat uit het geheel van opvattingen, attitudes en kennis met betrekking tot ziekte, gezondheid en gezondheidszorg (Peeters en Foets, 1997). Kennis en opvattingen omtrent ziekte en gezondheid hebben hun invloed op het gebruik en de evaluatie van het zorgaanbod.

Het gezondheidsperspectief wordt uitgelegd in twee dimensies: het niveau van de kennis - de meest relevante variabelen hierbij zijn het opleidingsniveau en de leeftijd - en de opvattingen die men heeft over ziekte en gezondheid (Foets, 1981). Inhoudelijk heeft het gezondheidsperspectief betrekking op allerlei aspecten en fasen van het ziekteproces: oorzaken van ziekten, erkennen van symptomen, inzicht in preventieve en therapeutische maatregelen, en zo meer.

Voorstellingen omtrent oorzaken, het verloop en de beschrijving van ziekte verschillen volgens de culturele context waarin een individu wordt opgevoed en zijn in overeenstemming met het wereldbeeld van de betrokken groep (Peeters en Foets, 1997). Zo kan men een onderscheid maken tussen een exogeen en een endogeen ontstaansmodel van ziekte. De eerste categorie ziet ziekte als een extern voorwerp dat het menselijk lichaam binnendringt, terwijl de tweede categorie ziekte beschouwt als een staat van onevenwicht tussen diverse elementen.

Eylenbosch en Peeters (1986) maakten een studie over de gezondheid van Turkse gezinnen te Antwerpen en namen Belgische gezinnen op als referentiegroep. Inzake gezondheidsopvattingen blijkt uit het onderzoek, dat Turken (vooral de mannengroep) meer intern-geïntereerd zijn op de beheersingsschaal dan de Vlamingen. Zij stellen ook vast dat Turken minder medische kennis hebben en minder goed op de hoogte zijn van het zorgaanbod dan de Vlamingen. Uit voorgaand onderzoek van Eylenbosch en Peeters (1984), wist men reeds dat ook Marokkanen ziekte toeschrijven aan bovennatuurlijke oorzaken: alleen Allah kan genezing brengen.

Deze opvattingen over gezondheid komen volgens de bevoorrechte getuigen nog vaak voor bij allochtone ouderen en bemoeilijken het diagnosticeren en de behandeling. Zo begrijpen, melden de verpleegkundigen en intercultureel bemiddelaars, allochtone ouderen bijvoorbeeld niet dat bepaalde eetgewoonten of stress een rol kunnen spelen in het ontstaan van gezondheidsproblemen zoals suikerziekte, nierinsufficiëntie of hart- en vaatziekten. Bevoorrechte getuigen zeggen dat ze in zulke gevallen moeite hebben de patiënten te overtuigen van het nut van een behandeling. De ervaringen van de bevoorrechte getuigen in onze studie zijn geen alleenstaande gevallen. Praktijkobservaties, bevolkingsonderzoeken en gevallenstudies hebben reeds meermaals aangetoond dat de preventieve en curatieve zorgvraag van Marokkanen en Turken relatief laag is (De Mynck en Schillemans, 1991; De Mynck, De Clerck et al., 1989; De Ridder, 1987; Peeters, 1985). Een verpleegkundige vertelt over de problematiek:

Bevoorrechte getuige G (verpleegkundige):

"Ja, en dan therapie, ook nog zoiets he. Zeker bij diabetici. Dat gaat nu over een Turk, een casus, Mijnheer X, ik hoop dat hij nog leeft, hij is nog vrij jong, leeft van een invaliditeitsuitkering en krijgt zelfs zijn medicatie van hier mee, diuretica en nog andere, al wat ge wilt. Hij zou normaal gestabiliseerd moeten zijn, is zo, diabetes ook, maar zo ongedisciplineerd, dat dat gewoonweg hopeloos is. Die komt dus ook zeer regelmatig binnen he. En als hij binnen komt dan is die mens klaar om dood te gaan. Wij lappen die op bij manier van spreken, en dan gaat die naar huis, tot als hij weer eens een keer te ver is gegaan he."

De verpleegkundige toont met dit voorbeeld dat sommige van de allochtone ouderen moeilijkheden hebben zich te houden aan bepaalde therapieën. De verhalen van de bevoorrechte getuigen bevestigen dat Turkse en Marokkaanse ouderen de oorzaak voor ziekte buiten de persoon situeren.

Vaak zeggen allochtone ouderen dat een therapie geen zin heeft, want dat "hun lot in handen van God ligt".

Fragment uit het focusgroepgesprek met de tolken en personeelsleden van de sociale dienst van het AZ Middelheim en ACZA Campus Stuivenberg:

Marokkaanse tolk: "Maar bijvoorbeeld voeding, dieet dan zeggen ze, ja maar dat is wel moeilijk voor ons. Dan zeggen wij, dat is voor úw gezondheid, maar dan, dan komt telkens het antwoord "het is God die beslist". Zij leggen hun lot in handen van God, want alleen hij kan over hun toekomst beslissen en weet wat de toekomst zal brengen."

Bevoorrechte getuigen merken echter op dat een zelfde afwijzende houding ten aanzien van preventieve en curatieve behandelingen leeft bij de autochtonen van lage sociale klasse:

"Maar dat hebt ge bij onze mensen ook, hoor, de sociale côté, dat bestaat ook, maar bij allochtone ouderen is dat toch nog ietske moeilijker omdat ze het toch nog ietske moeilijker begrijpen."

Het gezondheidsperspectief, bepaald door twee factoren (niveau van de kennis en van de opvattingen), heeft betrekking op het inzicht in preventieve en therapeutische maatregelen (Foets, 1981). De meeste relevante variabelen voor het kennisniveau zijn het opleidingsniveau en de leeftijd: medische kennis is groter bij jongeren en bij hoger geschoolden. Autochtonen van een lage sociale klasse hebben veelal een beperkte kennis over ziekte en gezondheid. Dit ondersteunt de vaststelling van de bevoorrechte getuigen, als zouden ook autochtonen van een sociale lage klasse minder instemmen met preventieve en curatieve behandelingen.

Turkse en Marokkaanse ouderen gebruiken andere woorden, uitdrukkingen en expressies om aan derden duidelijk te maken wat ze ervaren, dan wat gangbaar is bij autochtone ouderen (Schillemans, De Muynck et al., 1987). Allochtonen bieden hun gezondheidsklachten vaak 'verpakt' aan, gemaskeerd op een cultureel specifieke wijze. Een bevoorrechte getuige vertelt over de uitdrukkingwijze van ziekte van een Marokkaanse vrouw die ze helpt in het huishouden:

Bevoorrechte getuige E, gezins- en bejaardenhulp:

I: "Hebben zij, als ze ziek zijn, een andere manier om te spreken over ziek zijn?"

R: "Ik denk dat dat van gezin tot gezin afhangt, allez, ik bedoel, ze zeggen wel bijvoorbeeld "We gaan dood, we gaan dood" zo zeggen ze dat wel."

I: "Gebruiken ze soms andere woorden, begrippen om dat ziek zijn te beschrijven?"

R: "Nee, nee, dat niet, nee. Ze gaan wel rap sterven; dat hebben ze wel. Het minste dat ze ziek zijn is dat van: "We zijn bijna aan het sterven" Als zij een griepke hebben dan zeggen ze : "Wij gaan sterven". Allez zo in hun typische uitspraak; dat is wel grappig hè."

Een jonge Turkse vrouw die instaat voor de zorgen van haar schoonmoeder vertelt hoe deze oude vrouw haar klachten verwoordt:

"Een maand geleden was ze steeds bezig dat ze zou dood gaan. Ze dacht dat ze ging doodgaan, ze was steeds bezig, "ik ga dood ik ga dood". Uiteindelijk bleek dat ze een depressie had. De dokter denkt dat het is omdat ze heimwee heeft naar haar geboortedorp."

Het volgende interviewfragment illustreert in eerste instantie opnieuw de problematiek rond de diagnosticering van psychosomatische klachten bij allochtonen en daarnaast ook de verpakking van hun gezondheidsklachten:

Bevoorrechte getuige G (verpleegkundige), vervolg van bovenstaand fragment:
"En ook die uitdrukking van ja "ziek, ziek, malade". Wij noemen dat, ja, dat is eigenlijk niet slecht bedoeld, maar wij noemen dat het Middellands Zeesyndroom. Dat is zo de uitdrukking tussen het personeel hier zo een beetje."

I: "Psychosomatisch dan of wat?"

R: "Ja, psychosomatisch. En ja, dat er thuis iets schort of euh, dat ge, gewoon dat ge niet te weten kunt komen wat er nu feitelijk is maar dat is dan kop- en maagpijn, dat is iets heel klassieks, maar dat is verdomd moeilijk hè. Want wij hebben zo pas iemand gehad, en dat was een Ghanese vrouw, dan illegaal hier was en procedure en al wat ge wilt. En dan op den duur, na al die onderzoeken, niks, zegt ge: "ja, zeg hè, wat is het nu?". Dat zal wel iets psychisch zijn, maar twee dagen later ligt ze daar dan door de tweede keer en moet ze beademd worden, dus ge moet er wel voorzichtig mee zijn dikwijls hè dergelijke zaken te zeggen. Maar voor 80 % is het zo dat er echt relationele problemen zijn maar dan gebruiken wij onze tolken he."

De allochtone ouderen ervaren deze en gelijkaardige situaties als frustrerend. Zij hebben het gevoel dat ze niet begrepen worden door de verpleegkundigen of de artsen. Anderzijds leeft dit gevoel van onmacht ook bij het verplegend personeel, zoals blijkt uit voorgaand interviewfragment. Zij worden geconfronteerd met een patiënt die ze niet helemaal begrijpen, vanwege de taal en hun verschillende wijze van communiceren over gezondheid.

Taal is echter niet de enige verklarende factor voor deze communicatiekloof, zo beweert Eppink (1987). Gebrekkige talenkennis is slechts een onderdeel van een grotere problematiek, die nauw samenhangt met sociale klasse, cultuur en sekseverschillen.

Uit onderzoek blijkt (voor een overzicht zie Peeters en Foets, 1997) dat het gezondheidsperspectief van ouderen en mensen van lagere sociale niveaus anders is dan het waardepatroon van de professionele hulpverleners. Zij houden er min of meer magisch-religieuze, medisch-wetenschappelijk gezien irrationele ziekteopvattingen op na. Zij hanteren niet dezelfde rationele waarden en normen als deze waarmee het professionele gezondheidszorgsysteem werkt. Dit resulteert in een grotere afstand tussen beide groepen. Inzake kennis en opvattingen bestaan er voor ouderen en mensen van lagere sociale niveaus meer drempels naar het gezondheidsapparaat.

1.1.4 Vroegtijdig optreden van ouderdomsverschijnselen

Een ander verschil, vermeldt door Loutz en Manço (1993), is het vroegtijdig opduiken van de ouderdomsaandoeningen. Velen worden reeds op hun vijftigste geplaagd door kwalen waar de autochtone leeftijdsgenoot pas tien jaar later mee wordt geconfronteerd. Een van de oorzaken hiervan ligt opnieuw bij de stress, die veroorzaakt wordt door het migratieverleden. Bij de mannen legt het arbeidsverleden een zware hypotheek op hun gezondheid en geeft aanleiding tot vroegtijdige fysische veroudering. Bij de vrouwen is het gebrek aan beweging in combinatie met een onaangepast voedingspatroon de boosdoener.

In ons onderzoek komen typische ouderdomskwalen nauwelijks aan bod. Enkele van de allochtone ouderen zijn (iets) minder mobiel, sommigen hebben last in hun ledematen, maar niemand die werkelijk lijdt aan een specifieke ouderdomsaandoening. De meeste van de respondenten die deel uitmaakten van deze studie waren nog te jong om effectief last te hebben van ouderdomskwalen.

1.1.5 Gender

Uiteindelijk moeten deze verschillen in gezondheidstoestand tussen allochtone en autochtone (ouderen) in zekere mate worden gerelativeerd.

Uniken Venema, Peeters en Van Haastrecht zetten in 1990 een grootse (internationale) vergelijkende studie op waarin een steekproef van 244 Turkse huishoudens te Antwerpen vergeleken werden met een groep van 244 Vlaamse huishoudens wonend in dezelfde buurten. De belangrijkste conclusie betreffende de gezondheidstoestand die uit dit onderzoek naar voren kwam, is dat de verschillen tussen mannen en vrouwen groter zijn dan tussen Vlamingen en Turken. Vrouwen voelen zich ongezonder en hebben doorgaans meer gezondheidsklachten, maar laten deze minder dan allochtone mannen bevestigen door een arts.

Wanneer we de klachten bekijken die werden geuit door onze respondenten stellen we inderdaad vast dat de vrouwen (ongeacht nationaliteit of origine) meer melding maakten van lichamelijke klachten. Verder kunnen er aan de hand van deze studie, over dit onderwerp, geen uitspraken worden gedaan.

1.2 Toekomstgericht denken

Opvallend in deze studie was de terughoudendheid van de allochtone ouderen wanneer het thema toekomst ter sprake kwam. Er hangt een zekere taboesfeer rond dingen die zich in de toekomst afspelen, ongeacht het onderwerp: mogelijk toekomstig gebruik van bestaande Vlaamse welzijns- en gezondheidsvoorzieningen, al dan niet terugkeren naar het herkomstland, al dan niet rekenen op de kinderen voor hulp wanneer men hulpbehoevend zal zijn, enzovoorts.

Allereerst voelen de meeste van de respondenten zich niet oud en zeker niet bejaard. Feit is dat 80% van de steekproef jonger is dan 65 jaar (maar wel ouder dan 50). Zij vinden het aldus niet nodig om oplossingen te zoeken voor problemen die zij mogelijk in de toekomst zullen moeten confronteren. Sommige van de respondenten zeggen dat dan ook wanneer er een toekomstgerichte vraag aan hen wordt gesteld:

Respondent 2, V, °1946.

I: "Stel dat u in de toekomst toch minder goed te been bent, hulpbehoevend zou worden. Zou u dan beroep doen op een van deze diensten, zou dit interessant kunnen zijn?"

R: "Daar heb ik nog niet over nagedacht. We zullen wel zien als het zover is."

Respondent 3, V, °1942.

I: "Ja, zo mensen in een verzorgingstehuis, vindt u die zielig of beklagenswaardig, of ... Als u denkt aan mensen in een bejaardentehuis, vindt u die zielig, zo aan hun lot overgelaten?"

R: "Ik denk er niet veel over maar ik zou er zeker niet graag terecht komen. Neen, neen, dat is niks voor mij. Eigenlijk ben ik niet iemand die heel toekomstgericht is, alle, die over de toekomst veel nadenkt. We zullen dan wel zien wat er komt."

Beide respondenten zeggen het voorlopig onnodig te vinden zich zorgen te maken over de toekomst. Wat telt is dat ze nu gezond zijn, geen problemen hebben. Problemen die zich in de toekomst mogelijk aanbieden zullen ze dan wel het hoofd bieden. Deze respondenten vinden het zinloos speculaties te maken over de toekomst; wanneer een probleem zich aanbiedt, zullen ze er een oplossing voor zoeken. Men zegt het nut niet te zien van noodscenario's voor problemen waarvan men niet weet of ze zich zullen voordoen.

Een andere mogelijkheid is dat ze hun toekomst, net zoals hun gezondheid (wat uiteindelijk ook een thema is dat zich in de toekomst afpeelt), in handen leggen van een externe entiteit. De antwoorden van sommige respondenten laten uitschijnen dat ze zich niet wensen uit te spreken over de toekomst, zij hebben daar geen vat op, alles ligt in handen van God. Enkele voorbeelden:

Respondent 4, V, °1939:

"Daar kan alleen God een antwoord op geven."

Respondent 2, V, °1946:

"Als ik niet ziek had geweest, dan had ik zeker al teruggegaan. Ik ben hier wel eenzaam, ik heb heimwee. Als de kinderen groot zijn, dan hebben ze me toch niet meer nodig. Maar God weet het wel."

Respondent 19, V, °1943.

I: "Maar denkt ze ook dat dat zal lukken?"

R: "Ik hoop het, maar ik kan niets zeggen over de toekomst. Ik kan geen uitspraak doen over de toekomst, ik heb geen glazen bol. Alleen God weet wat ons te wachten staat."

Wanneer de respondenten tijdens een gesprek gelijkaardige antwoorden gaven, liep het gesprek vast. Het had geen zin om dan nog op het aangesneden onderwerp verder te gaan; respondenten beschouwden het onderwerp dan als afgesloten, daar diende niets meer aan te worden toegevoegd.

Een bevoorrechte getuige (Marokkaanse intercultureel bemiddelaar) vertelt dat patiënten in gesprekken met artsen vergelijkbare antwoorden geven. Ze bevestigt het gegeven dat men na zulke antwoorden niet verder moet ingaan op het gespreksonderwerp van het moment:

Bevoorrechte getuige, intercultureel bemiddelaar:

"En dan zeggen hulpverleners, waarom zeggen die mensen dat toch altijd: "Niemand beslist wat de toekomst brengt, het is God die beslist". Ze maken er zich zo vanaf, zo en dan moet ge eigenlijk niet meer verder discussiëren want het is dan zo. Dan krijg ik ook verder de vraag van hulpverleners, waarom ze dit zeggen. Dit betekent gewoon dat ze er niet verder op in willen gaan."

De respondenten uit de steekproef die wel spreken over de toekomst, uiten zich eerder negatief betreffende het ouder worden. Ze focussen op het aftakelingsproces, de hiermee gepaard gaande afhankelijkheid, pijn en angst. Sommige respondenten spreken zich openlijk uit over de angsten die ze beleven; angst om alleen oud te worden, angst om in een RVT terecht te komen, angst voor wat komen moet. Toch blijkt dat ze zich moeilijk met deze angsten kunnen identificeren. Wanneer ze over deze angsten spreken, doen ze dat veelal in de derde persoon. Ze projecteren hun angsten op derden: 'anderen' hebben schrik oud te worden. Volgend fragment illustreert deze houding:

Respondent 14, M, °1936:

"Maar ik kan me goed voorstellen dat er mensen zijn die geen kinderen hebben of waarvan de kinderen niet voor hen willen zorgen. Ik begrijp dat die uiteindelijk toch wel naar zo'n tehuis gaan. (pauze) Maar die vraag is er zeker naar, als dat er ooit komt, een RVT voor Islamieten, zullen de mensen er zeker heen gaan. Dat speelt enorm in de hoofden van de mensen."

Deze respondent spreekt nooit in de eerste persoon wanneer hij het heeft over de toekomst en mogelijke problemen die zich kunnen voordoen in de toekomst. Vooral de laatste zin laat toch uitschijnen dat ook hij reflecteert over de toekomst; wie er voor hem zal zorgen, waar hij terecht zal komen. Nochtans doet hij geen enkele gelijkaardige uitspraak die betrekking heeft op hemzelf. Dit is in onze studie geen alleenstaand geval.

Bij het bespreken van de taboesfeer die gepaard gaat met de problematiek van de invulling van de zorgvraag wordt hier dieper op ingegaan, met citaten uit interviews

1.3 Omvang en aard van de huidige en toekomstige zorgbehoefte

Op dit moment is het aantal zorgbehoevende allochtone ouderen beperkt. De eerste generatie migranten is nog te jong om al in grote getale met ouderdomsverschijnselen te worden geconfronteerd. De zorgbehoefte van de eerste generatie migranten zal in de nabije toekomst wel toenemen. Dit werd ons bevestigd door de bevoorrechte getuigen:

Marokkaanse tolk: "Neen, als de mensen nu niet ingelicht worden, dan gaan ze nergens terecht kunnen. Ik vind dat we nu al informatie moeten geven aan de ouderen over de bestaande voorzieningen. Zodat ze tegen, binnen 5 of 10 jaar weten waar ze terecht kunnen. Dan hebt ge direct opvangmogelijkheden. Als ge ze geen informatie geeft, dan weten ze ook niet waar ze terecht kunnen."

I: "Bedoelt u dan daarmee, dat ze nu wel hulp nodig hebben, maar pas later wanneer het echt 'levensnoodzakelijk' zal zijn, zullen gebruiken? Dat het pas in 10 jaar zal zijn..."

Marokkaanse tolk: "Ze kunnen het gebruiken, maar het is nu nog niet echt nodig. Binnen tien jaar is het echt wel nodig, dan zullen ze opvangmogelijkheden nodig hebben. Nu worden ze nog omringd door kinderen en zo, voor de kleine opvang. Nu zijn ze nog niet oud genoeg om naar een bejaardentehuis te gaan."

Deze bevoorrechte getuige (werkzaam in het ACZA Campus Stuivenberg en AZ Middelheim) meldt dat de allochtone ouderen momenteel weinig tot geen zorgbehoeften hebben die niet kunnen worden ingevuld door hun kinderen. De noden en behoeften van de eerste generatie migranten zijn nog niet van die aard dat ze beroep moeten doen op professionele instanties om eraan te voldoen. Zij ziet echter wel een toename van de zorgbehoefte binnen vijf tot tien jaar.

Cijfermatig voorziet men inderdaad een stijging van het aandeel allochtone ouderen. Cuyvers en Kavs (2001) maakten in hun studie prognoses over de ontwikkelingen binnen de allochtone ouderenpopulatie (voor details over de berekeningen verwijzen we naar Bijlage 2, in Cuyvers en Kavs, 2001). Uit de prognoses blijkt dat het aantal allochtone zestigplussers in de toekomst gevoelig zal toenemen. In 2010 zullen er vermoedelijk twee keer zoveel Turkse en Marokkaanse zestigplussers zijn dan in 2000. Tussen 2010 en 2025 verdubbelt dit aantal nog eens. Wat betreft het aandeel 80-plussers binnen de groep 60-plussers, verloopt de stijging iets trager. In 2010 en 2025 zal het aandeel 80-plussers binnen de groep 60-plussers, respectievelijk 6,5% en 25% bedragen.

Een nieuw fenomeen is het laten overkomen van de hoogbejaarde ouders van de eerste generatie omwille van gezondheidsredenen. De bevoorrechte getuigen ondervinden dat er een stijging is van het aantal hoogbejaarde ouderen uit Turkije en Marokko die met urgente gezondheidsproblemen worden opgenomen. Veelal vragen de hoogbejaarde ouderen aan hun kinderen om de overkomst, opvang en mogelijke verzorging hier in België te regelen. De belangrijkste reden voor het overbrengen van de hoogbejaarde ouders blijkt de kwalitatief hoogstaande en betaalbare gezondheidszorg te zijn.

Bevoorrechte getuige, Personeelslid van de sociale dienst:

R: "De gezondheid is de motivatie van die gezinsleden. Ja, dat is de belangrijkste reden."

Bevoorrechte getuige, Marokkaanse intercultureel bemiddelaar:

I: "Dus het zijn echt de probleemgevallen die worden overgebracht?"

R: "Ja, mensen met gezondheidsproblemen. Ja, als een van beide ouders komt te sterven, als bijvoorbeeld de moeder of de vader achterblijft, die hulp nodig hebben. Die jongeren nemen dan ook de verantwoordelijkheid, die laten hun ouders dan overkomen."

Wanneer een allochtoon geconfronteerd wordt met een ouder die een urgent gezondheidsprobleem heeft, loopt het in de organisatie van de overkomst wel eens mank, met een financiële kater als gevolg. Enkele bevoorrechte getuigen vertellen over dit fenomeen, de impact ervan op de huidige hulpverlening en de familie die verantwoordelijk is voor deze hoogbejaarden:

Marokkaanse tolk: "Nu, ik merk dat er de laatste tijd meer en meer ouders naar hier gehaald worden. Ouders van jongeren die hier verblijven, van Turken o.a., die komen naar hier op basis van gezinshereniging. In de context van hulpverlening is dat dan nog een bijkomend probleem. Mensen vinden dat de gezondheidszorg hier beter is, dus ze willen hun ouders dan overbrengen. Maar het probleem is dat ze hier financieel vastzitten, dan moet de zoon of de dochter voor die kosten opdraaien en dat willen ze niet allemaal. Dat vind ik wel een nadeel want wij krijgen heel veel mensen die met financiële moeilijkheden die zeggen van "mijn moeder heeft in het ziekenhuis gelegen" en ze moeten dan de volle pot betalen."

I: "Omdat ze niet met hun sociale zekerheid in orde zijn?"

Personeelslid van de sociale dienst: "Nee, ze zijn wel in orde met hun sociale zekerheid. Maar dan komt de moeder, eigenlijk kan die niet op het mutualiteitboekje denk ik, dus dan moeten ze de onkosten van het ziekenhuis helemaal betalen."

I: "Maar dan is het geen gezinshereniging?"

Personeelslid van de sociale dienst: "Omdat de procedure lang duurt! De procedure is nog in werking, dus die moeder of die vader komen dus eigenlijk al ziek vanuit Marokko of vanuit Turkije, dus ze moeten opgenomen worden in het ziekenhuis. Ze hebben niet genoeg informatie daaromtrent, die denken van de mutualiteit die gaat wel tussenkomen. En dan ziet ge heel veel gezinnen in financiële moeilijkheden terechtkomen."

De bevoorrechte getuigen merken op dat het laten overkomen van ouders omwille van medische redenen niet altijd probleemloos verloopt. De urgentie van de gezondheidsproblemen van de hoogbejaarde allochtone ouderen maakt dat alles snel moet verlopen. De kinderen die instaan voor de opvang zijn vaak ook onvoldoende geïnformeerd over de administratieve formaliteiten die moeten geregeld worden. Dit leidt soms tot problemen, waardoor men niet kan genieten van de financiële voordelen die anderen wel kunnen benutten. Een bevoorrechte getuige haalt een voorbeeld aan:

Marokkaanse tolk: "Maar soms kan het ook wel acuut zijn, zoals die nierdialyse- patiënt. Zijn moeder was ziek naar hier gekomen, is direct opgenomen geworden hier. Hij heeft dan wel zijn moeder terug meegenomen naar Marokko, het was te duur geworden. Zij moest dus per week, in BEF dan zo'n 50.000 per week betalen."

Personeelslid van de sociale dienst: "Ja, 13.000 BEF per dialyse, dus maal drie."

Marokkaanse tolk: "We hebben hem dat ook gezegd, pak uw moeder terug mee naar Marokko en zet die procedure in gang. En laat haar dan terug overkomen als gezinshereniging. Want, die kosten dat kunnen ze niet betalen."

Naast de grotere druk op de gezondheidsvoorzieningen zien de bevoorrechte getuigen nog andere problemen gekoppeld aan de komst van de hoogbejaarde nieuwkomers:

Marokkaanse tolk: "Die ouderen, die hebben nog een traditionele visie ... er is een mentaliteitsverschil. Er is dan nog een verschil tegenover bijvoorbeeld mijn vader of mijn moeder want die is hier al 40 jaar. Ik denk dat die meer, die moeten met meer respect behandeld worden dan onze ouders. Die verwachten dat meer, dat ge onderdanig bent naar de ouderen toe. Terwijl onze ouders ons hebben zien opgroeien, en die zijn ook lossier qua omgang. Ze hebben ook meer ervaring in de Belgische cultuur. Mijn vader heeft altijd

gewerkt, die kent ook wel de gang van zaken, alhoewel hij bepaalde principes heeft, maar hij heeft ook een evolutie meegemaakt. Ik bedoel, dan ouderen die van Turkije en vanuit Marokko recent komen, dat is nog een ander probleem."

De oudere nieuwkomers komen uit een andere samenleving, met eigen gebruiken en gewoonten, die ook niet meer identiek is aan de samenleving die de eerste generatie migranten achter zich heeft gelaten. Dit heeft tot gevolg dat er zowel een mentaliteitsverschil is tussen de nieuwe allochtone ouderen en de reeds gevestigde allochtone ouderen en tussen de nieuwe allochtone ouderen en de Belgische samenlevingsgroep.

De bevoorrechte getuigen merken op dat niet iedereen even gelukkig is met die nieuwe situatie. De ouders die nog in Marokko of Turkije wonen, wensen verzorgd te worden en vragen hier te worden opgevangen. In de Turkse en Marokkaanse samenleving staan de kinderen in voor de zorgen van de ouders wanneer deze zorgbehoevend zijn. De kinderen die hier wonen hebben aldus nog steeds de plicht voor hun ouders te zorgen, wat niet altijd even gemakkelijk is. Een bevoorrechte getuige legt uit:

Bevoorrechte getuige, Marokkaanse intercultureel bemiddelaar:

"Als het financieel hier dan goed zit en de ouders ginder mankeren iets - dat wordt niet echt verwacht - maar ge doet dat eigenlijk, dan worden de ouders naar hier overgebracht."

Bevoorrechte getuige, Turkse intercultureel bemiddelaar:

"Dikwijls is het zo dat die kinderen niet heel blij zijn dat dan toch die ouders zijn gekomen, maar die voelden zich dan verplicht om die ouders op te vangen."

Dat men op een nieuwe instroom van migranten mag rekenen, daar zijn de bevoorrechte getuigen het over eens. Er is echter geen unanimititeit over de verblijfsduur van deze groep hoogbejaarde allochtone ouderen. Sommige denken dat ze permanent zullen blijven, anderen menen dat de nieuwe allochtone ouderen liever terugkeren naar hun thuisland nadat ze hier verzorging hebben genoten.

Turkse tolk: "De mensen die hier dan ook behandeld worden in België, die willen hier dan ook niet lang blijven, ze voelen zich hier niet thuis."

Marokkaanse tolk: "Dat is afhankelijk welke toekomstmogelijkheden ze in Marokko hebben, als ze toch niemand hebben dan, buiten de kinderen die dan in Europa zijn, dan blijven ze. Dan gaan ze niet terug gaan. Als er nog opvang is in Marokko of in Turkije, één van kinderen, broers of zussen, dan blijven ze liever daar."

Russische tolk: "Ja, klopt. Mijn ouders zullen toch nooit naar hier komen. Liefst niet. Alleen als het echt, echt problematisch wordt. Met gezondheid of hulp nodig of zoiets. Maar dan zullen ze nadien weer teruggaan."

2. INVULLING VAN DE ZORGVRAAG

Alvorens over te gaan naar de invulling van de zorgvraag staan we nog even stil bij de inhoud van die zorgvraag, die nauwelijks schijnt te verschillen van de zorgvraag van autochtone ouderen. De invulling ervan verloopt wel anders, wat vooral te maken heeft met het geloof en de migratiegeschiedenis van de allochtone ouderen. Zij wensen vooral, en exclusief, beroep te doen op hun kinderen om in die vraag te voorzien. Het zorgdilemma en het terugkeerdilemma vormen wel obstakels waarmee de allochtone oudere geconfronteerd wordt, bij de invulling van die zorgvraag.

2.1 Zorgvraag van allochtone ouderen

Allochtone ouderen hebben net als autochtone ouderen hulp nodig door de fysieke beperkingen die het ouder worden met zich mee brengt. De respondenten wensen dat iemand hen bijstaat in het opknappen van kleine en grote huishoudelijke taken die te grote fysieke inspanningen vergen, zoals stofzuigen, de ramen lappen, dweilen, boodschappen doen, e.a.

Turkse en Marokkaanse ouderen worden echter geconfronteerd met verschillende specifieke problemen zoals de migratie en de stress die hiermee gepaard gaat, de gebrekkige kennis van het Nederlands en een andere dan de in de medische wereld gangbare ziektebeleving. Al deze problemen maken dat zij specifieke noden en behoeften hebben. Bij de respondenten uit zich dit in specifieke vragen naar hulpverlening, die men bij autochtone ouderen niet aantreft.

Sommige van de respondenten hebben hulp nodig bij het afhandelen van hun administratie, dit vanwege een beperkte kennis van het Nederlands en de administratieve formaliteiten. Deze taalproblemen maken ook dat zij vaak nood hebben aan een tolk. Zij zijn beperkt in hun communicatie en wensen in openbare instellingen te worden bijgestaan door een tolk.

De meer specifieke vragen van de allochtone ouderen, naar Vlaamse gezondheidsvoorzieningen worden later behandeld.

2.2 Mantelzorg

Uit de literatuur blijkt duidelijk dat de zorg voor de ouderen in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap gedragen wordt door de kinderen en de familie. Iedereen die we bereikten met dit onderzoek houdt vast aan die traditionele visie op de ouderenzorg. Op één enkele uitzondering na, rekenen de respondenten op de hulp van de kinderen. Soms wordt dit zeer direct uitgedrukt:

Respondent 19, V, °1943.

I: "Wie wilt u dat er voor u zorgt als u hulp nodig heeft?"

R: "Ik wil dat mijn kinderen later voor me zorgen. Iedereen zou dezelfde verwachtingen hebben denk ik, tegenover dit probleem. En, toen mijn knie geopereerd was, is mijn schoondochter bij me komen inwonen. Zes maand. Alles heeft zij voor me gedaan. Alles, alles. Dat is onze traditie en ik wil dat dat blijft. Dat mijn kinderen voor mij zorgen en hun kinderen voor hen. Dat wil ik dat dat blijft."

Andere respondenten spraken de hoop eerder subtiel uit:

Respondent 18, V, °1945:

I: "Wie wilt u dat er voor u zorgt als u hulp nodig heeft?"

R: "Een van mijn kinderen wil ik het liefst dat op mij past. Als ik kan voor mij zorgen dan blijf ik thuis, dan vraag ik wat hulp bij. Als het echt niet gaat dan moet ik sowieso alle, als mijn kinderen mij niet willen verzorgen, naar een bejaardentehuis gaan. Maar ik wil liever zolang mogelijk thuis blijven."

I: "En wat als u ziek wordt, als het nodig is?"

R: "Een eerste stap wil ik dat een van mijn kinderen mij komt aankleden. Als zij het niet willen doen, dan wil ik beroep doen op thuisverpleging. Als de kinderen niet willen zorgen dan moeten wij beroep doen op diensten."

Zelfs die ene respondent die zich op een zekere manier afzet tegen hulp vanwege haar kinderen, heeft een ambigue houding ten aanzien van mantelzorg. Momenteel woont de respondent in bij de jongste zoon, maar wanneer deze trouwt wenst ze niet meer in te wonen bij hem. Ze heeft al

genoeg problemen gehad met haar andere schoondochters zodat ze niet wil samenwonen met haar toekomstige schoondochter. Ze wil eigenlijk wel geholpen worden door haar kinderen, maar heeft een slechte relatie met haar schoondochters. Dit weerhoudt haar ervan bij één van haar zonen in te trekken.

Deze vaststellingen passen in de traditionele socio-culturele praxis van Turkse en Marokkaanse rurale gemeenschappen, waar de kinderen de zorg opnemen voor de hulpbehoevende ouders. Binnen deze culturen wordt de filiale verantwoordelijkheid zelfs als een religieuze plicht gezien die voortkomt uit de Koran (Delaney, 1991).

Wanneer de ouderen voor hun verzorging een beroep moeten doen op personen die niet tot de familie behoren, schaadt dit de eer van de familie. Enkel de allerarmsten of zij die verstoten zijn uit de gemeenschap worden opgevangen door buitenstaanders. Hoewel het merendeel van de allochtone ouderen hier al geruim dertig jaar woont, blijven ze vasthouden aan de traditionele ideeën over ouderenzorg (Tesser, Van Dugteren, Merens, 1998; Cuyvers, Kavs, 2001).

Vele van de respondenten doen momenteel al beroep op hun kinderen. Zij vermelden vaak terloops dat de kinderen hen bijstaan in het huishouden, dat de kinderen de administratie regelen en hen in het ziekenhuis bijstaan om te tolken. De meeste van de respondenten blijven rekenen op de zorg van de kinderen eerder dan op de bestaande zorgsector. Maar niet alle respondenten zijn er zeker van dat zij alle hulp van hun kinderen mogen verwachten.

2.3 Het zorgdilemma

Marokkaanse en Turkse ouderen rekenen op hun kinderen om voor hen te zorgen wanneer ze hulpbehoevend zijn. Dit hoort zo in de gemeenschappen waar zij vandaan komen. De tweede generatie migranten is hier echter opgegroeid en leeft dan ook in een andere socio-culturele context. Dit levert een conflicterende situatie op waar de hoop van de ouders niet strookt met de mogelijkheden van de kinderen om hier aan te voldoen. De meeste ouderen beseffen dit. Niet alle ouderen voelen zich verzekerd van de zorg door hun kinderen, alhoewel ze dit niet vlug zullen toegeven. Het onderwerp is daardoor moeilijk bespreekbaar.

Respondent 7, M, °1949.

R: "Ik hoop dat mijn kinderen voor me zullen zorgen later. Maar mocht dat nu om één of andere reden niet gaan dan zou ik wel beroep moeten doen op andere diensten. Je weet dat nooit, je weet niet wat de toekomst brengt."

I: "Denkt u dat de kinderen nog zullen zorgen voor hun kinderen?. Omdat u zei: "de toekomst is heel moeilijk in te schatten". Het gaat eigenlijk meer over de traditie. Denkt u of hoopt u dat die zal voortgezet worden of denkt u dat het zal verwateren, die traditie?"

R: "Ik denk dat de derde en de vierde generatie dat niet meer zal kunnen. Ze leven hier namelijk in een andere omgeving waarin dat waarschijnlijk niet zal overleven. Die kinderen groeien hier op, zien hier andere dingen en die wennen daar ook aan. Als uw buurman zijn ouders naar een bejaardentehuis brengt; je ziet dat en dat is vanzelfsprekend. Terwijl bij ons, vroeger, dat was de vanzelfsprekendheid dat iedereen voor zijn ouders zorgt. Het verandert hier. Zij zien andere dingen, zij wennen daar ook aan. Terwijl voor onze generatie is het meer zo, dat je zulke dingen gewoon niet doet. Bij ons bestaat er ook een zorg voor ouderen: namelijk dat iedereen verantwoordelijk is voor de zorg van zijn ouders. Maar, eigenlijk is het idee van zorg voor de ouders in de islam bekend door buitenstaanders."

2.3.1 Filiale verantwoordelijkheid

Turkse en Marokkaanse ouderen zien de zorgplicht van de kinderen ten aanzien van hun ouders als een belangrijke traditie van de eigen cultuur. Sommigen beschouwen deze zorgplicht als een religieuze plicht. Wanneer de ouderen voor hun verzorging beroep moeten doen op personen die niet tot de familie behoren, schaadt dit de eer van de familie. Enkel zij die aan de rand van de maatschappij staan, worden opgevangen door buitenstaanders.

Respondent 26, M, ° 1946.

I: "De mensen die in een RVT zitten, vindt u die beklagenswaardig?"

R: "Ik zou zelf liever hebben dat de mensen die er zitten, zouden sterven, omdat de kinderen er niet meer voor zorgen. Voor ons betekent dit dat de kinderen de ouders dus hebben buiten gegooid. Wij kijken op een andere manier. Als ik een kind zou hebben, ik zou er alles voor doen, maar andersom als de ouders zorg nodig hebben, zouden ze dat ook moeten doen. Een mens is geen robot, geen machine, heeft ook gevoelens, het is niet alleen eten geven en wassen en andere handelingen. Mijn moeder leeft nog in Turkije. Ze is 93, ik stuur nog iedere maand geld naar haar alhoewel ik hier zo weinig verdien. Mijn zuster is nooit getrouwd, enkel om haar moeder te verzorgen. Dat is normaal in onze cultuur. Mijn vader is allang overleden, ik was toen 14 jaar."

Respondent 14, M, °1936:

"In Marokko zijn er ook niet veel rust- en verzorgingstehuizen. Mensen die ginder in een RVT terecht komen hebben echt niemand meer. Als ze kinderen hebben dan moeten die hen in huis nemen, want dat gaat voor de gemeenschap niet anders. D'office blijven zij bij de kinderen, en als ze die niet hebben bij hun broer of bij hun zus."

Beide voorbeelden tonen aan dat de eerste generatie immigranten zich nog sterk verbonden voelt met het traditionele leven waarbinnen zij zijn opgegroeid. De traditie om voor de ouderen binnen de gemeenschap te zorgen is één van pijlers van deze maatschappij.

Kinderen horen voor hun ouders te zorgen wanneer deze hulpbehoevend zijn. Dat is wat de respondenten is aangeleerd: respect voor de oudere. Zij komen uit een maatschappij waar de oudere geen derderangs rol toebedeeld krijgt; ze hebben een volwaardige en gerespecteerde positie. Het aanzien van een persoon neemt juist toe naarmate men ouder wordt. Ouders voeden hun kinderen op en zijn voor hen verantwoordelijk, tot een gegeven moment, waarop de rollen zich omkeren. De meeste van de respondenten hebben voor hun ouders gezorgd (financieel of fysisch) wanneer die daar nood aan hadden, en verwachten nu hetzelfde van hun kinderen.

Respondent 18, V, °1945:

"Wij zijn zo opgevoed. Wij hebben ons ouders verzorgd en wij verwachten ook van onze kinderen dat zij ons zullen opvangen wanneer we oud zijn. Wij voeden onze kinderen zo op, met die waarden en respect voor de ouderen. Dit zullen zelfs onze kinderen ook van hun kinderen verwachten zo iets. Dat zit in onze opvoeding."

Respondent 8, M, °1946:

"Toen mijn oudste zoon trouwde heeft hij een tijdje komen inwonen bij me. Ik droeg alle kosten. Ik verwacht hetzelfde terug. Als ik oud ben en ze hebben plaats, dan zou ik wel bij hen willen inwonen. Dat is normaal hè, ik heb voor hen gezorgd, dus dan is het hun beurt."

Respondent 4, V, °1939:

R: "Ik heb kinderen gekocht opdat ze voor me zouden zorgen als ik oud ben."

Respondent 20, V, °1943:

"Ik hoop dat mijn kleinkinderen zo slecht voor mijn kinderen zullen zorgen als zij nu voor mij zorgen."

Respondent 8, M, °1946:

R: "Op een gegeven moment was mijn vrouw opgenomen in het ziekenhuis en de kinderen waren nog klein en ik werkte toen. En ik heb er in die periode wel aan gedacht om een dienst aan te spreken om thuis wat te komen helpen, voor de opvang van de kinderen, het huishouden. Maar ik heb dat nadien afgeketst want, meestal sturen ze dan een vrouw en dat ligt heel gevoelig, want mijn vrouw ligt dan in het ziekenhuis en de sociale controle van de omgeving. Dat is niet vanzelfsprekend dat ge dan een vrouw bij u binnenlaat. Maar uiteindelijk heeft vooral de schoonmoeder en de schoonzus ons in die periode ondersteund. Uiteindelijk heb ik dan vakantie genomen, een week."

I: "Maar u hebt eigenlijk, hebt u daar toen aangedacht dat te doen?"

R: "Ja. In de beginperiode was mijn vrouw nog niet opgenomen en voelde ze zich onwel en kon ze uiteindelijk het huishouden niet aan."

I: "Ja."

R: "Het is vooral de schoonfamilie die duidelijk aangaven van wij zullen dat wel op ons nemen. Die mantelzorg leeft nog altijd heel sterk bij ons."

I: "Maar zijn er dan dingen bijvoorbeeld waarvan u denkt dat zij dat beter kunnen doen dan een externe dienst of ..."

R: "Het ligt ook wel heel gevoelig van in de zin, de heel grote familie langs vrouwzijde die leven ook in Antwerpen, in de buurt de meesten. En dat maakt het heel moeilijk om dan externe diensten aan te spreken. Die mensen zouden dat ook niet accepteren en dat zou tot familieconflicten kunnen leiden."

I: "Ah ja, dus het is eigenlijk omdat de familie er op aan drong dat zij het zouden doen."

R: "Dat is iets wat dat Ik heb er wel een tijdje serieus over nagedacht maar die mensen hebben duidelijk gemaakt dat zij dat zouden doen."

Het verhaal van deze respondent illustreert dat de sociale druk sterk aanwezig is. Indien men beroep doet op hulp van buiten de familie, krijgt men een slechte naam binnen de gemeenschap. De familie van de respondent zou hierop aangesproken worden; het weigeren van hulp aan een familielid is een blaam op de familie-eer. Zelfs wanneer men, zoals in dit geval, de familie wil ontlasten, weegt de sociale plicht en het naleven van de traditie zwaarder door.

Hieruit blijkt ook dat de hulp, in origine, niet enkel van de kinderen moet komen. De eerste generatie groeide op in een gemeenschap waar de hulpverlening uitsluitend via de informele zorg georganiseerd werd. Sociale verbondenheid en verplichtingen binnen de 'groot-familie', garandeerden dat men de nodige zorgen ook kreeg. Men kan met andere woorden rekenen op zowel de hulp van ouders of kinderen als van neven, nichten en andere 'verre' familieleden.

I: "De jongere generatie weet wel waar ze naar toe moeten, die durven wel beroep doen op thuisverpleging. Dan vraag ik mij soms af, waarom gaan die kinderen dan niet voor hen naar de sociale dienst. Is dat dan gezichtsverlies? Zij zijn wel op de hoogte van de diensten omdat ze er zelf durven van gebruik maken, maar voor hun ouders dan weer niet. Hoe zit dat dan eigenlijk?"

Marokkaanse tolk: "Dat heeft te maken met gezichtsverlies naar de Turkse of Marokkaanse gemeenschap toe. Want we hebben een dialysepatiënt die van de ene zoon naar de andere ging. Op een gegeven moment zei ze van, nu is het genoeg, ik wil een sociale woning. Ze wilde dus op haar eigen gaan wonen. Toen hebben haar zonen wel ingegrepen, neen dat gaat niet door. Ze werd dan direct bij een andere zoon geplaatst. Nu gaat dat goed. Ze mocht dus eigenlijk niet alleen gaan wonen van haar kinderen."

I: "Ze mocht niet alleen gaan wonen?"

Marokkaanse tolk: "Neen, ze had een sociale woning aangevraagd op de sociale dienst. Alle aanvragen waren ingediend, toen hebben ze gezegd, neen, zij blijft bij ons."

Turkse tolk: "Ja, ik denk wel dat die jongeren willen gebruik maken van die sociale dienst, maar eigenlijk niet durven omdat ze dan worden aangewezen door de anderen in de gemeenschap. Dat sommigen dan hun ouders, moeder of vader in een rusthuis doen belanden. Ik denk dat ze dat wel willen hoor, maar het gewoon niet durven. Ik denk dat het nog een beetje taboe is."

Zowel de Turkse als de Marokkaanse tolk erkennen dat de filiale verantwoordelijkheid soms voor problemen zorgen. De continue angst om gezichtsverlies te lijden, leidt soms tot zeer gecompliceerde situaties. Zowel de eerste generatie migranten als hun kinderen willen enerzijds de tradities in ere houden en de familie-eer ongeschonden houden maar anderzijds worden zij geconfronteerd met situaties waarin de traditionele waarden geen oplossing bieden.

2.3.2 Structurele problemen

De eerste generatie migranten heeft hun tradities in verband met zorgverstrekking uit het thuisland mee naar België gebracht. Het probleem doet zich echter voor bij het in de praktijk brengen van deze ideeën.

2.3.2.1 Breed sociaal netwerk krimpt

Allereerst is het sociale netwerk, waarop de ouderen in hun thuisland beroep kunnen doen, niet aanwezig in België. Waar de zorg voor de hulpbehoevende ouderen in het thuisland gedragen wordt door een hele gemeenschap, valt ze in België grotendeels op de schouders van de kinderen.

Respondent 3, V, °1942:

I: "Wie heeft er voor uw ouders gezorgd?"

R: "Dat gebeurde in familieverband. Die zijn oud geworden in familieverband. Mijn zussen en zo namen de zorg van onze ouders op zich."

I: "En hoe ziet u dat, voor uzelf?"

T: "Dan moet mijne zoon voor mij zorgen."

I: "Ah ja."

T: "Als ik niet meer voor mezelf kan zorgen dan is het aan mijne zoon."

I: "En dan zou u bij uw zoon gaan inwonen waarschijnlijk? Of wat zou u graag hebben?"

T: "Ja, mijn zoon of mijn familie, ik heb nog andere zussen daar."

Dit voorbeeld illustreert, dat men in het thuisland als hulpbehoevende oudere over een veel breder sociaal netwerk, over een groter opvangnet beschikt. Wanneer men kan rekenen op een breed sociaal netwerk, valt de druk van de verzorging niet volledig op de schouders van de kinderen. In België daarentegen, is dit sociale netwerk vaak gereduceerd tot de kinderen en staan zij alleen in voor de opvang van hun ouders. Daar doet zich het tweede probleem voor.

Respondent 7, M, °1949:

I: "Op wie doet u liefst beroep? Waarvoor?"

7: "Familie komt op de eerste plaats, mijn kinderen dus. Als ik later hulp nodig heb vraag ik het eerst aan mijn kinderen. Als dat niet zou gaan zou ik hulp van buitenaf vragen. Eigenlijk is het een beetje de plicht van de kinderen om dat te doen. Ik heb ook voor mijn ouders gezorgd. Zo zijn de verwachtingen. Ik ga ervan uit dat ik er een beroep op kan doen. En als dat nu om één of andere reden niet zou gaan dan stap ik naar hulpverlening buitenshuis."

Marokkaanse tolk: "Ik heb mijn broers, mijn nichten en mijn neven, maar dat is niet echt mijn familie. Zelfs in de Marokkaanse gemeenschap, vroeger was familie: tantes en ooms, nichten en neven, maar nu tegenwoordig is familie: moeder, vader, kinderen."

Uit het verhaal van deze respondent kan men afleiden dat men, binnen de traditionele gemeenschap waarin de eerste generatie werd grootgebracht, kan terugvallen op de hele familie wanneer men ziek of hulpbehoevend is. Echter, hier in België is deze opvangstructuur gereduceerd tot het westerse kerngezin; de rest van de familie woont meestal nog in het land van herkomst.

2.3.2.2 *Bereidwilligheid van de kinderen*

De tweede generatie is vaak hier opgegroeid en heeft de waarden en normen van de Belgische samenleving (deels) overgenomen. Momenteel heerst er onder de tweede en derde generatie nog een grote bereidheid om de zorgtaak op zich te nemen, maar het aantal zwaar zorgbehoevenden is voornamelijk beperkt. In werkelijkheid echter, blijkt de bereidheid van de kinderen af te nemen, om hun leven af te stemmen op de zorgwensen van hun ouders. Zo wensen zij niet meer in het ouderlijke huis te wonen, hebben hun eigen leven, hun eigen gezin, en bovendien gaan vaak beide partners uit werken. Zij verkeren met andere woorden niet meer in de positie hun leven volledig in dienst te stellen van hun ouders.

Er dreigt dus een conflictsituatie te ontstaan, tussen twee generaties. Enerzijds is er de wens en de hoop vanwege de ouders om door hun kinderen verzorgd te worden, anderzijds zijn er de structurele beperkingen waarmee deze kinderen geconfronteerd worden.

Respondent 1, V, °1947:

I: "Voor welke taken in huis, zou u nu hulp kunnen gebruiken?"

R: "Ik zou hulp kunnen gebruiken om te kuisen, om op te ruimen. De kinderen die hier zijn, moeten naar school of gaan werken. Dus die kunnen niet helpen. Af en toe komt mijn schoonzus me helpen, want ikzelf kan bijna niets doen in huis. De meisjes proberen alles te doen in het weekend, maar dat lukt meestal niet. En de dochters en zonen die uit huis zijn hebben ook hun eigen gezinnetje, zij kunnen ook niet altijd komen."

Respondent 10, M, °1941:

"We zitten nog niet in dat stadium maar stelselmatig groeien we naar dat stadium van bejaardenhulp. Op een gegeven moment zullen we zo geconfronteerd worden met dat aspect en moet er wel een oplossing uit de bus komen. Voorlopig is het nog wat minder, ge ziet de eerste generatie die toch al begint ouder te worden en de leeftijd te bereiken dat ze wat minder stabiel zijn en qua gezondheid niet meer zo goed is. Het komt er ook op neer van, voorlopig proberen we nog altijd de opvoedingswaarde mee te geven die wij meegekregen hebben en ook die loyaliteit dat een kind de verantwoordelijkheid mee moet opnemen. Iets wat zowat ingelepeld is vanuit de opvoeding: zorg dragen voor de kinderen maar ook voor de ouders. Maar dat kunnen we niet tot in het oneindige volhouden, op een gegeven moment zullen we geconfronteerd worden met dat gegeven en zal die stap dan moeten gezet worden. We zullen ooit dat stadium bereiken, we kunnen dat gewoon niet tegen houden, het is een fenomeen dat ook bij ons zal bestaan.

Wij blijven nog altijd volhouden van de verantwoordelijkheid van de kinderen om zorg te dragen voor de ouders, we hebben dat vanuit onze opvoeding toch altijd meegekregen, die boodschap, maar, op een gegeven moment zullen we misschien dat stadium bereiken dat die normale optie niet meer voorhanden is, dat dat niet meer vanzelfsprekend is."

Sommige van de respondenten (o.a. respondent 1) erkennen deze problematiek en handelen er ook naar. Zij doen beroep op externe hulpdiensten om de druk van de schouders van de kinderen te halen. Zij worden nog wel ingeschakeld voor huishoudelijke taken en administratieve taken maar worden ondersteund in hun taak door professionele hulpdiensten, zoals bv. de gezins- en

bejaardenhulp of de poetsdienst. De andere respondenten weigeren resoluut een dergelijk scenario.

2.3.3 Taboesfeer

Het gevolg van deze continue contradictie tussen de verwachtingen van de allochtone oudere en de structurele problemen waarop men botst om deze wensen uit voeren, leiden ertoe dat het onderwerp zeer gevoelig ligt.

Het zorgdilemma maakt dat de ouderen zich onzeker voelen over hun toekomst. Ze vragen zich af wie voor hen zal zorgen en waar ze terecht zullen komen. Nadenken over deze vragen is vaak te pijnlijk, er een uitspraak over doen helemaal uit den boze. Daarom proberen velen deze gedachten te verdringen. Het thema verdwijnt in de taboesfeer. Zolang ze niet woordelijk de angst uitspreken dat hun kinderen de zorg niet op zich zullen nemen, blijft deze taak in de eerste plaats voor hen weggelegd. Het is pas wanneer men daadwerkelijk zegt dat men vreest dat de kinderen niet voor hen zullen zorgen, dat men ook werkelijk op zoek moet naar alternatieven. Tot op heden doet bijna niemand hierover een uitspraak, allen wijzen op de plichten van hun kinderen en daarmee is het hoofdstuk afgesloten. Sommige van de respondenten realiseren zich wel dat hun kinderen in de toekomst niet aan de vraag zullen kunnen beantwoorden, maar ontwijken het onderwerp verder.

We vroegen ons af in welke mate deze traditionele visie op de ouderenzorg nog leeft bij onze respondenten. Uit de gesprekken met de allochtone ouderen bleek dat iedereen de hoop blijft koesteren door de kinderen te worden opgevangen eens hulpbehoevend. Het verschil zit in de mate waarin men erkent dat dit geen realistische visie is op de situatie. Enkele van de respondenten gaan er van uit dat de kinderen hun zorgplicht volledig zullen nakomen. Daartegenover staan enkele ouderen die niet te veel verwachten van hun kinderen omdat zij vaststellen dat de zorgtraditie bij de jongere generatie afbrokkelt (hoewel deze laatste groep dat niet vlug zal toegeven; het is een taboe binnen de eigen gemeenschap).

Sommigen verschuilen zich achter een sociaal wenselijk ideaalbeeld, dat ze voortdurend naar hun leeftijdgenoten en familieleden –kinderen- toe legitimeren met uitspraken zoals:

Respondent 7, M, °1949:

"Ik heb op dit moment niet echt angst dat ze niet voor me gaan zorgen. Ze zijn religieus opgevoed en daar zit de zorg voor de ouders in. Ze zien ook dat ik zelf voor mijn ouders zorg dus ik denk en ik hoop dat ze dat ook zullen doen."

Respondent 18, V, °1945:

"Wij zijn zo opgevoed. Wij hebben ons ouders verzorgd en wij verwachten ook van onze kinderen dat zij ons zullen opvangen wanneer we oud zijn."

Wij voeden onze kinderen zo op, met die waarden en respect voor de ouderen. Dit zullen zelfs onze kinderen ook van hun kinderen verwachten zo iets. Dat zit in onze opvoeding."

Deze allochtone ouderen wijzen hun kinderen erop dat ze hen opgevoed hebben in de geest van hun geloof. Ze hebben hun kinderen de waarden en tradities van hun samenleving meegegeven. Dat is wat alle respondenten willen meegeven aan hun kinderen. Dankzij een 'goede opvoeding' hopen ze dan ook te kunnen rekenen op de hulp van hun kinderen. De kinderen werden grootgebracht met deze tradities, het kan dus onmogelijk zijn dat de kinderen deze tradities opeens niet meer naar waarde zouden schatten.

Respondent 9, M, °1943:

"Ik heb er geen schrik voor dat mijn kinderen niet voor me zullen zorgen. De traditie zal behouden blijven, als we zo blijven omgaan met onze kinderen. Het heeft alles te maken met de opvoeding."

Respondent 14, M, °1936:

"Nu op het moment stelt dat probleem zich niet want ik ben er zeker van dat mijn kinderen voor me zullen zorgen. Heeft ook te maken met de opvoeding."

Respondent 11, M, °1938:

I: "Nu stel dat u of uw vrouw zwaar ziek wordt, wie zou u dan graag hebben dat er komt helpen bij het koken en het poetsen en het wassen en dergelijke meer?"

R: "Normaal zal ik het aan mijn kinderen vragen maar als het niet mogelijk is dan zal ik wel die stap moeten zetten naar een professionele dienst. Het hangt af van je kinderen en ook de relatie die ge behoudt met uw kinderen. Ik heb een meer horizontale relatie met mijn kinderen. Het heeft ook meer te maken met een heel sterk loyaliteitsprincipe bij ons."

I: "Hoe komt dat eigenlijk?"

T: "Ge probeert een zo gezond mogelijke relatie op te bouwen met uw kinderen, en in het laatste stadium van de ontwikkeling van uw kind probeert ge hem zo ver te krijgen dat ge mekaar respecteert op gemeenschappelijke basis. En dat is niet altijd zo eenvoudig maar de bedoeling is dat ge investeert in uw kinderen om op termijn een gezonde relatie op te bouwen dat uw kinderen, niet sterk uit een verplichting, meer uit een gezonde loyaliteit toch die zorg zullen opnemen. Maar dat is afhankelijk van gezin tot gezin."

Vele van de respondenten, vooral de Marokkaanse mannen, voelen aan dat het niet meer evident is dat hun kinderen alle zorgen op zich zullen nemen en trachten hun omgeving alsnog te wijzen op hun plichten. Hen confronteren met de aloude tradities en gewoonten legt een zekere druk op de schouders van hun kinderen. Ze wijzen ook op de invloed van een goede opvoeding. Hun kinderen zullen wel voor hen zorgen aangezien zij op een correcte manier opgevoed zijn.

Er leeft een zekere angst onder allochtone ouderen en sommige respondenten geven dit ook toe. Vooral Marokkaanse mannen erkennen de problematiek van het zorgdilemma. Toch ontkennen ze in zekere mate het belang en de omvang van het probleem. Zelden spreekt iemand over zijn/haar eigen toekomst, ze projecteren de angsten en vragen die daarmee gepaard gaan op derden. Anderen zullen later misschien nood hebben aan opvang van buitenaf maar hun eigen kinderen zullen wel voor hen zorgen, omwille van redenen zoals de opvoeding, tradities en andere. Een illustratie:

Respondent 14, M, °1936:

"De vraag is er wel naar, maar de angst is er. De angst heerst onder de mensen van in Marokko is het zo dat de kinderen zorg dragen voor de ouders en dan. Die angst zit erin, van het onbekende eigenlijk. Ik denk dat dat bij Belgische mensen ook wel is. Weggestopt worden, ik zal niks meer te zeggen hebben, ik ben dan afgeschreven voor de maatschappij en zo. De mensen moeten een beetje naar de toekomst kijken. De mensen denken dat die kinderen voor hen gaan zorgen, maar eigenlijk als puntje bij paaltje komt vinden ze niemand als ze hulpbehoevend zijn. In de toekomst moeten ze voor hun eigen toekomst zorgen, en ja, ik bedoel dan ook RVT. Ja, dat is zekerheid he. Je krijgt er eten, je wordt er gewassen. De kinderen willen en kunnen ook niet altijd voor hen zorgen.

Maar, dus nu op dit moment stelt dat probleem zich niet want ik ben er zeker van dat mijn kinderen voor me zullen zorgen. Dat heeft ook te maken met de opvoeding. Maar ik kan me goed voorstellen dat er mensen zijn die geen kinderen hebben of wiens kinderen dat echt niet willen doen. Ik begrijp dat die uiteindelijk toch wel naar zo'n tehuis gaan. (pauze)

Je hebt ook jongeren die hun ouders niet willen of niet kunnen in huis nemen. Maar, dat probleem doet zich bij mij niet voor. Mijn kinderen zullen wel voor mij zorgen, maar, ik kan niet in een glazen bol kijken. Maar die vraag is er zeker naar, als dat er ooit komt, een RVT voor Islamiëten, zullen de mensen er zeker heen gaan. Dat speelt enorm in de hoofden van de mensen."

Deze respondent haalt aan dat anderen misschien nood hebben aan diensten voor allochtonen. Hieruit spreekt een zekere vrees dat ook zijn kinderen in de toekomst niet meer kunnen of willen instaan voor zijn zorgvraag. Hij erkent dat er een zekere angst heerst onder de allochtone ouderen, maar acht het niet van toepassing op hemzelf. Hij projecteert zijn angst op derden. Hij heeft zijn kinderen goed opgevoed en zij zullen dus voor hem zorgen, later. Nog een ander voorbeeld:

Respondent 14, M, °1936:

T: "De mensen zijn daar toch echt mee bezig. De vraag wordt toch steeds gesteld van wat zal er met ons gebeuren? Ook in de toekomst, de migrantenjongeren. Niemand heeft nog tijd. Kleinkinderen, kinderen, werken. Je zit met de goede wil om je ouders op te vangen. En er zijn ook anderen die het niet willen doen. Zij weten ook dat zij er in de toekomst alleen zullen voorstaan en dat er dan niemand zal zijn om voor hen te zorgen. Er is een taboe om naar de toekomst te kijken en beseffen dat je ooit nood zal hebben aan die diensten, en er dan te laat bij zijn om je goed te informeren.

(even later in het interview)

T: "Uiteindelijk die mantelzorg, er zullen er in de toekomst heel wat meer mensen zijn die niet kunnen terugvallen op die mantelzorg, dat die mensen dat ook niet willen doen of ook niet willen opnemen. Ja, ik ken ook wel iemand, een oudere man, en die heeft ook praktisch geen familie waar hij op kan terugvallen en die is hulpbehoevend en die heeft zich uiteindelijk moeten wenden tot een verzorgingstehuis. Ik hoop nooit hulp nodig te hebben van externe diensten, maar als het probleem zich stelt, dan zal ik uiteindelijk me wel moeten wenden tot diensten die me dan kunnen verder helpen. Maar ik hoop dat ik er nooit gebruik van moet maken."

Nog anderen wensen simpelweg niet te spreken over het onderwerp, alles wat zich in de toekomst afspeelt is onbespreekbaar. Ze wimpelen de vragen af met antwoorden als:

Respondent 19, V, °1943:

I: "Maar denkt u ook dat dat zal lukken? Denkt u dat uw kinderen voor u zullen zorgen?"

R: "Maar ik kan niets zeggen over de toekomst. Dat kan veranderen, maar ik hoop dat het zo blijft. Maar ik kan het niet weten."

Respondent13, M, °1946:

R:" Ge hebt het nu niet echt nodig, het is een beetje ver af, maar inderdaad als ge dat later nodig gaat hebben, dan ga ik dat wel onderzoeken, eens kijken wat er bestaat en welke mogelijkheden. Als de kinderen allemaal gaan werken en ze verhuizen naar een ander land, dan zal ik, allez, dan zal ik eerst onderzoeken en dan beroep op doen. Dan pas, nu niet.

Dat is nog te ver af, want ja, mijn kinderen zijn nog te jong, en tegen dan zullen we wel zien."

Toch beseffen sommige van de respondenten dat het ontkennen van de problematiek niets verandert aan de situatie. Enkele van de respondenten wensen dan ook beroep te doen op professionele hulpverleningsdiensten.

Respondent 21, V, °1939:

R: "Ik kan nog de meeste dingen zelf, maar ik zou graag hebben dat er iemand extra komt helpen omdat ik in mijn armen wat pijn heb en in mijn benen en zo, daardoor kan ik niet alles meer doen."

I: "Wat doet u dan nu? Komt er iemand van de familie?"

R: "Mijn schoondochters komen wel, maar die kunnen ook niet blijven komen, die hebben eigen huis en eigen kinderen en ik kan ook niet alles blijven vragen aan hen. Ik zou liever hebben dat er iemand anders komt."

2.4 Terugkeerdilemma

De meeste allochtone ouderen zullen in België oud worden. Zowel de Belgen als de gastarbeiders van vroeger gingen er van uit dat zij slechts voor een korte periode in België zouden verblijven. De geschiedenis heeft ons echter anders geleerd. Telkens opnieuw was er wel een reden om te blijven; en (voorlopig) kwam dan in de meeste gevallen afstel. Een respondent vertelt aan de hand van een anekdote hoe het was:

Respondent 14, M, °1936:

"Ik was 27 jaar toen ik naar hier kwam; ik had hij een papier gekregen van het pensioen en ik heb dat kapot gescheurd. Ze vroegen aan mij waarom ik het kapot gescheurd had, want ik zou het nog wel nodig hebben voor mijn pensioen, zeiden ze. Ik zei: "Och dat is niet waar". Ik ben nu op mijn pensioen en ik ben hier toch nog."

Uit de literatuur en de gesprekken met de bevoorrechte getuigen, leerden we dat de allochtone ouderen toch nog steeds worstelen met het terugkeerdilemma. Aan de ene kant hebben ze gevoelens van heimwee en koesteren ze de hoop of verwachting om naar hun land van herkomst terug te keren. Anderzijds zijn ze omwille van praktische en emotionele redenen aan België verbonden.

We vroegen ons af waar de allochtone ouderen het liefst willen wonen wanneer ze straks hulpbehoevend zullen zijn.

Een opmerkelijk aantal respondenten spreekt de wens uit 'graag te willen terugkeren'. Sommigen onder hen voegen er wel aan toe dat het voorlopig niet haalbaar is, omwille van gezondheidsredenen, financiële redenen of de kinderen die hier wonen. Het is opvallend dat alle respondenten die werkelijk permanent zouden willen terugkeren vrouwen zijn.

Respondent 3, V, °1947:

I: "Keert u regelmatig terug naar Marokko?"

R: "Af en toe. Eén keer per jaar, één keer per drie jaar. Zeker niet op regelmatige basis"

I: "Bent u van plan om definitief terug te keren naar Marokko?"

R: "Ik zou het wel willen doen, als het mogelijk is natuurlijk. Als het van mij afhing, dan zou ik wel terug willen gaan. Het weer ginder past goed bij mij, daar word ik minder snel ziek Maar, nee, het gaat niet, toch zeker niet voor mijn gezondheid.."

I: "Zijn er andere redenen waarom u nu nog hier bent?"

R: "Als ik in Marokko dialyse zou moeten laten doen, moet ik twee uur rijden, de afstand bedraagt een honderdtal kilometers. Mijn kinderen zijn hier in België, dus als ik boodschappen nodig heb, dan kunnen mijn kinderen die niet doen voor mij."

Respondent 2, V, °1946:

I: "Bent u ooit van plan om voorgoed terug te keren naar Marokko?"

R: "Als ik niet ziek had geweest, dan had ik dat zeker gedaan. Ik ben eenzaam, ik heb heimwee. Als de kinderen groot zijn, dan hebben ze me toch niet meer nodig. Maar God weet het wel."

Toch zien de meeste respondenten geen soelaas in een permanente terugkeer. Ze verkiezen hier oud te worden. Ze hebben hier hun hele leven doorgebracht. Ze vertellen dat ze op een bepaald moment de keuze hebben gemaakt hier te blijven. Vanaf dat moment legt men zich neer bij de situatie.

Respondent 11, M, °1938:

"We hebben nu uiteindelijk besloten om ons leven hier verder op te bouwen en we hebben ons neergelegd dat België hier eigenlijk het land is waar we verder zullen leven. En dan is een terugkeer heel moeilijk omdat ge dan bewust hebt gekozen om verder hier te leven. We hebben zelfs hetgeen we in Marokko hadden verkocht om hier iets te kunnen kopen. Ik ben zelf een vreemdeling nu in de buurt waar ik opgegroeid ben, ik ken daar praktisch niemand meer als ik daar op bezoek ga."

Respondent 13, M, °1937:

"Terugkeren voor op vakantie; dat doe ik nu en dat zal ik in de toekomst blijven doen. Maar het terugkeren naar daar voorgoed, neen; ik heb hier mijn leven doorgebracht en mijn jeugd zelfs en ja. Terugkeren, ik heb hoegenaamd geen mogelijkheden daar: geen woonst, geen inkomen; dus eigenlijk kan ik daar niet overleven ook niet."

Respondent 18, V, °1945:

"Echt terugkeren is onmogelijk, want daar hebben we geen werk. en ook als ik nu terugkeer dan kunnen we ook geen werk beginnen omdat we oud zijn."

De redenen die de allochtone ouderen opgeven om uiteindelijk voor België te kiezen zijn dezelfde voor de Turkse en de Marokkaanse respondenten, ongeacht het geslacht. Een eerste belangrijke reden is de goed uitgebouwde sociale zekerheid in België. De voorzieningen in eigen land, zeker buiten de steden, zijn vaak van mindere kwaliteit dan hier in België. In de herkomstlanden is men enkel in de privé-ziekenhuizen verzekerd van een kwalitatief goede gezondheidszorg. Deze verzorging is voor de meeste respondenten niet betaalbaar. In België kunnen de allochtone ouderen dankzij de sociale zekerheid beroep doen op kwalitatief goede verzorging tegen een betaalbare prijs.

Respondent 26, M, °1942:

I: "Bent u van plan om ooit definitief terug te keren?"

R: "Ik wil niet voor altijd terugkeren. De reden is dat de sociale diensten ginder niet goed werken, zoals ziekenhuizen. Zeker voor de mensen die zo oud zijn. Er zijn mensen die op de wachtlijst sterven. Maar als ik er later economisch goed voor zit, dan zal ik wel voor lange tijd naar Turkije gaan."

Respondent 11, M, °1938:

R: "Toen ik nog werkte, met wat meer financiële ademruimte ging ik regelmatig, om de twee jaar, soms elk jaar terug, maar de laatste jaren nu ik eigenlijk leef van mijn werkloosheidsuitkering kan ik mij dat nog moeilijk permitteren om elk jaar te gaan."

Een andere reden waarom men de terugkeer uitstelt of afstelt, zijn de kinderen. Zoals een gezegde stelt: 'kinderen binden'. De persoonlijke pijn om hun kinderen en kleinkinderen in België achter te laten is voor de respondenten te groot.

Respondent 11, M, °1938:

"Toen er nog geen kinderen waren zat ge nog met dat idee: op een gegeven moment moeten we terugkeren, maar nu heb ik kinderen; ze zijn hier opgegroeid, ze beginnen hier hun eigen weg en hun eigen leven op te bouwen en dat zal altijd een drama blijven voor de meeste allochtonen mensen. Ook de eerste generatie, de meeste kunnen die beslissing, of willen wel, maar kunnen die beslissing niet omdat ze dan een gezin achterlaten."

Andere, minder belangrijke, factoren die hun heimwee aanwakkeren, zijn het goede klimaat en de oude bekenden en (verre) familieleden in het herkomstland.

Hoe dan ook, het blijft voor sommige respondenten moeilijk om toe te geven dat ze in België oud zullen worden. Alleen al het overwegen van die optie (oud te worden in Vlaanderen) immers, betekent dat ze de droom om terug te keren achter zich laten. Velen zoeken en vinden een oplossing in het pendelen tussen het land van herkomst en België.

Marokkaanse tolk:

"Maar ik kijk ook naar mijn ouders, die bijvoorbeeld voor 5 maand naar Marokko en die komen dan terug. Maar ik bedoel dat is heen en terug, die mensen kunnen niet beslissen. Als ge bijvoorbeeld zou voorstellen: terugkeer definitief, dan zeggen ze gewoon neen. Ten eerste de gezondheid, vanuit gezondheidsredenen, en ten tweede, hun kinderen en kleinkinderen zijn hier."

3. HUIDIG EN TOEKOMSTIG GEBRUIK VAN DE FORMELE GEZONDHEIDSVOORZIENINGEN DOOR ALLOCHTONE OUDEREN

Welke zijn nu de behoeften en verwachtingen van allochtone ouderen ten aanzien van de Vlaamse ouderenvoorzieningen? Om dit te achterhalen, kunnen we alvast nagaan in welke mate de allochtone ouderen gebruik maken van het huidig aanbod van diensten van het OCMW en andere welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. In hoeverre zijn ze daar tevreden over, welke zijn hun opmerkingen of aanbevelingen, welke zijn de redenen waarom ze er eventueel geen gebruik van maken. Deze vragen bieden mogelijkere wijzen aanwijzingen omtrent de specifieke noden en behoeften van de allochtone ouderen.

In deze paragraaf geven we een overzicht van het huidig en toekomstig gebruik van de verschillende diensten van het OCMW door allochtone ouderen, zowel van de ambulante als residentiële diensten. Voor een overzicht, zie tabel 1.

3.1 Huidig gebruik van de ambulante diensten van het OCMW

Op het ogenblik dat het onderzoek van start ging, zijn we nagegaan hoeveel allochtone ouderen gebruik maken van de diensten van het OCMW. Dit aantal bleek uitzonderlijk laag te liggen. Vijf Turkse en Marokkaanse ouderen maakten gebruik van één van de diensten van het OCMW. Twee personen waren opgenomen in een RVT: een Marokkaanse man, die daar was opgenomen in afwachting van een opname in een verzorgingstehuis en een Marokkaanse dame die zwaar

dementerend was. Eén Marokkaanse vrouw maakte gebruik van de dienst maaltijdbedeling, een Turkse man ging regelmatig biljarten in het lokale dienstencentrum en een Iraanse man kreeg hulp in het huishouden van een gezins- en bejaardenhulp.

Tijdens de interviews bleek dat sommige van de respondenten nu of in het verleden wel gebruik maakten van andere ambulante welzijn- en gezondheidsvoorzieningen, zoals het 'Wit-gele kruis' of 'Villers'³.

3.1.1 Thuisverpleegdienst

De meest gebruikte en gekende ambulante dienst is de thuisverpleegdienst. Slechts één respondent (22, V, °1930) maakt er reeds lange tijd gebruik van; anderen eerder occasioneel, naargelang hun gezondheidstoestand. Ze zijn allen erg tevreden over de verpleging en de hulp. De enige opmerking die ze hebben, is het gebrek aan communicatie met de verpleegkundigen. Ze zijn meestal niet in staat hun klachten te uiten en begrijpen niet altijd de uitleg van de verpleegkundigen.

3.1.2 Poetsdienst en gezins-(en bejaarden)helpers

De poetsdienst is bij de meeste respondenten niet gekend; slechts één persoon heeft ooit beroep gedaan op de poetsdienst (van de vzw Familiehulp).

De respondent lijdt aan suikerziekte en heeft een nierdysfunctie, evenals haar man. De kinderen zijn het huis uit of studeren nog en kunnen niet instaan voor het huishouden. Op het moment dat de nood aan hulp urgent was, waren er geen gezinshelpers, noch poetsvrouwen beschikbaar bij het OCMW. Ze wendde zich tot de vzw Familiehulp. Zij houdt geen goede ervaringen over aan de hulpverlening. Volgende gespreksfragmenten schetsen de situatie:

Respondent 3, V, °1947:

R: "Ik heb wel hulp gevraagd voor in huis, genaamd Familiehulp maar dat is een vzw. De verzorgsters deden dit niet graag, omdat ik een Marokkaanse ben. Er was wel een Marokkaanse gezinshelpster, maar die hebben ze ontslagen, ik weet echter niet om welke reden. Er is duidelijk een tekort aan zulke gezinshelpsters."

I: "Hoe was het toen die gezinshulp hier was? Hoe ging ze te werk? Wat vond u ervan?"

R: "Ik was er niet echt tevreden over. Ze zeiden dat ze er niet geschikt voor waren, om te strijken en de afwas te doen. En die Marokkaanse stal van tijd tot tijd wat spullen, dus daar had ik ook geen vertrouwen meer in."

Toch hoopt ze in de toekomst opnieuw een extra hulp te krijgen voor in het huishouden:

Respondent 3, V, °1947:

"Iemand van het OCMW zou ik wel vertrouwen, zodat ik niet bang moet zijn dat iemand mijn geld zal stelen. Als er werk is, dan zouden ze dit kunnen doen, zoals bijvoorbeeld kuisen. Iemand die me steunt en helpt, iemand die hier niet komt profiteren en niet werkt. Een kuisvrouw is te duur voor ons, en die strijkt ook niet. Ik heb ook een persoon nodig om boodschappen te doen."

³ 'Thuisverpleging Villers' heeft volgende dienstverlening: gezinshulp, bejaardenhulp, verpleegdienst aan huis, dispensarium, welzijnszorg, elementaire hygiënische en huishoudelijke hulp.

3.2 Huidig gebruik van de residentiële diensten (RVT)

Bij aanvang van deze studie werd er bij het OCMW nagegaan of er allochtone ouderen opgenomen waren in de rust- en verzorgingscentra. Binnen de Antwerpse centra zijn er twee allochtonen ondergebracht; één bejaarde demente Marokkaanse vrouw en een Marokkaanse man, in afwachting van een overplaatsing naar een verzorgingstehuis. De vrouw was niet in staat deel te nemen aan het onderzoek. De situatie van de man daarentegen is weinig representatief voor de populatie van een RVT, gezien zijn jonge leeftijd.

De respondent heeft een arbeidsongeval gehad en is verlamd tot boven de onderste ledematen. Zijn vrouw en kinderen verblijven nog in Marokko. Hij is erg tevreden over zijn verblijf in het RVT, maar maakt wel enkele aantekeningen bij de opvang van allochtonen.

Enkel voor medische bijstand en verzorging moet men geen onderscheid maken naar mannen en vrouwen. Een verblijf in een rust- en verzorgingstehuis wordt gelijkgesteld met een thuissituatie; de verzorging die men hier krijgt moet dus gescheiden verlopen. Dit is organisatorisch niet altijd mogelijk. Hij krijgt geen aangepaste voeding; men laat enkel het vlees weg uit zijn maaltijden. Hij merkt op dat het menu hierdoor wel erg eentonig wordt en dat ze wel ritueel geslacht vlees mogen eten. Een ander probleem is de taal. Het contact met de medebewoners en het personeel is tot een minimum herleid vanwege zijn gebrekkige kennis van het Nederlands.

3.3 Ziekenhuisopname

In het algemeen zijn de respondenten zeer positief over hun ziekenhuisverblijf. Ze loven de prestaties van de artsen en het verpleegkundig personeel. Sommige respondenten maken ook de vergelijking met de eerstelijnszorg in het thuisland en bekennen dat ze hier veel beter worden opgevangen. Dit maakt het voor hen ook moeilijk om hun beklag te doen over bepaalde praktijken. De bevoorrechte getuigen vertellen dat de allochtone ouderen zich nog steeds zien als 'gasten'. Zij menen hierdoor dat zij zich allerminst in de positie bevinden om te klagen of bemerkingen te maken, *'we mogen al blij zijn dat we hier zo goed verzorgd worden'*, denken de allochtone ouderen.

Na enkele dagen aan de zijde van een intercultureel bemiddelaar te staan in het ziekenhuis merkt men echter dat er meer aan de hand is dan de allochtone ouderen soms laten uitschijnen.

Voeding is hét grote struikelblok. Hoewel ze er zelden een opmerking over maken, wensen ze in het ziekenhuis te kunnen kiezen voor een Islamitisch menu. Bij opname in het ziekenhuis vermelden de meesten dat ze Islamitisch zijn en geen vlees wensen. Dit maakt dat het menu eentonig is; temeer daar zij eigenlijk wel ritueel geslacht vlees (uitgezonderd varkensvlees) mogen eten. De impact van de voedingsproblematiek is nauwelijks zichtbaar omdat de familie van de zieke dagelijks een maaltijd brengt. Hoe lang men dit zal kunnen volhouden blijft nog de vraag.

Religie op zich zorgt niet voor problemen in het ziekenhuis, zo meldden de respondenten. De Islam is een zeer flexibele godsdienst. Wanneer men niet in staat is zijn gebed te doen, wegens fysieke beperkingen, mag men dat ook zittend of liggend bidden. De traditionele rituele wassing mag men ook vervangen door te wrijven over een speciale steen. De respondenten merken ook op dat er een zeer grote tolerantie heerst onder de andere patiënten en het verplegend personeel jegens hun godsdienstbeleving. Sommige respondenten vertelden dat het bezoek van de kamergenoten vrijwillig de kamer verliet wanneer zij hun gebed aanvingen of de gordijntjes tussen de bedden sloten. Het personeel verlaat de kamer wanneer de patiënt in gebed is en komt op een later moment terug.

De taal is ook hier een spelbreker; de communicatie tussen de hulpverlener en de patiënt verloopt soms echt problematisch. We vonden in deze studie echter systematisch aanwijzingen dat hulpverleners en patiënten in veel gevallen geen beroep doen op een bemiddelaar, wanneer ze met de taal- of cultuurbarrière geconfronteerd worden. Het komt veelvuldig voor dat men beroep doet op informele tolken, in de meeste gevallen op familieleden van de patiënt. De meeste respondenten prefereren hun kinderen in te schakelen als tolk. De vrouwen vinden dat hun echtgenoot ook kan fungeren als tolk, ondanks het feit dat die zich vaak ook maar moeizaam kan uitdrukken in het Nederlands.

In de wetenschappelijke literatuur bestaat er een consensus dat het werken met informele tolken zoveel mogelijk moet worden vermeden. Zij beschikken in de meeste gevallen immers niet over de nodige vaardigheden. Bovendien is het onwaarschijnlijk dat gevoelige thema's, bijvoorbeeld verbonden met de persoon van de informele tolk, in hun bijzijn zullen worden besproken (Saldov en Chow, 1994; Haffner, 1992).

De bevoorrechte getuigen verwijzen naar de onmiddellijke beschikbaarheid van de informele tolken en de overbevraging van de intercultureel bemiddelaars om hun keuze te verantwoorden. Dit houdt in dat de intercultureel bemiddelaars zelden aanwezig zijn bij die onderdelen van het hulpverleningsproces waarvoor hun aanwezigheid de grootste meerwaarde zou betekenen, namelijk het afnemen van een anamnese, het bespreken van een dieet of medicatieschema, het ondergaan van een onderzoek dat medewerking van de patiënt vereist of dat beangstigend kan zijn, en zo meer.

Respondent	Kenniss (K) en Gebruik (G) van de diensten														RVT
	OCMW	K&G	Han	CGG	G&BH	Kl.D.	D.Tv.	D.Mb.	D.Oh.	CKV	DC	P.A.	Ziekenf.	Serv.FI	
1	K	K	/	/	GK	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
2	GK	K	/	/	K	/	/	/	/	/	/	/	GK	K	
3	K	K	/	/	/	/	GK	/	/	/	K	/	GK	K	
4	K	GK	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	K	
5	GK	/	/	/	K	/	/	/	/	/	/	/	GK	K	
6	GK	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	K	
7	K	K	K	/	K	/	K	/	/	/	/	/	GK	K	
8	K	K	/	/	K	/	K	K	K	K	/	/	GK	/	
9	K	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
10	K	K	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	K	
11	K	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
12	K	GK	/	/	/	GK	/	/	/	/	/	/	GK	K	
13	/	K	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
14	K	K	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
15	K	K	/	/	K	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
16	/	/	/	/	/	/	/	/	/	K	/	/	GK	/	
17	K	GK	/	/	/	GK	/	/	/	/	/	/	GK	K	
18	K	GK	/	/	K	/	K	K	K	K	K	K	GK	K	
19	GK	K	/	/	K	/	K	K	K	K	K	K	GK	K	
20	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
22	K	/	/	/	/	/	GK	/	/	/	/	/	GK	K	
23	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
24	K	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
25	GK	/	/	/	GK	K	K	/	/	K	/	/	GK	/	
26	K	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
27	K	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	/	GK	K	
28	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	GK	/	
29	/	/	/	/	/	GK	/	/	/	/	/	/	GK	K	

Legende: K&G: Kind en Gezin; Han: Vlaams fonds voor personen met een handicap; CGG: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg; G&BH: gezins- en bejaardenhulp; Kl.D.: Klusjesdienst; D.Tv.: Dienst Thuisverpleging; D.Mb.: Dienst Maaltijdbeiding; D.Oh.: Dienst Oppashulp; CKV: Centrum voor Kortverblijf; DC: Dienstencentrum; P.A.: Personenalarmering; Ziekenf.: Ziekenfonds; Serv.FI.: Serviceflats; RVT: rust- en verzorgingstehuis

3.4 Toekomstig gebruik van de ambulante en residentiële diensten

Tot op heden is het aantal allochtone ouderen dat beroep doet op de georganiseerde dienstverlening zeer beperkt. De oorzaak hiervan ligt grotendeels bij het zogenaamde zorg- en terugkeerdilemma en de nog relatief jonge leeftijd van de oudere Turken en Marokkanen. Het terugkeerdilemma en het zorgdilemma zorgden dat heel wat specifieke problemen genegeerd worden en dus ondetecteerbaar bleven. Men leerde nauwelijks Nederlands en informeerde zich niet over de werking van de diensten voor zorgbehoeftigen.

Het begrip 'OCMW' heeft voor de meeste allochtone ouderen een negatieve connotatie. Ze beschouwen het OCMW als 'een instantie waartoe men zijn toevlucht neemt wanneer men nergens anders meer terecht kan'. In noodgevallen kan men er terecht voor financiële bijstand. Het OCMW is daardoor een taboebegrip geworden, waarmee de allochtone ouderen niet wensen te worden geassocieerd. De diensten van het OCMW die bij de respondenten enige reactie opwekten waren Kind en Gezin, de thuisverpleging en de rust- en verzorgingstehuizen. Verder reikt hun kennis veelal niet.

Nadat we de respondenten een overzicht van de diensten gaven vroegen we hen welke diensten ze in de toekomst wel wensten te gebruiken. Zoals verwacht, wensten de meeste respondent in de toekomst door hun kinderen te worden bijgestaan. Indien men vanwege gezondheidsredenen niet meer zelfstandig zou kunnen blijven wonen, gaven de meesten de voorkeur aan inwonen bij een van de kinderen, met name een zoon (meestal is dit de oudste zoon). Van de schoondochters wordt dan verwacht dat ze een groot deel van de zorg op zich nemen.

Enkele van de respondenten maken nog of hebben in het verleden gebruik gemaakt van de georganiseerde hulpverlening. Zij wensen daar in de toekomst nog beroep op te doen.

Er leeft onder de respondenten ook het besef dat de kinderen de zorgplicht niet volledig zullen kunnen nakomen. Deze respondenten laten tijdens het gesprek terloops vallen dat ze wel open staan voor extra hulp, 'wanneer het echt nodig is'. Men doelt dan op hulp bij de huishoudelijke taken zoals dweilen, ramen lappen, boodschappen doen.

De meeste respondenten staan erg weigerachtig tegenover een opname in een RVT. Ze zijn vaak op de hoogte van het bestaan van rusthuizen, maar weten niets over de mogelijkheden van hulp aan huis. Zij krijgen op die manier het gevoel dat 'oud worden gelijk staat aan het huis verlaten'. In tegenstelling tot het principe van de thuiszorg, waar hulp verleend wordt aan een thuiswonende zorgbehoevende persoon met de bedoeling het zelfstandig wonen in het thuismilieu in stand te houden.

3.5 Behoeften en verwachtingen van de allochtone ouderen ten aanzien van de Vlaamse ouderenvoorzieningen

In deze paragraaf geven we kort en overzichtelijk de behoeften en verwachtingen weer van de allochtone ouderen ten aanzien van de Vlaamse ouderenvoorzieningen.

3.5.1 Informatie

Er is duidelijk nood aan informatie. De allochtone ouderen zijn niet op de hoogte van het brede en gevarieerde aanbod dat er bestaat. Hun kennis van de diensten beperkt zich meestal tot Kind en Gezin, thuisverpleging en de rust- en verzorgingscentra. Bovendien hebben zij een eerder negatief beeld van het OCMW en de rust- en verzorgingscentra.

3.5.2 Taal

De allochtone ouderen botsen telkens op een taalbarrière. Zowel in de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingscentra als met de hulpverleners van de ambulante diensten hebben zij communicatieproblemen. Deze communicatiestoornissen beperken zich niet tot taalproblemen. Zij stoten ook op een barrière door het hanteren van medisch-wetenschappelijk gezien irrationele ziekteopvattingen.

3.5.3 Voeding

De voeding is een probleem dat zich in alle residentiële diensten voordoet. De Islamitische allochtone ouderen wensen over de mogelijkheid te beschikken om voor een Islamitisch menu te kiezen. Naast een voeding die bereid is in overeenstemming met hun religieuze voedingsvoorschriften, vragen zij om 'herkenbare' voeding. Hiermee verwijzen zij naar traditionele Turkse en Marokkaanse maaltijden.

3.5.4 Gender-problematiek

Het wassen en andere vormen van persoonlijke hygiëne liggen zeer gevoelig bij de Islamitische allochtone ouderen. Ze wensen verzorgd te worden, in het ziekenhuis en binnen de thuisverpleging, door iemand van hetzelfde geslacht.

3.5.5 Prijsverlaging

Sommige allochtone ouderen stellen zich de vraag wat dit allemaal zal kosten. Bovendien behoren allochtone ouderen tot de laagste inkomenscategorie (Loutz, Manço, 1993). Zij maken zich dus terecht zorgen over het financiële plaatje dat aan de diensten vasthangt.

3.5.6 Religie

Religie leidt, vooralsnog, niet tot echte problemen. De allochtone ouderen vragen wel of er een mogelijkheid is een gebedsruimte te voorzien binnen de rust- en verzorgingscentra. De religie van de hulpverlener is voor hen van geen belang, zolang men maar respectvol wordt behandeld.

ALGEMEEN BESLUIT

De Vlaamse bevolking vergrijsst. Ook de vergrijzing van de allochtone bevolking begint zich stilaan te manifesteren. In tien jaar tijd werd een verzesvoudiging van het aantal Turkse en Marokkaanse 65-plussers vastgesteld. In de oudere Antwerpse bevolkingsgroep maken zij tot nu toe nog een kleine minderheid uit. Het is echter een minderheid in de samenleving die gestaag in aantal toeneemt, die specifieke noden en behoeften heeft en die onze aandacht vereist.

Het doel van deze studie was het achterhalen van de noden en behoeften van allochtone ouderen met betrekking tot zorgbehoefte. Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen werden diepte-interviews afgenomen van bevoorrechte getuigen en allochtone ouderen; er werden ook twee focusgroepdiscussies georganiseerd.

Het aflijnen van de zorgbehoefte van de allochtone ouderen was noodzakelijk om een zicht te krijgen op hun noden en behoeften. Er werd eerst gefocust op de gezondheid van de allochtone ouderen. De zorg die iemand nodig heeft is namelijk in sterke mate afhankelijk van zijn gezondheidstoestand.

Een literatuurstudie bracht enkele verschillen tussen de gezondheidssituatie van allochtone en autochtone ouderen aan het licht. Deze vaststellingen zagen we ook grotendeels weerspiegeld in onze steekproef.

Het is gekend dat arbeidsongevallen en beroepsziekten meer voorkomen bij allochtone dan bij autochtone werknemers. In onze steekproef troffen we inderdaad een aantal mannen die tijdens hun loopbaan een arbeidsongeval hadden en die vroegtijdig met brugpensioen zijn gegaan wegens gezondheidsproblemen. Allen zagen de oorzaak hiervan in de slechte werkomstandigheden.

Er zijn aanwijzingen dat migratie en stress gerelateerd zijn; beiden kunnen ook aanleiding geven tot gezondheidsproblemen, die zich o.a. uiten in psychosomatische klachten. In onze steekproef hoorden we vaak meldingen van zulke klachten. Het diagnosticeren van deze klachten, vertellen bevoorrechte getuigen, is echter erg moeilijk, omwille van taalproblemen en de andere 'verpakking' van hun gezondheidsklachten. Dit leidt zowel bij de hulpverleners als bij de allochtone ouderen tot frustraties.

Inzake gezondheidsopvattingen blijkt ook uit onderzoek dat Turken en Marokkanen de oorzaak van hun ziekte gemakkelijk buiten zichzelf situeren. Psychische oorzaken vinden ze moeilijk te begrijpen en te accepteren; ze spitsen hun aandacht dan ook voornamelijk toe op hun lichaam. De respondenten uit onze steekproef met 'ongediagnosticeerde' klachten maakten zelf ook niet de link met hun psychisch welzijn.

Onderzoek heeft uitgewezen dat allochtone ouderen vervroegd last hebben van ouderdomsverschijnselen. De meeste respondenten uit onze steekproef hebben de bejaarde leeftijd nog niet bereikt - zij zijn wel allen ouder dan 50 - maar maakten zelden melding van typische ouderdomsverschijnselen (zoals hardhorigheid, hoge bloeddruk, reuma, artrose, e.a.).

Uit gesprekken met de bevoorrechte getuigen en de allochtone ouderen konden we besluiten dat de allochtone ouderen momenteel weinig tot geen zorgbehoeften hebben, die niet kunnen worden ingevuld door hun kinderen. De noden en behoeften van de eerste generatie migranten zijn nog niet van die aard dat ze beroep moeten doen op professionele instanties om eraan te voldoen. De bevoorrechte getuigen verwachten wel een toename van de zorgbehoefte binnen vijf tot tien jaar.

Een nieuw fenomeen dat in de toekomst extra aandacht verdient, is het laten overkomen van de hoogbejaarde ouders van de eerste generatie omwille van gezondheidsredenen. Momenteel is het aantal hoogbejaarde ouderen uit Turkije en Marokko die met urgente gezondheidsproblemen worden opgenomen nog beperkt. Bevoorrechte getuigen menen echter dat dit aantal in de toekomst zal stijgen.

Hoe voorzien de allochtone ouderen momenteel in de zorgbehoeften die ze hebben? Hoewel het aantal Turkse en Marokkaanse ouderen dat een beroep doet op de voorzieningen erg beperkt is, hebben zij nood aan (specifieke) hulp.

Zij rekenen, voor alles, op hun kinderen om aan deze behoeften te voldoen. Turkse en Marokkaanse ouderen zien de zorgplicht van de kinderen ten aanzien van hun ouders als een belangrijke traditie van de eigen cultuur. Sommigen beschouwen deze zorgplicht als een religieuze plicht.

De kinderen erkennen hun zorgplicht wel, maar bevinden zich niet altijd in de mogelijkheid deze na te komen zoals hun ouders het wensen. De tweede generatie groeit op in een westerse samenleving met andere leefgewoonten dan in het land van herkomst en staan meestal alleen in voor de opvang van hun ouders, wegens het wegvallen van het breder sociaal netwerk.

Het gevolg van deze conflicterende belangen maakt dat het zorgdilemma, voor velen, zo goed als onbespreekbaar is. Dit wordt nog versterkt door het geloof bij de Turkse en Marokkaanse ouderen dat de tijd aan God is; hierop willen vooruitlopen is een provocatie en getuigt van hoogmoed. Hetzelfde duikt later opnieuw op als we het terugkeerdilemma bespreken.

Sommige van de respondenten erkennen de problematiek, maar achten deze niet van toepassing op hun eigen situatie. Vooral de (Marokkaanse) mannen menen zich blijvend op hun kinderen te kunnen beroepen door de goede opvoeding die ze hebben genoten. Dit is een vaststelling die, in tegenstelling tot de vorige, niet in het werk van Kavs (2001) wordt besproken.

De invulling van de zorgvraag is mede afhankelijk van het terugkeerdilemma. Vele van de respondenten in deze studie – dit in tegenstelling tot de respondenten die deel uitmaakten van de steekproef van Cuyvers en Kavs (2001) - koesteren de hoop ooit terug te keren, terwijl ze zich meestal realiseren dat het enkel 'wishful thinking' betreft. Dit heeft een impact op de invulling van de zorgvraag. Sommigen hebben geen realistisch beeld van de toekomst; de optie oud te worden in Vlaanderen blijft voor hen onbespreekbaar. Het gevolg is dat deze ouderen niet geïnteresseerd zijn zich te informeren over georganiseerde opvang.

Toch zijn een groot aantal van de respondenten ervan overtuigd dat hun toekomst in België ligt. Ze zullen in België oud worden; dit om allerlei redenen. Als kinderen en kleinkinderen in België wonen, wordt het erg moeilijk om terug te gaan. Bovendien voelt men zich vaak een vreemde in eigen land; na al die jaren van afwezigheid zijn er veel dingen in het dorp of de stad veranderd en veel oude bekenden zijn verdwenen of gestorven. De belangrijkste reden blijft toch de goed uitgebouwde sociale voorzieningen in België. De meeste zoeken en vinden een oplossing in het pendelen tussen België en het land van herkomst.

Zoals uit de gesprekken met de allochtone ouderen blijkt, wenst iedereen terug te vallen op de kinderen wanneer men zorgbehoefte wordt. Is er dan werkelijk niemand van de allochtone ouderen die gebruik maakt van de georganiseerde voorzieningen?

Navraag binnen het OCMW, op het moment van het onderzoek, bevestigde ons vermoeden. Slechts een kleine minderheid van het totale patiëntenbestand zijn allochtone ouderen. Zelfs wanneer we vragen aan de respondenten of ze in het verleden ooit beroep deden op diensten van het OCMW, is de reactie erg laag.

Enkelen deden in het verleden beroep op de thuisverpleging; meestal wanneer het vanuit het ziekenhuis of door de huisarts werd geregeld. De ervaringen met de thuisverpleging waren positief. De enige opmerking hieromtrent was de gendergevoeligheid die inherent is aan de persoonlijke hygiëne; mannen wensen door mannen en vrouwen door vrouwen te worden gewassen.

Opmerkelijk is het negatieve beeld dat de respondenten hebben van de rust- en verzorgingstehuizen. De mensen die daar zitten, zijn, volgens hen, verlaten en vergeten door de maatschappij. Ze hopen er nooit te eindigen. Ze merken ook op dat de voeding die er geserveerd wordt niet is aangepast aan hun religieuze voedingsvoorschriften. Opnieuw meldt zich het probleem van de gendergevoeligheid die verbonden is met de persoonlijke verzorging.

Allochtone ouderen maken wel gebruik (en misschien ook wel sneller dan de autochtonen?) van het ziekenhuis. De respondenten laten zich erg lovend uit over een opname in het ziekenhuis; ze zijn over het algemeen erg tevreden over de hulpverlening en de opvang. Toch doen er zich ook hier problemen voor. De maaltijden zijn niet aangepast en de communicatie met de hulpverleners verloopt soms problematisch.

Uit deze studie blijkt eens te meer dat we hier met een zeer complexe problematiek te maken hebben. Met de komst van hoogbejaarde nieuwkomers en de permanente influx van jonge en oudere nieuwkomers, zal deze problematiek niet meteen verdwijnen. Dit impliceert dat men een samenlevingsmodel zal moeten aanvaarden waarin diversiteit centraal staat. Een gevolg hiervan is dat de samenleving in zijn geheel vaardig gemaakt moet worden in het omgaan met diversiteit.

In de eerste plaats vraagt het een houding van uitdrukkelijk respect voor de verschillen tussen de betrokken gemeenschappen. Daarnaast is het ook noodzakelijk een aantal praktische schikkingen te treffen om de hulpverlening meer adequaat te maken. Meer specifiek rekening houden met de eigenheid op het gebied van voeding, godsdienstbeleving of andere elementen die in de beleving van een aantal culturen erg gevoelig liggen, zoals bv. de verzorging van vrouwen door mannen, dragen daartoe bij. Het veronderstelt dat alle betrokkenen, allochtone ouderen, autochtone ouderen, de voorzieningen en het personeel dat er werkzaam is, zich bekwamen in het omgaan met verschillen in een hulpverleningsset.

Toch moet er alvorens over te gaan tot praktische aanpassingen en veranderingen en te spreken van een diversiteitsbeleid en -management binnen de diensten van het OCMW, gewerkt worden aan een algemene sensibilisering van de allochtone ouderen.

Allochtone ouderen denken wel na over wat er zal gebeuren wanneer ze zorgbehoevend zijn en afhankelijk worden van kinderen of anderen, maar kunnen er moeilijk over spreken. De ouderen koesteren de hoop dat de kinderen hen zullen opvangen en de kinderen kunnen uit respect voor de tradities van hun gemeenschap niet te kennen geven dat ze hieraan niet kunnen voldoen. Het is belangrijk dat er initiatieven ontstaan die de communicatie tussen ouderen en kinderen over het zorgdilemma stimuleren.

Aansluitend moet men zich realiseren dat de eerste generatie migranten nog relatief jong is en hun behoeften makkelijk realiseerbaar. De vraag is echter in hoeverre dat in de toekomst zo zal blijven, wanneer de zorgbehoefte zwaarder wordt. Het is van het grootste belang de allochtone ouderen en hun kinderen, die uiteindelijk mede verantwoordelijk zijn voor een goede begeleiding naar de diensten toe, te informeren.

Er is nog een lange weg af te leggen, maar de eerste stappen zijn reeds gezet.

EPILOOG

Een goede gezondheid is van onschatbare waarde voor een gelukkig en succesvol leven. Het heeft een impact op alle levensdomeinen. Op basis van bepaalde wetten⁴ en conventies⁵ wordt iedereen de mogelijkheid geboden dit goed te beschermen en te waarborgen. Men zou dus kunnen veronderstellen dat iedereen in België aanspraak kan maken op dit fundamenteel recht.

In de praktijk blijkt dit echter niet zo te zijn. Het in theorie kunnen uitoefenen van dit recht betekent nog niet dat iedereen op een gelijkwaardige manier gebruik maakt of kan maken van de bestaande gezondheidsvoorzieningen of een zelfde kwaliteitszorg krijgt. Dit onderzoek toont eens te meer aan dat een aanbod zonder onderscheid niet garant staat voor een gelijke toegang, noch resulteert in een gelijke participatie.

Allochtone ouderen maken nauwelijks gebruik van de diensten van het OCMW. Deels kan dit worden verklaard door de relatief jonge leeftijd van de eerste generatie migranten en de invulling van de huidige noden en behoeften door de omringende familie. Er is echter meer aan de hand.

Momenteel kan mantelzorg nog een oplossing zijn om te voldoen aan de wensen van de allochtone ouderen. Op termijn zullen ook zij genoodzaakt zijn een beroep te doen op professionele dienstverlening. De noden en behoeften zullen toenemen, terwijl de invulling ervan door kinderen niet altijd kan worden gewaarborgd.

Daar stellen zich de problemen. De allochtone ouderen hebben te weinig kennis van het Nederlands, ze kennen hun weg niet in het landschap van de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen, hebben moeite hun zorgvraag te formuleren (o.a. door taalproblemen maar ook door het hanteren van een ander 'medisch model') en beschikken niet altijd over de financiële mogelijkheden. Deze factoren bepalen in grote mate de toegang tot het zorgaanbod.

Dit onderzoek heeft ook uitgewezen dat allochtone ouderen andere, specifieke gezondheidsklachten hebben, of deze klachten anders ervaren. De algemene zorgstructuren en de wijze waarop de zorg wordt verleend, zijn vaak niet aangepast aan de behoeften en vragen van deze specifieke doelgroep.

De vraag dringt zich dus op of men voor deze specifieke doelgroep aparte instellingen in het leven moet roepen. Moet men overgaan van een inclusief naar een categoriaal beleid? Hierbij moet men in het achterhoofd houden dat het geen overgangperiode betreft. Er is een permanente influx van jonge migranten; vooral in de context van gezinsformatie, maar ook gezinshereniging en in de context van asielaanvragen. Met de komst van de oudere allochtone bejaarden maakt dit, dat deze situatie niet meteen van voorbijgaande aard is. Anderzijds kan het zorgverleningsstelsel een actievere houding aannemen om de toegankelijkheid te verbeteren. Een passieve attitude ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen veronderstelt dat zij zich aanpassen aan het zorgstelsel van de dominante groep. Door een aangepaste en specifiek op allochtonen gerichte gezondheidsbeleid te voeren kan men de mate waarin allochtonen zich aanpassen aan de dominante samenleving optimaliseren. Zodoende verhoogt men de kans op een gezonde allochtone bevolking, en dit niet enkel op individueel vlak, maar ook op groepsniveau (Berry, 1992; Bahl, 1993).

Het doel blijft te vermijden dat een kwalitatief zorg het voorrecht wordt van een beperkte groep in de samenleving.

⁴ In België wordt dit bij wet vastgelegd in artikel 23 van de Belgische grondwet; het tweede lid van dit artikel vermeldt "het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridisch bijstand".

⁵ Onder andere de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, het Internationaal Verdrag inzake de Economische, Sociale en Culturele Rechten en het Europees Sociaal Handvest.

BELEIDSAANBEVELINGEN

De huidige allochtone ouderen zijn nog relatief jong. Momenteel worden ze niet in grote getale geconfronteerd met zware en intensieve zorgbehoeften. Uit dit onderzoek blijkt echter dat, ten eerste dit in de nabije toekomst zal veranderen en ten tweede er nu reeds behoeftige allochtone ouderen zijn die wensen gebruik te maken van de dienstverlening maar de weg niet vinden. Vandaar het belang van directe en gerichte actie.

Vanuit de optiek dat we in België met een continue instroom van allochtone ouderen te maken hebben (Timmerman, Ben Abdeljelil, Van der Heyden, Geets, 2000) lijkt het ons aangewezen een permanente, algemene samenwerking tussen het beleid en de allochtone zelforganisaties op te zetten. Deze samenwerking kan de vorm aannemen van een overlegorgaan waarin beide partijen vertegenwoordigd zijn. Beide partijen zouden in eerste instantie de doelstellingen, de inhoud en de leden van dit orgaan moeten overeenkomen. Het beleid zou het initiatief tot de oprichting van dit orgaan moeten nemen. Men kan binnen dit werkorgaan cellen oprichten die een eigen specifieke problematiek behandelen, zoals bijvoorbeeld een cel voeding, een cel vorming en opleiding e.a., naargelang het belang die men aan de problematiek hecht.

Een probleem waarmee zowel onderzoek, beleid als middenveld geconfronteerd wordt, is de gebrekkige registratie van etnische minderheden in ons land, en meer specifiek ook op Vlaams niveau. Indien er al een vorm van registratie bestaat is dit meestal op basis van nationaliteit. Door de naturalisatie van veel allochtonen is nationaliteit als criterium echter niet meer toereikend. Er dient dan ook dringend gezocht te worden naar een nieuw en duidelijk criterium voor de registratie van allochtonen.

Wat nu volgt zijn opmerkingen die we via dit onderzoek op het spoor zijn gekomen. Binnen elk van die bevindingen worden er telkens enkele concrete suggesties aangeboden om de problematiek aan te pakken. Dit wil echter niet zeggen dat zij de enige, noch de meest succesvolle oplossingen zijn voor het probleem. Zij kunnen ter discussie wel dienen om het overleg met de allochtone zelforganisaties vorm en inhoud te geven.

1 TOEGANKELIJKHEID

Globale indicatoren over de toegankelijkheid van de zorgverlening voor allochtonen ontbreken nog volledig (Peeters en De Muynck, 1997). Men gaat er in Vlaanderen van uit dat de toegankelijkheid van het zorgsysteem voor allochtonen geen groot probleem is. Echte harde bewijzen bestaan er voor deze stelling echter niet. Er bestaat inderdaad het formele recht op zorg, en dit recht geldt voor iedereen, autochtoon zowel als allochtoon. Doch dit is eerder theoretisch en niet de enige factor die de toegankelijkheid van de zorg bepaalt: er bestaan economische en administratieve barrières, en het zorgsysteem kan een passieve dan wel een actieve houding aannemen om de toegankelijkheid te verbeteren.

1.1 Sensibiliseren van de allochtone(n) (ouderen)

1.1.1 Doorbreken van de taboesfeer

Alle acties die ondernomen worden om de toegang tot de dienstverlening voor allochtonen te vergemakkelijken, moeten voorafgegaan worden door een sensibilisering van de allochtone ouderen zelf. Uit dit onderzoek⁶ is nog maar eens gebleken dat allochtone ouderen sceptisch staan tegenover de toekomst. Zij wensen geen uitspraken te doen over wat de toekomst zal bieden. Het aannemen van een afwachtende houding maakt het hen moeilijk plannen te maken en hun leven te organiseren. In het kader van hun toekomstige zorgbehoefte betreft het vooral een mogelijke terugkeer en (alternatieve) invulling van hun zorgvraag.

Het is van belang dat de allochtone ouderen leren spreken en denken over de toekomst. Uit deze studie is gebleken dat allochtone ouderen geen uitspraak wensen te doen over de invulling van hun toekomstige zorgvraag. Zij beseffen dat hun kinderen moeilijk aan hun zorgvraag zullen blijven beantwoorden, doch over mogelijke alternatieven praten blijft zeer delicaat. Vandaar dat men, alvorens deze doelgroep te informeren over de bestaande dienstverlening, onderwerpen als het zorg- en terugkeerdilemma bespreekbaar moet maken.

1.1.2 Sensibiliseren van de kinderen

Deze sensibilisering verloopt best parallel met een sensibilisering van de tweede generatie. Het is deze groep die op termijn zal moeten instaan voor de opvang van hun ouders. Zij worden echter geconfronteerd met een zorgvraag die ze misschien niet helemaal zelf kunnen invullen. De sociale druk om toch te voldoen aan de vraag van de ouders is enorm groot. Het zorgdilemma zoals beschreven in deze studie, is een probleem waarmee zowel de bejaarde als zijn familie geconfronteerd wordt en dat dus noodzakelijkerwijs in samenwerking met beide partijen opgelost moet worden.

Indien de kinderen van allochtone ouderen wel willen tegemoetkomen aan de zorgvraag van hun ouders maar deze zorg niet volledig zelf wensen op te nemen, zullen zij net zoals hun autochtone leeftijdsgenoten mee moeten zorgen voor de begeleiding van hun ouders naar de welzijns- en hulpverleningsdiensten toe. Wanneer een ouder moet opgenomen worden in een RVT zijn het veelal de kinderen die instaan voor de administratieve taken die daarmee gepaard gaan.

SUGGESTIES

De allochtone zelforganisaties zijn, volgens ons, het meest aangewezen deze taak op zich te nemen. Zij kunnen gespreksnamiddagen of themadagen houden rond ouder worden. De meest voor de hand liggende thema's zijn het zorgdilemma en het terugkeerdilemma. Enerzijds wensen allochtone ouderen hun oude dag in het land van origine door te brengen. Anderzijds zijn ze omwille van praktische en emotionele (hun kinderen en kleinkinderen zijn hier) aan België gebonden. De zelforganisaties kunnen trachten deze onderwerpen die in de taboesfeer leven bespreekbaar te maken. Ideaal zou zijn om ook de jongere allochtonen te betrekken bij dit sensibiliseringsproces.

1.1.3 Beeldvorming van autochtone en allochtone ouderen

De allochtone ouderen hebben een vertekend, vervormd beeld van de 'onbekende' andere autochtone oudere en hoe die wordt opgevangen en een plaats krijgt in de maatschappij. Binnen de traditionele Marokkaanse en Turkse gemeenschappen neemt de oudere een vooraanstaande

⁶ In onderzoek van Izutsu (1980) en Bourdieu (1977) komt dit reeds aan bod.

plaats in. Dit strookt niet met wat zij zien en ondervinden in de Belgische maatschappij. Maar het beeld dat zij hebben van de autochtone ouderen en de positie die zij innemen in onze maatschappij is te eenzijdig negatief. Zij staan daarom wantrouwig ten aanzien van de rust- en verzorgingstehuizen. Naar hun normen zijn deze mensen volledig afgeschreven en vergeten. Dit geldt ook omgekeerd: autochtone ouderen hebben een vertekend en vervormd beeld van hun allochtone leeftijdsgenoot. Beide groepen zouden dichterbij elkaar moeten komen te staan. Zodat samenleven, zowel in de maatschappij als binnen een meer gesloten gemeenschap zoals een ziekenhuis en een RVT, leefbaarder wordt.

VOORBEELD VAN GOOD PRACTICE

'Allochtone senioren ontmoeten allochtone leeftijdsgenoten': Een project van 'Aandacht voor senioren': winnaar van de diversiteitsprijs van de Dienst Integratie Antwerpen 2002. Dit project kadert volledig in de doelstelling van het voorgaande beleidsadvies. Allochtone en autochtone zelforganisaties moeten samenwerken om het contact tussen beide groepen te bevorderen en de onbekendheid weg te werken.

1.2 Informatie

De meest voorkomende reden waarom allochtone ouderen zeggen geen gebruik te maken van de diensten van het OCMW, is omdat ze het aanbod niet kennen. Geen van de respondenten wist welke diensten het OCMW verschaft, noch hoe er gebruik van te maken. Het is noodzakelijk de allochtone ouderen te informeren over de mogelijkheden die ter beschikking zijn.

Er zijn verschillende mogelijkheden om de allochtone ouderen te informeren over het bestaande aanbod van het OCMW. Wat hierop volgt zijn concrete suggesties die kunnen gebruikt worden als inspiratiebron voor verdere acties.

1.2.1 Samenwerking met allochtone zelforganisaties

Men kan in samenwerking met de allochtone zelforganisaties informatiesessies op het getouw zetten waar beide partijen elkaar kunnen treffen, opdat allochtone ouderen geïnformeerd worden en het OCMW zijn doelpubliek beter leert kennen.

VOORBEELD VAN GOOD PRACTICE

'Ouder worden in Vlaanderen': Qua bestaande initiatieven kunnen we het project 'Ouder worden in Vlaanderen' aanbevelen. Dit werd reeds succesvol gebruikt door het integratiecentrum 'De Acht'. Het heeft als doel de allochtone ouderen via verschillende sessies in contact te brengen met de diensten van het OCMW.

1.2.2 Doelstellingen van de dienstencentra verbreden

Sommige van de allochtone ouderen lopen verloren in het aanbod van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. Een centraal informatiepunt waar allochtone ouderen kunnen geholpen worden met hun vragen, aanvraagformulieren voor bepaalde diensten en administratieve problemen, zou volgens de allochtone ouderen het pad effenen. Dit is echter de doelstelling van de lokale dienstencentra; centra specifiek gericht op ouderen.

Het lijkt ons dan ook logisch dat deze centra ook voor allochtone ouderen het referentiepunt worden waar ze als oudere terecht kunnen. Uiteraard zijn er aanpassingen nodig wanneer men deze specifieke doelgroep ook effectief wil aanspreken.

De permanente aanwezigheid van een intercultureel bemiddelaar (of eventueel een allochtone hulpverlener) is een must. Het is in het voordeel van de (allochtone) ouderen dat er met een vast team wordt gewerkt. Het bevordert de vertrouwensrelatie die men met deze persoon moet opbouwen, wil men over zijn problemen kunnen praten.

We kunnen de lokale dienstcentra aanbevelen hun activiteiten mede te richten op het allochtone ouderenpubliek van de wijk waarin ze gevestigd zijn. Wanneer men met een overwegend Islamitische allochtone ouderenpopulatie te maken heeft, is het aangewezen de lokale moskeeën te betrekken in de initiatieven van de dienstcentra. De moskeeën en de lokale imam kunnen raad geven bij het organiseren van activiteiten, hen bijstaan of eventuele medewerking verlenen.

Wanneer men werkelijk actief de allochtone ouderen wil bereiken, is het noodzakelijk een aangepast programma voor te kunnen leggen. Men kan wekelijks een namiddag vrijhouden voor activiteiten met en rond allochtonen en hen de mogelijkheid bieden elkaar te ontmoeten binnen het dienstencentrum. Een extreem moeilijk bereikbare groep zijn de allochtone oudere vrouwen. Het is zeker zinvol voor deze groep een apart ontmoetingsmoment te voorzien.

1.3 Interculturalisering

Er is nood aan meer communicatie, in het geval van de allochtone ouderen bemoeilijken in eerste instantie taalproblemen het contact. Langs beide kanten, zowel bij de allochtone ouderen als bij de hulpverleners, lopen de frustraties hoog op omwille van de moeilijke communicatie. Uit het onderzoek kwamen enkele suggesties naar voren, zowel vanuit de groep van de bevoorrechte getuigen als vanwege de allochtone bejaarden.

De gebrekkige communicatie tussen allochtone ouderen en professionele dienstverleners is echter niet enkel en alleen te wijten aan de beperkte kennis van het Nederlands. De wederzijdse onbekendheid speelt hierin zeker ook een rol. In deze studie merkten de bevoorrechte getuigen zelf op dat zij te weinig weten over de socio-culturele praxis van een bepaalde subgroep van hun patiënten.

1.3.1 Taallessen

Er zijn respondenten die graag willen starten met Nederlandse lessen. Door allerlei redenen zijn ze daar tot op heden niet toe gekomen. De meeste van die lessen zijn afgestemd op jongeren, zodat het tempo naar hun gevoel te hoog ligt. Veelal zijn de allochtone ouderen analfabeet, wat het volgen van gewone bijscholingslessen zo goed als onmogelijk maakt. Allochtone ouderen zijn minder mobiel en dus is het aangewezen de cursussen op een bereikbare locatie te organiseren.

SUGGESTIES

- Lessen organiseren specifiek gericht op een analfabeet, ouder publiek;
- Lessen overdag organiseren op een bereikbare locatie of voor vervoer zorgen;
- Gescheiden onderwijs voor mannen en vrouwen.

1.3.2 Intercultureel bemiddelaars voor residentiële diensten

Het nut van intercultureel bemiddelaars wordt door de praktijkervaring dagelijks bewezen⁷. Intercultureel bemiddelaars komen tijd tekort om aan alle oproepen gehoor te geven. Tot op heden doet slechts een klein percentage beroep op de intercultureel bemiddelaars. Voorlopig beroepen de meeste allochtone ouderen zich op hun kinderen om te tolken. Maar in de toekomst zal dat minder mogelijk zijn en zullen de intercultureel bemiddelaars nog meer werk hebben.

De intercultureel bemiddelaars moeten niet enkel ingezet worden wanneer men er expliciet naar vraagt. Een inleidend gesprek met elke nieuwe allochtone oudere kan mogelijke problemen voorkomen. Op deze manier heeft men een soort vertrouwenspersoon en krijgt de allochtone oudere als het ware een stem. De artsen en verpleegkundigen verkrijgen meer informatie over de patiënt (en diens klachten) en de patiënt wordt ingelicht over het reilen en zeilen in een ziekenhuis, respectievelijk rust- en verzorgingstehuis.

SUGGESTIES

- Intercultureel bemiddelaars een duidelijke inpassing geven;
- Bredere inzetbaarheid: intakegesprek en overleg met de artsen en verpleegkundigen;
- Vast team van intercultureel bemiddelaars, om de herkenbaarheid te verhogen en de vertrouwensrelatie te versterken.
- Meer tolken

VOORBEELD VAN GOOD PRACTICE

Het project 'Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg', is een initiatief van het Centrum Etnische Minderheden en Gezondheid, een interdisciplinaire groep van wetenschappers en hulpverleners gespecialiseerd in de problematiek van de gezondheidszorg van allochtonen. Een zestigtal Marokkaanse en Turkse vrouwen werden in het kader van dit project opgeleid tot 'intercultureel bemiddelaar'. De meesten van hen werken vandaag bij 'Kind en Gezin', het medisch schooltoezicht en in ziekenhuizen. De doelstelling van het project is het verbeteren van de kwaliteit van de hulpverlening aan Turkse en Marokkaanse patiënten, wat op zijn beurt zou moeten bijdragen tot een betere gezondheidstoestand van deze groepen⁸.

1.3.3 Inschakelen van vrijwilligers voor ambulante diensten

Het is onmogelijk om de ambulante diensten te voorzien van intercultureel bemiddelaars die permanent ter beschikking staan van de patiënten. Voor velen lijkt het inschakelen van allochtoon personeel (gezins- en bejaardenhulp, verpleegkundigen, poetsvrouwen) de geknippede oplossing; echter niet in de ogen van de allochtone personeelsleden. Zij worden geconfronteerd met allochtone ouderen die hen inschakelen voor allerlei karweitjes die niet binnen hun takenpakket vallen, noch kunnen uitgevoerd binnen het korte tijdsbestek dat hen wordt opgelegd. Weigeren deze taken uit te voeren zou hen (en hun familie) te schande maken binnen de gemeenschap.

Uit deze studie blijkt echter dat allochtone ouderen die reeds beroep doen op de diensten van het OCMW, vooral nood hebben aan sociaal contact. De eenzaamheid van deze ouderen ligt mede aan de basis van het opeisen van de hulpverleners. Dit kan worden opgevangen door allochtone

⁷ Zie ook het onderzoek van Verrept en Louckx, 1997, een evaluatie van het project "Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg".

⁸ Voor een evaluatie van het project verwijzen we naar Verrept en Louckx (1997). Als belangrijkste winstpunt wordt door hen de mogelijkheid om precieze en gedetailleerde informatie uit te wisselen tussen hulpverlener en patiënt aangehaald. Voor een meer uitvoerige beschrijving van de effecten van het rapport, de vastgestelde knelpunten en een overzicht van de wetenschappelijke literatuur rond dit thema verwijzen we naar het onderzoeksverslag (Verrept, 1995).

vrijwilligers in te schakelen. Zij kunnen vereenzaamde allochtone bejaarden wekelijks bezoeken, hen bijstaan in kleine taken, hen begeleiden bij een wandeling of andere ontspanningsactiviteiten.

1.3.4 Opleiding nieuw personeel

1.3.4.1 *Vakkenpakket aanpassen*

Tijdens de opleiding van de hulpverleners wordt er te weinig aandacht geschonken aan de allochtone populatie. Dit werd tijdens de gesprekken met de bevoorrechte getuigen meermaals aangehaald. Zij willen dat er binnen de opleidingen tot verpleegkundige, arts, vroedvrouw, verpleegkundig assistent enzovoort, verplichte vakken in het lessenpakket worden opgenomen waarin men zich toespitst op de hulpverlening aan allochtonen en de gebruiken en gewoonten van de grootste allochtonenpopulaties. Men is ook van oordeel dat men tijdens de opleiding reeds in contact moet komen met de allochtone gemeenschap (bv. tijdens een stage).

1.3.4.2 *Responsabilisering van de studenten*

Allochtone personeelsleden ondervinden ook vaak hinder bij het uitvoeren van hun taken omdat ze ingeschakeld worden als tolk. De meeste allochtone hulpverleners hebben er geen moeite mee allochtone patiënten uit de nood te helpen door even op te treden als tolk. Dit weerhoudt hen er echter van hun taken binnen de voorziene tijdsspanne uit te voeren. Autochtone hulpverleners verwijzen allochtone patiënten te vaak en te gemakkelijk door naar allochtone collega's. Zowel de allochtone als de autochtone studenten moeten erop gewezen worden dat iedereen uiteindelijk aangenomen wordt voor de opleiding die men genoten heeft, ongeacht zijn afkomst. Ieder van hen moet dan ook de mogelijkheid krijgen dat beroep uit te oefenen. Het mag dus niet als evident beschouwd worden dat men patiënten naar een collega doorverwijst omwille van zijn afkomst.

1.3.5 Opleiding huidig personeel

1.3.5.1 *Bijscholingscursussen bijsturen*

Jaarlijks is men verplicht enkele bijscholingen te volgen. De personeelsleden zijn echter vrij in hun keuze. In het kader van dit onderzoek vertellen bevoorrechte getuigen over bijscholingscursussen waarin men uitleg krijgt over de verschillende religies en andere culturen. De meeste van de bevoorrechte getuigen zijn geïnteresseerd in informatie over *vreemde culturen*. Men is er echter niet helemaal tevreden over. Het blijft heel algemeen en theoretisch. Waar zij nood aan hebben is praktische informatie die hun taak op de werkvloer ten goede komt. De huidige cursussen zijn te inleidend en niet voldoende ondersteunend; de lesinhoud is niet aangepast aan de dagtaak van het personeel.

SUGGESTIES

- Praktische casestudies (uitwerken van concrete voorbeelden uit de praktijkervaring);
- Informatie- en vragensessies met allochtonen, die kennis hebben van de eigen en Belgische samenleving (socio-culturele praxis).

1.3.5.2 *Responsabilisering van het autochtoon personeel*

Gelijklopend met een responsabilisering bij de studenten, moet het huidig personeel ook duidelijk gemaakt worden dat hun allochtone collega's, net zoals zij, een vast omschreven taak hebben. Dit kan geïllustreerd en aangeleerd worden aan de hand van een rollenspel. Het allochtoon personeel zou eventueel een opleiding in assertiviteit kunnen volgen, om hen weerbaarder te maken op de werkvloer.

SUGGESTIES

- Rollenspel (responsabilisering allochtoon personeel, opdat ze niet steeds zouden doorverwijzen naar allochtoon personeel).

1.3.6 Aanwervingsbeleid

Een intercultureel team is verrijkend, zowel voor de patiënten als voor het personeel. Momenteel is de personeelsbezetting echter geen weergave van onze bevolking. Een positieve discriminatie gedurende enkele jaren kan dit onevenwicht herstellen.

2 ENKELE CONCRETE SUGGESTIES VOOR AANPASSINGEN IN FUNCTIE VAN DE OPDRACHTEN VAN HET OCMW

2.1 Voeding

Voeding wordt door alle respondenten aangehaald als de grootste belemmering voor mogelijk gebruik van de diensten van het OCMW. Zij wensen, omwille van religieuze overtuigingen, aangepaste voeding.

In het ziekenhuis hebben de allochtone ouderen hier weinig commentaar op, daar ze er slechts korte tijd verblijven en de familie meestal voor het eten zorgt gedurende hun verblijf. Maar een opname in een RVT is in de eerste plaats uitgesloten omdat er daar geen mogelijkheid is aangepaste voeding te krijgen.

Er is vraag naar voeding die bereid is in overeenstemming is met hun religieuze voedingsvoorschriften en die voor hen herkenbaar is. Ze wijzen erop dat de dagelijkse Belgische keuken erg verschillend is van Turkse of Marokkaanse voeding. Oudere mensen hebben het moeilijk hun voedingsgewoonten te veranderen. Niet enkel moet men er naar streven de diensten uit te rusten opdat zij in Islamitische maaltijden kunnen voorzien, ook de diëtisten moeten geïnformeerd worden.

SUGGESTIES

- Of men zorgt binnen de diensten (ziekenhuis en RVT) voor een divers menu, waarin ook een maaltijd voor Moslims voorzien wordt;
- Of men spreekt een aparte, externe keuken aan om maaltijden voor Islamieten te bereiden (Islamitische traiteur die maaltijden levert aan het OCMW);
- Of men past de keuken binnen elk van de verschillende diensten aan opdat de bereiding van een Islamitische menu mogelijk is (liefst met de aanwezigheid van een Islamitische kok);
- Overleg tussen intercultureel bemiddelaar en diëtiste.

2.2 Ondersteuning en supervisie

Allochtone hulpverleners worden soms overstelpt met extra taken omwille van hun afkomst. Hun kennis van de Marokkaanse of Turkse taal en socio-culturele praxis geeft hen een meerwaarde die soms erg belastend kan zijn. We haalden al aan dat zij niet wensen te werken bij allochtone ouderen omwille van de bijkomende taken die hen gevraagd worden te doen. Niet alleen bij de ambulante diensten, ook in de residentiële diensten van het OCMW worden zij hiermee geconfronteerd.

Men kan hierin tegemoet komen door een ondersteuningscel of supervisor voor het personeel op te richten waar zij terecht kunnen met hun klachten. Wanneer hulpverleners ondervinden dat de allochtone ouderen meer wensen dan wat er in het takenpakket opgenomen is, kan men daarvan melding maken. Men kan op dat moment eventueel beslissen om de vrijwilligers in te schakelen (cfr. 2.3.3 Inschakelen vrijwilligers voor ambulante diensten).

Om dit soort situaties te vermijden kan een intakegesprek met de supervisor en de nieuwe patiënt gepland worden. Tijdens dit gesprek verduidelijkt men welke de taken zijn van de hulpverlener en wat men mag verwachten.

SUGGESTIES

- Opstarten ondersteuningscel voor (allochtoon) personeel;
- Allochtoon personeel een supervisor toewijzen;
- Intakegesprek met de patiënt en de supervisor.

BIBLIOGRAFIE

- BEN ABDELJELIL, Y. & VRANKEN, J. (1996), *Ook wie elke dag zijn schapen telt, kan zich vergissen*. Antwerpen: UFSIA - CEWOKA.
- BOURDIEU, P. (1977), The attitude of the Algerian Peasant toward Time. Pitt-Rivers J. (ed.), *Mediterranean Countrymen: Essays in the social Anthropology of the Mediterranean*. Westport: Greenwood Press, 55-72.
- CUYVERS, G. & KAVS, A. (2001), *De huidige en toekomstige behoeften van allochtone ouderen aan welzijns- en gezondheidsvoorzieningen*. Geel: Katholieke Hogeschool Kempen; Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- DELANEY, C. (1991), *The seed and the Soil. Gender and Cosmology in Turkish Village Society*, Berkeley: University of California Press.
- DE MUYNCK, A., DE CLERCK, J., BAETEN, R., LAMMERS, M, LAMPO, V. & VAN DER STUYFT, P. (1989), Profiel van de medische zorgenvraag door allo- en autochtonen bij de Limburgse huisarts, *Huisarts Nu*, 18(10): 509-516.
- DE MUYNCK, A. & PEETERS, R. (eds.) (1997), *Ali en Fatima bij de dokter. Vraag en aanbod van gezondheidszorg voor allochtonen in Vlaanderen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- DE MUYNCK, A. & SCHILLEMANS, L. (1991), *Medische zorgenvraag van allochtonen en Belgen bij de Antwerpse huisarts*, (EPI-publicatie nr. 16). Antwerpen: Instituut Tropische Geneeskunde.
- DE RIDDER, R. (1987), Mijn wachtkamer zit vol Turken, *Huisarts Nu*, (16): 123-125.
- EISENBERG, L. & KLEINMAN, A. (eds.) (1981), *The Relevance of the Social Science for Medicine*, Dordrecht: Reidel.
- EPPINK, A. (1987), *Migranten in het buitenland. Buitenlands wetenschappelijk Onderzoek naar de gezondheid van migranten* (NcGv-reeks nr. 113). Utrecht: NcGv.
- EUROPESE COMMISSIE (1999), Forum speciaal: Actief ouder worden. Stimulansen voor een Europese samenleving voor alle leeftijden. *DG 'Werkgelegenheid en sociale zekerheid'*, België
- EYLENBOSCH, W. & PEETERS, R. (1984), *Ziekte en gezondheid bij Marokkaanse immigranten te Hoboken*. Antwerpen: UIA.
- EYLENBOSCH, W. & PEETERS, R. (1986), *Omgaan met gezondheid en ziekte: een vergelijkend onderzoek bij Turkse en Belgische arbeidersgezinnen in Antwerpen* (ESOC, 5). Antwerpen: UIA.
- FOETS, M. (1981), Gezondheidsnoden bij de Vlaamse bevolking, *Kultuurleven*, (1): 34-41.
- GLASER, B., STRAUSS, A. (1971), *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Ill.: Aldine-Atherton.
- HAFFNER, L. (1992), Translation is not enough, *Western Journal of Medicine*, 157(3): 255-259.
- Izutsu, T. (1980). *God and Man in the Koran*. New York: Books for Libraries.
- LOUTZ, N. & MANÇO, A. (1993), Opvattingen over en gedrag tegenover de gezondheid: een vergelijking van Belgische en Turkse ouderen, LEMAN, J., LOUZE, N., MANÇO, A.. & PECQUET, C., *Oudere Migranten*. Brussel: Cultuur en Migratie, 23-34.
- NIS-PLANBUREAU (1993), Bevolkingsvooruitzichten 1992-2050.
- PEETERS, R.F. (1985), De gezondheidstoestand van buitenlandse minderheden, MARTENS, A. & MOULAERT, F. (eds.), *Buitenlandse minderheden in Vlaanderen/België: wetenschappelijke inzichten in overheidsbeleid*. Antwerpen: De Nederlandse Boekhandel, 91-102.

- PEETERS, R.F., VAN SPRUNDEL, M. & MEHEUS, A. (1982), Ziektegedrag bij migranten. Afwezigheid op het werk wegens ziekte bij Marokkanen. Een vergelijkende studie, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, (60): 278-281.
- PEETERS, R. & FOETS, M. (1997), Ziekte, gezondheid en gezondheidsperspectief, FOBLETS, M.C., HUBEAU, B. & DE MUYNCK, A. (eds.), *Migrantenonderzoek voor de toekomst* (Minderheden in de Samenleving nr. 4). Leuven/Amersfoort: Acco, 47-62.
- RUSSELL BERNARD, H., (2000), *Social Research Methods – Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- SALDOV, M. & CHOW, P. (1994), The ethnic elderly in Metro Toronto Hospitals, nursing homes, and homes for the aged: communication and health care, *International Journal of Ageing and Human Development*, 38(2): 117-135.
- SCHILLEMANS, L., DE MUYNCK, A. & SAENEN, R. (1987), Artsentrouw bij migranten: een probleem?, *Huisarts Nu*, (8): 367-370.
- TALLOEN, D. (1999), Turkse ouderen: zorgvraag en zorgaanbod, *Anderzijds*, juni, 5(2): 4-10.
- TALLOEN, D. (2001), Dossier: allochtone ouderen, *Sociaal*, september, 22(7): 9-15.
- TELLEGEN, E. (1970), *Medische Sociologie. Een literatuurverkenning*. Alphen aan den Rijn: Samson.
- TESSER, P.T.M., VAN DUGTEREN, F.A. & MERENS, J.G.F. (1998), *Rapportage minderheden 1998: de eerste generatie in de derde levensfase*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TIMMERMAN, C., VAN DER HEYDEN, K., BEN ABDELJELIL, Y. & GEETS, J. (2000), *Marokkaanse en Turkse nieuwkomers in Vlaanderen*. Antwerpen: UFSIA - OASeS.
- TIMMERMAN, C., STRAETEMANS, H. & LIEFOOGHE, R. (1998), Turkse vrouwen en zwangerschapsbegeleiding: enkele bedenkingen, DE MUYNCK, A., TIMMERMAN, C. & STRETEMANS, H. (eds.), *Interculturele communicatie in de gezondheidszorg* (Minderheden in de Samenleving nr. 5). Leuven/Amersfoort: Acco, 53-66.
- UNIKEN VENEMA, H., PEETERS, R. & VAN HAASSTRECHT, P. (1990), The health situation of Turkish inhabitants of Rotterdam and Antwerp, *Health Policy*, (16): 75-84.
- VAN SPRUNDEL, M. & PEETERS, R.F. (1988), Buitenlandse werknemers en bedrijfsgezondheidszorg, *Arbeidsgeneeskundige Diensten*, Brussel, CED-Samson, 67-78.
- VERREPT, H. (1995), *Evaluatie van het project interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg*. Eindrapport. Brussel: VUB (Medisch-Sociale Wetenschappen).
- VERREPT, H. & LOUCKX, F. (1997). Health advocates in Belgian health care, Ugale, A. (Ed.). *Health and social services among international labour migrants. A comparative perspective*. Austin (Texas): CMAS-books.
- WOLFFERS, I. & VAN DER KWAAK, A. (1996), Het gaat om onze samenleving: onze beschaving, DE GRAAFF, F. (ed.), *Oudere migranten, onze zorg!* Den Haag: Bureau Mutant, 15-23.

BIJLAGE I

VRAGENLIJST ALLOCHTONE BEJAARDEN

Persoonlijke informatie

- Naam respondent?
- Adres (woonachtig te):
- In welk jaar bent u geboren?
(Parallelvraag: Hoe oud bent u?)
- In welk land bent u geboren?
(België, Marokko, Turkije, andere?)
- Wat was uw nationaliteit bij geboorte?
(Marokkaan, Turk, Belg, andere?)
- Wat is uw huidige nationaliteit?
(Marokkaan, Turk, Belg, andere?)
- In welk jaar bent u voor het eerst naar België gekomen?

(Talen)kennis

- Welk is uw moedertaal?
(Turks, Marokkaans, Berbers, andere?)
- Welke taal is uw contacttaal?
(Nederlands, Frans, andere?)
- Welk is het hoogst scholingsniveau dat u behaalde
 - Geen
 - Lager onderwijs
 - Lager secundair onderwijs
 - Hoger secundair beroeps
 - Hoger secundair technisch
 - Hoger secundair algemeen vormend
 - Niet-universitair hoger onderwijs
 - Universitair onderwijs
 - Postuniversitair

Huisvesting - Woonomgeving

- Huidig Statuut:
 - Eigenaar
 - Huurder
 - Sociale woning
 - Privé (particulier)
 - Inwonend (persoon waarbij u inwoont is)
 - Eigenaar
 - Huurder
 - Sociale woning

- Privé (particulier)
- RVT
 - Voordien?
- Woonvorm:
 - Appartement
 - Service flat
 - Gezinswoning
 - Rusthuis
- Wooncomfort: Is uw woning aangepast aan (uw eventuele, toekomstige) fysische beperkingen
 - gelijkvloers
 - lift
- Hoe lang woont u al in deze buurt? (Sinds wanneer woont u al in deze buurt?)
- Wat vindt u fijn / minder fijn aan deze buurt? (eventuele opmerkingen die men kan suggereren indien de bejaarde niet meteen weet wat er van hem verwacht wordt)
 - ik ken de buurtbewoners niet/zeer goed
 - de buurtbewoners zijn van niet/van dezelfde afkomst
 - er zijn geen/veel (kleine) winkels in de buurt
 - er is geen/een pleintje in de buurt waar ik mensen ontmoet
 - de buurt is toe aan renovatie/de buurt wordt onder handen genomen door de stad
- Wonen er familieleden in de buurt?
 - kinderen / kleinkinderen / (schoon)broers / (schoon)zussen / andere

Familiale situatie

- Bent u op dit moment
 - Gehuwd
 - Verweduwd
 - Gescheiden
 - Ongehuwd
- Hebt u kinderen (aantal)
 - in de buurt wonen?
 - in België?
 - in herkomstland?
- Hebt u kleinkinderen (aantal)
 - in de buurt wonen?
 - in België?
 - in herkomstland?
- Hoe vaak heeft u nog contact met uw kinderen? (parallelvraag: Contactfrequentie met kinderen)
 - dagelijks
 - 2 maal per week
 - wekelijks
 - maandelijks
 - jaarlijks
- Ervaart u dit als voldoende?
- Hoe vaak heeft u nog contact met uw kleinkinderen? (Parallelvraag: Contactfrequentie met kleinkinderen)
 - dagelijks
 - 2 maal per week
 - wekelijks

- maandelijks
 - jaarlijks
- Ervaart u dit als voldoende?
- Met wie woont u op dit moment samen?
- Partner
 - Kinderen
 - Kleinkinderen
 - Broer(s) / zus(sen)
 - Schoonbroer(s) / schoonzus(sen)
 - Andere

Werk

- Waar heeft u gewerkt?
(België, Marokko, Turkije, andere?)
- Hoe lang heeft u gewerkt/werkt u?
(Parallelvraag: Wanneer/welk jaar bent u beginnen werken? Tot wanneer/welk jaar heeft u gewerkt?)
- (Beschikbaar gezinsinkomen:)
- < 867,6 EU (35 000 Bef)
 - > 867,6 EU (35 000 bef)

Werk - Sociaal leven

- Heeft u nog contact met (ex-) werknemers? (Parallelvraag: hoe vaak heeft u nog contact met hen?)
- Bent u lid van een vereniging?
- ➔ Indien ja:
- Welke vereniging?
 - Welke activiteiten doet u mee?
 - Hoe vaak doet u mee aan een activiteit?
 - Zijn deze activiteiten alleen voor senioren?
- Bent u lid van een moskeegemeenschap
- ➔ Indien ja:
- Hoe vaak gaat u naar de moskee?
 - Gaat u enkel om te bidden, of zijn er ook andere redenen waarom u naar de moskee gaat?
- Kent u mensen in uw directe omgeving op wie u kan vertrouwen?
- Voelt u zich wel eens eenzaam, in de steek gelaten?
- Is er iemand in uw omgeving bij wie u met kleine probleempjes terechtkan?

Diensten

- Na elke dienst bijkomende vraag: Kent u deze dienst?
- OCMW
 - Kind en Gezin
 - Vlaams Fonds voor Personen met een Handicap
 - Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

- Dienst gezins- en bejaardenhulp
 - Klusjesdienst
 - Dienst thuisverpleging (OCMW)
 - Dienst maaltijdbedeling
 - Dienst oppashulp
 - Centrum voor kortverblijf
 - Dienstencentrum
 - Personenalarmering
 - Het ziekenfonds
 - Serviceflats (OCMW)
 - Rust- en verzorgingstehuis
 - ...
- Kent u de betreffende dienst?
- ➔ Indien ja: Heeft u al eens gebruik gemaakt van deze dienst?
- Zo ja: Bent u tevreden over de hulpverlening (waarover bent u al dan niet tevreden)?
 - Aantal uren hulp
 - Tijdstip van hulpverlening
 - Taal
 - Omgang met hulpverleners
 - Prijs
 - Respect voor religieuze principes
 - Andere
 - Zo nee: waarom niet?
 - U bent niet hulpbehoevend
 - Prijs ligt te hoog
 - U weet niet of u in aanmerking komt
 - Taalprobleem
 - Mantelzorg (het is de taak van de kinderen / familie)
 - Voeding (u wenst andere voeding dan deze die wordt voorzien door de betreffende dienst)
 - Respect voor religieuze principes
 - Andere
- ➔ Indien nee: Zou u in de toekomst wensen gebruik te maken van deze dienst, nu u weet heeft van deze dienstverlening?
- Indien ja: van welke dienst?
 - Indien nee: Om welke reden doet u liever geen beroep op de Belgische diensten?
 - U bent niet hulpbehoevend
 - Prijs ligt te hoog
 - Taal
 - Mantelzorg (het is de taak van de kinderen / familie)
 - Voeding (u wenst andere voeding dan deze die wordt voorzien door de betreffende dienst)
 - Respect voor religieuze principes
 - Andere
 - Wat zou er moeten veranderen opdat u gebruik zou maken van één van de vorige diensten, of zou u er werkelijk nooit van gebruik maken omdat uw omgeving deze taken perfect invult.
 - Hoe ziet u concreet een mogelijke toenadering tussen de noden die u heeft en de mogelijke diensten die de stad en het OCMW te bieden heeft. Geef concrete voorbeelden van diensten die ontbreken of niet aangepast zijn aan uw (toekomstige) noden of behoeftes.
- Kent u (andere) personen die (ook) formele zorg krijgen?
- ➔ Indien ja, wat is hun ervaring?

Gezondheid

- Hebt u lichamelijke klachten (spieren, huid, zenuwstelsel)?
- ➔ Indien ja,
- Welke?

- Lijdt u aan een chronische ziekte?
 - ➔ Indien ja,
 - Welke? (artrose, hardhorigheid, reuma, oogziekten, hoge / lage bloeddruk, incontinentie, depressie, astma, epilepsie, kanker, suikerziekte, ...)
 - Bent u hiervoor in behandeling?
- Neemt u medicatie?
 - Welke / waarvoor?
 - Dagelijks?
 - Permanent, of is dit slechts tijdelijk?
- Heeft u een vaste huisarts?
- Hoe vaak gaat u op consultatie bij uw huisarts?
- Is deze van Turkse/Marokkaanse afkomst?
 - ➔ Indien ja: is dit een bewuste keuze? (Parallelvraag: Is dit belangrijk voor u?)
- Bent u ooit al eens opgenomen geweest in het ziekenhuis?
 - ➔ Indien ja:
 - Waarvoor?
 - Hoe lang bent u opgenomen geweest in het ziekenhuis?
 - Was u tevreden van uw verblijf in het ziekenhuis?
 - Taal
 - Omgang met hulpverleners
 - Prijs
 - Respect voor religieuze principes (gebed)
 - Voeding
 - Bezoekuur
 - Andere problemen / opmerkingen
 - ➔ Indien nee:
 - Hebt al eens nood gehad aan een ziekenhuisopname? Werd een ziekenhuisopname u al eens aangeraden door een arts?
 - ➔ Indien ja: waarom bent u niet ingegaan op deze doorverwijzing?
 - Hebt u al via anderen vernomen hoe een ziekenhuis opname verloopt en of dit een positieve / negatieve ervaring was voor de persoon in kwestie?

Zorgbehoefte

- Welke zorgbehoefte heeft de respondent?
 - () Geen
 - () Ziekte
 - () Mindervalide
 - () Ouderdomskwaaltjes die de dagelijkse activiteiten deels belemmeren
 - ()
- Sinds wanneer?
- In welke mate bent u afhankelijk van andere voor de volgende activiteiten:

schaal: geheel zelfstandig (1), met moeite zelfstandig (2), met erg veel moeite zelfstandig – hulp van derden reeds noodzakelijk (3), niet zelfstandig – volledig afhankelijk van derden (4)

 - () Dagelijks huishoudelijk werk (wassen, strijken, koken)
 - () Grotere huishoudelijke activiteiten (ramen lappen,
 - () Tuinwerk
 - () Basisbehoeftes (eten en drinken)
 - () Persoonlijke verzorging (zich kleden, toilet gebruik)

- () Verpleegkundige activiteiten
 - () Verplaatsingen buitenshuis (boodschappen)
 - () Administratieve activiteiten
 - () Ontspanningsactiviteiten
- Doet u beroep op één van de volgende zorgverstrekkers
- INTRA-MURAAL
 - Rust- en verzorgingstehuis (RVT)
 - Service flat
 - Sociale woning
 - EXTRA-MURAAL
 - Informele zorgverleners
 - Thuiswonende familieleden (bv. partner, kinderen)
 - Niet-thuiswonende familieleden
 - Vrienden en bureu
 - Andere:
 - Formele zorgverleners:
 - Dienst thuisverpleging
 - Dienst familie- of gezinshulp
 - Minder-mobielencentrale
 - Dienst warme maaltijden
 - Lokale Dienstencentra
 - Poetshulp
 - Andere:
 - Commerciële zorg:
 - Privé-poetsvrouw,
 - Persoonlijke assistenten
 - Taxi
 - Wasserij
 - Pedicure of voetverzorging
 - Kinesitherapie
 - Andere:
- Kent u voornoemde zorgverstrekkers?
- Welke (niet)
- Sluit de huidige bijstand (informeel, formeel en/of commercieel) voldoende aan bij uw behoefte?
- Krijgt u voldoende (aantal uren) bijstand van de hulp die u nu krijgt?
 - Voor welke zorgbehoefte kan u bijkomende hulp gebruiken?
 - Dagelijks huishoudelijk werk (afwassen, ontbijt maken, ...)
 - Grotere huishoudelijke activiteiten (stofzuigen, dweilen en ramen lappen)
 - Tuinwerk
 - Persoonlijke verzorging (eten en drinken, zich kleden, toilet gebruik)
 - Verpleegkundige activiteiten (medicijnen ordenen en klaarzetten, temperatuur meten, ...)
 - Verplaatsingen buitenshuis (boodschappen)
 - Administratieve activiteiten / financiën
 - Ontspanningsactiviteiten
- Wie had u daar het liefst voor ingeschakeld?
- Bent u tevreden met de huidige vorm van zorgverstrekking, had u liever iemand anders ingeschakeld voor de zorg die u nu nodig heeft?
- Heeft u ooit overwogen om van formele zorgverstrekkers gebruik te maken?
- Waarom (niet)
 - Welke?
- Vindt u het :

Zéér belangrijk (1) – toch wel belangrijk (2) – belangrijk (3) – minder belangrijk (4) – onbelangrijk (5)

dat een formele zorgverstreker rekening houdt met:

- Gebedstijden
- Voedingsvoorschriften
- Moedertaal
- Gender gevoeligheden
- ...

Opinie vragen indien 'geen zorgbehoefte'

- Stel u (uw vrouw) wordt ziek en kan een aantal huishoudelijke taken, zoals koken en poetsen, niet meer zelf doen. Door wie zou u dan het liefst geholpen worden?
 - Dochter, zoon, schoondochter, schoonzoon, ander familielid
 - Buren, vrienden, kennissen
- Indien uw familieleden, vrienden of kennissen hier niet in slagen:
 - Privé werkkraacht bv. poetsvrouw
 - Thuiszorgdienst bv. gezins- en bejaardenhulp
 - Dagverzorgingscentrum
 - Verhuis naar een service flat
 - Verhuis naar een rusthuis
- Stel u (uw vrouw) wordt ziek en kan een aantal huishoudelijke taken, zoals wassen en aankleden, niet meer zelf doen. Door wie zou u dan het liefst geholpen worden?
 - Dochter, zoon, schoondochter, schoonzoon, ander familielid
 - Buren, vrienden, kennissen
- Indien uw familieleden, vrienden of kennissen hier niet in slagen:
 - Privé werkkraacht bv. poetsvrouw
 - Thuiszorgdienst bv. gezins- en bejaardenhulp
 - Dagverzorgingscentrum
 - Verhuis naar een service flat
 - Verhuis naar een rusthuis
- Ouderen in rust-en verzorgingstehuizen zijn beklagenswaardig?

Terugkeerdilemma

- Keert u regelmatig terug naar Marokko / Turkije (land van herkomst), voor vakantie bijvoorbeeld?
- Heeft u ooit het plan opgevat om permanent terug te keren naar Marokko / Turkije (land van herkomst)?
- Heeft u in de (nabije) toekomst plannen om terug te keren?
 - Waarom? (vakantie, administratieve verplichtingen, familiale aangelegenheid)
- Waar wilt u over vijf jaar het liefst wonen?
- Waar denkt u te wonen over vijf jaar?
 - ➔ Indien er een verschillend antwoord werd gegeven op voorgaande vragen:
 - Waarom denkt u uw voorkeursplan niet te kunnen realiseren?

Reciprociteit

- Hoe verliep de zorgverstrekking aan de eigen ouders?

- Heeft u wel eens angst dat uw kinderen door hun werk en bezigheden in België niet meer voor u zullen kunnen zorgen als u straks ouder wordt?
- Welke veranderingen in de zorgverstrekking ziet u overheen de jaren?
 - Denkt u dat uw kinderen nog zullen opgevangen worden door hun kinderen wanneer ze zorgbehoevend zullen zijn?
 - Op welke steun rekent u wanneer u hulpbehoevend zal zijn / bent?
 - Kent u mensen die gebruik maken van de informele zorgverstrekking? En hoe verloopt dit?

Dynamiseren van het netwerk:

- Lijst van problemen: *hieronder staat een lijst van problemen en situaties die zich in een mensenleven al eens voordoen. Ik wil aan jou vragen om bij elke situatie te zeggen of je ze al hebt meegemaakt of niet.*
 - Je moet dringend ergens naartoe, je hebt geen auto en je geraakt er niet met het openbaar vervoer.
 - Je hebt een klein (gezondheids-) probleem waarover je eens zou willen praten.
 - Je hebt geen fut meer, je voelt je slecht, je ziet het niet meer zitten.
 - Je krijgt een brief die je niet begrijpt
- Per situatie de volgende vragen:
 - Wanneer heb je dit voor het laatst meegemaakt?
 - Hoe is dat toen verlopen? Met welke personen / instanties heb je te maken gehad.
 - Wie? Familielid, vriend(in), kennis, ...
 - Woont deze in de buurt
 - Waaruit bestond de hulp, was deze voldoende?
- *Er zijn een aantal personen / instellingen ter sprake gekomen van wie je al hulp gekregen hebt. Zijn er bepaalde mensen of organisaties waaraan je nooit hulp zou willen vragen?*
 - Welke?
 - Waarom niet?

Discussiepunten / suggesties / opmerkingen

- Wat kan de drempel verlagen om naar het OCMW, of andere diensten te stappen en er gebruik van te maken?
- Hoe denkt u dat men de communicatie kan verbeteren tussen de allochtone bejaarde en de stad (moet dit via de verenigingen gebeuren, moet er een individueel aanspreekpunt komen?). Geef concrete voorbeelden.
- Hoe ziet u de stad of het OCMW als mogelijke dienstverlener? Welke taken dienen zij uit te voeren?
- Indien u naar een rust- en verzorgingsthuis zou moeten in de toekomst, hoopt u dan dat dit een Islamitisch rusthuis zal zijn? Is er nood aan een apart rusthuis voor Marokkanen (Islamieten)?
- Krijgt u voldoende informatie over de diensten die er bestaan, en waar u desgevallend (later) beroep op kan doen?
 - ➡ Indien dit niet zo is,

- Wie moet u deze informatie verstrekken? (stad, OCMW, is dit misschien een taak voor de verenigingen?, moet u daar gewoon zelf achter gaan?)
- Hoe wenst u dat deze informatie gebracht wordt (in het Marokkaans / Berbers / Nederlands), via folders, gespreksavond, video, radiospots, ...

Observatielijst

- Talenkennis:
 - Spreekt
 - () zeer goed Nederlands
 - () goed Nederlands
 - () gebrekkig Nederlands
 - Begrijpt
 - () zeer goed Nederlands
 - () goed Nederlands
 - () gebrekkig Nederlands

Evaluatieformulier

1. Waren er andere personen aanwezig tijdens het interview?
 1. Hoeveel personen waren er aanwezig?
 2. Waren ze tijdens het hele interview aanwezig?
 3. In welke relatie stonden die ten opzichte van de respondent?
 4. Zijn er door deze personen opmerkingen gemaakt tijdens het interview?
 5. Hoe zou u die opmerkingen kwalificeren?
 - Aanvullend
 - Nuancerend
 - Corrigerend
 - Remmend
 - Andere.....
2. Hoe was de sfeer tijdens het interview?
 - () Erg prettig
 - () Prettig
 - () Gaat wel
 - () Onprettig
 - () Erg onprettig
3. Hoe was de medewerking van de respondent tijdens het interview?
 - () zeer goed
 - () goed
 - () Gaat wel
 - () slecht
 - () zeer slecht
4. Hoe betrouwbaar denkt u dat de gegeven antwoorden zijn?
 - () zeer betrouwbaar
 - () betrouwbaar
 - () matig betrouwbaar
 - () onbetrouwbaar
 - () zeer onbetrouwbaar
5. Duur van het interview:.....

BIJLAGE II

VRAGENLIJST BEVOORRECHTE GETUIGEN MANTELZORG

0. Identificatie

- Datum van het interview
- Naam van de respondent
- Origine
- Leeftijd van de respondent (geboortedatum)
- Organisatievorm
- Opleiding en/of beroep:
- # jaren dat men dit reeds doet?

1. Voor wie zorg je?

- Voor wie zorg je? Eén persoon, meerdere personen?
- Welke relatie heb je tot hem/haar?
- Van welke origine is hij/zij?
- Hoe komt het dat je voor hem/haar zorgt?
- Wat doe je voor hem/haar?

2. Bestaande diensten?

- Ben je op de hoogte van diensten waar je kan gaan aankloppen voor hulp? (Bvb. OCMW, witgele kruis, ...?)
- Maak je gebruik van één of andere hulp van deze diensten?
- Maakt de bejaarde waarvoor je zorg draagt gebruik van één of andere hulp van deze diensten? (Bvb. Poetshulp, maaltijden aan huis, ...?)
- Deed / doet die bejaarde vroeger / nu beroep op een financiële tussenkomst van het OCMW?
- Wat heb je nodig om je hulp 'goed' te kunnen doen?
- Waarmee kunnen diensten je helpen?
- Veronderstel je dat er verschillen zijn in hulpverlening die jij geeft en die een bestaande dienst zou geven?

- Wat zou dat verschil dan zijn?
- Kan je concrete voorbeelden geven?
- Zijn dit vooroordelen en veronderstellingen of is dit echt zo? Is dit gebaseerd op ervaring? Of heeft iemand je dit verteld?
- Wat ontbreekt voor jou bij de bestaande organisaties?
 - Een aangepast diagnostiek?
 - Een aangepaste behandeling?
- Denkt u dat u zal blijven zorgen voor de bejaarde of zal de zorg te zwaar worden?
 - Draagt u die zorg dan over?
 - Naar wie?
 - Naar een dienst?
 - Welke?
 - Waarom naar die dienst?
- Zou u zelf ooit willen geholpen worden door een dienst (bvb. poetshulp)?
- Zou u zelf ooit willen wonen in een rust of verzorgingsinstelling?

3. Inhoudelijk over de geboden hulpverlening van de mantelzorgdrager

- Wat zijn volgens jou de grootste behoeften van de allochtone bejaarde die jij verzorgt?
- Kan jij deze naar tevredenheid invullen?
 - Waardoor kan een organisatie dit niet invullen?
- Zijn dit de grootste noden van de allochtone bejaarde die jij verzorgt?
 - Zijn dit de noden voor alle bejaarden van andere dan de Belgische (=autochtone) origine?
- Vind jij dat deze noden voldoende worden ingevuld in de maatschappij?
- Hoe denk jij over autochtone bejaarden die een georganiseerde dienstvorm gebruiken?
- Heb je een vertrouwensband met de bejaarde die je verzorgt?
 - Denk je dat deze bejaarde dat ook kan hebben naar een georganiseerde dienst, met een onbekende hulpverleenster?
 - (Indien niet, waar zie je dan problemen rijzen? Waarom?)
- Denk je dat het anders voor je is als man om een vrouwelijke bejaarde of als vrouw om een mannelijke bejaarde te helpen dan iemand van hetzelfde geslacht?
- Zou je zelf open staan om een autochtone bejaarde te helpen?
 - Vind je dit maar niets?
 - Zie je het dan als onmogelijk?

- Waarom (niet)?
 - Zou je dit willen doen?
- Weet jij wat de verwachting zijn die de bejaarde je stelt als je helpt?
 - De verwachting kan anders zijn dan het bieden van hulp op de hulpvraag eerst doet uitschijnen. Is het mogelijk dat het niet weten in te schatten van de verwachting aan invulling van de hulpvraag een reden is dat er geen of weinig allochtone bejaarden door een georganiseerde dienst bereikt worden?
 - Geloof je dat taal invloed heeft op het contact van de allochtone bejaarde met een bejaardenverzorgster van een dienst?
 - Is dit nefast voor de hulpverlening?
 - Aan wie ligt dit volgens jou?
 - Hoe kan dit verholpen worden?
 - Maak je regelmatig gebruik van tolken van het tolkencentrum of tolk jezelf voor de allochtone bejaarde indien dit nodig is?
 - Geloof je dat de socio-culturele achtergrond invloed heeft op het contact van de allochtone bejaarde met een bejaardenverzorgster van een dienst?
 - Aan wie ligt dit volgens jou? Hoe kan dit verholpen worden?
 - Gebruikt de allochtone bejaarde waar je voor zorgt ziekteverklaringen van psychosomatische of naturalistische aard?
 - Geloof je dat de religie invloed heeft op het contact van de allochtone bejaarden met een bejaardenverzorgster van een dienst?
 - Speelt religie mee in het hulp zoeken van deze allochtone bejaarden?
 - Is dit naar jou aanvoelen negatief?
 - Aan wie ligt dit volgens jou?
 - Hoe kan dit verholpen worden?
 - Spelen elementen van bijgeloof, boze geesten, jinn en afrieten mee?
 - Wordt er volgens jou voldoende aandacht besteed aan de speciale wensen, verwachtingen en behoeften van allochtone bejaarden m.b.t. medicatie, verzorging, voeding?

Evaluatieformulier

1. Hoe was de sfeer tijdens het interview?
 - Zeer aangenaam
 - Aangenaam
 - Gaat wel
 - Onaangenaam
 - Zeer onaangenaam
2. Hoe was de medewerking van de respondent tijdens het interview?
 - Zeer goed
 - Goed
 - Gaat wel

- Slecht
- Zeer slecht

3. Hoe sterk ervaringsgericht waren de gegeven antwoorden?

- Zeer ervaringsgericht
- Ervaringsgericht
- Voldoende
- Weinig ervaringsgericht
- Beleidsmatig

4. Duur van het interview?

BIJLAGE III

VRAGENLIJST INTERVIEWS BEVOORRECHTE GETUIGEN: FORMELE ZORGVERSTREKKING

1. Identificatie

- Datum van het interview: ../../'02
- Naam van de respondent:
- Organisatievorm van de hulpverlening (OCMW):
- Functie:
- Opleiding en/of beroep:
- # jaren werkervaring (in/buiten de organisatie)

2. Het cliënteel

- Wie behoort tot je cliënteel, waarbij met cliënteel de bejaarden worden bedoeld die echt door jou dagelijks of wekelijks geholpen worden?
- Is dit de hoofdgroep? Zijn er nog deelgroepen?
- Zijn er ook allochtone bejaarden onder je cliënten?
 - ↳Indien, ja:
 - o Hoeveel?
 - o Hoe lang al?
 - o Van welke origine?
 - o Welke zijn de hulpvragen van allochtone bejaarden?
 - o Verschillen deze van de hulpvragen van autochtone bejaarden?
 - ↳Indien, ja:
 - Kan je deze verschillen omschrijven, illustreren aan de hand van voorbeelden?
 - o Merk je verschillen in de hulpverlening die je geeft naar allochtone bejaarden en autochtone bejaarden?
 - ↳Indien, ja:
 - Kan je deze verschillen omschrijven, illustreren aan de hand van voorbeelden?
 - o Weet u wat de allochtone bejaarde verwacht wanneer hij een bepaalde hulpvraag heeft? (parallelvraag: Heb je een zicht op de verwachtingen bij hun hulpvraag?)
 - o Heb je het gevoel te kunnen beantwoorden / voldoen aan deze verwachtingen?

- Kan jij een antwoord geven op hun vragen?
- Kan je hen bieden wat ze verwachten, ligt dit binnen jullie aanbod?
- Sluit het aanbod aan op de verwachtingen van de allochtone bejaarden?
 - Kan u voorbeelden geven van dit (extra) aanbod?
- ↳Indien, nee:
 - Komt dit door de werkwijze van diensten?
 - Tijdsdruk
 - ...
 - Is jullie aanbod voldoende gevarieerd?
 - Waar zitten de eventuele knelpunten in de algemene werkwijze?
 - Taal
 - Religie
 - Andere?
 - Op welke vlakken kunnen jullie niet beantwoorden aan de vragen van de allochtone bejaarde?
 - Zijn er tekorten in jullie dienstenaanbod?

↳Indien, nee:

- Is dit ooit geweest?
- Denk je dat er verschillen zijn in de hulpverlening die je zou geven naar allochtone bejaarden en autochtone bejaarden?
 - Welke verschillen zouden dat zijn, denk je?
 - Kan je deze dan omschrijven, aan de hand van voorbeelden?
- Denk je dat de hulpvragen van allochtone bejaarden anders zijn dan de hulpvragen van autochtone bejaarden?
 - ↳Indien, ja:
 - Heb je een zicht op de (hulp)vragen van allochtone bejaarden?
 - Van waar haal je deze informatie?
- Je bereikt geen allochtone bejaarden. Heb je het gevoel dat de organisatie niet aansluit bij de noden en de verwachtingen van de allochtone bejaarden?
 - Ligt dit bij de organisatie? (Parallelvraag: Is het aan de organisatie zich te richten naar de specifieke behoeften van de allochtonen?)
 - Ligt dit bij de allochtone bejaarden zelf? (Parallelvraag: Is het aan de allochtone bejaarde zich te schikken naar het aanbod van de diensten die beschikbaar zijn?)
- Denk je dat je anders een allochtone bejaarde tegemoet zou treden dan een autochtone bejaarde?

3. Relatie hulpverlener – allochtone bejaarde

- Elke bejaarde heeft een eigen achtergrond, net als jij. Ervaar je, tijdens je hulpverlening, grote verschillen tussen je cliënten?

↳Indien, ja:

- Is dit groepsgebonden?
 - Vrouwen versus mannen
 - Turken / Marokkanen versus Belgen

- Heb je een voorkeur wat betreft bepaalde hulpvragenden? (Parallelvraag: Heb je preferentiële contacten)
- Merk je zelf een verschil in jou hulpverlening bij het tegemoet treden van allochtone bejaarden en autochtone bejaarden?
- Verschilt het verloop van de hulpverlening naargelang de allochtone bejaarden en zijn/haar Turkse of Marokkaanse origine?
- Hebben deze verschillen invloed op de hulpverlening die je biedt?

➔ Indien, ja:

- Blokkeer je er soms in?
- Stimuleert het je net?
- Welke extra voorzieningen zijn er getroffen voor deze mensen?
- Worden jullie voorbereid op het uitoefenen van je taken bij allochtone bejaarden?
 - Hoe omgaan met allochtonen?
 - Informatiesessies over hun religie en / of specifieke gewoonten en gebruiken?
- Hoe voelt u zich als hulpverlener ten aanzien van allochtone bejaarden?

➔ Indien, u geen allochtone cliënten heeft:

- Hoe voelt u zich bij het zien van een allochtone bejaarde op straat?
- Hoe voelt u zich met het beeld dat u erover hebt?
- Ben je nieuwsgierig naar allochtone bejaarden?
- Schrikt het je af?
- Heeft het eventuele verschil tussen je cliënt en jezelf betrekking op de manier waarop gevoelens en gedachten worden geuit en gecommuniceerd? Het non-verbale gedrag, medisch-somatisch, psychosomatisch?
- Indien je allochtone bejaarden helpt, ervaar je dat het mogelijk is om een vertrouwensrelatie op te bouwen met allochtone cliënten?
 - Waarom wel?
 - Waarom niet?
- Bestaan er in je hulpverlening ongeschreven regels om je werk goed te kunnen doen?
 - Indien je allochtone bejaarden helpt, bestaan er in de hulpverlening andere ongeschreven regels ten aanzien van allochtone cliënten dan autochtone cliënten?

4. Interculturalisering en interculturele competentie?

- Wat heb je als hulpverlener nodig om je werk 'goed' te kunnen doen ten overstaan van allochtone bejaarden die je helpt of die je in de toekomst zou kunnen helpen?
 - Waar dient voor jou nog aan gesleuteld te worden?
 - Is dit gebonden aan de organisatie?
 - Aan je werkomgeving?
 - Aan jezelf?
- Kan dit via vorming, training en opleiding opgelost worden?
- Vind je jezelf competent om allochtone bejaarden te helpen?
 - Sta je er zelf voor open?

- Houd je het liever bij autochtone bejaarden?
 - Wie vind je dat het best de allochtone bejaarden kan verder helpen?
- Werk je in een intercultureel team? Zijn er collega's die van een andere dan de Belgische origine zijn?
- ↳ Indien, ja:
- Hoe ervaar je dat?
 - Hebben alle collega's een gelijkwaardige inbreng?
 - Vindt u dat zij meer geschikt zijn om op te treden als hulpverlener bij allochtone bejaarden?
- ↳ Indien, nee:
- Hoe sta je tegenover het idee van een intercultureel team?
 - Vindt u dat er nood is aan allochtone medewerkers?
 - Zou dit een positief effect hebben op de zorgverstrekking?
 - Zou dit een positief effect hebben op het team-gevoel?

5. Inhoudelijke interculturalisatie van je hulpverlening:

Indien je allochtone bejaarden helpt,

- Is er ruimte voor aangepaste diagnostiek, indicatiestelling en behandeling t.b.v. allochtone bejaarden?
- Ervaart je knelpunten in het werken met allochtone cliënten?
 - Taal,
 - Cultuur
 - Religie?
- Ben je op de hoogte van een andere wijze om over ziektes te praten? (Parallelvraag: Ben je op de hoogte van ziekteverklaringen in niet-westerse culturen zoals personalistische en naturalistische verklaringen etc.?)
 - Is er iemand van je collega's hiervan op de hoogte?
- Maak je zelf gebruik van metaforen om over ziektes te praten? (Parallelvraag: Maken jullie gebruik van psycho-educatieve benaderingen en metaforen in de hulpverlening aan allochtone bejaarden?)
- Vindt u het nodig om een vertrouwenrelatie met allochtonen op te bouwen of creëren om een goede hulpverlening te kunnen verstrekken?
- Heb je de indruk dat er verschillen zijn in het omgaan / verzorgen van mannen of vrouwen, eerste of tweede generatie allochtonen?
- Hoe bekend ben je met de externalisering van vele allochtone bejaarden?

6. Evaluatieformulier

1. Hoe was de sfeer tijdens het interview?
 - () Zeer aangenaam
 - () Aangenaam
 - () Gaat wel
 - () Onaangenaam
 - () Zeer onaangenaam
2. Hoe was de medewerking van de respondent tijdens het interview?
 - () Zeer goed
 - () Goed
 - () Gaat wel

- Slecht
- Zeer slecht

3. Hoe sterk ervaringsgericht waren de gegeven antwoorden?

- Zeer ervaringsgericht
- Ervaringsgericht
- Voldoende
- Weinig ervaringsgericht
- Beleidsmatig

4. Duur van het interview: .. uur, .. minuten