



Nationaal
Psychotrauma
Centrum

Rapport Jalan Tengah

Aansluiting van reguliere zorg bij Indische en
Molukse ouderen

Rapport Jalan Tengah

Aansluiting van reguliere zorg bij Indische en Molukse ouderen

Auteurs:

Lucia Hoenselaars

Bertine Mitima-Verloop

Josée Netten

Onno Sinke

Datum:

24 mei 2022

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Aanleiding	5
Uit de literatuur.....	6
Doelstelling onderzoek.....	7
Begrippenkader.....	7
Belanghebbenden	8
Methodische verantwoording.....	9
Onderzoeksontwerp	9
Fase 1: Oriëntatie en voorbereiding	9
Fase 2: Kennis en ervaringen ophalen	10
Fase 3: Kennis en ervaringen verbinden	11
Fase 4: Aanbevelingen en implementatie	12
Resultaten.....	13
1. Hoe is de aansluiting op dit moment tussen Indische en Molukse ouderen en de reguliere zorg? ..	13
1.1 Wat gaat er goed?.....	13
1.2 Wat gaat er minder goed.....	14
Deelconclusie	20
2. Wat hebben zorgmedewerkers nodig om de aansluiting tussen de reguliere zorg en de Indische en Molukse doelgroep te verbeteren?	22
2.1 Cliënt	22
2.2 Zorgverlener	22
2.3 Beleid.....	29
Deelconclusie	30
3. Hoe moeten de knelpunten worden aangepakt?	32
3.1 Cliënt	32
3.2 Zorgverlener	32
3.3 Beleid.....	34
Deelconclusie	36

Conclusie	37
Hoofdvragen.....	37
Knelpunten en oplossingen per niveau.....	38
Aanbevelingen	41
Bronnenlijst	42
Bijlage 1	43
Bijlage 2	44

Inleiding

Aanleiding

In Nederland leven ongeveer twee miljoen mensen die een band hebben met het voormalige Nederlands-Indië (het tegenwoordige Indonesië). Toch weten veel Nederlanders weinig over de geschiedenis, de cultuur en de ervaringen van de Molukse en Indische gemeenschap in Nederland. In 2017 sprak de overheid, middels de collectieve erkenning, haar dank en erkenning uit voor wat de Indische gemeenschap betekent voor Nederland. De officiële verklaring luidt als volgt:

“De ervaringen van Indische Nederlanders tijdens en na de Tweede Wereldoorlog werken nog steeds door in de Nederlandse samenleving. Een deel van de Indische gemeenschap heeft gevoelens van teleurstelling en verdriet over hoe de Nederlandse overheid en samenleving zijn omgegaan met de Indische Nederlanders die naar Nederland kwamen. De overheid werkt in overleg met de Indische gemeenschap aan collectieve erkenning van de gemeenschap. Hiermee wil de overheid haar dank en erkenning laten zien voor wat de Indische gemeenschap betekent voor Nederland. En erkenning geven voor wat de gemeenschap heeft doorgemaakt.”¹

In 2020 werd een extra impuls gegeven aan deze collectieve erkenning. Eén van de doelen die hierbij werd nagestreefd, was het verbeteren van zorg aan mensen uit de Indische en Molukse gemeenschappen.

Het project Jalan Tengah, dat door deze regeling mogelijk wordt gemaakt, sluit nauw aan bij dit doel en onderzoekt hoe de aansluiting van zorg tussen de reguliere zorg en Indische en Molukse ouderen verbeterd kan worden. Het betreft een kortlopend pilotonderzoek, als voorbereiding op een tweejarig vervolgproject waarin aanbevelingen vanuit dit onderzoek geïmplementeerd zullen worden. Het is van belang om kennis op te halen over de ervaringen binnen de reguliere zorg met betrekking tot de Indische en Molukse doelgroep, zodat er vervolgens waar nodig interventies, beleid en/of acties kunnen worden ontwikkeld ter verbetering van de reguliere zorg. In dit project werken medewerkers uit de reguliere zorg, Indische en Molukse ouderen en doelgroep-experts van Stichting Pelita samen om ervaringen te delen, waar nodig oplossingen te vinden en begrip te krijgen voor elkaar.

¹ “Collectieve erkenning Indische gemeenschap,” Rijksoverheid, geraadpleegd op 5 mei 2022, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tweede-wereldoorlog/collectieve-erkenning-indische-gemeenschap>

Uit de literatuur

Cultuursensitieve zorg aan migrantenouderen

Het Kennisplatform Integratie en Samenleving (KIS) heeft veel onderzoek gedaan naar cultuursensitieve zorg voor de brede groep Nederlanders met een migratieachtergrond. Het aanbod van cultuurspecifieke zorg neemt toe, concluderen zij, maar dit betekent tegelijkertijd dat de reguliere zorg zich niet voldoende ontwikkelt op het gebied van cultuursensitieve zorg. De werkwijze binnen de reguliere zorg sluit vaak niet aan bij de zorgbehoeften van mensen met een migratieachtergrond en er wordt te weinig maatwerk geleverd.² De overheid en zorgverzekeraars zijn echter van mening dat de zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn, en alle cliënten en patiënten, ongeacht hun afkomst of achtergrond even goed moet kunnen bedienen. Om dit te kunnen bereiken worden in de reguliere zorg vaak slechts oppervlakkige of incidentele aanpassingen gedaan, zoals het aanbieden van een workshop 'cultuursensitieve communicatie' of de viering van het Suikerfeest. Dit draagt echter niet bij aan een duurzame verankering van cultuursensitief werken in de zorg. Inzet op kennisuitwisseling tussen cultuurspecifieke zorg en reguliere zorg zou hieraan bij kunnen dragen.

De Indische en Molukse doelgroepen

Indische en Molukse ouderen beschouwen zichzelf vaak niet als een migrantengroep, vanwege hun eeuwenlange binding met Nederland. Het benoemen van deze doelgroepen als migrantengroep kan zelfs als kwetsend worden ervaren. Desalniettemin hebben zij ontworteling en migratie ervaren, en vaak hebben ze ook specifieke culturele gebruiken en gewoontes. Naast ervaringen met migratie hebben Indische en Molukse ouderen vaak ook oorlog en geweld meegemaakt, of zijn hiermee geconfronteerd door dat wat hun ouders hebben meegemaakt en doorgegeven in de opvoeding. Recent deed Leyden Academy een onderzoek onder tweede generatie oorlogsgetroffenen met uiteenlopende achtergronden, waaronder Indisch en Moluks. Zij constateerden dat voor deze naoorlogse doelgroepen het begrijpen van de context en sociaal-culturele achtergrond een fundamentele behoefte is in het ontvangen van goede zorg. De specifieke aandacht voor context is volgens hen een belangrijke meerwaarde van specifieke hulpverlening, die zij missen in de reguliere zorg. Om reguliere zorg aan te laten sluiten bij hun behoeftes is het overdragen van deze specifieke kennis en kunde daarom van groot belang.³

Zowel de Indische als de Molukse doelgroepen worden beschouwd als goed geïntegreerd in de Nederlandse samenleving.⁴ Wel zijn er grote verschillen binnen de Indische en Molukse doelgroep in de

² Hans Bellaart, Asia Sarti, Jamila Achahchah, en Mariam Badou. *Cultuursensitief Zorgaanbod*. (Kennisplatform Integratie en Samenleving, 2020), 3.

³ Jolanda Lindenberg en Charlotte van den Eijnde. *Rapport Vragen onder de naoorlogse generatie. Verkennend onderzoek naar de hulpvragen en behoeftes onder de naoorlogse generatie*. (Leyden academy: on vitality and ageing, 2021).

⁴ Junus M. van der Wal, Adeë J. Bodewes, Charles O. Agyemang en Anton E. Kunst. "Higher self-reported prevalence of hypertension among Moluccan-Dutch than among the general population of the Netherlands: results from a cross-sectional survey," *BMC Public Health* 14, no. 1273 (2014): 1-8, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1273>.

manier waarop zij uiting geven aan het Indisch of Moluks zijn, evenals in de behoeftes aan cultuurspecifieke voorzieningen. Niet iedere Indische of Molukse oudere geeft de voorkeur aan cultuurspecifieke zorg.⁵ In verkennende gesprekken met medewerkers van Stichting Pelita komt naar voren dat veel Indische en Molukse ouderen knelpunten ervaren in de aansluiting met de reguliere zorg.

Bovenstaande literatuur geeft ons enig inzicht in de mate van cultuursensitiviteit in de reguliere zorg, en hoe de aansluiting tot de zorg door Indische en Molukse ouderen en naoorlogse generaties wordt ervaren. Voor zover bij de auteurs bekend is er geen onderzoek in Nederland gedaan naar de specifieke ervaringen met zorg aan de Indische en Molukse doelgroepen vanuit het perspectief van zorgverleners. Vanuit eigen ervaring benadrukt GZ psycholoog Latumahina, zelf van Molukse afkomst, in een interview het belang van specifieke zorg aan Molukkers, omdat kennis over de context van deze doelgroep noodzakelijk is om hen te kunnen helpen.⁶ Onderzoek naar de behoeftes binnen de reguliere zorg, en wat zorgmedewerkers nodig hebben om de aansluiting tot de specifieke doelgroep van Indische en Molukse ouderen te verbeteren, ontbreekt nog.

Doelstelling onderzoek

In dit pilotonderzoek kijken we naar wat de reguliere zorg nodig heeft om beter te kunnen aansluiten bij de zorgbehoeftes van de Indische en Molukse doelgroepen. De twee hoofdvragen van dit onderzoek luiden als volgt:

- Hoe is de aansluiting op dit moment tussen Indische en Molukse ouderen en de reguliere zorg?
- Wat hebben zorgprofessionals nodig om de aansluiting tussen de reguliere zorg en de Indische en Molukse doelgroep te verbeteren?

Begrippenkader

De volgende begrippen komen in het rapport veelvuldig naar voren en lichten we hierbij toe.

Indische en Molukse ouderen: In dit onderzoek hebben we deze doelgroepen afgebakend aan de hand van leeftijd (70+), en niet aan de hand van 'generaties'. Onder de 70-plussers in dit onderzoek kunnen zowel mensen zitten die zich rekenen tot de eerste, als tot de tweede generatie. De leeftijdsgrens is bepaald na gesprekken met medewerkers van Stichting Pelita over hun ervaringen met de doelgroep, en rondom welke leeftijd zij knelpunten zien ontstaan tussen ouderen en de zorg.

⁵ Josine Engels, "Twee culturen aan de binnenkant, een onderzoek" (Bachelorscriptie, Universiteit van Amsterdam, 2009).

⁶ Geertje Kindermans, "Pleidooi en portret. De Molukse ziel," *De Psycholoog*, 2 juli 2021.

Reguliere zorg: In dit onderzoek beschouwen we de reguliere zorg als alle zorg die niet cultuurspecifiek is. Dat betekent zorg die wordt geleverd door bijvoorbeeld huisartsen, ziekenhuizen en de ouderenzorg. In dit onderzoek richten we ons op de medewerkers in de extramurale reguliere zorg: zorg aan cliënten die niet in een zorginstelling verblijven. Hoewel er door respondenten ook voorbeelden van knelpunten binnen de intramurale zorg worden ingebracht, zullen de aanbevelingen in dit onderzoek worden geformuleerd richting de extramurale zorg.

Cultuursensitief: Dit is een benaderingswijze, een set aan vaardigheden om sensitief en reflectief om te gaan met verschillen in cultuur tussen de zorgverlener zelf en de cliënt.

Cultuurspecifiek: Cultuurspecifieke zorg is zorg die specifiek is ingericht aan de hand van de kenmerken van een bepaalde cultuur.

Deskundigheidsbevordering: het vergroten van de kennis en kunde ten behoeve van de kwaliteit van de verlening van zorg.

Belanghebbenden

Voor dit pilotonderzoek zijn we in gesprek gegaan met verschillende groepen belanghebbenden: medewerkers in de reguliere zorg, Indische en Molukse ouderen, en doelgroep-experts van Stichting Pelita. Hieronder worden de groepen belanghebbenden die bij dit onderzoek betrokken zijn nader toegelicht.

- **Medewerkers in de reguliere zorg:** we richten ons in dit project op de extramurale reguliere zorg. In de zoektocht naar respondenten hebben we ons gericht op enkele specifieke beroepen die aan de poort staan tot het verkrijgen van zorg en/of dicht bij de ouderen staan, namelijk huisartsen, POH (Praktijkondersteuner Huisartsenzorg)-GGZ en POH-Ouderen, maatschappelijk werkers en casemanagers dementie.
- **Molukse en Indische Nederlanders:** we richten ons in dit project op Indische en Molukse ouderen binnen de leeftijdscategorie 70+. Dit kunnen zowel mensen van de eerste generatie als van de naoorlogse generatie zijn. Het betreft mensen uit de doelgroep die knelpunten hebben ervaren in de reguliere zorg, zowel zelf als tijdens mantelzorg voor een familielid.
- **Medewerkers van Stichting Pelita:** medewerkers van Stichting Pelita hebben decennialange ervaring met betrekking tot de zorgvragen die leven bij de doelgroepen. In het onderzoek zijn zowel coördinatoren van diverse regio's als medewerkers van het landelijk bureau in Diemen betrokken.

Methodische verantwoording

De opzet van dit pilotonderzoek is ontleend aan het zogeheten actieonderzoek. Actieonderzoek is een methode waarin alle groepen belanghebbenden rondom een onderzoeksthema in alle fases van het onderzoek participeren, en waarin de uitkomsten van het onderzoek geïmplementeerd, gemonitord, en indien nodig weer bijgestuurd worden. Op deze manier krijg je een cyclische, lerende aanpak, waarbij de groepen belanghebbenden in elke fase inspraak hebben.

Bij het toepassen van de methode is advies gevraagd aan enkele onderzoekers van *Athena Institute* (Vrije Universiteit). Mede op advies vanuit Athena zijn we gewezen op de methode *interactive learning and action* (ILA) als toepasselijke aanpak voor het huidige pilotproject.⁷ Vanwege de beperkte omvang van dit pilotonderzoek hebben we ervoor gekozen om de eerste vier fases van deze methode te volgen, die samen als het ware één leercyclus vormen. In dit pilotonderzoek staat daarom met name het participatieve en interactieve element van de methode centraal. Het implementeren en itereren van de uitkomsten en aanbevelingen zal in een vervolgproject ten uitvoer kunnen worden gebracht. Hieronder zullen de vier fases van het huidige pilotonderzoek nader toegelicht worden.

Onderzoeksontwerp

Fase 1: Oriëntatie en voorbereiding

In de eerste fase van het onderzoek hebben we ons georiënteerd op de thema's en de doelgroepen die bij dit onderzoek van belang zijn. Dit hebben we gedaan door middel van informele gesprekken met medewerkers van Stichting Pelita en een verkenning van de relevante literatuur met behulp van de ARQ Bibliotheek. Naar aanleiding van deze verkenning hebben we groepen belanghebbenden gedefinieerd en inzicht gekregen in de terugkerende thema's met betrekking tot zorg en de Indische en Molukse doelgroepen. In deze vroege fase was de expertise van Stichting Pelita van grote waarde, ook gezien de jarenlange ervaring die zij heeft met het geven van trainingen op het gebied van cultuurspecifieke zorg met aandacht voor individuele context.

⁷ K. Swaans, J.E.W. Broerse, M. Meincke, M. Mudhara en J. Bunders, "Promoting food security and well-being among poor and HIV/AIDS affected households: Lessons from an interactive and integrated approach," *Evaluation and Program Planning* 32 no. 1 (2009): 31–42.

Fase 2: Kennis en ervaringen ophalen

In de tweede fase van het onderzoek hebben we focusgroepen georganiseerd om de kennis en ervaringen bij de groepen belanghebbenden op te halen. Er zijn twee focusgroepen georganiseerd met reguliere zorgmedewerkers, een met Indische en Molukse ouderen, en een met medewerkers van Stichting Pelita. Vanwege de destijds geldende coronamaatregelen en de korte looptijd van het project zijn de focusgroepen met de reguliere zorg en de medewerkers van Stichting Pelita online via Teams georganiseerd. De focusgroep met de Indische en Molukse ouderen vond plaats in Museum Sophiahof. De focusgroepen zijn opgezet als semigestructureerde interviews (zie bijlage 1), die na afloop zijn getranscribeerd, gecodeerd in MAXQDA en vervolgens geanalyseerd.

Selectie zorgmedewerkers

Bij de werving van reguliere zorgmedewerkers is gekozen voor enkele specifieke beroepsgroepen die in nauw contact met ouderen staan (casemanagers dementie en maatschappelijk werkers) en beroepsgroepen die aan de poort staan voor goede toeleiding tot zorg (zoals huisartsen, POH-GGZ en POH-Ouderen). Om deze zorgmedewerkers te benaderen is contact gezocht met netwerken waarin zorgmedewerkers verenigd zijn, in plaatsen waarvan bekend is dat er een grote Indische en/of Molukse gemeenschap woont. In eerste instantie lag de focus op de regio Haaglanden. Om het vinden van respondenten te bespoedigen is dit verbreed, en is vervolgens op landelijke schaal gezocht naar respondenten.

Er is bijvoorbeeld een oproep tot deelname verstuurd via het netwerk HADOKS (netwerk van huisartsen), maar we hebben ook zelf specifieke huisartsenpraktijken benaderd in wijken waar veel Indische en/of Molukse ouderen wonen. Voor het benaderen van casemanagers dementie is gebruik gemaakt van de lijst van casemanagers die Stichting transmurale Zorg bijhoudt in de regio Haaglanden. Tot slot is voor maatschappelijk werkers contact gezocht met enkele grotere zorginstellingen die zorg leveren in wijken met een relatief grote concentratie van Indische en Molukse ouderen. De uiteindelijke groep bestond uit 8 zorgmedewerkers, waaronder 1 huisarts, 2 POH-Ouderen, 1 POH-GGZ, 2 casemanagers dementie, 1 maatschappelijk werker en 1 bestuurder van een thuiszorgorganisatie.

Selectie medewerkers Stichting Pelita

Medewerkers van Stichting Pelita werden aangedragen door de manager maatschappelijke dienstverlening. Hierbij werd gekeken naar medewerkers die in nauw contact staan met Indische en Molukse ouderen en medewerkers die vanuit het scholingsprogramma Djalán Pienter training en scholing hebben gegeven aan zorgmedewerkers. Specifiek werd ook een medewerker betrokken die een groot netwerk onder de Molukse doelgroep heeft. De uiteindelijke groep bestond uit 6 personen, waaronder 3 medewerkers die als Djalán Pienter trainer hebben gewerkt/werken en 3 regio-coördinatoren.

Selectie Indische en Molukse ouderen

De werving van Indische en Molukse ouderen werd in eerste instantie via Stichting Pelita gedaan. Criteria hierbij waren dat er zowel Indische als Molukse ouderen moesten zijn, met een leeftijd van 70+ en bij voorkeur ouderen die niet verblijven in een cultuurspecifiek tehuis of cultuurspecifieke zorg genieten. Daarnaast werd ook gekeken of zij in staat waren naar Den Haag te komen, waar de focusgroep zou plaatsvinden. Om het werven van respondenten te bespoedigen is ook contact gezocht met Netwerk NOOM en is het eigen netwerk van de onderzoekers ingezet. Via medewerkers van Stichting Pelita zijn 3 Indische ouderen en 1 Molukse oudere geworven. Zij hadden zelf ervaring met de reguliere zorg, maar spraken ook vanuit hun ervaring als mantelzorger of vanuit hun ervaring in hun werkzame leven (bijvoorbeeld als zorgprofessional). Via het eigen netwerk van de onderzoekers zijn 2 Molukse ouderen geworven. Om het gevoel van veiligheid voor de deelnemende ouderen te bevorderen en waar nodig bij te staan namen aan de bijeenkomst ook 2 medewerkers van Stichting Pelita deel, met een Indische en Molukse achtergrond.

Selectiebias

Er is een selectiebias opgetreden in het werven van deelnemers voor de focusgroepen, die gevolgen heeft voor de interpretatie van de resultaten. Door de open oproepen die we hebben verspreid, hebben voornamelijk mensen die zich bewust zijn van knelpunten in de aansluiting tussen de reguliere zorg en de Indische en Molukse ouderen deelgenomen aan dit onderzoek. Het kostte veel moeite om deelnemers te vinden vanuit de reguliere zorg, wat een teken kan zijn dat dit onderwerp niet zo leeft bij zorgmedewerkers. Verschillende uitgenodigde respondenten gaven aan dat ze geen ervaring hebben met de doelgroep. Andere verklaringen, zoals overbelasting van de zorg, zeker omdat dit wervingsproces plaatsvond tijdens een piek in de coronapandemie, spelen daarnaast waarschijnlijk ook mee. Ook het vinden van deelnemers onder Indische en Molukse oudere was uitdagend. We kregen meerdere malen te horen dat ouderen het moeilijk vinden om over dit onderwerp te praten. In de resultatensectie zullen we verder op de gevolgen van deze selectiebias ingaan.

Fase 3: Kennis en ervaringen verbinden

Na analyse van de focusgroepen zijn de eerste lijnen van de analyse uiteengezet. Deze uitkomsten zijn voorgelegd aan de groepen belanghebbenden tijdens een dialoogsessie, wederom aan de hand van een semigestructureerd interview (zie bijlage 2). Bij deze dialoogsessie kwamen de verschillende groepen belanghebbenden in dit onderzoek voor het eerst bijeen om samen te reflecteren op de resultaten en om gezamenlijk concrete acties en verbeterpunten te formuleren. Ook deze dialoogsessie is getranscribeerd, gecodeerd in MAXQDA en geanalyseerd.

Selectie deelnemers dialoogsessie

Deelnemers aan de dialoogsessie werden geselecteerd op basis van hun inbreng tijdens de focusgroepen. Daarnaast werd geprobeerd om een gezelschap bij elkaar te brengen dat zo divers mogelijk was wat betreft de verhouding man en vrouw, en de verhouding tussen Indische en Molukse achtergrond. Vanuit elke groep belanghebbenden werden 2 deelnemers geselecteerd, in totaal namen 6 mensen deel aan de dialoogsessie.

Fase 4: Aanbevelingen en implementatie

De laatste fase in dit pilotonderzoek bestond uit het schrijven van een onderzoeksrapport met bevindingen en aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn directe input voor het project Deskundigheidsbevordering 2022-2023, ook uitgevoerd door ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld, in samenwerking met Stichting Pelita en tevens onderdeel van de Collectieve Erkenning. Op basis van de eerste leercyclus die in dit onderzoek is uitgevoerd, is het de bedoeling dat in het project Deskundigheidsbevordering een tweede en wellicht ook derde cyclus zal volgen van actie/implementatie, observatie, reflectie en doorontwikkeling.

Resultaten

1. Hoe is de aansluiting op dit moment tussen Indische en Molukse ouderen en de reguliere zorg?

1.1 Wat gaat er goed?

In de focusgroepen worden verschillende punten benoemd die momenteel goed gaan in de reguliere zorg.

Inrichting van de zorgorganisatie

Diverse punten die genoemd worden hebben te maken met de manier waarop een zorgorganisatie is ingericht. Zo wordt een 'platte organisatie' als voorbeeld genoemd van een organisatiestructuur waarin de aansluiting tussen cliënt en zorgverlener wordt bevorderd, omdat dan ook de bestuurder met regelmaat zorg verleent en met de handen aan het bed staat. Ook zorgt een holistische aanpak in de organisatie ervoor dat er meer oog is voor het individu en zijn of haar achtergrond.

“Wat we heel erg actief doen is dat we iedereen per individu bekijken. We krijgen voornamelijk zorgvraag voor somatische problematiek, zoals iemand met een gebroken arm of been. Maar we benaderen iedereen vanuit de gedachten dat wie jij bent, waar jij vandaan komt, en wat je cultuur is invloed heeft op jouw genezingsproces.” - *Bestuursvoorzitter thuiszorgorganisatie*

Daarnaast worden ook positieve ervaringen uitgewisseld over cultuurspecifieke voorzieningen die binnen de reguliere zorg worden geïnitieerd, zoals het organiseren van een Indische middag voor ouderen.

Openheid verschillende culturen

Een oudere benoemt dat mensen in Nederland meer open zijn gaan staan voor culturele verscheidenheid. Niet alleen ten opzichte van Indische en Molukse Nederlanders, maar ook bijvoorbeeld Turken en Marokkanen. Tegelijkertijd wordt door een andere oudere ook benoemd dat hier in het verleden juist meer aandacht voor was dan nu het geval is, bijvoorbeeld in de vorm van Molukse wijkraden en cultuurspecifieke wijkcentra. De openheid voor andere culturen staat in contrast met de constatering van de respondenten dat er te weinig aandacht is voor cultuur in de reguliere zorg.

Vertrouwensrelatie met de zorgverlener

Een huisarts geeft aan dat de zorgverlening die hij biedt in zijn huisartsenpraktijk gebaat is bij de ervaring en vertrouwensband die hij door de jaren heen heeft opgebouwd met de Molukkers in zijn wijk. Hij wordt door de Molukse gemeenschap gezien als 'hun huisarts', en door de jarenlange ervaring die hij

inmiddels heeft begriipt hij ook, zonder veel woorden, wat er gaande is. Een warme overdracht vanuit hem naar andere zorgverleners helpt om de zorg goed over te dragen. Hoewel dit niet per definitie wordt gedaan, wordt een warme overdracht wel gezien als een vorm van goede zorgverlening. Het verkrijgen van informatie over de achtergrond van een cliënt draagt bij een juiste aansluiting en benadering.

Brugfunctie Stichting Pelita

Zowel door medewerkers van Stichting Pelita als door enkele reguliere zorgverleners, wordt de positieve impact van de brugfunctie die Stichting Pelita heeft tussen cliënt en zorgverlener genoemd. Vanuit Pelita wordt ervaren dat zorgverleners open staan voor de bemiddeling van Stichting Pelita, wanneer de zorgverlening stroef verloopt. Ook kunnen zij ouderen ondersteunen en helpen zich meer te uiten. Sommige zorgverleners weten Stichting Pelita goed te vinden en vragen hen actief om hulp. Tegelijk valt in de bekendheid en vindbaarheid van Stichting Pelita voor de reguliere zorg in diverse plaatsen ook nog een wereld te winnen.

1.2 Wat gaat er minder goed

Naast de voorbeelden die zijn genoemd van situaties waarin de aansluiting van zorg goed verloopt, zijn de respondenten uit alle groepen belanghebbenden het er over eens dat het in de meeste gevallen niet goed gaat in de aansluiting tussen de zorg en Indische en Molukse ouderen. In de vele knelpunten die zijn aangedragen door respondenten, zijn verschillende niveaus te onderscheiden waarop deze knelpunten spelen. Belangrijk is om hierbij te benadrukken dat sommige elementen niet exclusief op één niveau plaatsvinden, en dat er een wisselwerking is tussen verschillende niveaus. Een element op het ene niveau, kan een effect teweegbrengen op een ander niveau, en andersom. De onderverdeling van de knelpunten in niveaus dient in dit onderzoek vooral om de conclusies en aanbevelingen zo concreet mogelijk te kunnen formuleren op een manier die de implementatie ervan op het juiste niveau bevordert.

Toelichting niveaus

- **Cliënt:** Alles dat speelt bij de cliënt wat van invloed kan zijn op het proces, de effectiviteit en kwaliteit van zorgverlening
- **Zorgverlener:** Alles dat speelt bij de zorgverlener wat van invloed kan zijn op het proces, de effectiviteit en kwaliteit van zorgverlening
- **Beleid:** Alles dat speelt op het gebied van organisatie- en/of overheidsbeleid wat van invloed kan zijn op het proces, de effectiviteit en kwaliteit van zorgverlening

Cliënt

Tweede Generatie

Een element dat er in het kader van de knelpunten uitspringt, en veelvuldig is ingebracht, is tweede generatieproblematiek. De meeste inbreng rondom tweede generatieproblematiek was afkomstig van de focusgroep met de ouderen, maar het kwam ook naar voren in de andere focusgroepen. Respondenten gaven aan dat de tweede (en soms ook derde) generatie nog veel pijn hebben van wat de eerste generatie heeft meegemaakt en dat daar in de zorg aandacht voor moet zijn. Ook wordt in dit kader de geestelijke en fysieke mishandeling genoemd die veel mensen van de naoorlogse generaties hebben meegemaakt. Respondenten geven aan dat deze naoorlogse generaties wat zorg betreft te vaak tussen wal en schip vallen, en dat zij bij het ouder worden hier mogelijk meer last van zullen gaan krijgen. Enkele medewerkers uit de reguliere zorg geven aan dat je bij de tweede generatie ook specifieke problematiek ziet ontstaan, en dat het specifieke kennis en vaardigheden vereist om daar in de zorg goed mee om te kunnen gaan.

Vraagverlegenheid

Een ander element dat een goede aansluiting van zorg in de weg staat, is vraagverlegenheid van Indische en Molukse ouderen. Een reguliere zorgmedewerker geeft aan dat Indische en Molukse ouderen hun hulpvragen anders benoemen, namelijk impliciet. Ook vraagt deze doelgroep überhaupt weinig of niet uit zichzelf om hulp, en komen zij vaak niet voor zichzelf op. Een zorgmedewerker geeft aan dat het soms lastig kan zijn om psychische problematiek te behandelen, vanwege de gewoonte van de doelgroepen om de vuile was niet buiten te willen hangen.

Onzichtbaarheid doelgroepen

De vraagverlegenheid kan een van de oorzaken zijn voor de onzichtbaarheid van deze doelgroepen: zorgorganisaties hebben volgens een Pelita medewerker vaak geen zicht op hoe groot de doelgroep is en dat er problemen spelen. In organisaties wordt daarom soms de urgentie niet ingezien om de Indische en Molukse doelgroepen specifiek te bedienen, vanwege de schijnbaar beperkte omvang van de doelgroep. In de dialoogsessie wordt nogmaals de onzichtbaarheid van de doelgroepen benadrukt als knelpunt voor een goede aansluiting van zorg.

Familieverbanden en mantelzorg

Een ander element dat de aansluiting van zorg in de weg kan staan zijn familieverbanden. Zorgmedewerkers en Pelita medewerkers geven met name aan knelpunten te signaleren op het gebied van mantelzorg. Omdat de Indische en Molukse doelgroepen graag de regie bij zichzelf houden, ontvangen zij liever zorg binnen de familie, dan van een hulp- of zorgverlener. Respondenten uit zowel de reguliere zorg als medewerkers van Stichting Pelita, geven aan dat mantelzorgers heel ver gaan in hun zorg, waardoor zij overbelast raken. De hiërarchie binnen families, die past bij de wij-cultuur, zorgt er tegelijkertijd weer voor dat mantelzorgers deze problemen die zij zelf ervaren vaak niet benoemen.

Taalproblemen

Ook taalproblemen wordt door een zorgmedewerker genoemd als onderdeel van wat er niet goed kan gaan in de aansluiting van zorg. Zelfs wanneer mensen hun leven lang naast de moedertaal ook Nederlands hebben gesproken, kan taal wanneer cliënten 80+ worden, toch weer een probleem worden omdat de beheersing van het Nederlands achteruit gaat.

Zorgverlener

Op het niveau van de zorgverlener geven respondenten aan dat er knelpunten zijn op het gebied van cultuurspecifieke aandacht, kennis van de geschiedenis en context, aandacht voor het individu, en tijd.

Cultuurspecifieke aandacht

Meerdere zorgmedewerkers en een medewerker van Pelita geven aan dat er te weinig cultuurspecifieke aandacht is in de reguliere zorgverlening.

“Zorg aan mensen met een migratieachtergrond zou niet meer specifiek ondergebracht moeten worden bij organisaties die mensen met een migratieachtergrond in dienst hebben, maar het zou een integraal product moeten zijn wat elke verpleegkundige moet leveren. Het moet echt een basis zijn.” – *Bestuursvoorzitter thuiszorgorganisatie*

Een zorgmedewerker geeft ook aan dat Indische en Molukse ouderen zich vaak niet begrepen voelen, omdat gebruiken afwijken van die van de zorgverlener. Door cultuurspecifieke aandacht te hebben als zorgverlener, kan voorkomen worden dat een cliënt zich niet begrepen voelt.

“Ik zal nooit vergeten dat ik voor de eerste keer op de kraamafdeling werkte in het ziekenhuis. Het viel me op dat sommige vrouwen bij het bevallen veel lawaai maakten, terwijl veel Indische mensen juist in heel veel stilte pijn hebben. Om de pijn van Indische mensen te kunnen herkennen, heb je dus ook die kennis nodig.” – *POH-Ouderen*

Een ander voorbeeld van gedrag dat door een medewerker van Pelita wordt ingebracht als knelpunt, is directheid. Als je bij Indische en Molukse ouderen als zorg- of hulpverlener binnenstapt met zevenmijlslaarzen en direct op het probleem af gaat, dan heeft dat een averechts effect. Ook wordt het verplichte werken met cliëntprofielen door een zorgmedewerker als specifiek voorbeeld van een knelpunt genoemd, omdat daarin geen aandacht is voor multiculturele zorg.

Te weinig kennis

Er worden ook knelpunten ervaren doordat zorgverleners te weinig kennis hebben over de geschiedenis en de context van Indische en Molukse ouderen. Een zorgmedewerker noemt het voorbeeld van een cliënt die zei:

“Die andere behandelaar komt hier niet meer in! Want ik ben geen Indonesische, ik ben een Indische. Wanneer dringt dat eens een keer tot ze door?” – *POH-Ouderen*

In de dialoogsessie kwam een discussie op gang over de vraag of de Indische en Molukse doelgroep een aparte status heeft in Nederland. Hiermee wordt gedoeld op de status die deze doelgroep heeft vanuit de eeuwenlange binding met Nederland, die anders is dan bij andere doelgroepen met een migratieachtergrond. De collectieve erkenning wordt gezien als een bevestiging van deze aparte status. Niet iedereen uit de groep is het hiermee eens. Voor sommigen is dit teveel benaderd vanuit politieke overwegingen, een andere respondent geeft aan dat de Molukkers in hun wijk zo zijn ingeburgerd dat zij niet als een andere doelgroep worden gezien of benaderd.

Onderdeel van kennis over de context, is ook kennis over de doorwerking van oorlog. Veel Indische en Molukse ouderen hebben ervaringen met oorlog en geweld die kunnen doorwerken in hun gedrag. Zoals blijkt uit het volgende voorbeeld van een Pelita medewerker, die spreekt vanuit persoonlijke ervaring:

“Mijn vader zat in een verzorgingstehuis en had beginnend Alzheimer, hij liep met een wandelstok en af en toe vergat hij waar zijn kamer was. Hij ging een keer in een bed liggen dat niet van hem was. Vervolgens komt degene van wie dat bed was binnen, en die maakt stampij. Mijn vader dacht: daar komt een Japanner aan. Dus die begint met die wandelstok te slaan en heeft alles kapot geslagen. Ik ging ernaartoe en trof mijn vader vastgebonden in bed aan, ik hoorde hem bij binnenkomst al gillen. Ik zei, ken je de geschiedenis van mijn vader? Nee. Dat wist ze niet. Terwijl wij voordat wij hem inschreven 20 pagina's over hem hebben geschreven. Ik snap er niks van, we hebben een intake gedaan, we hebben alles verteld, we hebben de geschiedenis van mijn vader verteld, dus hoe kan hij nu vastgebonden zitten.” – *Medewerker Pelita*

Aandacht voor individu

Er is volgens zorgmedewerkers en ouderen te weinig aandacht voor cliënten als mensen, en als individuen. Zij signaleren dit zowel in verzorgingstehuizen/verpleeghuizen als bijvoorbeeld in de thuiszorg. Zorgverleners nemen volgens een oudere niet de tijd om bij ouderen te gaan zitten en naar ze te luisteren, en zijn meer in het kantoor met rapporten bezig. Een zorgmedewerker geeft wel aan dat dit geldt voor zorg in bredere zin, niet alleen voor deze doelgroepen. Een Pelita medewerker geeft een voorbeeld van een situatie waarin de zorgverlener besluit wat er nodig is voor de cliënt, zonder na te gaan hoe de cliënt dat zelf ziet en wat er echt aan de hand is. Dit kan er in resulteren dat een zorgverlener over de grenzen van de cliënt heen gaat.

“De benadering van zorg geven is allemaal veranderd. Ik weet ook niet waardoor dat is veranderd. Maar ik vind dat er weinig aandacht aan de persoon wordt besteed. Iedereen komt binnen, doet zijn ding en gaat weer, dat vind ik zo jammer. Kijk even verder.” – *Casemanager dementie*

In het verlengde hiervan wordt een gebrek aan professionaliteit van zorgmedewerkers door een zorgmedewerker en een medewerker van Pelita ingebracht als knelpunt. In het geval van huishoudelijke hulp wordt een voorbeeld aangedragen dat een cliënt elke keer opnieuw moet uitleggen wat en hoe er moet worden schoongemaakt. Soms komen mensen te laat, en gaan ze voor de afgesproken tijd alweer weg. In sommige gevallen krijgen cliënten elke week een ander gezicht te zien, wat niet bevorderlijk is voor het opbouwen van een relatie. Een zorgmedewerker geeft aan dat het menselijke is verdwenen uit de zorgverlening en alleen nog aan zakelijke aspecten zoals geld en administratie wordt gedacht.

“Mensen moeten zich meer verplaatsen in de ouderen. Dat mis ik. En daardoor vind ik dat de zorg steeds minder wordt. Daar maak ik mij echt wel zorgen om. Ik ben nu midden 50, maar toen ik begon was ik een jong meisje. Maar ik heb nog wel in mijn opleiding meegekregen hoe je omgaat met mensen. En dat is iets dat ik heel erg mis in deze tijd.” – *Casemanager dementie*

Te weinig tijd

Tijd is een randvoorwaarde om een relatie te kunnen opbouwen tussen de zorgverlener en de cliënt. Met name bij de Indische en Molukse doelgroep is het opbouwen van een relatie van groot belang. Een zorgmedewerker geeft aan dat huisbezoeken doorgaans te kort zijn, en dat ze collega's kent die niet eens op huisbezoek kunnen gaan.

“Ik krijg van de huisarts voldoende tijd voor een huisbezoek, er zijn collega's die 20 minuten, 30 minuten krijgen voor een gesprek. Ik kan op huisbezoek, maar er zijn ook heel veel collega's die dat absoluut niet kunnen in hun werk. De meerwaarde van een huisbezoek is zo groot.” – *POH-GGZ*

Het gebrek aan tijd geldt niet alleen voor het contact met de cliënten, maar ook voor het opstellen van de rapporten achteraf. Een oudere geeft aan dat dit gebrek aan tijd echter ook geldt voor zorg in brede zin. Als er in de basis van zorgverlening al te weinig tijd beschikbaar is, dan wordt het heel lastig om ervoor te zorgen dat die tijd er voor specifieke doelgroepen wel gaat komen, aldus een oudere. Dit punt hangt samen met achterliggende (financiële) overwegingen, die gemaakt worden op beleidsniveau.

Beleid

De ingebrachte knelpunten op beleidsniveau hebben zowel betrekking op beslissingen die gemaakt worden vanuit de zorgorganisatie, als ook op het beleid vanuit de overheid.

Zorgaanbod

In het zorgaanbod geven zorgmedewerkers en een oudere aan dat er meer behoefte is aan cultuurspecifieke Indische en Molukse voorzieningen dan dat er geboden wordt. Op het moment dat Indische en Molukse cliënten bijvoorbeeld naar een verzorgingstehuis moeten, zien zorgverleners dat zij bereid zijn een flinke afstand af te leggen als er in de buurt geen cultuurspecifiek huis is. De extramurale

cultuurspecifieke zorgvoorzieningen die er zijn, zoals bijvoorbeeld dagbesteding voor demente ouderen, kunnen niet beantwoorden aan de vraag in gebieden waar veel Indische en Molukse mensen wonen, zoals in Den Haag. Ook geeft een zorgmedewerker aan dat ontmoetingsbijeenkomsten voor Indische en Molukse ouderen, zoals Kumpulans, voor een groot deel verdwenen zijn. Een oudere geeft aan dat het juist belangrijk is om die cultuurspecifieke kennis in de reguliere zorg te versterken, omdat niet iedereen toegang kan krijgen tot cultuurspecifieke zorg.

Indicatiestelling

Ook de procedures rondom de indicatiestelling (waarmee wordt bepaald op welke zorg iemand recht heeft) is een knelpunt volgens medewerkers van Pelita. Kennis van de context van de cliënt is volgens een Pelita medewerker nodig om de zorg juist te indiceren. Mensen die niet aan vereisten voldoen krijgen te weinig of te laat passende zorg, wat ertoe kan leiden dat cliënten minder lang op een goede manier thuis kunnen wonen. Dit in combinatie met de vraagverlegenheid van de doelgroep en 'de was niet buiten willen hangen' zorgt voor een situatie van slechte aansluiting van zorg.

Zorg te afwachtend

In het verlengde hiervan geeft een Pelita medewerker aan dat de zorg te afwachtend is, en *outreaching* te werk zou moeten gaan voor deze doelgroepen. Ook geven Pelita medewerkers aan dat het zorgaanbod te ingewikkeld is voor veel cliënten, en dat mensen niet goed weten waar ze terecht moeten voor goede zorg. Het vasthouden aan standaardprocedures (zoals een vooraf bepaalde tijdsinvestering die een zorgverlener voor een intake heeft) werkt niet altijd goed bij deze doelgroepen, volgens een zorgmedewerker en een Pelita medewerker.

Personeel en scholing

Op het gebied van personeel geven Pelita medewerkers ook knelpunten aan. Er zijn veel wisselingen van zorgmedewerkers die werken met een cliënt, en er is ook een groot verloop in zorgpersoneel. Beide zorgen ervoor dat het opbouwen van een relatie met de cliënt belemmerd wordt. Het verloop in zorgpersoneel zorgt er tevens voor dat kennis en ervaring die wordt opgebouwd, ook weer weg gaat uit de organisatie. Dit wordt volgens een Pelita medewerker ook genoemd als een van de redenen voor organisaties om niet te investeren in bijscholing. In de dialoogsessie werd benadrukt dat er te weinig gedaan wordt aan scholing, specifiek over Indische en Molukse ouderen, en dat dit op beleidsniveau en ook vanuit de overheid aangepakt zou moeten worden.

Doelgroepenbeleid

Veel gemeentes kiezen ervoor om geen doelgroepenbeleid (meer) te hanteren, en om iedere zorgvrager gelijkwaardig te behandelen. Dit wordt door een zorgmedewerker en Pelita medewerker als knelpunt aangedragen en staat haaks op de door de respondenten geconstateerde noodzaak voor specifieke aandacht voor Indische en Molukse ouderen.

Budget

Volgens zorgmedewerkers en een oudere is er te veel bezuinigd op de zorg en zijn er meer financiële middelen nodig. Een zorgmedewerker geeft aan dat de overheidsfinanciering te kort schiet.

“Het is in de wijkverpleging niet toegestaan om ergens langer te zijn omdat er een cultureel verschil is, dat wij wel daadwerkelijk in kaart moeten brengen. Want dat is heel belangrijk voor de gezondheidszorg. Maar het wordt niet gefinancierd.” – *Bestuursvoorzitter thuiszorgorganisatie*

Deelconclusie

Wat gaat er goed?

Concluderend kan gesteld worden dat er in de focusgroepen beduidend meer wordt gezegd over wat er niet goed gaat, dan wat er goed gaat. De reacties op de vraag wat er goed gaat staan vaak op zichzelf, en zijn dus niet herhaald door anderen. Wat er goed gaat, lijken daarom uitzonderingen te zijn: specifieke voorbeelden van omstandigheden, of een manier waarop een specifieke organisatie is ingericht. Tegelijk betreft het huidige onderzoek een pilotonderzoek, en is het beperkt wat betreft aantal respondenten. Nader onderzoek zou kunnen uitwijzen hoe breed deze opvattingen gedragen worden.

Wat gaat er minder goed?

Groepsverschillen belanghebbenden

Knelpunten in de aansluiting met de zorg worden benoemd op drie verschillende niveaus, namelijk op het niveau van cliënt, zorgverlener en beleid. Er worden geen tegenstrijdigheden gesignaleerd tussen de ouderen, zorgmedewerkers en Pelita medewerkers; zij lijken het met elkaar eens te zijn over de knelpunten die er zijn. Wel zien we enkele interessante focusverschillen per groep. De ouderen, die veelal deel uitmaken van de tweede generatie, benoemen met name veel knelpunten als het gaat om aandacht voor de problematiek van hun generatie. Medewerkers van Stichting Pelita hebben het veel over knelpunten op het niveau van beleid. Door zorgmedewerkers wordt de bescheidenheid van de Indische en Molukse ouderen in combinatie met vraagverlegenheid (het niet uiten van een hulpvraag), en het gemis van cultuurspecifieke Indische en Molukse ouderenvoorzieningen het meest genoemd.

Selectiebias

Kanttekening bij deze bevindingen is de eerder genoemde selectiebias in de groep respondenten. De knelpunten die in dit hoofdstuk genoemd worden, worden niet door alle zorgmedewerkers gesignaleerd en onderschreven. Respondenten uit de reguliere zorg spraken vaak over wat zij zien en horen van collega's, die zich vaak minder of niet bewust zijn van de genoemde knelpunten. Het is kenmerkend hoe een zorgmedewerker Indische ouderen omschreef als 'stille pijnlijders waar niemand last van heeft'. De

uitdaging om Indische en Molukse ouderen bij het onderzoek te betrekken kan samenhangen met de genoemde bescheidenheid van de doelgroep en hun terughoudendheid om over problemen te praten.

Algemeen en specifiek

Knelpunten die genoemd zijn gelden vaak niet alleen voor Indische en Molukse ouderen. Verschillende knelpunten kunnen ook betrekking hebben op ouderen in het algemeen, op migrantenouderen of op oudere oorlogsgetroffenen. Bijvoorbeeld:

- **Ouderen (algemeen):** Aandacht voor individu, te weinig tijd, indicatiestelling, personeel, budget
- **Oorlogsgetroffenen:** Familieverbanden, te weinig kennis (over doorwerking van oorlog, trauma en dementie), tweede generatie
- **Migratieachtergrond/ontworteling/andere culturele achtergrond:** Vraagverlegenheid, taalproblemen, cultuurspecifieke aandacht

Het unieke van de groep Indische en Molukse ouderen in Nederland, is de combinatie van bovenstaande drie elementen. Doordat zij al deze drie elementen met zich meedragen, schiet de zorg tekort als er te weinig aandacht is voor een (of meer) van deze onderdelen.

Prioritering

In de dialoogsessie werd besproken welk knelpunt het zwaarst weegt en als eerste aandacht zou moeten krijgen. De deelnemers zijn het daarbij eens dat kennis van geschiedenis, context en cultuur de kern is van alles. Hier zal in het volgende hoofdstuk verder op ingegaan worden. Kennis helpt om contact te maken met de ouderen en om de ouderen te begrijpen. Dit punt weegt zwaar omdat kennis nauw samenhangt met erkenning voor wat iemand heeft meegemaakt, waardoor ouderen zich gezien en gehoord voelen. Kennis hangt samen met erkenning voor de ontwrichtende werking die de geschiedenis heeft gehad op Molukse en Indische ouderen en hun families. De beperkte aandacht voor dit verleden in de Nederlandse samenleving dragen veel Indische en Molukse ouderen als pijn met zich mee. De focus op kennis geldt niet alleen op het niveau van de zorgverlener. Scholing en voorlichting is nodig op alle drie de niveaus, zowel voor de cliënt als voor de zorgverlener en beleidsmedewerker/overheid. Hier zal in de volgende hoofdstukken dieper op ingegaan worden.

2. Wat hebben zorgmedewerkers nodig om de aansluiting tussen de reguliere zorg en de Indische en Molukse doelgroep te verbeteren?

Uit de focusgroepen komen twee belangrijke hoofdpijlers naar voren die omschrijven wat reguliere zorgverleners nodig hebben om de aansluiting van zorg met Indische en Molukse ouderen te verbeteren, namelijk kennis en vaardigheden. Ook worden enkele zaken aangedragen door respondenten die betrekking hebben op het niveau van de cliënt en het niveau van beleid. Met name de punten op het niveau van beleid lijken meer randvoorwaarden te zijn waardoor de zorgverlener zijn of haar werk beter kan doen. De nadruk in dit hoofdstuk ligt op het niveau van de zorgverlener.

2.1 Cliënt

In de focusgroepen wordt genoemd dat het nodig is dat de cliënt zichtbaarder wordt, om zo de aansluiting van zorg te verbeteren. Daarnaast worden er tijdens de focusgroepen op cliëntniveau geen punten ingebracht die nodig zijn om de aansluiting te verbeteren. Tijdens de dialoogsessie is door de onderzoekers het discussiepunt voorgelegd of er ook op cliëntniveau zaken nodig zijn ter verbetering van de zorg. Naar aanleiding daarvan werd ingebracht dat het goed zou zijn als cliënten leren om hun zorgvragen (duidelijker) te uiten. Zo kan de doelgroep zichzelf zichtbaarder maken. Ook is het nodig dat zij een beter beeld krijgen van het zorgaanbod en waar ze recht op hebben. Ook geeft een Pelita medewerker in de dialoogsessie aan dat mantelzorgers weinig kennis hebben van wat de oudere precies heeft meegemaakt in het verleden, en dat er op dit gebied veel winst te behalen is.

2.2 Zorgverlener

Kennis

Onder alle groepen belanghebbenden is er gelijkgestemdheid over de noodzaak van meer kennis bij zorgverleners. Respondenten geven bovendien aan dat kennis niet alleen ontbreekt bij zorgverleners, maar ook bij de bredere bevolking en bijvoorbeeld onder ambtenaren. Er blijken verschillende soorten kennis nodig te zijn, namelijk: kennis van de geschiedenis, kennis van cultuur en kennis van de context en de doorwerking van oorlog.

Kennis van de geschiedenis

Basiskennis

In het kader van historische kennis wordt er door de respondenten gesproken over het belang van basiskennis: dat hoeft niet te veel in detail te gaan, maar een globale kennis van historische gebeurtenissen en de geografische locaties daarvan is belangrijk. Denk daarbij met name aan de ingrijpende historische gebeurtenissen: de Japanse bezetting tijdens de Tweede Wereldoorlog in Nederlands-Indië, de Bersiap, de Onafhankelijkheidsoorlog, de komst naar Nederland en de ervaringen van ontvangst en bejegening in Nederland. Zonder kennis van de geschiedenis kan de pijn die binnen deze gemeenschappen leeft niet herkend worden. In de dialoogsessie werd het belang van de Bersiap-periode sterk benadrukt. Een oudere gaf aan dat deze historische periode vaak diepere sporen heeft achtergelaten bij mensen dan de Tweede Wereldoorlog die daaraan vooraf ging.

Het kan niet verwacht worden van zorgverleners dat zij alle details van de geschiedenis van elke cultureel verschillende cliëntengroep weten, maar dat is volgens respondenten ook niet nodig. In de gesprekken tussen de respondenten in de focusgroepen en tijdens de dialoogsessie, zien we echter wel een spanningsveld wat betreft de realistische grenzen van basiskennis. Ouderen verwachten een gedetailleerde kennis van de zorgverlener, terwijl zorgmedewerkers en medewerkers van Stichting Pelita juist benadrukken dat het behapbaar en realistisch moet zijn:

“Er is heel veel geschiedenis. En je kan niet van elke zorgverlener verwachten dat hij zoveel geschiedenis weet. Er moet een houding zijn van de zorgverlener die zegt oké, het is iemand anders, en een andere geschiedenis, laat ik daar in ieder geval bij stil staan.” – *Molukse oudere*

Een gebrek aan basiskennis over de geschiedenis van de Indische en Molukse gemeenschappen, zorgt voor een gevoel van miskenning:

“Je moet ook weten waarom de Indo's hier zijn gekomen. Wat ze hebben moeten betalen, wat ze hebben doorstaan. Hier gekomen en dan worden ze Indonesiërs genoemd. De Molukkers waren opeens vluchtelingen. Er stond in een krant een artikel waarin stond ‘de Molukse vluchtelingen’. Ik denk: ik ga die redacteur eens bellen.” – *Molukse oudere*

Verschillen Indisch en Moluks

Een belangrijk onderdeel van de basiskennis is dat de geschiedenis van de Indische en Molukse doelgroepen van elkaar verschillen. Zo wordt bijvoorbeeld door een zorgmedewerker genoemd dat Molukkers over het algemeen in Nederland in groepen bij elkaar zijn gebleven, bij elkaar wonen, de moedertaal deels hebben behouden en kiezen voor een Molukse opvoeding. Ook speelt bij de Molukse doelgroep volgens een Molukse oudere een sterk gevoel van miskenning mee, namelijk dat de Molukkers het gevoel hebben in Nederland genegeerd te zijn, gediscrimineerd worden en uitgemaakt

worden voor terrorist. Daarentegen wordt ook genoemd dat Indische Nederlanders erg verspreid zijn geraakt, snel zijn geassimileerd in de Nederlandse samenleving, en daarom ook vaak meer bereikt hebben dan de Molukse doelgroep. Hoewel dit onderzoek zich richt op de Indische en Molukse doelgroepen, wordt in de dialoogsessie benadrukt dat er ook aandacht zou moeten zijn voor de Nederlanders die terugkwamen uit voormalig Nederlands-Indië, en de veteranen die daar gevochten hebben. Ook zij delen de geschiedenis en zijn verbonden met voormalig Nederlands-Indië.

Diversiteit binnen gemeenschappen

Een zorgmedewerker geeft aan dat er binnen deze gemeenschappen zelf ook veel verschil en gevoeligheid zit. Bijvoorbeeld Timorezen die dienst hebben genomen op Ambon, moeten geen Ambonezen of Molukkers worden genoemd. Ook de benamingen Noord-, Midden-, of Zuid-Molukken hebben volgens een respondent een politieke lading en er moet daarom bewust mee worden omgegaan. Ook wat betreft de Indische doelgroep zijn er veel onderlinge verschillen; een zorgmedewerker noemt als voorbeeld dat het al een groot verschil uitmaakt van welk specifieke deel van Java iemand afkomstig is. In de dialoogsessie wordt ook aangehaald dat vormen van hiërarchie in de samenleving in Nederlands-Indië, en de periode waarin mensen naar Nederland kwamen, in Nederland door kan werken. In de gesprekken signaleren we wederom een spanningsveld rondom de grenzen van basiskennis en wat er van zorgverleners verwacht kan worden.

“We proberen de hele tijd te vertellen hier dat mensen de geschiedenis van ons moeten leren kennen. Maar dat is natuurlijk Utopia, want met zoveel nationaliteiten kan je niet verwachten dat iedereen dat allemaal op orde heeft. Maar een algemene basiskennis zou al heel fijn zijn.” –
Medewerker Pelita

Kennis van de cultuur

Basiskennis andere culturen

Ouderen en zorgmedewerkers geven aan dat het van belang is om basiskennis te hebben over de culturele achtergrond van cliënten, en specifiek ook van de Indische en Molukse cultuur. Bijvoorbeeld dat het omgaan met de dood anders is in de Indische cultuur. Hoewel cliënten met een andere culturele achtergrond vaak een migratieachtergrond hebben, ligt dit voor de Indische en Molukse doelgroepen gevoelig. Zowel in de focusgroepen als tijdens de dialoogsessie wordt benadrukt dat Molukkers niet over één kam geschoren moeten worden met andere migranten, en dat zij ook niet aangeduid willen worden als migrant. Dit zit hem in het feit dat de Molukkers reeds een onderdeel waren van Nederland en destijds gedwongen verplaatst zijn, en dus een andere status hebben dan migranten. Hoewel dit niet expliciet door de respondenten werd ingebracht, geldt dit ook voor veel Indische Nederlanders.

“Ik vind dat je aandacht moet besteden aan alle culturen die in grote mate in Nederland aanwezig zijn, zeker als daar een rugzakje bij hoort. Iemand die uit Griekenland hierheen is verhuisd voor de liefde, dat is echt anders dan de Indische en Molukse gemeenschap waar daadwerkelijk een heel groot verhaal en een hele grote rugzak bij zit.” – *Bestuursvoorzitter thuiszorgorganisatie*

Wij-cultuur

Wanneer we het specifiek hebben over de Indische en Molukse cultuur, worden enkele elementen benoemd. Allereerst de ‘wij-cultuur’ ten opzichte van de westerse ‘ik-cultuur’. In de wij-cultuur staan bijvoorbeeld eergevoel en het belang van de groep voorop, ten opzichte van individuele ontplooiing. Een heel concreet voorbeeld dat hier uit voortvloeit, is dat tutoyeren als zeer respectloos wordt ervaren. Zelfs wanneer een Indische of Molukse cliënt aangeeft dat de zorgverlener ‘je’ mag zeggen, is het volgens een Pelita medewerker toch veiliger om ouderen met u te blijven aanspreken.

“Soms zeggen ze ‘het is niet nodig’, maar het is eigenlijk wel beter om u te zeggen. Als mensen aan het dementeren zijn komen zij weer op kinderniveau, en dan zou het wel beter zijn om te tutoyeren. Maar ik denk dat het discutabel is. Ik zou dan de gok nemen: spreek mensen, of ze nu Moluks of Indisch zijn, gewoon altijd aan met u.” – *Medewerker Pelita*

Eten

Eten speelt in de Indische en Molukse cultuur een zeer grote rol. Volgens een oudere krijg je gegarandeerd wat te drinken en wat te eten aangeboden als je op bezoek gaat bij Indische en Molukse Nederlanders, en moet je dit altijd accepteren. Bewustzijn van het belang van eten is ook weer een ingang voor de zorgverlener om een relatie op te bouwen, bijvoorbeeld door te vragen naar bepaalde geuren.

Gedeelde culturele achtergrond

Zorgmedewerkers en medewerkers van Stichting Pelita geven aan dat zorgverlening vaak wel goed verloopt als de zorgverlener de (culturele) achtergrond van de cliënt deelt, maar ze geven ook aan dat dit zeker geen voorwaarde zou moeten zijn. Ook moet worden opgepast dat niet alle cliënten met een bepaalde achtergrond telkens bij één collega terecht komen. Dit staat namelijk ook weer in de weg dat andere collega’s meer kennis en ervaring opdoen met deze doelgroepen.

Kennis van context

Respondenten uit alle groepen belanghebbenden geven aan dat de zorgverlener kennis moet hebben van de cliënt zelf, en welke context de cliënt met zich meebrengt. Wat heeft de cliënt in het leven meegemaakt, hoe zijn de familiale omstandigheden en verhoudingen, maar ook tot welke gemeenschap behoort de cliënt en wat is de achtergrond?

“Een monteur van een garage wil weten wat voor motor het is. Waarom zou je dan niet ook willen weten wat voor patiënt het is?” – *Molukse oudere*

Kennis van de context van de cliënt kan ook helpen om afwijkende ziektebeelden (bijvoorbeeld in het geval van dementie) te herkennen. Die kunnen te maken hebben met de cultuur, maar ook samenhangen met de ervaringen die iemand in het leven heeft opgedaan. Ook helpt kennis van de context van de cliënt bij het juist indiceren van de benodigde zorg.

Doorwerking van oorlog

Een cliënt voelt zich eerder veilig als hij weet dat zijn achtergrond bekend is bij de zorgverlener. Een gevoel van veiligheid is een belangrijk vereiste voor het opbouwen van een vertrouwensband. Het belang van veiligheid heeft volgens een Pelita medewerker mede te maken met het wantrouwen dat er onder de Indische en Molukse doelgroep leeft, en de trauma's die men heeft overgehouden aan de verschillende (achtereenvolgende) ingrijpende gebeurtenissen die zij in het verleden hebben meegemaakt, zoals de oorlog, kampervaringen en de gedwongen ontworteling door vertrek naar Nederland.

“Cliënten kunnen woedend zijn, omdat ze het niet kunnen uiten, de pijn, de vernedering, de oorlog die ze meegemaakt hebben. Ze hebben zichzelf moeten verdedigen, moeten moorden, en dat kunnen ze niet uiten. Dat wordt hier dus niet begrepen, ook niet door een arts, of door een verpleegkundige. God mag weten, de trauma's van die mensen, die zijn zo groot, en zoveel.” – *Molukse oudere*

Ook geeft een Pelita medewerker aan dat het van belang is dat er in de reguliere zorg meer kennis komt over de oorlogsgetroffenenwetten. Dat zou onderdeel moeten zijn van de basiskennis omtrent de doorwerking van het oorlogsverleden.

Trauma en dementie

Een zorgmedewerker geeft aan lastige situaties tegen te komen waarbij er zowel sprake is van dementie, als van trauma, en dat het lastig is om een onderscheid te maken tussen het gedrag dat voortkomt uit een of het ander en hoe daar adequaat mee om te gaan. Dit is een thema waar deze respondent een grote behoefte heeft aan meer kennis.

“We hadden laatst een dementerende man en die was zo ernstig aangedaan, daar konden we gewoon heel moeilijk een weg in zien te vinden. Ik kwam binnen en ik zag meteen wat er met deze man aan de hand was. Hij had beginnende dementie maar hij had ook trauma's in zijn brein zitten die zich onttrollen. Een dementerend brein dat zich onttrolt zeg ik altijd. Net zo'n rol cake, en dan de jam aan de binnenkant die eruit druipt. De heftigheid bij getraumatiseerde

ouderen, daar moeten we echt meer aandacht voor hebben. En ook wat dat betekent voor het bieden van zorg voor die ouderen, omdat de familieverbanden dan ook vaak verstoord zijn door die trauma's." – *POH-Ouderen*

Vaardigheden

Investeren in relatie

Wat breed gedeeld wordt onder de respondenten van alle focusgroepen, is het belang van investeren in de relatie met de cliënt. Daarin wordt bijvoorbeeld genoemd dat je als zorgverlener interesse en belangstelling moet tonen, en je moet verdiepen in de cliënt, bijvoorbeeld door te vragen waar iemand vandaan komt. Dit kan je doen door op een indirecte manier door te vragen, bijvoorbeeld naar de kinderen of de ouders, of hoe iemand in Nederland is gekomen. Zo kan je als het ware eerst om het probleem heen praten. Volgens een oudere komt bij Indische en Molukse ouderen pas na lang praten het probleem aan de oppervlakte. In hetzelfde kader van het opbouwen van vertrouwen, is het van groot belang dat er bij doorverwijzing een zogenaamde warme overdracht plaats vindt. In de relatie tussen zorgverlener en cliënt is ook wederzijds respect van groot belang.

"Als je op een hele paternalistische manier met jouw patiënten omgaat nou de dokter zou je even vertellen hoe het allemaal moet ja dan krijg je alleen maar weerstand. Dus je moet bouwen aan die relatie en als jij hun respecteert en zij respecteren jou dan kom je ergens. Anders kom je nergens." – *Huisarts*

Met basiskennis over de geschiedenis is het makkelijker voor de zorgverlener om een gesprek te starten, en gericht vragen te stellen over het verleden. Doorvragen is een belangrijke stap in het opbouwen van een vertrouwensband met de cliënt: iets dat door alle groepen wordt aangegeven als een van de belangrijkste voorwaarden voor het kunnen verlenen van goede zorg aan deze doelgroepen.

"Studenten weten veel over de Tweede Wereldoorlog en de Jodenvervolging. Maar als we het hebben over de Molukse en Indische gemeenschap dan weten ze helemaal niks. Die basiskennis die wij hebben over de Duitse bezetting, die zouden ze ook moeten hebben over de Indische en Molukse gemeenschap, om in elk geval door te kunnen vragen. Ik weet ook niet alles van de Duitse bezetting in Nederland. Maar ik weet wel op welke punten ik kan doorvragen." – *Bestuursvoorzitter thuiszorgorganisatie*

Open houding

Ook wanneer de zorgverlener niet weet hoe hij of zij zich het beste kan gedragen in een andere culturele context, geven respondenten uit alle groepen aan dat je het gewoon moet vragen, en je open, nieuwsgierig en nederig moet opstellen. Een zorgverlener geeft aan dat sommige zorgverleners deze

open, vragende houding van nature hebben en affiniteit hebben met andere culturen, maar dat anderen het moeten leren en ontwikkelen. Ouderen en zorgmedewerkers geven aan dat vragen stellen wel vanuit oprechte belangstelling moet komen, en dat men niet als het ware een lijstje met vragen moet afwerken. Bereidheid om kennis van de achtergrond van de cliënt tot je te nemen, goed te luisteren, en vervolgens de zorgverlening aan te laten sluiten op de cliënt is essentieel.

“Ik ben er van overtuigd dat als je gewoon als mens binnenkomt, en gewoon aangeeft van goh, kunt u mij wat vertellen, wat vindt u prettig, hoe moet ik u aanspreken, wat vindt u belangrijk? Moet ik mijn schoenen uit doen als ik binnen kom? Ik noem maar wat. Dat als je aangeeft: ‘ik weet niet alles maar ik wil van jou leren en help me jou te helpen’ dat je heel ver komt.” – *Bestuursvoorzitter thuiszorgorganisatie*

“Als je op huisbezoek gaat bij een gezin met een andere culturele achtergrond, hoe maak je dan contact, als je niks van de cliënt af weet? Wat ik dan doe, ik kijk om mij heen, ik zie foto’s aan de muur hangen en dat is voor mij aanleiding om daar vragen over te stellen. Dan kom je geleidelijk in het leven van het gezin. Laat die mensen maar vertellen.” – *Maatschappelijk werker*

Investeren in de relatie zorgt voor een gevoel van vertrouwen, waardoor de zorgverlener veel meer kan bereiken dan wanneer die recht op zijn doel af gaat. Ook geven ouderen aan dat het van belang is om begrip en inleving te tonen voor de pijn, naar aanleiding van wat een cliënt allemaal heeft meegemaakt in het verleden. Dit kan een gevoel van erkenning geven.

Tijd nemen

Het is belangrijk om tijd te nemen, omdat mensen wegduiken als je te snel gaat, aldus een zorgmedewerker. Dit is met name het geval wanneer er onderliggende trauma’s aanwezig zijn. Een zorgmedewerker vertelt dat je moet doorvragen om bij die trauma’s te kunnen komen. Dit moet echter wel met zachte hand gebeuren, omdat het anders averechts effect heeft. Dit vergt dus een zekere fijngevoeligheid. Een zorgmedewerker noemt dit “doorvragen zonder dwingend te zijn.”

Zorgmedewerkers en Pelita medewerkers geven ook aan dat het van belang is om de familie bij het zorgproces te betrekken.

Intercultureel communiceren

Pelita medewerkers geven aan dat het van belang is dat zorgmedewerkers intercultureel leren communiceren. Dat betekent dat ze zich ook bewust worden van de verschillende structuren van communiceren bij andere culturen. Zo kunnen zorgmedewerkers sociale vaardigheden opbouwen om met mensen om te gaan met een andere culturele achtergrond. Naast kennis en bewustzijn van de cultuur van de cliënt, is het ook van belang om je als zorgverlener bewust te zijn van waar je zelf vandaan komt, en welke context je zelf meebrengt in de situatie. Respondenten uit alle drie de groepen

belanghebbenden geven aan dat deze vaardigheid van belang is voor alle cliënten met een andere culturele achtergrond, en dat dit niet alleen geldt voor Indische en Molukse doelgroepen.

Persoonlijke vaardigheden

Tot slot worden door zorgmedewerkers enkele persoonlijke vaardigheden genoemd die van belang zijn bij een goede aansluiting van zorg. Zorgverleners moeten vertrouwen hebben in de eigen bekwaamheid, ervaring hebben of opbouwen met doelgroepen, liefde en passie hebben voor het werk, en affiniteit hebben of opbouwen.

2.3 Beleid

Zorgaanbod

Naast het verder ontwikkelen van de kennis en vaardigheden van zorgmedewerkers, spreken zij ook over zaken die op beleidsniveau nodig zijn om de aansluiting met zorg te verbeteren. Omdat de Indische en Molukse doelgroepen van nature geen hulpvragers zijn, is het van groot belang dat er een laagdrempelige ingang is naar zorg. Op die manier zouden ouderen hun vertrouwen in zorg kunnen vergroten en waar nodig eerder hulp kunnen krijgen. Dat betekent wel dat het beschikbare zorgaanbod duidelijker en zichtbaarder moet zijn.

Tijd en geld

Meer tijd beschikbaar maken voor contact met de cliënt is een randvoorwaarde om bovenstaande kennis en vaardigheden toe te passen. Dit moet op beleidsniveau worden aangepakt. Vragen stellen, luisteren en je verplaatsen in de ander zijn belangrijke onderdelen van het investeren in de relatie die tijdens de focusgroepen werden genoemd. Een voorwaarde voor een zorgverlener om te kunnen investeren in een relatie, is tijd. En tijd is iets waarvan alle groepen belanghebbenden zeggen waar het aan schort. Een belangrijk voorbeeld dat respondenten aangeven is het belang om tijd te kunnen nemen om op huisbezoek te gaan. Als een huisbezoek al mogelijk is, staat daar volgens een zorgmedewerker vaak maar 20 minuten voor. Bij de Indische en Molukse ouderen is er meer tijd en meer aandacht nodig volgens de respondenten. Bij de zorg komt er tegenwoordig ook veel papierwerk kijken dat tijd kost.

“Met tijd, kan je de mensen begrijpen, kan je je inleven. Als dat er niet is, dan stopt alles.” – Medewerker Pelita

“De reguliere cliëntondersteuning heeft maar 3 gesprekken: een kennismakingsgesprek met de hulpvraag, een ondersteunend gesprek en een nazorggesprek. Maar bij deze ouderen heb je alleen al voor de kennismaking misschien wel 3 gesprekken nodig als je ze niet kent.” – Medewerker Pelita

“Alles wordt gewoon zomaar afgeschaald, hoe kunnen we nu de mensen leren kennen als we dat in 20 minuten tijd moeten doen?” – *POH-GGZ*

Een reguliere zorgmedewerker geeft aan dat de eigen organisatie deze tijdsinvestering zelf financiert. De werkgever moet ook willen investeren in het tijd nemen: als zorgmedewerkers meer tijd nodig hebben om een relatie met de cliënt op te bouwen, dan moet daar vanuit de werkgever tijd (en dus geld) in geïnvesteerd worden. Enkele respondenten geven ook aan dat er vanuit de overheid meer investering moet komen, omdat er de afgelopen jaren teveel afgeknabbeld is.

Deelconclusie

Wat is er nodig?

Respondenten geven aan dat een combinatie van kennis en vaardigheden van belang is om de aansluiting van zorg voor Indische en Molukse ouderen te kunnen verbeteren. Zonder de kennis wordt de uitvoering lastig, alleen vaardigheden als een open houding en intercultureel communiceren lijken niet voldoende te zijn. Dit wordt door alle groepen belanghebbenden beaamd.

Kennis

De kennis die volgens de respondenten nodig is, moet specifiek gaan over de Indische en Molukse doelgroepen. Het is immers het verloop van de geschiedenis, en de achtereenvolgende traumatische gebeurtenissen, die deze doelgroepen uniek maken. Kennis over de geschiedenis gaat hand in hand met kennis over de doorwerking van oorlog en gevoelens van miskennis. Basiskennis van de geschiedenis is nodig om als zorgverlener te weten hoe je kan doorvragen, om zo een relatie op te bouwen en de cliënt te begrijpen. Daarom leggen respondenten uit alle focusgroepen ook een grote nadruk op kennis, van zowel de geschiedenis, als de cultuur. De noodzaak voor specifieke kennis over de achtergrond van Indische en Molukse cliënten die door de respondenten is ingebracht, is anders dan de ‘diversiteitssensitieve’ benadering van het KIS. Zij benadrukken het belang van ‘intercultureel vakmanschap’, waarin uitgegaan wordt van de verschillende aspecten van iemands identiteit waarbij etniciteit maar één facet is van een individu, naast gender, werk, opvoeding, sociaaleconomische status en dergelijken.⁸ Vanuit deze visie wordt meer aandacht gegeven aan vaardigheden als openheid, nieuwsgierigheid en intercultureel communiceren, en minder aan cultuurspecifieke kennis en kennis van de geschiedenis van een specifieke doelgroep.

⁸ Jamila Achahchah, “Nieuw: e-learning intercultureel vakmanschap. Heb oog voor de vele facetten van diversiteit,” *Kennisplatform Inclusief Samenleven*, 9 november 2018, <https://www.kis.nl/artikel/nieuw-e-learning-intercultureel-vakmanschap>.

Vaardigheden

De punten die door de respondenten worden ingebracht op het gebied van vaardigheden zijn vrij algemeen en kunnen ook van toepassing zijn op andere doelgroepen. Denk bijvoorbeeld aan respect: het tonen van respect geldt in principe voor alle cliënten (en met name voor ouderen), maar het is volgens een respondent in de Indische en Molukse gemeenschap extra van belang vanwege de wijcultuur. Een gehaaste en zakelijk ingestelde zorgverlener werkt met name contraeffectief in het contact met een doelgroep die zorgvragen niet direct uit, die vertrouwen moet winnen vanwege wantrouwen en de doorwerking van ingrijpende gebeurtenissen.

Groepsverschillen

Op basis van de input uit de focusgroepen lijken zorgmedewerkers niets expliciet nodig te hebben van de doelgroep zelf, oftewel hoe er op cliëntniveau kan worden bijgedragen om de aansluiting van de zorg te verbeteren. Ook door ouderen en Pelita medewerkers wordt hier niet over gesproken. Tijdens de dialoogsessie wordt echter aangegeven dat ook cliënten zelf kunnen bijdragen aan het verbeteren van de aansluiting van zorg.

Tot slot blijkt het op praktisch niveau lastig aan te duiden wat allemaal valt onder basiskennis, en wat daarbuiten valt. Binnen dat spanningsveld lijken de Indische en Molukse ouderen uit de focusgroep meer gedetailleerde kennis te verwachten dan de andere respondenten realistisch vinden. De respondenten uit de verschillende groepen zijn het er echter ook over eens dat het geen schande is als de zorgverlener niet álles weet: kom daar voor uit, stel je kwetsbaar op, en stel vragen vanuit interesse en belangstelling. Zo win je vertrouwen en zelfs respect.

3. Hoe moeten de knelpunten worden aangepakt?

Tijdens de focusgroepen worden er oplossingen op het gebied van kennisoverdracht en vaardigheden ingebracht, die met name betrekking hebben op het niveau van zorgverlener en beleid, maar minder op het niveau van de cliënten zelf.

3.1 Cliënt

In de dialoogsessie komt naar voren dat het scholen van ouderen in de mogelijkheden die er zijn in het zorgaanbod bij kan dragen aan betere zorg. Specifiek wordt hierbij door een oudere een handleiding genoemd die praktisch kan helpen in het vinden van de weg binnen het zorgdomein. Daarnaast wordt door een Pelita medewerker benoemd dat zij vaak als intermediair optreden in gesprekken tussen een Indische of Molukse oudere en bijvoorbeeld een gemeente consulent, om voor de ouderen te spreken die hun zorgvragen niet (durven te) uiten. Naast het scholen van de cliënten zelf, werd ook het scholen van mantelzorgers benadrukt. Een medewerker van Pelita geeft aan dat mantelzorgers vaak weinig weten over wat de oudere precies heeft meegemaakt in tijden van oorlog, geweld en migratie. Het kan volgens de respondent helpend zijn om beter te weten wat er in die 'rugzak' zit, en welke impact dit op zowel de ouderen, als henzelf heeft.

3.2 Zorgverlener

De respondenten uit de verschillende focusgroepen zijn het eens dat kennisoverdracht nodig is om zorgmedewerkers meer kennis en vaardigheden te geven op het gebied van de Indische en Molukse doelgroep. Hier worden diverse manieren voor aangedragen.

Scholing

Respondenten uit alle groepen belanghebbenden noemen scholing als een van de belangrijkste oplossingen om knelpunten in de aansluiting van zorg te verbeteren. Er worden uiteenlopende vormen van scholing genoemd en enkele factoren die bij scholing meespelen. Zorgmedewerkers noemen als voorbeelden het volgen van een workshop of training en e-learning. Pelita medewerkers geven aan bezig te zijn met *micro-learning*s: korte behapbare informatie. Een medewerker van Pelita geeft aan dat het als aanvulling op de basisinformatie belangrijk is om een training op maat te maken voor de specifieke aanvrager. Daarnaast moet scholing zich niet alleen op kennis, maar ook op vaardigheden richten.

Opleidingen

Met name zorgmedewerkers geven aan dat er geen aandacht is voor afkomst of verschillende culturen in de MBO en HBO opleidingen verpleegkunde, niet eens in de vorm van een minor. In de focusgroepen

wordt het belang benadrukt om deze kennis al in het basisonderwijs meer aandacht te geven, zodat iedereen later weet welke achtergronden meespelen bij deze gemeenschappen, ongeacht welk beroep men later gaat uitvoeren. Zorgmedewerkers benadrukken het belang van de inzet van ervaringsdeskundigen in scholing. Zo kunnen studenten vragen stellen en kan er discussie ontstaan, en hoeven zij niet alleen theorie te leren.

“Wij zijn een land wat gemaakt is uit verschillende culturen. Ik vind dat bijzonder vreemd dat daar geen aandacht aan wordt geschonken op scholen.” – *Bestuursvoorzitter thuiszorgorganisatie*

“Culturele diversiteit zou al bij de studie meegenomen moeten worden. En dan zou iets als Kennis en Kunde, wat wij vanuit Pelita aanbieden, al bijna niet meer nodig zijn.” – *Medewerker Pelita*

“Ik zou willen voorstellen dat in de opleidingen voor beroepen in de hulpverlening, in de zorg, in het ziekenhuis, vakken moeten komen over aandacht in de zorg voor andere culturen. Vroeger hadden we het vak interculturalisatie. Dat is er niet meer. Aandacht hebben voor de diversiteit van mensen, daar moet een focus op zitten.” – *Molukse oudere*

Laagdrempelige kennisoverdracht

De ouderen geven aan dat laagdrempelige vormen van kennisoverdracht kunnen bijdragen aan meer kennis onder zorgmedewerkers. Een voorbeeld dat hierbij werd genoemd was toneel, dat als leerzaam entertainment kan functioneren. Ook geeft een zorgmedewerker aan behoefte te hebben aan een website waarin alle informatie over deze doelgroepen op toegankelijke wijze beschikbaar wordt gemaakt.

“Een tijd geleden was er een toneelstuk dat heette Humor en Tragiek in de Japanse kampen. Zulke stukken moeten we door heel Nederland laten toeren, dat geeft veel meer begrip. Toneel brengt veel meer dan boeken en rapporten, want daarmee spreek je de mensen meteen aan.” – *Indische oudere*

Eigen initiatief

Een oudere geeft aan dat een zorgmedewerker zich hoe dan ook vanuit zichzelf zou moeten willen verdiepen in de cliënt. Ook zorgmedewerkers in dit onderzoek geven aan vaak zelf op onderzoek uit te gaan als ze zich willen verdiepen in een cliënt. Men leest bijvoorbeeld boeken en gaat op internet op zoek naar informatie. Een zorgmedewerker geeft echter ook aan dat de informatie met betrekking tot de Indische en Molukse doelgroepen nog erg summier is. Tegelijkertijd is het volgens een andere zorgmedewerker een utopie om van iedere zorgmedewerker te verwachten dat ze op eigen initiatief op zoek gaan naar kennis.

“Als er mensen binnenkomen met een andere culturele achtergrond, vind ik dat je je daar a priori in moet verdiepen. Het is niet gewoon een patiënt.” – *Molukse ouders*

“Ik ga het zelf opzoeken. Want ik vind dat als je hulpverlener bent en je wilt een cliënt goed begeleiden moet je wel een beetje van de achtergrond weten. Ik heb mij heel erg verdiept in jappenkampen, en wat dat met mensen heeft gedaan. Als je je daarin verdiept kan je je cliënt ook beter helpen. Het is ons nooit aangeboden: ‘wil je op cursus, wil je dit leren of wil je dat leren’. Ik denk als je een goede hulpverlener bent dan kijk je zelf.” – *Casemanager dementie*

3.3 Beleid

Schaal van scholing

Een zorgmedewerker stelt er vraagtekens bij of scholing op een regionale schaal aangeboden zou moeten worden, omdat volgens deze respondent maar een aantal huisartsen in een regio ook echt te maken hebben met deze doelgroepen. Scholing kan dus ook gericht aangeboden worden op plekken waar dit het meest relevant is. Het is van belang om de doelgroepen te kunnen lokaliseren, zodat je weet in welk gebied het meerwaarde geeft om zorgmedewerkers bij te scholen. Dezelfde respondent geeft wel aan dat, wanneer hij ooit stopt met werken, zijn ervaring met de doelgroepen op een of andere manier zal moeten worden overgedragen.

Wat door een zorgmedewerker ook werd ingebracht, was de mogelijkheid om de Indische en Molukse doelgroep zo veel mogelijk te clusteren bij huisartsenpraktijken. Op die manier kan de kennis bij een bepaalde huisarts een grotere groep ten goede komen. Dit betekent echter ook dat andere reguliere zorgmedewerkers minder in aanraking zullen komen met deze groepen, en dus ook de noodzaak niet zullen zien om hier meer kennis van te nemen. Bovendien dient er zich een acuut probleem aan als de betreffende huisarts bijvoorbeeld met pensioen gaat. Dit idee van clustering stuitte tijdens de dialoogsessie op veel weerstand. Het idee van clustering raakte bij de ouderen en een Pelita medewerker een snaar op het gebied van dwang en oplegging vanuit de overheid, iets dat gevoelig ligt binnen deze doelgroepen. Het advies tijdens de dialoogsessie luidde om clustering niet op te nemen als oplossing.

Een Pelita medewerker geeft aan dat scholing op verschillende niveaus nodig is maar met een verschillende doelstelling: Op landelijk niveau gaat het met name om het uitleggen van het belang van een cultuursensitieve aanpak met oog voor de persoonlijke context van cliënt, maar de echte vaardigheden en kennis moeten in de scholingen zo dicht mogelijk op het werkveld gegeven worden, aan de mensen die in direct contact staan met de cliënten. Daarnaast is het op grotere schaal belangrijk om samenwerkingen aan te gaan met regionale en landelijke partners.

Samenwerking binnen organisaties

Door respondenten worden enkele oplossingen genoemd die binnen zorgorganisaties kunnen worden toegepast, om de zorg beter te laten aansluiten bij Indische en Molukse ouderen. Een belangrijk element dat met name door zorgmedewerkers wordt genoemd, is intercollegiale ondersteuning: zorgmedewerkers moeten elkaar om hulp kunnen vragen en kennis onderling overdragen. Ook moet het volgens een zorgmedewerker mogelijk zijn om in bepaalde gevallen samen op huisbezoek te gaan, hoewel hier het element van tijd en geld al snel meespeelt. Onderling in een team kan worden bepaald wie welke onderdelen het beste kan oppakken.

Wendbaarheid organisatie

Als een organisatie wendbaar is ingericht, kan er goed op nieuwe situaties ingespeeld worden. Bijvoorbeeld door na de aanmelding van een cliënt direct met het team een plan te maken over hoe de zorg het beste aangepakt kan worden, welke collega's dit oppakken en hoe betrokkenen zich gaan verdiepen in de betreffende culturele achtergrond van een cliënt.

Aandachtsvelder

Een andere mogelijkheid die door zorgmedewerkers werd ingebracht om de aansluiting van zorg te verbeteren is het aanstellen van een aandachtsvelder, een specialist op het gebied van zorg aan cliënten met een specifieke culturele achtergrond. Respondenten geven aan dat dit niet betekent dat de aandachtsvelder alle cliënten met die specifieke culturele achtergrond zelf hoeft te bedienen: de aandachtsvelder fungeert als kennisbaken in het team. Het idee van een aandachtsvelder gaat dus hand in hand met de intercollegiale samenwerking die hiervoor beschreven is.

“Een aandachtsvelder moet gebruikt worden als een bak van informatie waar je je altijd op kan beroepen. De aandachtsvelder kan het intake gesprek doen omdat hij daar gewoon meer affiniteit mee heeft. Maar de daadwerkelijke zorg moet door iedereen geleverd kunnen worden. En vind je iets moeilijk, dan ga je naar de aandachtsvelder voor handvaten.” – *Bestuursvoorzitter thuiszorgorganisatie*

Netwerken versterken

Pelita medewerkers leggen een nadruk op het versterken van netwerken. Hiermee wordt zowel bedoeld dat organisaties in de reguliere zorg kennis zouden moeten nemen van Stichting Pelita, en moeten weten wie ze op regionaal niveau zouden kunnen inschakelen wanneer er vragen zijn over de Indische en Molukse doelgroepen. Maar er wordt ook bedoeld dat zorgorganisaties kunnen aansluiten bij bijeenkomsten voor de doelgroep, om op die manier kennis van de doelgroepen te nemen, en ook de brug naar zorg toegankelijker te maken voor de Indische en Molukse ouderen. Voor Pelita medewerkers is het opbouwen van relaties tussen zorgorganisaties, Stichting Pelita, en de doelgroepen belangrijk. Op die manier worden de lijnen naar de zorg korter, en is het voor de doelgroep makkelijker om laagdrempelig in aanraking te komen met zorg. Zowel op het gebied van netwerken, als op het gebied

van kennisoverdracht, zien Pelita medewerkers en ouderen een duidelijke rol voor Stichting Pelita weggelegd. Vanuit zorgmedewerkers wordt een bredere behoefte aangegeven aan een duidelijke sociale kaart, waarop zowel formele als informele voorzieningen te vinden zijn.

“Wij kunnen de culturele tolk zijn van deze mensen. Als je aan Indische mensen vraagt hoe het gaat, zeggen ze allemaal dat het goed gaat. Al storten ze bijna neer. Ze zeggen allemaal goed, want ze willen die hulp niet.” – *Medewerker Pelita*

Deelconclusie

Groepsverschillen

De respondenten uit de reguliere zorg leggen de grootste nadruk op intercollegiale ondersteuning en inrichting van de eigen organisatie op een manier die wendbaar is. Dit is misschien ook niet verassend, omdat deze respondenten als het ware de ervaringsdeskundigen zijn op het gebied van de praktijk van het verlenen van zorg. De ouderen en Pelita medewerkers leggen daarentegen een grotere nadruk op kennis, vaardigheden en scholing. Ook leggen Pelita medewerkers een grote nadruk op het belang van netwerken, waarin Pelita een duidelijke rol voor zich zelf ziet als brugfunctie tussen de ouderen en de zorg.

Eigen initiatief

Opvallend is ook dat er door zowel de ouderen als de zorgmedewerkers zelf veel wordt verwacht van de individuele inzet en initiatief van de zorgverlener op het gebied van kennis en het verdiepen in de achtergrond van de cliënt. Hierbij is het van belang om te benadrukken dat er in de samenstelling van de focusgroep met de reguliere zorg een selectiebias zit: de zorgmedewerkers die zich hebben aangemeld voor de focusgroep zien eigenlijk allemaal het belang en de noodzaak in van het specifiek en sensitief benaderen van de Indische en Molukse doelgroep. De reguliere zorgmedewerkers die we hebben gesproken, vinden het meer dan logisch dat je zelf op onderzoek uit gaat als je meer wil weten over de achtergrond van een cliënt. Dit lijkt een onderliggende waarde te zijn die men associeert met ‘goede zorg’.

Bij zorgmedewerkers die het probleem in de aansluiting van zorg bij Indische en Molukse ouderen (nog) niet zien of ervaren, zal deze drijfveer om op onderzoek uit te gaan hoogstwaarschijnlijk ook ontbreken. In dergelijke gevallen is het belangrijk dat de werkgever een faciliterende rol speelt in kennisoverdracht. Bovendien is het los gezien van deze selectiebias, ook volgens de respondenten zelf, niet realistisch om dit individuele initiatief van elke zorgverlener te verwachten. Bovendien is het zo dat een randvoorwaarde voor het verdiepen in iemands achtergrond (namelijk tijd) te weinig beschikbaar is. Het is één ding om te verwachten dat zorgverleners dit uit eigen beweging gaan doen, het is iets anders om te verwachten dat ze dat buiten werktijd om gaan doen.

Conclusie

Hoofdvragen

In dit pilotonderzoek wordt de aansluiting tussen de reguliere, extramurale, zorg en Indische en Molukse ouderen onderzocht. Respondenten waren Indische en Molukse ouderen, doelgroep-experts van Stichting Pelita en een diverse groep van zorgmedewerkers. Concluderend kan het volgende gesteld worden:

Hoe is de aansluiting op dit moment tussen Indische en Molukse ouderen en de reguliere zorg?

Alle respondenten zijn het erover eens: er is nog veel te verbeteren in de aansluiting van de reguliere zorg bij Indische en Molukse ouderen. Een deel van de knelpunten heeft te maken met specifieke elementen van deze doelgroepen: namelijk een andere culturele achtergrond, en een ingrijpende en vaak traumatiserende geschiedenis. Hoewel sommige aanbevelingen die uit dit onderzoek voortkomen ook gelden voor ouderen met andere achtergronden, wordt door enkele respondenten benadrukt dat de Indische en Molukse doelgroep een aparte status heeft. Omdat deze groepen al eeuwenlang een onderdeel zijn van Nederland, zorgt een gebrek aan kennis over deze geschiedenis door een zorgverlener voor een gevoel van miskennis en pijn bij cliënten. Dit komt uiteraard het opbouwen van een relatie met de cliënt, en daarmee de zorgverlening, niet ten goede. Het belang van het overdragen van kennis over deze doelgroepen komt overeen met het onderzoek van Leyden Academy onder tweede generatie oorlogsgetroffenen⁹.

Wat hebben zorgprofessionals nodig om de aansluiting tussen de reguliere zorg en de Indische en Molukse doelgroep te verbeteren?

Zorgprofessionals hebben volgens de respondenten kennis en vaardigheden nodig om de zorg te kunnen laten aansluiten bij Indische en Molukse ouderen. Op het gebied van kennis hebben de respondenten het over kennis van de geschiedenis, kennis van de cultuur, en kennis van de context van de client. Daaronder valt ook kennis over de doorwerking van ingrijpende gebeurtenissen zoals oorlog, geweld en migratie. Vaardigheden die de zorgverlener nodig heeft zijn vooral gericht op het opbouwen van een relatie met de cliënt, iets dat bij Indische en Molukse ouderen van essentieel belang is voor zorgverlening. Hieronder valt onder meer intercultureel communiceren, doorvragen, oprechte interesse en begrip tonen. In dit onderzoek komt nadrukkelijk de combinatie van kennis en vaardigheden naar voren: zonder basiskennis over de achtergrond van een cliënt is het lastig om een vertrouwensband op te bouwen en op de juiste momenten door te vragen. Dit wijkt af van de zienswijze van KIS, waar de

⁹ Jolanda Lindenberg en Charlotte van den Eijnde. *Rapport Vragen onder de naoorlogse generatie. Verkennend onderzoek naar de hulpvragen en behoeftes onder de naoorlogse generatie.* (Leyden academy: on vitality and ageing, 2021).

nadruk gelegd wordt op het intercultureel communiceren in contact met cliënten met diverse culturele achtergronden, vanuit de gedachte dat de identiteit van een individu door heel veel verschillende factoren bepaald wordt.¹⁰ Het belang van het duurzaam verankeren van kennis, ten opzichte van oppervlakkige en kortlopende aanpassingen, komt overeen met onderzoek van KIS.¹¹ Dit kan bijvoorbeeld door middel van leernetwerken, waarin zowel reguliere zorginstellingen als cultuurspecifieke zorginstellingen en formele en informele doelgroepenorganisaties, zoals Stichting Pelita, samenwerken.¹²

Representativiteit

Het is belangrijk om rekening te houden met de representativiteit van de onderzochte groepen belanghebbenden. In dit onderzoek namen zorgmedewerkers deel die zich bewust zijn van de gebrekkige aansluiting tussen de reguliere zorg en Indische en Molukse ouderen. Dit is echter een beperkte groep die affiniteit heeft met dit onderwerp. Veel zorgmedewerkers zijn zich hier niet of minder van bewust en voor hen zijn de doelgroepen ook minder zichtbaar.

Knelpunten en oplossingen per niveau

In tabel 1 wordt een samenvatting gegeven van de genoemde knelpunten in de aansluiting tot zorg, zaken die zorgmedewerkers nodig hebben om deze aansluiting te verbeteren en hoe dit gerealiseerd zou kunnen worden. Hieronder worden nog enkele specifieke knelpunten en mogelijke oplossingen kort samengevat aan de hand van de drie niveaus: cliënt, zorgverlener en beleid.

Cliënt

Een deel van de knelpunten die gesignaleerd worden, vindt plaats op het niveau van de cliënt en de familie: vraagverlegenheid, complexe familiebanden, overbelaste mantelzorgers en tweedegeneratie problematiek. Ook cliënten en hun families hebben zelf meer informatie nodig, bijvoorbeeld over het zorgaanbod en de rechten die men heeft. Mantelzorgers kunnen veel baat hebben bij meer kennis over het verleden van de ouder en de doorwerking van oorlog. Het zou goed zijn voor de aansluiting van zorg, als de Indische en Molukse ouderen zichtbaarder worden. Door hen te scholen over het zorgaanbod en hen te ondersteunen in het formuleren van de zorgvraag, kan deze aansluiting bevorderd worden.

¹⁰ Jamila Achahchah, "Nieuw: e-learning intercultureel vakmanschap. Heb oog voor de vele facetten van diversiteit," *Kennisplatform Inclusief Samenleven*, 9 november 2018, <https://www.kis.nl/artikel/nieuw-e-learning-intercultureel-vakmanschap>.

¹¹ Hans Bellaart, Asia Sarti, Jamila Achahchah, en Mariam Badou. *Cultuursensitief Zorgaanbod*. (Kennisplatform Integratie en Samenleving, 2020).

¹² Hans Bellaart, Jamila Achahchah, Nada de Groot, Amella Mesic en Jeroen Vlug. *Leernetwerken Diversiteitssensitieve zorg*. (Kennisplatform Integratie en Samenleving, 2021).

Zorgverlener

Een ander deel van de knelpunten die gesignaleerd worden, vindt plaats op het niveau van de zorgverlener. Er is te weinig kennis van de geschiedenis, cultuur en context, er is te weinig aandacht voor het individu, te weinig cultuurspecifieke aandacht, en te weinig tijd. Het is daarom nodig dat zorgverleners meer kennis en vaardigheden krijgen over de Indische en Molukse doelgroepen en de doorwerking van oorlog. Een randvoorwaarde hiervoor is echter tijd, en dus geld. Zonder beschikbare tijd kan een zorgverlener zich niet verdiepen in de cliënt, en ook niet de tijd nemen om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Dit is echter van essentieel belang om de zorg te kunnen laten aansluiten bij Indische en Molukse ouderen. Door middel van scholing, zowel tijdens opleidingen als scholing op de werkvloer, kunnen deze kennis en vaardigheden in zorgorganisaties versterkt worden.

Beleid

Tot slot worden er knelpunten gesignaleerd op het niveau van beleid. Het zorgaanbod voor Indische en Molukse ouderen is beperkt. Procedures zoals de indicatiestelling staan de aansluiting van zorg ook in de weg: doordat de zorgvraag vaak niet voldoende geuit wordt, ontvangen ouderen geen zorg, of komt dit te laat. De zorg stelt zich daarnaast ook te afwachtend op, wat niet werkt bij Indische en Molukse ouderen. Ook geven respondenten aan dat er veel personele wisselingen zijn, en dat dit bij Indische en Molukse ouderen een zeer negatief effect heeft. Het loslaten van het doelgroepenbeleid in gemeentes maakt het lastig om specifieke aandacht en investering te geven aan een specifieke doelgroep zoals de Indische en Molukse, terwijl dit, aldus de respondenten in dit onderzoek, wel degelijk nodig is. Om de zorg beter te kunnen laten aansluiten bij Indische en Molukse ouderen, is het van belang dat de zorg zo laagdrempelig mogelijk wordt aangeboden. Pelita medewerkers geven aan dat het versterken van netwerken belangrijk is voor meer samenwerken, waarin zij als doelgroeporganisatie een brugfunctie kunnen hebben. Daarnaast zien zij ook een rol voor zichzelf weggelegd op het gebied van educatie, voorlichting en consultatie. Binnen zorginstellingen wordt het belang van intercollegiale ondersteuning benadrukt, bijvoorbeeld door het aanstellen van een aandachtsvelder. Daarnaast dragen directies van zorginstellingen ook een verantwoordelijkheid voor het beschikbaar stellen van scholing van medewerkers. Hier is ook tijd en geld voor nodig. Als het van het eigen initiatief van zorgmedewerkers afhangt, kan deze kennis niet duurzaam verankerd worden in de zorg.

Tabel 1. Samenvatting resultaten

Niveau	Knelpunten	Wat is er nodig?	Hoe aanpakken?
cliënt	Tweede generatie Vraagverlegenheid Familiebanden en mantelzorg Taalproblemen Onzichtbaarheid doelgroep	Zichtbaarheid doelgroep Zorgvraag uiten Kennis over verleden	Scholing doelgroepen (mantelzorgers en ouderen)
Zorgverlener	Cultuurspecifieke aandacht Te weinig kennis (van geschiedenis en context) Aandacht voor individu Te weinig tijd	Kennis van de geschiedenis en diversiteit in Indische en Molukse doelgroep Kennis van de cultuur Kennis van context en doorwerking van oorlog Vaardigheden	Scholing zorgverleners (bijscholing, opleidingen, laagdrempelige kennisoverdracht)
Beleid	Zorgaanbod Indicatiestelling Zorg te afwachtend Personeel en scholing Doelgroepenbeleid Budget	Zorgaanbod Tijd en geld	Schaal van scholing Samenwerking binnen organisaties Wendbaarheid organisatie Aandachtsvelder Netwerken versterken

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit dit pilotonderzoek zijn drie aanbevelingen geformuleerd voor reguliere zorginstellingen en zorgmedewerkers. Deze aanbevelingen zullen ook meegenomen worden in het project Deskundigheidsbevordering, uitgevoerd in 2022-2023 door ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld, in samenwerking met Stichting Pelita.

Vergroot en veranker kennis over de Indische en Molukse doelgroepen

Zorgverleners moeten geschoold worden in kennis over de geschiedenis, cultuur en context van Indische en Molukse cliënten, en in vaardigheden op het gebied van intercultureel communiceren. Houd daarbij oog voor de diversiteit van de doelgroepen onderling en de uniciteit van een individu. Er moet aandacht voor komen in MBO en HBO opleidingen, maar dit moet ook worden aangeboden als (bij)scholing voor werkende zorgverleners. School zorgverleners met name in gebieden waarvan bekend is dat er een aanzienlijke Indische en/of Molukse gemeenschap aanwezig is. Op beleidsniveau moet geregeld worden dat scholing beschikbaar wordt gesteld aan zorgmedewerkers, zodat het niet uitsluitend afhankelijk is van het initiatief van de zorgverlener. Zorg er binnen een organisatie voor dat de aanwezige kennis duurzaam verankerd wordt, en niet verdwijnt wanneer medewerkers vertrekken, bijvoorbeeld door middel van intercollegiale uitwisseling, een aandachtsvelder of een regelmatig of structureel scholingsaanbod.

Prioriteer het opbouwen van een relatie tussen zorgverlener en cliënt

Zorgverleners moeten bij Indische en Molukse ouderen meer tijd nemen om de relatie op te bouwen. Het is van belang dat de cliënt een gevoel van vertrouwen krijgt, en dat er wederzijds respect komt. Hiervoor is het nodig dat de zorgverlener aandacht heeft voor het individu. Indische en Molukse ouderen formuleren vaak niet tijdens de eerste kennismaking de zorgvraag, deze komt pas gaandeweg aan het licht. Zorgverleners moeten leren en durven doorvragen, en zich open en kwetsbaar opstellen wanneer men niet alle kennis in huis heeft. Om tijd te kunnen nemen, moeten zorgverleners ook meer tijd krijgen. Alleen op die manier kunnen ze voldoende aandacht hebben voor cliënten. Dit is een randvoorwaarde die op beleidsniveau moet worden opgepakt.

Versterk de positie van de cliënt en mantelzorger door scholing

Cliënten moeten geschoold worden op het gebied van het zorgaanbod, waar men recht op heeft, en het uiten van zorgvragen. Scholing is ook nodig voor mantelzorgers, die vaak weinig weten over de precieze achtergrond van de ouderen, en vaak zelf te ver gaan in het verlenen van zorg. Het scholen van cliënten en mantelzorgers kan de doelgroepen zichtbaarder en weerbaarder maken.

Bronnenlijst

Achahchah, Jamila. "Nieuw: e-learning intercultureel vakmanschap. Heb oog voor de vele facetten van diversiteit." *Kennisplatform Inclusief Samenleven*, 9 november 2018. <https://www.kis.nl/artikel/nieuw-e-learning-intercultureel-vakmanschap>.

Bellaart, Hans, Asia Sarti, Jamila Achahchah, en Mariam Badou. *Cultuursensitief Zorgaanbod*. Kennisplatform Integratie en Samenleving, 2020.

Bellaart, Hans, Jamila Achahchah, Nada de Groot, Amella Mesic en Jeroen Vlug. *Leernetwerken Diversiteitssensitieve zorg*. Kennisplatform Integratie en Samenleving, 2021.

Engels, Josine. "Twee culturen aan de binnenkant, een onderzoek." Bachelorscriptie, Universiteit van Amsterdam, 2009.

Kindermans, Geertje. "Pleidooi en portret. De Molukse ziel." *De Psycholoog*, 2 juli 2021.

Lindenberg, Jolanda en Charlotte van den Eijnde. *Rapport Vragen onder de naoorlogse generatie. Verkennend onderzoek naar de hulpvragen en behoeftes onder de naoorlogse generatie*. Leyden academy: on vitality and ageing, 2021.

Rijksoverheid. "Collectieve erkenning Indische gemeenschap." Geraadpleegd op 5 mei 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tweede-wereldoorlog/collectieve-erkenning-indische-gemeenschap>

Swaans, K., J.E.W. Broerse, M. Meincke, M. Mudhara en J. Bunders, "Promoting food security and well-being among poor and HIV/AIDS affected households: Lessons from an interactive and integrated approach," *Evaluation and Program Planning* 32 no. 1 (2009): 31–42.

Van der Wal, J.M., Ade J. Bodewes, Charles O. Agyemang en Anton E. Kunst. "Higher self-reported prevalence of hypertension among Moluccan-Dutch than among the general population of the Netherlands: results from a cross-sectional survey." *BMC Public Health* 14, no. 1273 (2014): 1-8, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1273>.

Bijlage 1

Onderstaande vragenlijst is in de focusgroepen leidend geweest. De vragenlijst voor de reguliere zorgmedewerkers en Pelita medewerkers waren identiek en is hieronder als uitgangspunt genomen. Onder elke vraag is cursief de vraagstelling in de focusgroep ouderen weergegeven.

1. Waar denkt u aan bij zorg voor de Indische en Molukse doelgroep?

Focusgroep ouderen: Wat komt er bij u op als u denkt aan 'goede zorg'?

2. Wat gaat er goed in de aansluiting tussen de reguliere zorg en de Indische en Molukse doelgroep?

Focusgroep ouderen: Welke goede ervaringen heeft u met de reguliere zorg?

- Waar ligt dat volgens u aan?
- Heeft u daar voorbeelden van?

3. Welke uitdagingen zijn er wat betreft de aansluiting tussen de reguliere zorg en de Indische en Molukse doelgroep?

Focusgroep ouderen: Welke uitdagingen bent u tegengekomen in de reguliere zorg?

- Waar ligt dat volgens u aan?
- Heeft u daar voorbeelden van?

4. Wat hebben zorgprofessionals in de reguliere zorg nodig om de aansluiting tussen de reguliere zorg en de Indische en Molukse doelgroep te verbeteren?

Focusgroep ouderen: Wat zou u willen dat uw dokter/casemanager/hulpverlener bijleert, om u betere zorg te kunnen verlenen?

5. Is er in de reguliere zorg genoeg kennis en vaardigheden op het gebied van de achtergrond en cultuur van de Indische en Molukse doelgroep?

- Wat voor kennis is er nodig?
- Wat voor vaardigheden?

6. Hoe zouden zorgprofessionals het beste meer kennis en vaardigheden over de Indische en Molukse doelgroep aangereikt kunnen krijgen?

Focusgroep ouderen: vraag overgeslagen

- Als er bijscholing aangeboden zou worden, op welke manier zou dit moeten gebeuren, en wat zijn randvoorwaarden hierbij?

Bijlage 2

Vragenlijst dialoogsessie

1. Samenvatting voorlopige conclusies: Knelpunten

- Cliënt (vraagverlegenheid / impliciete zorgvragen, complexe familiebanden, niet begrepen voelen en taalproblemen),
- Zorgverlener (te weinig tijd voor goede zorg, te weinig mogelijkheden voor aandacht persoon, gebrek aan cultuursensitiviteit en specifieke kennis)
- Beleid (te weinig voorzieningen voor Indische en Molukse ouderen, te weinig financiële middelen, teveel administratie)

In gesprek / dialoog:

- Valt er wat op aan deze conclusies/punten?
- Is indeling in niveaus helpend / van meerwaarde, of niet? Zijn er nog andere niveaus te onderscheiden?
- Is dit een compleet beeld denken jullie van de knelpunten, of zijn er nog aanvullingen / aanpassingen nodig?
- Zijn jullie het ermee eens dat sommige knelpunten ook voor ouderen in het algemeen kunnen gelden? Wat zijn de unieke knelpunten voor onze doelgroepen?
- Prioritering: waar moet de focus vooral op? En waarom?
 - Zijn er knelpunten die voor jullie het zwaarst wegen?
 - Wat doet dit knelpunt met je, persoonlijk of in je werk? Waarom is het zo lastig voor je?
 - Moet een bepaald niveau een focus hebben als we denken in oplossingen?

2. Samenvatting voorlopige conclusies: Kennis en vaardigheden

Er zijn volgens de respondenten drie soorten kennis nodig:

- Kennis over de geschiedenis
- Kennis over de cultuur
- Kennis over de context van de client

Onder vaardigheden wordt vooral verstaan: Doorvragen, indirecte vragen stellen, luisteren en belangstelling tonen, nieuwsgierige houding, begripvol, inleven, respect tonen, tijd nemen, vertrouwen geven), zachte hand, fijngevoeligheid, intercultureel communiceren, aandacht hebben voor de omgeving (zintuigen gebruiken).

In gesprek / dialoog:

- Is dit een compleet beeld denken jullie van de kennis en vaardigheden die nodig zijn, of zijn er nog aanvullingen / aanpassingen nodig?

- Valt er wat op aan deze conclusies/punten?
Combinatie van kennis en vaardigheden: het een kan niet zonder het ander: zien jullie dat ook zo? Herkennen jullie dit?
- Ons viel op dat de behoefte aan historische kennis van de ouderen nog best uitgebreid is: bijvoorbeeld ook het kunnen aanwijzen van geografische plaatsen in de voormalige archipel.
 - o Hoe specifiek moet volgens jullie die kennis zijn?
 - o Wat zijn de grenzen van basiskennis?
 - o Wat moeten de zorgverleners echt ten minste weten van de Indische en Molukse doelgroepen? (kijken of er per belanghebbende groep verschillen zijn in prioritering van kennis)
- Wij menen op te maken dat dit gebrek aan kennis direct raakt aan een gevoel van miskennis en behoefte aan Erkenning: herkennen jullie dat? Hebben we dit goed gezien?
- Waarom is kennis over de geschiedenis en cultuur van de Indische en Molukse doelgroepen zo belangrijk? Verwacht een Marokkaanse oudere ook dat de zorgverlener de geschiedenis en cultuur van de client kent?

3. Samenvatting voorlopige conclusies: Oplossingen

- Kennisoverdracht, intercollegiale ondersteuning en aandachtsvelder
- Clusteren van de doelgroep (bij één huisarts)
- Netwerken versterken
- Wendbare organisaties

In gesprek / dialoog:

- Wat valt op?
- Als je kijkt naar de knelpunten, wat zijn nog andere mogelijke oplossingen om de situatie te verbeteren? Waarom lijkt deze oplossing belangrijk?
- Ligt er ook een mogelijkheid tot verbetering op cliëntniveau? Of ligt dat vooral bij de zorgmedewerkers? En zo ja, hoe zou dat uitgewerkt kunnen worden?
- Hoe zouden we de vormen van 'best practices' breder kunnen toepassen?
- Kunnen we voor alle drie de niveaus meer concrete aanbevelingen bedenken om de aansluiting te verbeteren? (client, zorgverlener, beleid)
- Is er een niveau waar de nadruk op zou moeten worden gelegd op het gebied van aanbevelingen?
- Hoe kunnen deze kennis en vaardigheden die nodig zijn, duurzaam verankerd worden in de reguliere zorg?