

Oudere migranten en vluchtelingen in Nederland

Factsheet, februari 2011, Pharos

Van de migranten die in Nederland wonen, zijn er ruim 210.000 55-plus. In 2020 zal het aantal allochtone ouderen ongeveer drie maal zo groot zijn als in 2010. Is. In de komende vijf jaar, in 2015, zal dit aantal gegroeid zijn tot 360.000 personen (NOOM). Een overzicht van de grotere groepen oudere migranten is opgenomen in de tabel (Statline 2011).

In het algemeen wordt bij oudere migranten gedacht aan de ouderen uit Suriname, Turkije, Antillen en Marokko, maar de groep niet-westerse ouderen is heel divers. Wat we weten over de gezondheid, welbevinden, inkomen en woonwensen van oudere migranten is vooral gebaseerd op onderzoek onder deze vier grote groepen. De aantallen ouderen uit de andere landen van herkomst zijn relatief klein. Zij zijn moeilijker te bereiken voor onderzoekers. Informatie over hun welbevinden, gezondheidsaspecten en klanttevredenheid is daardoor beperkt.

Een groot deel van de oudere migranten zijn arbeidsmigranten. Oudere vluchtelingen vallen voor een belangrijk deel onder de niet-westerse allochtonen, de vluchtelingen uit voormalig Joegoslavië vallen onder westerse allochtonen. Vluchtelingen zijn door oorlog en geweld uit alle streken naar Nederland toegekomen. Nederland heeft een lange traditie in het opvangen van vluchtelingen. Eind jaren negentig was het hoogtepunt van de opvang van vluchtelingen. Uit diverse onderzoeksgegevens kan worden herleid dat er nu ca. 27.000 vluchtelingen in Nederland boven de 55 jaar zijn. Dit aantal zal de komende jaren verdrievoudigen door vergrijzing van de groep tussen de 40 en 55 jaar. De groep oudere vluchtelingen kent grote onderlinge verschillen in culturele achtergrond, opleidingsniveau en zelfredzaamheid. Sommigen van hen zijn hier jong gekomen, anderen op latere en zelfs op hoge leeftijd.

Kwetsbare ouderen

Het SCP(van Campen, 2010/11) heeft onderzoek gedaan naar de kwetsbaarheid van ouderen. Hierbij is gekeken naar gegevens die beschikbaar waren uit (eerder) onderzoek, onder ouderen van 65 jaar en ouder. 'Kwetsbaar' zijn ouderen als sprake is van een opeenstapeling van klachten, bijvoorbeeld wat betreft lopen, zien en horen, psychische klachten en geheugenverlies. Deze beperkingen zorgen ook vaak voor (toename van) eenzaamheid. Het SCP komt tot de conclusie dat ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland kwetsbaar is. In verzorgingshuizen is bijna driekwart van de 65-plussers kwetsbaar en in somatische en psychiatrische (afdelingen van) verpleeghuizen is bijna iedere bewoner kwetsbaar. In totaal is 27% van de 65-plussers kwetsbaar, naar schatting betreft dit tussen de 600.000 en 700.000 personen in 2007/2008.

Een hogere opleiding maakt ouderen minder snel kwetsbaar: één derde van de ouderen met alleen lagere school is kwetsbaar, terwijl dit bij ouderen met een hoge opleiding één op de zeven is. Factoren die een positieve invloed hebben zijn een gezondere leefstijl (eten en bewegen), de woonsituatie, en de sociaal economische status .

Gezondheid bij oudere migranten

Als we nu kijken naar allochtone ouderen dan zien we dat zij vaak te maken hebben drie problemen: een slechte gezondheid, een laag inkomen en taalproblemen waardoor zij weinig mogelijkheden hebben om aan het maatschappelijk leven deel te nemen. Deze ouderen lopen dus veel risico om onder de kwetsbare ouderen te vallen. Door een tijdige signalering van hun kwetsbaarheid en een breed inzicht in hun persoonlijke lichamelijke, psychische en sociale problemen door huisartsen en andere hulpverleners zouden kwetsbare ouderen zowel vroegtijdiger als beter geholpen kunnen worden.

De gezondheid van oudere migranten is in het algemeen lager dan van autochtone Nederlanders (Schelfhout, 2004). Niet-westerse allochtonen zijn vaker en langduriger ziek, hun ziektelast ligt ongeveer 22% hoger dan bij autochtone Nederlanders. Ziektes die veel bij ouderen voorkomen zijn diabetes, beroerte en coronaire hartziekten, ook reumatoïde artritis en artrose dragen aan de verschillen bij. Kanker komt minder vaak voor, leverkanker juist vaker. Depressie en angststoornissen maken deel uit van de chronische aandoeningen die een grote ziektelast veroorzaken onder allochtonen. Depressie komt zeer veel vaker voor onder Turkse en Marokkaanse ouderen dan onder autochtone ouderen. Angststoornissen komen onder Turkse volwassenen iets vaker voor. Daarnaast komen onder migranten bepaalde ziektebeelden voor die niet onder autochtone Nederlanders voorkomen (bepaalde vormen van bloedarmoede, ziekte van Bechet, vitamine D-deficiëntie e.d.). Dementie zal de komende jaren meer voorkomen. Het aantal oudere migranten met dementie (13.750 oudere migranten in 2010, Alzheimer Nederland, 2010) zal de komende tien jaar ruim verdubbelen (30.750 in 2020). Dit heeft ook te maken met mogelijke risicofactoren als hart- en vaatziekten en diabetes die vaker voorkomen bij deze groep.

De kwetsbaarheid van oudere vluchtelingen is zowel van fysieke als van psychische aard. Volgens Gerritsen e.a. (2006) rapporteren 42% van Afghaanse, Iraanse en Somalische vluchtelingen een slechte algemene gezondheid, 39% van hen heeft symptomen van depressie en angst, 11% heeft symptomen van PTSS. Uit andere onderzoeken komen andere (ook veel hogere) getallen, mogelijk omdat dit andere landen van herkomst betreft en er andere meetinstrumenten zijn gebruikt. Veel vluchtelingen kampen met 'onbegrepen' lichamelijke klachten: gezondheidsproblemen zonder medisch aantoonbare oorzaak.

Inkomen

Gezondheidsverschillen hangen samen met sociale en economische ongelijkheid.

Alle oudere vluchtelingen en veel oudere migranten hebben te maken met een onvolledige AOW en geen of een klein pensioen. Bij vluchtelingen heeft reparatie van deze voorzieningen niet de eerste aandacht als men (uiteindelijk) asiel heeft gekregen, maar huisvesting, gezin, eventuele gezinshereniging, gezondheid en de draad van het leven weer oppakken. Arbeidsmigrantten hadden niet altijd een pensioenverzekering en door de financiële steun aan familie in het land van herkomst heeft men niet veel gespaard. Ouderen hebben vaak een minimum inkomen, soms op de armoedegrens, aangevuld tot bijstandsniveau.

Taal en deelname aan maatschappelijk leven

Taalproblemen, een laag inkomen en een klein sociaal netwerk leiden er toe dat een deel van deze ouderen in een sociaal en maatschappelijk isolement terecht komen. De aanpassingen in zorg- en welzijnsvoorzieningen voor allochtone ouderen richten zich met name op de Surinaamse, Turkse, Antilliaanse en Marokkaanse ouderen. Voor hen kan een aanbod in eigen taal worden georganiseerd, of een allochtone ouderenconsulent aangesteld omdat de aantallen ouderen daarvoor groot genoeg zijn.

Onderzoek in 2010 laat zien dat onder oudere migranten en vluchtelingen veel eenzaamheid voorkomt. De factoren die hiervoor zijn genoemd houden dit in stand of bevorderen dit. Verschillende projecten, groepsactiviteiten, buurtkamers en dagopvang komen tegemoet aan dit probleem. Eenzaamheid kan verschillende oorzaken hebben. Ook hier lijkt het meest wenselijk om aanbod te ontwikkelen dat past bij de (individuele) oorzaak en vraag: individuele ondersteuning (maatjesproject, huisbezoek, ict-vaardigheden leren) of een groepsgericht aanbod (ontmoeting, activering, al dan niet gekoppeld aan gedragsbeïnvloeding).

Oudere migranten en de zorg- en welzijnsvoorzieningen

De bekendheid van oudere migranten met Nederlandse zorg- en welzijnsvoorzieningen is onvoldoende om daarvan effectief gebruik te kunnen maken. Als men een voorziening niet kent, zal men hier ook niet naar vragen. De Wmo is bedoeld om participatie van burgers te versterken en richt zich ook op een goede informatie- en adviesfunctie en een laagdrempelige toegang tot voorzieningen. De verwachting is dat de (Wmo-)loketten cliënten beter wegwijs gaan maken en helpen bij het zoeken naar oplossingen. Dit zal vaak een oplossing op maat zijn, waarbij goed geluisterd moet worden naar 'de vraag achter de vraag'. Er zijn diverse programma's ontwikkeld voor voorlichting van oudere migranten en vluchtelingen zowel gericht op voorlichting als op gedragsverandering richting zelfmanagement. Duidelijk mag zijn dat dit van ouderen en mantelzorgers een 'cultuuromslag' vraagt. Instellingen verwachten een assertieve communicatiestijl van oudere migranten; dit sluit niet aan bij hun verwachtingen. Goede zorg voor ouderen betekent voor veel migranten dat de zorg de oudere zoveel mogelijk uit handen wordt genomen. Zelfmanagement lijkt daar haaks op te staan. Veel zorg- en welzijnsinstellingen hebben nog onvoldoende inzicht in de problematiek van oudere migranten en hun aanbod past niet bij de vraag. Bovendien kan cultuursensitieve, op diversiteit gerichte zorg pas goed tot haar recht komen als dit op alle niveaus in de organisatie wordt gedragen en begrepen. De toegankelijkheid kan verbeteren door het aanbod af te stemmen op de doelgroep en interculturele vaardigheden van medewerkers te vergroten. Hierbij worden sleutelfiguren uit de migrantengemeenschappen ingeschakeld. Hierover zijn succesvolle voorbeelden bekend. Lokale welzijnsvoorzieningen zijn soms wel gericht op een of meer specifieke groepen oudere migranten als deze een redelijke omvang hebben. Woningcorporaties hebben inmiddels een verschillende groepswoonprojecten tot stand gebracht voor ouderen uit verschillende landen van herkomst.

Zelforganisaties van oudere migranten lokaal en landelijk (NOOM) hebben de laatste jaren de stem van oudere migranten ingebracht op lokaal en landelijk vlak in oudere migrantenadviesraden, inbreng in de Wmo-raden en inbreng in het CSO. Patiënten- en cliëntenorganisaties en medezeggenschapsraden beginnen ook te zoeken naar manieren om de migrant als klant tot zijn recht te laten komen. De migrantenzelforganisaties hebben met veel vrijwilligers activiteiten opgezet voor behoud van dagopvang van oudere migranten en herindicaties voor de dagverzorging, voorlichting over zorgverzekeringen, dementie en palliatieve zorg. Koepelorganisatie Actiz stimuleert 'Kleur in de zorg'. Er wordt al 25 jaar aan cultuursensitieve zorg gewerkt, maar deze doelen zijn nog niet bereikt. Nu het aantal migranten zo'n 20% van de Nederlandse bevolking is, vindt de omslag plaats naar 'Goede gezondheidszorg, wonen en welzijn voor iedereen', inclusief migranten. Immers alle burgers hebben recht op goede kwaliteit, toegankelijkheid en resultaten.

	55 tot 60 jaar	60 tot 65 jaar	65 jaar of ouder	Eindtotaal
Totaal bevolking				
2005	1.114.078	824.093	2.288.670	4.226.841
2010	1.082.844	1.070.007	2.538.328	4.691.179
Totaal niet-westerse allochtoon				
2005	48.247	36.445	47.809	132.501
2010	65.122	45.655	72.233	183.010
Suriname				
2005	13.209	8.680	14.862	36.751
2010	18.990	12.620	19.711	51.321
Nederlandse Antillen en Aruba				
2005	4.566	2.743	3.147	10.456
2010	5.823	4.172	4.803	14.798
Marokko				
2005	7.834	8.557	9.176	25.567
2010	9.168	7.495	15.826	32.489
Turkije				
2005	9.665	9.421	10.099	29.185
2010	9.406	9.055	16.553	35.014
Afghanistan				
2005	675	419	745	1.839
2010	1.049	646	1.031	2.726
Irak				
2005	804	583	828	2.215
2010	1.457	825	1.390	3.672
Iran				
2005	733	485	661	1.879
2010	1.380	717	1.037	3.134
Somalië				
2005	261	157	205	623
2010	382	249	325	956
Voormalig Joegoslavië				
2005	4.078	1.964	2.511	8.553
2010	4.611	3.719	3.562	11.892

Meer informatie: www.pharos.nl

Informatie- en Adviespunt: bereikbaar op dinsdag en donderdag van 10:00 uur tot 14:00 uur op 030 - 234 98 00, en iedere werkdag via adviespunt@pharos.nl.