



NOOM
Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten

SAMEN UIT, SAMEN THUIS

Cliëntenmonitor Langdurige Zorg

Onderzoek naar de
gevolgen van de
pakketmaatregelen
AWBZ voor oudere
migranten die
gebruik maken van
dagactiviteiten

BUREAU BROM
Drs. Hans Schellekens
Capelle aan den IJssel
29 november 2009



SAMEN UIT, SAMEN THUIS

Cliëntenmonitor Langdurige Zorg

**Onderzoek naar de gevolgen van de pakketmaatregelen
AWBZ voor oudere migranten die gebruik maken van
dagactiviteiten**

21 december 2009

De Cliëntenmonitor Langdurige Zorg is een activiteit van zeven landelijke cliëntenorganisaties, op basis van een programmasubsidie van het Ministerie van VWS. De deelnemende organisaties in dit samenwerkingsverband zijn: CG-Raad, CSO, Landelijk Platform GGZ, LOC, NPCF, Per Saldo, Platform VG.
Adres: Cliëntenmonitor AWBZ, Postbus 1539, 3500 BM Utrecht. Tel. 030- 2970303

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	p. 5
1. Inleiding	p. 7
2. Resultaten van het onderzoek	p. 8
2.1. Algemene beschrijving van de projecten	p. 8
2.2. Deelnemers	p. 10
2.3. Activiteiten binnen de dagverzorging	p. 11
2.4. Positieve effecten van de dagverzorging voor de deelnemers	p. 12
2.5. Positieve effecten van de dagverzorging voor de mantelzorgers	p. 14
2.6. Positieve effecten van de dagverzorging voor de zorgorganisaties	p. 14
2.7. Financiering van projecten voor oudere migranten	p. 16
3. Gevolgen van de pakketmaatregelen	p. 17
3.1. Cijfers met betrekking tot de (her)indicaties	p. 17
3.2. Redenen voor de verdere afname van aantal deelnemers	p. 19
3.3. Gevolgen wegvallen indicaties voor cliënten	p. 20
3.4. Gevolgen wegvallen indicaties voor mantelzorgers	p. 21
3.5. Gevolgen wegvallen indicaties voor de zorgorganisaties	p. 22
4. Toekomstperspectief	p. 24
4.1. Toekomstperspectief projecten	p. 24
4.2. Wijkcentra, welzijnswerk en eigen organisaties	p. 25
4.3. Alternatieven	p. 26
4.4. Verdere verdieping in cultuurspecifieke en cultuursensitieve factoren	p. 27
4.5. Verbetering van de indicering	p. 29
5. Conclusies en aanbevelingen	p. 32
5.1. Conclusies met betrekking tot cultuurspecifieke dagverzorging	p. 32
5.2. Conclusies met betrekking tot het proces van (her)indiceren	p. 32
5.3. Overige conclusies	p. 32
6. Slotwoord	p. 34
<u>Bijlagen</u>	
Bijlage 1: Doel van het onderzoek	p. 35
Bijlage 2: Gehanteerde werkwijzen	p. 36
Bijlage 3: Lijst van de geïnterviewde personen	p. 37
Bijlage 4: Vragenlijst	p. 38
Bijlage 5: Lijst van afkortingen	p. 42

Samenvatting

De overheid heeft gekozen voor een strakkere afbakening van de AWBZ. Onder meer bij de toegang tot begeleiding.

Deze pakketmaatregelen in de AWBZ zijn extra lastig voor de oudere migranten. Vooral de toegang tot dagvoorzieningen staat onder druk. Mensen met lichte beperkingen – of mensen die uitsluitend sociale problemen hebben zoals isolement en eenzaamheid – kunnen vanuit de AWBZ geen begeleiding meer krijgen. Maar de afbouw in de AWBZ gaat niet samen met opbouw van dagvoorzieningen in de Wmo.

Voor oudere migranten hebben begeleiding en dagvoorzieningen een bijzondere betekenis. Mede vanwege hun onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem, de gebrekkige kennis van het Nederlands en culturele taboes. Die betekenis is voor veel beleidsmakers niet altijd helder.

In het kader van de landelijke cliëntenmonitor AWBZ is daarom gekozen voor een specifieke verkenning naar de gevolgen van de pakketmaatregelen voor oudere migranten. Deze aandacht is toegespitst op dagvoorzieningen.

De gehanteerde werkwijze is als volgt. In oktober 2009 zijn veertien zorgorganisaties en een aantal sleutelpersonen van niet-Nederlandse afkomst gevraagd naar hun ervaringen met de strengere toegang tot de AWBZ. Daarbij is zoals gezegd het accent gelegd op het gebruik van dagvoorzieningen voor oudere migranten. In totaal konden we informatie verzamelen over 44 projecten, verspreid over Nederland.

Hieronder staan de bevindingen uit de verkenning kort samengevat.

Resultaten van het onderzoek

1. Van de 575 geherindiceerde migrantenouderen – deelnemers aan dagverzorging die uit de AWBZ wordt betaald – is bij 54% de indicatie voor dagverzorging komen te vervallen. Uit het conceptrapport “Tweede Meldactie Cliëntenmonitor Langdurige Zorg” blijkt dat dit percentage onder Nederlandse deelnemers ligt op 34%. De achtergrond is tweeledig. Enerzijds de beleidsregels die de overheid heeft gesteld (geen toegang tot begeleiding als er ten hoogste lichte beperkingen zijn); dat zijn regels die voor iedereen gelden. Anderzijds de werkwijze bij de indicatiestelling waarbij een onderschatting van de problematiek van oudere migranten ontstaat. Ook door de herindicaties telefonisch af te handelen houdt het CIZ onvoldoende rekening met de situatie van de cliënten, met hun beperkingen, taalproblemen, culturele taboes en de onbekendheid van de oudere migranten en hun mantelzorgers met het Nederlandse zorgstelsel.
2. Sinds de herindicaties van start zijn gegaan, heeft het CIZ nauwelijks meer nieuwe aanvragen gehonoreerd voor de onderzochte projecten. De geïnterviewden maken zich daar grote zorgen over. Omdat zij op geen enkele wijze betrokken worden bij het indicatieproces, kunnen zij geen duidelijk beeld krijgen van de achtergronden van de mensen die een beroep doen op dagvoorzieningen; hun ondersteuningsvraag, hun beperkingen, hun leefsituatie.
3. Cultuurspecifieke projecten voor dagactiviteiten blijken zeer belangrijk voor de huidige generatie migrantenouderen. Zij leveren een grote bijdrage aan de lichamelijke en geestelijke gezondheid en aan het welzijn van de deelnemers. Door middel van die projecten is voor oudere migranten de drempel in de ouderenzorg weggenomen en blijken deze projecten hét middel bij uitstek te zijn (a) om oudere migranten uit hun sociaal isolement te halen, en (b) om hen beter kennis te laten maken met de reguliere zorgvoorzieningen.

De dagvoorziening vormt een schakel in de communicatie tussen de doelgroepen en zorgorganisaties. Deze schakel is door de zorgorganisaties en organisaties van (oudere) migranten in goed overleg gedurende een aantal jaren met eigen financiën en veel vrijwilligerswerk opgebouwd. Zij fungeert als een cliëntvolgsysteem voor ouderen die voorheen geen gebruik maakten van zorg- en welzijnsvoorzieningen en die niet in beeld kwamen van de reguliere ouderenzorg.

Tevens leveren cultuurspecifieke projecten dagverzorging een belangrijke bijdrage aan de interculturalisatie van de ouderenzorg alsmede aan de emancipatie en participatie van de oudere migranten. Deze waardevolle processen dreigen tot stilstand te komen.

4. Cliënten die niet meer kunnen deelnemen aan dagvoorzieningen verdwijnen uit beeld en lopen een risico om in een maatschappelijk isolement terecht te komen en te vereenzamen. Alom wordt verwacht dat zij meer beroep gaan doen op duurdere gezondheidsvoorzieningen en wellicht ook op intramurale zorgvoorzieningen.
5. De mantelzorg door (klein)kinderen van de onderzochte ouderen neemt af als gevolg van werk, zorg voor de eigen kinderen en het gegeven dat steeds meer mantelzorgers verder van hun (groot)ouders vandaan wonen.
6. Vanuit de Wmo is er op lokaal niveau nog onvoldoende beleid ontwikkeld en worden – mede daardoor – nauwelijks bestaande projecten financieel ondersteund. Nieuwe initiatieven en alternatieven van zelforganisaties en van organisaties die niet binnen de AWBZ-sfeer vallen, staan nog in de kinderschoenen. Wenselijk is dat zorgkantoren voor de AWBZ en gemeenten voor de Wmo tot betere afstemming komen; ook om te bereiken dat gemeenten voortvarend te werk gaan bij instandhouding van cultuurspecifieke dagvoorzieningen voor oudere migranten.
7. Vanaf 2011 is er een groot risico dat projecten dagverzorging bij zorgorganisaties voor de onderzochte groepen migrantenouderen ingekrompen of gestopt gaan worden. Het jaar 2010 zal voor veel projecten een bezinningsjaar zijn op de haalbaarheid van deze projecten voor de toekomst.
8. In de intramurale ouderenzorg is een duidelijke ontwikkeling naar kleinschalige en leefstijlgerichte zorgvormen zichtbaar. De wensen en behoeften van migrantenouderen passen naadloos in deze ontwikkeling.
9. Cliënten bij wie de indicatie voor dagverzorging vervalt, worden verwezen naar algemene instellingen voor hun maatschappelijke participatie. Daar kunnen zij geen aansluiting vinden.
10. De resultaten van dit onderzoek lijken te sporen met de ervaringen van alle AWBZ-gebruikers (GGZ, LG en VG) van Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst met dien verstande dat de wijzigingen in de AWBZ de migranten harder treffen.

1. Inleiding

Het Ministerie van VWS wil de sterke groei in de AWBZ terugdringen en ombuigen. Om dat te realiseren is de toegang tot AWBZ-voorzieningen beperkt voor de functie begeleiding door het toepassen van strengere indicatieregels.

De regionale CIZ-instellingen hebben vervolgens de opdracht gekregen om in 2009 alle geïndiceerde cliënten alsmede alle nieuwe aanvragen, versneld te (her)indiceren aan de hand van de verscherpte 'Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009'.

Het Ministerie van VWS heeft de landelijke patiënten-, gehandicapten- en ouderen-organisaties gevraagd om de gevolgen van de pakketmaatregelen AWBZ te monitoren. Daartoe werken op basis van een programmasubsidie van dat ministerie zeven landelijke cliëntorganisaties samen in de 'Cliëntenmonitor AWBZ' die landelijk wordt uitgevoerd. De deelnemende organisaties zijn: CG-Raad, CSO, Landelijk Platform GGZ, LOC, NPCF, Per Saldo en Platform VG. Het NPCF treedt daarbij op als penvoerder.

Binnen de landelijke Cliëntenmonitor is onder andere een meldactie georganiseerd waarvan de eerste rapportage in juni 2009 is verschenen. Deze landelijke meldactie werd via internet gehouden en daar hebben cliënten uitgebreid aan deelgenomen waaronder veel ouderen.

Al snel bleek dat de reacties van oudere migranten vrijwel geheel uitbleven.

Bij de lidorganisaties van het NOOM (Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten) kwamen spoedig sterke signalen binnen dat de herindicaties grote gevolgen leken te hebben voor de verschillende groeperingen van oudere migranten vooral voor de dagverzorging. Daarom is er voor gekozen binnen de Cliëntenmonitor AWBZ een specifiek deelonderzoek op te zetten naar de effecten van de herindicaties voor deze groep.

De CSO, de koepelorganisatie van samenwerkende ouderenbonden, heeft in samenwerking met haar lidorganisatie NOOM op zich genomen een deelonderzoek te laten verrichten waarvan de focus ligt op dagvoorzieningen voor migrantenouderen. Dat de focus hierop is gelegd is niet verwonderlijk omdat deze voorzieningen in feite de belangrijkste schakel in de zorgketen voor deze groepen ouderen zijn en een brugfunctie vormen tussen betreffende groepen ouderen, hun eigen netwerken en organisaties en het Nederlandse zorgsysteem.

De werkwijze van het onderzoek hield in dat er met een aantal personen uitvoerige gesprekken zijn gevoerd. Het betrof sleutelpersonen uit betreffende culturele gemeenschappen die al vele jaren opkomen voor de belangen van hun ouderen en betrokken zijn bij een groot scala aan projecten voor de ouderen, variërend van mantelzorgondersteuning, huis-aan-huisbezoeken, landelijke en lokale ontmoetings-activiteiten en voorlichtingsbijeenkomsten, en medewerkers van zorgorganisaties die al jarenlang met dagverzorging voor migrantenouderen actief zijn. Een aantal medewerkers van de geïnterviewde zorgorganisaties kunnen tevens gezien worden als sleutelpersonen vanwege hun etnische afkomst en hun expertise over en ervaring met betrekking tot deze doelgroepen. Deze vrijwilligers en professionals hebben de migrantenouderen over de streep getrokken om deel te gaan nemen aan de projecten dagverzorging.

Het aantal oudere migranten in Nederland van 55 jaar en ouder bedroeg in 2005 circa 200.000. Hun aantal zal in 2015 zijn toegenomen tot 360.000 waarvan een relatief groot deel woont in de grote steden en directe omgeving.

De projectleiding van dit deelonderzoek berustte bij Marcel Kaarsgaren (senior beleidsmedewerker van de CSO) daarbij nauw samenwerkend met het NOOM.

Het onderzoek is verricht door Hans Schellekens van BUREAU BROM.

De opdracht is eind september 2009 verstrekt. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in oktober en de rapportage is in november 2009 afgerond.

2. Resultaten van de monitoring

2.1. Algemene beschrijving van de projecten

De dertien deelnemende zorgorganisaties en één wijkwelzijnsorganisatie (die samenwerkt met een zorgorganisatie) gebruiken voor de projecten merendeels de term dagverzorging. Een enkele organisatie spreekt over Dagbehandeling, Dagopvang, Dagvoorziening, Dagingloop of Ontmoetingsproject. In dit rapport wordt gemakshalve de term dagverzorging gehanteerd.

Voor alle projecten geldt dat bij de start zowel geïndiceerden als niet-geïndiceerden konden deelnemen. Inmiddels is dit als gevolg van de pakketwijzigingen AWBZ sterk aan het veranderen. Op dit moment laten de meeste zorgorganisaties geen nieuwe niet-geïndiceerde cliënten meer deelnemen aan de dagverzorging, Zij zijn zich ervan bewust zijn dat de meeste potentiële deelnemers die zich aanmelden voor dagverzorging in de nabije toekomst geen indicatie zullen krijgen van het CIZ.

De oudste projecten dateren uit 1990; de meest recente zijn in het voorjaar 2009 van start gegaan. Zorgorganisaties die al wat langer actief zijn op dit terrein, hebben een groter en cultureel meer divers cliëntenbestand opgebouwd en draaien meerdere projecten. Deze vinden vooral plaats in de steden 's Gravenhage, Rotterdam en Amsterdam. De werving van cliënten geschiedt meestal via mond-tot-mond reclame binnen de lokale gemeenschappen en binnen de eigen sociaal-culturele en religieuze organisaties. Daarnaast hebben enkele organisaties nog projecten in voorbereiding. Of deze gerealiseerd worden is momenteel onzeker.

De 44 projecten zijn gericht op de volgende doelgroepen:

- Multiculturele samenstelling(autochtoon/allochtoon)	6 projecten
- Surinaamse en Antilliaanse mannen en vrouwen	1 project
- Hindoestaanse mannen en vrouwen	4 projecten
- Afro-Surinaamse mannen en vrouwen	3 projecten
- Javaans-Surinaamse mannen en vrouwen	2 projecten
- Surinaams algemeen	1 project
- Chinese mannen en vrouwen	1 project
- Molukse en Indonesische mannen en vrouwen	1 project
- Turkse mannen en vrouwen	1 project
- Marokkaanse mannen en vrouwen	1 project
- Turkse en Marokkaanse mannen	2 projecten
- Turkse mannen	1 project
- Marokkaanse mannen	3 projecten
- Marokkaanse vrouwen	6 projecten
- Turkse vrouwen	11 projecten

Bij de projecten met een multiculturele samenstelling gaat het bij drie projecten om cliënten met een zwaarder somatisch of psychogeriatrisch ziektebeeld. Bij een vierde project nemen in de ochtend tot aan de middagmaaltijd cliënten van verschillende culturele afkomst deel aan gezamenlijke activiteiten (in het bijzonder bewegen voor ouderen). De twee overige projecten zijn voor deelnemers van Surinaamse, Antilliaanse en Nederlandse ouderen. Bij de vermelding van de aantallen deelnemers, zijn alleen de niet-Nederlandse deelnemers meegenomen.

Bij de twee projecten voor Turkse mannen en vrouwen en het project voor Marokkaanse mannen en vrouwen, betreft het projecten waarbij de mannen op andere dagdelen dezelfde ruimte bezoeken als de vrouwen.

Er is één project dat open is gedurende zeven dagen per week (veertien dagdelen). Enkele projecten, vooral de meest recente, zijn één dag geopend (twee dagdelen). Alle overige projecten draaien tussen twee dagen (vier dagdelen) en vier dagen (acht dagdelen).

Het grootste project omvat 250 deelnemers; het kleinste dat recent van start is gegaan telt vijf deelnemers.

Oudere migranten wijken qua ziektebeelden af van Nederlandse ouderen. Daar bestaan meerdere publicaties over. Diabetes komt relatief veel voor onder Hindoestaanse vrouwen en mannen en in mindere mate onder Turkse en Marokkaanse vrouwen (maar wel meer dan onder Nederlandse ouderen). Overgewicht komt vaker voor bij oudere vrouwen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst dan bij andere niet-Nederlandse en Nederlandse ouderen. Personen met overgewicht hebben vaker mobiliteits- en gewrichtsproblemen. Verder is bij de onderzochte groepen sprake van een combinatie van ziektebeelden en ouderdomsgebreken welke ieder afzonderlijk – in de termen van het CIZ – niet als zwaar zijn aan te merken maar die samen zorgen voor een fragiele geestelijke en lichamelijke gezondheidssituatie.

Casus van deelnemer die een herindicatie heeft gekregen

Surinaams/Hindoestaanse man van 71 is bekend met ademhalingsproblemen, ziekten aan hart en vaatstelsel, voedings- en stofwisselingsstoornis en diabetes. In 2000 is zijn rechteronderbeen geamputeerd maar hij geeft aan dat hij zich thuis niet zelfstandig kan redden. Hij woont bij zijn zoon in een omgebouwde garage. Door zijn ziekte is hij kortademig en kan hij beperkt lopen. Mijnheer is vanwege pijnklachten onder behandeling van de pijnpoli van het ziekenhuis. Overdag is hij eenzaam omdat iedereen werkt of naar school gaat. Hij komt naar de dagverzorging om uit zijn isolement te raken en om mee te doen aan activiteiten. Hij spreekt en leest geen Nederlands. Zijn zoon regelt alle administratieve zaken voor hem.

Herindicatie is afgegeven voor acht dagdelen dagverzorging met vervoer.

Hart- en vaatziekten, nierfalen (al of niet in combinatie met diabetes) komen onder migrantenouderen vaker voor dan onder Nederlandse ouderen; vormen van kanker minder maar uit meer recente publicaties blijkt dat deze snel toenemen. Al of niet verbonden met de migratiegeschiedenis en trauma's in het land van herkomst, komt depressiviteit vaak voor. De geïnterviewden constateren dat migranten op oudere leeftijd door hun migratiegeschiedenis meer psychiatrische en psychosociale klachten krijgen dan Nederlandse ouderen.

Kenmerkend voor een aantal cliënten is dat zij er lichamenlijk gezond uitzien maar tijdens hun aanwezigheid op de dagverzorging wordt pas duidelijk wat de achterliggende problemen zijn. Het meest genoemd worden eenzaamheid, emotionele instabiliteit als gevolg van problemen met hun kinderen, het niet kunnen omgaan met het ouder worden en een problematische rouwverwerking. Duidelijk is dat veel ouderen onzeker zijn over wat het betekent als ze niet langer thuis kunnen wonen en hun kinderen niet de dagelijkse zorg voor hen kunnen opnemen.

De demografische opbouw van de onderzochte migrantengroepen wijkt sterk af van de Nederlandse bevolking en dit heeft gevolgen voor ouderdomsverschijnselen. Omdat veel migranten die nu in de fase verkeren van het ouder worden, in dezelfde leeftijdsgroep en in globaal dezelfde korte periode naar Nederland zijn gekomen, verwacht Alzheimer Nederland dat dementie (mede als gevolg van hart- en vaatziekten en diabetes) onder deze groep ouderen zich vijf maal sterker zal uitbreiden dan tot nu toe onder Nederlandse ouderen.

2.2. Deelnemers

In totaal gaat het om 1237 deelnemers met als grootste groep ouderen van Hindoestaans/Surinaamse afkomst.

De leeftijden van de deelnemers lopen uiteen per project. Projecten die al langer draaien hebben over het algemeen oudere deelnemers. Aan de meer recente projecten nemen ook personen jonger dan 65 jaar deel.

De verdeling over de diverse deelnemersgroepen is als volgt:

- Hindoestaans/Surinaams	44,5%
- Afro/Surinaams	9,5%
- Javaans/Surinaams	2%
- Antilliaans	0,5%
- Turks	20%
- Marokkaans	16,5%
- Chinees	2,5%
- Moluks/Indonesisch	4,5%

Sporadisch neemt een oudere cliënt uit Algerije, Irak of Afghanistan deel aan een project omdat men zich thuis voelt binnen die sfeer.

De leeftijdsgroepen waarin het merendeel van de cliënten zich bevinden zijn:

- Hindoestaans/Surinaams:	65-70 jaar (één project telt voornamelijk deelnemers uit de groep 75-80 jaar)
- Afro/Surinaams:	70-80 jaar
- Javaans/Surinaams:	65-75 jaar
- Antilliaans:	65-75 jaar
- Turks :	55-75 jaar
- Marokkaans :	65-70 jaar
- Chinees:	75+
- Moluks/Indonesisch:	70+

Bij enkele projecten verblijven tevens deelnemers die aanmerkelijk jonger zijn als gevolg van bij voorbeeld niet-aangeboren hersenletsel of cva. Uiteraard zijn er ook uitschieters naar boven zoals een honderdjarige en enkele 90-plussers.

Casus van een deelnemer met een positieve herindicatie

Een Marokkaanse vrouw van 83 jaar met maagklachten, hoge bloeddruk, diabetes, duizelingen en artrose. Zij is meerder malen flauw gevallen en gaat geestelijk en lichamelijk achteruit. Door de artrose wordt zij minder mobiel. Zij vergeet vaak dingen en weet niet meer wat ze moet doen met haar tijd. Haar eenzaamheid wordt versterkt omdat ze geen Nederlands kan spreken. Mevrouw is bang om naar buiten te gaan of in een onbekende omgeving te zijn want dan kan ze geen hulp vragen als er iets gebeurt. Zij kan zelf niet haar huishouding regelen.

Indicatie: 9 dagdelen dagverzorging met vervoer.

2.3. Activiteiten binnen de dagverzorging

Als de activiteiten worden bekeken, is sprake van een bont palet aan activiteiten die verschillen per project; in feite is elk project uniek en cliëntgericht opgezet.

Citaat Surinaamse vrouw, 74 jaar

Wij komen elke donderdagmiddag bij elkaar met onze groep van Surinaamse en Antilliaanse ouderen. We delen lief en leed. Als iemand ziek is, sturen we een kaartje en als we iemand een paar weken niet hebben gezien, bellen we om te vragen hoe het gaat. Op het programma staan recreatieve activiteiten zoals zingen en knutselen, maar er wordt ook voorlichting gegeven over onderwerpen als valpreventie en de WMO.

In willekeurige volgorde zijn de belangrijke activiteiten van de dagverzorging:

- Voorlichting en informatie over algemene zaken die te maken hebben met de Nederlandse regels en wetgeving.
- Voorlichting en informatie over ziektebeelden (in het bijzonder diabetes, psychogeriatric, cva-restverschijnselen), ouderdomsgebreken, medicijngebruik, voeding, over- en ondergewicht.
- Contacten opbouwen met oudere landgenoten en het tot stand brengen van nieuwe netwerken voor vereenzaamde deelnemers. De meeste deelnemers zouden deze contacten niet meer hebben als zij niet naar de dagverzorging gaan.
- Lessen lezen en schrijven in de eigen taal. Een groot deel van de Turkse en Marokkaanse cliënten kan niet in de eigen en in de Nederlandse taal lezen en schrijven.
- Mantelzorgondersteuning variërend van het ontlasten van de partner of kinderen tot en met uitvoerige voorlichting aan mantelzorgers over ziektebeelden, ouderdomsgebreken en hoe daar mee om te gaan. In de allochtone gemeenschappen is weinig kennis over dementie, mogelijkheden van revalidatie na een cva, diabetes, zorghandelingen etc.
- Gezonde voeding; vooral het gezamenlijk eten leidt tot meer gevarieerd en gezonder eten en drinken (de meeste ouderen drinken te weinig). Met name tijdens de Ramadan is het belangrijk ervoor te zorgen dat zieke en zwakke ouderen voldoende en op re reguliere vaste tijden blijven eten en drinken.
- Verzorging (helpen bij incontinentie, meten van bloeddruk en bloedsuiker, gewichtscontroles).
- Toezicht op medicijngebruik.
- Lichaambeweging in de vorm van bewegen voor ouderen, gymnastiek, t'ai chi, nordicwalken etc.

Citaat Surinaamse mevrouw 75+

“Ik ben zo blij dat mijn dochter me heeft overgehaald eens naar de dagopvang te gaan. Het programma is zo gevarieerd en alle deelnemers zijn gezellige mensen. Van nordic walking had ik nog nooit gehoord. Moet je me nu zien, ik kon vroeger nog geen 5 meter lopen, heb last van mijn heup vanwege reuma en stond op de wachtlijst om geopereerd te worden. Ik loop nu vijf maal het traject. Ik kom sinds augustus vorig jaar naar de dagopvang. Zat de hele dag thuis en had er veel last van reuma. Nu hoef ik voorlopig niet geopereerd te worden. Mijn specialist was blij verrast en vroeg mij hoe het kwam dat ik nu veel minder last had van mijn heup. Ik zei: ‘dokter ik doe aan nordic walking en het is zo gezellig, we hebben steun aan elkaar en lachen wat af’. Hij zei: ‘mevrouw blijft u vooral doorgaan met wat u nu doet, ik zie u over een jaar terug!’. Je begrijpt dat ik geen dag van mijn ‘club’ wil missen”.

- Observeren en signaleren van de cliënten; doordat bij de dagverzorging er zorgprofessionals aanwezig zijn, worden ziektebeelden en een eventuele achteruitgang eerder herkend en kan sneller worden ingegrepen.
- Leren omgaan met geld, leren klokkijken.
- Reminiscentieactiviteiten en geheugenspelletjes.
- Het bespreken van de gemeenschappelijke historie (komst naar Nederland, overgang naar een totaal andere samenleving, ervaringen hier).
- Gespreksgroepen.
- Recreatie (zoals borduren, bloemschikken, naaien, tekenen, schilderen, rummikub, sjoelen).
- Naar muziek luisteren en samen zingen.

Citaat Hindoestaans/Surinaamse man, 66 jaar

We zitten daar op maandag en donderdag van een uur 's middags tot een uur of zes. Het is voor alle Surinaamse ouderen in onze deelgemeente. We zijn daar thuis. Je gaat daar, je praat met anderen. Het is heel gezellig en je leert andere mensen kennen. Er wordt gehandwerkt, we doen spelletjes zoals dammen en kaarten. Ik volg er ook muzikles, Indiase muziek. Zingen en spelen op het harmonium. Er worden ook busreizen georganiseerd. We zijn naar de Keukenhof geweest. Het is belangrijk voor Surinaamse ouderen dat ze uit hun huis komen. Daar gaat het om. Het project bestaat nog maar een jaar, maar het is zo'n succes dat de ruimte nu al bijna te klein is."

- Lezen.
- Religieuze feesten.
- Bieden van een veilige en herkenbare omgeving.
- Cliënten helpen bij een veelheid van administratieve rompslomp en telefoongesprekken met Nederlandse diensten en instanties.

Citaat Turkse oudere vrouw

"Sinds mijn man is overleden sukkel ik met mijn gezondheid. Hier onder de salontafel staat een tas vol medicijnen. Per dag gebruik ik twaalf of dertien verschillende medicijnen. Ik word er suf van. Mijn bloeddruk is te hoog en ik beweeg moeilijk. Om te lopen heb ik een rollator nodig. Beneden staat mijn scootmobiel. Die gebruik ik als ik boodschappen doe. Die heb ik te danken aan de inspanningen van de Turkse vrijwilliger bij de dagopvang. Hij begeleidt onze Turkse vrouwengroep die twee keer per week bij elkaar komt. Hij is onze brug naar de samenleving. Hij helpt ons met het invullen van formulieren en met het aanvragen van hulpmiddelen. Het is onmogelijk om zonder hulp alles voor elkaar te krijgen. We komen zoveel problemen tegen die wij niet op kunnen lossen. We krijgen zoveel papieren en briefjes, daar weten we ons geen raad mee. Van de belastingdienst, van de sociale dienst. We nemen alle papieren mee naar de dagopvang.

2.4. Positieve effecten van de dagverzorging voor de deelnemers

Deelname aan de dagverzorging betekent dat er een soort cliëntvolgsysteem ontstaat waarin de cliënt, zijn naasten, de professionals van de zorgorganisatie, de huisarts, specialisten en professionals van de GGZ, zich een beter beeld kunnen vormen van de individuele cliënt, zijn specifieke zorgvragen, en eventuele gewenste behandelingen. Als verwijzingen naar een specialist nodig zijn, kunnen deze beter onderbouwd worden.

De geïnterviewden constateren dat deelname aan de dagverzorging voor de deelnemers zeer positieve effecten heeft op hun gezondheid, welzijn en zorg.

Nadrukkelijk vermeld wordt dat alle deelnemers van de dagverzorging het zeer naar hun zin hebben. Men beleeft de dagverzorging als de plek waar men met lotgenoten in de eigen taal en cultuur zichzelf kan zijn en vrij kunnen praten over het oud worden. Bij een enkele deelnemer is dat niet het geval; hierbij is sprake van een psychiatrisch ziektebeeld.

De meest gehoorde positieve reacties zijn:

- Al binnen enkele weken merken de begeleiders van de zorgorganisaties op dat de deelnemers vrolijker en opgewekter zijn; vooral de alleenstaanden die bijna allen aangaven zich eenzaam te voelen.
- Deelnemers vinden het heerlijk om iets te doen; thuis zitten leidt tot apathie en een achteruitgang van het bewegingsapparaat. Door de dagverzorging zijn ze levenslustiger geworden en wordt er weer gelachen.
- Deelnemers vinden het prettig dat zijzelf voorstellen kunnen doen voor activiteiten en gespreksonderwerpen; voor de meerderheid van de deelnemers is dit een geheel nieuwe ervaring.
- In de veilige en beschermde omgeving van de dagverzorging durven de deelnemers zichzelf te zijn; zij hoeven onder gelijkgestemden hun ouderdomsgebreken niet te verbergen. Zij weten dat ze geaccepteerd worden zoals ze zijn; met hun handicap of ziektebeeld. Zij voelen zich weer iemand in het besef dat ouderdom ook zijn goede kanten heeft in plaats van alleen maar achteruitgang en het zich moeten schikken in het lot. Men (h)erkent de levensfase waarin men zit en kan zijn verhaal kwijt. Dat is in de thuissituatie waar kinderen en andere familieleden bij aanwezig zijn, onmogelijk.
- Alleenstaande oudere vrouwen die zich voorheen nauwelijks in de buitenwereld begaven en zich veelal wegcijferden ten behoeve van hun overleden echtgenoot en kinderen, geven aan zich weer belangrijk te voelen. Men voelt zich gerespecteerd.
- Een bijzondere ontwikkeling die meerdere geïnterviewden opmerken is dat er binnen de groep deelnemers een emancipatieproces ontstaat waarbinnen zij leren om voor zichzelf op te komen. Dit bevordert de zelfredzaamheid en versterkt hun wens om langer thuis te blijven wonen.
- Door de deelname aan de dagverzorging participeren deze ouderen weer aan de samenleving (hoe klein deze ook is binnen de setting van een zorgcentrum of wooncentrum). Daarvoor namen de deelnemers nauwelijks meer deel aan het openbare leven.
- Nadrukkelijk wordt gemeld dat met de opkomst van politieke partijen als TON en PVV en de media aandacht die deze partijen krijgen, deze ouderen een gevoel krijgen van niet-gewenst zijn. Daardoor durven zij nog minder zich in het openbare leven te verkeren dan voorheen. De deelname aan de dagverzorging geeft hen het gevoel van wel gewenst zijn.
- Voor de deelnemers met een psychogeriatrisch ziektebeeld, zorgt de dagverzorging er voor dat hun dagstructuur in tact blijft en dat zij op de dagen dat zij deelnemen, gezond, gevarieerd en verantwoord eten en drinken (minder zout, zoet en vet). Als zij dan op de overige dagen thuis minder goed eten en drinken zijn daarvan de gevolgen minder groot. Enkele geïnterviewde zorgorganisaties melden dat circa 90% van hun deelnemers niet meer in staat is zelf te koken en/of voor het eten te zorgen. Zij rommelen op de dagen dat zij niet deelnemen aan de dagverzorging maar wat aan met koekjes, water en restjes van de warme maaltijd van de dagverzorging die zij meenemen.
- De deelnemers met een niet-psychogeriatrische achtergrond, geven aan weer wat meer grip op hun leven te hebben gekregen (zelfregie).

Door de grote verscheidenheid aan activiteiten binnen de dagverzorging, draagt deze bij aan het emancipatieproces van de deelnemende ouderen.

Citaat zoon van Surinaamse ouderen

“Mijn vader is dementerend en heeft hiervoor op een andere dagopvang gezeten. Wat een verschil. Wat er hier allemaal met en voor hem wordt gedaan is fantastisch. Hij krijgt geheugentrainingen en vooral de gesprekken over vroeger in Suriname doen hem goed. Hij zingt mee met de Surinaamse christelijke liedjes. Hij kan nu aangeven wat hij heeft gegeten; vroeger zei hij dat hij geen eten had gehad. Wij merken aan hem dat hij zich happy voelt. Ook voor mijn moeder van 83 jaar is de dagopvang een uitkomst. Zij is ook vaste bezoeker en zij weet dat pa goed wordt opgevangen”.

2.5. Positieve effecten van de dagverzorging voor de mantelzorgers

De mantelzorgers en overige familieleden zijn eveneens zeer positief over de dagverzorging. Zij geven nadrukkelijk aan dat zij daardoor in staat zijn langer voor hun partner of ouder te kunnen zorgen. Kinderen van de deelnemers geven aan dat zij zich beter kunnen concentreren op hun werk en de zorg voor hun eigen kinderen (die meestal nog schoolgaand zijn).

Het eerste wat de mantelzorgers opvalt, is dat hun partner, vader of moeder weer met goede zin thuis rondloopt. De dag vóór deelname, op de dag zelf en de dag erna, zien zij een opgewekter persoon dan op de andere dagen in de week. De oudere leeft echt toe naar de dag of dagen dat de dagverzorging plaatsvindt.

Kinderen merken op dat hun vader of moeder thuis minder zit te piekeren en zich minder onzeker voelt omdat hij of zij inmiddels weet waar zij terecht kunnen als langer thuis wonen geen optie meer is. Men zegt dat hun vader of moeder er gelukkiger uitziet.

De migrantenouderen - en via hen ook hun kinderen - hebben door de deelname aan de dagverzorging hun weg weten te vinden binnen de Nederlandse ouderenzorg; in die zin dat zij weten dat op de locatie van de dagverzorging er altijd iemand is bij wie zij voor raad en daad terecht kunnen.

Casus van de positieve effecten van dagverzorging voor deelnemer en mantelzorger

Op dagverzorging komt een Surinaams echtpaar waarvan de man flinke geheugenproblemen heeft. Beiden zijn analfabeet; er is nauwelijks mantelzorg aanwezig. Mevrouw kan de problemen met haar man niet meer aan omdat hij de gehele dag vragen stelt en onrustig gedrag vertoont; daardoor lopen de spanningen hoog op. Het echtpaar vindt op de dagverzorging rust en regelmaat. Er komen meerdere mannen en daar voelt mijnheer zich erg prettig bij en is dan rustig. Mevrouw kan met anderen haar problemen delen en dit vindt vooral plaats met de medewerker die uit dezelfde cultuur komt. Mijnheer krijgt geheugentraining en mevrouw doet mee aan yoga. Wanneer er administratieve zaken zijn waar het echtpaar niet uit komt, nemen zij dit mee. De medewerker helpt hen dan verder op weg. Door deelname aan de dagverzorging is het echtpaar in staat samen te blijven wonen omdat mevrouw zich daarbij gesteund voelt in haar zorgen. Wanneer mevrouw zou wegvallen of de situatie thuis niet meer aan zou kunnen, kan mijnheer niet meer zelfstandig wonen en is verblijf in een intramurale instelling noodzakelijk.

2.6. Positieve effecten van de dagverzorging voor de zorgorganisaties

Betrokken zorgorganisaties geven aan dat zij door de intensieve voorbereidingen, een goede en betrouwbare band en netwerk hebben opgebouwd met de culturele gemeenschappen en hun zelforganisaties. Zodoende hebben de zorgorganisaties zich een zeer goed beeld

kunnen vormen over wat de interculturalisatie van de ouderenzorg concreet betekent en welke effecten dit heeft voor het organiseren van zorg, welzijn, wonen en personeelsbeleid. Zo wordt door de zorgorganisaties nadrukkelijk gesteld dat medewerkers van betrokken gemeenschappen zich hierdoor beter thuis voelen binnen het werk, en dat meer respect en begrip ontstaan binnen die gemeenschappen voor de ouderenzorg en voor het werken in de zorg.

De aanwezigheid van oudere migranten van diverse culturen en leeftijdsgroepen, leidt ertoe dat de zorgorganisaties ziektebeelden van de deelnemers eerder en beter leren herkennen en daar respectvol mee om kunnen gaan.

Een nevengevolg is dat door de deelname aan de dagverzorging van migrantenouderen de menukaart voor de warme maaltijden voor de autochtone deelnemers en intramurale bewoners fors is veranderd. De 'spruitjesgeur' is vervangen door vele andere geuren en smaken. Nederlandse ouderen en medewerkers zijn inmiddels grote liefhebbers geworden van warme maaltijden en hapjes uit de diverse culturen. Medewerkers met een niet-Nederlandse afkomst kunnen op het werk in het restaurant inmiddels kiezen uit een grotere variatie aan warme maaltijden.

Door de projecten dagverzorging hebben de intramurale zorgorganisaties hun wachtlijsten kunnen verkleinen. Maar ook hebben daardoor nieuwe groepen cliënten voor wie een intramurale opname noodzakelijk was, toegang gekregen tot deze voorziening. Een bijkomend voordeel is dat bij een achteruitgang van de cliënt, de zorgorganisatie proactief kan optreden en in overleg met de deelnemer, zijn netwerk, huisarts en/of specialist de noodzakelijke zorg direct kan oppakken. Dagverzorging is daarmee een prima vangnet geworden voor, en geeft structuur aan, de meest kwetsbare ouderen. Regelmatig vertellen de ouderen die de dagverzorging bezoeken, dat zij nooit naar een verzorgingshuis willen verhuizen; maar als het echt moet dan alleen naar het huis waar de dagverzorging plaatsvindt.

Met de aanwezigheid van deze nieuwe groepen ouderen, krijgt de locatie extra aantrekkingskracht voor die migrantenouderen die nog twifelen aan een eventuele deelname aan de dagverzorging of aan intramuraal verblijf.

De projecten hebben in hoge mate bijgedragen aan de versnelling van het interculturalisatieproces van de zorginstellingen. Behalve dat de locatie waar de dagverzorging plaatsvindt een veilige en vertrouwde plek is geworden voor de oudere migranten, geven ook de medewerkers van deze culturele groepen aan dat zij deze zorgorganisaties als een prettiger en betere werkplek zijn gaan ervaren. Bovendien wordt de locatie voor vrijwilligers uit genoemde landen eveneens een aantrekkelijke werkplek. Zij brengen extra leven en sfeer in huis.

De deelname van deze groepen ouderen aan activiteiten binnen de intramurale zorgorganisatie heeft een stimulerende werking op het interculturalisatieproces van alle groepen bewoners; gezamenlijke activiteiten brengen de diverse bevolkingsgroepen bij elkaar. Tevens worden de geijkte patronen van het activiteitenaanbod doorbroken en krijgen deze een afwisselend en multicultureel karakter.

Door de projecten dagverzorging en de veelheid van vragen en thema's die de onderzochte groepen ouderen naar voren brengen, zijn de medewerkers van deze projecten een belangrijke communicatiefactor geworden in de ouderenzorg voor de migrantenouderen en hun mantelzorgers.

Daarmee is dagverzorging een onmisbare schakel geworden in de zorgketen voor deze doelgroepen, voor de doorstroming van zorgbehoevende oudere migranten en voor het interculturalisatie van de zorgorganisatie.

2.7. Financiering van projecten voor oudere migranten

Alle projecten zijn AWBZ gefinancierd. De laatste maanden kennen de projecten als gevolg van het wegvallen van indicaties in het kader van de versnelde herindicering en het automatisch aflopen van bestaande indicaties, een negatief exploitatieresultaat. Deze situatie wordt per januari 2010 versterkt omdat dan ook de cliënten die in de overgangsregeling 2009 vallen, hun indicatie verliezen.

Slechts drie van de veertien organisaties hebben in 2009 een kleine subsidie gehad uit gemeentelijke middelen. Voor 2010 heeft tot nu toe één zorgorganisatie een toezegging van de gemeente gehad voor een bijdrage uit de Wmo-middelen. Vijf van hen hebben een subsidieverzoek ingediend of gaan dat doen. De overige zorgorganisaties dienen geen verzoek in voor een financiële bijdrage in het kader van de Wmo omdat op de gemeenten op voorhand hebben aangegeven een aanvraag niet te honoreren. Het argument dat de gemeenten hanteren is dat zij hiervoor niet zijn gecompenseerd door de AWBZ.

De tekorten over 2009 worden door de zorgorganisaties zelf gedragen. Gezien de overige bezuinigingen in de AWBZ geven zij aan dat dit voor 2010 over het algemeen niet mogelijk zal zijn. De enige wijze om de projecten overeind te houden voor de meest kwetsbare niet-geïndiceerde deelnemers, is het invoeren van een eigen bijdrage.

Het weigeren van de groep trouwe deelnemers die geen herindicatie meer heeft gekregen, wordt door de organisaties als laatste, maar zeer ongewenste mogelijkheid gezien.

Alle zorgorganisaties bezinnen zich op alternatieven om de huidige deelnemers, zowel geïndiceerden als niet-geïndiceerden, in 2010 te laten deelnemen aan de dagverzorging.

3. Gevolgen van de pakketmaatregelen

3.1. Cijfers met betrekking tot de (her)indicaties

Onderstaande tabel geeft de stand van zaken weer met betrekking tot de indicaties per 1 september 2009.

Zorgorganisatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	totaal
Deelnemers per project	15	50	85	35	5	134	61	301	300	80	43	75	10	43	1237
a). Niet-geïndiceerde deelnemers								138	149						287
b). Positieve herindicatie met hetzelfde aantal dagdelen	3	3	2	6	1	47	24	53	34	5	33	31		6	248
c). Positieve herindicatie met uitbreiding dagdelen				4				3	3						10
d). Positieve herindicatie met verlaagde dagdelen										5					5
e). Vervallen Indicaties	4	17	47	5	4	74	17	27	34	30	6	7	3	37	312
f). Waarbij bezwaar is ingediend		10	2		3	2	2		20		4			12	55
g). Nieuwe indicaties vanaf medio 2009													2		2
h). Deelnemers in indicatie-proces	8	30	36	20		13	20	80	80	40	4	37	5		373

Bovenstaande tabel wordt hieronder toegelicht (de letters a,b,c,d,e,f,g en h verwijzen naar de linker kolom in de tabel).

a). Van de 1237 cliënten die deelnamen aan dagverzorging, zijn er 287 niet-geïndiceerd. Voor deze groep deelnemers is of wordt voor een deel geen indicatie aangevraagd omdat deze op basis van hun ziektebeeld/ouderdomsproblemen door het CIZ niet gehonoreerd zullen worden. Het betreft voornamelijk ouderen die als 'inlopers' worden gezien. Als de pakketmaatregel niet was doorgevoerd, zou voor een aantal van hen een indicatie begeleiding 'oude stijl' zijn aangevraagd. De zorgorganisaties hadden bij ongewijzigd beleid verwacht dat circa 90% van deze 287 ouderen een indicatie op psychosociale en/of somatische grondslag zouden hebben gekregen als deze zou worden aangevraagd.

b, c en d). Er zijn in de maanden voorafgaand aan de peildatum 575 deelnemers geherindiceerd. In totaal hebben 263 cliënten (ofwel 46%) een herindicatie gekregen waarvan 248 voor eenzelfde aantal dagdelen (b), 10 deelnemers hebben uitbreiding gekregen (c) en 5 deelnemers hebben een minder aantal dagdelen gekregen (d).

Casus van deelnemer die een uitgebreide herindicatie heeft gekregen

Een Turkse vrouw heeft psychische klachten en hoort stemmen in haar hoofd. Daarvoor is zij al jaren in behandeling bij de RIAGG. Zij houdt van een vrolijke sfeer maar wordt onrustig als iemand met problemen komt. Vroeger moest zij om de paar maanden opgenomen worden in een psychiatrische opvang maar dankzij de dagverzorging hoeft het niet meer. De dagverzorging heeft haar goed geholpen bij zowel haar ziektebeeld als de aanvraag voor de herindicatie met als gevolg waarvan zij enkele dagdelen per week meer heeft gekregen. Daarnaast blijft zij een keer per twee weken ambulante behandeling krijgen van de psycholoog van de RIAGG.

e). Bij de in totaal 575 geherindiceerde deelnemers heeft 54% (312 deelnemers) het CIZ negatief beslist.

f). Van de 312 afgewezen indicaties door het CIZ, hebben 55 deelnemers bezwaar aangetekend (of gaan het bezwaar op korte termijn indienen); dit is 17,5%. In de meeste gevallen is de zorgorganisatie betrokken bij het indienen van het bezwaar; in vier gevallen is dit gebeurd door de kinderen van betreffende oudere die op de hoogte zijn van de CIZ-systematiek.

Casus van deelnemer die na afwijzing bezwaar heeft aangetekend

Surinaams/Creoolse vrouw van 87 jaar met cva-restverschijnselen is slecht ter been en maakt gebruik van een scootmobiel. Zij is vergeetachtig, achterdochtig en kan regelmatig agressief zijn. Heeft andere lichamelijke problemen als gevolg van diabetes. Is onder behandeling van internist en specialist van het ziekenhuis. Woont zelfstandig en heeft twee werkende kinderen met een gezin. Door haar deelname aan de dagverzorging krijgt zij structuur aangeboden en is haar diabetes beter onder controle. Enkele maanden geleden is zij tijdens de dagverzorging onwel geworden en kon zij door directe interventie van de medewerkers van de zorgorganisatie snel in het ziekenhuis worden opgenomen.

Bij terugkomst uit het ziekenhuis bleek de herindicatie afgewezen te zijn. Uit de contacten die de medewerker van de dagverzorging is blijven onderhouden met deze mevrouw komt naar voren dat haar vergeetachtigheid toeneemt en dat zij lichamelijk achteruit gaat. Ook heeft zij erge rugpijn en maakt zij vaker een afwezige indruk. De dochter van de ex-deelneemster meldt dat haar moeder dagen slecht eet en de hele dag in haar nachtkleding zit. De werkende dochter kan pas 's avonds bij haar moeder langsgaan omdat zij eerst voor haar eigen kinderen moet zorgen. Mevrouw heeft een telefonische herindicatie gehad waarna afwijzing volgde. De dochter heeft bezwaar ingediend.

g). Er zijn in de laatste maanden tot september nauwelijks nieuwe indicaties door het CIZ afgegeven.

Of er terecht zo weinig indicaties voor nieuwe deelnemers aan de dagverzorging zijn afgegeven, kunnen de zorgorganisaties niet beoordelen. Doordat zij niet betrokken worden bij de indicatiestelling van het CIZ, hebben de zorgorganisaties geen zicht op het indicatieproces. Dit leidt niet tot transparantie in de zorg; terwijl de meeste zorgorganisaties inmiddels zeer ervaren medewerkers in dienst hebben die prima in staat zijn om met de taalproblemen, cultuurverschillen en de daarmee verbonden knelpunten en taboes om te gaan. Met het oog op hun ervaringen met de telefonische herindicaties, spreken de zorgorganisaties unaniem de vrees uit dat veel nieuwe potentiële deelnemers uit genoemde groepen ten onterechte geen indicatie hebben ontvangen.

Casus van deelnemer die geen indicatie heeft gekregen

Chinese man met Parkinson, hartproblemen (onder behandeling van cardioloog en neuroloog) en is afhankelijk van zijn rollator. Hij heeft twee jaar als kluzenaar geleefd. Omwonenden hebben de zorgorganisatie geïnformeerd omdat zij hem nooit meer zagen. Na diverse keren vruchteloos contact te hebben gezocht met hem, heeft de begeleider van de zorgorganisatie tenslotte contact gekregen. Na enkele huisbezoeken is mijnheer gaan kijken op de dagverzorging voor Chinese ouderen. Hij vond het geweldig en een nieuwe wereld ging voor hem open. Door zijn lichamelijke problemen, slechte motoriek en het niet beheersen van de Nederlandse taal kan mijnheer niet zelfstandig functioneren in de buitenwereld. Hij gaf aan dat hij voor het eerst in twee jaar weer een warme maaltijd heeft gekregen en weer contact had met anderen die zijn taal spraken. Voor het eerst sinds twee jaar heeft hij weer gelachen. In de zelfde week is het CIZ op bezoek geweest en heeft mijnheer een afwijzende indicatie gekregen. Sinds die tijd durft mijnheer niet meer te komen want hij is bang om "problemen met de regering te krijgen" als hij naar de dagverzorging komt zonder indicatie. Maandelijks krijgt hij bezoek van de zorgorganisatie maar hij gaat zich steeds verder afzonderen. De laatste keren dat aangebeld werd, wilde hij de deur niet meer openen en sprak alleen met de begeleider van achter de deur. Omwonenden geven aan dat zij hem wederom niet meer zien.

h). Het betreft hier 373 deelnemers die zich per 1 oktober 2009 in het indicatieproces bevonden plus deelnemers waarvoor de herindicatieaanvraag wordt voorbereid en die dit jaar nog wordt ingediend. Overigens zijn er flinke verschillen tussen de CIZ-regio's met betrekking tot de stand van zaken rond de snelheid van het afhandelen van de herindicaties. De geïnterviewde zorgorganisaties gaan op basis van hun ervaringen rond het proces van herindicaties er van uit dat minimaal tussen de 55% en 60% van de ingediende of nog in te dienen herindicaties zal vervallen. Daarmee stijgt het aantal weggevallen indicaties naar meer dan 54%.

Algemene opmerking met betrekking tot de cijfers:

- Het aantal vervallen indicaties verschilt sterk per project. Er zijn projecten waarvan het aantal geïndiceerde deelnemers terugloopt met meer dan 80%. Er zijn overigens geen projecten waarvan meer dan 60% van de deelnemers een positieve herindicatie heeft gekregen.
- In de enquête was tevens gevraagd naar aantallen deelnemers en weggevallen indicaties over 2007 en 2008. De antwoorden op deze vraag leverden geen vergelijkbare informatie op omdat bij alle projecten alleen sprake was van een groei van het aantal deelnemers die bijna allen beschikten over een CIZ-indicatie psychosociaal, somatiek of een combinatie van beide. Er was tot medio 2009 geen sprake van het wegvallen van indicaties.

3.2. Redenen voor verdere afname van aantal deelnemers

Naast het vervallen van herindicaties en de lage instroom van nieuwe deelnemers is er nog een tweede oorzaak voor het afnemen van het aantal deelnemers. Als zorgorganisaties afgefallen deelnemers bij het wegvallen van de indicatie aanbieden te mogen blijven deelnemen aan de dagverzorging tegen een kleine eigen bijdrage, ontstaan nieuwe knelpunten. Want door het invoeren van eigen bijdragen in de vorm van bijvoorbeeld een abonnementsysteem van enkele euro's per maand, plus de kosten van vervoer via een wijkbus of buurttaxi (variërend van € 3,- tot € 4,50 per dag) en voor de warme maaltijden (variërend van € 3,50 tot € 5,50 per maaltijd), haakt alsnog een deel van deze cliënten af. De belangrijkste reden hiervoor is een laag inkomen vanwege onvolledige AOW en geen of weinig opgebouwde pensioenrechten.

Sleutelpersonen en zorgorganisaties horen van vooral Turkse en Marokkaanse vrouwen dat zij het vervoer van en naar de dagverzorging met een buurttaxi of wijkbusje met voor hen onbekende passagiers, als een grote drempel ervaren. Daarnaast zijn de rijtijden meestal langer omdat men een dergelijke bus moet delen met passagiers die naar wijken verderaf vervoerd moeten worden. Langere rijtijden zijn een beperking voor ouderen met psychogeriatrische en incontinentieproblemen. Thema's als schaamte spelen hierbij een zeer grote rol.

Twee organisaties maken melding van oneerlijke concurrentie door dubieuze PGB-bureau's die met mooie woorden en aanlokkelijke aanbiedingen cliënten overhalen gebruik te maken van hun diensten. Daarmee verdwijnen cliënten uit zicht en de kans bestaat dat zij niet meer die zorg en aandacht krijgen die zij nodig hebben.

3.3.. Gevolgen wegvallen indicaties voor cliënten

De cliënten die een afwijzing van de indicatie hebben ontvangen begrijpen niet waarom zij geen nieuwe indicatie hebben gekregen. Ondanks dat sleutelpersonen en zorgorganisaties de werking van de CIZ in de eigen talen hebben uitgelegd, snappen de deelnemers het systeem van indiceren niet. Omdat men dacht dat men een indicatie had en hun eigen gezondheidssituatie niet verbeterde was in hun ogen een herindicatie op hen niet van toepassing.

De cliënten bij wie de indicatie voor dagverzorging is vervallen, reageren onthutst omdat zij zich ziek voelen of ziek zijn, en niet meer mogen of kunnen deelnemen. Zij zijn bang dat de opgebouwde hechte sociale contacten verdwijnen, zij daardoor vereenzamen en dat zij de contacten met de andere deelnemers verliezen. Deelnemers aan de dagverzorging zijn elkaar als vrienden en vriendinnen gaan beschouwen.

Omdat er ook deelnemers zijn die wel een herindicatie hebben gekregen, ontstaat jaloezie en verontwaardiging. "Ik ben ook ziek en waarom mag zij wel en ik niet meer komen?".

Men voelt zich niet meer welkom of uitgesloten en komt in een slachtofferrol terecht.

Bij enkele zorgorganisaties blijven de inmiddels niet meer geïndiceerde deelnemers toch aanlopen; ze smeken of ze niet binnen mogen komen en kunnen hun verdriet onmogelijk verbergen omdat men de groep mist. De groep was voor hen nog het enige sociale contact.

De deelnemers die wel een positieve herindicatie hebben gekregen voelen zich daardoor hoogst ongemakkelijk en laten deze cliënten toch binnen.

Door deelname aan de dagverzorging kon elk geval op enkele dagen per week de cliënt rekenen op een dagstructuur met toezicht op medicijngebruik, zelfzorg, voeding en gewichtscontrole, evenals training om daar beter mee om te gaan. Voor cliënten met een beginnend of licht psychogeriatrisch ziektebeeld en met sociaalpsychische beperkingen, bleek dit zeer zinvol te zijn.

Bijna alle projecten dagverzorging hebben op hun programma bewegen voor ouderen staan. Bewegen is essentieel voor deze groep waar overgewicht en weinig lichaamsbewegingen relatief veel voorkomt. Bewegingsoefeningen zijn erg populair onder de doelgroep en zorgen ervoor dat zij soepeler en mobieler blijven.

Het niet meer deelnemen aan de dagverzorging zal er voor een deel van de cliënten toe leiden dat zij onregelmatig of slecht gaan eten en drinken en hun persoonlijke verzorging gaan verwaarlozen. In het bijzonder voor de diabetici kan dit vanuit medisch oogpunt gevaarlijk zijn.

Bij alleenstaanden is duidelijk sprake van een dreigende toename aan depressiviteit. Vooral onder Turkse en Marokkaanse oudere vrouwen waren eenzaamheid en gebrek aan regiemogelijkheden de belangrijkste redenen om deel te gaan nemen aan de dagverzorging. Bij een deel van de ex-clieënten wordt dan ook verwacht dat er sprake zal zijn van frequenter huisartsenbezoek en meer verwijzingen naar een GGZ-instelling door de huisarts vanwege

een versterking van psychiatrische en psychosociale problemen. Omdat daar bij veel ouderen uit deze culturen een taboe op rust, kan de situatie thuis en binnen de familie van deze ouderen gaan escaleren.

Onder de 'afhakers' bevonden zich ook de wat gezondere ouderen die extra sfeer en leven brachten in het project en lichte vrijwilligerswerkzaamheden uitvoerden. Hun wegblijven, heeft een negatief effect op de groep. De kwetsbare ouderen met indicatie krijgen daardoor het gevoel dat hun vrienden/vriendinnen hen niet meer willen ontmoeten wat in de culturen van deze cliënten als uitermate pijnlijk wordt ervaren.

Citaat Surinaamse vrouw van 71 jaar

"Ik wil leeftijdsgenoten ontmoeten. Ik geniet van elke dag. De dagopvang is heel erg belangrijk voor mij. Anders zit ik maar alleen. Ik kom elke dag. Het is goed om bij elkaar te zijn. We handwerken. We praten, lachen, zingen. Deze mensen zijn mijn familie nu".

Cliënten zijn erg onzeker geworden over hun toekomst terwijl juist door deelname aan de dagverzorging hun gemoedrust veel beter was geworden. Voor veel van de weggevallen cliënten was de zorgorganisatie de enige plek waar zij zich veilig en prettig voelden.

3.4. Gevolgen wegvallen indicaties voor mantelzorgers

In het algemeen wordt door het sociale netwerk van partners, kinderen, kleinkinderen, vrijwilligers, naasten en burens, met boosheid en verbazing gereageerd op het vervallen van de indicatie. Men verwijt de zorgorganisatie dat zij haar werk niet goed heeft gedaan en geeft blijk van een sterk verminderd vertrouwen in de zorgorganisatie en haar medewerkers.

Bij de ex-deelnemers waarvan de kinderen contact hebben met de zorgorganisatie, is door de kinderen aangegeven dat zij graag de contacten willen aanhouden om op de hoogte te blijven van spreekuren en ontmoetingsactiviteiten. Van de eventuele partners van deze ex-deelnemers wordt dit niet verwacht.

Vooraf de (klein)kinderen van dementerende ouderen maken zich erg ongerust over hoe zij om moeten gaan met hun vader, moeder opa of oma als deze niet meer kan deelnemen aan de dagverzorging.

Zij hebben veelal weinig zicht op ziektebeelden en de daarmee verbonden complicaties, en hoe zij daar mee om zouden kunnen gaan.

Geconstateerd wordt dat de kinderen die eventueel wel in staat zouden zijn om deels voor hun ouder te zorgen, ook die kinderen zijn die werk hebben, een gezin hebben en die maar een beperkte tijd hebben deze mantelzorgtaken uit te voeren. In deze gevallen werken vaak beide partners.

Een andere constatering is dat een deel van de onderzochte groepen ouderen kinderen heeft die net als zij zich in een sociaaleconomische kwetsbare situatie bevinden. Alles is erop gericht om te overleven en extra geld of steun voor de ouder is niet aanwezig.

Meerdere signalen zijn door kinderen afgegeven dat zij hun vader of moeder niet alleen thuis durven te laten; en hen ook niet in hun eigen huis willen te halen als zij overdag aan het werk zijn.

Een andere duidelijke reactie van kinderen is dat zij er nu alleen voor staan en maar beperkte mogelijkheden voor mantelzorg hebben. Zij krijgen het gevoel dat zij hun vader of

moeder teleur moeten stellen. Dat weegt zwaar. Daardoor zullen onnodig spanningen en conflicten binnen de familie ontstaan waardoor mantelzorgactiviteiten nadelig beïnvloed worden.

Een uitgebreide mantelzorg door (klein)kinderen neemt binnen deze gemeenschappen merkbaar af. Dit komt door drukke banen, zorg voor de eigen kinderen en de afstanden. Steeds vaker wonen (klein)kinderen niet meer in dezelfde stad of omgeving als hun oudere familieleden.

Citaat onderwijzeres en dochter van Surinaamse oudere

“Mijn moeder begint te dementeren en zit nu gelukkig enkele dagen per week op de dagverzorging. Toen ze nog hele dagen thuis zat moest ik in elke pauze, en soms of wel vaker, haar bellen om te controleren of ze haar medicijnen wel had ingenomen en voldoende at en dronk. Dat leidde mij enorm af van mijn werk en daar kreeg ik problemen mee. Nu kan ik me veel beter op mijn werk concentreren”.

Een aantal deelnemers kan rekenen op de burens die helpen bij het opendoen als het busje 's morgens de deelnemer aan de dagverzorging komt ophalen en zij staan klaar als de oudere 's middags daarvan terugkeert. Ook doen zij lichte boodschappen en waarschuwen zij de familie als ze vermoeden dat hun vader of moeder ziek is. Veel meer kunnen de burens niet doen blijkt uit de praktijk.

3.5. Gevolgen wegvallen indicaties voor de zorgorganisaties

De zorgorganisaties vrezen het meest dat cliënten uit beeld verdwijnen en dat zij hen pas terugzien als hun geestelijke en/of lichamelijke situatie heeft geleid tot ziekenhuisopname of aanvraag voor tijdelijk of permanent intramuraal verblijf.

Verder konden zij op de dagen dat deze cliënten aanwezig waren, observeren of er sprake was van zelfzorg, vooruitgang of van een achteruitgang van de lichamelijke of geestelijke situatie van de bezoeker. Men kon dan eenvoudig een interne deskundige (verpleeghuisarts, fysiotherapeut, diëtist etc.) om advies vragen of een de huisarts raadplegen. Dit kan nu niet meer en het opzetten van ketenzorg voor deze doelgroep is daarmee onmogelijk geworden.

Een ander belangrijk aandachtspunt is dat men de deelnemers ertoe kon bewegen om in overleg met de huisarts een nieuwe of uitgebreide indicatie aan te vragen. Bekend is dat veel huisartsen de systematiek van de indicatiestelling onvoldoende kennen of geen tijd hebben om daarvoor een uitgebreide rapportage aan te leveren.

Omdat de zorgorganisaties hun spreekuren blijven openhouden voor deze weggevallen cliënten, vermoedt men dat deze groep (ex-deelnemers en hun kinderen) vaker naar het spreekuur zullen komen omdat men de medewerkers persoonlijk kent en omdat zij de taal spreken. Dit betekent een taakverzwaring voor de zorgorganisaties.

De zorgorganisaties hebben sterk de indruk dat juist de licht dementerende allochtone ouderen de 'boot hebben gemist' omdat zij bij de telefonische (her)indiciestelling ontwijkende antwoorden hebben gegeven. Terwijl dit de groep bij uitstek is waarvoor deelname aan de dagverzorging het meest ideale middel is om hen, ondanks hun beperkingen, langer thuis te laten wonen.

Voor de medewerkers van de projecten dagverzorging voorzien de zorgorganisaties geen problemen. De medewerkers met een vast contract kunnen bij het wegvallen of inkrimpen van de projecten binnen de organisatie herplaatst worden. Een enkele medewerker met een tijdelijke arbeidsovereenkomst loopt het risico dat het contract niet verlengd wordt.

Bij elk project zijn één of meer vrijwilligers betrokken. De zorgorganisaties verwachten dat zij deze vrijwilligers kunnen behouden. Als tegemoetkoming voor hun inzet ontvangen de vrijwilligers bijzondere attenties (zoals het kerstpakket, jaarlijkse uitstapje of vrijwilligersfeest, soms een gratis maaltijd of een kleine vergoeding).

Alle zorgorganisaties hebben voorafgaand aan de start van de dagverzorging uit eigen middelen geld en energie gestoken in de voorbereidingen, planning en organisatie van de projecten voor deze doelgroepen.

Veel tijd is besteed aan het leggen van contacten, het opbouwen van een netwerk maar vooral ook aan het afleggen van huisbezoeken door een medewerker uit de betreffende cultuur (al of niet in het bijzijn van een tolk), om de wensen en behoeften van de potentiële deelnemers te inventariseren, de indicatieaanvraag voor te bereiden en - wat het belangrijkste is - om het vertrouwen te winnen met zowel de individuele cliënt als zijn gemeenschap.

De medewerkers (van mensen op de werkvloer tot en met managers) hebben binnen de eigen organisatie veel werk moeten verzetten om deze projecten te realiseren zoals het opknappen en inrichten van geschikte ruimten, aanschaf van busjes, verandering van kookprocessen en ingrediënten in de keukens en aannemen van nieuwe medewerkers. Vaak was het pionierswerk dat door zeer gemotiveerde medewerkers is verricht en veelal buiten de reguliere werkuren viel.

Juist door deze houding en inzet hebben zij een goede reputatie opgebouwd met de hen omringende culturele doelgroepen.

Omdat de meeste cliënten taalproblemen kennen en het Nederlandse zorgsysteem niet begrijpen, krijgt een aantal zorgorganisaties last van reputatieverlies omdat zowel cliënten als hun kinderen het de zorgorganisatie verwijten dat de herindicatie negatief is uitgevallen. Er is veel boosheid en onrust ontstaan bij de cliënten en hun netwerk over het wegvallen van de indicaties.

Daar komt bij dat het CIZ aangeeft geen tijd te hebben om dit aan de betreffende cliënten en hun naasten uit te leggen en hen doorverwijst naar de zorgorganisatie. Dat heeft tot gevolg dat zij voor de, inmiddels niet-geïndiceerde, cliënten extra en ongesubsidieerd werk moeten verzetten om hun goede naam binnen de gemeenschap te herstellen en het vertrouwen weer te herwinnen.

4. Toekomstperspectief

4.1. Toekomstperspectief projecten

De meeste zorgorganisaties hebben bij de veranderende regelgeving in 2008 en 2009 een subsidieverzoek ingediend bij de gemeente. Slechts enkele hebben een kleine bijdrage gekregen. Door de overige bezuinigingen op de zorginstellingen is de bereidheid van deze organisaties om verder eigen geld te steken in de projecten dagverzorging aan het afnemen. De meeste geven aan dat zij in 2010 duidelijkheid willen hebben over het verdere verloop van een transparant en gedegen indicatieproces evenals over het lokale gemeentelijke Wmo-beleid. Hoewel elke zorgorganisatie contacten heeft met de verantwoordelijke wethouders, ambtenaren en met de lokale Wmo-raad, wordt geconstateerd dat Wmo-beleid voor deze groepen ouderen ontbreekt. De vrees wordt uitgesproken dat eind 2010 projecten beëindigd zullen worden.

Casus van deelnemer die geen indicatie heeft gekregen

Een Marokkaanse vrouw nam regelmatig deel aan de dagverzorging waardoor haar lichamelijke situatie verbeterde. Dat kwam omdat tijdens de dagverzorging veel aandacht werd besteed aan haar medicijngebruik en de zorgorganisatie daarover contact onderhield met de apotheek. De bloeddruk van mevrouw ging omlaag en zij had minder last van hoofdpijn en andere lichamelijke pijnklachten.

“.....opeens mocht ik niet meer komen. Ik snap er niets van en mijn huisarts ook niet. Ik ga nog steeds terug naar de dagverzorging en vraag of ik alsjeblieft naar binnen mag en of ze de huisarts voor mij willen bellen. Nu voel ik me somber en mijn bloeddruk is weer hoog; alles doet pijn en ik blijf soms dagen in bed. Mijn zoon moet mij helpen volgens het CIZ, of mijn man, maar beiden zijn nooit bij mij thuis. Ze snappen mij niet en ik ben erg verdrietig....”

De zorgorganisaties kunnen bij het wegvallen van indicaties kiezen uit de volgende mogelijkheden:

- Stoppen met een project.
- Het uitsluitend toelaten van cliënten met een indicatie.
- Het samenvoegen van projecten; genoemd wordt het integreren van dagverzorging voor intramurale en extramurale allochtone en autochtone ouderen en het vergroten van de groepen.
- Het samen met de eigen organisaties opzetten van soos- en ontmoetingsactiviteiten voor deelnemers die geen indicatie meer hebben gekregen. Deze activiteiten hebben echter een lagere frequentie (eens per week of per maand) dan de dagverzorging.
- Het instellen van een soort zorgabonnement of eigen bijdrage van de cliënten ter dekking van een deel van de kosten.
- Het indienen van een aanvraag voor financiële bijdrage uit de Wmo-gelden bij de (deel)gemeente.
- Het indienen van een subsidieaanvraag bij een fonds.
- Het voortzetten van het project met een grotere eigen bijdrage uit de eigen financiële middelen.
- Het zoeken naar een nieuwe creatieve opzet voor de projecten.

De veertien geïnterviewde organisaties hebben bijna allemaal de keuze gemaakt voor een mix van bovenstaande mogelijkheden. Op één zorgorganisatie na zeggen alle door te gaan met de projecten dagverzorging voor oudere migranten omdat men het onverantwoord vindt de cliënten buiten de deur te houden met het oog op hun lichamelijk en geestelijk welzijn. Dit geldt zowel voor de geïndiceerde als niet-geïndiceerde deelnemers. Bij de langer lopende projecten zijn er deelnemers die al meer dan tien jaar naar de dagverzorging komen.

Wel streeft men er naar om bij nieuwe aanmeldingen vooral te letten op deelnemers met geldige indicatie. Een aantal organisaties zegt te stimuleren dat de niet-geïndiceerden langzaam hun deelname moeten gaan beëindigen. Men ziet er erg tegen op om deze boodschap over te brengen, maar gezien de overige bezuinigingen en het ontbreken van alternatieven kunnen zij niet anders.

Bij de nieuwe aanvragen voor een indicatie voor de dagverzorging, pleiten de zorgorganisaties er voor dat het CIZ hen daarbij betreft omwille van een goede onderbouwing van de aanvraag. Het blijven toelaten van nieuwe niet-geïndiceerden is voor de meeste zorgorganisaties geen optie meer gezien de kosten. Zij geven wel aan dat zij selectief hiermee om willen gaan als zij signalen krijgen uit de gemeenschap dat deelname voor bepaalde cliënten echt noodzakelijk is.

Bijna elke zorgorganisatie is bereid om voor het exploitatiejaar 2009 en 2010 nog eigen middelen te steken in de cultuurspecifieke dagverzorging maar voor 2011 ziet men daar geen of nauwelijks meer mogelijkheden toe. Het jaar 2010 zien zij als een overgangsjaar naar een nieuwe situatie waarin geëxperimenteerd wordt met een aangepaste opzet en waarin men ervaring op wil doen met Wmo-gelden voor deze doelgroepen. Het samenwerken met zelforganisaties van (oudere) migranten is daarbij voor de meeste zorgorganisaties een belangrijk uitgangspunt.

Zeker de helft van de geïnterviewde organisaties gaat een eigen bijdrage vragen voor deelname aan de dagverzorging van niet-geïndiceerde ouderen. Maar men vreest dat daardoor de meest kwetsbare ouderen niet meer zullen komen. In de grote steden zijn er nog dagverzorgingsprojecten die op loopafstand liggen; voor de projecten met een regionale functie worden de kosten voor het vervoer een groot knelpunt voor de zorgorganisatie of voor de individuele cliënt.

Enkele zorgorganisaties hebben fondsen aangeschreven maar deze fondsen verstrekken slechts een kleine aanvulling op de aanschaf van materialen en specifieke activiteiten die aansluiten op het doel van betreffende fonds.

4.2. Wijkcentra, welzijnswerk en eigen organisaties

Drie geïnterviewden hebben van enkele cliënten die waren afgewezen gehoord dat deze naar de lokale MEE-instelling zijn gegaan. MEE verwees hen vervolgens naar de lokale welzijnsinstelling, buurtcentrum of eigen organisatie. De ouderen die de stap naar het welzijnswerk hebben gezet, zijn hoogstwaarschijnlijk ook die ouderen geweest die terecht geen indicatie hebben gekregen. Na een bezoek aan het wijk- of buurtcentrum hebben zij aangegeven daar voortaan van af te zien. Daarbij noemden zij de volgende redenen:

- Geen specifieke en culturele activiteiten voor ouderen op dagen en tijden dat zij daar naar toe kunnen gaan.
- Over het algemeen te jong publiek (in de ogen van 75-plussers).
- Te druk, te chaotisch en te veel lawaai.
- Te veel vreemde bezoekers (geheel andere doelgroepen uit de wijk) voor wie het buurtcentrum ook een opvangfunctie heeft.
- Het welzijnswerk werkt het liefst voor en met bezoekers die actief zijn en voor algemene activiteiten komen.
- Binnen het welzijnswerk is geen toezicht op en ervaring met betrekking tot ouderen met hun gebreken en ziektebeelden.
- Ouderen merken dat wijkcentra liever geen bezoekers binnen zien komen met psychogeriatrische of incontinentieproblemen en met een slechte mobiliteit.

Als deze wat meer zelfstandige ouderen zich al niet thuis voelen in het buurt- of wijkcentrum; zegt dat voldoende over die ouderen die kwetsbaar zijn en die zonder begeleiding of vervoer daar niet naar toe kunnen gaan.

Citaat Marokkaanse man, 64 jaar

“Het is jammer dat er in Heerlen en omgeving geen speciale voorzieningen zijn voor Marokkaanse ouderen. We missen een plek waar ouderen terecht kunnen, waar ze bij elkaar kunnen zitten en een kopje thee kunnen drinken. De enige plaats waar de mensen nu welkom zijn is de moskee”.

De religieuze instellingen van de diverse allochtone gemeenschappen vangen ouderen regelmatig op en zorgen voor het vervoer. Maar het betreft dan uitsluitend het bijwonen van kerk- of gebedsdiensten.

Zelforganisaties staan nog beperkt open voor hun ouderen omdat zij weinig ervaring hebben in het omgaan met en activiteiten voor de meest kwetsbare ouderen. Binnen de Surinaamse en Molukse gemeenschap hebben de zelforganisaties op dit punt meer ervaring dan binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap.

Citaat sleutelpersoon uit de Molukse gemeenschap

“Wij maken ons grote zorgen over de ontwikkelingen in de cultuurspecifieke dagverzorging. Deze heeft niet alleen de functie om mensen een zinvolle en plezierige dagbesteding te bieden en hen uit het sociaal isolement te halen. Maar ze zijn ook heel belangrijk om signalen vroegtijdig op te pakken, mantelzorgers te ontlasten en ouderen en hun mantelzorgers kennis te laten maken met de reguliere zorg”.

4.3. Alternatieven

Alternatieven voor de dagverzorging liggen niet voor het oprapen. Bijna alle projecten zijn ontstaan binnen zorginstellingen omdat deze beschikken over een goede organisatie van de zorg, relevante netwerken, geschikte ruimten, vervoer, keukens en deskundig personeel dat bekend is met dagverzorging voor Nederlandse doelgroepen. Deze situatie staat samen met de inzet van sleutelpersonen en zelforganisaties uit de migrantengemeenschappen mede aan de basis van een succesvolle aanpak. Veel tijd, energie en geld hebben zelforganisaties en zorgorganisaties gestoken in een goede voorbereiding en ontwikkeling van de onderzochte projecten voor de doelgroep migrantenouderen. Juist daardoor zijn deze projecten zo goed verlopen en kunnen ze rekenen op een grote belangstelling vanuit deze gemeenschappen.

Alternatieve projecten voor niet-geïndiceerde ouderen zullen buiten de AWBZ-sfeer vallen en grotendeels opnieuw ontwikkeld moeten worden. Algemene welzijnsvoorzieningen zijn nog niet toegerust op deze doelgroep vanwege taalproblemen en ouderdomsgebreken van de deelnemers, en het gegeven dat de huidige groepen ouderen zich absoluut niet prettig voelen in een openbaar gebouw.

Creativiteit van deelnemers en hun mantelzorgers wordt op dit moment minimaal geacht vanwege de genoemde culturele en taalkundige beperkingen en de beperkte kennis onder deze groepen van (de innovatie) van het Nederlandse zorg- en welzijnsysteem. De oplossing zal dus gevonden moeten worden bij zorgorganisaties en zelforganisaties die wel ervaring hebben met het organiseren van (vernieuwende) specifieke activiteiten voor ouderen.

Enkele zorgorganisaties en zelforganisaties hebben daar al de eerste voorzichtige stappen in gezet.

Met betrekking tot de gevraagde creativiteit zijn de volgende suggesties gedaan:

- Het op zoek gaan naar andere en nieuwe partners zoals een woningcorporatie, wijkorganisatie of welzijnsinstelling die voor deze doelgroep een afzonderlijk project wil starten (maar *niet* in een algemeen buurthuis of wijkcentrum).
- Het opzetten van een netwerk van vrijwilligers voor huis-aan-huis bezoeken bij ouderen uit de eigen cultuur. Dit met het doel om de ouderen te kunnen blijven volgen, om - indien nodig - deskundigen in te schakelen en om familie te waarschuwen als zaken misgaan. Een dergelijk netwerk kan tevens prima fungeren als vangnet voor ouderen die tussen wal en schip dreigen te vallen met het wegvallen van hun indicatie voor dagverzorging.
- Het trainen van mantelzorgers van zowel geïndiceerde als niet-geïndiceerde ouderen met betrekking tot ziektebeelden (vooral dementie en diabetes), tiltraining, lichamelijke en persoonlijke verzorging en medicijngebruik.
- Het werven van meer vrijwilligers die ingezet kunnen worden bij de projecten dagverzorging en bij soos- en ontmoetingsactiviteiten voor deze doelgroepen in het woonzorgcentrum. Zodoende hoopt men de contacten met de niet-geïndiceerde doelgroep te behouden.
- Het organiseren of open houden van spreekuren met medewerkers die de taal spreken van migrantenouderen. Men hoopt hiermee de cliënten die de weg hebben gevonden naar de zorgorganisatie, te kunnen blijven helpen met de bureaucratische rompslomp en om te kunnen zien of de gezondheid van de cliënt niet achteruit gaat. Mocht dit wel het geval zijn dan kan de zorgorganisatie de cliënt adviseren een nieuwe indicatie aan te vragen en daarbij ondersteuning geven.

Op enkele plaatsen in Nederland zijn inmiddels positieve ervaringen opgedaan met activiteiten voor ouderen door zelforganisaties van hun eigen nationaliteit en door eigen ouderenorganisaties. Deze kunnen tot voorbeeld dienen.

Bij welgeteld één deelnemer wiens indicatie onlangs is vervallen, heeft een van de kinderen aangeboden de gehele kosten van deelname voor zijn rekening te willen nemen. Het betreft hier een zakenman van Turkse afkomst die het te druk heeft om de zorg voor zijn ouder op zich te nemen.

4.4. Verdere verdieping in cultuurspecifieke en cultuursensitieve factoren

Naast de reeds eerder genoemde taalproblemen en gebrek aan kennis over het Nederlandse zorgsysteem, spelen culturele factoren een grote rol bij de onderzochte groepen.

Deze generatie cliënten is niet gewend open te zijn over ziekten en ouderdomsproblemen. Als je oud wordt accepteer je de gebreken die ermee gepaard gaan; je mag niet klagen en wilt anderen niet tot last zijn. Zelfs aan de huisarts wordt door de onderzochte groepen beperkt informatie gegeven over knelpunten op geestelijk en lichamelijk gebied.

Pas bij een vertrouwensrelatie die na een langere periode is opgebouwd, kan er gesproken worden over persoonlijke onderwerpen. Dat betekent dat een indicatieadviseur van het CIZ meestal niet die informatie krijgt die nodig is voor een juiste en adequate indicatiestelling. Omdat medewerkers van de dagverzorgingsprojecten toegang hebben tot de cliënt en kunnen observeren en signaleren wat de cliënt mankeert, zijn zij de aangewezen personen voor samenwerking met het CIZ om te komen tot een juiste en betrouwbare indicatiestelling.

Familieleden van de te (her)indiceren cliënten hebben in het algemeen erg weinig inzicht in hoe indicatieprocedures werken en kunnen niet voor of namens hun ouderen spreken; dat past niet in hun cultuur want als kind mag je alleen de mening van je ouders beamen, respecteren en zeker niet tegenspreken. Tevens zijn zowel de deelnemers als hun kinderen geneigd om bij het telefonische indicatiegesprek de gezelligheid te benoemen van de dagverzorging. Het tonen van dankbaarheid voor de zorgorganisatie die het in hun ogen zo goed doet, staat op de eerste plaats en niet het praten over de tekorten aan zelfzorg van de oudere en zijn lichamelijke en geestelijke beperkingen. Men geeft daarmee sociaal wenselijke of ontwijkende antwoorden op de vragen van de indicatiesteller. Vervolgens is de kans op een afwijzing van de indicatie aanzienlijk.

Sleutelpersonen vanuit de betrokken culturele groepen kunnen een belangrijke rol spelen als intermediair en cultuurtolk tussen de individuele cliënt, de zorgorganisatie en de indicatiecommissie.

Als er een duidelijke diagnose is gesteld en men heeft zichtbaar en aantoonbaar een lichamelijke ziekte of gebrek, is men in de onderzochte culturen eerder bereid daar met een derde over te praten. Maar spreken over spanningen binnen de familie, over kinderen met wie het slecht gaat, over agressie en psychiatrische of sociaalpsychische problemen, doet men het liefste niet. Culturele opvattingen over wat afwijkend gedrag is belemmeren in hoge mate het raadplegen van een GGZ-deskundige voor diagnose, advies of behandeling.

Het Nederlandse uitgangspunt van zelfregie past helemaal niet bij de ouderen binnen deze culturen. Deze groep ouderen is gewend om zichzelf allereerst te zien als lid van het gezin en de familie. Wanneer iets geregeld moet worden, zal dat moeten passen binnen de culturele normen en waarden van de familie gezamenlijk. Familieopvattingen staan centraal voor de ouderen en men zal alles in het werk stellen om knelpunten en problemen binnenshuis op een eigen wijze en in harmonie op te lossen. Dit kan leiden tot uitstel van belangrijke besluiten.

De geïnterviewde sleutelpersonen en zorgprofessionals zien een duidelijke afname van de bereidheid bij de huidige generatie kinderen van de onderzochte ouderen om voor hen te zorgen en hun vader of moeder in het gezin en hun huis op te nemen. Het beeld dat de Nederlandse samenleving en beleidsmakers hebben van mantelzorg binnen de migrantengemeenschappen is inmiddels sterk aan het wankelen hoewel het praten daarover zeer moeizaam tot stand komt.

Daarbij speelt mee dat een deel van de kinderen van deze ouderen in Nederland alleen met hun ouders zijn opgegroeid en niet in het gezelschap van hun oma's en opa's. Daardoor hebben zij zich een onvoldoende beeld kunnen vormen van wat zorgen voor ouderen bij eerdere generaties binnen de familiesfeer betekent. Hun ouders die nu in Nederland oud zijn geworden, denken vaak nog in oude culturele patronen en dat hun kinderen wel voor hen zullen zorgen. Het besef dringt langzaam bij een deel van deze ouderen door dat dit niet meer op dezelfde wijze als vroeger zal gebeuren.

Kinderen geven bij de zorgorganisaties duidelijk aan dat zij qua financiën en tijd beperkt zijn, en dat zij een andere visie op de zorg voor hun ouders hebben dan de generaties voor hen. Overigens wordt erkend dat alleen al het deelnemen aan een dagverzorging voor veel ouderen en hun kinderen al een doorbreking van een taboe is.

Voorts zijn er sociale en culturele barrières om openlijk te spreken over het onderwerp eenzaamheid; als je als oudere zegt dat je eenzaam bent en weinig familiebezoek krijgt, maak je daarmee de hele familie tot schande. Dus daar praat je in principe niet over; en al helemaal niet tegenover derden. Doe je dat wel dan krijg je het verwijt dat je de "vuile was buiten hangt".

Groepsvorming neemt een belangrijke plaats in bij de dagverzorging. Doordat men daar vaak al jarenlang aan deelneemt, is er een hechte groep ontstaan van ouderen die onder elkaar wat meer durven los te laten over hun problemen, hun zorgen over de toekomst en

over het ouder worden. Als opeens deelnemers geen indicatie meer hebben en niet meer kunnen deelnemen, brengt dat erg veel emoties en onrust binnen de groep teweeg.

Bovenstaande houdt sterk verband met eenzaamheid en isolement bij een deel van vooral oudere vrouwen. Dat was bij de indicatiestelling de belangrijkste reden voor deelname aan dagverzorging bij Turkse en Marokkaanse oudere vrouwen die geen partner meer hebben. Hun gevoel van eenzaam zijn en isolement kunnen voor een groot deel verklaard worden uit het gegeven dat bij deze generatie vrouwen hun echtgenoot meestal diegene was die zorgde voor boodschappen en de contacten met de buitenwereld. Wanneer deze echtgenoot wegvalt, staat men opeens alleen in deze wereld met onbegrijpelijke papieren, onbekendheid om met geld om te gaan en de weg - letterlijk en figuurlijk - in de maatschappij niet weten te vinden.

Dagverzorging biedt de veilige plek die deze groep ouderen nodig heeft. Binnen deze omgeving worden zij weer in staat gesteld om zich thuis te voelen en te werken aan hun ontwikkeling die jarenlang heeft stilgestaan.

De meeste deelnemers hebben een traditie achter zich van hard werken; ook al toen zij kind waren want iedereen werkte in zijn of haar jeugd mee op het platteland of in en om het huis. Dan is het ook niet raar om te zien dat, vergeleken met Nederlandse ouderen, er op relatief jongere leeftijd allerlei lichamelijke gebreken ontstaan. Uit diverse onderzoeken blijkt overigens dat migrantenouderen zich eerder oud voelen dan autochtone ouderen en zich vervolgens daarnaar gaan gedragen.

Casus Surinaamse gepensioneerde vrouw

Op de dag dat deze mevrouw (weduwe) 65 jaar werd en stopte met werken, was haar eerste opmerking op haar verjaardag tegenover haar vijf kinderen "nu moeten jullie voor mij zorgen". De kinderen, alle vijf werkend en zelf vader of moeder van kinderen, durfden hun moeder niet tegen te spreken. Na de verjaardag ontstonden diverse spanningen tussen de vijf kinderen of en hoe zij dit probleem met hun moeder zouden kunnen gaan bespreken en oplossen. Al snel bleek dat hun moeder een groot beroep op haar kinderen ging doen voor boodschappen (want de kinderen rijden tenslotte auto), voor hulp in huis bij het schoonmaken etc. Toen deze mevrouw nog werkte deed ze dit allemaal zelf.

Over de grote steden wordt gezegd dat de eenzaamheid daar groter is dan elders. Angst om buiten te lopen en om zich met het openbaar vervoer te verplaatsen (en zeker in de avond), is bij deze groepen ouderen een belangrijke hindernis bij hun maatschappelijke participatie.

4.5. Verbetering van de indicering

De geïnterviewde sleutelpersonen en zorgorganisaties geven aan dat een strikte hantering door het CIZ van de beoordelingsnormen voor dagverzorging op zich een goede zaak is. Men merkt op dat terecht een aantal indicaties zijn komen te vervallen. Maar dat neemt niet weg dat er rond de oude indicatiestelling en de momenteel lopende herindicatiestelling zaken beter geregeld kunnen worden.

De belangrijkste kritische opmerkingen betreffen de volgende punten:

- Algemeen bestaat de indruk bij de zorgorganisaties dat het CIZ bij de voorlaatste regelgeving de AWBZ aanvragen voor begeleiding te makkelijk en ruimhartig heeft beoordeeld zonder daarbij voldoende naar de onderliggende zorgvragen te kijken. Omdat in verreweg de meeste gevallen de cliënt de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig is en hij niet goed kon of wilde (taboe, schaamte) aangeven wat hij mankeerde, zijn de oude indicaties bijna allemaal gebaseerd op psychosociale of

somatische grondslag; of een combinatie van beide. En niet op de mogelijke psychogeriatrische, psychiatrische, verstandelijke of zintuiglijke beperking. Het zal helder zijn dat een juiste diagnostiek van groot belang is voor de individuele cliënt.

- Maar ook de herindicaties zijn op basis van de nieuwe regelgeving in de ogen van de zorgorganisaties en sleutelpersonen zonder voldoende vooronderzoek verlopen. De brieven die het CIZ naar de te herindiceren deelnemers heeft verstuurd, worden door de cliënten en hun naasten niet begrepen of gelezen. Wanneer vervolgens de herindicatie telefonisch wordt afgehandeld (hetgeen in meer dan 90% van de gevallen is gebeurd), vormen de taal- en culturele problemen opnieuw een struikelblok maar nu met het omgekeerde effect vergeleken met de oude indicatie. Nu zijn als gevolg hiervan meer dan de helft van de oude indicaties komen te vervallen. Omdat een deel van de geherindiceerde cliënten te maken heeft met psychogeriatrische klachten, is het telefonisch herindiceren in principe niet adequaat.
- Vaak bleek pas bij nadrukkelijk navragen bij de cliënt door de zorgorganisatie dat "iemand had opgebeld over de dagverzorging", maar de cliënt wist niet wie het was, namens welke organisatie deze persoon belde en wat het doel was van het gesprek. Dus 'men had maar wat gezegd' of sociaal wenselijke antwoorden gegeven. Bij de ouderen van Surinaamse afkomst begrijpt ongeveer 60% niet wat het doel was van het telefonische indicatiegesprek door een medewerker van het CIZ; bij ouderen van Marokkaanse, Turkse en Molukse is dit percentage meer dan 90%.

Casus van deelnemer die geen indicatie heeft gekregen

Marokkaanse weduwe van 69 jaar die alleen woont en als proef is gaan deelnemen aan de dagverzorging omdat ze na een bezoek aan een buurthuis, ziek thuis was gekomen. Zij vond het daar te vermoeiend en te luidruchtig. Mevrouw heeft reuma en is onder behandeling van een reumatoloog. Door deze ziekte is zij matig tot ernstig beperkt in haar functioneren. Pas in de loop van de middag is zij in staat haar handen matig te openen en te sluiten waardoor zij haar huishouden niet op orde kan houden en niet voor haar eten kan zorgen. Zij kan nauwelijks tillen en kan moeilijk lopen. Tevens is zij diabeet waarvoor zij bij een internist loopt. De combinatie van haar ziekte met het gemis van haar man, is zij zeer neerslachtig geworden, heeft ze last van slapeloosheid en een gebrek aan energie en trekt ze zich in toenemende mate terug. Mevrouw kan zelf geen besluiten nemen en de gevolgen daarvan inschatten. Daarnaast is zij analfabeet en beheerst de Nederlandse taal niet als gevolg waarvan ze slechts bij hoge noodzaak nog buiten komt. De huisarts heeft op basis van de gediagnosticeerde depressie antidepressiva voorgeschreven maar mevrouw wil deze niet gebruiken omdat ze al zo veel andere medicijnen slikt. Na een telefonische indicatiestelling is zij door het CIZ afgewezen.

- In die gevallen dat de zorgorganisatie of sleutelpersoon uit de eigen gemeenschap tijdig door de cliënt of zijn familie werd betrokken bij de herindicatie, kon een beter onderbouwde indicatieaanvraag worden gedaan. Als vervolgens de huisarts, verpleeghuisarts, specialist of GGZ-deskundige om advies werd gevraagd, kregen aanmerkelijk meer cliënten een positieve herindicatie van het CIZ dan de cliënten die geen interne of externe deskundigen hadden ingeschakeld. Sleutelpersonen kunnen zorgdragen voor een culturele vertaling van de knelpunten bij hun ouderen. Beide wijzen van aanpak leiden tot meer toegekende indicaties.
- De meningen over de werkwijze van het CIZ zijn over het algemeen niet positief. Genoemd worden het beperkte inlevingsvermogen in en begrip voor de culturele factoren bij CIZ-medewerkers. Er is nauwelijks ruimte voor overleg om aanvullende informatie te bespreken, en hoogstzelden voor een huisbezoek. Slechts weinig indicatieadviseurs van het CIZ nemen meer tijd voor een gedegen en begripvolle indicering van ouderen uit een andere cultuur. Het aantal medewerkers met een niet-Nederlandse achtergrond bij het CIZ neemt toe wat in de toekomst tot verbeteringen kan leiden. Daar waar de geïnterviewde zorgorganisaties gedurende enkele jaren een interculturalisatieproces hebben doorgemaakt, wordt geconstateerd dat dit bij de

CIZ-instellingen met betrekking tot de ouderenzorg voor migranten nog in de kinderschoenen staat.

- Tot slot wordt door bijna alle zorgorganisaties gemeld dat zij alleen van het CIZ bericht krijgen wanneer een cliënt een positieve (her)indicatie heeft gekregen. Over de cliënten met een afgewezen indicatie, krijgt men geen bericht. Terwijl de betreffende cliënt zelf niet weet of begrijpt dat zijn indicatie is afgewezen en dit niet doorgeeft aan de instelling. Dit betekent dat wanneer een zorgorganisatie wil weten of een deelnemer is afgewezen en om welke redenen dit heeft plaatsgevonden, zij zelf hiervoor op zoek moet gaan bij het CIZ en/of de cliënten. Laatstgenoemden hebben geen ervaring in het bewaren en ordenen van de papieren hetgeen het achterhalen van wat rond de indicatiestelling is gebeurd bemoeilijkt. Deze gegevens zijn noodzakelijk om met de cliënt en zijn familie de bezwaarprocedure te onderbouwen en in te zetten.

Casus van interventie door kinderen en zorgorganisatie bij een telefonische indicatiestelling

Vrouw van Surinaams/Creoolse afkomst van 86 jaar, woont zelfstandig en heeft sinds een cva onder meer een spraakgebrek. Zij woont alleen en heeft van de logopediste het advies gekregen meer onder de mensen te komen om weer beter te leren praten. Thuis alleen kan zij met niemand oefenen. Toen zij deelnam aan de dagverzorging constateerde de begeleider dat mevrouw achteruitging en is de huisarts ingeschakeld voor een herindicatie. CIZ wilde, tegen het advies van de huisarts in, alleen telefonisch met mevrouw de indicatiestelling bekijken. Door interventie van de dochter, die in overleg met de zorgorganisatie een huisbezoek eiste in haar bijzijn omdat haar moeder een spraakgebrek heeft, is er een positieve herindicatie gesteld.
Indicatie: 10 dagdelen dagverzorging per week.

5. Conclusies

5.1. Conclusies met betrekking tot cultuurspecifieke dagverzorging

Cultuurspecifieke dagverzorging is een kristallisatiepunt van vele activiteiten van, voor en met migrantenouderen. Het is een ideale plek voor ontmoeting, ontspanning, educatie, integratie en participatie van migrantenouderen en levert een grote bijdrage aan de lichamelijke en geestelijke gezondheid en aan het welzijn van de deelnemers.

Het versterkt het emancipatieproces van deze ouderen en blijkt hét middel bij uitstek te zijn om oudere migranten kennis te laten maken met en toe te leiden naar reguliere zorgvoorzieningen. Deze dagverzorging vormt daarmee een onmisbare schakel in de ketenzorg voor de huidige generatie migrantenouderen van Surinaamse, Moluks/Indische, Chinese, Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst.

Door middel van dagverzorging is een vorm van cliëntvolgsysteem gerealiseerd voor ouderen die voorheen geen gebruik maakten van ouderenvoorzieningen en die ook niet in beeld kwamen van de ouderenzorg.

De deelname van niet-geïndiceerde ouderen aan de projecten dagverzorging brengt extra sfeer en leven in de projecten en bevordert het welzijn van alle deelnemers. Het breekt met de Nederlandse intramurale traditie om groepen ouderen met hetzelfde ziektebeeld te concentreren in één ruimte.

Dagverzorging brengt de communicatie van zorgorganisaties met migrantenouderen en hun gemeenschap tot stand. Door de projecten dagverzorging voor migrantenouderen is het interculturalisatieproces van zorgorganisaties versneld. Cultuurspecifieke projecten dagverzorging brengen een andere sfeer en een nieuw elan in de zorgorganisaties. Zij worden daardoor aantrekkelijker voor nieuwe doelgroepen ouderen van Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst. Deze projecten hebben eveneens een gunstige invloed op het aantrekken van nieuwe Nederlanders als werknemers.

Het invoeren van eigen bijdragen door zorgorganisaties voor vervoer, activiteiten, eten en drinken, is slechts door een klein deel van de cliënten op te brengen.

5.2. Conclusies met betrekking tot het proces van (her)indiceren

Een strikte en eerlijke indicatie voor dagverzorging op zich is een goede zaak. Maar migrantenouderen worden om een aantal redenen meer dan Nederlandse ouderen niet geherindiceerd voor dagverzorging. Cliënten en hun mantelzorgers hebben, uitzonderingen daargelaten, nauwelijks inzicht in het systeem van de ouderenzorg. Brieven van het CIZ over de aanvraag voor een indicatie en de uitslag van de indicatiestelling worden niet of verkeerd begrepen. De generatie ouderen die nu deelneemt aan dagverzorging, spreekt de Nederlandse taal niet of onvoldoende. Een schriftelijke of telefonische indicatiestelling is daarom bijna nooit een passende werkwijze om een indicatie vast te stellen.

Daar waar cliënten of hun mantelzorgers zelf de CIZ-medewerker telefonisch te woord hebben gestaan, leidt dit vaker tot een afwijzing van de indicatie. Cliënten en hun naasten geven veelal sociaal gewenste antwoorden over hun ervaringen met ziekten en beperkingen en er zijn culturele taboes om problemen op psychisch en psychiatrisch vlak bespreekbaar te maken. CIZ-medewerkers hebben daar onvoldoende ervaring mee of houden daar onvoldoende rekening mee.

Wanneer professionals van de zorginstelling of behandelaars van het ziekenhuis of GGZ-instelling de aanvraag ondersteunen, is de kans op het krijgen van een indicatie groter. Dit is minder van toepassing bij een aantal cliëntgroepen waarbinnen een sterk taboe rust op inschakeling van een Riagg-medewerker bij geestelijke problemen. Hierdoor krijgt een aantal potentieel te indiceren cliënten geen of een niet-passende indicatie.

De tot 2008 afgegeven indicaties zijn volgens de geïnterviewden onzorgvuldig gesteld in die zin dat in bijna alle gevallen de indicatie somatiek, psychosociaal of een combinatie daarvan is gegeven zonder dat echt nagegaan is wat de werkelijke redenen voor deelname aan de dagverzorging zijn.

In het kader van de herindicaties vanaf medio 2009 zijn de geïnterviewden van mening dat door de schriftelijke en vooral telefonische herindicering een andere onzorgvuldigheid is ontstaan vanwege de taalproblemen, culturele normen en waarden van de cliënten en hun onbekendheid met het zorgsysteem. Onbekend is hoeveel indicaties voor zorgfuncties in de zorg thuis bij de cliënten zijn vervallen; een combinatie van het wegvallen van zowel de indicatie voor dagverzorging als voor thuiszorg, kan voor een aantal cliënten en hun eventuele mantelzorgers forse gevolgen hebben.

Sinds medio 2009 zijn er nauwelijks nieuwe indicaties dagverzorging afgegeven. Onbekend is hoeveel aanvragen zijn ingediend omdat sleutelpersonen en zorgorganisaties niet worden betrokken bij de indicatieaanvragen. Als ook de nieuwe indicatieaanvragen door het CIZ telefonisch veelal zijn afgehandeld, hebben veel cliënten waarschijnlijk ten onrechte geen indicatie verkregen. Pas in de loop van 2010 zal er een compleet beeld ontstaan.

5.3. Overige conclusies

De huidige populatie ouderen van de in dit rapport genoemde culturele afkomst heeft een sterke behoefte aan cultuurspecifieke dagvoorzieningen. Zeker voor die ouderen waarbij sprake is van dementie en eenzaamheid. Een deel van de komende generatie ouderen uit deze culturen zal eveneens een sterke behoefte hebben aan cultuurspecifieke vormen van ouderenzorg.

Gevreesd wordt dat als gevolg van de huidige procedures rond (her)indicaties van dagverzorging potentiële of onterecht afgewezen deelnemers uit het zicht verdwijnen met een groot risico dat zij andere klachten gaan ontwikkelen en binnen afzienbare tijd een beroep gaan doen op duurdere zorgvoorzieningen. Door middel van dagverzorging wordt het beroep daarop uitgesteld en voorkomen; (klein)kinderen en andere mantelzorgers worden in staat gesteld om langer en beter voor de ouderen te zorgen.

In de ogen van zelforganisaties en zorgorganisaties is bij de gemeenten nog geen beleid geformuleerd voor kwetsbare groepen migrantenouderen, terwijl de Wmo wel in beeld is. Wmo-middelen die de gemeenten ter beschikking staan worden nog nauwelijks ingezet voor deze groepen. Het beperken van de toegang tot de AWBZ gaat dus niet hand in hand met een gericht Wmo-beleid.

Zelforganisaties van (oudere) migranten zijn in het interculturalisatieproces een onmisbare partner en hebben dat ook laten blijken in de contacten en samenwerking met de onderzochte zorgorganisaties. Hun ervaringen en kennis vormen een belangrijk onderdeel bij de verdere ontwikkeling van cultuurspecifieke en cultuursensitieve ouderenzorg.

De zorgorganisaties met projecten dagverzorging voor groepen migrantenouderen hebben belangrijke stappen gezet in het interculturalisatieproces. Na jaren van investeren in deze gemeenschappen hebben zij een succesvol netwerk ontwikkeld binnen de ouderenzorg voor deze groepen.

In de intramurale ouderenzorg is een duidelijke ontwikkeling naar kleinschalige, leefstijl-gerichte zorgvormen zichtbaar. De wensen en behoeften van allochtone ouderen passen naadloos in deze ontwikkeling.

6. Slotwoord

Deze rapportage maakt deel uit van de verkenning in opdracht van de “Cliëntenmonitor Langdurige Zorg”, het samenwerkingsverband van zeven landelijke cliëntenorganisaties. De inhoud van de opdracht was het onderzoeken van de gevolgen van de pakketmaatregelen AWBZ met betrekking tot dagverzorging voor de doelgroep oudere migranten.

Dankzij het zich sterk uitbreidende netwerk van het NOOM (Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten) kon snel contact gelegd worden met sleutelpersonen en projecten. Graag wil ik mijn waardering uitspreken tegenover de geïnterviewde sleutelpersonen en medewerkers van zorgorganisaties omdat zij meteen wilden meewerken aan het onderzoek. De gesprekken waren bijzonder omdat zij als vrijwilliger of als professional al jaren met grote betrokkenheid actief zijn binnen hun omgeving om de aandacht en zorg voor deze kwetsbare ouderen daadwerkelijk te realiseren. Het zijn de pioniers in de interculturalisatie van de ouderenzorg.

Daarnaast wil ik Marcel Kaarsgaren (senior beleidsmedewerker CSO), Jan Coolen (coördinator Cliëntenmonitor Langdurige Zorg), Fred May (coördinator NOOM) en Yvonne Heygele (projectontwikkelaar/adviseur NOOM) danken voor hun ondersteuning en kritische opmerkingen bij dit onderdeel van de Cliëntenmonitor AWBZ.

Ter illustratie van de complexiteit van de zorgvragen van de oudere migranten, zijn een aantal casussen en citaten in de rapportage opgenomen.

Hans Schellekens
BUREAU BROM

Bijlage 1: Doel van het onderzoek

Globaal bestaat dit onderdeel van de cliëntmonitor langdurige zorg uit twee onderdelen:

a). Het verkennen van de situatie bij minimaal een tiental projecten dagverzorging waaraan vooral ouderen van allochtone herkomst deelnemen. Hierbij wordt aan de betreffende zorgaanbieders gevraagd wat zij waarnemen met betrekking tot de vraag, het bestaande aanbod, de beperking van het aanbod ten gevolge van de pakketmaatregel AWBZ, en de gevolgen daarvan voor hun cliënten en de aan- of afwezigheid van alternatieven. Langs deze weg komt er een beeld van cliëntenaantallen, de specifieke aard en diversiteit van het aanbod, almede de kosten van deze voorziening. Andere aspecten zijn:

- Het in beeld brengen van het profiel van de migrantenouderen die deelnemen aan de dagprojecten (mede gelet op hun beperkingen).
- De mate waarin de ouderen minder toegang hebben tot dagprojecten door de verandering in de zorgindicatie AWBZ.
- Gevolgen die dat heeft voor de ouderen zelf.

b). Kwalitatieve gesprekken (diepte-interviews) met een tiental sleutelfiguren die op basis van hun expertise een beeld kunnen geven van de specifieke begeleidings- en ondersteuningsvragen bij allochtone ouderen, en de wijze waarop zij daarin willen voorzien.

Doel van de interviews is het op landelijk niveau inventariseren van de specifieke knelpunten voor allochtone ouderen bij de veranderingen met betrekking tot de AWBZ. Langs deze weg wordt onderzocht welk specifiek belang deze AWBZ-voorzieningen hebben voor deze doelgroep. Aspecten zijn ook:

- Alternatieven die beschikbaar zijn voor de ouderen zoals middelen uit de Wmo.
- Het op zoek gaan naar creatieve oplossingen.
- Het beschrijven van de geconstateerde en vermoedelijke knelpunten voor de cliënten.

Deelvraag: Aanvragen voor AWBZ worden mogelijk toegekend of afgewezen op basis van gebrek aan inzicht in of kennis van taal en cultuur van allochtone ouderen bij de indicatiestellers. Worden allochtone ouderen extra getroffen omdat zij merendeels op psychosociale gronden geïndiceerd waren?

Bijlage 2: Gehanteerde werkwijzen

Op basis van een opgestelde vragenlijst zijn via de bestaande netwerken in de ouderenzorg en van het NOOM, een aantal organisaties benaderd. Daarbij is een tweesporenbeleid gevoerd namelijk:

- het plannen van gesprekken met leidinggevenden en coördinatoren van projecten daginloop, dagopvang en dagverzorging waar migrantenouderen aan deelnemen, en
- het plannen van gesprekken met sleutelpersonen uit het werkveld en uitvoerende medewerkers van deze projecten die nauw betrokken zijn bij de belangenbehartiging van en/of zorg voor deze ouderen.

De oorspronkelijke vragenlijst telde 36 vragen; één lijst van 15 vragen voor sleutelpersonen en een van 21 vragen voor personen die als coördinator, beleidsmaker of manager bij de projecten betrokken waren. Tijdens de eerste interviews bleek dat de geïnterviewde sleutelpersoon en de leidinggevende van een zorgorganisatie uit zichzelf al antwoorden gaven op beide vragenlijsten. Bij alle overige interviews zijn daarom beide vragenlijsten samengevoegd en zijn alle 36 vragen voorgelegd aan de geïnterviewden die zij, afhankelijk van hun kennis, ervaring en positie in het werkveld, hebben beantwoord.

Het spreekt voor zich dat de meeste projecten zijn bezocht in de drie grote steden vanwege het gegeven dat daar de meeste migrantenouderen zich hebben gehuisvest.

Van de twintig interviews hebben er negentien mondeling plaatsgevonden; één is per telefoon en email gehouden. Dertien interviews zijn gehouden op de locatie waar de dagverzorging plaatsvindt, zes op het hoofdkantoor van de zorgorganisatie en één in de thuissituatie.

De interviews hebben betrekking op 44 projecten dagverzorging bij 13 zorgorganisaties en één welzijnsinstelling verspreid over de provincies Noord Holland, Zuid Holland, Utrecht, Noord Brabant en Overijssel.

De interviews namen gemiddeld 1,5 uur in beslag.

De casussen zijn geanonimiseerd door de geïnterviewden aan de interviewer ter beschikking gesteld.

Bijlage 3: Lijst van de geïnterviewde personen

Onderstaande 23 personen hebben via 20 interviews meegewerkt aan de cliëntmonitor.

- Mevr. Farida Abdellaoui, coördinator multiculturele dagverzorging Sefkat, 's Hertogenbosch, Zorggroep Elde
- Mevr. Anne-Rose Abendanon, programmamanager interculturalisatie Cordaan Amsterdam
- Dhr. Mohamed Arroudi, ouderenadviseur, Twern Tilburg
- Mevr. Ine Bertens, wijkverpleegkundige migrantenzorg, Thebe/Thuiszorg Tilburg
- Mevr. Wilma Broeders, hoofd externe zorg Raffy, verpleeghuis voor Indische en Molukse ouderen, Breda
- Dhr. Bert Ensing, teammanager dagvoorziening, Cordaan Amsterdam en werkzaam in Multicultureel Centrum De Hudsonhof Amsterdam
- Mevr. Yvonne Gilijamse, teamhoofd dagverzorgingen en ontmoetingsprojecten Laurens Regio Zuidwest, Rotterdam
- Dhr. André Jager, directeur Humanitas-Bergweg en Jan van Der Ploeg, Rotterdam
- Mevr. Dingena de Jong, manager dagbehandeling en dagverzorging, en Eva Boele, begeleider dagvoorziening Marhaban, AxionContinu Utrecht
- Mevr. Corine Looij, manager zorg & welzijn en Firoza Chandoe, activiteitenbegeleider CoornhertCentrum, 's Gravenhage
- Mevr. Margriet May, namens Prefuru, de Surinaamse vrouwenorganisatie in Rotterdam e.o.
- Dhr. Ismael Meral en Dhr. Rik de Groot, bestuurders, mevr. Yuk Ling Chan, hoofd Chinese afdeling en mevr. Emisen Soyyigit, coördinator dagverzorging MOB Rotterdam, een thuiszorgorganisatie voor migrantenouderen Rotterdam e.o.
- Mevr. Raksha Ramdjanamsingh, manager extramurale zorg en coördinator migrantenzorg Florence woonzorgcentrum Jonker Frans, 's Gravenhage
- Mevr. Tulsi Ramdoelare Panday, teammanager Welzijn & Multicultureel beleid WZH Transvaal, 's Gravenhage
- Dhr. Marcel Smit, teamleider welzijn Ariëns Zorgpalet, Enschede
- Mevr. Jeanny Vreeswijk-Manusiwa, namens het landelijk Steunpunt Molukse Ouderen
- Mevr. Marije Wieggersma, beleidsfunctionaris Osira, Amsterdam
- Dhr. Osman Yasser, meer dan 30 jaar als vrijwilliger actief geweest binnen de Turkse gemeenschap en lid van diverse regionale en landelijke besturen. Woonachtig in Den Haag

De samenstelling van de groep geïnterviewden voldeed aan de in de opdracht gestelde eis dat er sprake moest zijn van personen die, op basis van hun kennis en ervaring, culturele achtergrond en betrokkenheid bij de doelgroep, een goed beeld kunnen geven van de gevolgen van genoemde pakketwijziging voor de cliënten en hun naasten, en voor de zorgorganisaties.

Van alle geïnterviewden spraken 13 personen alleen namens een zorgorganisatie en 5 personen namens hun gemeenschap. De overige 5 geïnterviewden kunnen, gezien hun kennis, jarenlange ervaring en positie binnen hun etnische gemeenschap, alsmede hun betrokkenheid bij de projecten dagverzorging, beschouwd worden als sleutelpersoon en betrokkene bij de zorgorganisaties.

Bijlage 4: Vragenlijst

Gegevens organisatie/sleutelpersoon

Naam organisatie:

Naam geïnterviewde medewerker(s):

Functie geïnterviewde medewerker(s):

Naam project: Dagopvang/Dagverzorging/Dagbesteding/Daginloop

Datum interview:

Plaats interview:

Toezening rapportage: ja/nee

Anonimiteit: ja/nee

Tijd start interview:

Tijd einde interview:

De vragen

1. Aantallen geïndiceerde deelnemers

Hoeveel geïndiceerde cliënten namen deel aan de dagverzorging op 1 september 2007 en voor hoeveel dagdelen per week en op basis van welke indicatie (of de belangrijkste reden ervan). Hoeveel deelnemers hebben een niet-Nederlandse achtergrond en zo ja welke

Idem 01/09/08

Idem 01/09/09

2. Aantallen niet-geïndiceerde deelnemers

Hoeveel deelnemers namen niet-geïndiceerd deel aan de dagverzorging op 1 september 2007 (dus de inloopdeelnemers) en voor hoeveel dagdelen per week. Op basis van welke argumenten worden zij toegelaten. Hoeveel van hen hebben een niet-Nederlandse achtergrond.

Idem 01/09/08

Idem 01/09/09

3. Reden deelname aan dagverzorging

Is bij beide groepen cliënten (zowel geïndiceerd als niet-geïndiceerd) aan te geven of er sprake was van (een combinatie van) klachten met betrekking tot

- a). psychiatrische aandoening of beperking
- b). somatische aandoening of beperking
- c). lichamelijke handicap
- d). psychogeriatrische aandoening of beperking
- e). verstandelijke handicap
- f). zintuiglijke handicap

4. Deelnemers met een grondslag psychosociaal

Hoeveel deelnemers hebben/hadden een indicatie op omwille van psychosociale redenen.

Waarop was deze indicatie gebaseerd.

Was duidelijk bij de CIZ-medewerker wat de achterliggende vragen/knelpunten van de cliënt zijn.

5. Stand van zaken indicaties

Hoeveel bestaande indicaties zijn in 2008 en 2009:

- helemaal vervallen
- in dagdelen/uren verminderd
- hetzelfde gebleven
- uitgebreid

6. Vergelijking oude en nieuwe indicaties

Hoeveel aangevraagde nieuwe indicaties zijn niet gehonoreerd (en hoeveel daarvan zouden in de oude situatie wel gehonoreerd zijn).

7. Leeftijden deelnemers

Wat is de gemiddelde leeftijd van de deelnemers nu.

8. Gevolgen voor deelnemers

Kunt u nog iets betekenen voor de cliënten die weggevallen zijn door het niet honoreren van de indicatie.

9. Gevolgen voor de organisatie

Wat betekent deze ontwikkeling budgettair voor de (zorg)organisatie. Wat was de omvang van de bezuiniging. Zijn er medewerkers ontslagen, overgeplaatst of naar elders gedetacheerd.

10. Gevolgen voor eventuele vrijwilligers

Wat betekenen deze veranderingen voor de (eventuele) vrijwilligers die betrokken zijn bij dit project.

11. Andere financiële middelen

Zijn er reële mogelijkheden (al of niet toegezegd) om middelen te krijgen uit Wmo, fondsen, eigen vermogen van de (zorg)organisatie etc.

12. Gevolgen van (mogelijke) sluiting van het project

Betekende de vermindering van deelnemers het sluiten van het project. Hoeveel geïndiceerde en niet-geïndiceerde ouderen van niet-Nederlandse afkomst kunnen daardoor niet meer deelnemen?

13. Alternatieven voor de cliënten

Welke alternatieven hebben cliënten zelf gevonden.
Zijn er cliënten die de dagverzorging zelf bekostigen.
Springt de sociale omgeving bij.
Is er sprake van toenemend isolement.
Stagneren integratieprocessen.

14. Aantallen cliënten in indicatiefase

Hoeveel cliënten met een doorlopende indicatie tot in 2010 zijn inmiddels geherindiceerd en hoeveel cliënten moeten dit jaar nog geherindiceerd worden.
Hoe verloopt dit proces; qua tijd of snelheid en qua inhoud.

15. Verschillen tussen allochtoon/autochtoon

Zijn er verschillen waarneembaar in de reden(en) voor deelname aan deze projecten tussen Nederlandse en niet-Nederlandse deelnemers.

16. Hebben de deelnemers aan het project Dagverzorging voldoende zicht op of kennis van de veranderingen in de AWBZ.

17. Op basis van welke argumentatie worden de indicaties voor hun deelname afgewezen

- geen of matige beperking ten aanzien van hun sociale redzaamheid
 - geen of matige beperking ten aanzien van het bewegen en verplaatsen
 - geen of matige beperking ten aanzien van het psychische functioneren
 - geen of matige beperking ten aanzien van geheugen- en oriëntatiestoornissen
 - geen of matige beperking ten aanzien van probleemgedrag
- (Globale toelichting kan ook als concrete gegevens niet bij de hand zijn)

18. Heeft de (her)indicatie telefonisch/schriftelijk/thuis/in overleg met een derde (familie, zorgaanbieder of zorgcoördinator, huisarts etc.) en zo ja met wie, plaatsgevonden.
19. In welke fase komen de cliënten bij hun ondersteuner/begeleider terecht of vragen zij helemaal geen hulp in het (her)indicatieproces. Zijn de sleutelfiguren, hun cliënten en netwerk van de cliënt door het CIZ geraadpleegd bij de indicatiestelling.
20. Spelen er culturele factoren een rol bij de indicatiestelling en zo ja welke (taal, religie, sociaal wenselijke antwoorden, weinig of geen kennis van zorgprocessen etc.).
21. Begrijpen de cliënten wat de er met betrekking tot de herindicatie is gebeurd en wat dit betekent voor hen.
22. Heeft u zicht op wat er met de cliënten gebeurt/kan gebeuren als de indicatie wegvalt. Worden gelijke gevallen gelijk behandeld of ziet u willekeur bij het herindiceren door de CIZ.
23. Blijft de cliënt op een andere manier contact zoeken met u of andersom.
24. Wat gebeurt er met de ouderenwerkers die contact hebben met de cliënten. Verliezen zij het contact met de cliënten voor wie de indicatie is weggevallen.
25. Zijn er andere personen/organisaties die deze cliënten actief oppakken of naar wie u kunt verwijzen (ouderenwerk, welzijnswerk, kerken, vrijwilligerscentrale, zelforganisaties).
26. Kent u instellingen/organisaties die er wel in slagen deze deelnemers op te vangen en deze projecten overeind te houden.
27. Heeft de lokale Wmo-raad of de gemeente weet van de gevolgen van de herindicatie. Zo ja wat doen zij met deze signalen. Zoniet hoe komt dat zij niet op de hoogte zijn.
28. Weet de lokale MEE van de gevolgen van de herindicatie. Zo ja wat doen zij met deze signalen. Zoniet hoe komt dat zij niet op de hoogte zijn.
29. Hebben cliënten of hun ondersteuners bezwaar aangetekend bij het CIZ tegen het niet honoreren, het verlagen of het wegvallen van deze indicatie. Zo ja, wat is het resultaat van het ingediende bezwaar.
30. Zoeken sleutelfiguren en medewerkers van de projecten naar oplossingen voor de ontstane knelpunten voor betrokken mensen die niet meer terecht kunnen bij deze AWBZ-voorzieningen; zo ja welke alternatieven worden gevonden.
31. Zoeken cliënten en hun sociale omgeving zelf naar oplossingen van het knelpunt; zo ja welke alternatieven worden gevonden.
- 32..Biedt de Wmo concrete steun, of zijn toezeggingen gedaan in het overeind houden van (een deel van) de projecten dagverzorging. Biedt de gemeente oplossingen voor het ontstane knelpunt op grond van de participatiedoelstelling van de Wmo.
33. Hoe ervaren de kinderen van de deelnemers de vermindering of het wegvallen van de indicatie voor deelname aan dagverzorging en hoe gaan zij daarmee om
34. Zijn de gedupeerde cliënten nu afhankelijker geworden van hun kinderen en/of netwerk. Zo ja, graag voorbeelden.

35. Welke positieve rol had de dagverzorging voor het leven van de deelnemers. Wat zijn de gevolgen van het wegvallen ervan.

36. Persoonlijke verhalen/casussen van enkele cliënten.

Bijlage 5: Lijst van afkortingen

CG-Raad: Chronisch zieken en Gehandicapten Raad

CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg

CSO: Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties

Landelijk Platform GGz: Het Landelijk Platform GGz is een koepel van 21 cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg

LOC: LOC Zeggenschap in zorg is er voor cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, thuiszorg, verpleging & verzorging, verslavingszorg en welzijn

MEE: MEE biedt ondersteuning aan mensen met een handicap, een beperking of een chronische ziekte

NOOM: Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten

NPCF: De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie is een samenwerkingsverband van (koepels van) patiëntenorganisaties

Per Saldo: De belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget

Platform VG: Platform VG staat voor collectieve belangenbehartiging van mensen met een verstandelijke beperking en hun ouders en verwanten

VWS: Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

Wmo-Raad: Een raad die op lokaal niveau door de burgemeester en wethouders cq de Gemeenteraad om advies wordt gevraagd op het terrein van de Wmo

Colofon
Foto's © Robert den Hartogh



BUREAU BROM
Rijndal 58
2904 DD Capelle aan den IJssel
010-2840966
06-81738320
info@bureaubrom.nl