

## Betekenis van het ouder worden onder Marokkaanse en Turkse ouderen

De implicaties voor de interventie GRIP&GLANS®



# Betekenis van het ouder worden onder Marokkaanse en Turkse ouderen

De implicaties voor de interventie GRIP&GLANS<sup>®</sup>

Jurriaan Omlo, Mireille Wolfers, Bianca Stam

Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Project: 4257B

28 januari 2016

In opdracht van Annette Straver, Cluster MO

Postadres:

Postbus 21323

3001 AH Rotterdam

Telefoon: (010) 267 15 00

E-mail: [onderzoek@rotterdam.nl](mailto:onderzoek@rotterdam.nl)

Website: [www.rotterdam.nl/onderzoek](http://www.rotterdam.nl/onderzoek)

## INHOUD

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Samenvatting</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1 Inleiding</b>   | <b>9</b>  |
| 1.1 Opdrachtgever, achtergrond en doel                                       | 9         |
| 1.2 Onderzoeksvragen   | 10        |
| 1.3 Methode  | 11        |
| 1.4 GRIP&GLANS (G&G)   | 12        |
| <b>2 Marokkaanse en Turkse ouderen in de literatuur</b>                      | <b>15</b> |
| 2.1 Inleiding  | 15        |
| 2.2 Werk, opleiding en inkomenspositie                                       | 15        |
| 2.3 Fysieke en psychische gezondheid   | 16        |
| 2.4 Binding en uitsluiting   | 17        |
| 2.5 Risico's op sociaal isolement en eenzaamheid                             | 17        |
| 2.6 Informele zorg   | 18        |
| 2.7 Het belang van interculturele sensitiviteit                              | 19        |
| <b>3 De betekenis van het ouder worden bij Marokkaanse en Turkse ouderen</b> | <b>20</b> |
| 3.1 Inleiding  | 20        |
| 3.1.1 Gezondheidsklachten  | 20        |
| 3.1.2 Levenstevredenheid   | 21        |
| 3.1.3 Zelfredzaamheid  | 23        |
| 3.1.4 Sociale steun ontvangen en geven                                       | 24        |
| 3.1.5 Drukke levens  | 25        |
| 3.1.6 Ervaringen van eenzaamheid   | 25        |
| 3.1.7 Omgaan met eenzaamheid   | 29        |
| 3.2 Het verschil met autochtone ouderen                                      | 30        |
| 3.2.1 Ouderdom als taboe en een onzekere levensfase                          | 31        |
| 3.2.2 Vroegtijdige ouderdom  | 32        |
| 3.2.3 Beperkingen en problemen door andere taal en cultuur                   | 33        |
| 3.2.4 Verwachtingen mantelzorg komen vaak niet uit                           | 34        |
| 3.2.5 Gebrek aan vertrouwen in professionals                                 | 35        |
| 3.2.6 Financiële problemen   | 36        |
| <b>4 Implicaties voor de cursus GRIP&amp;GLANS</b>                           | <b>38</b> |
| 4.1 Inleiding  | 38        |
| 4.2 De GLANS schijf en de partjes  | 38        |
| 4.2.1 Gemak en gezondheid (G)  | 38        |
| 4.2.2 Leuke bezigheden en lichamelijke activiteit (L)                        | 39        |
| 4.2.3 Affectie (A)   | 39        |
| 4.2.4 Netwerk en nuttig voelen (N)   | 40        |
| 4.2.5 Sterkte punten (S)   | 40        |
| 4.3 Interesse voor de cursus   | 40        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 4.4      | Doelstelling en doelgroep van de cursus               | 41        |
| 4.5      | Activiteiten verbinden aan de cursus                  | 43        |
| <b>5</b> | <b>Literatuur</b>                                     | <b>45</b> |
|          | <b>Bijlage A GLANS schijf</b>                         | <b>46</b> |
|          | <b>Bijlage B interviewprotocol ouderen</b>            | <b>47</b> |
|          | <b>Bijlage C Interviewprotocol sleutelinformanten</b> | <b>51</b> |

## Samenvatting

De GRIP&GLANS groepscursus is een evidence-based interventie, ontwikkeld door het GRIP&GLANS Programma (uitgevoerd bij UMCG en RUG), onder leiding van Prof. dr. Nardi Steverink. De cursus is aanvankelijk ontwikkeld voor alleenstaande autochtone vrouwen van 55+, maar sinds enkele jaren is de cursus ook toegankelijk voor mannen, mensen met een partner, en voor volwassenen vanaf ongeveer 40 jaar. De G&G groepscursus werd aanvankelijk vooral in het noorden van Nederland uitgevoerd, maar wordt sinds enige tijd ook elders in Nederland in toenemende mate aangeboden en uitgevoerd. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoeverre de GRIP&GLANS groepscursus geschikt is voor Turkse en Marokkaanse ouderen vanaf  $\pm 55$  jaar in Rotterdam en welke aanpassingen er nodig zijn voor toepassing bij deze doelgroep.

Het belangrijkste uitgangspunt van de GRIP&GLANS interventies is de GLANS schijf met de 5 parten die verwijst naar de 5 belangrijkste domeinen van welbevinden. Daarnaast is een belangrijk uitgangspunt van de GRIP&GLANS interventies dat mensen met de juiste zelfmanagementvaardigheden zelf iets kunnen doen om hun welbevinden in de verschillende domeinen te verbeteren. De deelnemers oefenen met de GLANS schijf en vullen deze voor zichzelf door te bedenken wat zij hebben of doen in termen van de vijf domeinen van welbevinden. Hierdoor wordt het positieve startpunt van de cursus duidelijk, namelijk uitgaan vanuit datgene wat je wel hebt en doet en niet zozeer uitgaan van problemen, tekorten en beperkingen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden hebben we een kwalitatieve onderzoeksstrategie toegepast. We hebben eerst een literatuurverkenning verricht. Ook hebben we diverse klankbordbijeenkomsten bezocht. De belangrijkste data hebben we via individuele diepte-interviews verzameld met Turkse en Marokkaanse ouderen en sleutelinformanten uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap.

Nadat we eerst de vraag naar de betekenis van het ouder worden bij Turkse en Marokkaanse ouderen hebben proberen te beantwoorden, stonden we stil bij de vraag in hoeverre de doelen van de cursus en de concrete methodieken aansluiten op hun leefwereld en levensomstandigheden. De thema's die de ouderen bespraken konden ondergebracht worden in de partjes van de GLANS schijf. Echter, vaak zagen de ouderen in deze domeinen weinig lichtpuntjes. Hun visie op de toekomst was sowieso niet rooskleurig. Slechts één persoon was optimistisch over de toekomst. Bij het partje gezondheid blijkt dat Marokkaanse en Turkse ouderen vaak ongezond zijn, in armoede leven en zich vroeg oud en opgebrand voelen. Ook is

het bespreken van ziekte voor velen een taboe. Vaak is er weinig tijd voor ontspanning. In het partje leuke dingen past vooral het plezier dat men beleeft aan kinderen en kleinkinderen. Bij affectie speelt het verlies van de partner door overlijden of door scheiding door vertrek naar het thuisland een rol. Het in de steek gelaten voelen door de kinderen op de oude dag kan hier ook een belangrijke rol spelen. Netwerken zijn aangetast door het verlies van werk, het gebrek aan alternatieve vrijetijdsbesteding en het familienetwerk dat aangetast raakt in Nederland. De moskee is wel een belangrijke ontmoetingsplek, vooral voor mannen. Het niet of nauwelijks beheersen van de Nederlandse taal belemmert het aangaan van contacten en meedoen aan activiteiten.

Veel Marokkaanse en Turkse ouderen lijken interesse te hebben voor de groepscursus GRIP&GLANS. De sleutelinformanten menen dat de cursus mensen kan helpen na te denken over hun leven en toekomst en ook een bewustzijn te creëren over wat ze zelf kunnen en willen.

Doordat veel Marokkaanse en Turkse ouderen zich eerder oud voelen dan autochtone ouderen, ongezonder zijn en vroeger opgebrand zijn, is het echter de vraag of een cursus die inzet op zelfmanagement en een positieve instelling goed aansluit bij de manier waarop ouderen hun ouderdom beleven. Wellicht zijn de ambities voor deze doelgroep te hoog gegrepen en is het verstandig om deze bij te stellen. In plaats van een focus op zelfmanagement en een positieve instelling zou bijvoorbeeld ingezet kunnen worden op het versterken van de draagkracht van ouderen. De cursus zou zich meer kunnen richten op het bijbrengen van copingstrategieën zodat de ouderen beter in staat zijn om om te gaan met negatieve emoties, ervaringen en fysieke beperkingen. Het is in dat geval belangrijk om de kwetsbaarheid van de ouderen te onderkennen en bespreekbaar te maken. Nu is de kwetsbare en afhankelijke positie van ouderen nog vaak een taboe onder de ouderen zelf.

Er zal in de cursus hoe dan ook rekening gehouden moeten worden met de culturele achtergrond van Marokkaanse en Turkse ouderen. Zo speelt bij Marokkaanse en Turkse ouderen onder meer dat zij hoge verwachtingen hebben van hun kinderen omtrent mantelzorg, dilemma's rondom het terugkeren naar het land van herkomst, meer fysieke en psychische complicaties en meer financiële zorgen.

Een andere oplossing zou kunnen zijn om niet de doelstelling aan te passen, maar de doelgroep. Aangezien de ouderen zich eerder oud en kwetsbaar voelen dan autochtonen, zou de leeftijdscategorie verlaagd kunnen worden naar 40+ zodat mensen zich in een vroegtijdig stadium kunnen voorbereiden op hun ouderdom.

Er zal in de cursus geen gebruik kunnen worden gemaakt van computers, internet en smartphones, aangezien geen van de respondenten gebruik maakt van deze technologie. Ook het zelfstandig laten invullen van een vragenlijst voor de evaluatie is niet reëel in verband met taalproblemen. Ongeveer de helft van de mensen zou bereid zijn om thuisopdrachten te maken, maar ook daar hebben ze hulp bij nodig. Ook hebben de ouderen een voorkeur voor een Nederlandse cursusleider in combinatie met iemand die hun taal spreekt.

Het is een zinvolle strategie om de cursus te verbinden aan diverse activiteiten. Marokkaanse en Turkse ouderen reageren hier over het algemeen enthousiast op. Zij hebben interesse in gezellige activiteiten en leefstijlactiviteiten. De sleutelinformanten beamen dat het nuttig is om de cursus te verbinden aan leefstijlactiviteiten, gezellige activiteiten en informatieve activiteiten, maar ook activiteiten die nostalgie oproepen zoals landbouw en kookactiviteiten.

Aansluiting zoeken bij het geloof biedt aanknopingspunten als het gaat om het stellen van doelen. De Islam benadrukt namelijk ook het plannen, nadenken en overleggen. Het zou het beste zijn om de cursus te organiseren op plekken waar de mensen te vinden zijn. Het is niet reëel zijn om te verwachten dat veel mensen naar een centrale plek komen. Effectiever is het bijvoorbeeld om de cursus te organiseren in een van de leslokalen van een moskee of in een buurthuis.





# 1 Inleiding

## 1.1 Opdrachtgever, achtergrond en doel

De opdrachtgever van deze opdracht is Annette Straver, senior beleidsmedewerker Mentaal gezond Gemeente Rotterdam, in deze vertegenwoordigd door Kees van Veldhuizen, beleidsmedewerker PGW&Z LL&I, cluster Maatschappelijke Ontwikkeling.

Gemeente Rotterdam heeft als één van de college targets voor 2014 – 2018 het voorkomen en verminderen van zorgwekkende eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in Rotterdam. Voor dit doel wordt het actieprogramma 'Voor mekaar' uitgevoerd. De GGD Rotterdam Rijnmond zet in het kader van het programma 'Voor mekaar' een aantal interventies van de GGZ preventie in, gericht op het veerkrachtig maken van ouderen, waaronder de door het GRIP&GLANS Programma (UMCG en RUG) ontwikkelde groepscursus GRIP&GLANS. Deze interventie is evidence-based op basis van ontwikkeling en uitvoering bij autochtone alleenstaande vrouwen 55+, met name in het noorden van Nederland. Voor uitvoering in Rotterdam is aanpassing noodzakelijk met het oog op een aanzienlijke populatie laag opgeleide, allochtone ouderen, vrouwen en mannen. ZonMw financiert deze doorontwikkeling gedurende een periode eind 2014 – eind 2016, met cofinanciering van de gemeente Rotterdam Rijnmond (GGD RR), aanpak Mentaal Gezond.

De doorontwikkeling vindt plaats in het gebied Feijenoord, in de wijken Vreewijk, Bloemhof, Hillesluis en Afrikaanderwijk. De doelgroep voor dit onderzoek is afgebakend tot Turkse en Marokkaanse ouderen vanaf  $\pm 55$  jaar. Context GGZ preventie en Avant Sanare zijn verantwoordelijk voor de doorontwikkeling, voeren de cursus uit en rapporteren naar ZonMw. Met ZonMw is overeengekomen dat afstemming over de doorontwikkeling wordt gevoerd met de ontwikkelaars in Groningen (o.l.v. Prof. dr. Nardi Steverink, werkzaam bij het UMCG en de RUG) en dat de GRIP&GLANS Beoordelingscommissie bepaalt of aanpassingen dan wel doorontwikkelingen van G&G cursussen de naam GRIP&GLANS mogen voeren. Daarnaast is overeengekomen met ZonMw dat over eventuele verspreiding, wanneer de doorontwikkeling succesvol is gebleken, afspraken worden gemaakt met de exclusieve licentiehouder voor het verspreiden van de GRIP&GLANS cursussen, nl. Stichting Viven te Groningen.

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in hoeverre de GRIP&GLANS groepscursus geschikt is voor Turkse en Marokkaanse ouderen vanaf  $\pm 55$  jaar in Rotterdam en welke aanpassingen er nodig zijn voor toepassing bij deze doelgroep.

## 1.2 Onderzoeksvragen

In deze studie hebben de volgende twee hoofdvragen centraal gestaan:

1. Wat is de betekenis van het ouder worden, gevoelens van eenzaamheid, zelfmanagement, verlies partner, zingeving etc. voor Turkse en Marokkaanse ouderen?
2. Sluiten de methodieken en technieken die in de groepscursus GRIP&GLANS gebruikt worden aan bij de doelgroep van Turkse en Marokkaanse ouderen, welke aanpassingen aan de cursus zijn er noodzakelijk ?

De subvragen die beantwoord zullen worden zijn:

- Wat is de betekenis van het ouder worden bij Turkse en Marokkaanse ouderen in Rotterdam?
- (Hoe) wordt eenzaamheid ervaren bij Turkse en Marokkaanse ouderen in Rotterdam?
- Wat ziet deze doelgroep zelf als een oplossing voor het eenzaamheidsprobleem (eenzamen en niet-eenzamen)?
- Is een cultuurspecifieke aanpak nodig? Spelen andere sociaal-psychologische determinanten een rol, b.v. culturele of religieuze aspecten een rol die aanpassing van de cursus vereisen?
- Past deze cursus, gezien de uitkomsten van bovenstaande vragen, bij de beleving van het ouder worden door allochtone ouderen in Rotterdam?
- Passen de doelen van de cursus op allochtone ouderen: versterking zelfmanagement als beschermende factor tegen de risico's van toenemende kwetsbaarheid (fysieke, sociale en psychische problemen, depressie, eenzaamheid)?
- Past de uitwerking van de doelen in concrete methodieken van de cursus bij de doelgroep of dienen er aanpassingen te komen?

- Zijn er subgroepen te onderscheiden, bijvoorbeeld. in cultuur, leeftijd, opleidingsniveau? Kan een interventie in een flexibele aanpak aan iedereen worden aangeboden, of moeten er aanpassingen zijn voor bepaalde groepen?
- Is het mogelijk en wenselijk om de cursus te verbinden met gezonde leefstijl, gezond bewegen en activerende bewonersinitiatieven in de wijk?
- Biedt ICT, zoals blended aanbod met een combinatie van training en internet, mogelijkheden bij de doorontwikkeling voor de allochtone ouderen?
- Is borging mogelijk via train the trainer aanpak, met geschoolde vrijwilligers?

Dit onderzoek moet duidelijkheid verschaffen in hoeverre de uitgangspunten van de bestaande GRIP&GLANS groeps cursus past bij Marokkaanse en Turkse ouderen. Daarnaast zal nagegaan worden welke eventuele aanpassingen van de inhoud en/of methodiek nodig zijn. De resultaten van het onderzoek worden gerapporteerd aan Context GGZ preventie en Avant sanare als input voor de doorontwikkeling van de cursus.

### **1.3 Methode**

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, hebben we een kwalitatieve onderzoeksstrategie toegepast. We hebben eerst een literatuurverkenning verricht. Ook hebben we diverse klankbordbijeenkomsten bezocht. De belangrijkste data hebben we via individuele diepte-interviews verzameld (bijlage B en bijlage C). Deze interviews hebben we afgenomen onder Marokkaanse en Turkse ouderen in Rotterdam. Vaak bleek daarbij een tolk nodig. Hiernaast hebben we individuele diepte-interviews afgenomen onder vier sleutelinformanten: experts in de wijk die de doelgroep goed kennen en in staat zijn om inzichten te delen over Marokkaanse en Turkse ouderen op collectief niveau. De individuele interviews met de ouderen zelf geven daarentegen meer inzicht in de persoonlijke beleving van ouderdom.

Er zijn 2 Turkse vrouwen, 5 Marokkaanse vrouwen, 4 Turkse mannen en 4 Marokkaanse mannen geïnterviewd, in leeftijd variërend van 52 tot 76 jaar en met een gemiddelde leeftijd van 60 jaar. Op één persoon na heeft iedereen geen of een lage opleiding genoten, één persoon is werkzaam. (zie tabel 1)

Tabel 1 Kenmerken van de geïnterviewde ouderen

| Geslacht | Land van herkomst | Leeftijd         | Opleiding             | werksituatie  |
|----------|-------------------|------------------|-----------------------|---------------|
| Vrouw    | Turkije           | 55 jaar          | 5 jaar Basisonderwijs | Geen werk     |
| Vrouw    | Turkije           | 68 jaar          | 5 jaar Basisonderwijs | Pensioen      |
| Vrouw    | Marokko           | 54 jaar          | Geen                  | Geen werk     |
| Vrouw    | Marokko           | 53 jaar          | Geen                  | Huisvrouw     |
| Vrouw    | Marokko           | Geb. jr onbekend | Onbekend              | Pensioen      |
| Vrouw    | Marokko           | Geb. jr onbekend | Onbekend              | Onbekend      |
| Vrouw    | Marokko           | 60 jaar          | Geen                  | Geen werk     |
| Man      | Turkije           | 59 jaar          | 5 jaar Basisonderwijs | Geen werk     |
| Man      | Turkije           | 52 jaar          | Geen                  | Geen werk     |
| Man      | Turkije           | 53 jaar          | Mavo                  | Concierge ROC |
| Man      | Turkije           | 72 jaar          | 5 jaar Basisonderwijs | Pensioen      |
| Man      | Marokko           | 58 jaar          | HBO                   | Geen werk     |
| Man      | Marokko           | 59 jaar          | onbekend              | Geen werk     |
| Man      | Marokko           | 58 jaar          | lasopleiding          | Geen werk     |
| Man      | Marokko           | 76 jaar          | Geen                  | Pensioen      |

#### 1.4 GRIP&GLANS (G&G)

De G&G groepscursus is bedoeld voor groepen (acht tot twaalf deelnemers) en bestaat uit zes wekelijkse bijeenkomsten van twee à twee en een half uur en een terugkombijeenkomst na drie maanden. De cursus wordt gegeven door twee vanuit het G&G Programma van het UMCG getrainde G&G docenten. De docenten volgen de gedetailleerde docentenhandleiding.

Elke bijeenkomst bevat, naast een deel theorie en reflectie over een onderdeel van het eigen welbevinden en de eigen zelfmanagementvaardigheden, ook oefeningen voor het werken met de GLANS schijf en met zelfmanagementvaardigheden. De bijeenkomsten eindigen met het uitreiken en uitleggen van een oefening of een 'opdracht' voor thuis. Deze worden in de volgende les plenair besproken. Bij de eerste bijeenkomst krijgen de deelnemers een ringbandmap, waarin ze de uitleg en oefeningen van elke bijeenkomst kunnen opbergen, evenals de huiswerkopdrachten en samenvattingen van alle bijeenkomsten.

In de eerste twee sessies geven de docenten informatie over de GLANS schijf (bijlage A) en over de verschillende zelfmanagementvaardigheden. De deelnemers oefenen met de GLANS

schijf en vullen deze voor zichzelf in door op te schrijven wat zij hebben of doen in termen van de vijf domeinen van welbevinden. Hierdoor wordt meteen het positieve startpunt van de cursus duidelijk, namelijk uitgaan vanuit datgene wat je wel hebt en doet en niet zozeer uitgaan vanuit problemen of tekorten. In de volgende sessies worden de deelnemers door de docenten aangemoedigd en begeleid om veranderingen aan te brengen in aspecten van de eigen GLANS schijf en nieuwe dingen te verwerven of te ontwikkelen. Stapsgewijs komen daarbij de verschillende zelfmanagementvaardigheden aan bod, die de deelnemers gaan ontwikkelen of versterken. De deelnemers leren zich concrete doelen te stellen en daar naartoe te werken. Het gaat hierbij zowel om enkelvoudige doelen (uit een partje van de GLANS schijf) als combinatiedoelen (meerdere partjes tegelijk), reservedoelen (verschillende zaken binnen een partje) en onderhoudsdoelen (behoud van de partjes). Dit alles wordt stapsgewijs opgebouwd en begeleid in de verschillende sessies, met opdrachten en oefeningen voor thuis. De cursus wordt afgesloten met het invullen van een evaluatieformulier door zowel de deelnemers als de docenten.

De theoretische basis van de G&G groepscursus is de theorie van Zelf-Management-van-Welbevinden (ZMW theorie) (Steverink 2005; Steverink 2009). Deze theorie stelt dat als mensen goede kern-zelfmanagementvaardigheden hebben – dat wil zeggen vaardigheden om goed met hun fysieke en sociale hulpbronnen om te gaan – dit in fysiek en sociaal welbevinden zal resulteren. De theorie van Zelf-Management van Welbevinden definieert een vijftal belangrijke domeinen van welbevinden en daarnaast een zestal kern-zelfmanagementvaardigheden.

#### Domeinen van welbevinden

De vijf belangrijke domeinen van welbevinden zijn op hun beurt weer gebaseerd op de theorie van Sociale Productie Functies (Lindenberg 1996; Steverink 1998; Lindenberg 2001; Steverink 2009) en omvatten:

#### Fysiek welbevinden

1. Comfort
2. Stimulatie

#### Sociaal welbevinden

3. Affectie
4. Gedragsbevestiging
5. Status

Comfort verwijst naar de afwezigheid van honger, dorst, pijn, ziekte en fysieke beperkingen en de aanwezigheid van een goede woningomgeving, rust en ontspanning.

Stimulatie verwijst naar een aangenaam niveau van lichamelijke en geestelijke activiteit en de afwezigheid van verveling. Affectie verwijst naar het ontvangen en geven van liefde en genegenheid en geaccepteerd te worden zoals je bent. Gedragsbevestiging verwijst naar de bevestiging die komt uit het horen bij een sociale groep, uit het delen van dezelfde normen en waarden en uit 'goede' dingen doen. Status verwijst naar de ervaring uniek te zijn als mens en op bepaalde gebieden beter te zijn dan de meeste anderen (bijvoorbeeld op basis van bijzondere talenten, prestaties of bezittingen).

Het woord GRIP verwijst naar eigen regie. Deze wordt in de cursus concreet gemaakt door zes kern-zelfmanagementvaardigheden.

De zes zelfmanagementvaardigheden zijn:

1. Initiatief nemen
2. Persoonlijk effectief zijn
3. Investeren
4. Een positief perspectief hebben
5. Zorgen voor multifunctionaliteit in hulpbronnen
6. Zorgen voor variëteit in hulpbronnen

De term GLANS is het acroniem voor de vijf centrale domeinen van welbevinden die in de cursus centraal staan:

G=Gemak en Gezondheid; (comfort)

L=Leuke bezigheden en Lichamelijke activiteit (stimulatie)

A=Affectie (affectie)

N=Netwerk en nuttig voelen (gedragsbevestiging)

S=Sterke punten (status)

De vijf aspecten van GLANS worden ook weergegeven in de zogenaamde GLANS schijf van vijf (bijlage A). De vijf domeinen van welbevinden en de zes kernzelfmanagementvaardigheden zijn gespecificeerd in de Zelf-Management-van-Welbevinden theorie (Steverink 2005; Steverink 2009).

## **2 Marokkaanse en Turkse ouderen in de literatuur**

### **2.1 Inleiding**

Marokkaanse en Turkse ouderen zijn tot op heden weinig in beeld geweest bij beleidsmakers en wetenschappers. Er bestaan vermoedens dat veel van hen kwetsbaar zijn, maar er zijn nog weinig studies verricht naar de relatie tussen kwetsbaarheid, etnische afkomst, migratie en inburgering in de Nederlandse samenleving (SCP 2011). Bovendien is de beschikbare literatuur gedateerd. De laatste studie van het SCP dat zich specifiek richt op allochtone ouderen dateert van 2004. Dat neemt niet weg dat de bevindingen wel relevant blijven. In dit hoofdstuk zetten we daarom de bevindingen die relevant zijn voor 'GRIP&GLANS' op een rij. Soms vullen we deze uiteenzetting aan met andere relevante literatuur.

### **2.2 Werk, opleiding en inkomenspositie**

De meeste Marokkaanse en Turkse mannen zijn in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw als arbeidsmigrant naar Nederland gekomen. Vrijwel al deze mannen hebben in het verleden werk gehad. In de jaren tachtig zijn deze arbeidsmigranten massaal ontslagen. Volgens het SCP hebben veel van hen hierna niet meer gewerkt. Veel van deze mannen zijn door het zware werk arbeidsongeschikt geraakt. In 2004 constateerde het planbureau verder dat vrijwel geen enkele 55-plusser nog actief is op de arbeidsmarkt (SCP 2004).

Kijken we naar het arbeidsmarktverleden van Marokkaanse en Turkse vrouwen dan zien we een opvallend verschil. Daar waar veel Turkse vrouwen gewerkt hebben, blijken Marokkaanse vrouwen vrijwel nooit gewerkt te hebben in Nederland. De Marokkaanse vrouwen zijn over het algemeen huisvrouw (SCP 2004).

Turkse en Marokkaanse ouderen hebben weinig tot geen opleiding genoten. Zo heeft meer dan 80% van de Marokkaanse mannen geen opleiding afgerond. Sterker nog, ze hebben ook de lagere school niet afgemaakt. Turkse mannen hebben in sommige gevallen een vbo/mavo opleiding weten af te ronden, maar ook onder deze groep blijft het algemene opleidingsniveau laag (SCP 2004).

Het opleidingsniveau van Marokkaanse en Turkse vrouwen is nog lager. Meer dan 80% van de Turkse vrouwen en meer dan 90% van de Marokkaanse vrouwen heeft geen lagere school of een andere opleiding afgerond. Meer dan 60% van de Marokkaanse oudere vrouwen kan niet lezen in het Nederlands, noch in de eigen taal en is dus analfabeet te noemen (SCP 2004).

Het gebrek aan opleiding en de positie op de arbeidsmarkt maakt dat de inkomenspositie van Marokkaanse en Turkse ouderen verre van rooskleurig is. Zeker bij Marokkaanse gezinnen komt armoede veel voor. Door de beperkte arbeidsparticipatie van vrouwen - vooral Marokkaanse vrouwen - moeten deze gezinnen zien rond te komen van één inkomen. Hierdoor heeft 45% van de Marokkaanse vrouwen geen eigen inkomen. Bij Turkse ouderen geldt dit voor 32% (SCP 2004).

## **2.3 Fysieke en psychische gezondheid**

In sommige opzichten zijn Marokkaanse en Turkse ouderen gezonder dan autochtone ouderen. Dit heeft met andere leefstijlfactoren te maken. Zo roken Marokkaanse mannen minder dan autochtone mannen en drinken Marokkaanse en Turkse ouderen veel minder dan autochtone mannen. Daar staat echter tegenover dat Marokkaanse en Turkse ouderen minder bewegen en sneller overgewicht hebben. Voor Marokkaanse en Turkse vrouwen geldt dat ze vrijwel niet roken en drinken, maar ook bij hen komt lichaamsbeweging weinig voor en er is vaak sprake van overgewicht. De vrouwen hebben zelfs meer overgewicht dan de mannen (Dijkshoorn 2002; SCP 2004).

Verder hebben Marokkaanse en Turkse ouderen meer dan autochtonen te kampen met chronische aandoeningen. Turkse ouderen melden twee keer zoveel aandoeningen als autochtone ouderen. Vrouwen en 65-plussers zeggen meer chronische aandoeningen te hebben dan mannen en 55-64-jarigen (SCP 2004).

Het SCP (2004) stelt verder vast dat er relatief weinig bekend is over de geestelijke gezondheid van allochtone ouderen. Wel is bekend dat depressieve klachten vaker voorkomen onder Marokkaanse en Turkse ouderen. Vooral Turkse ouderen hebben veel last van dergelijke klachten. Marokkaanse en Turkse ouderen voelen zich vaker dan autochtonen onrustig, somber en neerslachtig.

De gezondheidsklachten zijn niet zonder consequenties. Zo ervaren Marokkaanse en Turkse ouderen vaker dan autochtone ouderen beperkingen in de mobiliteit. Ook ten aanzien van de persoonlijke verzorging zijn er verschillen. Marokkaanse en Turkse ouderen ervaren meer belemmeringen dan autochtonen in de uitvoering van huishoudelijke taken zoals het schoonmaken van het huis, koken en boodschappen doen (SCP 2004)

Ook blijken Marokkaanse en Turkse ouderen zich eerder oud te voelen dan autochtone ouderen. Dat heeft onder meer te maken met de gezondheidsproblemen die gemiddeld eerder optreden dan bij autochtonen. Mogelijk is dit het gevolg van het relatief zware werk dat de mannen hebben verricht (Moerbeek en Biidu 2001). Maar daarnaast beleven zij ouderdom op een andere manier, wat mogelijk ook samenhangt met factoren in het land van herkomst. Zo lag de pensioengerechtigde leeftijd in Turkije veel lager dan in Nederland op het moment dat de meeste Turken naar Nederland migreerden (SCP 2004)



## **2.4 Binding en uitsluiting**

Hoewel de gezondheid van Marokkaanse en Turkse ouderen niet al te best is, voelt een meerderheid van de mannen én vrouwen zich wel thuis in Nederland. Veel ouderen willen dan ook het liefst definitief in Nederland blijven wonen. Dit is bij Marokkanen bij meer dan de helft het geval. Bij de Turkse ouderen is dit beduidend minder: bijna een derde. Hierbij valt vooral het verschil op tussen mannen en vrouwen. Van de Turkse vrouwen wil vrijwel niemand terug naar Turkije.

Hoewel veel ouderen zich thuis voelen in Nederland en ook veel van hen hier definitief willen blijven wonen, voelen veel ouderen zich ook gediscrimineerd door autochtone Nederlanders. Dit geldt voor de helft van de Marokkaanse mannen, voor één op de drie Turkse mannen en voor vier op de tien Marokkaanse vrouwen. Turkse vrouwen ervaren beduidend minder discriminatie, namelijk een op de vier (SCP 2004).

## **2.5 Risico's op sociaal isolement en eenzaamheid**

Migranten hebben volgens Machielse een grotere kans op sociaal isolement en eenzaamheid. Ze geeft aan dat het door de cultuur en taal ingewikkelder is om over eenzaamheid te praten. Voor professionals is het bovendien moeilijker om de doelgroep te bereiken (Machielse 2006; Machielse 2015).

Het SCP (2004) noemt in dit verband dat het leeftijdsverschil bij Marokkaanse en Turkse stellen relatief groot is. De man is veelal 6 tot 10 jaar ouder dan de vrouw. Bovendien hebben de vrouwen ook nog eens een hogere levensverwachting. Hierdoor bestaat het risico dat veel Marokkaanse en Turkse vrouwen in de toekomst zonder partner moeten leven. Mede doordat velen niet of nauwelijks Nederlands spreken, vormen deze alleenstaande vrouwen een potentieel zeer kwetsbare groep.

Hoopgevend is dat vrijwel alle Marokkaanse en Turkse ouderen emotionele en praktische hulp verwachten te ontvangen uit hun sociale netwerk. Ook denken vele ouderen dat ze financiële steun kunnen krijgen van anderen als dit nodig blijkt te zijn. Daarnaast kan het intensieve contact met hun (aangetrouwde) kinderen en kleinkinderen dreigend isolement ondervangen. Zo heeft een overgrote meerderheid van de ouderen wekelijks contact met hen (SCP 2004).

Ook het buurthuis en de moskee kunnen sociaal isolement mogelijk voorkomen. Een op de drie Marokkaanse mannen en een kwart van de Turkse mannen tot 65 jaar is te vinden in het buurthuis voor culturele activiteiten, koffiemomenten, feesten, sociale activiteiten en voorlichting. De moskee wordt iedere dag bezocht door ongeveer een op de drie Marokkaanse en Turkse mannen.

De kans op sociaal isolement en eenzaamheid lijkt ook in dit geval groter bij vrouwen, omdat zij veel minder vaak buurthuizen en religieuze bijeenkomsten bezoeken. Een op de drie Marokkaanse en Turkse vrouwen heeft zelfs nog nooit een religieuze bijeenkomst bijgewoond. Verder blijken vooral Marokkaanse vrouwen vergeleken met hun partners weinig in buurthuizen te vinden, ruim 1 op de 10 vrouwen. De Turkse vrouwen verschillen in dit opzicht niet zoveel van mannen met bijna een kwart (SCP 2004).

## **2.6 Informele zorg**

Als hun partner daadwerkelijk komt te overlijden, zijn Marokkaanse en Turkse vrouwen voor het krijgen van informele zorg in belangrijke mate afhankelijk van hun kinderen. De ouderen zelf hebben ook hoge verwachtingen ten aanzien van de zorgbereidheid van hun kinderen. Driekwart van de Marokkaanse ouderen is van mening dat kinderen hun ouders horen te verzorgen als zij dit zelf niet meer kunnen door ouderdom. Daarnaast is ruim de helft van mening dat het een schande is als familieleden niet voor je kunnen zorgen en dat kinderen ouders in huis moeten nemen zodra ze door hun leeftijd hulpbehoevend zijn. Turkse ouderen zijn minder uitgesproken, maar geven net als Marokkaanse ouderen de voorkeur aan informele zorg van hun kinderen. In feite zien Marokkaanse en Turkse ouderen deze informele zorg als een plicht (SCP 2004). In dit licht is het niet verwonderlijk dat onderzoek laat zien dat zij graag zien dat hun kinderen in de buurt blijven wonen (Moerbeek and Biidu 2001).

In hoeverre kinderen deze hulp ook daadwerkelijk geven, is afhankelijk van een aantal factoren. Het SCP (2004) noemt de volgende factoren: het aantal kinderen dat een echtpaar heeft, de leeftijd van deze kinderen en of de kinderen in de buurt wonen of zelfs nog thuis wonen. Volgens Talloen (2007) zijn de verwachtingen van ouderen te hooggespannen. Hij stelt dat kinderen de zorgplicht weliswaar erkennen, maar door persoonlijke omstandigheden niet of onvoldoende aan tegemoet kunnen komen. Doordat zij druk zijn met werk, opleiding, een eigen gezin en ver weg wonen is het verlenen van mantelzorg moeilijk te realiseren. Wat volgens hem ook meespeelt, is dat de eerste generatie zelf hun zorgplicht ook niet is nagekomen, omdat het de eigen ouders heeft achter gelaten in het land van herkomst. Dit maakt het voor hen ook lastiger om dit wel te eisen van hun eigen kinderen.

Als beide ouders nog leven, zorgen de ouderen niet zelden ook voor elkaar. Op basis van de religieuze achtergrond en tradities wordt deze zorg vooral als een vanzelfsprekende plicht gezien voor de vrouw. Naastverwanten hebben veelal hoge verwachtingen ten aanzien van de loyaliteit, inzet en zelfopoffering van de vrouwen. Het risico op overbelasting van deze vrouwen is hierdoor erg groot. Door gevoelens van plicht, schuld en schaamte is het een taboe om hierover te klagen en om hulp te vragen. Daarmee zouden zij bovendien aan de buitenwereld laten zien dat ze gefaald hebben als vrouw. Hierbij speelt soms ook dat hun partner een

taboeziekte lijdt en dit mag niet bekend worden bij anderen (Tonkens, Verplanke et al. 2011).

## **2.7 Het belang van interculturele sensitiviteit**

Tonkens, Verplanke en De Vries (2011) signaleren dat professionals die met mantelzorgers samenwerken nog te vaak ervan uitgaan dat allochtone mantelzorgers zelfbewust, assertief en actief om hulp vragen zodra dit nodig is. Zoals we eerder hebben beschreven, is dit echter niet het geval. Door taboes, maar ook door een gebrek aan kennis over hun rechten en een het ontbreken van een heldere hulpvraag gaan zij niet uit zichzelf naar een Wmo-loket of een steunpunt mantelzorg. Uit de studie van Tonkens, Verplanke en De Vries blijkt verder dat allochtone mantelzorgers het belangrijk vinden dat hulpverleners aansluiten op hun manier van zorgen en manier van ziekte- en zorgbeleving. Zij vinden dat reguliere hulpverleners nog te weinig rekening houden met deze behoefte, zich te weinig open stellen en veel vooroordelen hebben. Het is voor hen belangrijker dat hulpverleners intercultureel sensitief is dan dat een hulpverlener een gedeelde etnische achtergrond heeft.

### **3 De betekenis van het ouder worden bij Marokkaanse en Turkse ouderen**

#### **3.1 Inleiding**

De betekenis van het ouder worden onder Marokkaanse en Turkse ouderen hebben we in interviews aan de orde gesteld met sleutelinformanten en ouderen zelf. De interviews met de sleutelinformanten leverden andere inzichten op dan de interviews met de ouderen. De sleutelinformanten hebben vanuit de aard van hun beroep meer overzicht van en inzicht in de problematiek van de ouderen op collectief niveau. Daar staat tegenover dat de ouderen zelf juist hun persoonlijke leefwereld het beste kunnen verwoorden, al bleek dit laatste niet voor elke respondent even makkelijk te zijn als gevolg van taalproblemen. Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. In het eerste deel ligt de focus op het perspectief van de ouderen zelf. In het tweede deel besteden we meer aandacht aan het perspectief van de sleutelinformanten.

##### **3.1.1 Gezondheidsklachten**

In alle interviews vormde gezondheid een belangrijk gesprekstema. Slechts een van de gesproken ouderen voelt zich gezond. De desbetreffende Turkse man probeert dit zo te houden door gezond te leven. Alle andere ouderen ervaren gezondheidsklachten, maar er zijn wel verschillende gradaties. Sommige respondenten ervaren hun situatie als een grote belemmering voor het dagelijks functioneren. Zij hebben zoveel verschillende en ingrijpende klachten dat zij niet of nauwelijks meer voor zichzelf kunnen zorgen en hulp en ondersteuning nodig hebben. Diverse personen noemen bijvoorbeeld dat ze hartklachten, pijn in de benen en rug hebben. Een Marokkaanse vrouw vertelt dat ze weinig mobiel is hierdoor en als gevolg hiervan weinig activiteiten kan verrichten.

Bij anderen zijn de consequenties van het ouder worden voor de gezondheid vooralsnog minder vergaand. Gesproken wordt onder meer over niet meer kunnen werken en vergeetachtigheid. Hoewel deze klachten minder ingrijpend zijn, ervaren de desbetreffende ouderen het wel als erg vervelend.

*"Nu zijn het vooral de lichamelijke klachten. Ik heb overal last van. Ik kan mijn eigen eten niet meer maken. Dat ik niet meer voor mijzelf kan zorgen, is toch wel een belemmering. Ik krijg wel hulp. Ze wassen, komen mij kleden en ze maken eten" (Marokkaanse vrouw).*

*"Ik verplaats mij zelfs in mijn eigen huis met een rollator. Ik heb ook last van mijn hart. Ze willen een operatie laten uitvoeren, maar de eis is dan wel dat ik 50 kilo afval en dat is moeilijk voor mij. Anders zou de verdoving niet werken of ik zou niet meer tot leven komen*

*(Marokkaanse vrouw).*

*"Ik ervaar chronische klachten: bloeddruk, cholesterol, jeukklachten. En ook hartklachten en slokdarm. Ik kan niet langdurig dingen gaan doen. Ik gebruik veel medicijnen die bijwerkingen hebben waardoor het moeilijk is om bepaalde dingen te doen. Als ik in de ochtend moet opstaan, dan voel ik mij moe" (Turkse Man).*

*"Ik heb al acht jaar last van mijn benen, mijn hart en mijn onderrug. Dat zijn drie dingen die mijn mobiliteit volledig belemmeren. En het wordt elk jaar erger. Door het minder mobiel zijn, is het moeilijk om mij te verplaatsen en activiteiten te verrichten" (Marokkaanse vrouw).*

*" Mijn gezondheid is achteruit gegaan hier. Het is niet meer goed doordat ik continu heb gewerkt. Door mijn gezondheid kan ik niet werken " (Turkse man).*

### **3.1.2 Levenstevredenheid**

Sommige ouderen lijken diep ongelukkig met hun leven. Bij hen zien we een gebrek aan levenstevredenheid dat zich uit in algemene ontevredenheid, maar ook in ontevredenheid over specifieke zaken. Bij een Marokkaanse vrouw zien we paniek, angst en somberheid. En een Turkse man vertelt dat hij in een tunnel zit en alleen maar zwart ziet.

*"Ik heb het gevoel dat mijn leven voorbij is (...) Ik zie alles een beetje zwart. Ik ben paniekerig. (...) ik ben bang dat ik vroeg sterf " (Marokkaanse vrouw).*

*"Of ik ga hier met pensioen en ik ga terug naar Turkije of ik blijf hier leven. Maar echt toekomstplannen heb ik niet. Ik overlijd en ze brengen mij daar naar toe en ik word daar begraven. Hoe kan ik een plan maken als ik niet vooruit kan kijken? Ik zit in een tunnel. Ik zie alleen maar zwart. Ik kan het licht niet zien" (Turkse man).*

Een andere Turkse man vertelt dat hij nergens tevreden over is. Dit lijkt bij hem niet samen te hangen met ouderdom, maar er lijkt eerder sprake van een grote levensontevredenheid sinds hij in Nederland woont. Hij ervaart zijn leven sindsdien als een grote verantwoordelijkheid om te zorgen voor de kinderen en voldoende geld te verdienen. Dat laatste was niet makkelijk doordat zijn diploma's hier niet werden geaccepteerd. Dit alles brengt veel druk met zich mee. De situatie is bovendien verergerd sinds een paar jaar doordat zijn vrouw ernstig ziek is geworden. Als gevolg van een hersentumor kan zij vrijwel niets doen in het huishouden.

Hierdoor moet hij alles zelf doen in het huishouden en daarnaast ook nog mantelzorg verlenen. Dit ervaart hij als erg zwaar.

*"Ik ben eigenlijk nergens tevreden over. Sinds ik hier ben, heb ik een hele grote verantwoordelijkheid. Ik ben hier naar toe gekomen en een week later was mijn zoontje geboren. Dat was een grote verantwoordelijkheid. Ik ben hier naar toe gekomen, maar mijn diploma's werden hier niet geaccepteerd. Ik kan niks. Die verantwoordelijkheid heb ik nog steeds. Ik had niet de mogelijkheid om te studeren en naar een school te gaan, omdat de druk heel hoog lag. Een man brengt brood op de plank. Ik had het te druk om te gaan werken. Nog steeds ben ik niet tevreden. Ik denk er nog steeds aan om terug te gaan. (...) Mijn vrouw heeft een hersentumor. We hebben een keer een mantelzorger gehad, vooral voor het huishouden. Ze zeiden dat we kinderen hebben die kunnen helpen. De zus van mijn vrouw heeft geen tijd om te helpen, want zij zit met haar eigen gezin. Ik doe alles zelf. Ze kan niet eens strijken. Dat doe ik. We krijgen geen professionele hulp. We hebben thuis wel psychische hulp gehad. Dit werd alleen een beetje te duur. Toen zijn we ermee gestopt. Het is echt heel zwaar" (Turkse man).*

Ogenschijnlijke kleine tegenslagen kunnen soms een grote impact hebben. Zo geeft een andere Turkse man aan dat hij een groot probleem heeft, omdat hij geen Turkse televisie meer kan kijken doordat de woningbouwvereniging zijn satellietshotel heeft verwijderd. Hij heeft geen alternatieven om ergens anders tv te kijken. Hij zegt dat zijn levensplezier hierdoor is weggenomen. Maar niet iedereen is ontevreden. Verschillende respondenten ervaren (ook) geluk in hun leven en genieten van bepaalde activiteiten of het contact met hun kinderen en kleinkinderen.

*"Ik vind het leuk om te wandelen en nieuwe dingen te zien. En als mijn kinderen samenkomen, dan ben ik gelukkig" (Marokkaanse vrouw).*

Sommige respondenten zijn (heel) tevreden met hun leven op de momenten dat ze pijnvrij zijn. Een vrouw met veel lichamelijke klachten, is Nederland dankbaar voor alle zorg die ze krijgt en de mensenrechten die ze hier heeft. Ze is snel tevreden en al lang blij als zij ze zich een dag wat beter voelt. Gezelschap maakt haar nog gelukkiger. Ze is ook erg blij met haar nieuwe woning; doordat deze gelijkvloers is, is ze mobieler. Een Marokkaanse man legt eveneens uit dat hij plezier ervaart zolang hij geen pijn voelt. Ziek zijn is voor hem moeilijk omdat het zijn onafhankelijkheidsgevoel aantast.

*"Ik ben heel tevreden over de zorg die ik van Nederland krijg. Ik weet dat ik mijn zorg krijg. Dat ik iemand krijg die voor mij kookt. Ik ben wel blij met de mensenrechten die ik hier heb.*

*(...) Op de dagen dat ik mij wat beter voel dan anders voel ik mij al heel gelukkig. Elke dag is het even afwachten hoe ik mij voel. En als ik in gezelschap ben, maakt mij dat heel gelukkig. Ik ben blij met mijn nieuwe huisje, omdat het gelijkvloers is. Hierdoor kan ik een beetje mobieler zijn. Ik ben tevreden dat ik toch nog de hulp krijg, dat ik gewassen word en te eten krijg. Dat maakt mij wel gelukkig dat ik nog die dingen heb" (Marokkaanse vrouw).*

*"Ik heb plezier in mijn leven als ik geen pijn voel. Je bent niet meer onafhankelijk als je ziek bent" (Marokkaanse man).*

### **3.1.3 Zelfredzaamheid**

Termen als zelfstandigheid, onafhankelijkheid en zelfredzaamheid - zoals in het laatste citaat ook naar voren komt - vormen belangrijke issues bij het ouder worden. Er bestaan verschillen in de mate waarin ouderen zich zelfredzaam voelen. Sommige ouderen menen dat hun ouderdom en eventuele gezondheidsklachten hun niet in de weg staan om bepaalde activiteiten zelf te verrichten. Anderen vinden dat ze nog veel zelf kunnen, maar hebben de wens om nog zelfredzamer te worden. Weer anderen benadrukken hoe weinig ze nog tot iets in staat zijn door gezondheidsproblemen of door andere beperkingen, zoals analfabetisme, gebrek aan opleidingen. Dit zou hen afhankelijk maken van hun partners.

*"Het huishouden, dat doe ik gewoon zelf. Op dit moment ga ik bijvoorbeeld stofzuigen, maar dan ga ik wel drie keer zitten tijdens het schoonmaken, omdat ik wel rugpijn krijg" (Turkse vrouw).*

*"Bij mij gaat het hartstikke goed. Mijn enige probleem is het papierwerk. Verder gaat het helemaal goed. Ik doe mijn eigen boodschappen. Ik kan mezelf redden uit situaties. Ik wil helemaal zelfstandig zijn, dat ik zelf de brieven kan lezen, zelf kan invullen, zodat ik niemand tot last hoeft te zijn. Ik vind het vervelend om hierin afhankelijk te zijn van mijn dochter" (Marokkaanse vrouw).*

*"Sinds ik ziek ben geworden kan ik niet alleen in de keuken staan. Bepaalde dingen kan ik helemaal niet meer zelf. Dan ben ik echt afhankelijk van mijn echtgenoot (...) Toen ik uit Marokko ben gekomen, heb ik hier in Nederland op school gezeten. Twee jaar en ik heb toen een toets niet gehaald. Toen ben ik gestopt. Het was te moeilijk voor mij, omdat ik in Marokko nooit scholing heb gehad. Ik kan ook niet lezen en schrijven. De Nederlandse taal was moeilijk voor mij (...) Mijn man is altijd bij me en zelf doe ik dus helemaal geen boodschappen" (Marokkaanse vrouw).*

*"Ik doe eigenlijk niet zo veel, omdat ik ernstig ziek ben. Ik heb een spierziekte. Meestal wanneer ik erg ziek ben, wanneer ik me erg ziek voel, dan beweeg ik nauwelijks en kan ik niet bewegen. En ik heb een ernstige vorm van migraine. Dus het enige wat ik dan doe, is luisteren naar mijn pijn" (Marokkaanse vrouw).*

### **3.1.4 Sociale steun ontvangen en geven**

Als de ouderen bepaalde taken zelf niet meer kunnen uitvoeren, dan vragen ze hulp en steun in hun omgeving. Dat kunnen kinderen zijn, maar ook andere familieleden, vrienden of contacten binnen de moskee. Een Marokkaanse vrouw kan ook bij haar dochters terecht, maar realiseert zich dat dit niet altijd mogelijk is. Dit alles wijst ook op een zekere mate van zelfredzaamheid. Deze ouderen zijn blijkbaar in staat is om andere mensen in te schaken in het netwerk als men bepaalde taken zelf niet meer kan oppakken.

*"Als er klusjes zijn, bijvoorbeeld een kast in elkaar zetten of iets, dan vraag ik gewoon mijn kinderen. Er is hulp genoeg" (Turkse vrouw).*

*"Praktische klussen probeer ik altijd eerst zelf, maar als ik hulp nodig heb, dan kan ik terecht bij vrienden. Ook mijn schoonzoon die in Rotterdam woont, helpt mij als het nodig is. Het is moeilijk dat ik steeds ouder wordt, maar ik heb gelukkig veel mensen bij wie ik terecht kan. Dit maakt het makkelijker. Ook de moskee is daarom erg belangrijk voor mij. Voor hulp ga ik vooral naar mijn kinderen. Zij helpen mij met brieven van de gemeente en de belastingdienst" (Turkse man).*

*"Bij mijn oudste kinderen kan ik wel met mijn problemen terecht (...) Huishoudelijke taken kan ik niet meer zelf. Ik heb thuiszorg. Mijn dochters helpen wel eens. Ze verlenen soms mantelzorg, maar niet altijd. Die hebben ook hun eigen leven" (Marokkaans vrouw).*

In sommige gevallen noemen ouderen dat zij zelf sociale steun verlenen aan anderen. Zo geeft een vrouw aan dat zij voor een vrouw boodschappen doet, voor haar kookt en samen met haar eet. Het geeft haar een voldaan gevoel dat ze een ander hiermee kan helpen. Een van de mannelijke respondenten helpt een zieke buurman door hem regelmatig gezelschap te houden en met hem te praten.

*"Ik ken een vrouw met beperkingen in haar benen. Ze kan moeilijk lopen. Ze belt mij dan op om te vragen of ik boodschappen voor haar wil doen, samen met haar wil koken en ook samen te eten. Als ik iemand blij kan maken dan word ik zelf ook heel blij. En ik vind het gewoon leuk iemand anders te helpen" (Turkse vrouw).*



*"Ik heb een buurman die ziek is en weinig aanloop heeft. Deze buurman wil altijd met mij praten en dit doe ik ook regelmatig" (Turkse man).*

### **3.1.5 Drukke levens**

Veel van de gesproken ouderen ervaren hun leven als erg druk. Twee mannen geven bijvoorbeeld aan dat hun vrouw ziek is en dat zij daardoor vrijwel alles in huis zelf doen en dat maakt hun levens erg druk. Maar niet alleen de ziekte van hun vrouw maakt het druk. Ook het onderhouden van sociale relaties binnen de moskee, binnen de familie en met de burens kosten tijd. Een andere man die nog aan het werk is, zegt dat hij constant bezig is en geen tijd heeft voor feest en ontspanning.

*"Mijn vrouw is ernstig ziek en daarom doe ik vrijwel alles in het huishouden behalve eten en koken. Dat kan mijn vrouw, die in een rolstoel zit, nog zelf. Daarnaast ga ik naar de moskee om te bidden. Binnen de moskee heb ik vrienden, maar ik ga ook goed om met mijn burens en kinderen. Een druk leven heb ik" (Turkse man).*

*"Wij zijn werkpaarden en worden onder de duim gehouden. Anderen zijn sierpaarden en kunnen lekker feestvieren. Ik heb daar geen tijd voor. Ik ben continu druk bezig" (Turkse man).*

Maar ook verschillende vrouwen ervaren drukte, onder meer omdat zij op kleinkinderen passen. Soms raken zij hierdoor overbelast, maar zij durven het oppassen niet te weigeren. Volgens een sleutelinformant heeft dit te maken met een gebrek aan assertiviteit. Het gevolg is dat deze vrouwen zichzelf van alles onzeggen.

*"Ze zijn overbelast door oppassen op kleinkinderen, daardoor geen tijd en energie om nieuwe dingen te doen. Terwijl ze bijvoorbeeld wel willen sporten, wandelen of leren fietsen, en dan samen met andere Marokkaanse vrouwen, voor de sociale contacten. Maar ze zijn niet assertief en durven het oppassen niet te weigeren" (Sleutelinformant)*

### **3.1.6 Ervaringen van eenzaamheid**

Sommige ouderen komen er expliciet voor uit dat ze eenzaam of zelfs heel eenzaam zijn. Eenzaamheid wordt door hen geassocieerd met alleen zijn en een gebrek aan contacten hebben. Zo voelt een Marokkaanse vrouw zich eenzaam sinds zij alleenstaande is doordat haar partner bij haar is weggegaan. Een ander ervaart eenzaamheid sinds zij niet meer werkt, omdat ze hierdoor weinig contacten meer heeft. Ze komt wel in een buurthuis voor

Marokkaanse vrouwen. Hoewel ze het prettig vindt om hier te verblijven, voelt ze zich als Arabisch sprekende vrouw tegelijkertijd buitengesloten tussen Marokkaanse vrouwen die alleen maar Berbers spreken. Sommige respondenten zijn minder uitgesproken en laten weten dat zij zich soms eenzaam voelen. Zo vertelt een Turkse man dat hij de drukte van het vroegere gezinsleven mist.

*"Mijn man is bij mij weggegaan. Ik heb het er heel moeilijk mee. Ook om erover te praten. Doordat mijn partner bij mij is weggegaan, voel ik mij heel eenzaam. Hij is 15 jaar geleden bij mij weg gegaan. Ik slaap sindsdien ook slechter (...). Als ik mij eenzaam voel, dan voel ik mij niet prettig in mijn vel" (Marokkaanse vrouw).*

*"Ik voel mij heel eenzaam. Ik heb geen contacten die mij van mijn eenzaamheid af kunnen helpen. Vroeger op het werk had ik het hartstikke leuk, kletsen met elkaar, als we problemen hadden, dan losten we die problemen voor elkaar op. En sinds dat er niet meer is, is gewoon alles veranderd. (...)Ze komt hier in het buurthuis naar toe om gewoon te zitten. De aanwezigheid is voor haar belangrijk. Maar wat betreft kletsen, daar vroeg ik naar, dat is niet het geval. Want zij is Arabisch, en de ander vrouwen spreken alleen berbers. Dus dan wordt ze soort van buitengesloten" (Marokkaanse vrouw).*

*"Ik voel mij soms wel eens eenzaam. Ik mis het gezinsleven van vroeger. Maar de kinderen zijn volwassen en getrouwd en die drukte van toen is niet meer " (Turkse man).*

Andere ouderen praten niet expliciet over eenzaamheid, maar uit hun verhaal blijkt het wel een rol te spelen in hun leven. Zo vertelt een Marokkaanse vrouw dat ze veel alleen thuis is en alleen gaat wandelen. Als er gevraagd wordt waar ze plezier aan beleeft in haar leven, antwoordt ze met 'niets'. Ze vertelt dat ze vriendinnen heeft die ze nog kent van vroeger van het werk, maar zij wonen niet in Rotterdam. Ze hebben alleen telefonisch contact. Ook als er gevraagd wordt met welke mensen ze gezellige momenten ervaart, vertelt ze dat ze helemaal geen gezelligheid ervaart met anderen. "Iedereen sluit zijn eigen deuren", volgens mevrouw. Ook een Turkse man uit zijn teleurstelling over zijn ervaring dat veel mensen tegenwoordig op zichzelf leven. Wat ook meespeelt is dat veel Marokkaanse en Turkse ouderen geen of nauwelijks hobby's hebben of plekken waar ze naar toe kunnen. Alleen de moskee is een ontmoetingsplek voor de mannen, zij kunnen dagelijks naar de moskee gaan, vrouwen gaan alleen op vrijdag. Vrouwen zitten het grootste gedeelte van hun tijd thuis.

*"De familie van mijn kant woont niet in Nederland, maar wel van mijn vrouw. Vroeger was het wel zo dat er zelfs vanuit Turkije steun was, maar nu is iedereen op zichzelf. Als je economisch goed zit in Nederland, zelfs vrouwen kunnen nu werken, iedereen kan iets*

*bereiken. Dus iedereen is op zichzelf en heeft daardoor geen steun en hulp nodig van anderen. Was ik maar arm, dan had ik dit niet ervaren. Ik ben ook niet heel rijk, maar ik heb wel wat om op tafel te leggen om te eten. Ik heb een huis" (Turkse man).*

Een Turkse vrouw vertelt hoe haar leven is veranderd dankzij gesprekken met een psycholoog. Daar waar zij eerst sociaal geïsoleerd leefde, thuis bleef en weinig contacten had, heeft ze nu vele sociale contacten en is ze meer buiten dan thuis. Sociaal isolement en eenzaamheid zijn in die zin geen persoonlijke situaties waar mensen altijd in gevangen blijven. In de loop der tijd kan het door bepaalde sleutelmomenten - zoals gesprekken met een psycholoog - afnemen.

*"Vroeger had ik helemaal geen sociaal contact. Ik bleef thuis. Ik ben hiervoor naar de psycholoog geweest en heb daar medicijnen gekregen. Op advies van de psycholoog ben ik ook naar buiten gegaan. Zo is het begonnen. Nu heb ik heel veel sociale contacten, misschien zelfs meer dan eigenlijk zou moeten. Ik ben meer buiten dan dat ik thuis ben. Ik hoop dat mijn leven van vroeger niet meer terugkomt. Nadat ik buiten ben geweest denk je meer aan wat er buiten gebeurt en niet aan dat je thuis geïsoleerd zit en aan van alles gaat denken. Als je buiten bent ga je meer met elkaar praten en vrienden bezoeken en dat heb ik gedaan" (Turkse vrouw).*

Veel respondenten geven aan dat zij zich niet eenzaam voelen. Als uitleg voor de afwezigheid van eenzaamheidsgevoelens komen steeds dezelfde twee argumenten naar voren. De ouderen hebben het te druk om zich eenzaam te voelen of zij noemen dat zij veel contact hebben met familie, vrienden en burens. In enkele gevallen blijft een onderbouwing waarom men zich eenzaam voelt uit.

*"Ik voel mij niet echt eenzaam, want dan denk ik aan mijn kinderen en dan weet ik dat ik niet alleen ben. En met al die drukte heb ik niet eens tijd om aan mijn eenzaamheid te denken. Dus ik voel me daardoor ook niet eenzaam" (Turkse vrouw).*

*"Nee, geen eenzaamheid. Het huis is altijd vol met vrienden en burens. Hier is het een grote familie" (Marokkaanse man).*

*"Nee, ik voel mij niet echt eenzaam. En als ik thuiskom dan ben ik moe en dan ik daar geen tijd voor" (Marokkaanse vrouw).*

*"Ik voel mij niet eenzaam. Ik heb voldoende familie en vrienden om mij heen" (Turkse man).*

Hoewel ze zelf geen eenzaamheid ervaren, zien ze wel dat veel andere Marokkaanse en Turkse ouderen om hen heen eenzaamheidsgevoelens hebben. Het roept de vraag op of hun persoonlijke situatie echt zo uniek is of dat men het moeilijk vindt om over eenzaamheid te praten. Mogelijk is het een taboe om uit te komen voor eenzaamheid. Het erkennen van gevoelens van eenzaamheid zou psychologisch belastend kunnen zijn, omdat mensen daarmee mogelijk hun gevoel van persoonlijke controle ondermijnen. Mogelijk proberen mensen gevoelens van eenzaamheid te minimaliseren door dergelijke gevoelens te negeren en weg te drukken. Het zou een strategie kunnen zijn om zo gevoelens van hulpeloosheid en somberheid te voorkomen of te verminderen. Daarbij kunnen ook culturele codes een rol spelen. Zo legt een Marokkaanse vrouw hieronder uit dat gezichtsverlies een rol kan spelen.

*"Ik kom wel eens vrouwen tegen, gewoon op straat. Dan zeg ik tegen hen: kom ook eens naar het buurthuis waar mensen ook gezellig kunnen zijn. Maar ze zitten in een ontkenningfase. Ze zeggen: waarom zou ik hier naar toe moeten gaan? Ik ben helemaal niet ziek. Ze proberen te ontkennen dat het niet goed gaat. Bang voor gezichtsverlies zou een rol kunnen spelen" (Marokkaanse vrouw).*

Mogelijk spelen er ook verschillen tussen Marokkaanse en Turkse ouderen. Een van de sleutelinformanten merkt in dit verband op dat Turkse vrouwen minder eenzaam zijn dan Marokkaanse vrouwen. Volgens haar houden Turkse vrouwen elkaar veel gezelschap. Marokkaanse vrouwen raken daarentegen al snel eenzaam en geïsoleerd zodra hun man komt te overlijden. En voor mannen zou dit ook weer heel anders liggen. Als hun vrouw komt te overlijden, dan is dat voor hen een nieuwe start om opnieuw te trouwen met een andere vrouw. Overigens merkt de sleutelinformant ook op dat sommige Marokkaanse vrouwen na het wegvallen van de man wel een nieuw leven starten en het heft in eigen handen nemen.

*"Als hun man overleden, ziek geworden of zelfs helemaal teruggekeerd is naar het land van herkomst, dan moeten Marokkaanse vrouwen het ineens allemaal alleen doen. En sommige vrouwen, niet allemaal, maar sommige beginnen nu toch met een nieuw leven door het heft in eigen handen te nemen. Turkse vrouwen daarentegen zijn heel erg sociaal bezig met elkaar binnen de eigen binnen gemeenschap. Maar buiten de eigen gemeenschap zijn ze sociaal geïsoleerd. Dus binnen de eigen gemeenschap zijn ze enorm actief. Natuurlijk zitten er ook sociaal geïsoleerde vrouwen bij, maar niet zo veel als bij de Marokkaanse ouderen. Marokkaanse ouderen, zodra ze oud zijn, dan valt de man weg, dan raakt de vrouw, als eerste sociaal isolement en eenzaam. Bij de man, als de vrouw overlijdt, voor hem is dit eigenlijk een nieuwe start. Dan gaat hij trouwen" (Sleutelinformant).*

Ook moet niet onderschat worden dat Marokkaanse vrouwen ook eenzaam kunnen worden doordat hun echtgenoten hun ingewikkelde keuzes voorleggen. Of ze gaat mee met hem terug naar Marokko of ze blijft alleen achter. Vrouwen kiezen er dan vaak voor om in Nederland te blijven, omdat zij er voor de kinderen en kleinkinderen willen zijn. Hun alleenstaande positie kan een risicofactor vormen voor eenzaamheid. Dit zou volgens de desbetreffende respondent niet of nauwelijks spelen bij Turkse ouderen.

*"Naast het feit dat ze sociaal geïsoleerd zijn, worden ze ook mishandeld. Emotionele mishandeling. Dan denkt die man van weet je wat, wil je niet mee terug gaan, dan blijf je maar. Vaak blijft de vrouw toch bij haar kinderen en gaat de man weg. Die kiest dan voor zichzelf. Dat is het verschil tussen de Marokkaanse senioren en de Turkse senioren" (Sleutelinformant).*

### **3.1.7 Omgaan met eenzaamheid**

Mensen die eenzaamheid ervaren, zetten verschillende copingstrategieën in. Dit zijn inspanningen om stressvolle situaties - zoals ervaringen van eenzaamheid - en daarmee gepaard gaande emoties te overwinnen, te verminderen of te tolereren (Lazarus and Folkman 1984). Om zich weer prettig te voelen, gaan mensen naar buiten om na te denken, bespreken hun zorgen en gevoelens met vriend(inn)en, zoeken ander gezelschap op of kijken naar buiten.

*"Als ik eenzaamheid ervaar, dan ga ik naar buiten of ga ik nadenken over zaken. En als ik alleen ben, bel ik mijn vriendinnen op om ze te vertellen dat ik mij niet lekker in mijn vel voel" (Marokkaanse vrouw).*

*"Als ik mij eenzaam voel, ga ik naar buiten en dan zie ik mensen voorbij gaan. Ik kom hier (bij Humanitas) 2 keer in de week. Ik krijg ook zorg en met die hulpverleners voer ik ook gesprekken. Dat vind ik wel prettig. Ik vind het zo gezellig. Ik hoop dat er nog twee extra dagen in de week worden georganiseerd. (...)Ik heb nog een goede vriendin, een leeftijdsgenoot, die ook op leeftijd is. Daar kan ik tegenwoordig niet meer naar toe, omdat ze trappen heeft in de flat. Zij komt nu soms naar mij toe en dat vind ik wel prettig Als die vriendin komt, de ene keer lachen we samen. De andere keer luchten we onze harten samen. Als ik eenzaamheid voel dan heb ik verschillende emoties. De ene keer huil ik, de andere keer lach ik. Voornamelijk ga ik naar de voordeur om naar buiten om te kijken naar de mensen die voorbij lopen. Ik ben niet mobiel genoeg om verder te gaan" (Marokkaanse vrouw).*

*"Er zijn wel momenten waarop ik mij eenzaam voel. Dat voelt gewoon niet goed, maar als*

*je bijvoorbeeld thuis ruzie hebt dan moet een van de twee weg. Dan moet ik wel gezien de situatie van mijn vrouw. Dan denk ik, had ik maar een broertje of zusje in Nederland waarmee ik mijn zorgen kon delen. Als ik zulke momenten heb, dan loop ik weg, loop ik een rondje en probeer ik mijzelf op te peppen" (Turkse man).*

*"Hier bij Humanitas vind ik het heel prettig omdat het mijn eenzaamheid een beetje kan verdoezelen (Marokkaanse vrouw).*

We hebben de ouderen en sleutelinformanten ook gevraagd wat zie als oplossing zien voor het eenzaamheidsprobleem. Buurthuizen waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten en waar mensen activiteiten kunnen doen zijn volgens betrokkenen belangrijk om eenzaamheid te verminderen. Soms moeten ze door iemand gestimuleerd worden als de drempel te hoog is daar naar toe te gaan. Een Marokkaanse vrouw vertelde dat ze met de vrijwilligster die de activiteiten organiseerde persoonlijke gesprekken kon voeren waardoor ze zich minder eenzaam voelde.

Aangezien vooral mensen die geen familie hebben eenzaam kunnen worden zou het volgens een Turkse man een oplossing zijn als ze naar een bejaardenhuis kunnen gaan. Een geheel andere oplossing wordt aangedragen door een andere Turkse man. Volgens hem ervaren ouderen problemen en eenzaamheid doordat hun kinderen geen werk hebben, niet naar school gaan en zo een zorg blijven voor hun ouders. In plaats van geld uit te geven aan een pleintje zou de gemeente jongeren kunnen helpen met het vinden van een baan en zo hun verantwoordelijkheid op zich te kunnen nemen. Wanneer de jongeren worden geholpen, wordt de zorg van de ouders minder.

Als mensen oud worden hebben ze veel aandacht nodig, zo stellen enkele ouderen. Bij hen op bezoek gaan of hen bellen, maakt hen gelukkig. Dit zou veel vaker moeten gebeuren, ook bij ouderen die in een bejaardenhuis wonen, want veel ouderen die daar wonen krijgen heel weinig bezoek. Verder is het volgens betrokkenen belangrijk om contact te houden met de burens, praatjes maken, een pannetje soep te brengen. Dit helpt ook om contacten tussen verschillende bevolkingsgroepen te bevorderen. Andere ouderen geven expliciet aan dat zij niet over het leven van anderen gaan of daar niet op letten. Als iemand hulp wil, moet hij daar om vragen en anders wil de desbetreffende persoon waarschijnlijk geen hulp.

### **3.2 Het verschil met autochtone ouderen**

De betekenis van het ouder worden bij Turkse en Marokkaanse ouderen kan volgens een sleutelinformant heel verschillend zijn vanwege verschillen in de persoonlijke thuissituatie en migratiegeschiedenis. Dit neemt niet weg dat er ook veel gedeelde problematiek bestaat. De leefsituatie van Marokkaanse en Turkse ouderen wordt vooral door de sleutelinformanten

gecontrasteerd met die van autochtone ouderen. Met andere woorden, de manier waarop autochtone ouderen ouderdom beleven en ervaren zou volgens hen sterk verschillen van de beleving van ouderdom onder autochtone ouderen. Hieronder lichten we dit toe op basis van de interviews met de sleutelinformanten. Daar waar dit van toepassing is, zullen we naast citaten van de sleutelinformanten ook citaten gebruiken van de respondenten.

### **3.2.1 Ouderdom als taboe en een onzekere levensfase**

Een eerste belangrijk verschil met autochtone ouderen is dat ouderdom een taboe zou zijn voor Marokkaanse en Turkse ouderen. Daar waar autochtonen al plannen maken voordat ze met pensioen gaan, zou dat bij Marokkaanse en Turkse ouderen weinig voorkomen. Ze zijn niet bewust bezig met het maken van plannen voor de toekomst. Het gebrek aan plannen lijkt voor een deel samen te hangen met een islamitische levenswijze. Een Marokkaanse vrouw en een Marokkaanse man zeggen hierover het volgende:

*"Ik denk niet aan de toekomst. Ik leef met het moment. Ik leef met de dag als het ware. Dit is vanuit Islamitisch perspectief. Dat je leeft, van Gods wil. Dus dan leef je met de dag en dan zie je wel wat er gebeurt" (Marokkaanse vrouw).*

*"Ik kijk niet naar morgen, maar kijk van dag tot dag. De dood kan onverwachts komen" (Marokkaanse man).*

Het gebrek aan toekomstplannen komt daarnaast voort uit gevoelens van onzekerheid en twijfel over de toekomst. Die onzekerheid heeft in belangrijke mate betrekking op de vraag of men in Nederland wil verblijven of in het land van herkomst. Het is een dilemma waarbij men de kinderen en kleinkinderen ook niet zomaar wil achterlaten. Daarbij blijken mannen en vrouwen het niet altijd met elkaar eens te zijn wat voor spanningen kan zorgen in de relatie. Een mannelijke respondent van Turkse afkomst merkt hier het volgende over op:

*"Als je eenmaal samen met je partner 65 bent geworden en je gaat met pensioen dan zegt de man: laten we 6 maanden hier doen en dan 6 maanden Turkije doen. Dan zegt de vrouw: nee, we blijven lekker hier, want ik heb nog kinderen en kleinkinderen hier. Scheidingen onder ouderen komt hierdoor. (Turkse man)"*

Onzekerheid en twijfels zijn er ook heel duidelijk als het gaat om de vraag wat men kan verwachten van de zorg. Het verdwijnen van verpleeghuizen en het aansturen op langer thuis wonen zorgt ervoor dat mensen angst ervaren om oud te worden. Er is twijfel of zij wel de

nodige zorg krijgen als zij beperkingen en lichamelijke klachten hebben. In sommige gevallen willen ouderen daarom niet heel oud worden.

*"Je hebt ook ouderen die aangeven dat ze niet heel oud willen worden. Dan denken ze aan beperkingen en lichamelijke klachten. Wie kan mij dan opvangen en voor mij zorgen? Je hebt ouderen die daar bewust over nadenken. Ze zijn dus bang om te oud te worden. (...) Waar kan ik dan terecht? Ben ik dan nog thuis? Wie gaat voor mij zorgen? Er is een constante zorg over het ouder worden. (...) Eerst waren er nog verpleeghuizen in Nederland en nu wordt gezegd dat mensen beter thuis kunnen blijven wonen. Dan moet ik wel thuis, maar dan blijft de vraag wie gaat er voor mij zorgen?" (Sleutelinformant)*

Het gegeven dat Marokkaanse en Turkse ouderen weinig plannen maken voor de toekomst betekent dus niet dat men helemaal niet nadenkt over de toekomst. Naast gedachten over terugkeer, gaan mensen zich volgens een sleutelinformant ook meer oriënteren op het geloof en nadenken en lezen over de dood.

### **3.2.2 Vroegtijdige ouderdom**

Een tweede verschil met autochtonen is dat Marokkaanse en Turkse ouderen zich op veel vroegere leeftijd al oud voelen. Zo geeft een sleutelinformant aan dat ouderdom bij autochtonen pas begint vanaf 65 jaar. Bij Marokkaanse en Turkse ouderen zou ouderdom al starten vanaf 50 jaar. Een andere sleutelinformant deelt deze opvatting en legt ook uit waarom dit zo is. Volgens jaar heeft het onder meer te maken met het gegeven dat ze jong zijn getrouwd en al kleinkinderen hebben. Daarnaast zouden vrouwen zich oud voelen bij klachten in de overgang en uitblijvende menstruatie.

*"Wij hebben met een generatie te maken die heel jong zijn getrouwd. Een vrouw van 50 jaar heeft al kleinkinderen. De kinderen zijn de deur uit en dan voelen ze zich oud. Bij de vrouwen als er klachten in de overgang zijn en uitblijvende menstruatie, dan geldt voor de meeste dat ze zich oud voelen. Dat zijn de symptomen van het ouder worden. Je bent niet meer vruchtbaar. (...) 60 a 70 jaar, dat is voor die groep echt oud. Heel veel vrouwen overlijden ook op hun 60ste of 65ste, tussen 60 en 70. Mensen denken: ik moet blij zijn als ik 70 bereik. Gevoel van ouder worden begint eerder" (sleutelinformant).*

Een van de mannelijke Turkse respondenten geeft een andere verklaring. Volgens hem heeft het te maken met de hechtheid in de Turkse gemeenschap. De verantwoordelijkheid voor de vaak grote gezinnen kan zorgen voor overbelasting. Dit kan vervolgens ertoe leiden dat mensen lichamelijke klachten krijgen en moe worden. Dergelijke ervaringen versterken het



ouderdomsproces of het gevoel van ouder worden. De respondent formuleert het zelf als volgt:

*"Bij Nederlandse gezinnen word je 18, dan ga je het huis uit. Of je gaat werken of je gaat naar school, dat mag je lekker zelf uitzoeken. Turkse gezinnen zijn heel gehecht aan elkaar en ze hebben vaak hele grote gezinnen. Je hebt ook de verantwoordelijkheid voor de familie en dat is een belasting. De belasting is teveel waardoor je lichaam het niet meer kan dragen. Dan wordt je moe en dan ga je je vanzelf oud voelen. Wij hebben geen tijd om rust en ontspanning te hebben. Dat is er bij ons niet. Wij zijn continu bezig" (Turkse man).*

Hoewel de zorg voor het gezin voor overbelasting kan zorgen, zouden ouderen het contact met kinderen en kleinkinderen wel erg belangrijk vinden. Vooral de vrouwen nemen vaak de taak op zich om ook te helpen met de opvoeding en zorg van de kleinkinderen. Een sleutelinformant stelt dat de ouderen zelf aangeven dat gelukkig zijn voor hen betekent tijd doorbrengen met de kinderen. Gevoelens van ouderdom spelen overigens niet bij alle respondenten. Pijn en beperkingen betekenen voor onderstaande persoon nog niet een gevoel van ouderdom:

*"Ik voel mij nog niet oud. Ik ben 53 en dat is niet oud. Ik heb wel een beetje pijn maar geen beperkingen. Lichamelijk voel ik mij wel moe en ik voel stress. Ik heb ook kniepijn" (Turkse man).*

### **3.2.3 Beperkingen en problemen door andere taal en cultuur**

Een derde verschil waar op gewezen wordt is dat Marokkaanse en Turkse ouderen in een andere culturele setting zijn opgegroeid. En hoe ouder mensen worden - zo signaleert een van de sleutelinformanten - hoe meer zij zich terugtrekken in de eigen cultuur en etnische gemeenschap. Volgens deze sleutelinformant kan deze culturele oriëntatie in sommige gevallen een beperking vormen voor mensen. De mogelijkheden van ouderen zijn bijvoorbeeld beperkt doordat veel van hen de Nederlandse taal niet of nauwelijks spreken. Een andere complicatie is het taboe rondom ziektes. Er is angst om te praten over ziektes, omdat deze direct met doodgaan geassocieerd worden. Bij andere ziektes is men mede door een sterke sociale controle bang om voor 'gek' aangezien te worden.

*"Het is een taboe om over ziektes te praten. Sommigen durven niet te praten over het feit dat ze ziek zijn, dat ze bijvoorbeeld dementie hebben. (...) Denk aan kanker. Ik ken situaties en ze praten er met niemand over. Kanker betekent: jij gaat gewoon dood. Zo wordt het ook geïnterpreteerd. Terwijl het een normaal iets is en het kan iedereen overkomen. (...) Een vertrouwelijk iemand binnen de familie zoeken om daarover te*

*praten, maar bij ziektes als alzheimer en schizofrenie wordt je als een gek gezien. De sociale controle heerst wel. Als mensen het wel bespreken dan is dat vooral binnen de familie, met de kinderen" (Sleutelinformant).*

Andere sleutelinformanten noemen als probleem dat mensen medicijnen soms verkeerd of helemaal niet gebruiken waardoor er gezondheidsproblemen ontstaan. Sommige ouderen accepteren ziektes als onvermijdelijke ouderdomsziektes. Andere ouderen zien hun ziekte als teken van falen. Weer anderen zouden het als excuus opvoeren dat ze hierdoor tot niets meer in staat zijn.

*"Ze vinden dat dit bij het ouder worden hoort. Dat zijn de dingen die je moet gaan accepteren of in je eigen levensstijl aanpassen. Lichamelijke klachten zien veel ouderen als vanzelfsprekend bij het ouder worden" (sleutelinformant).*

*"We zijn toch oud, we kunnen toch niks meer en we zijn toch ziek. (...) Ze accepteren het wel, ook al zijn ze maar 45, 50. We zijn toch oud. Ach joh, dat is leeftijd. (...) Vaak zien ze het als falen. Als einde. Van o mijn god, ik ben diabeet. Sommigen zien dat als, ja weet je, van als dat was te verwachten. En sommigen gebruiken dat ook gewoon als excuus. Ik ben ziek dus ik kan niks. Ik ben diabeet, dus ik kan niks (sleutelinformant).*

### **3.2.4 Verwachtingen mantelzorg komen vaak niet uit**

Een vierde verschil is dat Marokkaanse en Turkse ouderen hoge verwachtingen hadden om mantelzorg en veel aandacht van hun kinderen te krijgen zodra zij op hogere leeftijd raken. Hoewel er ook veel kinderen zijn die voor hun zieke ouders zorgen vanuit een morele plicht met soms overbelasting tot gevolg, komt het ook vaak voor dat kinderen dit niet kunnen opbrengen. Dit wordt niet altijd begrepen door de ouderen. Sterker nog, men voelt zich in de steek gelaten en men is boos en teleurgesteld. Een sleutelinformant licht het volgt toe:

*"Als je het hebt over de dagelijkse zorgen en aandacht voor de ouders, dat zit er gewoon niet meer in. De kinderen hebben allemaal hun eigen levens. Ze werken fulltime en hebben geen tijd. De ouders hebben hier niet altijd begrip voor. Ze voelen zich in de steek gelaten omdat ze hun hele leven hard hebben gewerkt om hun kinderen een goede toekomst te kunnen geven. Er is teleurstelling en woede. Dat hoor ik heel vaak. Ze willen niet begrijpen dat hun kinderen het hartstikke druk hebben. Dat begrijpen ze niet. (...) De kinderen zijn volwassen en de meeste zijn het huis uit. Terwijl ze altijd hebben gedacht dat hun kinderen voor hen zouden zorgen. Maar hun kinderen zijn getrouwd en hebben een eigen leven. Dan is het bijna niet te doen om voor hun ouders te zorgen. Vaak*

*zitten ze dan thuis alleen, geïsoleerd" (sleutelinformant).*

Deze situatie leidt er soms toe dat men zich sociaal geïsoleerd voelt. In andere gevallen leidt het niet direct tot sociale isolatie. Veel kinderen kunnen de dagelijkse zorg en aandacht niet opbrengen, maar komen nog wel regelmatig op bezoek of blijven in het weekend logeren. Ook door de aanwezigheid van kleinkinderen komen de kinderen nog vaak langs bij opa en oma. De ouderen zijn wel bang dat deze bezoeken af zullen nemen zodra de kleinkinderen ouder worden. Een respondent geeft aan dat haar dochter veel helpt, maar dat het zwaar is en dat het voor haar steeds moeilijker wordt op dit te blijven opbrengen.

*"Mijn dochter is altijd bezig voor mij en regelt alles. Het is zwaar en moeilijk. Maar mijn dochter gaat trouwen, heeft dan een eigen huis, kinderen, eigen leven en eigen problemen. Het wordt dan steeds moeilijker" (Marokkaanse vrouw).*

### **3.2.5 Gebrek aan vertrouwen in professionals**

Een vijfde verschil is dat sommige Marokkaanse en Turkse ouderen wantrouwend staan tegenover professionele hulp. Dat is voor sommige mensen een reden om te hopen op zorg en ondersteuning van de eigen kinderen.

*"Ik heb liever dat mijn eigen kinderen dat doen. Dus mocht er hulp nodig zijn bij het huishouden omdat ik lichamelijk beperkt ben, dan zou ik liever willen dat mijn kinderen dat doen, dan dat er iemand van buitenaf komt. Omdat ik ze minder vertrouw, het zijn vreemden" (Turkse vrouw).*

Door het gebrek aan vertrouwen bestaat er vooral bij psychische problemen en stress de neiging om hulp te zoeken in Marokko of Turkije in plaats van in Nederland. Bij ziektes als schizofrenie vermijden ze de huisarts, omdat ze bang zijn dat deze hen een stempel meegeeft. De huisarts willen ze alleen bezoeken als er een duidelijke fysieke klacht is. Dit laatste heeft ook met taalproblemen te maken. Lichamelijke klachten zijn zo duidelijk dat het nog uit te leggen is, maar als het gaat om ingewikkeldere complicaties dan is een tolk nodig. Maar niet iedereen wil een zoon of vriendin meenemen als tolk om met de huisarts openlijk over ziektebeelden te praten. Naast het gegeven dat ouderen soms naar Marokko of Turkije vertrekken voor hulp, is een andere strategie dat ze onderling informatie en ideeën uitwisselen. Onderling wisselen ze zelf medicijnen uit, ook medicijnen uit het land van herkomst. Deze zijn verstrekt via de artsen en in deze artsen heeft men wel vertrouwen.

*"Soms wordt er wantrouwend gekeken naar de professionele hulp. Ze hebben mij niets te vertellen. Ik vertrouw ze niet en wil ze niet bij mij thuis hebben" (Sleutelinformant).*

*"Dan zoeken ze eerder hulp bij een alternatieve geneeswijze of bij een geestelijk verzorger in het thuisland. Naar de huisarts ga je niet voor psychische problemen denken ze. Dat doe je bij fysieke klachten. De huisarts is dan als laatste aan de beurt. Ook bij schizofrenie. Dan wordt soms ook gedacht aan het boze oog. Ze zijn bang dat ze een stempel krijgen bij de huisarts en dat willen ze niet. Ze zoeken meestal bij andere genezers in het land van herkomst" (Sleutelinformant).*

*"Bij psychische problemen of stress gaan ze niet zo snel naar de huisarts. Bij sommige klachten wordt wel gezocht naar een genezer, naar kruiden of therapeutische massages. Vaak is dat niet in Nederland, maar in het thuisland. Je hebt meren of rivieren in een berg voor genezing" (Sleutelinformant).*

*"Als ze naar hun eigen land gaan en in de zomer gaan ze ook oriënteren, het zijn best slimme mensen. En dan gaan ze allerlei kruiden en allerlei specerijen en allerlei homeopathische dingen gebruiken, waardoor ze suiker, diabetes, zeg maar, hoe noemen ze dat, suikerziektetabletten of insuline dan laten. En dan zeggen ze dit gaat het vervangen. Dan voelen ze zich een maand of twee maanden heel erg gezond. Ze komen bij hun familie, eigen mensen, herkenning van taal, affiniteit van het land, jezelf zijn, je kent alle straatjes, je kent alle hoeken van de wijk. En dan komen ze hier en na drie weken zijn ze helemaal depressief. Want de suiker is omhoog, bloeddruk is omhoog. En dan komen ze in een panieksituatie en dan zeggen ze: kijk eens, ik zei toch dat Marokko beter is dan hier" (Sleutelinformant).*

### **3.2.6 Financiële problemen**

Een zesde verschil is dat de meeste migranten in tegenstelling een laag inkomen hebben als gevolg van een pensioengat en een onvolledige AOW. Ouderen die werkloos raken vinden geen baan meer en gaan er zwaar in inkomen op achteruit. Vaak zijn er nog inwonende schoolgaande kinderen die hoge kosten met zich meebrengen. Daar komt bij dat Marokkaans en Turkse ouderen ook de morele plicht voelen om familieleden in het land van herkomst financieel te ondersteunen. Veel ouderen leven dus in armoede. Armoedeproblemen zijn niet specifiek voorbehouden aan migranten, maar er zijn dus wel financiële problemen die samenhangen met hun migratieverleden en niet of veel minder vaak spelen bij autochtonen. Naast financiële zorgen, vormt het gebrek aan financiële middelen ook een barrière om activiteiten te ondernemen, zoals lid worden van een sportvereniging. Zelfs kleine bedragen

voor activiteiten, zoals 50 cent voor koffie is soms een probleem. Maar de financiële problemen zijn niet altijd even zichtbaar. Marokkaanse ouderen die uit het rifgebergte afkomstig zijn, zouden veel schaamte ervaren en de voedselbank om deze reden vermijden.

*"Heel veel hebben gewerkt in bedrijven die niet verzekerd waren. Sommigen zijn er vanuit gegaan dat ze wel een bedrijfspensioen hadden opgebouwd, maar achteraf blijkt dat ze de eerste 15 jaar niets hebben opgebouwd. Dat zorgt voor grote teleurstellingen en financiële tekorten" (Sleutelinformant).*

*"Ze hebben een laag inkomen door een groot pensioengat. Ze moeten familieleden in hun thuisland financieel ondersteunen. Bijvoorbeeld hun vader, broer of zus. Je hebt al weinig en dan moet je ook nog denken aan anderen (Sleutelinformant)".*

*"Ik ben niet bezig met de toekomst, maar mijn beeld van de toekomst is niet positief financieel gezien" (Turkse man).*

*"Voorheen was het zo dat ze een bijdrage kregen van de gemeente en daar konden ze eten van kopen. Daar kwamen zoveel vrouwen dat ze dan hier eten kochten en dan hadden ze hier vrouwenochtenden. Maar nu hebben ze dat geschrapt. Maar nu betalen de vrouwen die komen 50 eurocent. Per keer. En dan verzorgen zij koffie en thee. Het was eerst heel erg druk, en nu is het wat minder geworden. Omdat ze moeten betalen" (Sleutelinformant).*

*"De meeste Marokkanen komen uit het Rif gebergte, die hebben schaamte. Schaamte voor als het niet goed met je gaat. De voedselbank. Bijna geen enkele Marokkaan gaat daar heen. Heel weinig vrouwen. Maar mannen, ik heb nooit een man gezien daar. Schaamte, gewoon schaamte. Ze weten de weg ook niet. Schaamte ook als ze naar eigen land terugkeren, ze gaan het niet vertellen" (Marokkaanse man).*

## **4 Implicaties voor de cursus GRIP&GLANS**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk bespreken we de implicaties van onze bevindingen voor de groepscursus 'GRIP&GLANS'. We beantwoorden de vragen of de cursus past bij de beleving van het ouder worden door Marokkaanse en Turkse ouderen in Rotterdam. We staan stil bij de vraag in hoeverre de doelen van de cursus en de concrete methodieken aansluiten op de leefwereld en levensomstandigheden van de beoogde doelgroep. Het belangrijkste uitgangspunt van de GRIP&GLANS interventie is de GLANS schijf met de 5 parten die verwijst naar de 5 belangrijkste domeinen van welbevinden. We bespreken of de thema's die door de ouderen zijn genoemd hier in ondergebracht kunnen worden, of dat er wellicht andere thema's van belang zijn voor het welbevinden van deze doelgroep. Vervolgens is een belangrijk uitgangspunt van de interventie dat mensen met de juiste zelfmanagementvaardigheden zelf iets kunnen doen om hun welbevinden in de verschillende domeinen te verbeteren. Vanuit de interviews met de ouderen bespreken we vervolgens of het aanleren van deze vaardigheden voor hen haalbaar is.

### **4.2 De GLANS schijf en de partjes**

De deelnemers oefenen met de GLANS schijf en vullen deze voor zichzelf te bedenken wat zij hebben of doen in termen van de vijf domeinen van welbevinden. Hierdoor wordt het positieve startpunt van de cursus duidelijk, namelijk uitgaan vanuit datgene wat je wel hebt en doet en niet zozeer uitgaan vanuit problemen of tekorten. Voor sommige mensen kan het heel moeilijk zijn om de partjes voor zichzelf in te vullen als zij uit moeten gaan van het positieve wanneer zij weinig positieve dingen ervaren in hun leven. Vervolgens bedenken wat ze willen veranderen en hoe dat zou kunnen is een moeilijke of in hun ogen misschien wel een onmogelijke opgave. Hieronder wordt per partje samengevat welke problemen Marokkaanse en Turkse ouderen uit het onderzoek bij het ouder worden zelf ervaren en wat hun welzijn beïnvloedt.

#### **4.2.1 Gemak en gezondheid (G)**

Turkse en Marokkaanse ouderen zijn ongezonder dan autochtone Nederlanders op dezelfde leeftijd en hebben meer moeite om rond te komen vanwege lage inkomens. Velen leven in armoede. Marokkaanse en Turkse ouderen voelen zich op veel vroegere leeftijd al oud. Vrijwel alle ouderen die in dit onderzoek aan het woord kwamen ervaren gezondheidsklachten, hebben pijn en/of fysieke beperkingen en sommigen voelden zich diep ongelukkig met hun

leven. Door ziekte en pijn die daarmee gepaard gaat is het moeilijk activiteiten te ondernemen. Deze factor geldt ook voor autochtone Nederlanders, maar binnen de groep Marokkaanse en Turkse ouderen zijn er meer onbegrepen ziektes en de communicatie met de huisarts verloopt vaak stroef door taalproblemen. Het bespreken van ziekte in het algemeen is taboe. Dat geldt in het bijzonder voor psychische problemen. Als mensen ziek zijn komen ze soms helemaal de deur niet meer uit, sommigen hebben zelfs geen contact meer met de kinderen. Veel van de gesproken ouderen ervaren hun leven als erg druk en hebben weinig of geen tijd voor ontspanning. Dit komt doordat men druk is met mantelzorg geven aan een ernstig zieke partner, de zorg voor kleinkinderen of werk in ploegendienst. Vrouwen zijn soms overbelast door het oppassen op de kleinkinderen, iets wat ze vaak niet durven te weigeren. Veranderingen in de woonomstandigheden kunnen leiden tot verminderde levensvreugde, zoals een satellietdish die door de woningbouwvereniging wordt verwijderd of iemand wiens huis gesloopt wordt en moet verhuizen naar een huurwoning die twee maal zo duur is. Men heeft niet de financiële middelen dit op te lossen.

#### **4.2.2 Leuke bezigheden en lichamelijke activiteit (L)**

In tegenstelling tot veel autochtone ouderen hebben de meeste Marokkaanse en Turkse ouderen geen of nauwelijks hobby's of plekken waar ze naar toe kunnen. Alleen de moskee is een ontmoetingsplek voor de mannen, zij kunnen dagelijks naar de moskee gaan, vrouwen gaan alleen op vrijdag. Vrouwen zitten het grootste gedeelte van hun tijd thuis. Voor boodschappen doen gaan ze naar buiten volgens de sleutelinformanten. Financiële problemen vormen een barrière om dingen te ondernemen. Lid worden van bijvoorbeeld een sportvereniging is te duur. Zelfs een klein bedrag voor activiteiten, zoals 50 cent voor koffie is soms een probleem. Wat veel ouderen het meeste plezier geeft of een doel aan het leven zijn de kinderen en kleinkinderen. Tegelijkertijd zijn veel vrouwen overbelast door het oppassen op hun kleinkinderen, maar durven het oppassen niet te weigeren. Daardoor hebben ze geen tijd en energie om nieuwe dingen te doen en nieuwe sociale contacten op te bouwen.

#### **4.2.3 Affectie (A)**

Veel van de respondenten vertellen dat eenzaamheidsgevoelens ontstaan als iemand in de steek is gelaten door de partner. Bij het overlijden van de partner zoeken mannen vaak snel een nieuwe vrouw, maar vrouwen kunnen geïsoleerd raken als de kinderen ook weg zijn en er geen andere relaties zijn. Marokkaanse en Turkse ouderen hebben behoefte aan genegenheid binnen de relatie, maar die is er soms niet. Ze denken dat autochtone stellen het samen beter hebben. De vrouwen besteden ook geen aandacht meer aan hun uiterlijk. Ze zien zichzelf niet meer als seksuele partner volgens een sleutelinformant. Deze informant heeft in een project

vrouwen geleerd zichzelf weer aantrekkelijk te maken en te voelen. Mannen deden dit vervolgens ook op hun beurt en dit kwam de relatie ten goede. Ook het gevoel dat de kinderen minder zorg en aandacht voor hen hebben nu ze oud zijn zorgt voor teleurstelling. Men voelt zich in de steek gelaten door de kinderen. De kinderen zijn het huis uitgegaan en hebben hun eigen drukke leven. Ze hebben vaak geen tijd om voor hun ouders te zorgen, terwijl de ouders dit wel hadden verwacht. Er is verder geen netwerk, er komt niets voor in de plaats. Volgens een Marokkaanse man spreek je niet met elkaar over privé zaken en vraag je niet aan elkaar of je je alleen voelt.

#### **4.2.4 Netwerk en nuttig voelen (N)**

Het verlies van werk en daardoor collega's waar men sociale contacten mee heeft speelt evenals bij autochtone Nederlanders een rol. Slechts weinigen hebben hobby's of doen vrijwilligerswerk zodat er niets voor in de plaats komt. Als de kinderen het huis uit zijn en niet of nauwelijks meer thuis komen en de familie in het thuisland woont is het familienetwerk sterk aangetast. Vooral als ook de echtgenoot voorgoed of meerdere maanden per jaar naar het thuisland gaat. Turkse vrouwen hebben vaak een groter sociaal netwerk, zij zijn binnen de eigen gemeenschap heel sociaal met elkaar. Marokkaanse vrouwen kunnen veel minder terugvallen op een dergelijk netwerk. De moskee is een belangrijke ontmoetingsplek. Het functioneert soms als een soort buurthuis waar mensen elkaar kunnen ontmoeten en samen kunnen ontspannen. Veel Marokkaanse en Turkse ouderen spreken de Nederlandse taal niet of nauwelijks. Contact met burens en het meedoen aan activiteiten is hierdoor moeilijk.

#### **4.2.5 Sterkte punten (S)**

In de interviews is hier wel naar gevraagd, maar de ouderen konden weinig met deze vraag. Veel spraken al snel over hun beperkingen en gezondheidsklachten waardoor ze aan huis gebonden waren. Een enkeling deed vrijwilligerswerk in een buurthuis of deed regelmatig iets voor een eenzame hulpbehoevende bekende.

### **4.3 Interesse voor de cursus**

Veel Marokkaanse en Turkse ouderen lijken interesse te hebben voor de cursus GRIP&GLANS. Sommige ouderen geven aan de cursus niet te willen volgen, omdat men het te druk heeft. Anderen zijn wegens ziekte niet mobiel en zouden daarom zelf niet kunnen komen. Een respondent vertelt dat hij verwacht dat het moeilijk zal zijn om kwetsbare ouderen te bereiken voor de cursus. Geïsoleerde ouderen doen nergens aan mee en zullen ook niet geneigd zijn om wel aan deze cursus mee te doen. De redenen waarom ouderen belangstelling hebben voor de cursus lopen sterk uiteen. Sommigen willen iets leren en anderen lijken vooral



het gezelschap aantrekkelijk te vinden. Weer anderen lijken het vooral leuk te vinden dat ze ergens voor uitgenodigd worden. In enkele gevallen komt een negatieve motivatie naar voren, namelijk dat de cursus interessant is omdat men zich verveelt.

De sleutelinformanten menen dat de cursus mensen kan helpen na te denken over hun leven en toekomst en ook een bewustzijn te creëren over wat ze zelf kunnen en willen. Het stellen van doelen en daar naar toe werken is volgens hen belangrijk. Iedereen heeft al jaren zijn leven op dezelfde manier geleid. Het is nodig dat er doelen worden gesteld ten aanzien van de communicatie en omgang met de partner en kinderen. Maar ook om met elkaar te praten over de rol die mensen willen innemen in het leven, bijvoorbeeld welke taken vrouwen op zich willen nemen als moeder en oma.

#### **4.4 Doelstelling en doelgroep van de cursus**

Zowel de bevindingen uit de literatuur als de interviews met de ouderen en sleutelinformanten laten zien dat Marokkaanse en Turkse ouderen zich eerder oud voelen dan autochtone ouderen. Daar waar ouderdom bij autochtone ouderen pas bij 65 jaar begint, start dit bij Marokkaanse en Turkse ouderen al rond 50 a 55 jaar. Hun gezondheid gaat sneller achteruit, ze zijn veelal afgekeurd of werkeloos en voelen zich vroeger opgebrand, spreken de Nederlandse taal niet of nauwelijks en zien geen toekomstperspectief. Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen. Dit roept de vraag op of een cursus die inzet op zelfmanagement en een positieve instelling goed aansluit bij de manier waarop ouderen hun ouderdom beleven. Het is in elk geval een grote uitdaging om hun sombere leefwereld om te buigen naar een positieve en optimistische levenshouding. Wellicht zijn de ambities voor deze doelgroep te hoog gegrepen en is het verstandig om deze bij te stellen. In plaats van een focus op zelfmanagement en een positieve instelling zou bijvoorbeeld ingezet kunnen worden op het versterken van de draagkracht van ouderen. De cursus zou zich meer kunnen richten op het bijbrengen van copingstrategieën zodat de ouderen beter in staat zijn om om te gaan met negatieve emoties, ervaringen en fysieke beperkingen. Het is in dat geval belangrijk om de kwetsbaarheid van de ouderen te onderkennen en bespreekbaar te maken. Nu is de kwetsbare en afhankelijke positie van ouderen nog vaak een taboe onder de ouderen zelf. Als de focus in de cursus te nadrukkelijk gericht is op een positieve instelling, blijven bepaalde problemen zoals taboeziekten, overbelaste mantelzorgers en eenzaamheid een taboe. Het bespreekbaar maken van deze thematiek opent de deur om met elkaar van gedachten te wisselen over effectieve copingstrategieën. In sommige gevallen is het ook de vraag of deze doelgroep niet eerder behoefte heeft aan zwaardere vormen van ondersteuning. De doelen in GRIP&GLANS zijn niet alleen moeilijk te realiseren voor hen. Het karakter van de cursus lijkt onvoldoende

rekening te houden met het gegeven dat deze ouderen zijn opgebrand en geen of weinig perspectief op verbetering zien.

Een andere oplossing zou kunnen zijn om niet de doelstelling aan te passen, maar de doelgroep. Aangezien de ouderen zich eerder oud en kwetsbaar voelen dan autochtonen, zou de leeftijdscategorie verlaagd kunnen worden naar 40+ zodat mensen zich in een vroegtijdig stadium kunnen voorbereiden op hun ouderdom. Zo kan ook voorkomen worden dat problemen zich opstapelen en dat de situatie daardoor zo ingewikkeld is geworden dat een cursus te laat wordt ingezet. De cursus heeft immers ook een preventief karakter en wil voorkomen dat ouderen niet in staat zijn om met dreigende kwetsbaarheden om te gaan. Vroegtijdige ondersteuning kan bovendien nuttig zijn, omdat uit deze studie blijkt dat mensen weinig toekomstplannen maken. Opvallend is dat sommige ouderen zelf ook aangeven dat de cursus niet zinvol is voor mensen boven de 50 jaar en meer geschikt zou zijn voor een doelgroep rond de 45 jaar. Zij vragen zich namelijk af in hoeverre er nu nog veranderingen in hun leven mogelijk zijn.

Een sleutelinformant draagt nog een alternatieve oplossing aan. Om te voorkomen dat het een 'standaardcursus' wordt, zou de cursus afgestemd moeten worden op de verschillende niveaus die er binnen een groep bestaan. Werken met een trainingsmap die doorgewerkt moet worden, zal niet werken. Het is belangrijk om te visualiseren door veel gebruik te maken van beelden. Dat kan bijvoorbeeld door in de opdrachten veel met plaatjes en foto's te werken.

Er zal in de cursus hoe dan ook rekening gehouden moeten worden met de culturele achtergrond van Marokkaanse en Turkse ouderen. De cursus 'GRIP&GLANS' die aanvankelijk bedoeld was voor autochtone ouderen kan niet een op een overgenomen worden. In het vorige hoofdstuk zijn namelijk belangrijke verschillen aan het licht gekomen tussen Marokkaanse en Turkse ouderen enerzijds en autochtone ouderen anderzijds. Zo speelt bij Marokkaanse en Turkse ouderen onder meer dat zij hoge verwachtingen hebben van hun kinderen omtrent mantelzorg, dilemma's rondom het terugkeren naar het land van herkomst, meer fysieke en psychische complicaties en meer financiële zorgen.

Naast deze aspecten leveren de interviews ook concrete aangrijpingspunten op voor de vorm van de cursus. Rekening houden met de culturele achtergrond betekent dat er in de cursus geen gebruik wordt gemaakt van computers, internet en smartphones. Geen van de respondenten maakt gebruik van deze technologie hetgeen ook niet verwonderlijk is aangezien veel Marokkaanse en Turkse ouderen niet kunnen lezen en schrijven. Ook het zelfstandig laten invullen van een vragenlijst voor de evaluatie is in dit verband niet reëel. Er is bij vrijwel iedereen een welwillendheid om een vragenlijst in te vullen, maar daarbij hebben zij wel hulp

nodig van hun kinderen of een tolk. Ongeveer de helft van de mensen zou bereid zijn om thuisopdrachten te maken, maar ook daar hebben ze hulp bij nodig. De rest denkt niet dat ze het gaan doen, omdat hun gezondheid het niet toelaat (ogen, geheugen), geen tijd hebben of de taal niet begrijpen. Ook hebben de ouderen een voorkeur voor een Nederlandse cursusleider in combinatie met iemand die hun taal spreekt. Over gemengde groepen met Marokkaanse en Turkse ouderen bestaat verschil van mening. Veel ouderen vinden het geen probleem, maar sommigen zijn er vanwege de culturele verschillen echt op tegen. Vrijwel ieder wil echter dat er gescheiden groepen van mannen en vrouwen zijn. Aansluiting zoeken bij het geloof biedt aanknopingspunten als het gaat om het stellen van doelen. De Islam benadrukt namelijk ook het plannen, nadenken en overleggen. Of borging via een train de trainer aanpak mogelijk is, is in dit onderzoek geen informatie verkregen. Wel is het zo dat de geïnterviewden aangeven dat de groep ouderen als geheel geen of slecht Nederlands spreekt en dat er daarom een trainer van de eigen taal aanwezig moet zijn. Gezien het lage opleidingsniveau van de gemiddelde Turkse en Marokkaanse oudere zal het lastig zijn een zogenaamde 'peer' op te leiden, maar zou er eerder gedacht moeten worden aan een jongere persoon. Tot slot adviseren zowel sleutelinformanten als de ouderen zelf om de cursus te organiseren op plekken waar de mensen te vinden zijn. Het zou niet reëel zijn om te verwachten dat veel mensen naar een centrale plek komen. De kans is groot dat ze dan niet op komen dagen. Effectiever is het bijvoorbeeld om de cursus te organiseren in een van de leslokalen van een moskee of in een buurthuis.

Zoals genoemd stellen sommige ouderen voor om de cursus te geven aan een jongere groep mensen. Andere ouderen brengen ook nog andere ideeën naar voren over de doelgroep van de cursus. Zo zou de cursus bijvoorbeeld ook geschikt kunnen zijn voor jongere vrouwen die uit Marokko zijn gekomen en afhankelijk zijn van hun partner. Een ander denkt dat de cursus alleen voor alleenstaande mensen nodig is. Sommigen denken dat het niets voor Marokkaanse mannen is. Die zullen door gevoelens van schaamte geen persoonlijke verhalen willen delen. Er is ook iemand die denkt dat het zeer moeilijk zal zijn om Turkse mannen mee te krijgen. Een sleutelinformant geeft daarentegen juist aan dat het geschikt is voor mannen. Mannen worden juist te vaak vergeten, terwijl zij de regie over hun leven zouden zijn kwijtgeraakt toen ze geen werk meer hadden. Hun vrouwen organiseren en regelen alles binnenshuis.

#### **4.5 Activiteiten verbinden aan de cursus**

Het is een zinvolle strategie om de cursus te verbinden aan diverse activiteiten. Marokkaanse en Turkse ouderen reageren hier over het algemeen enthousiast op. De doelgroep noemt verschillende aantrekkelijke activiteiten. Voor mannen zijn dagjes uit met een bus, een wandeling in het Kralingse bos en gezamenlijk koffie drinken leuke activiteiten. Voor een

Turkse man zou de cursus een meerwaarde hebben als een Turkse arts, psycholoog of diëtist informatie zou kunnen verstrekken over het voorkomen van een dip en gezond eten. Voor vrouwen zijn koken, eten, naaien, het leren van de Nederlandse taal en wandelingen activiteiten die aanspreken.

De sleutelinformanten beamen dat het zinvol is om de cursus te verbinden aan leefstijlactiviteiten. Zij noemen dat de cursus aantrekkelijker gemaakt kan worden voor de doelgroep door gezellige activiteiten te organiseren. Hoe meer afwisselend de cursus is, hoe aantrekkelijker en interessanter het is voor ouderen om hieraan deel te nemen. Een sleutelinformant noemt het basisactiviteiten die in elke cursus thuishoren. In de activiteiten die zij noemen is een onderscheid te maken tussen informatieve en recreatieve activiteiten. Zo noemen zij enerzijds activiteiten als wandelen door de wijk en zo kennismaken met de voorzieningen in de wijk, een bezoek aan het juridische loket, leren wat en waar de vraagwijzer is en een bezoek aan het bejaardentehuis. Anderzijds spreken de sleutelinformanten over activiteiten als een dagje erop uit trekken, samen eten en gezond koken, een park of buurthuis bezoeken die sportactiviteiten aanbieden, ontspanningsoefeningen doen, moestuinen bekijken en een boerderij bezoeken. Dergelijke activiteiten halen mensen uit hun isolement. Activiteiten die aansluiten op hun kennis, kunde en ervaring – zoals landbouw en kookactiviteiten – zou bovendien een gevoel van nostalgie oproepen en stimuleert de ouderen om verhalen met elkaar te delen over vroeger. Eten en koken worden verder aangeduid als sociale activiteiten, omdat eten verbindt en ruimte creëert voor mensen om met elkaar in gesprek te gaan. Het verbinden van aan diverse activiteiten biedt ook mogelijkheden om makkelijker cursisten te werven. Door aan te sluiten bij bestaande groepen, zoals mensen die graag willen bewegen maar geen geld hebben voor een sportclub of een drempel ervaren naar een buurthuis te gaan.

## 5 Literatuur

Dijkshoorn, A. P. (2002). Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999/2000. Amsterdam, GG&GD.

Lazarus, R. S. and S. Folkman (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York, Springer Publishing.

Lindenberg, S. (1996). Continuities in the theory of social production functions. Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler [Explanatory sociology: essays in honor of Reinhard Wippler]. S. M. Lindenberg and H. B. G. Ganzeboom. Amsterdam, Thesis Publishers: 169-184.

Lindenberg, S. M. (2001). Social rationality versus rational egoism. Handbook of social theory. J. H. Turner. New York, Academic Plenum: 365-668.

Machielse, A. (2006). Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement. Utrecht, Jan van Arkel.

Machielse, A. (2015) Sociaal-geïsoleerde oudere kan niet zonder hulpverlener. Trouw

Moerbeek, S. and D. Biidu (2001). Teruggaan en blijven. Denkbeelden van oudere migranten in kaart gebracht. Amsterdam, Stichting Bevordering Maatschappelijke Participatie.

SCP (2004). Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag.

SCP (2011). Kwetsbare ouderen. Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau.

Steverink, N. (1998). "Towards understanding successful ageing: patterned change in resources and goals. ." Ageing & Society **18**(441-467).

Steverink, N. (2005). "How to understand and improve older people's self-management of well being." Eur J Ageing **2**: 235-244.

Steverink, N. (2009). "Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden." Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie **40**: 244-252.

Tonkens, E., Verplanke, et al. (2011). Alleen slechte vrouwen klagen. Problemen en behoeften van geïsoleerde allochtone spijzorgers in Nederland. Utrecht, Movisie.

## Bijlage A GLANS schijf

### GLANS schijf



## **Bijlage B interviewprotocol ouderen**

### **Interviewprotocol voor interview met ouderen**

#### **Toestemming opname vragen:**

Vind u het goed als ik interview opneem zodat ik niet alles gelijk hoeft op te schrijven? De opname zal alleen gebruikt worden om het interview uit te typen. Dit gebeurt anoniem, uw naam zal hierbij niet gebruikt worden. Ook in het verwerken van de gegevens blijft u anoniem. Als u wilt mag u natuurlijk het uitgewerkte interview ontvangen. (indien met tolk: ik kan de tolk vragen of deze het uitgewerkt interview na wil lezen en wil checken op onjuistheden)

#### **Inleiding:**

De GGD is samen met een maatschappelijke organisatie (= Avant sanare) en een gezondheidsinstelling (=Context) bezig om te kijken wat ouderen van Marokkaanse en Turkse afkomst bezig houdt. Hoe zij ouder worden en hoe zij omgaan met ouder worden. Dit met de bedoeling om te kijken of er behoefte is aan begeleiding speciaal voor hen en afgestemd op hen.

#### **Persoonsgegevens:**

Geboortejaar:

Geslacht:

Opleiding:

Werksituatie:

Leefsituatie (met partner/ anderen):

Religie:

### **Deel 1 Persoonlijke situatie en beleving van ouder worden**

1. Introductie (persoonsgegevens, persoonlijke geschiedenis, huidige situatie)

Kunt u iets vertellen over u zelf?

- Over uw migratiegeschiedenis?
- Sinds hoelang woont u in Nederland?
- Wat voor werk heeft u gedaan?
- Sinds wanneer woont u in Rotterdam? En daarvoor?

Kunt u iets vertellen over uw leven nu?

- Heeft u kinderen, woont u met andere mensen in huis?
- Wat doet u in uw vrije tijd, wat is uw dagbesteding? Heeft u hobbies?
- Met wie gaat u meestal om in uw vrije tijd? (familie, met mensen uit de buurt, met collega's van vroeger?)

2. Positieve kant van het leven

Waar beleeft u vooral plezier aan op dit moment?

- Wat gaat er goed in uw leven?
- Wat vindt u belangrijk in het leven?

3. Sociale relaties

Hoe is uw sociale leven, hoe is de relatie met naasten?

- Contact met uw familie? Met vrienden? Met anderen in omgeving?
- Dagelijkse problemen bespreekbaar?
- Vertrouwen, gezelligheid?
- Voor praktische klusjes?

4. Veranderingen en verlies in persoonlijk leven

Wat is er de afgelopen jaren veranderd in uw leven? (b.v. vanaf uw 50-60<sup>e</sup>, of vanaf dat u niet meer werkte)

- Veranderingen door lichamelijke problemen
- mentale veranderingen, contacten die veranderd zijn of verdwenen

5. Kwaliteit van leven.

Wat vindt u belangrijk in uw leven? Wat geeft zin aan uw leven?

Is dat anders dan vroeger?

b.v. het geloof?

Hoe is uw gezondheid?

- Heeft u beperkingen vanwege uw gezondheid? Welke?
- Dingen die u niet meer kunt doen, contacten die u bent verloren?



- Is dat moeilijk voor u? Ervaart u daar steun bij uit uw omgeving, van wie, hoe?

Indien de persoon ziek is of lichamelijke beperkingen heeft:

- Krijgt u hulp, welke hulp?
- Is dat professionele hulp of hulp van iemand uit uw omgeving?
- Hoe bevalt dat?

## 6. Toekomst

Hoe denkt u over de toekomst?

- Wat verwacht u?
- Bereidt u zich voor op de toekomst? Op welke manier?

## 7. Eenzaamheid

Voelt u zich wel eens alleen, voelt u zich wel eens eenzaam?

Hoe zou u dat gevoel omschrijven? Hoelang is dat al?

En anders: kent u mensen die eenzaam zijn?

Hoe komt dat? Hoe uit zich dat? Hoe merkt u dat? Wat doet u dan?

Vindt u het belangrijk om te zorgen dat ouderen niet eenzaam worden?

Eventueel: Hoe zou u kunnen voorkomen dat u zelf eenzaam wordt?

Wat kan je doen om te zorgen dat ouderen niet eenzaam worden?

Wat zou u zelf willen? Wat zou u zelf kunnen doen?

## Deel 2: De Cursus Grip en Glans

### Inleiding over Grip en Glans:

Er wordt een cursus gemaakt speciaal voor Turkse en Marokkaanse ouderen vanaf 55 jaar. Centraal staat het nadenken over hoe zelf kunt zorgen dat je leven de moeite waard blijft. Hoe je je leven beter kunt maken en houden als je ouder wordt en er dingen veranderen of verloren gaan. Daarmee kun je eenzaamheid in de toekomst voorkomen. Men leert hoe men daar zelf actief mee bezig kan zijn. Hoe men zelf doelen kan stellen en hoe men die in kleine stapjes kan gaan bereiken.

1. Wat vind u van zo'n cursus? Zou u daar naar toe willen gaan?  
Of: Denkt u dat Turkse (Marokkaanse) ouderen daar naar toe zouden gaan?  
Waarom wel, waarom niet?
2. Als u naar zo'n cursus zou gaan, zou u dat alleen met andere Turkse of Marokkaanse ouderen willen zijn, of gemengd?
3. Wat zou voor u een goede manier zijn om de cursus te organiseren? Waar? Hoe en waar kunnen we mensen vragen? Hoe en waar zou u zich zelf willen aanmelden?
4. Zou u het goed vinden om andere activiteiten aan de cursus te verbinden? Actieve of sociale activiteiten?  
Welke activiteiten denkt u dan aan? (B.v. wandelen of samen eten? Of activiteiten voor een gezonde leefstijl, zoals gezond bewegen en eten.?)
5. Als er voor de cursus thuis een opdracht gedaan moet worden, wat vindt u daar van? Zou u dat doen? Waarom wel, niet?
6. Gebruikt u een computer en internet? Zo ja, waar gebruikt u het voor? Gebruikt u een smartphone, apps op smartphone? Zou de cursus dat kunnen gebruiken?
7. Zou u eventueel onder begeleiding daar mee willen leren omgaan in de cursus?
8. Zal het lukken om een vragenlijst voor en na de cursus in te vullen. Dit is om de cursus te evalueren. Waarom wel, niet? Vragenlijst ter voorbeeld laten zien. (neem een uitgeprinte vragenlijst mee)

## **Bijlage C Interviewprotocol sleutelinformanten**

### **Inleiding:**

Als men nog niets weet over Grip en Glans daar kort iets over vertellen. Dit onderzoek is ter voorbereiding van de aanpassingen aan Grip en Glans.

De persoon wordt geïnterviewd omdat hij sleutelfiguur is in de gemeenschap: veel weet over de doelgroep Turkse of Marokkaanse ouderen, en/of ook deel uitmaakt van die gemeenschap.

### **Inleidende vraag**

Waarom wordt u gezien als een sleutelfiguur, oftewel wat is uw betrokkenheid of rol binnen de Turkse of Marokkaanse gemeenschap?

### **Deel 1: De betekenis van het ouder worden onder de doelgroep**

1. Wat betekent het voor Turkse en Marokkaanse ouderen om oud te worden?
  - a) Turkse/Marokkaanse mensen die vanaf de jaren zestig naar Nederland kwamen zijn nu in de pensioenleeftijd gekomen. Hoe ervaren zij dit?
  - b) Turkse/Marokkaanse mensen die vanaf de jaren zestig naar Nederland kwamen hebben niet allemaal werkend de pensioenleeftijd gehaald. Hoe gaat het vanaf die leeftijd met hen?
  - c) Waar houden ze zich mee bezig? Hoe kijken ze naar de toekomst? Hoe willen ze de rest van hun leven doorbrengen? Hoe denken ze daar over na? Zijn ze daar mee bezig?
  - d) Hoe is over het algemeen de relatie met kinderen, met de familie? Met anderen?
2. In hoeverre en in welke opzichten verschilt hun beleving van oud worden van autochtone ouderen?
  - a) Vanaf welke leeftijd voelen zij zich oud? Waardoor voelen zij zich oud?
  - b) Welke problemen hebben zij die samenhangen met de ouderdom?
  - c) Is dat anders dan voor autochtoon Nederlandse ouderen?
3. In hoeverre gaan Turkse en Marokkaanse ouderen anders om met ouderdom dan autochtone ouderen?

- a) Bij lichamelijke gebreken
  - b) Vragen van professionele hulp en ondersteuning
  - c) Vragen van hulp aan familie
  - d) Acceptatie van ziekte en gebreken?
  - e) Wordt er over gesproken? Met wie?
4. In hoeverre ervaren Turkse en Marokkaanse ouderen in Rotterdam eenzaamheid?
- a) Merkt u dat er eenzaamheid is? Onder wie? Hoe merkt u dat? Uiten mensen dat? Aan wie? Zoekt men daar hulp voor?
  - b) Is er verschil bij mannen en vrouwen? Tussen mate van eenzaamheid en hulpzoekgedrag?
  - c) En is er sprake van eenzaamheid als er wel een sociaal netwerk is? Hoe uit zich dat?
5. Zijn er zaken die gevoelens van eenzaamheid of isolement bepalen? Zoals gezondheid, inkomen. Of komt het in bepaalde leeftijdsgroepen, culturele groepen meer of minder voor? Speelt opleiding of arbeidsverleden een rol? Bij mannen meer dan bij vrouwen?
6. Hoe gaat men om met eventuele gevoelens van eenzaamheid?
- a) Heeft men daar oplossingen voor of neemt men er maatregelen voor?

## **Deel 2: De Cursus Grip en Glans**

### **Voor sleutelinformanten die niet bij de denktank waren:**

De volgende vragen zijn ook in de denktank besproken, dus als de geïnterviewde daar bij was heeft deze zijn of haar mening hierover al gegeven. Loop het toch nog even door en vraag of ze nog aanvullingen hebben.

### **Inleiding over Grip en Glans:**

Er wordt een cursus grip en glans gemaakt speciaal voor Turkse en Marokkaanse ouderen vanaf 55 jaar. Centraal staat het nadenken over hoe je grip houdt of krijgt op je leven en hoe je leven meer glans kan krijgen, hoe je je leven beter kunt maken en houden als je ouder wordt en er dingen veranderen of verloren gaan. Daarmee kun je eenzaamheid in de toekomst voorkomen. Men leert hoe men daar zelf actief mee bezig kan zijn. Hoe men zelf doelen kan stellen en hoe men die in kleine stapjes kan gaan bereiken.

9. Wat zal de behoefte zijn aan een dergelijke cursus?

10. Zal een cursus met dit thema de Turkse en Marokkaanse ouderen aanspreken?
  - a) Past het bij hoe ze omgaan met ouder worden, naar de toekomst kijken, of de problemen die ze ervaren?
  - b) Waarom wel of niet?
  - c) Zullen de begrippen grip en glans passen bij de beleving? Grip op je leven, glans geven aan je leven.
11. Denkt u dat deze cursus zowel mannen als vrouwen zal aanspreken. Hoezo? Kunt u dat uitleggen?
12. In hoeverre vindt u het belangrijk dat een bijeenkomst alleen toegankelijk is voor Turkse of voor Marokkaanse ouderen? Zouden Turkse dan wel Marokkaanse ouderen ook welkom zijn is het beter om gescheiden groepen te maken?
13. Hoe kan de cursus aantrekkelijk gemaakt worden voor Turkse en Marokkaanse ouderen?
14. Is het zinvol om iets actiefs aan de cursus te verbinden, b.v. wandelen? Of om er activiteiten aan te koppelen voor een gezonde leefstijl, zoals gezond bewegen en eten.?
15. Als er voor de cursus thuis een praktische opdracht gedaan moet worden, wat vinden mensen daarvan?
16. In hoeverre gebruiken Turkse en Marokkaanse ouderen (vanaf 55) computer en internet? Waar gebruiken ze het voor? Gebruiken ze smartphones, apps op smartphones? Zou de cursus daar op in kunnen spelen?
17. Eventueel onder begeleiding daar mee leren omgaan in de cursus? Een voorwaarde is dan wel dat ze in het bezit zijn van een computer / smartphone / tablet. Zou men daar interesse in hebben?
18. Zal het lukken om mensen vragenlijsten voor en na de cursus te laten invullen? ( iig vragen aan sleutelfiguren die niet bij de denktank waren)
  - a) Welke problemen ziet u daarbij?
  - b) Vragenlijst ter voorbeeld laten zien.