Research Paper

Healthy Living

Master of Science Architecture, Urbanism & Building Sciences

Studio Health (H)

Yasir Sorgucu
4433947

Delft, July 2018

Graduation Project

Personal Information

Name:	Yasir Sorgucu
Student number:	4433947

Studio

Faculty:	Technical University of Delft
Department:	Architecture and the Built Environment
Name of studio:	Health (H)
Teachers:	Luc Willekens & Clarine van Oel
Project Location:	Delfshove, Delft
Argumentations of choice of the studio:	The future of the Health Care industry is becoming complex. I would like to dive into this sector and find appropriate solutions for some difficulties.

Title

HEALTHY LIVING

1.0 Afstudeerproject

Nederland is aan het vergrijzen. De naoorlogse babyboom en de langere levensverwachting zorgen ervoor dat het percentage 65-plussers stijgt. 40% van de mannen die zijn geboren in 1960 bereiken een leeftijd van 90 jaar, bij de vrouwen is dit aantal 50%. Een kind die vandaag de dag is geboren heeft een kans van 65-77% om 90+ te worden. Dit is onder andere gerelateerd aan het opleidingsniveau en geslacht (CBS). 70% van de 65-plussers zijn in chronische gezondheidstoestand. De stijging van de leeftijd en toenemende kosten in het gezondheidszorg heeft geleid tot wetswijzigingen in 2015 (De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

De veranderingen zorgen ervoor dat veel verzorgingstehuizen verdwijnen en ouderen zullen langer thuis blijven wonen. Veel toekomstige ouderen maken zich zorgen over hun toekomst. Hoe gaan wij als samenleving om met deze veranderingen en kunnen wij slimme oplossingen bedenken.

Yasir Sorgucu
Delft, 2017

TABLE OF CONTENTS

P.

1.0 Afstudeerproject 02
1.1 Probleemstelling 04
1.2 Doelstelling 05
1.3 Onderzoeksvraag 05
Deelvragen 05
1.4 Onderzoeksmethoden 05
1.5 Relevantie 05

2.0 Wat zijn de ontwikkelingen in de zorgsector? 06
2.1 Findings 09

3.0 Wat is de samenstelling van de bevolking in Delfshove? 10
3.1 Findings 13

4.0 Hoe word het woonzorgcentrum van PvF nu in gebruik genomen en welke kansen heeft het gebouw te bieden? 14
4.1 Findings 17

5.0 Hoe word zorg aangeboden in multiculturele verzorgingscentra en welke meerwaarde kan dit betekenen voor het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest? 18
5.1 Findings 22

6.0 Wat zijn de eisen en wensen van de multiculturele bewoners woonachtig in de omgeving? 22
6.1 Findings 29

7.0 Wat vinden potentiele eindgebruikers van het bestaande en nieuwe ontwerpvoorstel? 30
7.1 Findings 33

8.0 Samenvatting 34

Glossary 36
List of Resources 37
Attachments 39

1.1 Probleemstelling

De vergrijzing in Nederland neemt toe. Volgens het CBS Bevolkingsprognose zal het gemiddelde leeftijd toenemen. In 1950 was de gemiddelde leeftijd 32 jaar en lag de grijze druk op 9%. In 2017 is de gemiddelde leeftijd aanzienlijk gestegen naar 35% en staat de grijze druk op 26% (zie fig. 1).

In de komende jaren zal dit aantal nog verder stijgen (zie fig. 2). Het bevolkingsaantal zal volgens prognose zijn piek bereiken in 2040 van 17.2 miljoen inwoners naar 18 miljoen. Dit is ook het jaar waar de grijze druk het hoogste zal zijn met meer dan 50% aan ouderen.

De oorzaken hiervoor zijn de langere levensverwachting door de betere zorg die er nu is en de naoorlogse babyboom (1946-1955). 40% van de mannen die zijn geboren in 1960 bereiken een leeftijd van 90 jaar, bij de vrouwen is dit aantal 50%. Een kind die vandaag de dag is geboren heeft een kans van 65-77% om 90+ te worden. Dit is onder andere gerelateerd aan het opleidingsniveau en geslacht (CBS).

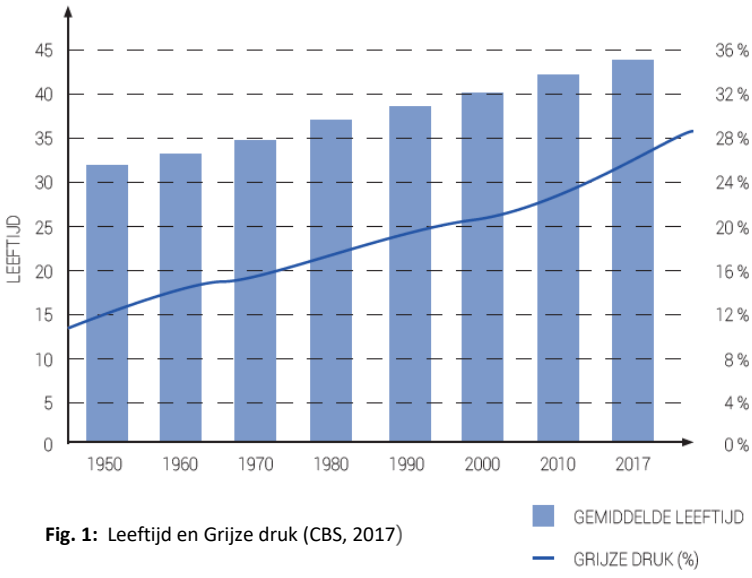


Fig. 1: Leeftijd en Grijze druk (CBS, 2017)

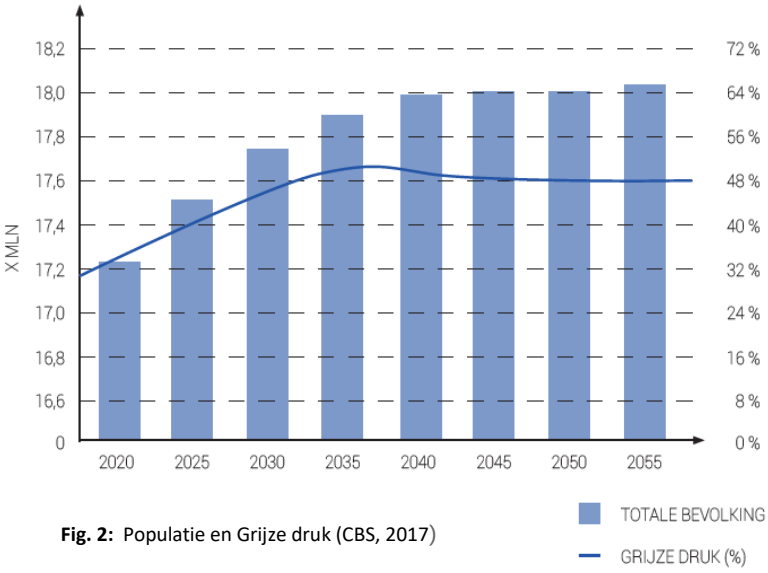


Fig. 2: Populatie en Grijze druk (CBS, 2017)

De vergrijzing betekent dat er meer werk ontstaat en minder mensen beschikbaar zijn die kunnen werken. Dit betekent dat steeds minder werkende mensen de pensioenen en zorg voor steeds meer ouderen betalen. De stijgende zorgkosten hebben geleid tot een wetswijziging in 2015 (De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Deze veranderingen zorgen ervoor dat veel verzorgingstehuizen verdwijnen en ouderen langer thuis zullen blijven wonen.

> *"Door de wijzigende wet- en regelgeving in de langdurige zorg komen verzorgingshuizen op korte termijn leeg te staan." (Studievereniging, V.B. Grootswagers, Afstudeerder TU/E Quickscan Verzorgingshuis))*

Er vind extramuralisering plaats. De instroom van nieuwe cliënten met ZZP 1 t/m 3 & 25% van ZZP 4 in verzorgingshuizen stopt. Mensen worden gedwongen langer zelfstandiger te gaan wonen. Mensen die nu in een verzorgingshuis zitten worden verplaatst naar een verpleeghuis indien zijn ZZP 4 of hoger krijgen (Ministerie van VWS, 2011); (Ministerie van VWS, 2013).

1.2 Doelstelling

De ontwikkelingen in de langdurige zorg hebben grote gevolgen voor zorgorganisaties die actief zijn in de sector Ouderenzorg. Door wijzigende wet- en regelgeving hebben zij onder andere te maken met een afname van het aantal cliënten dat intramurale zorg ontvangt. Het vastgoed ondervindt hier grote gevolgen van.

Zo raakt het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest in Delfshove ook beïnvloed door alle veranderingen. Een groot deel van haar vastgoed komt op korte termijn leeg te staan. Welke bijdragen PvF kan leveren met haar vastgoed aan de zelfredzaamheid van ouderen? Is de vraag die vanuit PvF gesteld word. In dit afstudeerproject zal onderzoek gedaan worden naar de mogelijkheden voor transformatie en inpassing van het gebouw aan haar multiculturele omgeving.

1.3 Onderzoeksvraag

Hoe kan het Woon-Zorgcentrum van PvF te Delfshove inspelen op de ontwikkelingen in de zorg en een bijdrage leveren aan de zelfredzaamheid van ouderen met multiculturele achtergronden woonachtig in de buurt?

1. Wat zijn de ontwikkelingen in de zorgsector?
2. Wat is de samenstelling van de bevolking in Delfshove?
3. Hoe wordt het Woonzorgcentrum Delfshove van PvF nu in gebruik genomen en welke kansen heeft het gebouw te bieden?
4. Hoe word zorg aangeboden in multiculturele verzorgingscentra en welke meerwaarde kan dit betekenen voor het Woon-Zorgcentrum van PvF.
5. Wat zijn de Eisen en wensen van de multiculturele bewoners woonachtig in de omgeving?
6. Wat vinden potentiele eindgebruikers van het bestaande en nieuwe ontwerpvoorstel?

1.4 Onderzoeksmethoden

Een belangrijk aspect van onderzoek is beginnen met het doen van een brede literatuurstudie en het in kaart brengen van de huidige situatie. Het literatuurstudie zal voornamelijk bestaan uit studie naar de veranderingen in de zorgsector en kwantitatieve cijfers van de buurt. Het huidige situatie zal onderzocht worden met behulp van casestudies. Voor het in kaart brengen van de eisen en wensen van mensen met multiculturele achtergronden zal interviews gedaan worden met bewoners in Delfshove en ondersteund/aangevuld worden met wetenschappelijke onderzoeksrapporten.

1.5 Relevantie

De ontwikkelingen in de langdurige zorg hebben grote gevolgen voor zorgorganisaties die actief zijn in de sector Ouderenzorg. Door wijzigende wet- en regelgeving hebben zij onder andere te maken met een afname van het aantal cliënten dat intramurale zorg ontvangt. Door de wijzigende wet- en regelgeving in de langdurige zorg komen verzorgingshuizen op korte termijn leeg te staan. Pieter van Foreest raakt net zoals andere verzorgingshuizen bemoeid met dit probleem en zoekt naar een geschikte oplossing voor haar vastgoed.

Het resultaat uit dit onderzoek moet oplossingen bieden voor het vastgoed van verzorgingshuizen en het leegstand tegengaan. Dit zal de economische tegenslagen terugdringen. Buiten het financiële plaatje zal er onderzocht worden op welke manier ouderen ondersteund kunnen worden in hun zelfredzaamheid en hoe verzorgingshuizen daar een bijdrage aan kunnen leveren. Het resultaat kan dienen als pilot voor Pieter van Foreest en wellicht toegepast worden op verschillende verzorgingshuizen in Nederland.

2.0 Wat zijn de ontwikkelingen in de zorgsector?

In de afgelopen jaren is er veel veranderd in de zorg. Dit heeft zowel positieve als negatieve invloeden op de verschillende sectoren. Er komt bijvoorbeeld meer druk op de eerstelijnszorg en verzorgingshuizen komen leeg te staan. In deze hoofdstuk worden de meest aangrijpende veranderingen behandeld en de effecten daarvan geformuleerd.

Maatschappelijke relevantie

We geven samen veel meer uit aan zorg. Dit komt mede doordat het welvaart stijgt en wij het krijgen van zorg vanzelfsprekender aan het vinden zijn. Ook ontstaan er veel meer mogelijkheden en groeien onze wensen en eisen daar parallel aan mee. Het krijgen van zorg vinden wij niet meer een gunst en ook zijn artsen niet onaantastbaar meer. We willen ook de zorg krijgen op de manier en omgeving die wij het meest passend vinden in ons leefstijl. Er ontstaan daardoor heel wat dilemma's en vraagstukken. Er is op medisch gebied veel meer mogelijk voor de burgers al dan niet met een vergoeding of bijdrage van de staat. Een gemiddelde gezin geeft nu bijna een kwart van het inkomen uit aan de zorg. Deze uitgave kan oplopen tot bijna de helft van het inkomen als de zorgvraag blijft groeien als de groei in de afgelopen 10 jaar (ministerie VWS, 2012). In figuur 3 zijn Europese landen met de beste zorgkwaliteit weergegeven. Nederland is al jarenlang koploper waardoor de uitgaven (fig. 4) en verwachtingen van de burgers parallel aan meestijgen.

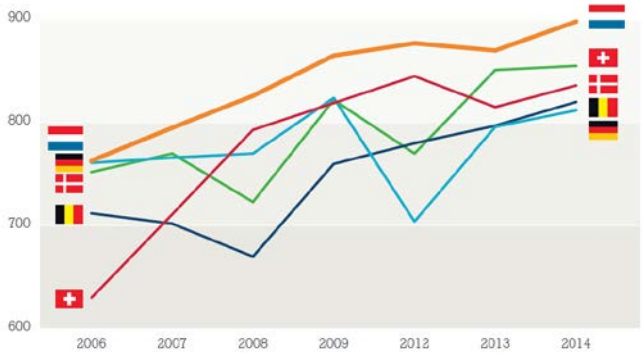


Fig. 3: Nederland Europees koploper in Zorgkwaliteit (EHCI, 2015)

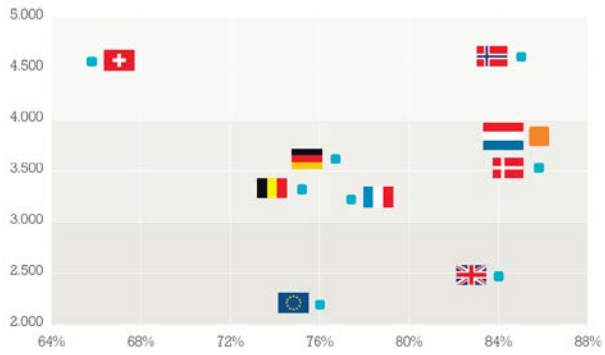


Fig. 4: Publieke zorguitgaven (EHCI, 2015)

De uitbreidingen in zorgkwaliteit, mogelijkheden en zorgstelstel zorgen voor meer kosten voor de overheid. Om meer grip te krijgen op de kosten voor de gezondheidszorg heeft de overheid in 2006 een hervorming gaan uitvoeren met de invoer van een nieuwe zorgstelsel. Dit werd steeds noodzakelijker omdat we al sinds 1950 elk jaar steeds meer aan de zorg uitgeven. In de afgelopen 10 jaar zijn de zorgkosten met 4,4% per jaar gestegen tot € 67 miljard (ministerie VWS, 2012).

Ontwikkelingen in de zorg

De stijgende kosten en zorgvraag heeft gezorgd voor een noodzakelijke wijziging in de wet- en regelgeving. De invoering van de WMO 2015 (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) maakt onder andere de eigen bijdrage voor een verblijf in een verzorgingshuis inkomstenafhankelijk. Dit met name voor zelforganisaties die actief zijn op het gebied/sector ouderenzorg. Zij raken geconfronteerd met een afname in cliënten dat intramurale zorg ontvangt of wilt ontvangen. De wetswijziging zorgt namelijk voor extramuralisering (verzorging buiten het verzorgingscentrum). Er zijn hogere eisen bepaald om in aanmerking te komen voor langdurige en intramurale zorg. Het gevolg hiervan is dat ouderen die naar een verzorgings- of verpleeghuis verhuisden, langer zelfstandig moeten blijven wonen. De toegang tot opname in een instelling met een lichte ZZP pakket (ZorgZwaartePakket 1 t/m 3 + 25% van 4) word beperkt. Hierdoor stopt de instroom van nieuwe cliënten, zie figuur 3 (Ministerie van VWS, 2013).

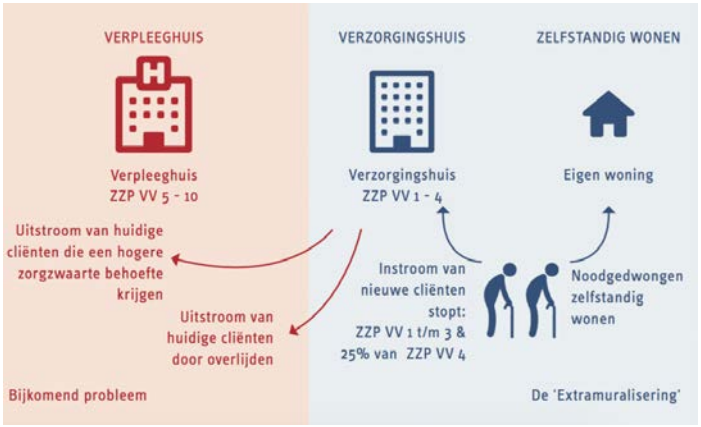


Fig. 5: Extramuralisering (Ministerie VWZ, 2015)

De veranderingen hebben grote effecten op het vastgoed, aangezien de extramurale cliënten hun zorg gewoonlijk binnen het gebouw zouden ontvangen. Er is daarnaast een snelle uitstroom van bestaande cliënten die een hogere ZorgZwaartePakket behoeven of overlijden (fig. 3). De gevolgen van deze ontwikkelingen wil zeggen dat de verzorgingshuizen leeg zullen komen te staan.

> *"Door de wijzigende wet- en regelgeving in de langdurige zorg komen verzorgingshuizen op korte termijn leeg te staan"(Grootwagers, V., 2015)*

De wijzigingen in de wet- en regelgeving op het gebied van de zorgsector hebben ervoor gezorgd dat sommige taken van het rijk zijn overgedragen naar de gemeenten. De gemeente is nu verantwoordelijk geworden voor de ondersteuning die nodig is om langer zelfstandiger te kunnen blijven wonen. De groep mensen die gebruik zullen maken van de maatschappelijke ondersteuning, die geleverd word door de gemeente, zal stijgen. De gemeente zijn op zoek naar manieren voor een goede organisatie om de zorg zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen, dit vooral voor zorg op wijkniveau.

Andere ontwikkelingen betreffen de overgang naar een productiegebonden kapitaallastenvergoeding. Het omvat een wijziging in de bekostigingssystematiek van het vastgoed (Ministerie van VWS, 2011); (NZa, 2014). Kortom zorgt de regeling voor een vergoeding voor de aanwezigheid van de cliënten waar voorheen een vergoeding was voor een bed in het tehuis. De overgang naar een productiegebonden vergoeding maakt het nog moeilijker voor verzorgingshuizen die al problemen hadden met de leegstand, aangezien er geen vergoeding meer ontvangen word voor de instandhouding van het vastgoed.

De wetswijzigingen uit de WMO 2015 motiveren het langer zelfstandig thuis blijven wonen en heeft daardoor raakvlakken met het woonbeleid. Langer zelfstandig wonen blijven wonen betekent onder andere dat er op voldoende mate betaalbare en geschikte woningen moeten zijn.

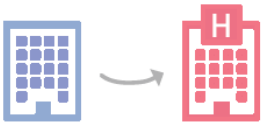
De Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur (RLI) (2014) stelt dat de doelstelling van het rijk om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen (zorgbeleid), derhalve op gespannen voet staat met het woonbeleid dat gericht is op de doorstroming op de woningmarkt. De lage verhuismobiliteit van ouderen vormt een obstakel voor huishoudens die nog aan het begin van hun wooncarrière staan omdat ouderen niet geneigd zijn om te verhuizen nadat hun kinderen uit huis zijn gegaan.

De leegstand van het verzorgingshuis samen met de invoering van de productiegebonden kapitaallastenvergoeding resulteert voor de zorgorganisaties daarom in een aantal financiële risico's. Enkele financiële risico's zijn: onzekerheid over de toekomstige exploitatie, mogelijkheden tot (her)financiering nemen af, en het moeten afwaarderen van de boekwaarde. Daarnaast zorgen deze ontwikkelingen voor maatschappelijke problemen. Hierbij valt te denken aan een overcapaciteit aan vastgoed, gedwongen verhuizingen onder ouderen, en het wegvallen van de ondersteunende functie in de wijk.

> *"De zorgorganisaties moeten gaan nadenken over de toekomst van het verzorgingshuis, primair door te zoeken naar een alternatieve bestemming voor het vastgoed"*

Mogelijke transformatiestrategieën

De verwachte leegstand van verzorgingshuizen brengt voor zorgorganisaties een aantal problemen en risico's met zich mee. Zo moeten zij zich op de komende beleidswijzigingen voorbereiden. De zorgorganisaties moeten gaan nadenken over de toekomst van het verzorgingshuis, primair door te zoeken naar een alternatieve bestemming voor het vastgoed. Zij hebben grofweg de keuze uit een drietal strategieën: verzwaren, verhuren of afstoten (Ministerie van VWS, 2013).

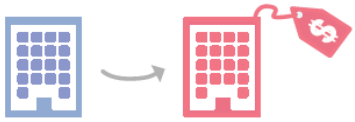


Verzwaren

Omzetten van de huidige verblijfsvoorzieningen in een verzorgingshuis naar een verpleeghuis. Verblijfsvoorzieningen bestemd voor cliënten met een hogere zorgzwaarte indicatie (ZZP VV 05 of hoger).

Verhuren

Omzetten van de verblijfseenheden van het (voormalig) verzorgingshuis naar wooneenheden met de mogelijkheid op (thuis)zorg.



Afstoten

Verkopen van gebouw en grond. (exit-scenario)

Contextuele factoren van de transformatiestrategieën

Het uitvoeren van deze strategieën is voor een zorgorganisatie niet altijd even eenvoudig. Het vastgoedmanagementteam van zorgorganisaties heeft, voornamelijk door een gebrek aan kennis, problemen met het transformeren van het verzorgingshuis (Panteia, 2014). Bij de zorgorganisaties bestaat namelijk onduidelijkheid, onbekendheid en onzekerheid over enkele contextuele factoren, te weten het toekomstig overheidsbeleid, de nieuwe rolverdeling, de wet- en regelgeving, de toekomstige vraag en het bijpassende aanbod, het afstemmen van ontvangsten en uitgaven en het verkrijgen van de benodigde financiering (Panteia, 2014). Deze contextuele factoren bemoeilijken het realiseren van een sluitende business case.

Toenemende aandacht voor kansen binnen eerstelijnszorg

Met het Zorgakkoord uit 2013 is de beleidsfocus binnen de zorg veel meer op de eerste lijn komen te liggen. Via zorgvernieuwing en substitutie vanuit de tweede lijn zal steeds meer zorg door de eerste lijn worden uitgevoerd met de huisarts als regisseur van het zorgproces. Het doel is om gezondheidswinst en lagere zorgkosten te realiseren.

Met name huisartsen zien als spil binnen de zorg veel op zich afkomen. Van hen wordt verlangd dat zij ook het welzijnsdomein bij hun aanpak betrekken om effectief de gezondheid van hun populatie te bevorderen.

2.1 Findings Sub-Question 1

In de afgelopen jaren is er veel veranderd in de zorg. Dit heeft zowel positieve als negatieve invloeden op de verschillende sectoren. Wij geven samen veel meer uit aan zorg. Dit komt mede doordat het welvaart stijgt en wij het krijgen van zorg vanzelfsprekender aan het vinden zijn. Ook ontstaan er veel meer mogelijkheden en groeien onze wensen en eisen daar parallel aan mee. Er ontstaan daardoor heel wat dilemma's en vraagstukken. Een gemiddelde gezin geeft nu bijna een kwart van het inkomen uit aan de zorg. Deze uitgave kan oplopen tot bijna de helft van het inkomen als de zorgvraag blijft groeien als de groei in de afgelopen 10 jaar (ministerie VWS, 2012).

De stijgende kosten en zorgvraag heeft gezorgd voor een noodzakelijke wijziging in de wet- en regelgeving. Die zorgt namelijk voor extramuralisering (verzorging buiten het verzorgingscentrum). Er zijn hogere eisen bepaald om in aanmerking te komen voor langdurige en intramurale zorg. Het gevolg hiervan is dat ouderen die naar een verzorgings- of verpleeghuis verhuisden, langer zelfstandig moeten blijven wonen. De toegang tot opname in een instelling met een lichte ZZP pakket (ZorgZwaartePakket 1 t/m 3 + 25% van 4) word beperkt. Hierdoor stopt de instroom van nieuwe cliënten (Ministerie van VWS, 2013).

> *"Door de wijzigende wet- en regelgeving in de langdurige zorg komen verzorgingshuizen op korte termijn leeg te staan" (Grootwagers, V., 2015).*

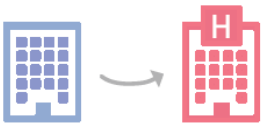
De wetswijzigingen uit de WMO 2015 motiveren het langer zelfstandig thuis blijven wonen en heeft daardoor raakvlakken met het woonbeleid. Langer zelfstandig wonen blijven wonen betekent onder andere dat er op voldoende mate betaalbare en geschikte woningen moeten zijn.

De leegstand van het verzorgingshuis samen met de invoering van de productiegebonden kapitaallastenvergoeding resulteert voor de zorgorganisaties daarom in een aantal financiële risico's. Enkele financiële risico's zijn: onzekerheid over de toekomstige exploitatie, mogelijkheden tot (her)financiering nemen af, en het moeten afwaarderen van de boekwaarde. Daarnaast zorgen deze ontwikkelingen voor maatschappelijke problemen. Hierbij valt te denken aan een overcapaciteit aan vastgoed, gedwongen verhuizingen onder ouderen, en het wegvallen van de ondersteunende functie in de wijk.

> *"De zorgorganisaties moeten gaan nadenken over de toekomst van het verzorgingshuis, primair door te zoeken naar een alternatieve bestemming voor het vastgoed" (Grootwagers, V., 2015).*

Mogelijke transformatiestrategieën

De verwachte leegstand van verzorgingshuizen brengt voor zorgorganisaties een aantal problemen en risico's met zich mee. Zo moeten zij zich op de komende beleidswijzigingen voorbereiden. De zorgorganisaties moeten gaan nadenken over de toekomst van het verzorgingshuis, primair door te zoeken naar een alternatieve bestemming voor het vastgoed. Zij hebben grofweg de keuze uit een drietal strategieën: verzwaren, verhuren of afstoten (Ministerie van VWS, 2013).



Verzwaren

Omzetten van de huidige verblijfsvoorzieningen van een verzorgingshuis naar een verpleeghuis.
Bestemd voor cliënten met een hogere zorgzwaarte indicatie (ZZP VV 05 of hoger).

Verhuren

Omzetten van de verblijfseenheden van het (voormalig) verzorgingshuis naar wooneenheden met de mogelijkheid op (thuis)zorg.

Afstoten

Verkopen van gebouw en grond. (exit-scenario)

3.0 Wat is de samenstelling van de bevolking in Delfshove?

De ontwikkelingen in de zorg hebben grote gevolgen voor zorgorganisaties die actief zijn in de sector Ouderenzorg. Door wijzigende wet- en regelgeving hebben zij onder andere te maken met een afname van het aantal cliënten dat intramurale zorg ontvangt. Het vastgoed ondervindt hier grote gevolgen van.

Zo raakt het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest in Delfshove ook beïnvloed door alle veranderingen. Een groot deel van haar vastgoed komt op korte termijn leeg te staan. Het is daarom van belang om aanzienlijke ingrepen te doen en de mogelijkheden voor transformatie en inpassing van het gebouw in kaart te brengen. Pieter van Foreest Delfshove moet daarom goed inspelen op de vraag en wensen van de bewoners in de buurt. In dit hoofdstuk word de samenstelling en demografie van Delfshove en omgeving bepaalt.

Fig. 6: Nederland, Zuid Holland (eigen ill.)

Fig. 7: Zuid-Holland, Delft (eigen ill.)

Fig. 8: Delft, Delfshove, PvF (eigen ill.)

Het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest bevind zich in een multiculturele buurt in Delft; genaamd Voorhof. De locatie ligt op loopafstand van het winkelcentrum 'De Hoven' met leuke buurtwinkels en het Poptahof park.
Het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest ligt in het noordelijke gedeelte van Delft, een stad gelegen in Zuid-Holland (zie fig. 6). Op 30 april 2017 telde de gemeente Delft 101.007 inwoners (CBS, 2017). Delft heeft een historische binnenstad en ontwikkelde zich in de 19^{e} eeuw tot een industriestad. Delft profileert zich tegenwoordig vooral als Kennisstad, dit met de aanwezigheid van de Technische Universiteit, TNO en Deltares.

Gastarbeiders

Na de tweede wereldoorlog is ook delft grotendeels verwoest en begon de wederopbouw. Er zijn veel gastarbeiders het lang ingekomen om te werken. De bedoelingen van deze arbeiders was het werken, verdienen en terug naar het land van oorsprong gaan, maar deze terugkeer is nooit gebeurt. Daarentegen is het aantal migranten alleen maar gestegen. De migranten kwamen onder ander uit landen zoals Marokko, Turkije, Italië, Spanje, Portugal, Suriname, Tunesië en Joegoslavië.

In 1973 waren er ongeveer 22.000 Marokkanen in Nederland. Ondanks dat er niet meer geworven werd en het de bedoeling was dat de gastarbeiders terugkeerden naar het land van herkomst, nam het aantal migranten alleen maar toe. In 1980 telde Nederland 72.000 Marokkanen, in 1990 168.000 en in 2008 335.127 (NIDI, 2006).

Voorhof

Het Woonzorgcentrum is gelegen aan de rand van het Noordelijke deel van Voorhof. Omdat het woonzorgcentrum zich aan de noordelijke rand van Voorhof bevind is het belangrijk de demografie van de omliggende gebieden in beeld te brengen. Echter na demografisch onderzoek blijkt dat het gebied min of meer dezelfde populaties heeft. In dit demografisch onderzoek zal daarom Voorhof als casusgebied behandeld worden voor het gebied rondom het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest.

Voorhof is de dichtstbevolkte wijk van Delft en behoort ook tot de wijken van Nederland met de meeste woningen per hectare. Voorhof kan worden gezien als een migrantenwijk. Er wonen in vergelijking met andere wijken veel mensen van buitenlandse afkomst. Ongeveer de helft van de bevolking is autochtoon.

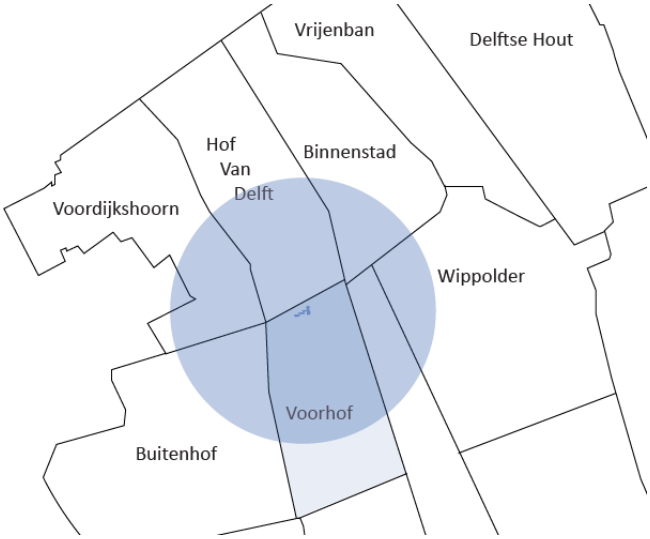


Fig. 9: Pieter van Foreest, Voorhof (eigen ill.)

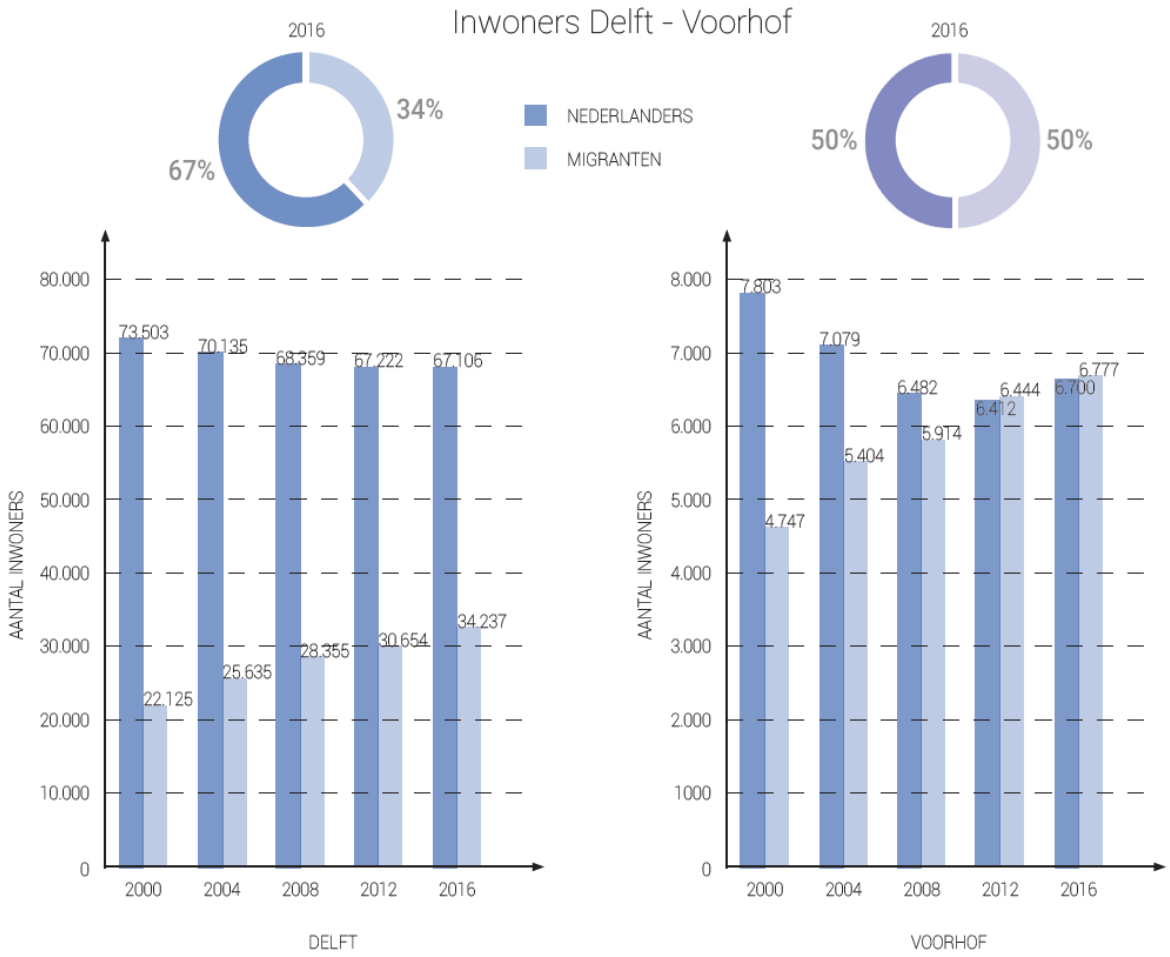


Fig. 10: Inwoners Delft ten opzichte van Voorhof (eigen ill., Bron: Gemeente Delft, - BRP)

Op 30 april 2017 telde de gemeente Delft 101.007 inwoners (CBS, 2017). In het jaar 2000 was 70% van de bevolking Nederlands en 30% Migrant. Het aantal migranten is in stijgende lijn en is nu 34% geworden ten opzichte van 66% van de Nederlandse bevolking in Delft. In voorhof is het aantal migranten aanzienlijk meer. In 2000 was 60% van de bevolking Nederlands ten opzichte van 40% Migranten. Ook in Voorhof is de migranten bevolking aan het groeien en is dit vandaag 50% Migrant en 50% Nederlanders (zie fig. 10).

De tabellen hiernaast geven de populatie naar afkomst weer. Het tabel boven geeft de populatie en land van herkomst weer van Delft en de onderstaande tabel van Voorhof. Ook hier is te zien dat de 50,2% van de inwoners in Voorhof van Nederlandse afkomst zijn en 49,8% van de inwoners van buitenlandse afkomst zijn. De grootste aantallen (boven de 1%, wat gelijk is aan nagenoeg 1000 inwoners per procent). We zien dat de grootste populatie van buitenlandse inwoners bestaan uit Turkse, Chinese, Indonesische, Marokkaanse en Surinaamse inwoners bestaan.

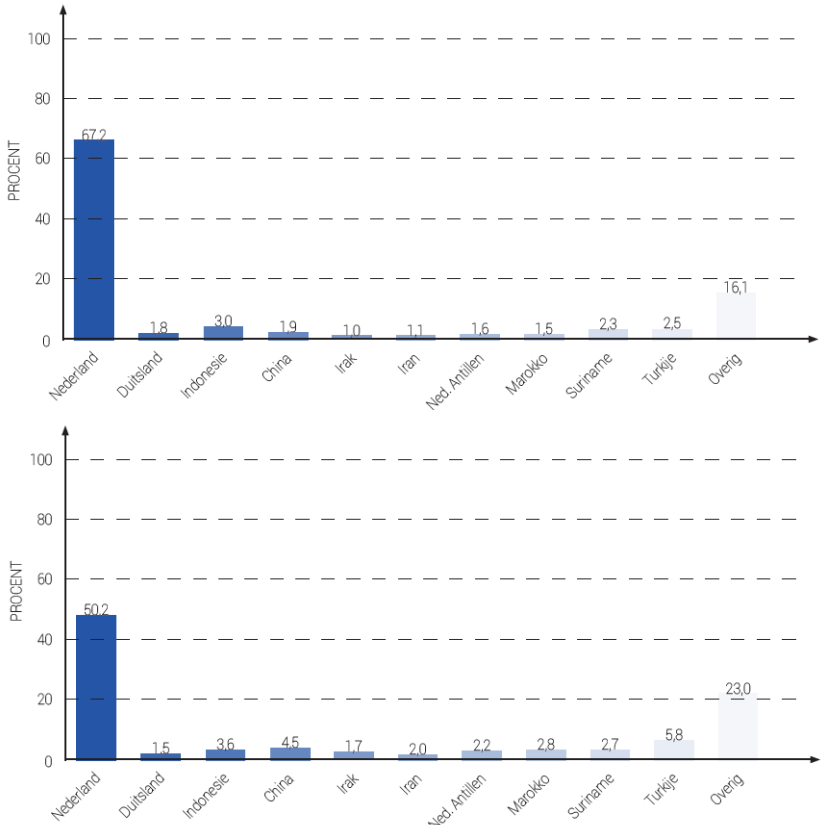


Fig. 11: Populatie naar Afkomst in Delft (boven) & Voorhof (beneden) (eigen ill. Bron: Gemeente Delft - BRP)

Leeftijd en Geslacht

De totale populatie van 101.007 in Delft is verdeeld in 53.995 Mannen en 47.012 Vrouwen. In Delfshove is dit in percentage gelijk; totale populatie Delfshove is gelijk aan 13.477 waarvan 6893 Mannen en 6584 Vrouwen (CBS, 2017). De bevolkingspiramide hiernaast geeft de leeftijden van mannen (blauw) en vrouwen (rood) weer. De geboorte van baby's is aanzienlijk verminderd en geconstateerd kan worden dat de gemiddelde leeftijd 40 jaar is. Omdat Delft ook gezien word als studentenstad zijn er veel mensen met een leeftijd tussen de 18-30 te vinden.

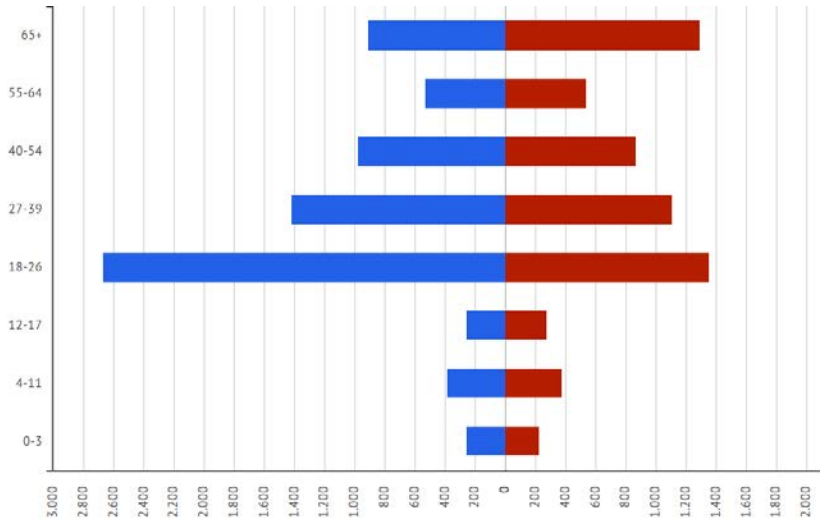


Fig. 12: Leeftijd en Geslacht inwoners Voorhof (Gemeente Delft, Databank).

3.1 Findings Sub-Question 2

De ontwikkelingen in de zorg hebben grote gevolgen voor zorgorganisaties die actief zijn in de sector Ouderenzorg. Door wijzigende wet- en regelgeving hebben zij onder andere te maken met een afname van het aantal cliënten dat intramurale zorg ontvangt. Het vastgoed ondervindt hier grote gevolgen van.

Zo raakt het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest in Delfshove ook beïnvloed door alle veranderingen. Een groot deel van haar vastgoed komt op korte termijn leeg te staan. Het is daarom van belang om aanzienlijke ingrepen te doen en de mogelijkheden voor transformatie en inpassing van het gebouw in kaart te brengen. Pieter van Foreest Delfshove moet daarom goed inspelen op de vraag en wensen van de bewoners in de buurt.

Het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest bevind zich in een multiculturele buurt in Delft; genaamd Voorhof. De locatie ligt op loopafstand van het winkelcentrum 'De Hoven' met leuke buurtwinkels en het Poptahof park. Het is de dichtstbevolkte wijk van Delft en behoort ook tot de wijken van Nederland met de meeste woningen per hectare. Voorhof kan worden gezien als een migrantenwijk. Er wonen in vergelijking met andere wijken veel mensen van buitenlandse afkomst. Dit komt door de gastarbeiders die destijds uitgenodigd zijn om te werken.

Voorhof telt 13.477 inwoners waarvan de helft van de bevolking autochtoon is (zie fig. 10). Het aantal migranten ten opzichte van autochtonen groeit elke jaar en het word steeds belangrijker om rekening te houden met hun eisen en wensen. Op deze manier kan begrepen worden hoe hun oude dag er voor hun uit moet zien en om een concept te ontwikkelen wat past in het levensstijl en verwachting van de migranten.
Ook kan er geconstateerd worden dat de eerste generatie migranten nu een leeftijd bereiken waardoor ze steeds meer zorgbehoevend worden. De bevolkingspiramide in fig. 12 geeft weer dat er nu wel veel jonge mensen leven in Voorhof maar dat het gemiddelde leeftijd toch best hoog is en dit in de komende jaren alleen maar zal toenemen.

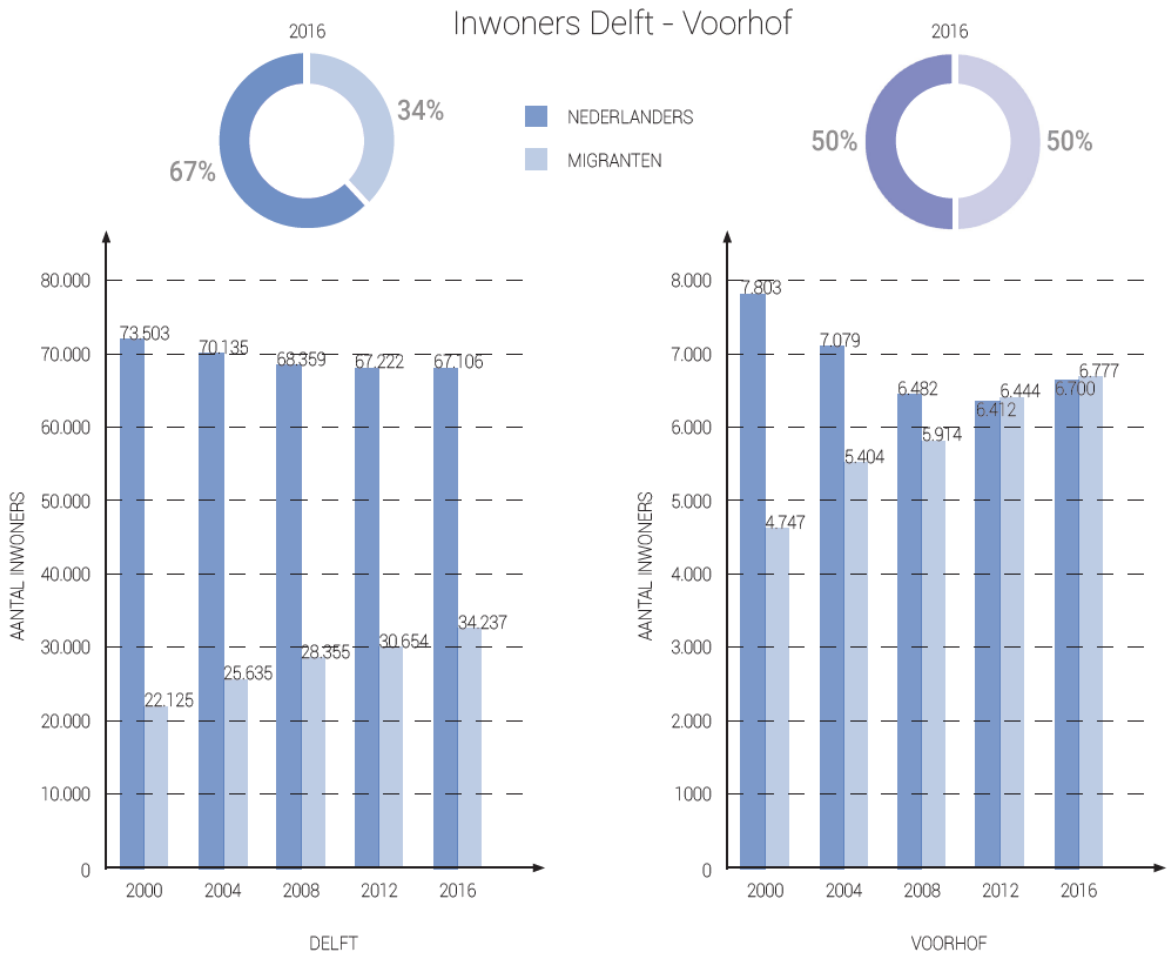


Fig. 10: Inwoners Delft ten opzichte van Voorhof (eigen ill., Bron: Gemeente Delft, - BRP)

4.0 Hoe wordt het Woonzorgcentrum Delfshove van PvF nu in gebruik genomen en welke kansen heeft het gebouw te bieden?

Door het gebouw te analyseren kan het gebruik ervan in kaart gebracht worden ook worden de positieve en negatieve punten duidelijk. Met die informatie zal er een nieuw ontwerpvoorstel gedaan worden. Zowel het bestaande als nieuwe ontwerp zal in Virtual Reality omgeving geplaats worden en op die manier aan zowel het beheer van Pieter van Foreest, Docenten op de Universiteit als de eindgebruikers gepresenteerd worden.

Het woonzorgcentrum in Delfshoven is gebouwd rond 1970 en is een voorbeeld van een oud model leefeenheid. Er is een klassieke indeling wat betekent dat deze functioneel ingericht is en dat er duidelijke functiescheidingen zijn. In figuur 11 ziet u de opbouw van de constructie.

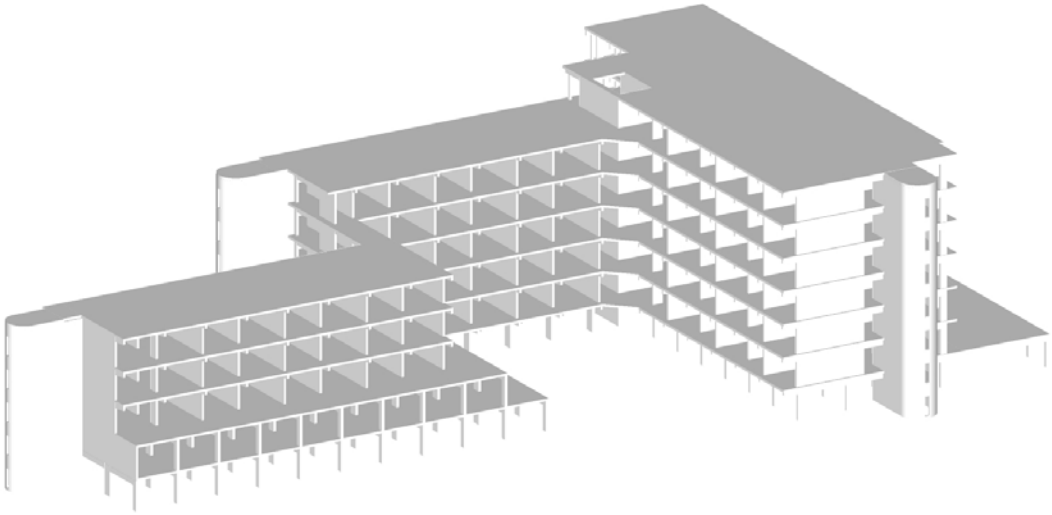


Fig. 11: Constructieopbouw Woonzorgcentrum Delfshove (Bron: Eigen ill.,)

Deze is gebouwd met de tunnelbekisting methode wat betekent dat hij erg massief is en op een standaard grit is opgebouwd. Doordat het gebouw erg functioneel en op een grit is opgebouwd kan vastgesteld worden dat er veel herhaling. Dit is duidelijk te zien in zowel de gevels, gangen, kamers en verdiepingen (zie fig. 12).

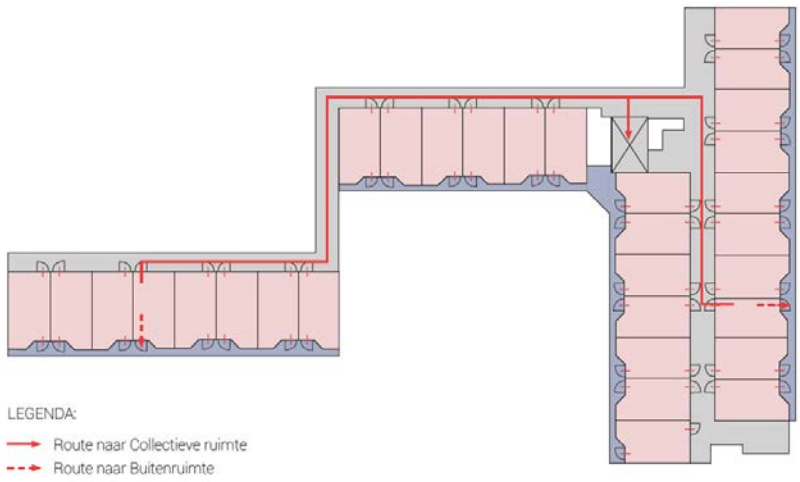


Fig. 12: Functionele inrichting (Bron: Eigen ill.,)

Door wetswijzigingen en achterstallig onderhoud zijn veel ruimten in het gebouw leeg komen te staan. De grote keuken op de begane grondvloer word nu niet meer gebruikt. Er is een kleinere keuken gebouwd welke nu in dienst is. De grote keuken word nu gebruikt als opslag van goederen. Ook ruimten zoals het mortuarium worden niet meer gebuikt. Door de leegstand merk je ook tijdens het rondlopen in het gebouw dat er veel ontbreekt en de levendigheid is achteruit gegaan.

Een andere aandachtspunt is de ligging van sommige ruimten. Met de zonnestudie dis gedaan is (zie fig. 12) kan geconstateerd worden dat het zuidelijke gedeelte de locatie is met de meeste potentie. Ook is het gebouw zodanig ontworpen dat er een plein ontstaat. Echter zijn er juist in de ruimten aangrenzend op die plein functies geplaatst die niet zo relevant zijn. Zo is het trafogebouw en de werkplaats gepositioneerd precies op de meest belangrijke locatie. (zie fig. 13) Ook is de fietsenstalling daar gebouwd in figuur 13 kunt u deze ook zien (groene paneel).

Fig. 13: Trafogebouw & Werkplaats (Bron: Eigen ill.,)

Ook het parkeren is geregeld op die plein. Dit belemmert het gebouw in meerdere opzichten. Zo word het gebouw minder uitnodigend en toegankelijk. Daarnaast is het minder prettig voor de oog om auto's te zien. Het gebouw verliest hierdoor zijn relatie met haar omgeving.

Fig. 14: Parkeerplaats op middenplein (Bron: Eigen ill.,)

In de materialisatie van het gebouw kunnen we zien dat er veel steen en betongebruik is gemaakt. De vluchttrappenhuizen bestaan uit grote massieve en dichte betonblokken. Samen met de blinde gevels die zijn opgebouwd uit metselwerk zorgt dit voor een storend beeld. Er is bovendien geen zicht en daglicht naar binnen. In figuur 15 kunt u het dichte deel van de gevel zien. Dit is viermaal herhaald in het gebouw, dit op alle kopse kanten van het gebouw en bij de drie vluchttrappenhuizen.

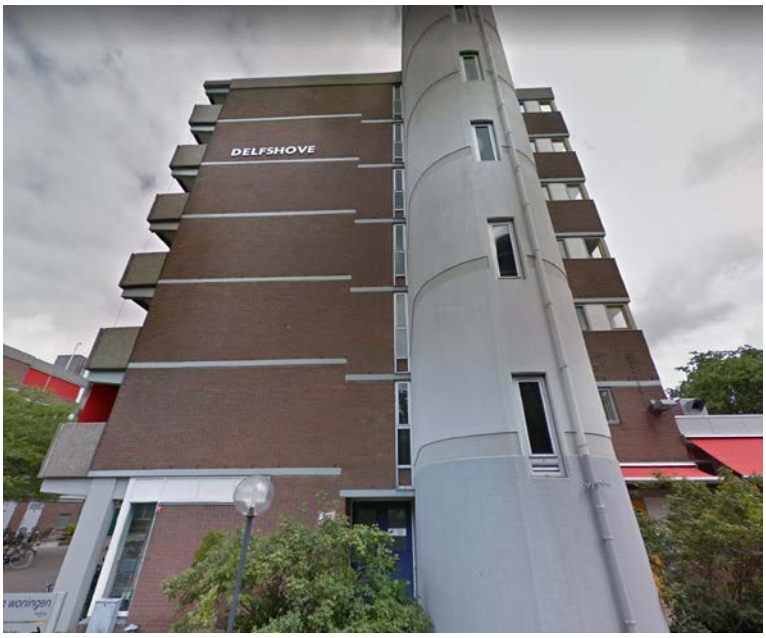


Fig. 14: Betongebruik en blinde gevel (Bron: Google maps.)

Wat ook opmerkelijke was is het feit dat er in de noordgevel ook veel onnodig gebruik gemaakt is van baksteen. In de kopse gevels was dit begrijpelijk door de draagwanden en vluchttrappenhuizen maar dat is hier niet het geval. In figuur 15 kunt u zien dat er smalle ramen dichtbij het plafond is geplaats. Deze ramen en de dichte wand eronder zijn gebouwd tussen twee betonnen draagkolommen in welke is verbonden met een balk erboven. Dat betekent dus dat deze dichte wand geen draagfunctie heeft en zonder constructieve ingrepen verwijderd kan worden. Deze dichte wanden en steengebruik maken het gebouw visueel onaantrekkelijk. Ook is het in de gebruik niet prettig om tegen een wand aan te kijken.

Fig. 15 & 16: Dichte gevels tussen de kolommen (Bron: eigen ill.)

4.1 Findings Sub-Question 3

Het woonzorgcentrum in Delfshove is opgebouwd in een sterke massieve betonconstructie deze is nog in goede conditie en kan makkelijke gebruikt worden voor een nieuw ontwerp. De indeling is echter erg functioneel en klassiek ingericht dit is terug te zien in zowel de gevels, verdiepingen, gangen en kamers. Er zit potentie in een herinrichting van het totale gebouw.

Meerdere ruimten in het gebouw staan leeg en zijn met de tijd overbodig geworden. In deze ruimten kunnen nieuwe functies geplaats worden of deze kunnen gesloopt worden. De keuken kan gesloopt worden omdat deze als uitbouw aan het gebouw is gebouwd. Als deze gesloopt word kan het buitenruimte beter benut worden.

De meeste potentie zit in het gebruik van de middenplein. De aangrenzende ruimten zijn slecht gebruikt. Zo is het trafogebouw, werkplaats en fietsenstalling aangrenzend op die plein gepositioneerd. Op deze plaatsen met juist veel potentie kunnen andere bruikbare functies geplaatst worden.

De blinde gevels op de kopse kanten van het gebouw en op de plaatsen waar de betonnen grote massieve dichte vluchttrappenhuizen zijn gebouwd vorm een grote belemmering voor zowel het zicht, daglicht en toegankelijkheid van het gebouw. Er zit uiteraard meer potentie op die plaatsen. Zo kan het vluchtrap functioneel ingezet worden en kunnen er openingen gemaakt worden in zowel de trappenhuis als de dichte wanden.

5.0 Hoe word zorg aangeboden in multiculturele verzorgingscentra en welke meerwaarde kan dit betekenen voor het Woon-Zorgcentrum van PvF.

Er is weinig informatie bekend over zowel de zorgvraag en aanbod voor migranten ouderen. De ouderen zelf weten niet goed hoe hun oude dag eruit gaat zien en zorgaanbieders vinden het moeilijk om de juiste zorg te leveren en daarvoor geschikte ruimten in te delen. Het woonzorgcentrum Delfshove van Pieter van Foreest heeft de intentie om ook voor hen de juiste zorg aan te bieden maar is op zoek naar de juiste middelen ervoor. Ook is de weerspiegeling van de buurt met 50% migranten niet terug te zien in haar cliëntenbestand.
In dit hoofdstuk verdiepen we ons in multiculturele zorginstellingen en aanbieders om te kijken hoe het daar werkt. Hiervoor zijn de volgende 3 zorgaanbieders geanalyseerd: 1. Woonzorgcentrum in Cinarcik, Turkije, 2. Woonzorgcentrum Laurens de Beukelaar in Rotterdam, 3. Royaal Thuis in Den Haag.

1. Woonzorgcentrum Cinarcik

Het woonzorgcentrum in Cinarcik is opgeleverd in 2015 en heeft een capaciteit van 110 personen. Naast het gebouw zijn er 20 bijbehorende bungalows gebouwd. Dit is daarmee het eerste woonzorgcentrum in Turkije dat bungalows heeft. Om inzicht te krijgen op de manier waarop oudere n in een verzorgingshuis wonen is er een analyse gedaan van de locatie, buitenruimte, verdiepingen, kamers en bungalows. De tekeningen zijn in te zien in bijlage 01.

Fig. 13: Woonzorgcentrum Cinarcik

Locatie

Het woonzorgcentrum is geplaatst net in de buitenring van het centrum van Cinarcik, één van de districten in de stad Yalova in Turkije. Het gebouw is gebouwd op een heuvel omringt met natuur. Het noordelijke uitzicht kijkt uit op het water en het zuidelijke naar de gebergte. De centrum van Cinarcik is op 10 minuten loopafstand.

Buitenruimte

Er is een ontwerp gemaakt voor de inrichting rond het gebouw en de bungalows. Er is zo ruimte waar men buiten gezamenlijk kan zitten en waar er overkapte zitplekjes zijn. Ook zijn er bomen en planten overal op het terrein geplant.

Kelder -2

Nagenoeg de gehele verdieping is gereserveerd voor opslag. Daarnaast is er een schuilplaats met bijbehorende toiletten. De schuilplaatsen zijn er om tijdens natuurrampen, zoals een aardbeving, in te schuilen. Er worden in de opslagplaatsen lang houdbare etenswaren in bewaard. Een schuilplaats is in Turkije verplicht bij gebouwen met meer dan 20 woonunits.

Kelder -1

Op deze verdieping zijn de ondersteunende functies geplaats voor zowel het gebouw als voor de ouderen die woonachtig zijn in het woonzorgcentrum. Ruimtes voor de Verwarmingsunit, Waterunit, Electra en andere installaties zijn op deze verdieping. Ook worden de goederen die besteld zijn hier geleverd via een inrit. Net zoals in Kelder -2 is hier ook eenzelfde schuilplaats te vinden. Ook is de wasserette, keuken en bijbehorende bewaarplaatsen op deze verdieping geplaatst.

Begane Grondvloer

Er is een groot overdekt entree voor het gebouw en een ontvangstruimte als men binnen het gebouw stapt. Op de begane grondvloer zijn er verschillende functies zoals een kapper (apart voor dames en heren), bibliotheek met internet mogelijkheden, gebedsruimte met bijbehorende wasruimte, rustkamer, belruimte, woonkamer met een open haard en keuken, naaiatelier, algemene atelier, kantine, gastenkamer en een theekamer. De rest van de ruimten zijn facilitair zoals directiekantoren et cetera.

1e Verdieping

Vanaf de 1e verdieping beginnen de kamers waar de cliënten in kunnen wonen. Hier zijn er 11 kamers waarvan 6 kamers voor 2 personen 4 kamers voor 1 persoon en 1 kamer voor 3 personen. Er zijn verder ruimten beschikbaar gesteld voor de verpleging en verzorging. Er is een waskamer, kantoorruimte, probate, quarantaine, opslag en rustkamer voor de beheerders en werknemers van het gebouw. Voor de bewoners is er een zitkamer als ontvangst op de verdieping, rustkamer waar ze ook kunnen eten en een kamer met open haard.

2e Verdieping

De 2^e en 3^e verdieping zijn identiek aan elkaar. Op deze verdiepingen zijn er 14 kamers. Acht kamers voor één persoon en zes voor twee personen. Op deze verdieping is er een verpleegruimte, Balie, Opslag, Kantoor, Douche, Rust en Wasruimte ter ondersteuning voor de cliënten. Zij kunnen zelf gebruik maken van de TV Salon, Bijeenkomstruimte, Groot algemeen balkon, en Rustkamer met open haard.

Kamers (1, 2 en 3 persoons)

De één persoons kamers bestaan uit 24 m^2 en de twee en drie persoons kamers hebben een oppervlakte van 36 m^2. De kamers hebben een afgesloten badkamer met een oppervlakte van 4 of 6 m2. Sanitair is uitgerust voor mindervaliden met extra brede inloop en leuningen bij de douche en toilet. Verder zijn er geen aparte ruimten of keukens in de slaapkamers. Elke kamer heeft een eigen balkon met een uitzicht naar zowel de gebergten als het water.

Bungalow

Er zijn 20 bungalows elk met een oppervlakte van 52m^2. Dit project is de eerste woonzorgcentrum met westerse bungalows gebouwd in Turkije. Er zijn 2 aparte slaapkamers met elk één bed. Daarnaast is er een woonkamer met keuken, een badkamer en terras. De bungalows staan uiteraard vrij op de grond en hebben een individuele voordeur.

2. Woonzorgcentrum Laurens de Beukelaar

De Beukelaar ligt in de multiculturele wijk Hillesluis in Rotterdam-Zuid en heeft daarom ook bewoners met verschillende achtergronden. In Laurens De Beukelaar wonen ouderen met dementie in kleinschalige woongroepen van acht personen. Er zijn 6 aparte woongroepen met plaats voor 48 bewoners die in woongroepen leven van acht bewoners. Iedere woongroep is volgens de leefstijl van de bewoners en dus met aandacht voor tradities en gewoontes van de Nederlandse, Turkse, Marokkaanse, Hindoestaanse of Afro-Caribische cultuur.

Fig. 14: Woonzorgcentrum Laurens de Beukelaar, Rotterdam

Het interieur is ingericht met een warme huiselijke sfeer. Er is veel ruimte voor gezelligheid en ontspanning. Iedere woongroep beschikt over een eigen huis-/eetkamer. De bewoners kunnen daar wat eten of drinken en deelnemen aan activiteiten of samen zijn. Elke bewoner heeft een eigen zit-/slaapkamer met eigen sanitair. In de huiskamer en in de eigen kamers is er een breed aanbod aan (culturele) TV- en radiozenders. Elke bewoner heeft de vrijheid om van zijn kamer een persoonlijke woonruimte te maken. Elke kamer heeft voor zijn deur een herinneringsnisje waar zij hun persoonlijke spullen uit het verleden in kunnen doen. Op deze manier word hun geheugen getraind en kunnen zij hun kamer herkennen.

Op elke verdieping (zie bijlage 02 voor de tekeningen) zijn er 2 woongroepen een ieder met 8 bewoners. Deze zijn wel gescheiden van elkaar en hebben beiden een eigen huiskamer. De huiskamer is toegankelijk voor de 8 bewoners. Hier komen de bewoners elke dag bij elkaar en kunnen ze samen zitten, eten, tv kijken of frisse lucht happen op het balkon die aan de huiskamer grenst.

Elke woongroep heeft zijn eigen verzorgers die met dezelfde culturele achtergrond als die van de bewoners. Op deze manier kan er op de juiste wijze verzorgd en gecommuniceerd worden. Ook word daar door die verzorgster met zelfde achtergrond gekookt. Zij bereid het eten uit eigen keuken wat aangenaam is voor de bewoners.

Ontmoetingen en activiteiten

Op de binnentuin, welke toegankelijk is van de begane grondvloer, worden tijdens goed weer activiteiten georganiseerd zoals samen barbecueën en genieten van het weer.

Op de begane grondvloer is er een ontmoetingscentrum, genaamd het bazaar, waar bezoekers uit de wijk en omgeving van verschillende culturen elkaar ontmoeten. Naast elkaar ontmoeten kunt u hier ook deelnemen aan activiteiten zoals gezamenlijk koken en eten. Voor de gelovige mensen is er een stilteruimte waar mensen met verschillende geloofsovertuigingen hun gebeden kunnen verrichten. Speciaal daarvoor bedoeld is er een aparte wasruimte met een wasgelegenheid voor het gebed.

De rest van de begane grondvloer is gevuld met facilitaire voorzieningen zoals kantoorruimten, ontvangs- en zitruimten. Er zijn aparte kamers voor andere disciplines zoals een basisarts geriater (specialist ouderen), ergo loog, diëtist fysiotherapeut en psycholoog.

3. Royaal Thuis

Royaal Thuis is een Haagse thuiszorgorganisatie, opgericht in 2010. Omdat het een thuiszorgorganisatie is word het zorg bij de cliënten thuis aangeboden. Om te begrijpen waar zij opletten en wat belangrijk is bij de verzorging van ouderen met verschillende achtergronden is er een interview gehouden met dhr. M. S. Ceyhan. Deze interview is in te zien in bijlage 03.

Fig. 15: Royaal Thuis, Den Haag

Royaal Thuis heeft momenteel 600 cliënten en ruim 200 medewerkers. Den Haag is een multiculturele stad. Als er behoefte is aan zorg en ondersteuning, wordt die culturele diversiteit duidelijk in de zorgvraag. Iedereen heeft andere wensen. Als thuiszorgorganisatie is het belangrijk om alle mensen een veilige en herkenbare plek te bieden. Royaal Thuis wil in kunnen spelen op de vraag van de cliënt. Zij hebben zorgspecialisten in dienst die niet alleen professioneel sterk staan, maar die ook bekend zijn met de culturele verschillen (Royaal Thuis, 2017).

Royaal Thuis biedt een gevarieerd zorgaanbod dat aansluit op de wensen van de cliënt. Er is veel aandacht voor iemands levenswijze, religie en moedertaal bijvoorbeeld. Samen met professionals, vrijwilligers en mantelzorgers kan een cliënt zijn leefstijl behouden en zijn zelfredzaamheid vergroten. Professionele zorg en mantelzorg versterken elkaar in de ondersteuning bij lichamelijke of mentale klachten.

Royaal Thuis bespreekt samen met de cliënt in welke mate welke zorg nodig is. Zij zijn actief op het gebied van huishoudelijke verzorging, persoonlijke begeleiding en verpleging of verzorging. Ze geven daarnaast advies over een diagnose en begeleiden de cliënt in het dagelijks leven. Juist die combinatie van persoonlijke ondersteuning en gespecialiseerde zorg kan iemands *leefkracht* weer aanwakkeren (M. S. Ceyhan).

Royaal Thuis biedt een breed scala aan diensten. Deze zijn onder te verdelen in: wijkverpleging, verpleeghuiszorg thuis, palliatieve zorg, maatschappelijke ondersteuning, huishoudelijke ondersteuning, dagbesteding voor verstandelijk beperkte volwassenen, mantelzorgondersteuning en vrijwilligerswerk.

Doordat het een taboe is om je ouders als ‘allochtoon’ in een verzorgingshuis te plaatsen doet Royaal Thuis er alles aan om die sfeer te camoufleren. Ze doen de nodige zorg thuis bij de cliënten en organiseren bijeenkomsten en activiteiten bij hun kantoorgebouw. Daar zijn alle professionals en begeleiders aanwezig. Zo is daar de huisarts altijd aanwezig en kan men inlopen.

Zij spelen in op de achtergronden en gedragsregels van deze groep mensen. Het is eerder in dit rapport ook voorgekomen dat allochtonen niet veel afweten van het zorglandschap en weinig kennis hebben van de wet- en regelgeving. Royaal Thuis help deze mensen daarom in hun eigen taal met alles wat ze op het gebied van ‘’papierwerk’’ nodig hebben. Zij vinden het niet belangrijk hoe een zorginstelling eruit ziet maar vinden de aangeboden zorg en aandacht veel essentiëler de zorg kent volgens de manager dhr. M. S. Ceyhan, geen taal. Wel vind hij aan de andere kant dat een Nederlander geen Turkse restaurant kan beginnen en dat dit ook geld in de zorgsector.

5.1 Findings Sub-Question 4

Er is weinig informatie bekend over zowel de zorgvraag en aanbod voor migranten ouderen. De ouderen zelf weten niet goed hoe hun oude dag eruit gaat zien en zorgaanbieders vinden het moeilijk om de juiste zorg te leveren en daarvoor geschikte ruimten in te delen. Het woonzorgcentrum Delfshove van Pieter van Foreest heeft de intentie om ook voor hen de juiste zorg aan te bieden maar is op zoek naar de juiste middelen ervoor. Ook is de weerspiegeling van de buurt met 50% migranten niet terug te zien in haar cliëntenbestand.

Locatie

De locatie van Cinarcik, Laurens de Beukelaar, Royaal Thuis en Pieter van Foreest is allen centraal gelegen en erg dichtbij de buurt. Ze zijn omringt met woningen en woonwijken echter kan geconstateerd worden dat er toch een scheiding/grens is tussen het buiten en binnen. In het woonzorgcentrum Cinarcik is deze grens zachter doordat de voorruimte voor de ingang erg open is en er een grote open entree is.
De zorginstellingen zijn op loopafstand van meerdere functies zoals winkelcentra, kappers en andere commerciële winkels. Er is veel potentie om de verbinding en relatie met de wijk sterker te maken. In Cinarcik is het buitenruimte voor het gebouw ingericht als een park. Men kan daar wandelen en genieten van het natuur en uitzicht over de bergen en zee. In zowel Laurens de Beukelaar als Pieter van Foreest is daar minder gebruik van gemaakt. Dit heeft uiteraard ook te maken met de niveau van dementie en de begeleidingen die nodig zijn als men naar buiten gaat.

Ontmoetingen en activiteiten

We kunnen zowel bij het woonzorgcentrum Cinarcik als woonzorgcentrum Laurens de Beukelaar is te zien dat elke woongroep op alle verdiepingen een gezamenlijke bijeenkomstruimten hebben waar men met zelfde culturele achtergronden bij elkaar kunnen zitten, rusten, tv kijken en koken. Op elke verdieping kunnen de bewoners zelf of samen koken. Wel word elke dag geholpen met de voorbereidingen en verzorging door professionals.
In Cinarcik is de begane grondvloer commercieel ingericht. Er is een groot overdekt entree voor het gebouw en een ontvangstruimte als men binnen het gebouw stapt en word men niet meteen lastig gevallen met een balie waar je jezelf verplicht voelt om aan te melden. De grens van binnen en buiten is zachter op deze manier. Op de begane grondvloer zijn er verschillende functies zoals een kapper (apart voor dames en heren), bibliotheek met internet mogelijkheden, gebedsruimte met bijbehorende wasruimte, rustkamer, belruimte, woonkamer met een open haard en keuken, naaiatelier, algemene atelier, kantine, gastenkamer en een theekamer. In de Beukelaar en PvF is dit er ook wel maar in mindere mate. Het toevoegen van commerciële winkels kan de aantrekkelijkheid en verbinding met de wijk versterken.

Kamers

De kamerindelingen zien er in alle projecten in hoofdlijnen hetzelfde uit. Er is een ingang naar de kamer met zitplaatsen en een tv (met eigen culturele kanalen bij de Beukelaar). Daarnaast een kast en de ruimten zijn in te richten naar eigen wens en gevoel. Weer in alle drie woonzorgcentra is er een afgesloten badkamer met een douche en toilet.
Bij het woonzorgcentrum Laurens de Beukelaar hebben de kamers voor de deur een herinneringsnisje waar de bewoners hun persoonlijke spullen uit het verleden in kunnen doen. Op deze manier word hun geheugen getraind en kunnen zij hun kamer herkennen.

Omgaan met de verschillende achtergronden

In het woonzorgcentrum Cinarcik in Turkije word er gezorgd voor ouderen met een Turkse achtergrond. Zij hoeven geen rekening te houden met de verschillende nationaliteiten omdat die er in die regio niet zijn. We kunnen vooralsnog wel constateren dat er privé en collectieve ruimten waar de bewoners hun gasten kunnen ontvangen. In de Beukelaar zien we dat er een collectieve huiskamer is voor alle 8 bewoners. De beukelaar heeft 8 woongroepen. Iedere woongroep is volgens de leefstijl van de bewoners en dus met aandacht voor tradities en gewoontes van de Nederlandse, Turkse, Marokkaanse, Hindoestaanse of Afro-Caribische cultuur. Ze houden hier rekening mee door verzorgers aanwezig te stellen die dezelfde achtergrond heeft en in hun eigen cultuur kookt en praat. De ruimten en kamers zijn ook volgend hun cultuur ingericht.

6.0 Wat zijn de eisen en wensen van de multiculturele bewoners woonachtig in de omgeving?

We weten nu dat ontwikkelingen in de zorg grote gevolgen hebben voor zorgorganisaties die actief zijn in de sector Ouderenzorg. Door wijzigende wet- en regelgeving hebben zij onder andere te maken met een afname van het aantal cliënten dat intramurale zorg ontvangt. Het vastgoed ondervindt hier grote gevolgen van. Zo raakt het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest in Delfshove ook beïnvloed door alle veranderingen. Een groot deel van haar vastgoed komt op korte termijn leeg te staan. Het is van uitermate belangrijk nu om de eisen en wensen van de mensen woonachtig in de buurt goed te analyseren. In dit hoofdstuk behandelen we de verschillen en eisen en wensen van de migranten die woonachtig zijn in Voorhof en omgeving.

Nederlanders met andere culturen

In Nederland wonen er momenteel 1.8 miljoen mensen die niet in Nederland geboren zijn. Samen vertegenwoordigen zij de tweehonderd nationaliteiten die Nederland heeft (Tubantia, CBS). In en rondom Voorhof te Delft wonen er meer dan 50% allochtonen en dit aantal word elk jaar groter. Mensen met andere nationaliteiten hebben andere culturen, verwachtingen, eisen en noden. Om passend zorg aan te bieden aan mensen met multiculturele achtergronden is het belangrijk hen eest te begrijpen. Hoe ziet hun oude dag eruit? Wat voor zorg willen zij krijgen? En met wat voor gezondheidsproblemen hebben zij te maken?

Allochtone ouderen vormen een kwetsbare en groeiende groep in Nederland (zie fig. 16). Ze hebben in vergelijking met autochtone ouderen een slechte gezondheid en hun welzijn is lager. Er is echter weinig bekend over deze ouderen en er is veel behoefte om de oudere migrant beter in beeld te krijgen.

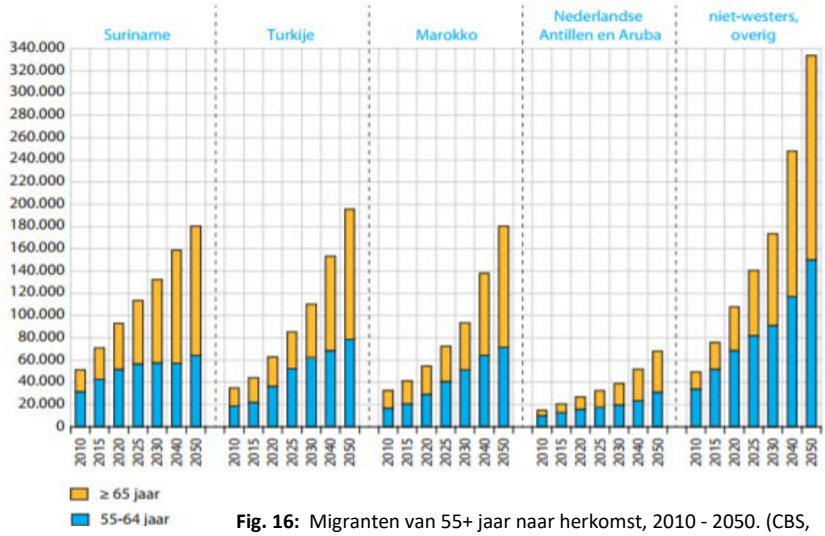


Fig. 16: Migranten van 55+ jaar naar herkomst, 2010 - 2050. (CBS,

Er is niet veel onderzoek of studie gedaan naar de gezondheid en cultuurverschillen op zorgniveau gedaan voor mensen met andere achtergronden. Helius (Healthy Life in an Urban Setting), initiatief van AMC-UvA en GGD Amsterdam heeft onder andere een studie gestart om de gezondheid en toestanden van allochtonen in kaart te brengen. Ook zijn er enkele boeken zoals; *''Ethiek en Zorg in de Hulpverlening''* van C. van Kerckhove et. al. & *''Allochtone Ouderen: De Onverwachte Oude Dag in Nederland''* van C. Hoffer, geschreven over de verschillen ten opzichte van autochtone ouderen die woonachtig zijn in Nederland. Deze verschillen zullen in dit hoofdstuk behandeld worden.

Als we in deze bijdrage over ''allochtone ouderen'' praten, dan bedoelen we de ouderen (60-plussers) die omwille van hun etnische achtergrond en minderheidspositie een aantal specifieke noden en behoeften hebben. Wegens het feit dat het grootste deel van die allochtone ouderen momenteel nog uit de toenmalige arbeidsmigratie komen, wordt vooral naar hen verwezen. Concreet betreft het dan de arbeidsmigranten die 60 jaar en ouder zijn, komende uit Zuid-Europa (Italië, Spanje, Griekenland en Portugal), Turkije en Noor-Afrika (Marokko, Algerije en Tunesië). Onderzoek toont immers aan dat zij zich het meest onderscheiden van autochtone ouderen inzake sociaal demografisch profiel en wensen en verwachtingen aangaande hulp op de oude dag.
De meeste allochtone ouderen zitten immer in gedachten nog in hun thuisland (Van Kerckhove et al. 2013). Ze verwachten de zorg en de aandacht die zij denken daar te zouden krijgen.

Mantelzorg of Verzorgingshuis!?

De volgende onderzoeken zijn gedaan aan de hand van wetenschappelijke onderzoeken en interviews (zij bijlage 04.) die zijn gehouden in en rond Voorhof te Delft. De antwoorden van de respondenten zijn verwerkt in het onderzoek.

Allochtone ouderen zijn zich bij functionele beperkingen minder bewust van de mogelijkheid tot gebruik van formele zorg , gaan hier zelf niet naar op zoek en maken hier ook minder gebruik van. Ouderen van allochtone herkomst weten niet goed hun weg te vinden in het landschap van zorg en welzijn. De barrières zijn veelal van praktische aard (gebrek aan taalvaardigheid en health literacy). Ouderen van allochtone herkomst verwachten dat de zorg door zorgverleners of mantelzorgers wordt aangeboden. Aan de kant van de professionele zorg zijn stereotype veronderstellingen over de ondersteuning van allochtone ouderen vanuit de eigen kring en de rol van de kinderen daarbij een belangrijk aandachtspunt. Mantelzorgers van allochtone ouderen lopen wel meer risico op overbelasting, omdat zij meer moeite hebben met het combineren van mantelzorg met dagelijkse activiteiten.

De verwachting van de zorg uit eigen kring en mantelzorgers dateert naar tientallen jaren terug. De eerste generatie migranten die nu in Nederland woont is een totaal andere levensstijl gewend. Zij hebben voor hun ouders en grootouders gezorgd en dit ook van hun vernomen. Een vader of moeder van een kind heeft jarenlang veel tijd, zorg een aandacht gegeven aan hun kinderen en verwachten dit daarom vanzelfsprekend terug. Dit is niet alleen vast gehamerd in de culturen maar is ook meerdere keren vermeld in de Koran (Het heilige boek van de Moslims). Zo staat er bijvoorbeeld in de Koran:

> *''En Wij hebben de mens opgedragen om goed te zijn voor zijn ouders. Zijn moeder droeg hem (in haar buik) in (een toestand van) zwakheid boven zwakheid, en zijn spenen (d.w.z. het spenen van het kind) geschiedt in twee jaar. Wees Mij en jouw ouders dankbaar, (en) tot Mij is de Terugkeer.'' (Soera Luqman: 14).*

> *"En jullie Heer heeft bepaald dat jullie niets dan Hem alleen aanbidden, en goedheid betrachten tegenover de ouders. Als één van de twee of beiden de ouderdom bereiken in jouw aanwezigheid, zeg dan nooit 'oef' tegen hen en spreek tot hen een vriendelijk woord. En wees zachtmoedig voor beiden, en nederig en liefdevol en zeg: "O mijn Heer, schenk hun Genade, zoals zij mij opvoedden toen ik klein was." (Soera al-Israa': 23-24)*

Daarnaast hebben de profeten hier ook meerdere uitspraken over gedaan, één van die uitspraken genaamd Hadis is als volgt:

> *''De Hemel ligt onder de voeten van de moeders.'' (hz. Muhammed s.a.v., Nesai 6)*

In zowel de verzen uit de Koran als de uitspraken die de Profeet heeft gedaan word duidelijk dat wij voor onze ouders moeten zorgen zoals zij voor ons hebben gezorgd tijdens het opvoeden. Daarom is het erg moeilijk voor de eerste generatie die naar Nederland is gekomen om te werken om zich zodanig aan te passen en veel zaken te accepteren wat hij/zij eigenlijk niet gewend is en anders gewild had.

De tweede generatie zit tussen twee eilanden in. Hij/zij weet van de cultuur en geloof af en weet zeer zeker dat het slecht is om niet voor zijn ouders te zorgen. Dit geld trouwens niet alleen voor migranten maar ook voor autochtonen. Je ouders achterlaten in een verzorgingshuis is misschien beter op het gebied van de juiste en professionele zorg ontvangen maar is een taboe en bijna het ergste wat je je ouders aan kan doen. Zij zullen hun kinderen ondankbaar vinden en zichzelf verlaten voelen. Het grootste probleem bij inadequaat gebruik van zorg en welzijn voor depressie en eenzaamheid is dat de problematiek vaak niet als zodanig (h)erkend wordt door ouderen zelf en hun omgeving. Depressie en sociale problematiek zijn ook taboe onderwerpen.

Het is nu erg moeilijk voor zowel de eerste generatie om dit te accepteren en voor de tweede generatie om intensief voor hun ouders te zorgen. De meeste migranten woonden vroeger in dorpen waar er een groot verband was met familie, vaak werd er samengewoond. Je dagelijkse routine was niet erg moeilijk en je had niet veel verantwoordelijkheden. Er was genoeg tijd om met je familie door te brengen. Bij ouderdom en ziekten werd alleen op cruciale momenten een ziekenhuis bezocht of een dokter naar huis gehaald. 9 van de 10 mensen die overleden aan ouderdom deden dit gewoon thuis, werden ook thuis gewassen en in de dorpsbegrafenis begraven.

De situatie in Nederland is erg anders voor de migranten. Hier woon je nu in de stad en heb je veel meer verantwoordelijkheden. Je bent nu in het bezit van een huis, auto en verantwoordelijkheden waarvoor je de meeste gevallen fulltime moet werken om het te kunnen betalen en om op die manier voor je vrouw en kinderen te kunnen zorgen. Dat maakt onze agenda al snel vol en kan niet iedereen intensief bezig zijn met zijn ouders. Ook komt het daarom onder de migranten ook steeds vaker voor om zijn ouders in een verzorgingshuis te plaatsen. Er komen daarom verspreid over het land steeds meer verzorgingshuizen voor ouderen met migranten achtergronden zoals ‘’Laurens de Beukelaar’’ in Rotterdam en ‘’Lale Verzorgingshuis’’ in Breda.

In sommige culturen maakt men weinig gebruik van professionele hulp. De zorg voor ouderen word er gedragen door kinderen en de grootfamilie. Zeker wanneer langdurige zorg nodig is, komen deze mantelzorgers onder druk te staan. De meesten zullen wel nog veel mantelzorg verlenen, maar zijn steeds minder beschikbaar of bereid om alle zorgtaken op te nemen. Dit onderwerp is erg gevoelig en verkeert in een taboe-sfeer. Thuis zorgen voor je ouders is eigenlijk vanzelfsprekend en de kinderen schamen zich ervoor dat ze niet voor hun ouders kunnen zorgen zoals ze dit wensen en de ouderen schamen zich indien ze niet door hun kinderen worden geholpen. Ze willen hun kinderen dat niet verplichten en durven niet hardop te zeggen dat zij voor hen moeten zorgen. Sommige van de respondenten wouden het er niet over hebben en zijden:

> *‘’Ik weet niet hoe de toekomst eruit gaat zien en wil er ook niet over denken we zien wel wat er gebeuren gaat!’’ (Respondent 01. Marokkaanse man, 70 jaar oud).*

Het niet willen denken en niet accepteren van de ziekten zie optreden brengt nadelige effecten met zich mee. Vele allochtone ouderen vertonen rond hun vijftigste al aandoeningen waarmee zij pas tien jaar later mee geconfronteerd worden en beginnen dan pas te denken aan oplossingen.

> *‘’Het is opmerkelijk dat oudere migranten pas bij ons aanbellen in een laat stadium op een moment waar de dementie al aanzienlijk verslecht is.’’ (Rachel Steinfort)*

De reden daarvan is vaak te zoeken bij de stress die voortkomt uit het migratieverleden, het oud worden in een ‘’vreemd land’’ en de lage sociaaleconomische positie.

Huisarts

De huisarts heeft een sleutelpositie in zorg en welzijn voor allochtone ouderen. Ouderen van allochtone herkomst weten de huisarts goed te vinden, maar deze heeft vaak moeite met het achterhalen van de daadwerkelijke hulpvraag bij allochtone ouderen. Het antwoord dat ik keer op keer kreeg bij de ouderen was de huisarts. Ze zijn minder bekend in het zorglandschap en gaan voor alle gezondheidsproblemen altijd naar de huisarts.

De huisartsenpraktijk zou een centrale rol kunnen vervullen in de navigatie van allochtone ouderen in het systeem van zorg en welzijn. Belangrijkste veranderdoelen voor huisartsen zijn het verkrijgen van meer kennis krijgen over welzijnsorganisaties in de wijk, en het verbeteren van vaardigheden in diversiteit sensitieve zorgverlening, waaronder het overbruggen van taalbarrières en het bewust omgaan met mogelijke vooroordelen.
Kennis van mantelzorgers over eenzaamheid en depressie en mogelijkheden van formele zorg zou verbeterd kunnen worden. Daarnaast is het wenselijk eenzaamheid en depressieve klachten bespreekbaar te maken.
Op organisatorisch niveau kan de samenwerking en afstemming van zorg en welzijn verbeterd worden. Wijkschakelteams zouden hierin een belangrijke rol kunnen vervullen, maar lijken niet altijd goed te functioneren. De op handen zijnde veranderingen in financiering en uitvoering van de zorg voor ouderen zorgen voor veel onrust, onduidelijkheid en gebrek aan continuïteit.

Groei allochtone ouderen

Het aantal allochtone ouderen stijgt snel. Oudere migranten maken een steeds belangrijker deel uit van de groeiende groep ouderen in onze samenleving. Studies over het aantal Italiaanse, Marokkaanse en Turkse ouderen geven een verdubbeling aan van het aantal 80-plussers tussen 2010 en 2020, een verzevenvoudiging van het aantal 80-plussers uit Marokko en een verzesvoudiging van de Turkse 80-plussers (Cuyvers & Kavs, 2001). Omdat de zorgbehoefte meestal toeneemt met de leeftijd zal dus ok de zorgvraag van de allochtone ouderen in de nabije toekomst groeien.

Grotere risico op armoede

De meerderheid van de allochtone ouderen uit de arbeidsmigratie heeft vaak lage pensioenen, te wijten aan laaggeschoolde arbeid en onvolledige carrières. Door diverse omstandigheden (lage opleiding, aard van het werk, economische veranderingen, taalproblemen) zijn voormalige arbeidsmigranten werkloos of arbeidsongeschikt geworden. Voorts hebben vele oudere migranten geen volledige AOW-uitkering opgebouwd. Hoewel aanvullende bijstand mogelijk is maken zij daar door onwetendheid of belemmeringen (men mag bijvoorbeeld maar een beperkte tijd in het buitenland verblijven in geval van een bijstandsuitkering) niet altijd gebruik van. Het gevolg is dat relatief veel oudere migranten, onder wie veel alleenstaande vrouwen, van lage inkomens moeten rondkomen. Zo heeft van de Turkse 67%, van de Marokkaanse 86%, van de Surinaamse 31% en van de Antilliaanse ouderen 42% een laag inkomen. Voor autochtone ouderen geldt hier een percentage van 11 % (Schellingerhout 2004). Veel allochtone ouderen hebben moeite om daarvan rond te komen en geven dit ook als een van de belangrijkste knelpunten in hun leven aan (Kloosterboer 2004)

Bekendheid in de zorglandschap

Veel oudere migranten zijn niet op de hoogte van de mogelijkheden van de dienstverlening en zijn moeilijk bereikbaar via traditionele informatiecampagnes. Het grote verschil tussen allochtonen en autochtonen, is dat wanneer de laatsten met een hulpvraag geconfronteerd worden, ze al vrij snel iemand in hun omgeving vinden die zich in het verleden in een gelijkwaardige situatie bevond. Zo bekomen ze de nodige informatie en raad over waar men met problemen terecht kan. Allochtonen hebben deze voordelen niet. De eerste generatie immigranten vervult daarom een pioniersrol in het ouder worden. Zowel de oudere allochtonen als hun kinderen staan voor een volkomen nieuwe situatie waarin ze opnieuw hun weg moeten zoeken.

Moedertaal

De meerderheid van de allochtone ouderen spreekt alleen de eigen moedertaal, ook al woont men hier sinds vele jaren. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Het feit dat ze onmiddellijk werden ingeschakeld op de arbeidsmarkt zonder onthaalbeleid, is een eerste oorzaak. Taallessen bestaan daarnaast pas sinds 1990 voor die groep. Bovendien zijn sommigen zelfs analfabeet in hun eigen taal. Het is daarnaast moeilijk om een nieuwe taal te leren voor ouderen. Ook zagen zij zichzelf altijd, vaak zelfs nu ook nog, als tijdelijke gastarbeiders. Het is immers nooit hun bedoeling geweest om in Nederland te blijven wonen. Ze wilden enkel geld verdienen en dan terug te keren naar huis. Ze hebben vandaag kinderen en kleinkinderen gekregen die hun leven hier hebben opgebouwd en is het teruggaan moeilijk geworden. Door dit alles hebben ze zich niet voorbereid op het oud worden in een vreemd land… met alle gevolgen van dien.

Op donderdag 2 november is het multiculturele woonzorgcentrum van Laurens de Beukelaar te Rotterdam bezocht. Hier wonen ouderen met dementie in kleinschalige woongroepen van acht personen. Er zijn woongroepen voor mensen met een Marokkaanse, Turkse, Hindoestaanse, Afro-Caribische en Nederlandse achtergrond. Tijdens de rondleiding verteld mevrouw Rachel Steinfort dat dementerende ouderen met migrantenachtergronden terugvallen op hun moedertaal en de Nederlandse taal vergeten. Dit komt onder andere doordat deze eerste generatie toenmalige arbeidsmigranten niet geboren zijn in Nederland en zoals van Kerckhove et al. eerder vermeld had, deze groep mensen in gedachten nog in hun thuisland zitten. Voor de tweede en derde generatie hoeft dit niet te gelden.

Allochtone ouderen als risicogroep

Allochtone ouderen dreigen een risicogroep te worden indien er geen maatregelen worden getroffen. Er is immers sprake van een vicieuze cirkel van wederzijdse onbekendheid: geen vraag, geen aanbod. De ouderen kennen het aanbod van de zorgvoorzieningen niet en de voorzieningen kennen de noden en behoeften van de allochtone ouderen niet. Beide aspecten versterken elkaar. Dit is zeker geen verwijt naar de allochtone ouderen of naar de zorgvoorzieningen, maar het is wel een feit dat deze vicieuze cirkel moeilijk te doorbreken is.

Door dit alles vallen allochtone ouderen in een gat dat gaapt tussen de afbrokkelende mantelzorg en het onaangepast aanbod. Er is dus nood aan een toegankelijker aanbod: een aanbod dat te drempels bij de ouderen wegwerkt en inspeelt op hun behoeften (Van Kerckhove et al. 2013).

Terugkeerdilemma

Veel allochtone ouderen zijn onzeker over de vraag of zij in Nederland moeten blijven of dat zij beter terug kunnen keren naar hun land van herkomst. Hoewel die twijfel een rol speelt in de belevingswereld en houding van betrokkenen is de realiteit dat de meerderheid van het in Nederland blijft. Slechts een minderheid geeft aan te willen remigreren. Dit geldt voor 11% van de Turkse ouderen, 13% van de Marokkaanse, 16% van de Surinaamse, 24% van de Antilliaanse en 35% van de Molukse ouderen (Schellingerhout 2004). Redenen om uiteindelijk toch in Nederland de oude dag door te brengen zijn:

- het feit dat de kinderen en kleinkinderen in Nederland wonen;
- angst voor verlies aan inkomen;
- de veronderstelde betere kwaliteit van de medische zorg in Nederland in vergelijking met die in het land van herkomst;

Omdat remigratie dikwijls geen reële optie blijkt te zijn zouden vele allochtone ouderen het liefst ‘pendelen’. Dat wil zeggen dat zij een deel van het jaar doorbrengen in het land van herkomst en het andere deel van het jaar in Nederland. Hoewel pendelen een alternatief kan zijn kent dit ook zo zijn beperkingen. Zo mag men in geval van een aanvullende bijstandsuitkering slechts dertien weken in het buitenland verblijven. Voorts is men soms bang voor problemen rond ziektekostenverzekeringen.

Zorg

Vooralsnog zijn er, op Surinamers na, vrijwel geen allochtone ouderen te vinden in verzorgings- en verpleeghuizen. Voor een deel komt dit doordat de groep relatief jong is en door aanwezige informele zorg. Voor een deel komt het ook door een negatief beeld van betrokkenen (met name bij Turkse en Marokkaanse ouderen) over intramurale voorzieningen. Men wil daar liever niet wonen. Indien zij het wonen in een verzorgingshuis overwegen stellen met name Marokkaanse, Turkse en Molukse ouderen specifieke cultuur gerelateerde eisen aan voeding, inrichting en personeel (Schellingerhout 2004; Kloosterboer 2004)

Ziekten

Uit onderzoek blijkt dat oudere migranten een slechtere gezondheid hebben en eerder klachten krijgen dan Nederlandse ouderen. Diabetes en hoge bloeddruk komen bij hen vaker voor dan bij autochtone ouderen, kanker daarentegen minder. Oudere migranten hebben ook vaker last van beroepsziekten zoals asbestkanker. Dat lichaamsbeweging belangrijk is om ouderdomsklachten op afstand te houden is onder oudere migranten minder bekend (kwetsbare ouderen van onzichtbaar tot onmisbaar, mei 2010)

> *‘’Mensen worden kwetsbaar wanneer de problemen die ze in hun dagelijks leven tegenkomen (hun draaglast), langdurig groter is dan hun vermogen om die problemen op te lossen (hun draagkracht)’’ (kwetsbare ouderen van onzichtbaar tot onmisbaar, mei 2010).*

Onderlinge verschillen

Uiteraard zijn er ook verschillen tussen de migranten zelf. In hoofdlijnen kwamen hiervoor genoemde aspecten overeen. Enkele verschillen in hoofdlijnen zijn:

- Verschillen in migratiegeschiedenis. Turken en Marokkanen kwamen in het algemeen in verband met arbeid, Surinamers en Antillianen in verband met aanvullende studie en/of politieke en economische motieven.
- Verschillen in beheersing van de Nederlandse taal. Surinaamse en Antilliaanse ouderen beheersen in het algemeen de Nederlandse taal relatief beter dan Marokkaanse en Turkse ouderen.
- Verschillen in opleidingsniveau. Marokkaanse en Turkse ouderen zijn in het algemeen (zeer) laag opgeleid, terwijl Surinaamse en Antilliaanse ouderen relatief beter zijn opgeleid.
- Verschillen in religie. Afro-Surinaamse en Antilliaanse ouderen hebben in het algemeen een christelijke achtergrond, die relatief beter aansluit bij de Nederlandse tradities. Marokkaanse, Turkse en een deel van de Surinaams-hindoestaanse ouderen zijn veelal Moslim.
- Verschillen tussen allochtone ouderen mannen en vrouwen, in de komende jaren zal het aantal alleenstaande oudere allochtone vrouwen toenemen. Van de Surinaamse en Antilliaanse vrouwen leeft de overgrote meerderheid zonder partner. Bij diverse Turkse en Marokkaanse ouderen speelt het leeftijdsverschil tussen gehuwden een rol. Daarom moet verwacht worden dat veel vrouwen in deze groepen hun partner zullen overleven (Kloosterboer 2004).

6.1 Findings Sub-Question 5

Door wijzigende wet- en regelgeving hebben verzorgingshuizen onder andere te maken met een afname van het aantal cliënten dat intramurale zorg ontvangt. Het vastgoed ondervindt hier grote gevolgen van. Zo raakt het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest in Delfshove ook beïnvloed door alle veranderingen. Een groot deel van haar vastgoed komt op korte termijn leeg te staan. Het is onder meer daarom belangrijk om de eisen en wensen van alle omwonende goed in beeld te krijgen.

In Nederland wonen er momenteel 1.8 miljoen mensen die niet in Nederland geboren zijn. Samen vertegenwoordigen zij de tweehonderd nationaliteiten die Nederland heeft (Tubantia, CBS). In en rondom Voorhof te Delft wonen er meer dan 50% allochtonen en dit aantal word elk jaar groter. Mensen met andere nationaliteiten hebben andere culturen, verwachtingen, eisen en noden.

Allochtone ouderen hebben een ander beeld bij het ouder worden. Zo verwachten zij dat hun kinderen voor hen zal zorgen en kunnen ze het maar niet accepteren om in een zorgtehuis geplaatst te worden. De kinderen (2^{e} generatie) die weet dat het een taboe is maar zit een klem tussen twee culturen. Hij weet dat hij voor zijn ouders moet zorgen maar de omstandigheden laten niet toe.
Daarnaast hebben migranten ouderen altijd het terugkeer dilemma en kunnen ze de omschakeling maar niet maken dat ze echt Nederlandse burgers zijn. Ze oriënteren zich daarom slecht in het land en hebben weinig kennis van het zorglandschap.
De matige integratie en de gedachte van ''we gaan toch terug naar ons eigen land'' heeft geleid tot problemen en drempels. Allochtone ouderen dreigen een risicogroep te worden indien er geen maatregelen worden getroffen. Er is immers sprake van een vicieuze cirkel van wederzijdse onbekendheid: geen vraag, geen aanbod. De ouderen kennen het aanbod van de zorgvoorzieningen niet en de voorzieningen kennen de noden en behoeften van de allochtone ouderen niet. Beide aspecten versterken elkaar. Dit is zeker geen verwijt naar de allochtone ouderen of naar de zorgvoorzieningen, maar het is wel een feit dat deze vicieuze cirkel moeilijk te doorbreken is.

Bij gezondheidsproblemen kennen ze alleen de huisarts en gaan voor alle problemen daarheen. De huisartsenpraktijk zou daarom een centrale rol kunnen vervullen in de navigatie van allochtone ouderen in het systeem van zorg en welzijn. Belangrijkste veranderdoelen voor huisartsen zijn het verkrijgen van meer kennis krijgen over welzijnsorganisaties in de wijk, en het verbeteren van vaardigheden in diversiteit sensitieve zorgverlening, waaronder het overbruggen van taalbarrières en het bewust omgaan met mogelijke vooroordelen. Kennis van mantelzorgers over eenzaamheid en depressie en mogelijkheden van formele zorg zou verbeterd kunnen worden. Daarnaast is het wenselijk eenzaamheid en depressieve klachten bespreekbaar te maken.
Op organisatorisch niveau kan de samenwerking en afstemming van zorg en welzijn verbeterd worden. Wijkschakelteams zouden hierin een belangrijke rol kunnen vervullen, maar lijken niet altijd goed te functioneren. De op handen zijnde veranderingen in financiering en uitvoering van de zorg voor ouderen zorgen voor veel onrust, onduidelijkheid en gebrek aan continuïteit.

Ook is er bij de eerste generatie een taalachterstand en vallen ze met dementie en ouderdom terug op hun moedertaal. De slechte oriëntatie in het land heeft gevolgen zoals niet weten wat hun rechten en plichten zijn waardoor ze veel toekenningen en vergoedingen mislopen waardoor er grotere risico op armoede is en de zorg te duur word.

We kunnen 2 zaken concluderen, namelijk: de zorgvraag zal sterk toenemen en ze hebben te kampen met specifieke problemen en drempels omdat er geen gepaste zorgaanbod is voor deze mensen.

7.0 Wat vinden potentiele eindgebruikers van het bestaande en nieuwe ontwerpvoorstel?

Woonzorgcentrum Delfshoven word getransformeerd in de vorm van Co-Design. Samen met de opdrachtgever (Pieter van Foreest), docenten op de faculteit en potentiele eindgebruikers word er een nieuw ontwerpvoorstel gedaan. Als communicatiemiddel is er gebruik gemaakt van VR (Virtual Reality).

Het gebouw is gemodelleerd in 3D en is weergegeven in Virtual Reality waarbij men het gebouw van binnen kan bezichtigen. In figuur 10 & 11 kunt u de bestaande gang zien zowel als afbeelding als uitgevoerd in 3D. Dit is gedaan voor zowel het bestaande als nieuwe situatie van het gebouw.

Fig. 17: Bestaande gangen. (eigen ill.)

Fig. 18: Bestaande gangen in 3D. (eigen ill.)

Het bestaande gebouw en nieuwe ontwerpvoorstel is met de Virtual Reality brillen gepresenteerd aan zowel de opdrachtgevers, docenten en potentiele eindgebruiker. Aan de hand van de opmerkingen en waarnemingen is het ontwerp verder ontwikkeld.

Bestaand:
"Lange gangen en weinig zicht naar buiten"

Nieuw:
"Heel gezellig en veel open ruimte"

Bestaand:
"Het ziet eruit als een ziekenhuis"

"Net als vroeger lange gangen en daarop aansluitende kamers"

Nieuw:
"Is dit wel hetzelfde gebouw?"

"Hele grote en lichte ruimten"

Bestaand:
''Erg simpel en praktisch ingericht. Het nieuwe voorstel is veel moeilijker om te ontwerpen en vergt meer aandacht''

Nieuw:
''Gebruikelijkere balkons met meer ruimte''

Bestaand:
''Ouderwets en eentonig''

Nieuw:
''De plaatsen waar je samen kunt zitten is gezellig. Je kunt op die plaatsen je gasten ontvangen. Schrijf mij maar in daar wil ik wel wonen''

Bestaand:
''Lange gangen en overal is hetzelfde''

Nieuw:
''Hele grote en lichte ruimten''

''Je hebt hier bijna geen gangen''

Bovenstaande afbeeldingen zijn van enkele personen welke zowel het bestaande als het nieuwe transformatievoorstel in Virtual Reality gezien hebben. De meest belangrijke opmerkingen zijn in het wolkje ernaast geschreven.

Men waarnam het bestaande gebouw als monotoon en herhaaldelijk. Het werd vergeleken met oude ziekenhuisgebouwen met praktische inrichtingen, lange gangen met daarop aansluitende kamers. Ook zijn er opmerkingen gemaakts als geen zichtlijnen, weinig daglicht en weinig zicht naar buiten. Indirect zijn er opmerkingen gemaakt dat het bestaande balkons te klein zijn. Volgens de beheerder bij Pieter van Foreest werden de balkons nagenoeg zelden tot niet gebruikt omdat deze te klein en ongebruikelijk zijn.

Het nieuwe voorstel heeft veel meer beweegruimte. Het werd waargenomen als veel licht, lucht en ruimte. Zelfs een beetje teveel. Doordat deze opmerking is gemaakt is er in de woningen in het vervolgontwerp minder glas toegepast. Het glas liep eerst van plafond tot vloer en is nu verkleind. Er is een bordes gemaakt waardoor men meer privacy heeft en spullen op de vensterbank kan leggen.

Over het algemeen was iedereen aanzienlijk tevreden over het nieuwe voorstel en vonden het een goede oplossing. Vooral de collectieve huiskamers werden erg gewaardeerd. Hier kon men zijn gasten ontvangen en werd waargenomen als gezellige plaatsen. Ook omdat dit de interactie tussen de verschillende bewoners versterkt zal dit leiden tot meer contact met andere mensen. Hier kan men namelijk samen praten, koken, eten, zitten en familie ontvangen. De kamers zelf hebben daarom geen eigen keuken er is een keuken in de collectieve woonkamer.

Het plan is ook gepresenteerd aan jongere deelnemers. Samengevat waren dit de opmerkingen die gemaakt zijn na het zien van zowel het bestaande als nieuwe ontwerpvoorstel:

''Het nieuwe voorstel zorgt voor meer interactie van de bewoners met elkaar. Het lijkt alsof je bij het nieuwe voorstel meer aandacht krijgt en dat er meer waarde aan jou word gehecht. Het bestaande ontwerp lijkt meer op een ziekenhuis en alsof je er ben achtergelaten''

Een andere opmerking was dat sommige kamers meteen uitkomen op de woonkamer en dat dat misschien niet gewild zal zijn. Dit kan zowel een negatieve als positieve effect hebben op de privacy van de bewoners die in dat soort woningen wonen. In het vervolg is geprobeerd om de ingangen van deze woningen te verplaatsen zodat deze niet uitkomen op de woonkamers.

7.1 Findings Sub-Question 6

Woonzorgcentrum Delfshoven word getransformeerd in de vorm van Co-Design. Samen met de opdrachtgever (Pieter van Foreest), docenten op de faculteit en potentiele eindgebruikers word er een nieuw ontwerpvoorstel gedaan. Als communicatiemiddel is er gebruik gemaakt van VR (Virtual Reality).

Het gebouw is gemodelleerd in 3D en is weergegeven in Virtual Reality waarbij men het gebouw van binnen kan bezichtigen. Dit is uitgeprobeerd op potentiele eindgebruikers waarna zij hun opmerkingen en bevindingen mochten uitspreken zowel voor het bestaande gebouw als voor het nieuwe ontwerpvoorstel.

Het bestaande gebouw werd gezien als een simpele en ouderwetse ontwerp waar er lange gangen zijn met daarop aansluitende kamers. Het werd ook vergeleken met een ziekenhuis. Het gebouw was daarnaast erg monotoon en is herhaaldelijk. Eén van de jongere respondenten verteld dat het bestaande ontwerp een indruk geeft dat er geen waarde word gehecht aan de bewoners. Het lijkt alsof men er is achtergelaten en geen aandacht krijgt.

De opmerkingen voor het nieuwe ontwerpvoorstel waren veelal positief. Er is veel licht en ruimte ten opzichte van het bestaande gebouw. Teveel licht en grote ramen zijn wel mooi maar zijn niet gewenst. Men vind dat er daardoor minder privacy is en dat er geen vensterbank is.
Het gebouw heeft nagenoeg exact hetzelfde afmetingen en afstanden maar dit werd niet zo ervaren. Er is gezegd dat er bijna geen gangen meer zijn. De woonkamers werden ervaren als gezellige plekken waar je samen in interactie kunt komen met andere bewoners. Een respondent vond het niet fijn dat de voordeur van sommige woningen uitkomen op de woonkamer.
Ook het vergroten van de balkons werd gewaardeerd. De voormalige balkons waren ongebruikelijk klein en werden in realiteit ook zelden tot niet gebruikt volgens de medewerkers bij Pieter van Foreest.

8.0 Samenvatting

Nederland is aan het vergrijzen (zie fig. 1&2 op pag. 4). De naoorlogse babyboom en de langere levensverwachting zorgen ervoor dat het percentage 65-plussers stijgt. 40% van de mannen die zijn geboren in 1960 bereiken een leeftijd van 90 jaar, bij de vrouwen is dit aantal 50%. Een kind die vandaag de dag is geboren heeft een kans van 65-77% om 90+ te worden. Dit is onder andere gerelateerd aan het opleidingsniveau en geslacht (CBS). 70% van de 65-plussers zijn in chronische gezondheidstoestand. De stijging van de leeftijd en toenemende kosten in het gezondheidszorg heeft geleid tot wetswijzigingen in 2015 (zie fig. 5 op pag. 7) (De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Pieter van Foreest

De veranderingen zorgen ervoor dat veel verzorgingstehuizen verdwijnen en ouderen zullen langer thuis blijven wonen. Veel toekomstige ouderen maken zich zorgen over hun toekomst. Zo raakt het woonzorgcentrum van Pieter van Foreest in Delfshove ook beïnvloed door alle veranderingen. Een groot deel van haar vastgoed komt op korte termijn leeg te staan. Enkele basisoplossingen die bedacht zijn is het verzwaren, verhuren en of afstoten van het vastgoed. Verzwaren is het omzetten van de huidige verblijfsvoorzieningen in een verzorgingshuis naar een verpleeghuis. Verhuren is het Omzetten van de verblijfseenheden van het (voormalig) verzorgingshuis naar wooneenheden met de mogelijkheid op (thuis)zorg. Afstoten is het verkopen van gebouw en grond.

Migranten in de buurt

Uit demografisch onderzoek naar de bevolking in en rondom Voorhof (locatie PvF Delfshove) is gebleken dat 50% van de bevolking een migranten achtergrond heeft. Dit aantal is in de afgelopen jaren alleen maar in een groeiende lijn en de eerste generatie migranten bereiken een leeftijd waardoor ze steeds meer zorgbehoevend worden.
Het cliëntenbestand van Pieter van Foreest is zeker geen afspiegeling van de buurt. Er zit een enorme potentie in om ook de juiste en geschikte zorg voor die mensen aan te bieden maar hoe?

Het blijkt dat ouderen met migranten achtergronden anders denken over de oude dag en hoe zij de nodige en met de dag stijgende vraag naar zorg graag willen ontvangen. Uit interviews en mijn persoonlijke culturele achtergrond weten wij dat het een taboe is om je ouders in een verzorgingshuis te plaatsen. Ook al is de zorg die daar gegeven word professioneler en beter word het toch als schande gezien. De 1^{e} generatie ouderen willen er niet over praten en de 2^{e} generatie weet niet hoe het moet.
Doordat het terugkeerdilemma er nog altijd heerst, ook al leeft men al 40 jaar in Nederland, heeft de eerste generatie zich niet kunnen oriënteren en wortelen in Nederland. Mede daardoor hebben zij weinig kennis over het zorglandschap. Ze weten hun rechten en plichten niet goed en missen veel van de vergoedingen en toeslagen. Daarnaast gaan zij voor al hun gezondheidsproblemen enkel naar de huisarts. De huisarts heeft een sleutelpositie in zorg en welzijn voor allochtone ouderen.
De taalbarrière zorgt er ook voor dat zij zich moeilijk kunnen oriënteren en zaken kunnen onderzoeken en begrijpen. Zo is het 'papierwerk' slecht geregeld en hebben zij slechte contact met de Nederlandse zorgverleners. Ook blijkt het dat ouderen met andere nationaliteiten met gevorderde dementie terugvallen op hun moedertaal en de Nederlandse taal vergeten. Dit hoeft niet te gelden voor de 2^{e} en 3^{e} generatie migranten.

Multiculturele Zorginstellingen

Omdat de ouderen niet gemakkelijk praten over hun oude dag en zij zelf ook niet goed weten hoe het er uit gaat zien is het voor zowel hun als voor zorginstellingen moeilijk om de juiste zorg aan te bieden. In de verschillende multiculturele verzorgingshuizen is te zien dat er aandacht is naar de cultuur en achtergronden van de bepaalde mensen. In de Beukelaar in Rotterdam word zorg in woongroepen van 8 personen gegeven. Deze 8 personen hebben dezelfde nationaliteit en spreken dezelfde taal. Ook zijn de kamers naar hun cultuur ingericht. Ze voelen zich op deze manier thuis en worden ook verzorgd door verzorgers met hetzelfde achtergrond en taal. Daarnaast kunnen we zien dat de ruimten en kamers zijn ingericht waar men ruimte heeft om samen te komen en of terug te trekken voor meer privacy.

Op elke verdieping van zowel Cinarcik als de Beukelaar kan men meehelpen met koken of zelf koken voor zijn gasten. Dit versterkt de band en relatie met zijn gasten en versterkt de betrokkenheid.
Het buitenruimte inrichten kan grote voordelen hebben om een wandeling te doen, in beweging te blijven en om frisse lucht te happen. Het woonzorgcentrum Cinarcik heeft een groot buitenruimte ingericht als een park om die redenen.

Aanbevelingen:
Het is duidelijk dat migranten niet in zorginstellingen willen wonen en dat het een zwarte wolk is voor hun. Echter het is toch in opkomst en gebeurt steeds vaker. De zorginstellingen moeten zich daarvoor voorbereiden en hun die stap vergemakkelijken en hun zo thuis mogelijk laten voelen. We weten dus dat allochtone ouderen daar liever niet wonen. Indien zij het wonen in een verzorgingshuis overwegen stellen met name Marokkaanse, Turkse en Molukse ouderen specifieke cultuur gerelateerde eisen aan voeding, inrichting en personeel (Schellingerhout 2004; Kloosterboer 2004)

Dit begint met het verzachten van de harde grens die er nu is. Men moet het gebouw makkelijke in kunnen en vragen kunnen stellen. We weten ook dat de ouderen van de 1e generatie en hun kinderen van de 2e of 3e generatie graag niet zomaar binnen willen lopen bij zorginstellingen. Het is daarom belangrijk om commerciële functies in het gebouw te hebben die indirect de mensen uit de buurt zal uitnodigen. De zorg dat aangeboden word in het gebouw moet gecamoufleerd worden. Dit kan zijn een kapper, bijeenkomstruimten voor buurtbewoners, apotheek, huisarts, restaurants, etc. Om een voorbeeld te noemen: bij overlijden van een persoon word er 3 dagen lang gerouwd. Dit gebeurt in een bijeenkomstruimte waar men thee, koffie, fruit en eten serveert aan haar gasten. Het gebouw aantrekkelijker maken voor de migranten zal de grens verzachten als er dan iemand ook klaar staat om hen op verschillende gebieden te helpen versterkt dit het effect. Daarom is het volgende aspect van groot belang.

Migranten met andere nationaliteiten willen graag geholpen worden door verzorgers die dezelfde taal spreken. Uit onderzoek blijkt dat men zich gemakkelijker voelt, meer praat en zicht in betrouwbare handen voelt als de persoon met wie hij/zij communiceert dezelfde achtergrond en taal heeft. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat men dan verneemt dat de persoon tegenover hem/haar met dezelfde cultuur en nationaliteit hem/haar beter begrijpt en geen foutieve of onbetrouwbare informatie zal geven. Het is daarom zaak dat er ook bij Pieter van Foreest personeel nodig is die dezelfde achtergronden heeft en die talen kent.

De huisartsenpraktijk zou een centrale rol kunnen vervullen in de navigatie van allochtone ouderen in het systeem van zorg en welzijn. Belangrijkste veranderdoelen voor huisartsen zijn het verkrijgen van meer kennis krijgen over welzijnsorganisaties in de wijk, en het verbeteren van vaardigheden in diversiteit sensitieve zorgverlening, waaronder het overbruggen van taalbarrières en het bewust omgaan met mogelijke vooroordelen.

Een andere feit dat we weten over de migranten is dat zij sneller gezondheidsproblemen krijgen, negatiever opkijken naar tegenslagen en meer hulp willen en verwachten. Dhr. Selim van Royaal Thuis verteld dat Nederlanders meer kennis hebben en een uur minder hulp beter vinden en dat allochtone ouderen juist meer van hulpverleners vragen en een uur meer hulp willen krijgen. Het is daarom ook goed om hen op te leiden en juist ook de 2e en 3e generatie meer kennis te geven over de mogelijkheden. Een informatiepost over de oude dag, hun rechten en plichten uitleggen, met het papierwerk helpen is erg gewenst. Migranten ouderen vinden het fijn als ze geholpen worden en geleid worden in de juiste richting.

Om de ouderen vervolgens de grote stap te vergemakkelijken is het belangrijk de inrichting en omgeving cultuursensitief in te richten en hen zo thuis mogelijk te laten voelen. Het ziet er naar uit dat de 1e en ook de grote meerderheid van de 2e generatie het toch fijner vind om met het eigen volk samen te zijn. Het advies zou dan zijn om deze afdelingen toch te scheiden van elkaar en geschikte verzorgers daar te plaatsen. In overweging met het bevolkingspiramide kan geconstateerd worden dat deze indeling goed zal meegaan voor de komende 40 jaar.

Glossary

PvF	Afkorting voor Pieter van Foreest. Het casusgebouw dat behandeld word in dit rapport betreft het Woonzorgcentrum Delfshove van Pieter van Foreest te Voorhof in Delft.
Migranten	Met migranten word bedoeld mensen met een andere afkomst en moederland die verhuist zijn naar Nederland en hier zijn blijven wonen. De term Allochtonen en Buitenlanders zijn in dit rapport ook genoemd.

List of Resources

Articles/ Books:

Ministerie van VWS. (2011). *Programmabrief langdurige zorg.* Den Haag: Rijksoverheid.

Ministerie van VWS. (2013). Zorgakkoord, *Handreiking cliëntgroepen extramurale begeleiding & Bijlage, Hervorming langdurige ondersteuning en zorg.* Den Haag: Rijksoverheid.

Centraal Bureau van Statistieken

Studievereniging, V.B. Grootswagers, Afstudeerder TU/E Quickscan Verzorgingshuis & Ministerie van VWS, 2013

Van Kerckhove, C., De Kock, C., & Vens, E. (Eds.). (2013). *Ethiek en zorg in de hulpverlening: Over taboes gesproken*. Academia Press.

van Meurs, M. (2016). *Samen gaan voor Zilver: Langer zelfstandig blijven wonen – een opgave voor woningcorporatie en gemeente.* Erasmus Universiteit Rotterdam.

ING. (2015). *Verbeteren door te verbinden, Naar geïntegreerde eerstelijnszorg in 2025.* De Nederlandsche Bank en de Autoriteit Financiële Markten.

Cuyvers, G. & Kavs J. (2001) *De behoeften en verwachtingen van allochtone bejaarden.* Brussel: Ministerie Vlaamse Gemeenschap.

Hoffer, C. (2005). *Allochtone ouderen: de onverwachte oude dag in Nederland*. Stedelijke Adviescommissie Ouderenbeleid (SAO).

Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen.*

den Draak, M. & de Klerk, M. (2011) *Oudere Migranten, Kennis en kennislacunes.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Betrokken bij Buurtbeleid (2010) *Kwetsbare Ouderen, van Onzichtbaar tot Onmisbaar.* Fonds PGO, Fonds voor Patiënten, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden.

Van Praag, C. (2006) *Marokkanen in Nederland: Een Profiel.* Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI).

Websites:
Overheid.nl (2015) *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*. Geraadpleegd op 16 november 2017, van https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2015-525.html

Helius (2012) *Informatiefilm voor Turkse deelnemers*. Geraadpleegd op 20 November 2017, van http://www.heliusstudy.nl/nl/helius-tv/?show_vid=7

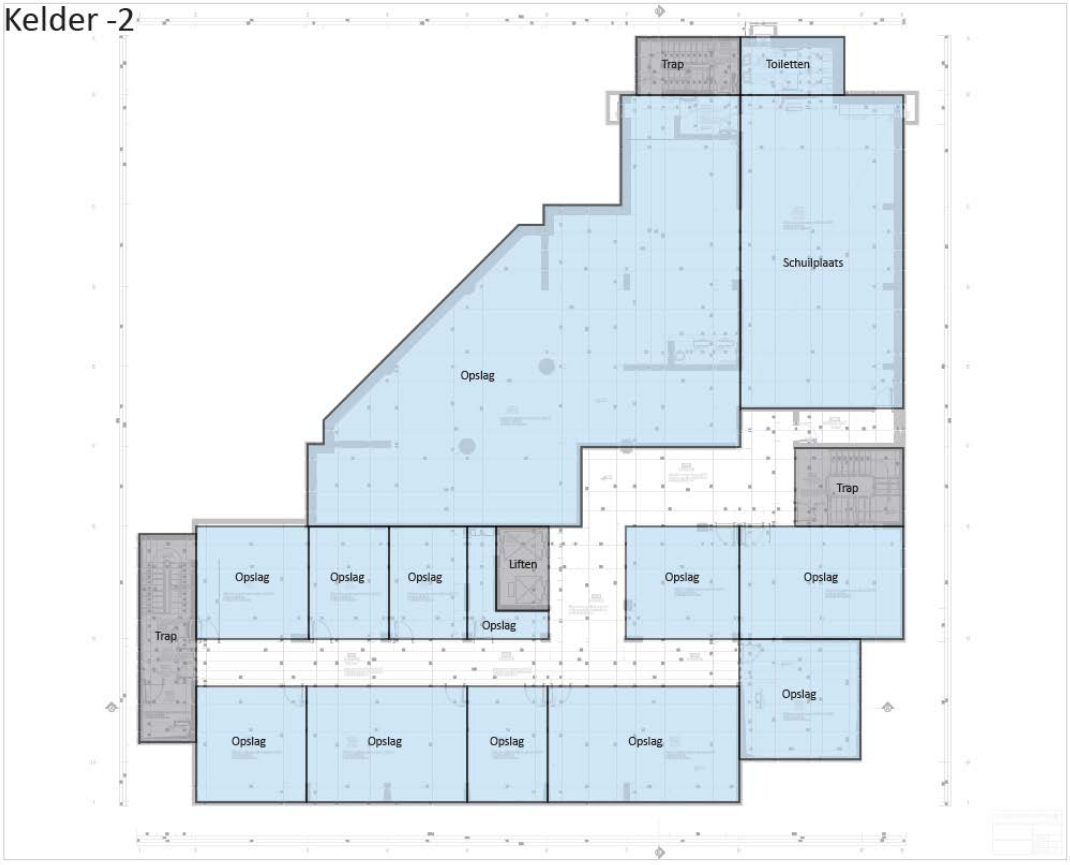
ZonMw (2014) *De kwetsbare oudere van allochtone herkomst op de juiste weg naar voorzieningen voor zorg en welzijn: een probleemanalyse*. Geraadpleegd op 12 december 2017, van https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/onderwijs/programmas/project-detail/nationaal-programma-ouderenzorg/de-kwetsbare-oudere-van-allochtone-herkomst-op-de-juiste-weg-naar-voorzieningen-voor-zorg-en-welzijn/

Royaal Thuis (2017) *Huishoudelijke Zorg*. Geraadpleegd op 18 december 2017, van http://www.royaalthuis.nl/diensten/huishoudelijke-zorg/

Nu.nl (2015) *Nederland telt tweehonderd nationaliteiten*. Geraadpleegd op 22 december 2017, van https://www.nu.nl/binnenland/4036992/nederland-telt-tweehonderd-nationaliteiten.html

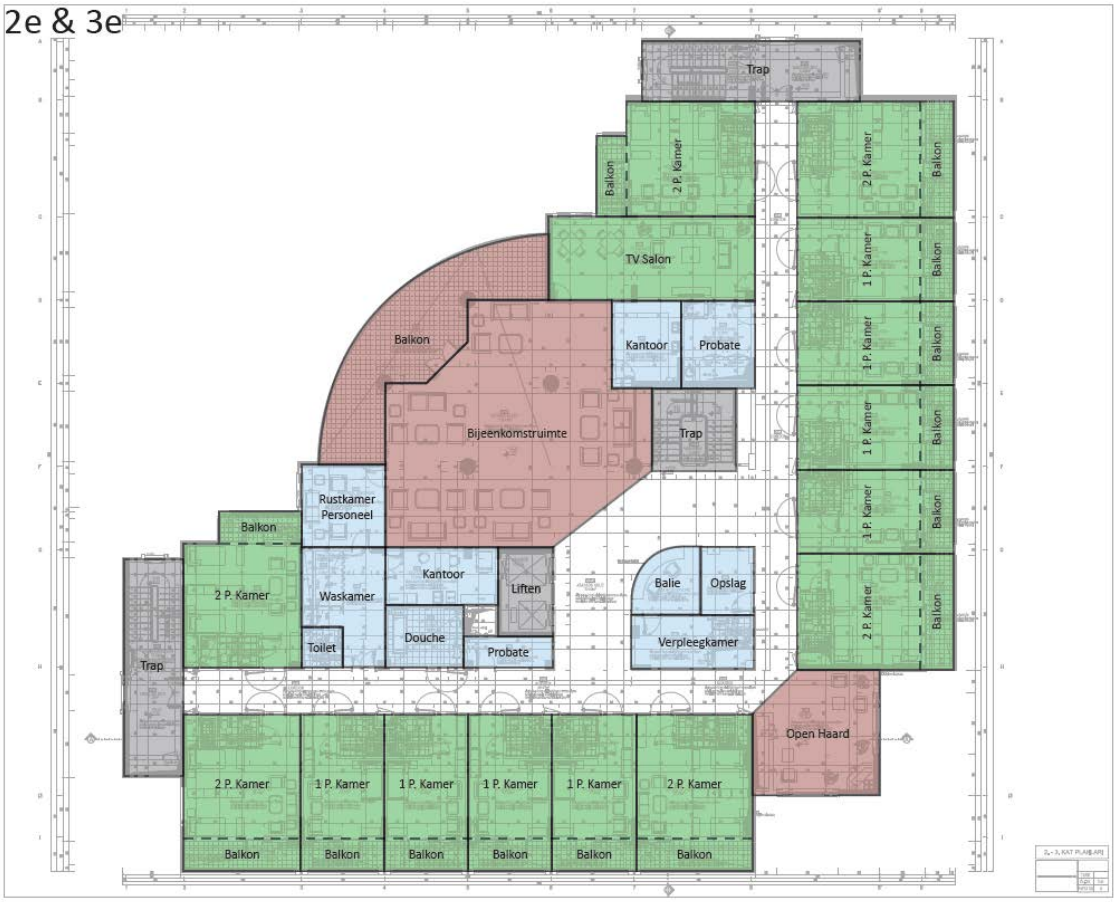
Video's:
Studio Health. (2017). *Het zorglandschap, Zoektocht van Jeroen.* Caught on Video [Video file]. Retrieved on 17 January 2017, from: TUDelft Studio Health.

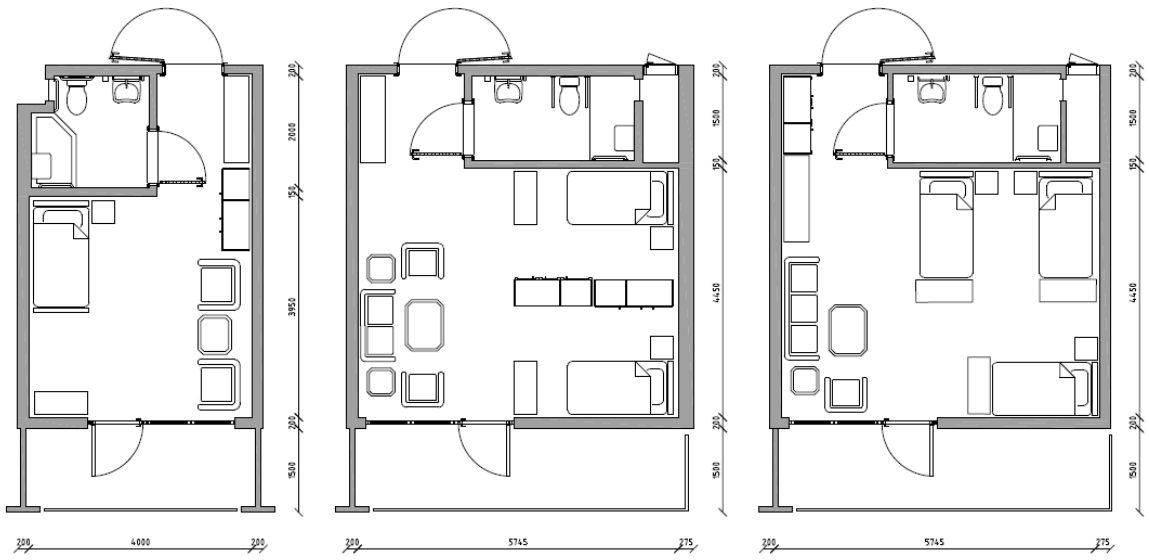
Bijlagen 01.



Bijlage 1: Tekeningen Woonzorgcentrum Cinarcik (eigen ill.) .

Bijlage 1: Tekeningen Woonzorgcentrum Cinarcik (eigen ill.) .





Bijlage 1: Tekeningen Woonzorgcentrum Cinarcik (eigen ill.) .

Bungalow

Bijlage 1: Tekeningen Woonzorgcentrum Cinarcik, Bungalow (eigen ill.) .

Bijlage 1: Tekeningen Woonzorgcentrum Cinarcik, Locatie (eigen ill.) .

Bijlage 02: Plattegrond BG & 1e verdieping, Laurens de Beukelaar.

Bijlage 02: Plattegrond 2e verdieping, Laurens de Beukelaar.

Interview ROYAAL THUIS

Onderwerp: Verzorging voor ouderen met multiculturele achtergronden.

Respondent: Mehmet Selim Ceyhan

Centrale Vraag: **Wat zijn uw ervaringen met het aanbieden van passende zorg bij allochtone ouderen?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van allochtone ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 40 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.

Kunt u mij vertellen wat Royaal Thuis doet en wie zijn jullie doelgroepen?

We leveren zorg aan huis voor mensen die persoonlijke en professionele zorg nodig hebben. Vooral in de krachtwijken Schilderswijk, Transvaal en spoorwijk. Doelgroep is Turks Marokkaans, Surinaams en autochtonen en anderen.

Wij zijn één van de grootste partij op grond van multiculturele hulpverlening in den haag. Circa 600 cliënten zorg aan huis. Vooral mensen met gevorderde dementie en chronische ziekten door met name ouderdom. Lichamelijke als geestelijke aandoeningen. Alle zorg die ze maar nodig hebben van wassen aankleden uit bed eten medicatie verpleging dat leveren wij.

15-20 cliënten die hebben een verpleeghuis indicatie maar die wonen nog thuis. ZZP pakket van boven de 4. Soms 80 uur soms 20 uur per week bieden wij hun de nodige zorg. Ook leveren wij palliatieve zorg voor de mensen die aan het einde van hun leven zijn en ernstige ziekten hebben. Die krijgen 24/7 de zorg die ze nodig hebben. Er word dan in 3 a 4 ploegen gewerkt.

Waarom gaan deze mensen niet naar een verpleeghuis?

Zij gaan niet naar een verpleeghuis omdat ze tevreden zijn van de zorg die wij aan huis leveren. Ook zijn de families van deze mensen tevreden. Onze motto is dat deze mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen ook word dit gestimuleerd door de overheid zie wetswijzigingen.

Denkt u aan langdurige zorg en opvang bij u? misschien in de vorm van een woon-zorgcentrum?

Wij zijn nu op zoek naar een gebouw waar minimaal 30 mensen in kunnen wonen zodat wij hun een Volledig Pakket Thuis (VPT) kunnen aanbieden. Deze mensen betalen dan al hun kosten zoals huur en dergelijke zelf en kunnen 24/7 de nodige zorg ontvangen omdat wij te allen tijde in dat gebouw aanwezig zijn.

We hebben in 2015 een plek gehuurd welke wij als verpleeghuis gebruikt hadden. De 16 cliënten die we daar plaatsten kwamen uit ons eigen cliënten wachtlijst. Het waren met name Turkse en Marokkaanse ouderen maar ook Nederlandse, Chinese, Irakese bewoners. Toen was de zorg intramuraal geregeld dit is veel intensiever. Wij doen met name extramurale zorg dus aan huis. Dat is minder intensief omdat je dan de zorgdruk van de mantelzorger verlicht en kunnen wij meer samen doen met de mantelzorger.

Wat is volgens u de beste zorg en tot welke mate speelt het gebouw hier een rol in?
Je kan een kasteel bouwen met overal natuurteen en luxe maar dat is niet de prioriteit het gaat echt om de zorgkwaliteit die geleverd word maar niet uit waar en door wie.

Wij hebben destijds veel onderzoek gedaan naar de verschillende nationaliteiten in Den Haag en of wij daarin een rol kunnen spelen. Maar we hebben vernomen dat ouderen altijd gaan zeggen dat zij een gebedsruimte, woonkamer, keuken en leuke tuintje willen en dat zij in een islamitische sfeer willen wonen maar we hebben gemerkt dat dat niet de realiteit en de echte behoefte is van de zorgbehoeftigen. Dat zijn geen basisbehoeften. Ik zou dat natuurlijk willen voor mij ouders maar de prioriteit licht echt op de zorg die zij krijgen. Het maakt trouwens ook niet uit van wie zij de zorg krijgen. Het maakt bijvoorbeeld niet uit of het een gelovige of ongelovige, met of zonder hoofdoek is dat speelt geen rol. Het is puur de zorg en aandacht die zij krijgen wat belangrijk is. Dit zeg ik omdat wij ervaren hebben dat Nederlandse cliënten tussen de allochtonen cliënten kwamen wonen dat was even schrikken voor deze mensen. Maar zij waren erg tevreden over de zorg, hygiëne, aandacht die ze kregen.

Hoe zit het bij allochtonen om hun ouders naar een verpleeghuis te sturen?
Mensen die in een verpleeghuis wonen vinden wij als Turken en moslims een beetje droevig. Vooral tijdens rituele feesten zoals de Ramadan gaat al onze aandacht naar hun en worden zij druk bezocht. Maar aan de andere kant wonen duizenden mensen thuis die ook eenzaam waren terwijl alle aandacht van zowel vrijwilligers, families en media uit ging naar de 16 mensen die in onze verpleeghuis woonden. Wij hebben eigenlijk meer dan 600 cliënten die gewoon thuis woonden maar daar keek niemand op terug.

Wat maakte die locatie zo bijzonder?
Wat de locatie bijzonder maakte was vooral de zorg die we daar leverden maar uiteraard ook de inrichting die we een woonkamersfeer hadden gegeven met warme kleuren en cultuursensitief ingericht hadden. Cultuur sensitieve zorg was onze motto die wij expres niet islamitisch genoemd hadden. We hadden bijvoorbeeld toen een Chinese man tijdelijk mogen ontvangen welke alleen Chinees en een beetje Engels kon spreken maar hij en zijn familie wouden dat hij bij ons bleef wonen omdat zij tevreden waren van de zorg die geleverd werd. ***Zorg kent geen taal zeg ik dan altijd.***

Zijn er verschillen tussen de 1e, 2e en 3e generatie ouderen alhoewel er niet zoveel kwetsbare ouderen nog zijn in de 2e en 3e generatie denkt u dat die anders zullen zijn?
Wij weten dat het niet past in onze cultuur om je ouders in een verpleeghuis te zetten omdat ze dan onder andere eenzaam worden maar thuis zijn zij ook eenzaam. Het is in de praktijk erger om hun thuis alleen te laten dan in een verpleeghuisomgeving waar zij de nodige zorg ontvangen. Het is gewoon een taboe en levend begraven van je ouders zo zien wij dat. Dat gaat en moet met de tijd veranderen.

Vroeger woonden wij allemaal in dezelfde dorp of omgeving en trouwden wij met de vrouwen in de buurt en bleef de familie bijeen. Tijden zijn veranderd en we trouwen met vrouwen op verre plaatsen en zowel de vrouw als man werkt en hebben het steeds drukker en kunnen minder tijd en aandacht besteden aan onze ouders. Aan de andere kant worden onze ouders sneller ziek en zorgbehoeftig en leven steeds langer.

Op jullie website staat dat Royaal Thuis een gevarieerd zorgaanbod biedt dat aansluit op de wensen van de cliënt. Er is veel aandacht voor iemands levenswijze, religie en moedertaal bijvoorbeeld. Hoe verzorgen jullie dat?
Wij geven bijvoorbeeld aandacht aan de taal die een cliënt spreekt en zoeken een geschikt professional daarvoor. Ook kijken wij of het een vrouwelijke of mannelijke cliënt is en sturen alleen vrouwelijke professionals voor vrouwelijke cliënten. Voor mannelijke cliënten maakt dat niet uit.

Als een cliënt naar binnen komt brengen wij een bezoek aan huis en proberen alle problemen thuis op te lossen. Dit kan het papierwerk zijn, juridisch advies, gemeentelijke taken etc. We helpen met alle toekenningen en toeslagen en alles word helder gemaakt voor de cliënt. We proberen de lasten te verminderen. Ook zijn er inloopdagen 2 keer per week dan lopen zij van 09:00 tot 12:00 uur naar binnen en verzorgen wij dan hun papierwerk door bijvoorbeeld stagiaires.

Wat maakt het zorgen voor allochtone ouderen anders dan autochtone ouderen?
Ik zeg altijd een Nederlander kan geen Turkse restaurant beginnen dat gaat niet en past niet. *Elk mens is uniek en heeft de nodige zorg en aandacht nodig.*
Allochtone ouderen willen dat alles voor hun gedaan word. Hoe meer zorg en aandacht je hun geeft des te meer zij dit gaan vragen. Wij vinden bijvoorbeeld 60 jaar al erg oud maar dat valt eigenlijk best mee. Wij moeten leren om meer zelf te doen en achter onze rechten aan moeten gaan. We doen veel te weinig voor onze volk en voor Den Haag we hebben nu alle kennis en zitten in alle sectoren we kunnen veel meer. We denken dat we altijd nog terug naar Turkije gaan. We moeten gewoon de beslissing nemen dat wij hier blijven en hier werken en investeren.

Autochtone ouderen zijn meer bewust zijn socialer en actiever en worden pas op hele oude leeftijd zorgbehoeftig. Soms leveren we 4 uur hulp en zij zeggen dat 3 uur genoeg is. Bij allochtone ouderen is dat andersom de mindset is totaal anders.

Het aantal allochtone ouderen groeit enorm en wij moeten ons daarop voorbereiden. In den haag wonen 50% allochtonen en de helft daarvan is moslim maar dat kunnen wij nergens in terugzien.

We zien in de praktijk dat alle mensen bij elkaar gewoon niet werkt dat willen de mensen ook niet. Turken willen niet in een Chinese verzorging huis wonen. Wij kunnen niet met anderen omgaan. We moeten echt ophouden met het onderscheiden van onszelf met anderen en zorghuizen algemeen houden en niet specificeren voor bepaalde achtergronden.

Interview Respondent 01.

Onderwerp: Actieve deelname van bewoners aan samenleving.
Respondenten: Bewoners woonachtig rond PvF Woonzorgcentrum Delfshove.
Centrale Vraag: **Hoe ziet de oude dag er voor u uit?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 20 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.
Respondent:	- Naam, Leeftijd, Achtergrond, Opleiding, Werk *Anoniem, 70 jaar oud, Marokkaanse, Geen opleiding, Pensioen.* - Waar en in wat voor woning woont u op dit moment? *Flatgebouw in de buurt.* - Heeft u kinderen en of mantelzorgers? Zo ja, wonen zij samen met u? *Ja, vrouw is thuis, 7 kinderen waarvan 2 nog thuis wonen.*

Vragen:

1. Kunt u mij vertellen hoe uw dag is samengesteld? Met wat voor activiteiten houd u zich bezig?
   Ik ben niet meer heel actief zoals vroeger, maar dat komt omdat ik het ook niet kan. Ik ben nu wat ouder geworden en kan moeilijk lopen en autorijden is ook moeilijk. Korte afstanden kan ik wel rijden maar niet als het te lang word. Lopen kan ik nog wel hiernaartoe (in de moskee). Verder komt er weinig visite, ik ga wel eens op bezoek bij anderen.

2. Welke elementen zijn belangrijk voor uw verblijfplaats?
   Tjah, weet ik niet. Gewoon woonkamer en keuken apart, grote badkamer om de Wudu te doen (rituele wassing voor het gebed).

3. Bent u vaak buiten en wat doet u dan meestal?
   Ik ga minder naar buiten dan vroeger maar nu ga ik vooral voor de moskee en om boodschappen te doen. Soms ook om gewoon te wandelen in de buurt.

4. Wat doet u als u thuis bent?
   Niet veel. Als ik thuis kom ga ik helpen met het huishouden maar dat doe ik ook niet vaak meer. Beetje opruimen eten en daarna zitten en slapen.

5. Wie bereid het eten voor en wat eten jullie dan meestal?
   Mijn vrouw bereid het eten voor ons en ze kookt altijd Marokkaanse eten.

6. Bent u actief bezig met uw geloofsovertuiging? Tot welke mate en wat doet u er allemaal voor?
   Ik ben Moslim zoals je zien daarom ben ik nu ook in de Moskee. Ik eet altijd Halal en verricht vijf keer per dag het gebed. Tijdens het Ramadan moeten we eigenlijk vasten maar dat lukt mij niet meer door gezondheidsproblemen.

7. Welke taal spreekt u vooral en heeft u kennis van meerdere talen?
   Ik spreek Marokkaans en Nederlands maar de Nederlandse taal is een beetje zwak.

8. Bent u sterk verbonden aan uw cultuur? Wat maakt uw cultuur speciaal en wat houd dat in voor u?
   Ja, wij hebben ons eigen cultuur en houden ons daar ook aan. Eigen eten eigen bijeenkomsten en eigen geloof.

9. Bent u sociaal actief?
   a. Indien ja, op welke manier en met wie?
   b. Indien nee, waarom niet en zou u dat wel willen?
      Nee, maar ik kan toch niet zoveel meer dus het is goed zo.

10. Wat doet u of waar gaat u naartoe als u gezondheids- en lichamelijke klachten heeft?
    Ik ga naar de huisarts of ik ga bellen naar hun.

11. Hoe gaat u in de toekomst leven als u afhankelijk gaat worden van anderen die uw zorg moeten aanbieden? (mantelzorgers of zorgcentrum?)
    Ik weet niet hoe de toekomst eruit zal zien en daar heb ik nooit over nagedacht dat hoeft niet. Ik zie wel wat er gebeurt later dat weet God alleen.

12. Opmerkingen? (bijv. hoe zou u willen leven als u ouder word?)
    Natuurlijk wil ik dat mijn kinderen voor mij gaan zorgen maar dat doen ze niet altijd meer. Iedereen heeft nu een eigen baan en familie misschien komen ze niet meer.

Interview Respondent 02.

Onderwerp: Actieve deelname van bewoners aan samenleving.

Respondenten: Bewoners woonachtig rond PvF Woonzorgcentrum Delfshove.

Centrale Vraag: **Hoe ziet de oude dag er voor u uit?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 20 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.
Respondent:	- Naam, Leeftijd, Achtergrond, Opleiding, Werk *Anoniem, 55 jaar oud, Turkse, MBO, Telecommunicatie Monteur.* - Waar en in wat voor woning woont u op dit moment? *Gewoon hier in de buurt.* - Heeft u kinderen en of mantelzorgers? Zo ja, wonen zij samen met u? *Ja, vrouw en 4 kinderen ze wonen allemaal thuis. Mijn moeder woont ook bij ons.*

Vragen:

13. Kunt u mij vertellen hoe uw dag is samengesteld? Met wat voor activiteiten houd u zich bezig?
    Ik word wakker met het ochtendgebed en daarna start mijn dag. Ontbijten daarna werken. Als ik s 'avonds thuis kom weer eten en dan een beetje zitten tv kijken met kinderen bezig zijn.

14. Welke elementen zijn belangrijk voor uw verblijfplaats?
    Gescheiden keuken is wel beter maar niet altijd handig verder heb ik geen speciale wensen.

15. Bent u vaak buiten en wat doet u dan meestal?
    Niet veel. Ik ga gewoon naar de Moskee, een beetje wandelen met de familie en daarna naar huis.

16. Wat doet u als u thuis bent?
    Bidden vijf keer per dag en met de kinderen bezig zijn.

17. Wie bereid het eten voor en wat eten jullie dan meestal?
    Meestal doet mijn vrouw dat en ze kookt nagenoeg altijd Turks. Heel soms ook Nederlands maar daar is gewoon weinig alternatief in. De Nederlandse keuken is beperkt anders mag dat ook.

18. Bent u actief bezig met uw geloofsovertuiging? Tot welke mate en wat doet u er allemaal voor?
    Ja ik houd mij goed aan mijn geloof. Ik bid vijf keer per dag en doe aan alle verplichtingen.

19. Welke taal spreekt u vooral en heeft u kennis van meerdere talen?
    Turks, Nederlands en Koerdisch.

20. Bent u sterk verbonden aan uw cultuur? Wat maakt uw cultuur speciaal en wat houd dat in voor u?
    Ja vind ik wel, wij zijn erg verbonden aan elkaar en hebben respect voor ouderen.

21. Bent u sociaal actief?
    a. Indien ja, op welke manier en met wie?
    b. Indien nee, waarom niet en zou u dat wel willen?
    Ja en Nee, Vroeger was er veel meer actie maar nu is dat minder. Nu kom ik naar de moskee en doe boodschappen en soms met vrienden zitten.

22. Wat doet u of waar gaat u naartoe als u gezondheids- en lichamelijke klachten heeft?
    Ik bel naar de huisarts en kijk wat hij zegt en waar hij mij naar verwijst. Ik vind dat de medische zorg in Nederland er goed uit ziet maar inhoudelijk niet sterk is. Ik doe voor de zekerheid altijd weer een check in Turkije. Ze doen er heel lang over in Nederland omdat ze willen besparen maar dat kost alleen maar meer tijd en geld.

23. Hoe gaat u in de toekomst leven als u afhankelijk gaat worden van anderen die uw zorg moeten aanbieden? (mantelzorgers of zorgcentrum?)
    Ik heb eerlijk gezegd niet echt gedacht over mijn oude dag. Ik wil het liefst thuis verzorgt worden natuurlijk wie wilt dat niet maar ik kan mijn kinderen niet verplichten voor mij te zorgen. Mijn vader is pas vorig jaar overleden. Hij woonde bij mij thuis en ik heb voor hem gezorgd. De zorg kreeg hij van ons en voor professionele zorg riepen wij een dokter naar huis. Voor mijn moeder zorg ik nog steeds bij mij thuis.
    U zorgt wel voor uw ouders bij u thuis maar kan dit niet verwachten van uw kinderen?
    Nee de tijden zijn veranderd zij willen het niet meer doen. Ik wil mijn kinderen ook niet beperken. Ik heb mijn kinderen opgevoed met de goede kanten van Nederlanders en Turken zij zijn de volgende generatie en denken niet meer precies zoals ons.

24. Opmerkingen? (bijv. hoe zou u willen leven als u ouder word?)
    Als mijn kinderen niet kunnen zorgen voor mij bij mij thuis dan vind ik het denk ik ook goed als er een geschikte verzorgingshuis is waar ik kan leven. Wel eentje die voldoet aan mijn eisen en wensen bijvoorbeeld een islamitische met moslims en Turken waarmee ik samen kan leven.

Interview Respondent 03.

Onderwerp: Actieve deelname van bewoners aan samenleving.

Respondenten: Bewoners woonachtig rond PvF Woonzorgcentrum Delfshove.

Centrale Vraag: **Hoe ziet de oude dag er voor u uit?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 20 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.
Respondent:	- Naam, Leeftijd, Achtergrond, Opleiding, Werk *Arif, 62 jaar oud, Turkse, Basisschool in Turkije, Ziektewet.* - Waar en in wat voor woning woont u op dit moment? *In de flatgebouw aan de overkant.* - Heeft u kinderen en of mantelzorgers? Zo ja, wonen zij samen met u? *Ja, vrouw en 6 kinderen, alle kinderen zijn uit huis.*

Vragen:

25. Kunt u mij vertellen hoe uw dag is samengesteld? Met wat voor activiteiten houd u zich bezig?
    Ik ga wel naar familie vaak en zij komen ook langs. Verder ga ik boodschappen doen en zit ik vaak thuis.

26. Welke elementen zijn belangrijk voor uw verblijfplaats?
    Weet ik niet.

27. Bent u vaak buiten en wat doet u dan meestal?
    Niet echt vaak buiten ik ga naar buiten als het nodig is anders niet.

28. Wat doet u als u thuis bent?
    Thuis zitten en soms tv kijken soms bellen naar mensen. Mijn kinderen komen langs met mijn kleinkinderen ga ik spelen.

29. Wie bereid het eten voor en wat eten jullie dan meestal?
    Mijn vrouw kookt thuis en altijd Turkse eten.

30. Bent u actief bezig met uw geloofsovertuiging? Tot welke mate en wat doet u er allemaal voor?
    Ja, ik ben moslim en verricht het gebed en ga naar de moskee. Ook doe ik aan de Ramadan.

31. Welke taal spreekt u vooral en heeft u kennis van meerdere talen?
    Turks en een Nederlands maar Nederlands niet heel goed.

32. Bent u sterk verbonden aan uw cultuur? Wat maakt uw cultuur speciaal en wat houd dat in voor u?
    Vroeger was in onze dorp in Turkije de cultuur veel beter. Nu wonen wij in Nederland en is de verbintenis met elkaar veel minder. Ik wil het altijd nog wel dat we allemaal bij elkaar zijn maar dat gaat niet meer.

33. Bent u sociaal actief?
    a. Indien ja, op welke manier en met wie?
    b. Indien nee, waarom niet en zou u dat wel willen?

    Ja, met de buren en mijn kinderen. Mijn broers komen ook soms en ik ga ook naar hun toe op bezoek.

34. Wat doet u of waar gaat u naartoe als u gezondheids- en lichamelijke klachten heeft?

    Ik ga altijd eerst naar de huisarts en vraag wat er aan de hand is. Hij helpt mij dan met wat nodig is en stuurt mij zo nodig naar de ziekenhuis.

35. Hoe gaat u in de toekomst leven als u afhankelijk gaat worden van anderen die uw zorg moeten aanbieden? (mantelzorgers of zorgcentrum?)

    Mijn beide ouders woonden in Turkije bij mijn broer samen en zijn in zijn huis overleden. Dat hoort zo hij verzorgde zijn ouders zoals zij hem hebben verzorgd toen wij kinderen waren. Nu zijn mijn kinderen allemaal getrouwd en gaan allemaal naar ver om te werken. Ik weet niet hoe het later gaat worden.

36. Opmerkingen? (bijv. hoe zou u willen leven als u ouder word?)

    -

Interview Respondent 04.

Onderwerp: Actieve deelname van bewoners aan samenleving.

Respondenten: Bewoners woonachtig rond PvF Woonzorgcentrum Delfshove.

Centrale Vraag: **Hoe ziet de oude dag er voor u uit?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 20 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.
Respondent:	- Naam, Leeftijd, Achtergrond, Opleiding, Werk *Mustafa, 57 jaar oud, Turkse, Basisschool in Turkije, Werkt in Supermarkt.* - Waar en in wat voor woning woont u op dit moment? *In de huurwoningen dichtbij de brandweer.* - Heeft u kinderen en of mantelzorgers? Zo ja, wonen zij samen met u? *Ja, vrouw en 7 kinderen. Oudste zoon is getrouwd en woont heel dichtbij ons, de rest woont nog thuis bij mij.*

Vragen:

37. Kunt u mij vertellen hoe uw dag is samengesteld? Met wat voor activiteiten houd u zich bezig?
    Ik werk in onze eigen supermarkt en als ik thuis kom help ik mijn vrouw met huishouden en besteed ik tijd aan mijn kinderen.

38. Welke elementen zijn belangrijk voor uw verblijfplaats?
    Ik zou het heel leuk vinden om in een groot huis te wonen met veel natuur omheen. Een boerderijachtig woning met eigen groot stuk grond.

39. Bent u vaak buiten en wat doet u dan meestal?
    Ja ik ga naar de supermarkt voor mijn werk en vaak ook met mijn vrouw en kinderen naar familiebezoek of wandelingen.

40. Wat doet u als u thuis bent?
    Thuis kom ik na werk gaan we samen eten en na het eten samen thee drinken en lekkernijen eten. Daarna boek lezen voor mijn kleinste zoon van 8 jaar.

41. Wie bereid het eten voor en wat eten jullie dan meestal?
    Mijn vrouw kookt meestal maar mijn 2 dochters helpen haar ook altijd.

42. Bent u actief bezig met uw geloofsovertuiging? Tot welke mate en wat doet u er allemaal voor?
    Ja, wij zijn geschapen om God te aanbidden en vind het daarom erg belangrijk om minimaal de verplichtingen te doen zoals bidden, vasten, naar de bedevaart gaan en armen te helpen met bijvoorbeeld geld donaties. Ook zorg ik voor weeskinderen en probeer ik veel te lezen over de Islam.

43. Welke taal spreekt u vooral en heeft u kennis van meerdere talen?
    Turks, Koerdisch en Nederlands.

44. Bent u sterk verbonden aan uw cultuur? Wat maakt uw cultuur speciaal en wat houd dat in voor u?
Ja ik vind dat erg belangrijk. In de Koran staat dat wij geschapen zijn in verschillende vormen en soorten mensen en dat wij onze slechte culturele gewoonten moeten verlaten maar de goede gewoonten die niet tegenstrijdig zijn met de Islam moeten voortzetten en blijven doen. Ook vind ik dat er in onze cultuur ouderen gerespecteerd moeten worden en er een sterke relatie is tussen de familieleden. Iedere lid mag en moet zich bemoeien met andere leden.

45. Bent u sociaal actief?
    a. Indien ja, op welke manier en met wie?
    b. Indien nee, waarom niet en zou u dat wel willen?
    Ja, ik ben sociaal actief in de winkel en ga vaak op bezoek bij anderen en zij komen ook naar ons.

46. Wat doet u of waar gaat u naartoe als u gezondheids- en lichamelijke klachten heeft?
Wij bellen eerst naar de dokter voor een afspraak en gaan dan langs de huisarts.

47. Hoe gaat u in de toekomst leven als u afhankelijk gaat worden van anderen die uw zorg moeten aanbieden? (mantelzorgers of zorgcentrum?)
Ik heb mijn kinderen opgevoed met respect en geleerd dat zij ouderen aandacht respect en verzorging moeten geven. Ik verwacht van hun dat zij ons later thuis gaan verzorgen ik ben erg tegen verzorgingshuizen. Kinderen horen hun ouders niet te sturen naar verzorgingshuizen!

48. Opmerkingen? (bijv. hoe zou u willen leven als u ouder word?)
Samen met mijn familie in mijn kamer.

Interview Respondent 05.

Onderwerp: Actieve deelname van bewoners aan samenleving.

Respondenten: Bewoners woonachtig rond PvF Woonzorgcentrum Delfshove.

Centrale Vraag: **Hoe ziet de oude dag er voor u uit?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 20 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.
Respondent:	- Naam, Leeftijd, Achtergrond, Opleiding, Werk *Aysa, 59 jaar oud, Marokkaanse, Geen studie, Huisvrouw.* - Waar en in wat voor woning woont u op dit moment? *In de flatgebouwen.* - Heeft u kinderen en of mantelzorgers? Zo ja, wonen zij samen met u? *Ik heb 3 kinderen en mijn man is thuis.*

Vragen:

49. Kunt u mij vertellen hoe uw dag is samengesteld? Met wat voor activiteiten houd u zich bezig?
    Ik ben een huisvrouw en ben thuis vaak bezig met schoonmaken en koken en voor mijn kinderen zorgen. Ik ga ook met andere vrouwen van de familie thee drinken en samen op visite bij andere mensen.

50. Welke elementen zijn belangrijk voor uw verblijfplaats?
    Privacy vind ik belangrijk grote keuken en woonkamer.

51. Bent u vaak buiten en wat doet u dan meestal?
    Ik ga niet heel vaak naar buiten soms op visite en als mijn man werkt doe ik soms de noodzakelijke boodschappen of vraag of mijn kinderen dat doen voor mij.

52. Wat doet u als u thuis bent?
    Zie vraag 1

53. Wie bereid het eten voor en wat eten jullie dan meestal?
    Ik kook thuis altijd en mijn dochter helpt mij soms ermee als ze tijd heeft.

54. Bent u actief bezig met uw geloofsovertuiging? Tot welke mate en wat doet u er allemaal voor?
    Ja ik ben moslim.

55. Welke taal spreekt u vooral en heeft u kennis van meerdere talen?
    Nederlands en Marokkaanse taal ken ik.

56. Bent u sterk verbonden aan uw cultuur? Wat maakt uw cultuur speciaal en wat houd dat in voor u?
Jawel, onze eten is lekker en hebben eigen feesten en danssoorten. Ook hebben wij islamitische feestdagen die zijn belangrijk voor ons.

57. Bent u sociaal actief?
    a. Indien ja, op welke manier en met wie?
    b. Indien nee, waarom niet en zou u dat wel willen?
    Nee, ik vind dat ik weinig naar familie en vrienden ga. Vroeger waren de banden veel sterker ik weet niet waarom het zo erg verminderd is misschien omdat ik nu beetje ouder ben en het moeilijker gaat.

58. Wat doet u of waar gaat u naartoe als u gezondheids- en lichamelijke klachten heeft?
Ik ga naar de huisarts.

59. Hoe gaat u in de toekomst leven als u afhankelijk gaat worden van anderen die uw zorg moeten aanbieden? (mantelzorgers of zorgcentrum?)
Ik wil dat mijn kinderen voor mij gaan zorgen maar ik heb 2 dochters en 1 zoon. 2 dochters gaan uitgehuwelijkt worden en dan blijft 1 zoon over. Ik weet niet wie voor ons gaat zorgen en hoe zij dat gaan doen de tijd zal het ons leren.

60. Opmerkingen? (bijv. hoe zou u willen leven als u ouder word?)
-

Interview Respondent 06.

Onderwerp: Actieve deelname van bewoners aan samenleving.

Respondenten: Bewoners woonachtig rond PvF Woonzorgcentrum Delfshove.

Centrale Vraag: **Hoe ziet de oude dag er voor u uit?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 20 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.
Respondent:	- Naam, Leeftijd, Achtergrond, Opleiding, Werk *Hoessein, 76 jaar oud, Somalier, Geen opleiding, Pension.* - Waar en in wat voor woning woont u op dit moment? *In de kleine huurwoningen.* - Heeft u kinderen en of mantelzorgers? Zo ja, wonen zij samen met u? *8 kinderen, Vrouw overleden.*

Vragen:

61. Kunt u mij vertellen hoe uw dag is samengesteld? Met wat voor activiteiten houd u zich bezig?
    Wakker worden eten, daarna als ik kan naar de moskee maar ik kan niet altijd meer gaan, beetje wandelen in de buurt en dan thuis eten thee drinken en slapen.

62. Welke elementen zijn belangrijk voor uw verblijfplaats?
    Wij hadden vroeger alleen maar één kamer waar we samen gingen slapen koken zitten etc. nu is alles gescheiden maar moet ook wel iedereen heeft eigen privacy.

63. Bent u vaak buiten en wat doet u dan meestal?
    Nee, niet zo vaak buiten dat kan ik niet meer ik heb last van mijn benen en rug.

64. Wat doet u als u thuis bent?
    Ja… beetje zitten tv kijken, boek lezen maar soms zie ik nu wazig kan en word ik duizelig van als ik te lang lees.

65. Wie bereid het eten voor en wat eten jullie dan meestal?
    Vroeger ging mijn vrouw altijd eten voorbereiden samen met de bruid en mijn dochter maar zij is 3 jaar geleden overleden. Nu kookt mijn bruid en dochter alleen. Ze koken traditionele eten van onze cultuur.

66. Bent u actief bezig met uw geloofsovertuiging? Tot welke mate en wat doet u er allemaal voor?
    Ja ik ben moslim k bid vijf keer per dag maar ik kan niet altijd vasten en naar de bedevaart is ook moeilijk geworden kost veel geld en ik ben lichamelijk beperkt.

67. Welke taal spreekt u vooral en heeft u kennis van meerdere talen?
    Somalisch, Arabisch en beperkt Nederlands.

68. Bent u sterk verbonden aan uw cultuur? Wat maakt uw cultuur speciaal en wat houd dat in voor u?
Ik zou graag sterk verbonden willen zijn aan onze cultuur van vroeger in Somalië maar in Nederland is dat moeilijk. Nu woon ik bij mijn kinderen en zorgen zij voor mij gelukkig. Vroeger was veel meer aandacht, tijd en respect jegens de ouderen.

69. Bent u sociaal actief?
    a. Indien ja, op welke manier en met wie?
    b. Indien nee, waarom niet en zou u dat wel willen?
    Vroeger wel maar nu kan ik niet veel naar buiten meer.

70. Wat doet u of waar gaat u naartoe als u gezondheids- en lichamelijke klachten heeft?
Mijn kinderen bellen de huisarts of dokter voor mij en dan gaan we langs. Soms geeft hij medicijnen en moet ik thuis innemen en rusten maar soms moeten we ook naar de ziekenhuis.

71. Hoe gaat u in de toekomst leven als u afhankelijk gaat worden van anderen die uw zorg moeten aanbieden? (mantelzorgers of zorgcentrum?)
Mijn beide ouders hebben in mijn huis gewoond en overleden. Voor je ouders zorgen is erg belangrijk voor ons en onze geloof. God zal degene die zijn ouders blij maakt ook blij maken en belonen in het hiernamaals. Mijn kinderen zorgen daarom voor mij en zorgen voor mij.

72. Opmerkingen? (bijv. hoe zou u willen leven als u ouder word?)
Samen met mijn familie en mijn vrouw eigenlijk maar zij is nu overleden.

Interview Respondent 08.

Onderwerp: Actieve deelname van bewoners aan samenleving.

Respondenten: Bewoners woonachtig rond PvF Woonzorgcentrum Delfshove.

Centrale Vraag: **Hoe ziet de oude dag er voor u uit?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 20 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.
Respondent:	- Naam, Leeftijd, Achtergrond, Opleiding, Werk *Mvr. Khadija , 55 jaar oud, Indiase, thuis scholing, Pensioen.* - Waar en in wat voor woning woont u op dit moment? *Eengezinswoning in een woonbuurt.* - Heeft u kinderen en of mantelzorgers? Zo ja, wonen zij samen met u? *Ja, man is thuis, 6 kinderen waarvan 3 nog thuis wonen.*

Vragen:

73. Kunt u mij vertellen hoe uw dag is samengesteld? Met wat voor activiteiten houd u zich bezig?
    Ik ben niet meer heel actief zoals vroeger, maar dat komt omdat mijn kinderen meehelpen met het huishouden en dergelijke. Ik ben nu wel wat ouder maar ik loop regelmatig buiten en met mijn man en/of kinderen gaan we regelmatig naar mijn zoon's huis en andere kennissen.

74. Welke elementen zijn belangrijk voor uw verblijfplaats?
    Goede isolatie van het huis zonder vocht problemen want in mijn huidige woning hebben we jarenlang last gehad van vocht. Met een grote ruime keuken zodat ik kan koken voor bezoek en familie. Gewoon woonkamer en keuken apart, grote badkamer om de Wudu te doen (rituele wassing voor het gebed). Op de begane grond wc + wasbak om te kunnen wassen (wudu). Ruime woonkamer omdat wij regelmatig bezoek krijgen van familie en vrienden.

75. Bent u vaak buiten en wat doet u dan meestal?
    Ik ga minder naar buiten dan vroeger en als ik ga dan met mijn man of kinderen in de auto.

76. Wat doet u als u thuis bent?
    Het huishouden voornamelijk en koken. Beetje opruimen eten en daarna zitten en slapen. Bidden en Quraan reciteren en samen zitten met mijn gezin in de avond uren.

77. Wie bereid het eten voor en wat eten jullie dan meestal?
    Ik en mijn dochters bereiden het eten voor het gezin en we koken dan Indiase gerechten. Soms ook pasta's en dergelijke.

78. Bent u actief bezig met uw geloofsovertuiging? Tot welke mate en wat doet u er allemaal voor?
    Ik ben Moslim en de Islam is erg belangrijk voor mij. Ik eet altijd Halal en verricht vijf keer per dag het gebed. Tijdens de Ramadan vast ik ook zonder problemen.

79. Welke taal spreekt u vooral en heeft u kennis van meerdere talen?
Ik spreek Urdu, Engels, Arabisch en Nederlands maar de Nederlandse taal is een beetje zwak.

80. Bent u sterk verbonden aan uw cultuur? Wat maakt uw cultuur speciaal en wat houd dat in voor u?
Ja, wij hebben ons eigen cultuur en houden ons daar ook aan. Eigen eten eigen bijeenkomsten met familie.

81. Bent u sociaal actief?
    a. Indien ja, op welke manier en met wie? Ja vooral in de moskee en met familie kennissen.
    b. Indien nee, waarom niet en zou u dat wel willen?

82. Wat doet u of waar gaat u naartoe als u gezondheids- en lichamelijke klachten heeft?
Ik ga naar de huisarts of ik ga bellen naar hun.

83. Hoe gaat u in de toekomst leven als u afhankelijk gaat worden van anderen die uw zorg moeten aanbieden? (mantelzorgers of zorgcentrum?)
Ik ga bij een van mn kinderen wonen samen met mijn man. Het liefst wil ik niet in een zorgcentrum wonen later.

84. Opmerkingen? (bijv. hoe zou u willen leven als u ouder word?)
Natuurlijk wil ik dat mijn kinderen voor mij gaan zorgen.

Interview Respondent 09.

Onderwerp: Actieve deelname van bewoners aan samenleving.

Respondenten: Bewoners woonachtig rond PvF Woonzorgcentrum Delfshove.

Centrale Vraag: **Hoe ziet de oude dag er voor u uit?**

Introductie:

Voorstellen:	Afstudeerder TU Delft; Afstudeerstudio Health
Doel:	De eisen en wensen van ouderen in kaart brengen en gebruiken als basis voor de herontwikkeling van het woonzorgcentrum van PvF.
Geschatte duur:	Een open interview van ongeveer 20 minuten.
Resultaten:	De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met TU Delft en PvF.
Opname:	Toestemming vragen voor het maken van een geluidsopname.
Respondent:	- Naam, Leeftijd, Achtergrond, Opleiding, Werk *Dhr. Abdullah, 68 jaar oud, Somalier, Bachelor Universiteit, Pensioen.* - Waar en in wat voor woning woont u op dit moment? *Eengezinswoning in een woonbuurt.* - Heeft u kinderen en of mantelzorgers? Zo ja, wonen zij samen met u? *Ja, vrouw is thuis, 6 kinderen waarvan 3 nog thuis wonen.*

Vragen:

1. Kunt u mij vertellen hoe uw dag is samengesteld? Met wat voor activiteiten houd u zich bezig?
   Ik ben niet meer heel actief zoals vroeger, maar dat komt omdat ik met pensioen ben. Ik ben nu wel wat ouder maar ik loop regelmatig buiten en rij dagelijks nog auto. Korte afstanden en lange afstanden rij ik wekelijks. Voornamelijk naar de moskee, winkels, familie en vrienden.

2. Welke elementen zijn belangrijk voor uw verblijfplaats?
   Goede isolatie van het huis zonder vocht problemen want in mijn huidige woning hebben we jarenlang last gehad van vocht.
   Gewoon woonkamer en keuken apart, grote badkamer om de Wudu te doen (rituele wassing voor het gebed). Op de begane grond wc + wasbak om te kunnen wassen (wudu). Ruime woonkamer omdat wij regelmatig bezoek krijgen van familie en vrienden.

3. Bent u vaak buiten en wat doet u dan meestal?
   Ik ga minder naar buiten dan vroeger maar nu ga ik vooral voor de moskee en om boodschappen te doen. Soms ook om gewoon te wandelen in de buurt.

4. Wat doet u als u thuis bent?
   Niet veel. Als ik thuis kom ga ik helpen met het huishouden maar dat doe ik ook niet vaak meer. Beetje opruimen eten en daarna zitten en slapen. Bidden en Quraan reciteren en samen zitten met mijn gezin in de avond uren.

5. Wie bereid het eten voor en wat eten jullie dan meestal?
   Mijn vrouw bereid het eten voor ons en ze kookt dan Indiase gerechten. Soms ook pasta's en dergelijke.

6. Bent u actief bezig met uw geloofsovertuiging? Tot welke mate en wat doet u er allemaal voor?
   Ik ben Moslim en de Islam is erg belangrijk voor mij. Ik eet altijd Halal en verricht vijf keer per dag het gebed. Tijdens de Ramadan vast ik ook zonder problemen.

7. Welke taal spreekt u vooral en heeft u kennis van meerdere talen?
   Ik spreek Urdu, Engels, Arabisch en Nederlands maar de Nederlandse taal is een beetje zwak.

8. Bent u sterk verbonden aan uw cultuur? Wat maakt uw cultuur speciaal en wat houd dat in voor u?
   Ja, wij hebben ons eigen cultuur en houden ons daar ook aan. Eigen eten eigen bijeenkomsten met familie.

9. Bent u sociaal actief?
   a. Indien ja, op welke manier en met wie? Ja vooral in de moskee en met familie kennissen.
   b. Indien nee, waarom niet en zou u dat wel willen?

10. Wat doet u of waar gaat u naartoe als u gezondheids- en lichamelijke klachten heeft?
    Ik ga naar de huisarts of ik ga bellen naar hun.

11. Hoe gaat u in de toekomst leven als u afhankelijk gaat worden van anderen die uw zorg moeten aanbieden? (mantelzorgers of zorgcentrum?)
    Ik ga bij een van mijn kinderen wonen samen met mijn vrouw. Het liefst wil ik niet in een zorgcentrum wonen later.

12. Opmerkingen? (bijv. hoe zou u willen leven als u ouder word?)
    Natuurlijk wil ik dat mijn kinderen voor mij gaan zorgen.