

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1479834-186959-DMO

Bijlagen
1

Uw brief
25 januari 2019

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 7 maart 2019
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de minister van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid en staatssecretaris van Justitie en Veiligheid, de antwoorden op
de vragen van de Kamerleden Groothuizen (D66), Bergkamp (D66) en Paternotte
(D66) over het bericht 'Deze gastarbeiders zijn oud in een land dat een
tussenstop had moeten zijn' (2019Z01308).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Groothuizen (D66), Bergkamp (D66) en Paternotte (D66) over het bericht 'Deze gastarbeiders zijn oud in een land dat een tussenstop had moeten zijn' (2019Z01308).

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht 'Deze gastarbeiders zijn oud in een land dat een tussenstop had moeten zijn'? 1)

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Kunt u zeggen hoeveel van de oudere gastarbeiders tussen 2019 en 2022 met pensioen gaan? Wat zijn de voorzieningen waar deze mensen aanspraak op kunnen maken? In hoeverre is hier een verschil met geboren Nederlanders?

Antwoord 2

Dit is lastig in te schatten omdat veel gegevens pas bij het beoordelen van het recht op AOW worden vastgelegd. Een inschatting is dat er in 2019 ruim 20.000 personen die niet in Nederland zijn geboren met pensioen gaan. In 2020 en 2021 betreft dit ruim 17.000 personen en in 2022 ruim 20.000.

Vraag 3

Klopt het dat deze mensen een gekorte AOW hebben? Hoeveel AOW ontvangen deze mensen gemiddeld?

Antwoord 3

Personen die niet in Nederland geboren zijn, hebben vaak een gekorte AOW. Naar schatting bedraagt hun korting in 2019 gemiddeld 32,5%, om gradueel te dalen naar 27,8% in 2022. Hoeveel AOW zij gemiddeld ontvangen, is niet in te schatten, omdat de hoogte van de AOW naast de korting ook afhankelijk is van de leefvorm. Indien zij aan de voorwaarden voldoen kunnen betrokkenen in aanmerking komen voor de Aanvullende Inkomensvoorziening Ouderen (AIO).

Vraag 4

Hoe verklaart u de slechte gezondheidstoestand in vergelijking met geboren Nederlanders waar het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over heeft gerapporteerd? 2) Bent u van plan gevolg te geven aan dit rapport? Zo ja, hoe dan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

In het jaarrapport Integratie 2018 van het CBS komt het beeld naar voren dat de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten ongezonder zijn in vergelijking met andere 65-plussers in Nederland. Het beleid van de rijksoverheid op vraagstukken op het gebied van participatie, zorg, ondersteuning en gezondheid richt zich op alle inwoners van Nederland. Wel worden gemeenten, zorgpartijen en andere stakeholders ondersteund in hoe zij hun maatregelen in kunnen zetten richting kwetsbare groepen. Dit betekent onder meer kennis hebben van risicofactoren of van het land van herkomst en / of culturele aspecten. Stichting Pharos, kennisinstituut op gebied van gezondheidsvraagstukken bij kwetsbare groepen en migranten, beschikt over kennis en informatie die partijen in het medisch en sociale domein kunnen gebruiken. In het Nationaal Preventieakkoord is ook speciaal aandacht voor het inzetten op het verminderen van gezondheidsverschillen en het behalen van gezondheidswinst.

Vraag 5

Kent u het rapport van De Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)? 3) Is er destijds iets gedaan met dit rapport? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat en zijn er effecten bekend? Bent u van plan er alsnog opvolging aan te geven, ook in combinatie met het recente onderzoek van neuropsychologe Özgül Uysal-Bozkir? Zo ja, wilt u de Kamer hierover informeren?

Antwoord 5

Ik heb naar aanleiding van Uw vraag nogmaals kennis genomen van het rapport van de GGD. Indertijd en ook nu is het aan de lokale bestuurders deze gegevens te gebruiken om een beeld te krijgen van de gezondheidstoestand, de beperkingen, en de leefgewoonten van ouderen (inclusief migranten) in hun gemeente. Op basis van de lokale situatie kan dan samen met de doelgroep en betrokken stakeholders uit het medisch en sociaal domein gericht beleid worden ingezet. Vanuit de Participatiewet zijn gemeenten verantwoordelijk voor mensen met arbeidsvermogen die ondersteuning nodig hebben, zoals (oudere) migranten. Ook vanuit de Wetten langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en publieke gezondheid kan de gemeente een stimulerende rol vervullen bij het vergroten van de zelfredzaamheid en vitaliteit van (oudere) migranten. Zoals ook uit het onderzoek van dr Ozgul Uysal-Bozkir blijkt, leiden onder meer gezondheidsachterstanden, opleidingsniveau en eenzaamheid tot een hoger risico op dementie. Ook is er bewijs dat leefstijlfactoren effect hebben op de hersengezondheid. Daarom is het van belang ook daarop in te zetten. Alzheimer Nederland heeft daarnaast specifieke activiteiten om de verschillende bevolkingsgroepen met een migrantenachtergrond te bereiken met passende informatie over dementie en de beschikbare zorg.

Vraag 6

In hoeverre is er al speciale aandacht voor deze mensen gelet op deze cijfers, bijvoorbeeld in de ouderenzorg? Zo niet, acht u dat nodig? Zo nee, waarom niet? Wordt er ook specifiek aandacht aan besteed in het actieprogramma Eén Tegen Eenzaamheid?

Antwoord 6

Alle vormen van zorg moeten persoonsgericht zijn. Daarmee is een migrantenachtergrond dus ook relevant voor de te verlenen zorg. Voor alle aspecten van hun persoon moet aandacht zijn bij persoonsgerichte zorg.

Omdat alle zorg persoonsgericht moet zijn acht ik speciale focus op achtergrond als migrant niet opportuun. Uitgangspunt is dat zorgprofessionals datgene kunnen inzetten wat zij nodig achten. En als dat specifieke aandacht is voor een bepaalde groep, dan is dat mogelijk. Een uitzondering hierop is dat huisartsen standaard een opslag krijgen op hun inschrijftarief op basis van de samenstelling van hun populatie ingeschreven patiënten. Die opslagen betreffen leeftijd en achterstandswijken.

Het Netwerk Migrant Ouderen (NOOM) is mede ondertekenaar van het Pact voor de Ouderenzorg. Ook maken zij deel uit van de Raad van Ouderen. Zij denken en doen zo mee in de programma's en campagnes waaronder Eén tegen Eenzaamheid. Afgelopen twee jaar heeft het FNO Fonds meerdere pilots gefinancierd om migranten ouderen te activeren. Ik heb opdracht gegeven om de geleerde kennis over wat werkt en wat niet te bundelen. Dit kan onderdeel uit gaan maken van de toolkit voor de adviseurs die lokale coalities ondersteunen bij een effectieve aanpak.

Vraag 7

Deelt u de mening dat het zorgelijk is als mensen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben, ook gelet op de negatieve gevolgen die daaruit weer kunnen voortkomen? Zo ja, wat gaat u daaraan doen?

Antwoord 7

Goede zorg is persoonsgericht. Dat betekent dat zorg moet aansluiten bij wat iemand nodig heeft en aansluit op wie hij of zij is. Om tot meer persoonsgerichte zorg te komen heb ik verschillende programma's gestart zoals Langer Thuis, Thuis in het Verpleeghuis en Een tegen Eenzaamheid. Het programma Langer Thuis richt zich specifiek op de grote en groeiende groep ouderen die zelfstandig thuis woont. Uitgangspunt hierbij is de wens van ouderen om zo lang mogelijk op een goede manier zelfstandig te kunnen blijven wonen, met ondersteuning, zorg en in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften. Thuis zo lang het kan. In 3 actielijnen met 10 doelen en 44 acties geef ik hier uitvoering aan.

Het programma Thuis in het Verpleeghuis is om ervoor te zorgen dat voldoende tijd, aandacht en goede persoonsgerichte zorg is voor alle bewoners. Een bewoner van het verpleeghuis moet er – ongeacht zijn of haar achtergrond – op kunnen rekenen dat er aandacht voor hem of haar is, dat het welzijn van de bewoner voorop staat en dat de zorg in het verpleeghuis veilig is. De zorg in het verpleeghuis past zich dus aan aan de bewoners, en speelt in op wat zij willen en nodig hebben.

Vraag 8

Hoe kunnen we volgens u verdere ondersteuning bieden, bijvoorbeeld door het aanbieden van taallessen?

Antwoord 8

Voor bijstandsgerechtigden (tot aan de AOW-leeftijd) die de Nederlandse taal niet beheersen geldt via de taaleis in de participatiewet (artikel 18b) de verplichting om de taal te leren tot het niveau van 1F. Hierbij geldt het hebben van een inburgeringsdiploma als bewijs dat men de taal voldoende beheerst. Daarnaast voeren veel gemeenten beleid rond laaggeletterdheid op grond van de Wet educatie en beroepsonderwijs, ondersteund door het landelijke actieprogramma Tel mee met Taal. Daarbij gaat het om het bereiken van en het aanbieden van scholing aan mensen die laaggeletterd zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld in veel gemeenten taalpunten, waar mensen terecht kunnen voor informatie en matching met taalcursussen.

Met het Europees fonds voor de Meest Behoeftigen (EFMB) uitgevoerd door de bibliotheken in Utrecht, Den Haag, Rotterdam en Amsterdam, wordt tevens ingezet op het voorkomen van sociale uitsluiting onder ouderen middels het project "Ouderen in de Wijk". Het project richt zich op het tegengaan van sociale uitsluiting van pensioengerechtigde ouderen met een laag besteedbaar inkomen die te kennen geven dat ze kampen met eenzaamheidsproblemen of zich hier zorgen over maken. Hier vallen ook ouderen met een migrantenachtergrond onder. Het project heeft tot doel de doelgroep bewust te maken van het lokale ondersteunings- en sociale activeringsaanbod, ze (blijvend) in beeld te brengen bij hulporganisaties en/of gemeenten en hun sociaal netwerk en competenties te versterken.

Belangrijk onderdeel van het project is dat gewerkt wordt aan de basisvaardigheden van de kwetsbare ouderen zoals het leren omgaan met computers, verbeteren van digitale vaardigheden en het huishoudboekje op orde brengen. Ook wordt ingezet op het vergroten van het sociale netwerk van de ouderen en het in beeld blijven. In 2017 heeft SZW de uitkomsten van het project

laten evalueren door Panteia. In januari 2018 hebben zij hun onderzoeksrapport gepubliceerd (<https://www.uitvoeringvanbeleidszw.nl/subsidies-en-regelingen/efmb-europees-fonds-voor-meest-behoefligen/documenten/publicaties/subsidies/efmb-europees-fonds-voor-meest-behoefligen/onderzoek-en-evaluatie-efmb/tussentijdse-evaluatie-efmb-230218-def-incl-summary>).

Vraag 9

Ziet u mogelijkheden om de traditionele beelden van zorg, zorgverwachtingen en zorgpraktijken zoals het onderzoek stelt, leven bij oudere gastarbeiders te doorbreken? Zo ja, op welke wijze gaat u hier uitvoering aan geven?

Antwoord 9

Het netwerk dicht bij de oudere zelf heeft naar verwachting de meeste invloed op de beeldvorming over de zorg. Via media, onderwijs en gerichte communicatie kan de actuele kennis over de zorg worden overgebracht naar dit sociale netwerk. Daarnaast zijn vrijwillige sleutelfiguren in de wijk, de wijkteams maar ook ontmoetingsplekken belangrijk om het echte verhaal over te brengen. Ik zie een rol voor de gemeente om deze groepen goed te informeren over waar welke zorg en ondersteuning aan te vragen is. Ook Ouderenbonden, ouderenadviseurs, en het netwerk van Ouderen Organisaties van Migranten (NOOM) kan helpen bij de beeldvorming.

De publiekscampagne die ik voornemens ben te starten in het kader van 'Waardig Ouder worden' wordt mede opgesteld met de Raad voor Ouderen. In de Raad voor Ouderen zijn ook migranten ouderen vertegenwoordigd.

Vraag 10

Wat is volgens u het grootste struikelblok dat ondanks de grote belangstelling voor de remigratieuitkering, uiteindelijk maar 2 a 3 % daadwerkelijk terugkeert?

Antwoord 10

Alhoewel de Remigratiewet in 2014 is aangescherpt (o.a. de leeftijdsgrens die is opgehoogd van 45 naar 55 jaar en de afschaffing van de eenmalige vergoeding voor reis- en verhuiskosten) kunnen oudere gastarbeiders waar hiernaar wordt verwezen, gebruik maken van de remigratieregeling indien ze voldoen aan alle voorwaarden. Er kunnen andere overwegingen/motieven meespelen waarom men geen gebruik maakt van de regeling zoals bijvoorbeeld het feit dat de bijstandsuitkering en/of het opgebouwde pensioen hier hoger is dan de remigratie uitkering, de band met familie en kinderen (en kleinkinderen) in Nederland en de onstabiele situatie en de (slechtere) staat van de gezondheidszorg in het land van herkomst.

1) <https://www.volkskrant.nl/mensen/deze-gastarbeiders-zijn-oud-in-een-land-dat-een-tussenstop-had-moeten-zijn~b4927fb1/>

2) Onlangs publiceerde het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) cijfers waaruit blijkt dat Marokkaans- en Turks-Nederlandse ouderen zich ongezonder voelen dan welke andere bevolkingsgroep dan ook.

3) Drie jaar geleden meldde de GGD al in een rapport over de grote steden dat de helft van hen (M/T-NL'ers) minimaal vier chronische aandoeningen heeft, ruim tweemaal zoveel als geboren Nederlanders. Suikerziekte komt voor bij 53 procent van de Marokkaans-Nederlandse en 35 procent van de Turks-Nederlandse ouderen, tegen 16 procent van de oorspronkelijke Nederlanders. Daar blijft het niet bij. Uit recent onderzoek van neuropsychologe Özgül Uysal-Bozkir blijkt dat deze ouderen drie à vier keer meer kans hebben om dement te worden dan andere ouderen. Dat komt door de slechte fysieke gezondheid, maar ook door psychische problemen als eenzaamheid. Dat laatste is een probleem op zichzelf: in de grote steden lijdt bijna 70 procent eraan, aldus de GGD.