

Hoe inclusief is de Nederlandse langdurige zorg voor ouderen met een migratieachtergrond?

Een literatuurreview, een data analyse en gesprekken met betrokkenen

Colofon

Auteurs:

Heleen Vellekoop, Isabelle Konst, Carolien Smits en Roshnie Kolste

Met dank aan:

Pieter Bakx voor advies over de data analyse. Lyasmin Boukich en Michael Echteld voor ondersteuning in het uitvoeren van de onderzoekstaken. En natuurlijk dank aan alle mensen die zich door ons wilden laten interviewen.

Voor vragen en/of opmerkingen kunt u contact opnemen met Heleen Vellekoop (h.vellekoop@pharos.nl) of Isabelle Konst (i.konst@pharos.nl)

Dit document is een publicatie van Pharos, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Maart 2024

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| 1. Inleiding | 5 |
| 2. Methoden | 9 |
| 3. Bevindingen | 16 |
| 3.1 Wat zegt de literatuur? | 16 |
| 3.2 Wat zeggen de data? | 21 |
| 3.2.1 Omschrijving van de onderzoekspopulatie | 21 |
| 3.2.2 Regressieanalyses | 23 |
| 3.3 Wat zeggen betrokkenen? | 28 |
| 3.3.1 Duiding van de data analyse | 28 |
| 3.3.2 Wat zijn de knelpunten voor het toepassen van inclusieve zorg? | 36 |
| 4. Discussie | 44 |
| 5. Referenties | 52 |
| 6. Bijlagen | 54 |

1. Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van [motie 36200 XVI, nr. 61 van Sahla](#) waarin gesproken wordt over “kansengelijkheid, omdat iemand met een andere achtergrond minder kans maakt om de juiste zorg te ontvangen of deze te laat ontvangt”. De motie vraagt zich af (i) “hoe vaak dit voor komt” en (ii) “waar de knelpunten ... zitten om inclusieve zorg toe te passen”.

Er is geen eenduidige, breed gehanteerde definitie van “inclusieve zorg”. In een rapport uit 2022, waarin de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving betoogt dat passende zorg inclusieve zorg is [1], wordt echter een aantal kenmerken van inclusieve zorg beschreven:

- Er is niet alleen oog voor de ziekte, maar ook voor de (samenhang van de ziekte met) verschillende kenmerken van de patiënt, zoals gender, migratiegeschiedenis, sociaaleconomische positie, of religie.
- Er wordt nagegaan wanneer verschillen er wel en niet toe doen. Het doel hiervan is om te voorkomen dat een patiënt wordt vereenzelvd met een groep (bijv. “mensen met een Surinaamse migratieachtergrond”) en in plaats daarvan wordt gezien als individu met een waaier aan kenmerken.
- Zorgverleners handelen minder vanuit algemene regels, en meer vanuit de context en de persoon.
- Zorgverleners hebben kennis over verschillende vormen van diversiteit en het bewustzijn om de eigen normeringen (“bias”) te herkennen.

Het concept van inclusieve zorg is nauw gerelateerd aan het internationaal veelgebruikte concept van “health equity”. Dit concept laat zich ruwweg vertalen naar “gezondheidsrechtvaardigheid” en stelt dat ongelijke behandeling soms nodig is om iedereen de (voor hen) hoogst mogelijke gezondheid te laten behalen, vanwege de verschillende uitgangspunten die mensen hebben.

Hoewel het Nederlandse zorgsysteem internationaal gezien zeer goed is, is *health equity* minder goed gewaarborgd. Zo staat Nederland in een vergelijking tussen de zorgsystemen in 11 rijke landen¹ op bijna alle gemeten sub-domeinen in de top 2, maar scoort op het thema *equity* beduidend minder goed [2].

Ongelijkheid in gezondheid doet zich voor langs verschillende assen. Zo is de gezonde levensverwachting voor vrouwen in Nederland lager dan voor mannen (seks) [3], voor mensen met mbo-scholing lager dan voor mensen met hbo/wo-scholing (opleiding) [4], en voor verscheidene gemeenten in Zuid-Limburg en Noordoost-Groningen (evenals Rotterdam en Den Haag) lager dan in de rest van het land (geografie) [5].

Hoewel inclusiviteit gaat over het aanbieden van goede zorg voor *iedereen*, is om de onderzoeksvraag behapbaar te houden gekozen om in te zoomen op een specifieke doelgroep. Op verzoek van het Ministerie van VWS, is besloten om de focus te leggen op 55-plussers met een migratieachtergrond. Dit is een groeiende groep, waar nog beperkt onderzoek naar is gedaan.

¹ Australië, Canada, Duitsland, Frankrijk, Nederland, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten, Zweden, Zwitserland

Waar er in 1996 slechts zo'n 385.000 55-plussers waren met een (eerste of tweede generatie) migratieachtergrond, was dit aantal in 2020 gegroeid naar 905.000 [6]. De groep migrantenouderen vormde in 2020 zo'n 16% van het totaal aantal ouderen, maar dit stijgt naar verwachting naar 28% in 2050² [7].

Terminologie

In dit rapport bedoelen wij met "ouderen" mensen van 55 jaar of ouder. Terwijl de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid ("gezonde levensverwachting") voor mensen met hbo/wo-scholing op 70 jaar ligt, is de gezonde levensverwachting voor mensen met een mbo-1 opleiding 56 jaar [36]. Dit betekent dat een deel van de mensen eerder te maken krijgt met een slechte gezondheid en "oud" wordt. Om hier recht aan te doen, leggen we de grens op 55 jaar.

Met "mensen met een migratieachtergrond" bedoelen we mensen die buiten Nederland zijn geboren en vervolgens naar Nederland zijn gemigreerd, of mensen van wie (een van) de ouders vanuit een ander land naar Nederland is gemigreerd. Als de migratie in eerdere generaties heeft plaatsgevonden, zien we mensen als autochtone Nederlander. De reden hiervoor is deels een praktische: het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) houdt enkel de eerste en tweede generatie migratieachtergrond bij. Over derde, vierde, etc. generaties zijn amper tot geen cijfers beschikbaar.

In dit rapport zullen we de groep 55-plussers met een migratieachtergrond regelmatig aanduiden als "migrantouderen". Dit is geen ideale term, omdat het woord "migrant" een persoon in al diens veelzijdigheid als het ware reduceert tot enkel diens migratiegeschiedenis. Ook het woord "oudere" kan als stigmatiserend worden ervaren, zeker door de zich nog zeer fris en fruitig voelende medemens. Wij kiezen vanwege de leesbaarheid voor deze term, maar bedoelen dus "55-plussers met een migratieachtergrond".

Op basis van het beperkte onderzoek dat is gedaan, lijkt het erop dat ouderen met een migratieachtergrond gemiddeld in minder goede gezondheid verkeren dan ouderen met Nederlandse herkomst. Zo bleek uit onderzoek van het CBS dat migrantouderen hun gezondheid minder vaak als (zeer) goed ervaren dan ouderen zonder migratieachtergrond³ [8]. Hierbij zijn er aanzienlijke verschillen tussen de verschillende herkomstgebieden. Onder ouderen met een Nederlandse herkomst ervaart 71% de gezondheid als (zeer) goed. Bij migrantouderen met een Europees herkomstland ervaart 63% de gezondheid als (zeer) goed, bij ouderen met een herkomstland buiten Europa is dit 56%. Verder ervaart slechts 35% en 39% (respectievelijk) van de ouderen met een Turkse of Marokkaanse herkomst een (zeer) goede gezondheid, vergeleken met 52% en 59% (respectievelijk) van de ouderen met een Surinaamse of Caribische herkomst. De groep ouderen met een Indonesische herkomst lijkt het goed te doen, met 72% in (zeer) goede gezondheid.

² In de bevolkingsprognose van De Beer et al. staat dat het aandeel 65-plussers zal stijgen van 14% in 2020 naar 25% in 2050. Wij gaan uit van 55-plussers in plaats van 65-plussers. We hebben daarom de relatieve toename van 14% naar 25% (zo'n 80% toename) toegepast op 16%, het aandeel 55-plussers in 2020.

³ Er is gekeken naar de leeftijdsgroep 60-85 jaar. Er is gecontroleerd voor verschillen in leeftijdsopbouw, man/vrouw-verdeling en opleidingsniveau. De gerapporteerde cijfers betreffen eerste-generatie migrantouderen.

Migratiegeschiedenis

De herkomst van migrantenouderen is heel divers [10]. De ouderen komen uit verschillende herkomstlanden en kennen een wisselende migratiegeschiedenis. Relatief veel migrantenouderen komen uit landen die voormalige koloniën van Nederland zijn (Suriname, Indonesië, Nederlandse Antillen). Ook voormalige gastarbeiderslanden Turkije en Marokko komen vaak voor als herkomstland. Verder zijn er veel ouderen met Duitsland als herkomstland en ook buurlanden België en het Verenigd Koninkrijk komen relatief vaak voor. Een ander substantieel deel van de migrantenouderen heeft een vluchtachtergrond. Veelvoorkomende herkomstlanden zijn Joegoslavië, Irak, de voormalige Sovjet-Unie, Iran, Afghanistan en Syrië.

Migratiepatronen veranderen over de tijd, waardoor de demografische samenstelling van de groep migrantenouderen dynamisch is. Omdat veel mensen op jongere leeftijd migreren en pas na een tijd in Nederland tot de “ouderen” worden gerekend, loopt de demografische samenstelling van de ouderen met een migratieachtergrond als het ware achter op die van de algemene bevolking. Zo komen Oost-Europese landen, op Polen na, nu nog niet voor in de top 20 met meest voorkomende herkomstlanden [10]. Vanwege het toetreden van veel Oost-Europese landen tot de Europese Unie zal dit bij de toekomstige groep migrantenouderen waarschijnlijk anders liggen.

Uit onderzoek waarin ook naar de mentale gezondheid werd gekeken, bleek dat bijna 60% van Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse ouderen⁴ in het hoogste kwartiel valt van een veelgebruikte schaal voor “depressieve gevoelens” [9]. Van de ouderen met Nederlandse herkomst valt slechts 22% in het hoogste kwartiel.

Gezondheidsverschillen hebben niet een enkele oorzaak, maar zijn het gevolg van verschillende factoren [10], [11]. De oplossingen liggen dan ook in verschillende domeinen, bijvoorbeeld in de woonomgeving en bestaanszekerheid [12]. Maar gegeven de relatie tussen gezondheidszorg enerzijds en gezondheidsuitkomsten anderzijds, ligt een deel van de oplossing in het zorgdomein.

In dit rapport onderzoeken wij op welke manier de Nederlandse zorg nog onvoldoende inclusief is voor mensen met een migratieachtergrond, wat oorzaken hiervan zijn, en wat we eraan kunnen doen. Naar aanleiding van gesprekken met het Ministerie van VWS, kijken we specifiek naar de langdurige zorg.

In de langdurige zorg zijn sommige uitdagingen rondom inclusiviteit uitvergroet vergeleken met andere vormen van zorg. Zo is er doorgaans veelvuldig contact tussen zorgverlener en zorgvrager, waarbij de zorgverlener dicht op de privésfeer zit. Ook is er vaak sprake van samenwerking tussen de zorgverlener en naasten van de zorgvrager, die bijvoorbeeld mantelzorg verlenen. Bij een niet-passende of niet-inclusieve benadering kan de zorgverlening spaak lopen. Verder speelt bij ouderen met een migratieachtergrond dat dementie kan leiden tot het verlies van de Nederlandse taal en een hang naar de omgeving uit de vroege jeugd.

⁴ Er is gekeken naar de leeftijdsgroep 55-64 jaar.

Langdurige zorg wordt bekostigd via de Wet Langdurige Zorg (Wlz), maar ook via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zo wordt wijkverpleging soms bekostigd via de Zvw en dagbesteding via de Wmo. In overleg met het Ministerie van VWS is besloten om de focus te leggen op langdurige zorg die bekostigd wordt via de Wlz.

Wij hebben de motie van Sahla vertaald naar de volgende twee onderzoeksvragen:

1. *Welke verschillen zijn er in gebruik van (en toegang tot) Wlz-zorg tussen ouderen met en zonder migratieachtergrond?*
2. *Wat zijn de knelpunten voor het bieden van passende Wlz-zorg aan ouderen met een migratieachtergrond?*

2. Methoden

Wij hebben voor onze twee onderzoeksvragen losse onderzoeksapprokken gebruikt. Maar vanwege de overlap in zowel methoden als bevindingen, presenteren we de resultaten van beide onderzoeken gebundeld in dit rapport.

Deel 1: Welke verschillen zijn er in gebruik van (en toegang tot) Wlz-zorg tussen ouderen met en zonder migratieachtergrond?

De motie van Sahla vroeg zich af hoe vaak niet-inclusieve zorg voorkomt. Om te weten hoe vaak niet-inclusieve zorg voorkomt, moeten we (niet-)inclusieve zorg meetbaar maken. Dit is nog niet zo eenvoudig. Er is geen standaard definitie van “inclusieve zorg”. En hoewel er in de wetenschappelijke literatuur enkele indicatoren van “inclusieve zorg” te vinden zijn [13], zijn deze in Nederland nog amper tot niet toegepast.

In dit onderzoek richten wij ons daarom op patronen in zorggebruik die indirect kunnen wijzen op (niet-)inclusieve zorg. Wij hebben hiervoor gebruik gemaakt van data over zorggebruik, verzameld op individueel niveau (“microdata”) door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Om ons richting te geven naar welke patronen we moesten zoeken, hebben we eerst literatuuronderzoek gedaan. Ook hebben we na afloop van de data analyse gesprekken gevoerd met betrokkenen (ouderen, mantelzorgers, zorgprofessionals, zorgbestuurders, beleidsmakers), om beter te doorgronden wat de data ons lieten zien.

Deel 2: Wat zijn de knelpunten voor het bieden van passende Wlz-zorg aan ouderen met een migratieachtergrond?

Ook voor het onderzoek naar de knelpunten voor inclusieve zorg hebben we eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd. Op basis hiervan hebben we vragen geformuleerd die we tijdens groepsgesprekken en interviews hebben besproken met zorgprofessionals, zorgbestuurders en beleidsmakers.

Tabel 1 – Overzicht van de twee onderzoeksapprokken

| Deel 1: Verschillen in zorggebruik | Deel 2: Knelpunten |
|---|---|
| literatuuronderzoek focus op kwalitatief onderzoek (met ouderen, mantelzorgers, zorgprofessionals) en eerdere studies over verschillen in zorggebruik | literatuuronderzoek focus op beleidsrapporten en evaluatierapporten |
| data analyse | |
| op basis van CBS-microdata over zorggebruik en demografische en sociaaleconomische kenmerken | |
| groeps gesprekken (4x) en interviews (2x) met ouderen, mantelzorgers, zorgprofessionals, zorgbestuurders en beleidsmakers – focus op duiden van resultaten uit data analyse | groeps gesprekken (2x) en interviews (2x) met zorgprofessionals, zorgbestuurders en beleidsmakers – focus op achterhalen van knelpunten |

Literatuuronderzoek

We hebben voor beide onderzoeksvragen een pragmatisch literatuuronderzoek uitgevoerd. We hebben gezocht naar zowel wetenschappelijke als “grijze” literatuur (bijv. beleidsrapporten). We hebben op verschillende manieren gezocht naar literatuur, zoals via database Pubmed en via Google. Ook hebben we ons al bekende publicaties meegenomen. Verder hebben we in de bronnenlijst van al geïdentificeerde publicaties gezocht naar verdere relevante studies.

De focus lag voor de twee literatuuronderzoeken net anders. Bij het literatuuronderzoek voor deel 1 (verschillen in zorggebruik) lag de focus op kwantitatieve studies over verschillen in zorggebruik afhankelijk van migratieachtergrond en op kwalitatief onderzoek naar de ervaring met (langdurige) zorg van ouderen en mantelzorgers met een migratieachtergrond. Bij het literatuuronderzoek voor deel 2 (knelpuntenanalyse) lag de focus op beleidsrapporten en evaluatierapporten.

Voor beide literatuuronderzoeken gebruikten we een Excel-overzicht om de relevante bevindingen uit de geïnccludeerde studies te categoriseren. Hierbij gebruikten we voor deel 1 (verschillen in zorggebruik) een indeling op basis van fase van het zorgproces (voor diagnose; tijdens diagnose; na diagnose). Voor deel 2 (knelpunten) gebruikten we een indeling op basis van perspectief/niveau (nationale wet- en regelgeving; bestuur van zorgorganisaties; dagelijkse praktijk van zorgverleners; ouderen en mantelzorgers).

Omdat er deels overlap zit in de thema’s die uit de literatuuronderzoeken naar voren kwamen, presenteren we de bevindingen uit beide literatuuronderzoeken gezamenlijk in hoofdstuk 3.1.

Data analyse

Onderzoeksvragen

Voor de data analyse hadden we drie verschillende onderzoeksvragen, namelijk:

i. Zijn er verschillen in het zorgzwaartepakket waarin mensen instromen in de Wlz afhankelijk van migratieachtergrond?

Zoals uitgelegd in de onderstaande box zijn de verschillende zorgzwaartepakketten (of zorgprofielen) een reflectie van hoeveel zorg er nodig is en daarmee van de ernst van ziekte van de zorgvrager. De redenering bij deze onderzoeksvraag is dat als de zorg voorafgaand aan een Wlz-indicatie onvoldoende inclusief/passend is, mensen pas later in het ziekteproces uitkomen bij de Wlz en dus instromen in een hoger zorgzwaartepakket.

ii. Komt het persoonsgebonden budget als leveringsvorm vaker voor bij mensen met een migratieachtergrond?

De redenering hierbij is dat het persoonsgebonden budget (pgb) meer vrijheid geeft om de zorg naar eigen inzicht vorm te geven. Als het standaard zorgaanbod niet inclusief/passend is, zou de verwachting zijn dat mensen vaker voor een pgb kiezen in plaats van zorg in natura (zin).

iii. Zijn er verschillen in jaarlijks ontvangen zorg in natura afhankelijk van migratieachtergrond?

De redenering is dat men bij een niet-inclusief zorgaanbod minder zorg zal afnemen (en meer binnen het eigen netwerk zal opvangen).

Wet langdurige zorg

Wlz-zorg is zorg die via de Wet langdurige zorg wordt gefinancierd. Mensen komen voor Wlz-zorg in aanmerking als ze langdurig intensieve zorg nodig hebben. Het gaat om mensen die 24 uur per dag toezicht nodig hebben of in de buurt van toezicht moeten zijn, en bij wie dat de rest van het leven zo gaat blijven.

Voor Wlz-zorg is een indicatie nodig van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Mensen met allerlei verschillende aandoeningen kunnen in de Wlz terecht komen, waaronder mensen met verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicaps. Verschillende typen aandoeningen worden hierbij in verschillende sectoren ingedeeld.

In dit onderzoek richten wij ons op sector “Verpleging & Verzorging”. Binnen deze sector zijn verschillende zorgprofielen, ook wel zorgzwaartepakketten genoemd. Zie onderstaand voor een overzicht van de zorgprofielen die in deze studie zijn meegenomen. Hierbij is te zien dat hoe hoger het nummer van het zorgzwaartepakket, hoe groter de zorgbehoefte.

Mensen die Wlz-zorg ontvangen mogen kiezen hoe ze die zorg willen ontvangen (“leveringsvorm”). Mensen kunnen kiezen voor zorg in natura, persoonsgebonden budget, of een combinatie van beide. Bij zorg in natura bepalen de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar uit welk zorgaanbod de zorgvrager mag kiezen. Dit is als het ware het standaard zorgaanbod. Bij het persoonsgebonden budget krijgt men een budget om zelf zorg in te kopen en is er dus meer vrijheid in het vormgeven van de zorg.

| | |
|-----|--|
| 4VV | <i>VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging</i> |
| 5VV | <i>VV Beschermde wonen met intensieve dementiezorg</i> |
| 6VV | <i>VV Beschermde wonen met intensieve verzorging en verpleging</i> |
| 7VV | <i>VV Beschermde wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding</i> |
| 8VV | <i>VV Beschermde wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging</i> |

Dataomschrijving

We hebben gebruik gemaakt van verschillende databestanden met informatie over zorggebruik, demografische kenmerken, en sociaaleconomische kenmerken, aangeleverd door het CBS. We hebben gekeken naar de periode van 2016-2022. Mensen werden meegenomen in de analyse als ze voldeden aan een aantal criteria:

- 55 jaar of ouder;
- met een Wlz-indicatie voor verpleging & verzorging, zorgprofielen VV4 t/m 8;
- een somatische of psychogeriatrische aandoening (bijv. ziekte van Alzheimer) als dominante grondslag voor de Wlz-indicatie

Regressieanalyse

We hebben gebruik gemaakt van regressieanalyses om de relatie tussen migratieachtergrond en verschillende uitkomsten goed te kunnen schatten. Hieronder beschrijven we de verschillende variabelen die we hebben meegenomen en welke statistische modellen we hebben gebruikt.

Uitkomstvariabelen

Op basis van onze onderzoeksvragen, hebben we de volgende uitkomstvariabelen gedefinieerd:

- **Zorgprofiel bij de eerste Wlz-indicatie** Deze variabele geeft weer welk zorgzwaartepakket (ZZP) door het CIZ is geïndiceerd bij de eerste keer dat de persoon in kwestie toegang kreeg tot Wlz-zorg. Omdat de hoogste ZZPs relatief weinig voorkomen, zijn de ZZPs ingedeeld in drie categorieën: 4VV; 5VV; 6VV of hoger.
- **(Uitsluitend) pgb als leveringsvorm** Deze variabele geeft de leveringsvorm van de zorg weer. We hebben twee categorieën gedefinieerd: mensen ontvangen uitsluitend een pgb; mensen ontvangen uitsluitend zorg in natura of een combinatie van pgb en zorg in natura.
- **Jaarlijks ontvangen zorg (in etmalen & in zorgkosten)** Dit zijn twee gerelateerde variabelen. De eerste reflecteert de jaarlijks ontvangen Wlz-zorg in etmalen; dit is het volume van de ontvangen zorg. De tweede variabele geeft de totale jaarlijkse zorgkosten zien. Een aantal dingen zijn belangrijk om op te merken:
 - Het CBS levert alleen voor zorg in natura gedetailleerde declaratiedata over volume en kosten aan. Bij deze analyse is daarom alleen gekeken naar mensen die uitsluitend zorg in natura ontvangen. Mensen die een pgb of een zin/pgb-combi ontvangen zijn niet meegenomen.
 - Uit onderzoek is bekend dat zorggebruik heel sterk stijgt vlak voor overlijden [14]. Om een vertekening van het beeld te voorkomen is de ontvangen zorg in jaar van overlijden daarom buiten beschouwing gelaten⁵.
 - Alleen de declaraties voor “hoofdprestaties” zijn meegenomen in de analyse. Declaraties voor “nevenprestaties” (zoals vervoer naar de dagbesteding) zijn buiten beschouwing gelaten.
 - Het volume van ontvangen zorg is bepaald door het CBS op basis van het aantal zorgprestaties en de tijdseenheid.

Verklarende variabele

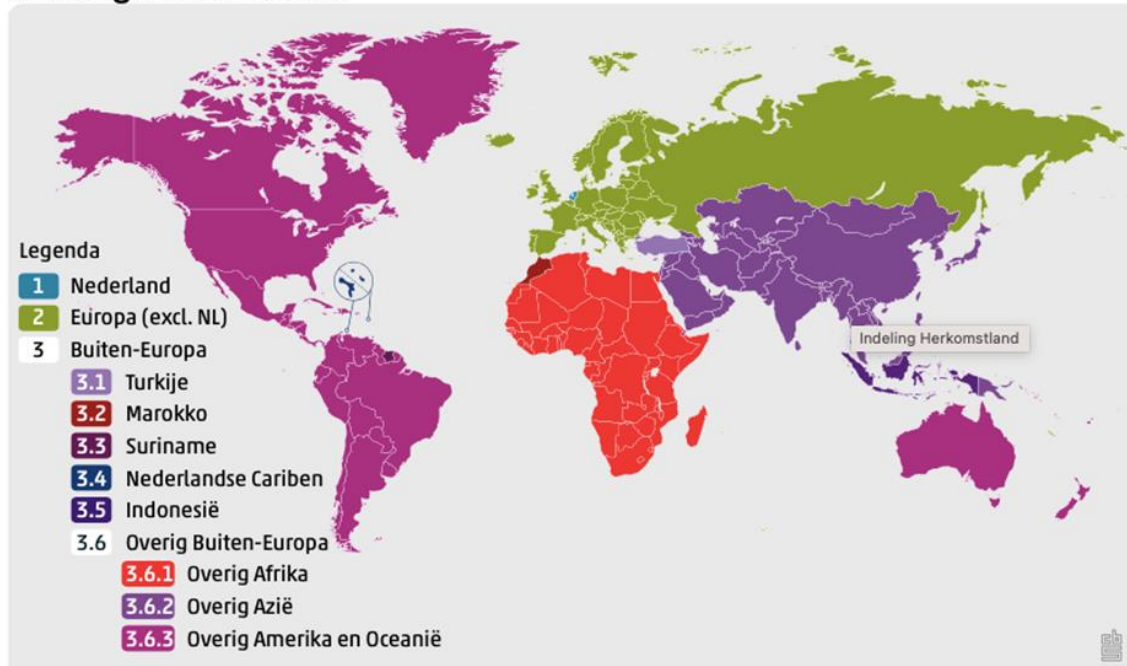
Herkomstgroep is onze verklarende variabele. In 2022 verving het CBS de (erg grove en niet altijd informatieve) indeling van “westerse” en “niet-westerse” herkomstlanden door een gedetailleerde indeling. De indeling van herkomstlanden is op basis van werelddelen en veelvoorkomende migratielanden (zie onderstaand figuur). In onze analyses hebben wij dezelfde indeling aangehouden.

Ook hebben we de CBS-definitie van “migratieachtergrond” aangehouden. Mensen die buiten Nederland geboren zijn worden gerekend tot de groep met een eerste generatie migratieachtergrond. Mensen die zelf in Nederland geboren zijn, maar bij wie minstens een van de ouders in het buitenland geboren is, worden gerekend tot de groep met een tweede generatie migratieachtergrond. Als de ouders in verschillende landen geboren zijn, wordt het herkomstland van de moeder aangehouden, (tenzij de moeder in Nederland is geboren en de vader in het buitenland, dan wordt het herkomstland van de vader aangehouden).

⁵ Het is ons niet bekend of er verschillen tussen de herkomstgroepen zitten in hoe lang men gemiddeld in de Wlz-zorg zit voordat men komt te overlijden. Mocht het zo zijn dat sommige groepen gemiddeld relatief kort voor overlijden in de Wlz terecht komen dan kan het lijken alsof deze groepen heel hoog zorggebruik hebben, terwijl dat eigenlijk een gevolg is van het feit dat ze kort voor overlijden binnen komen.

Om te voorkomen dat het aantal observaties te klein zou worden hebben we in onze analyses mensen met een eerste- en tweede generatie migratieachtergrond samengevoegd tot een groep.

Indeling Herkomstland



Bron: CBS

Controlevariabelen

Om de relatie tussen migratieachtergrond en de uitkomstvariabelen goed te schatten, moeten we er rekening mee houden dat er andere factoren zijn die meespelen en die onze schattingen van het verband tussen migratieachtergrond en zorguitkomsten kunnen vertekenen. Zo wordt er bij grotere huishoudens misschien minder gebruik gemaakt van formele zorg, omdat verschillende leden van het huishouden een deel van de zorgtaken kunnen opvangen. Tegelijkertijd weten we dat mensen met een migratieachtergrond gemiddeld in grotere huishoudens wonen [8]. Als we hier niet voor corrigeren, zouden we kunnen concluderen dat een kleiner gebruik van formele zorg onder migrantenouderen komt door een gebrek aan inclusieve zorg, terwijl het misschien wel komt doordat migrantenouderen door de grotere huishoudens meer mantelzorgers beschikbaar hebben in de directe omgeving.

Om te corrigeren voor deze “andere factoren”, hebben we verschillende controlevariabelen toegevoegd aan de regressieanalyse⁶.

Variabelen worden geïncludeerd als controlevariabele als de variabele zowel samenhangt met de belangrijkste verklarende variabele (in dit geval “migratieachtergrond”) als met de uitkomstvariabele (bijv. zorggebruik). We hebben de volgende controlevariabelen geïncludeerd:

- **Geslacht** We weten uit onderzoek dat vrouwen gemiddeld meer zorg gebruiken. Ook weten we dat de man/vrouw-verdeling kan verschillen tussen herkomstlanden. Zo zijn relatief veel

⁶ Hierbij zijn we terughoudend geweest met het toevoegen van controlevariabelen die mogelijk ook iets zeggen over inclusieve zorg (bijvoorbeeld eerder zorggebruik), om te voorkomen dat een deel van het eventuele (niet-)inclusieve zorg effect als het ware wordt “weg gefilterd”.

ouderen met Italië of Syrië als herkomstland man en zijn relatief veel ouderen met Polen of de Sovjet-Unie als herkomstland vrouw [15].

- **Huishoudvermogen** Uit vele onderzoeken bleek al dat sociaaleconomische status (SES) effect kan hebben op zorggebruik. Ook weten we dat mensen met een migratieachtergrond vaak een minder gunstige sociaaleconomische positie hebben dan mensen zonder migratieachtergrond [8]. Veelgebruikte indicatoren van SES zijn inkomen en opleiding. Maar na pensionering reflecteert het inkomen van mensen minder goed hun SES en voor de 55-plussers in Nederland is de CBS-data over de genoten opleiding erg incompleet. We hebben daarom gekozen voor het huishoudvermogen (exclusief de waarde van een eventuele eigen woning) als indicator van SES. Hierbij is het huishoudvermogen ingedeeld in drie categorieën: minder dan €20.000; tussen €20.000-€100.000; meer dan €100.000.
- **Gemiddelde WOZ-waarde in de buurt** We includeerden de gemiddelde WOZ-waarde in de buurt als aanvullende indicator van SES.
- **Meerpersoonshuishouden** Zoals hierboven beschreven kan de beschikbaarheid van mantelzorg effect hebben op (formeel) zorggebruik. Omdat we de beschikbaarheid van mantelzorg niet rechtstreeks kunnen meten, gebruiken we in plaats daarvan een indicator die aangeeft of mensen in een huishouden met meer dan 1 persoon wonen of niet.
- **Zorgprofiel** Een van de grootste voorspellers van zorggebruik is uiteraard de gezondheidsstatus. Ook zijn er, zoals in de Introductie beschreven, aanwijzingen dat mensen met een migratieachtergrond vaker in slechte gezondheid verkeren. Helaas is “gezondheid” niet zo makkelijk te meten. De CBS-data bevat dan ook amper informatie over de gezondheid waar mensen in verkeren. Om toch een benadering van de gezondheidsstatus te hebben, hebben we het zorgprofiel gebruikt als indicator van ernst van ziekte⁷. Verder bepaalt de zorgprofiel-indicatie het maximaal jaarlijks te declareren bedrag en is het zeker in de “ontvangen zorg”-analyses dus belangrijk om voor het zorgprofiel te controleren.

Statistische modellen

We hebben verschillende statistische modellen gebruikt voor de verschillende analyses.

- De uitkomstvariabele **zorgprofiel bij de eerste Wlz-indicatie** heeft drie categorieën, waarbij de categorieën een logische ranking hebben (in tegenstelling tot categorieën als “peer” en “appel” bijvoorbeeld). Een *ordered logit* model past het beste bij deze kenmerken.
- De uitkomstvariabele **(uitsluitend) pgb als leveringsvorm** is binair: mensen krijgen uitsluitend een pgb of niet. De data in deze analyse is longitudinaal (dezelfde mensen worden meerdere jaren lang gevolgd)⁸. Verder blijft de verklarende variabele (herkomstgroep) constant over de tijd. Bij deze combinatie van kenmerken past een *random-effects logit model* het beste.
- Ook voor de analyses over de jaarlijks ontvangen zorg geldt dat de data longitudinaal is en dat de verklarende variabele constant is over de tijd. Uitkomstvariabelen **jaarlijks ontvangen etmalen zorg** en **jaarlijkse zorgkosten** zijn echter continue variabelen in plaats van binaire variabelen. Voor deze analyses past een *random-effects model* daarom het beste.

Voor de toegankelijkheid van de resultaten, presenteren we de resultaten in staafdiagrammen (in plaats van regressietabellen).

⁷ Het zorgprofiel is in twee van de drie analyses als controlevariabele gebruikt. In de analyse over het zorgprofiel bij eerste Wlz-indicatie was het zorgprofiel de uitkomstvariabele en kon daarom niet gebruikt worden als controlevariabele.

⁸ Dit is niet het geval in de eerste regressie omdat iedereen maar een keer begint met Wlz en er dus voor iedereen slechts een observatie is.

Groepsgesprekken en interviews

We hebben 6 groepsgesprekken gehouden en 4 interviews afgenomen. In totaal hebben we 40 mensen gesproken. De groepsgesprekken duurden 1,5-2 uur, de interviews meestal een uur. We hebben gesproken met ouderen, mantelzorgers, zorgprofessionals, bestuurders van zorgorganisaties, en beleidsmakers in de zorg en het sociaal domein.

Om zoveel mogelijk een vrije en vertrouwelijke sfeer te creëren hebben we verschillende doelgroepen in losse groepen gesproken. Een van de groepsgesprekken was met mantelzorgers met (voornamelijk) Marokko als herkomstland en vond plaats in Utrecht. Een ander groepsgesprek was met ouderen en mantelzorgers met Turkije als herkomstland en vond plaats in Hilversum. Op een na, waren alle geïnterviewde ouderen en mantelzorgers vrouw. De focusgroepen met ouderen en mantelzorgers vonden allebei plaats binnen deel 1 van het onderzoek, waarbij de focus lag op het duiden van de bevindingen uit de data analyse. Voor dit deel van het onderzoek hebben we ook twee online focusgroepen gehouden met zorgprofessionals, bestuurders en beleidsmakers. Hoewel het voornaamste doel van deze groepsgesprekken was om de bevindingen uit de data analyse te duiden, kwamen er ook knelpunten naar boven. Deze zijn toegevoegd aan het overzicht met knelpunten. Ook zijn er twee verdere groepsgesprekken geweest waarbij de volledige focus lag op het bespreken van knelpunten. Bij deze groepsgesprekken waren zorgprofessionals, bestuurders en beleidsmakers aanwezig.

De reden voor extra individuele interviews was ofwel dat mensen zelf de voorkeur gaven aan deze gespreksvorm, dat mensen niet beschikbaar waren op de aangegeven tijdstippen voor de groepsgesprekken, of dat we na een groepsgesprek het idee hadden nog een specifiek perspectief te missen (bijvoorbeeld dat van de zorgverlener).

De topic lists voor zowel de gesprekken binnen deel 1 als deel 2 van het onderzoek zijn te vinden de bijlage.

De gesprekken zijn opgenomen en getranscribeerd en zijn met elkaar vergeleken. Het software programma Atlas.ti 23 is hierbij ondersteunend ingezet. Veel voorkomende, of opvallende, gespreksonderwerpen zijn uitgelicht in de bevindingen. Gespreksdeelnemers worden aangeduid met een code en hun rol/hoedanigheid (bijv. mantelzorger, verpleegkundige, etc.). Waar nodig zijn quotes ingekort en/of geparafraseerd voor leesbaarheid.

Alle deelnemers hebben toestemming gegeven voor het gebruik van uitspraken in het onderzoeksrapport. Ook hebben zij een reiskostenvergoeding ontvangen, en ofwel een VVV-bon van €12,50 (zorgprofessionals, bestuurders, beleidsmakers) ofwel een deelnamevergoeding van €70 (ouderen, mantelzorgers).

3. Bevindingen

In dit hoofdstuk bespreken we onze bevindingen. We hebben het hoofdstuk opgedeeld in drie delen. In deel 3.1 bespreken we de bevindingen uit het literatuuronderzoek. In deel 3.2 bespreken we de bevindingen uit de data analyse. En in deel 3.3 bespreken we de bevindingen uit de groeps gesprekken en interviews. Hierbij bespreken we eerst de duiding die de deelnemers gaven aan de resultaten van de data analyse in sectie 3.3.1. In sectie 3.3.2 bespreken we de knelpunten die deelnemers noemden.

3.1 Wat zegt de literatuur?

Zoals beschreven in de Methoden, zochten we in de literatuur naar (i) publicaties die ons inzicht konden bieden in de manieren waarop niet-inclusieve zorg optreedt en welke effecten er mogelijk zijn op het zorggebruik, en (ii) naar publicaties over knelpunten die het bieden van inclusieve zorg belemmeren. Hieronder beschrijven we enkele bevindingen uit de publicaties die we vonden.

Ervaringen van zorgverleners en zorgvragers

We vonden enkele kwalitatieve studies waarin zorg voor mensen met een migratieachtergrond werd beschreven, zowel vanuit het perspectief van de zorgverlener als van de zorgvrager. Er kwamen een aantal thema's uit naar voren.

Zorgverleners zeiden soms handelingsverlegenheid te ervaren in het contact met mensen met een migratieachtergrond [16]. Ze hebben bijvoorbeeld het gevoel te weinig kennis te hebben over de cultuur en/of religie van de persoon met een migratieachtergrond en ervaren angst daardoor geen goede zorg te kunnen verlenen. Ook rapporteerden de studies dat zorgverleners (met Nederlandse herkomst) aangaven moeilijker een connectie te voelen bij mensen met een migratieachtergrond [16], [17]. Bij een taalbarrière speelt dit extra sterk. In een van de studies zeiden zorgverleners dat dementiepatiënten met een migratieachtergrond gemiddeld later in het ziekteproces binnenkomen, of op het moment dat er een crisissituatie is ontstaan (bijv. een ziekenhuisopname), waardoor er minder tijd wordt ervaren om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt en de naasten [17].

In enkele van de studies werd genoemd dat er onder zorgverleners sprake is van "othering" [17], [18]. Hierbij worden zorgvragers met een migratieachtergrond allemaal in een (monolithische) groep "De Ander" geplaatst en worden individuele verschillen tussen de zorgvragers onvoldoende gezien [18]. Dit heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat observaties bij individuele zorgvragers veralgemeniseerd worden naar een hele groep, of dat men uitgaat van stereotiepe beelden. Zo zeiden sommige zorgverleners dat ze bij mensen met een migratieachtergrond die langdurige zorg nodig hebben sneller geneigd zijn om te denken dat de zorg informeel, binnen de eigen gemeenschap opgevangen zal worden, vanuit het stereotiepe beeld: "zij helpen elkaar". De studies rapporteerden dat dit tot gevolg heeft dat er minder hulp wordt aangeboden, zowel aan de patiënt zelf als aan de naasten. "Othering" kan overigens ook plaatsvinden vanuit zorgverleners met Nederlandse herkomst richting collega's met een migratieachtergrond.

Uit verscheidene onderzoeken is gebleken dat zorgverleners met een migratieachtergrond regelmatig met kansenongelijkheid, uitsluiting en discriminatie te maken krijgen. Onderzoek van Lianne Mulder liet zien dat geneeskundestudenten met een migratieachtergrond een veel kleinere kans maken om zich te specialiseren [36]. Uit onderzoek van Chantal van Andel bleek dat studenten met een migratieachtergrond structureel lagere beoordelingen krijgen tijdens de coschappen [37]. En van de 35 zorgverleners die Saskia Duijs sprak voor haar onderzoek, was racisme een van de belangrijkste redenen om als zzp'er te gaan werken in plaats van in loondienst bij een zorgorganisatie [38].

Ook bij geïnterviewde patiënten en mantelzorgers met een migratieachtergrond kwam naar voren dat een taalbarrière als belangrijke belemmerende factor wordt gezien [16], [17]. Daarnaast zeiden zorgvragers een verminderd vertrouwen te hebben in het zorgsysteem, vanwege een gebrek aan cultuursensitiviteit [16]. Sommige zorgvragers gaven aan afstand te ervaren tot zorgverleners (met Nederlandse herkomst), bijvoorbeeld doordat de communicatiestijl als te direct wordt ervaren of doordat het harde werk van mantelzorgers niet gewaardeerd lijkt te worden [17]. In een onderzoek dat specifiek keek naar dementiezorg gaven naasten van dementiepatiënten aan niet adequaat geholpen te zijn door de huisarts toen ze met eerste tekenen van dementie langskwamen. Ook gaven geïnterviewden aan het idee te hebben dat zorgverleners onvoldoende op de hoogte waren van het beschikbare aanbod, bijv. wat betreft vertaalde informatiefolders en cultuursensitieve diagnostische testen [16]. Een ander thema dat naar voren kwam was dat er onbekendheid met het zorgsysteem bestaat onder ouderen met een migratieachtergrond. Een deel is bijvoorbeeld niet goed op de hoogte van de mogelijkheden. Twee studies rapporteerden verder dat sommige mensen met een migratieachtergrond formele zorg zien als een (te vermijden) route richting opname in een verpleeginstelling [16], [17].

Specifiek rondom dementie (een veelvoorkomende reden voor het krijgen van langdurige zorg) kunnen stigma en gevoelens van schaamte spelen bij families met een migratieachtergrond, waardoor mensen minder geneigd kunnen zijn formele zorg op te zoeken [16]. Anderzijds worden tekenen van dementie door zorgverleners niet altijd adequaat opgepikt bij mensen met een migratieachtergrond [19]. Een publicatie over een tijdelijke “anderhalfde lijns” geheugenpoli voor mensen met een migratieachtergrond noemde dat de mogelijkheid tot het laten testen op dementie via de huisarts toegankelijker is omdat het eigen risico niet hoeft te worden aangesproken voor huisartsenzorg .

De studies rapporteren dat het gecombineerde resultaat van bovengenoemde uitdagingen kan zijn dat er diagnoses gemist worden [19], dat mensen zich van zorg onthouden en/of zich pas laat in het ziekteproces melden (bijv. in een vergevorderd stadium van dementie).

Kwaliteit en veiligheid van medische zorg

We vonden ook enkele publicaties die in de Nederlandse context bekeken hoe etniciteit of “ras” effect kan hebben op de kwaliteit en veiligheid van medische zorg. Ras staat hierbij tussen aanhalingstekens omdat er biologisch gezien geen rassen zijn. Desondanks wordt “ras” soms meegenomen als factor bij het bepalen van testuitslagen, bijvoorbeeld door verschillende referentiewaarden voor categorieën als “Kaukasisch”, “Aziatisch” [20]. De menselijke (genetische) diversiteit is te groot om te vatten in zulke categorieën en het opstellen van verschillende referentiewaarden voor de verschillende categorieën is in de meeste gevallen onzinnig. Door “ras” toch als factor mee te nemen kan het gebeuren dat patiënten een verkeerde testuitslag krijgen.

Anderzijds wordt er in de Nederlandse zorg soms geen rekening gehouden met verschillen wanneer ze er juist wel toe doen. Zo wordt in studieboeken over dermatologie hoofdzakelijk de lichte huid afgebeeld, waardoor artsen in opleiding onvoldoende getraind worden om dermatologische aandoeningen te herkennen op donkerdere huidskleuren [21]. Ook worden bevindingen over etnische verschillen uit internationaal onderzoek soms een-op-een overgenomen voor de Nederlandse context (bijvoorbeeld in richtlijnontwikkeling), terwijl niet duidelijk is of dat passend is. Ziekterisico's voor Afro-Amerikanen zijn mogelijk bijvoorbeeld heel anders dan die voor Nederlanders met wortels op het Afrikaanse continent [22].

Tot slot noemen we nog een studie waarin de patiëntveiligheid van mensen met een migratieachtergrond in de Nederlandse zorg werd onderzocht [23]. De onderzoekers spraken met zorgverleners en brachten een reeks aan voorbeelden in beeld van situaties waar de patiëntveiligheid in het geding was gekomen. Soms was dit omdat de zorgverleners niet adequaat hadden gereageerd op kenmerken van de patiënt. Zo werd er bij een vrouw die geen Nederlands sprak en waarmee zorgverleners het communiceren moeilijk vonden, niet gevraagd of ze andere medicatie gebruikte. De vrouw kreeg toen slaaptabletten bovenop medicatie die ze al nam en kwam 's nachts ten val [23]. In andere gevallen speelden vooroordelen van de zorgverleners mee. Zo werden de pijnklachten van een patiënt na een operatie genegeerd omdat zorgverleners geloofden dat de aanhoudendheid waarmee hij zijn pijn aangaf kwam door "zijn cultuur". Pas toen de zorgverleners na een aantal dagen opmerkten dat het been van de man in een vreemde positie stond, werd er een röntgenfoto genomen. Er bleek dat de verkeerde heupschroef was gebruikt en de man moest opnieuw geopereerd worden [23].

Verschillen in zorggebruik

Enkele studies bekeken verschillen in zorggebruik tussen verschillende herkomstgroepen, hoewel de meeste studies al enigszins verouderd waren. Een studie, op basis van een rond 2015 afgenomen enquête, bevond dat ouderen met een Marokkaanse, Turkse of Antilliaanse herkomst vergeleken met ouderen met een Nederlandse herkomst vaker informele hulp ontvingen en minder vaak formele thuiszorg [24].

Een studie uit 2009 vond dat ouderen met een Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse of Surinaamse herkomst vaker de huisarts bezochten dan ouderen met een Nederlandse herkomst. Ziekenhuiszorg werd door alle groepen ongeveer evenveel gebruikt [25]. Gebruik van fysiotherapie en thuiszorg was relatief laag onder de verschillende migrantengroepen, in het bijzonder onder ouderen met een Marokkaanse herkomst. Echter, toen er werd gecorrigeerd voor gezondheidsstatus, bleek er een "underutilisation" van bijna alle zorg. Ofwel, ouderen met Nederlandse herkomst gebruiken meer zorg dan migrantenouderen met ongeveer dezelfde gezondheid. Hierbij leek de "underutilisation" het sterkst bij ouderen met een Marokkaanse of Turkse herkomst. Verder werd taalvaardigheid als belangrijke factor geïdentificeerd. Er werd geschat dat het gebruik van thuiszorg 150% hoger is als migrantenouderen goede Nederlandse taalvaardigheid hebben (hierbij is gecontroleerd voor andere factoren zoals inkomen) [25].

Een recentere studie berekende dat ouderen uit verschillende herkomstgroepen vaker voor pgb-zorg kiezen dan ouderen uit de "westerse" groep [26]. Ook bevond deze studie dat gebruik van Wmo-ondersteuning (in het verleden) een belangrijke voorspeller is voor het gebruik van Wlz-zorg. Dit zou kunnen betekenen dat de toeleiding naar de Wlz geholpen kan worden door betere toeleiding naar de Wmo⁹.

⁹ De bevinding is echter enigszins moeilijk te interpreteren, omdat er geen expliciete maat van "gezondheid" aan de analyse is toegevoegd. Hoewel gezondheid door een deel van de andere variabelen waarschijnlijk gevangen wordt ("eerder gebruik van Wlz-

Knelpunten voor inclusieve zorg

We hebben weinig relevante studies kunnen vinden omtrent knelpunten voor het bieden van inclusieve zorg. Wel vonden we enkele rapporten die keken naar problemen in de toegang tot zorg. Zo rapporteert een RIVM-publicatie dat 25% van de mensen die een aanvraag deden voor wijkverpleging moeite had met de aanvraag [27]. En in een onderzoeksrapport van de Nationale ombudsman worden verscheidene knelpunten benoemd die burgers ervaren bij de toegang tot zorg, waaronder: het missen van een duidelijk aanspreekpunt, onvoldoende deskundigheid van zorgprofessionals (bijvoorbeeld geen domein-overstijgende kennis), en teveel formulieren [28]. Deze publicaties hadden geen specifieke aandacht voor mensen met een migratieachtergrond.

Verder vonden we een evaluatierapport van een leertraject in de Vlaamse instellingszorg [18]. Hierin werden verscheidene knelpunten genoemd die zorgbestuurders ervoeren bij het veranderen naar een meer inclusieve benadering van de zorg. Genoemde knelpunten waren onder andere:

- Moeite om goed gekwalificeerd personeel te vinden, vanwege de krappe arbeidsmarkt en de relatieve onpopulariteit van de ouderenzorg. Hierdoor kan er ook aarzeling zijn om stevig op te treden bij disfunctioneren (bijvoorbeeld discriminering uitingen richting collega's); zo makkelijk is vervanging niet gevonden.
- Ook werden aarzelingen genoemd om stevig op te treden tegen bewoners die zich herhaaldelijk discriminerend gedragen, bijvoorbeeld richting zorgverleners die een hijab dragen of een donkere huidskleur hebben. Hier spelen economische belangen; er is de vrees dat stevig optreden tegen discriminerende cliënten andere ouderen afschrikt om voor de instelling te kiezen.
- Veel van de zorgverleners die nu in verpleeginstellingen werken zijn nog geschoold met een technische, symptoomgerichte benadering van zorg. Bestuurders ervaren het soms als moeizaam om hun personeel mee te krijgen in een paradigmashift naar een meer holistische, persoonsgerichte benadering van zorg.
- Individuele leidinggevenden, op verschillende lagen in de organisatie, hebben veel invloed in het veranderproces. Leidinggevenden kunnen zowel een hefboom als een bottleneck vormen in de beweging naar meer inclusieve zorg.
- Bij sommige instellingen verliep de samenwerking met lokale zelforganisaties van migrantenouderen moeizaam. Hierbij was er een mismatch in de verwachtingen. De instellingsmedewerkers verwachtten dezelfde mate van professionaliteit van de zelforganisaties als ze binnen de instelling gewend zijn, terwijl de zelforganisaties vaak veel informeler, en op vrijwillige basis, werken.
- Een context waarin tijd en middelen schaars zijn en veel verschillende onderwerpen om aandacht vragen.

Daarnaast benoemt het rapport dat men bepaalde onderwerpen moeilijk vindt om te bespreken. Racisme wordt als zo'n onderwerp genoemd, net als de onderliggende organisatiemechanismen die aan exclusie bijdragen. Er wordt gewezen op het risico dat organisaties in een oppervlakkige "happy diversity" vervallen en bijvoorbeeld wel spelmiddagen met specifieke muziek en activiteiten organiseren, maar de processen en gedragingen die ongelijkheid en exclusie in stand houden ongemoeid laten [18].

zorg", "totale zorgkosten") zou het kunnen dat de "eerder gebruik van Wmo-ondersteuning"- variabele deels ook gezondheidsstatus reflecteert. Dat het gebruik van Wlz-zorg wordt beïnvloed door gezondheidsstatus is geen verrassing.

Verschillende termen

Inclusieve zorg gaat over het bieden van goede zorg aan *iedereen*. Hierbij worden verschillen tussen mensen erkend, wordt nagegaan wanneer verschillen er wel en niet toe doen, en zijn zorgverleners zich bewust van hun eigen normeringen.

Persoonsgerichte zorg is zorg die de patiënt centraal zet en holistisch kijkt naar de situatie van de patiënt en rekening houdt met de behoeften en voorkeuren van de patiënt [27]. De term “persoonsgerichte” zorg wordt vaak gebruikt als tegenhanger van de “oude” manier van zorg verlenen waarin het ziektebeeld centraal staat en er minder aandacht is voor de patiënt als geheel. Er zit veel overlap tussen “inclusieve zorg” en “persoonsgerichte zorg”. Bij persoonsgerichte zorg is er echter minder expliciete aandacht voor het reflecteren op de eigen normeringen en vooroordelen door zorgverleners.

Cultuursensitieve zorg is zorg waarin zorgverleners de competenties hebben om adequaat om te gaan met culturele diversiteit [28]. In de praktijk wordt cultuursensitieve zorg vaak genoemd in de context van zorg voor mensen met een migratieachtergrond, maar de term is bedoeld voor alle vormen van culturele diversiteit, ook tussen mensen met een Nederlandse herkomst onderling. “Cultuursensitieve zorg” is in zekere zin een specifieke vorm van inclusieve zorg en van persoonsgerichte zorg.

Cultuurspecifieke zorg is zorg die is gericht op een specifieke doelgroep, waarbij de zorgaanbieder aansluit bij culturele gedragingen en voorkeuren in de doelgroep.

Wij vonden tot slot een studie die de gemeentelijke beleidsvorming onderzocht rondom zorg en ondersteuning voor ouderen met een migratieachtergrond [29]. De studie plaatst deze in de context van landelijk beleid en beschrijft hoe er vanaf de jaren '90 een verschuiving is geweest in heersende overtuigingen over beleid rondom mensen met een migratieachtergrond. Volgens de studie werd de last van het oplossen van sociale achterstanden onder mensen met een migratieachtergrond meer bij de mensen zelf gelegd. Er kwam een nadruk op assimilatie te liggen, op het aanpassen aan “de” Nederlandse norm. Hierbij staat “de” tussen aanhalingstekens omdat samenlevingen divers en dynamisch zijn en “de norm” tot op zekere hoogte een imaginair construct is. Financiële ondersteuning voor zelforganisaties werd als onderdeel van dit nieuwe beleid geschrapt, vanuit de vrees dat het bevorderen van zelforganisaties integratie en assimilatie zouden verhinderen. De auteurs beschrijven dat er, in de context van deze landelijke politiek, op gemeenteniveau een bepaalde gevoeligheid bestaat rondom diensten voor specifieke culturele groepen. De auteurs observeren dat cultuurspecifieke diensten worden gerechtvaardigd in termen van “kwetsbaarheid” en “barrières”, bijvoorbeeld door te verwijzen naar gebrekkige taalvaardigheid. Het lijkt enigszins taboe te zijn om het bestaansrecht van cultuurspecifieke diensten in positieve termen uit te leggen, bijvoorbeeld het aansluiten bij voorkeuren of leefstijl, of het bieden van zingeving of gevoelens van “belonging”. De auteurs stellen dat deze gevoeligheid belemmerend kan werken en soms concrete acties in de weg staat [29]. Zowel deze auteurs als die van bovengenoemd evaluatierapport observeren dat een beleidsfocus op “diversiteit” in het algemeen kan zorgen voor onvoldoende aandacht voor de specifieke behoeften van ouderen met een migratieachtergrond, mede door de besproken gevoeligheden [18], [29].

3.2 Wat zeggen de data?

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten uit de data analyse. We geven eerst een beschrijving van de onderzoekspopulatie. Vervolgens bespreken we de resultaten per onderzoeksvraag.

3.2.1 Omschrijving van de onderzoekspopulatie

Zoals beschreven in de Methoden, hebben we gekeken naar de jaren 2016-2022. Sommige mensen hadden slechts in een van deze jaren een Wlz-indicatie en komen dus maar een keer voor in de data. Andere mensen ontvingen meerdere jaren Wlz-zorg en komen dus meerdere keren voor in de data.

Om een beeld te geven van de groep mensen die is meegenomen in de analyse tonen we hieronder de samenstelling van de groep 55-plussers die in 2022 een Wlz-indicatie had. Er waren in 2022 in totaal 301.228 mensen van 55 jaar of ouder met een Wlz-indicatie. De jongste persoon in onze dataset werd 55 jaar oud in 2022, de oudste persoon werd 111 jaar. De gemiddelde leeftijd in de gehele populatie was 81 jaar, en de mediane leeftijd 84 jaar.

We zien dat een relatief groot deel van de ontvangers van Wlz-zorg vrouw is (63%). Zo'n 84% van de zorgontvangers valt in de Nederlandse herkomstgroep. Daarna komen herkomstgroepen *Europa* (7%) en *Indonesië* (3%) het meeste voor. Verder zijn de ouderen verdeeld over *Suriname* (1,6%), *Turkije* (1,0%), *Overig Azië* (0,9%), *Marokko* (0,8%), *Overig Afrika* (0,3%) en *Overig Amerika & Oceanië* (0,3%). Het merendeel van de ouderen met een migratieachtergrond is buiten Nederland geboren en wordt tot de eerste generatie migranten gerekend (63%).

Slechts een klein deel van de zorgontvangers is onderdeel van een meerpersoonshuishouden (23%). De rest van de populatie woont alleen of in een zorginstelling. Bijna de helft van de mensen heeft een huishoudvermogen lager dan €20.000 (45%). Een huishoudvermogen tussen €20.000 en €100.000 komt ook relatief vaak voor (38%), een huishoudvermogen boven de €100.000 het minst vaak (17%). Zoals eerder gezegd is hierbij de woningwaarde van een eventueel eigen huis niet meegerekend.

De gemiddelde WOZ-waarde in de buurt waar mensen in wonen is opgenomen als extra indicator van sociaaleconomische status. We zien dat zo'n 50% van de Wlz-ontvangers in de laagste categorie valt met een gemiddelde WOZ-waarde onder de €280.000. In buurten met een gemiddelde WOZ-waarde tussen de 280 en 340 duizend woont nog eens 22% van de Wlz-ontvangers, bij elkaar opgeteld al 72%. De overige 28% woont in buurten met gemiddeld duurdere huizen, waarvan zo'n 9% in buurten met een gemiddelde WOZ-waarde boven de €460.000.

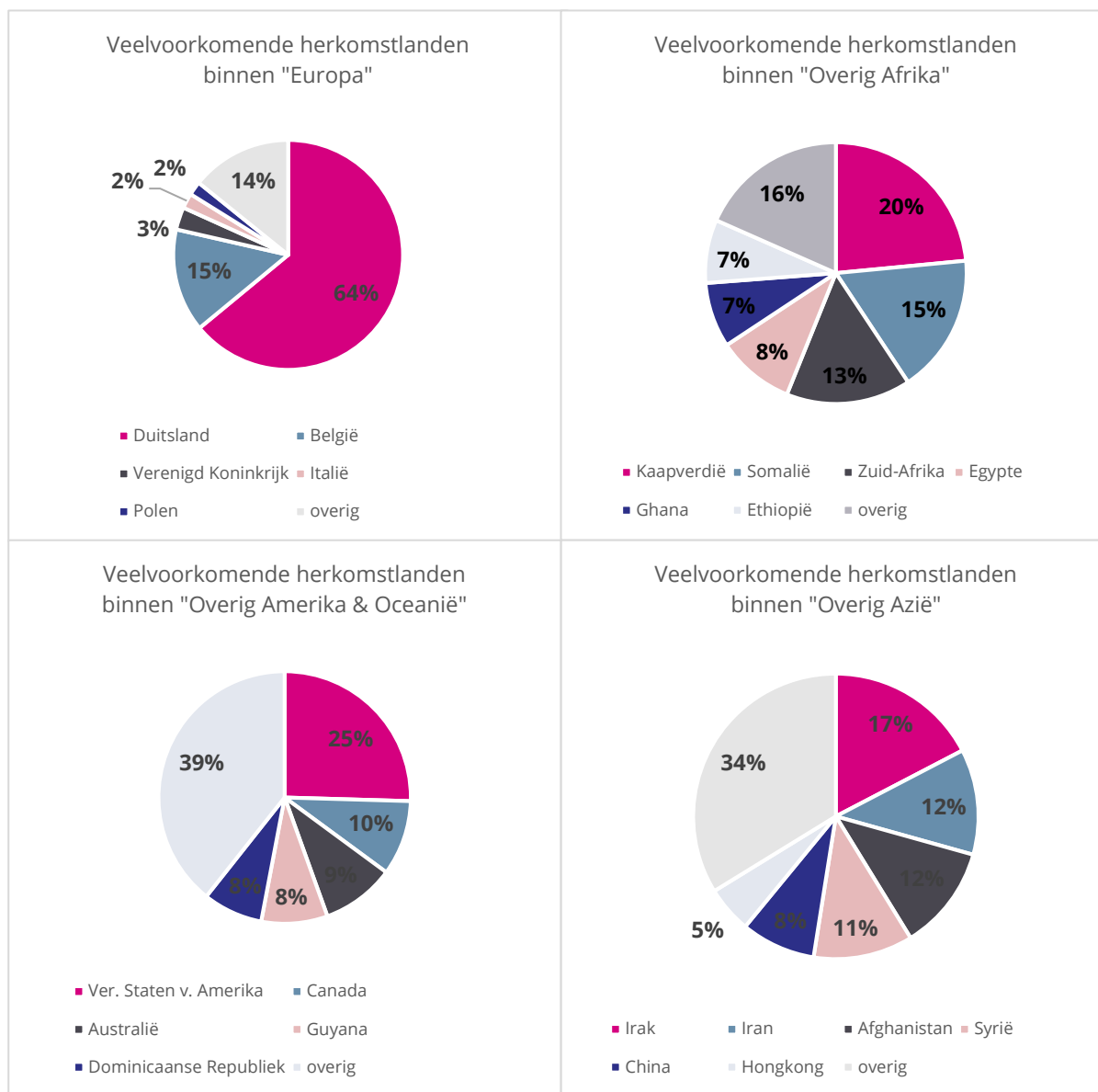
Qua zorgprofielen zien we dat een ruime meerderheid van de zorgontvangers een indicatie heeft voor ZP5 (54%). Ook ZP4 (21%) en ZP6 (19%) komen relatief vaak voor. Indicaties voor ZP7 (5%) en ZP8 (1%) zijn daarentegen redelijk zeldzaam.

Tabel 2 – Samenstelling van de onderzoekspopulatie (55-plussers met Wlz-indicatie)

| Variabele | Categorie | Aantal (percentage) |
|--|-------------------------------------|---------------------|
| persoonskenmerken | | |
| geslacht | <i>vrouw</i> | 186.252 (63%) |
| | <i>man</i> | 109.021 (37%) |
| herkomstgroep | <i>Nederland</i> | 253.723 (84%) |
| | <i>Europa (excl. NL)</i> | 21.100 (7%) |
| | <i>Antillen</i> | 1.729 (0,6%) |
| | <i>Indonesië</i> | 9.506 (3%) |
| | <i>Marokko</i> | 2,472 (0,8%) |
| | <i>Suriname</i> | 4,868 (1,6%) |
| | <i>Turkije</i> | 3,138 (1,0%) |
| | <i>Overig Afrika</i> | 1,061 (0,3%) |
| | <i>Overig Amerika & Oceanië</i> | 910 (0,3%) |
| | <i>Overig Azië</i> | 2.721 (0,9%) |
| migratiegeneratie | <i>eerste generatie</i> | 30.184 (63%) |
| | <i>tweede generatie</i> | 17.321 (37%) |
| sociaaleconomische kenmerken | | |
| huishoudgrootte | <i>eenpersoons</i> | 232.217 (77%) |
| | <i>meerdere personen</i> | 69.011 (23%) |
| vermogen van huishouden (excl. woningwaarde) | <i>< €20.000</i> | 136.964 (45%) |
| | <i>€20.000 tot €100.000</i> | 113.064 (38%) |
| | <i>> €100.000</i> | 51.200 (17%) |
| gemiddelde WOZ-waarde in buurt | <i>< €280.000</i> | 112.237 (50%) |
| | <i>€280.000 tot €340.000</i> | 50.281 (22%) |
| | <i>€340.000 tot €400.000</i> | 29.435 (13%) |
| | <i>€400.000 tot €460.000</i> | 14.607 (6%) |
| | <i>> €460.000</i> | 20.176 (9%) |
| gezondheid | | |
| zorgprofiel | <i>VV4</i> | 45.765 (21%) |
| | <i>VV5</i> | 119.467 (54%) |
| | <i>VV6</i> | 41.110 (19%) |
| | <i>VV7</i> | 11.987 (5%) |
| | <i>VV8</i> | 1.761 (1%) |

Om een beter beeld te geven van de herkomstgroepen met een verzameling aan landen, tonen we hieronder de veelvoorkomende herkomstlanden voor ieder van deze groepen. We zien dat in herkomstgroep *Europa* vooral Duitsland veel voorkomt als herkomstland (64%). Verder is ook België een veelvoorkomend herkomstland (15%). In *Overig Afrika* komen Kaapverdië (20%), Somalië (15%) en Zuid-Afrika (13%) veel voor. De groep *Overig Amerika & Oceanië* bestaat voor 25% uit mensen met de Verenigde Staten als herkomstland. Verder is deze groep redelijk gefragmenteerd, maar komen Canada (10%), Australië (9%), Guyana (8%) en de Dominicaanse Republiek (8%) relatief veel voor. De groep *Overig Azië* bestaat uit veel vluchtelingenlanden, waaronder Irak (17%), Iran (12%), Afghanistan (12%) en Syrië (11%).

Figuur 1 – Veelvoorkomende landen per herkomstgroep



3.2.2 Regressieanalyses

Om de resultaten toegankelijker te maken, rapporteren we niet rechtstreeks de resultaten van de statistische analyse. In plaats daarvan tonen we staafdiagrammen. Iedere staaf vertegenwoordigt een herkomstgroep. Bij de getoonde resultaten is er gecontroleerd voor de eerder beschreven controlevariabelen (geslacht, sociaaleconomische status, etc.).

Bij iedere controlevariabele hebben wij de grootste groep als referentiegroep genomen. Als we alle controlevariabelen combineren wordt de referentiegroep daarmee: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in

een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000; heeft een indicatie voor ZZP5¹⁰. De absolute getallen in onderstaande figuren gelden specifiek voor deze referentiegroep. Voor andere referentiegroepen zijn de absolute resultaten anders. De *relatieve* verschillen tussen de herkomstgroepen blijven echter hetzelfde.

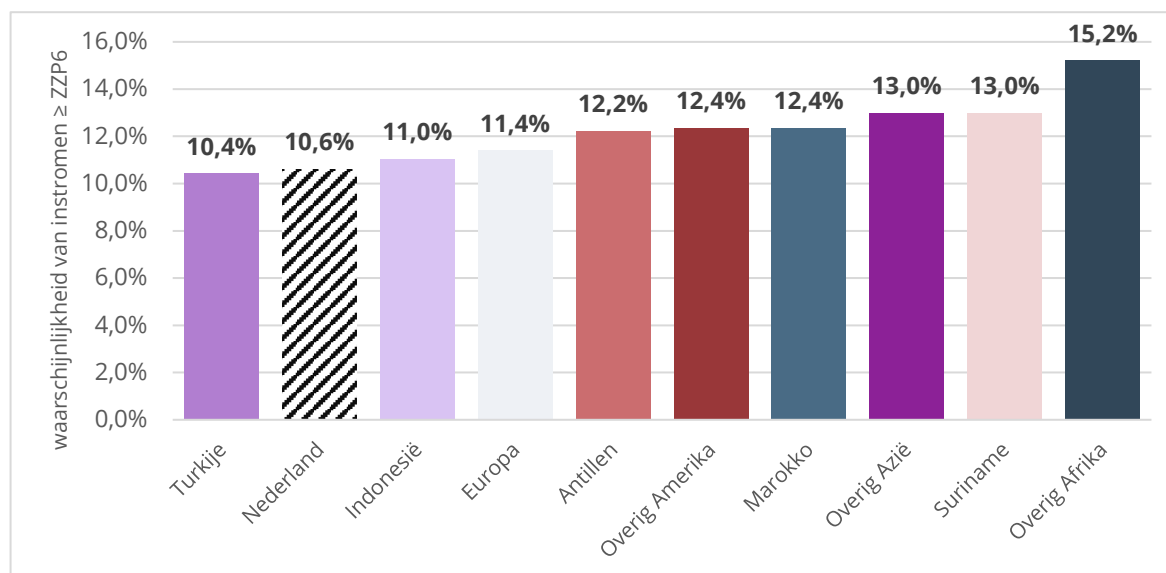
Zorgzwaartepakket bij eerste Wlz-indicatie

In figuur 2 is voor de verschillende herkomstgebieden weergegeven hoe groot de kans is dat men bij de eerste Wlz-indicatie direct in een hoog ZZP instroomt. Hierbij is "hoog" gedefinieerd als ZZP6 of hoger.

Te zien is dat ouderen met een Nederlandse of Turkse herkomst de laagste kans hebben om in een hoog zorgprofiel in te stromen¹¹. Voor alle andere herkomstgroepen is de kans groter (deze verschillen zijn statistisch significant). Dit impliceert dat mensen uit bijna alle herkomstgroepen er gemiddeld ernstiger aan toe zijn dan mensen met Nederlandse herkomst op het moment dat ze bij Wlz-zorg terechtkomen.

Herkomstgroepen *Indonesië* en *Europa* (waarin herkomstlanden Duitsland en België veel voorkomen) zitten relatief dicht bij *Nederland* in de buurt, met respectievelijke kansen van 11,0% en 11,4% op een hoog ZZP. De herkomstgroep met de hoogste kans om in een hoog ZZP in te stromen is *Overig Afrika* (15,2%), waarin vooral Kaapverdië en Somalië vaak voorkomen als herkomstland. Ook herkomstgroepen *Overig Azië* (waarin Irak, Iran, Afghanistan en Syrië veel voorkomen) en *Suriname* hebben met 13% een relatief hoge kans om "ernstig" in te stromen. *Antillen* (12,2%), *Overig Amerika* (12,4%) en *Marokko* (12,4%) vormen de middenmoot.

Figuur 2 - Verschillen in de waarschijnlijkheid van een hoog ZZP (≥ 6) bij de eerste Wlz-indicatie



Deze figuur geeft de resultaten weer voor de referentiegroep. De referentiegroep is: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000.

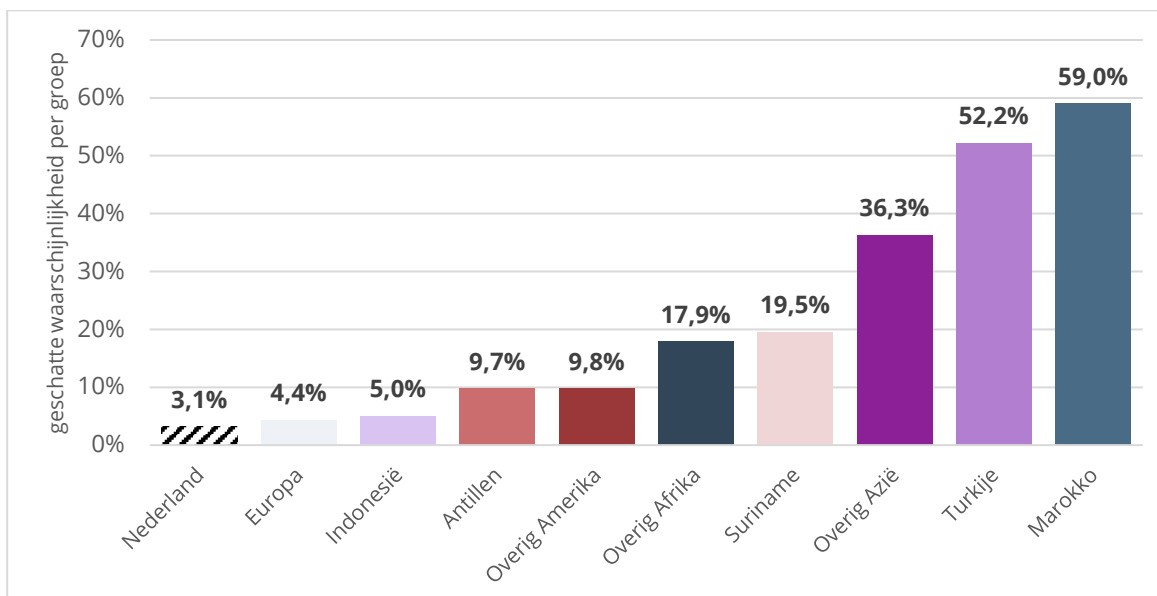
¹⁰ Deze controlevariabele wordt in de eerste analyse niet gebruikt, omdat het ZZP daar al een uitkomstvariabele is.

¹¹ De onzekerheidsmarge (95% betrouwbaarheidsinterval) bevatte voor Turkije zowel veel positieve als negatieve waarden. De p-waarde was erg hoog. We kunnen daarom niet zeggen dat er een statistisch verschil is tussen de waarschijnlijkheid van een hoog ZZP voor herkomstland Nederland en herkomstland Turkije.

Persoonsgebonden budget als leveringsvorm

Figuur 3 laat zien dat er bij ouderen met Nederlandse herkomst (uit de referentiegroep) zo'n 3,1% kans is dat er uitsluitend een pgb wordt gebruikt, en geen zorg in natura. Dit kan ook worden geïnterpreteerd als "3,1% van de mensen maakt (uitsluitend) gebruik van een pgb". Alle andere herkomstsgroepen maken vaker gebruik van het pgb. Er zijn behoorlijke verschillen (allemaal statistisch significant). Waar herkomstsgroepen *Europa* (4,4%) en *Indonesië* (5,0%) redelijk dicht bij de ouderen met Nederlandse herkomst in de buurt zitten, verkiezen ouderen met Turkse (52,2%) en Marokkaanse herkomst (59,0%) beduidend veel vaker het pgb over zorg in natura. Ook in herkomstsgroepen *Overig Afrika* (17,9%), *Suriname* (19,5%) en *Overig Azië* (36,3%) kiezen veel meer ouderen voor het pgb dan bij de groep met Nederlandse herkomst. In herkomstsgroepen *Antillen* (9,7%) en *Overig Amerika* (9,8%) wordt ongeveer even vaak gekozen voor het pgb.

Figuur 3 - Verschillen in de waarschijnlijkheid van pgb als leveringsvorm



Deze figuur geeft de resultaten weer voor de referentiegroep. De referentiegroep is: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000; heeft een Wlz-indicatie voor ZZP5.

Jaarlijks ontvangen zorg

Volume (etmalen ontvangen zorg)

Figuur 4a laat zien hoeveel etmalen thuiszorg de verschillende herkomstsgroepen jaarlijks gemiddeld ontvangen. Hoewel niet iedereen 24-uurs zorg ontvangt, hebben we gekozen om de ontvangen zorg in etmalen te presenteren omdat dat makkelijker te duiden is dan het aantal uren. Zoals uitgelegd in de Methoden, hebben we enkel gekeken naar mensen die uitsluitend zorg in natura ontvangen. Mensen die een pgb, of een combinatie van zorg in natura en pgb ontvangen zijn in deze analyse dus niet meegenomen. Omdat ZZP5 als referentiecategorie is genomen, laat deze figuur het zorggebruik zien voor mensen met een ZZP5-indicatie.

Op herkomstsgroep *Europa* (165 etmalen) na, ontvangen alle herkomstsgroepen gemiddeld minder zorg dan ouderen met Nederlandse herkomst (161 etmalen). Ook hier zitten ouderen met een Indonesische herkomst in de buurt van ouderen met Nederlandse herkomst, met 158 uren aan ontvangen zorg.

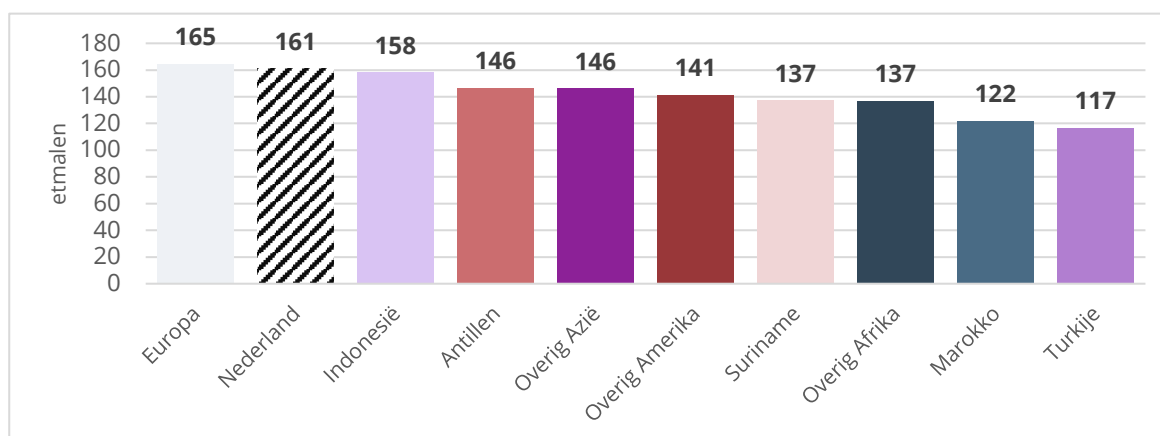
Ouderen met een Marokkaanse (122 etmalen) of Turkse herkomst (117 etmalen) ontvangen beduidend minder zorg. Verder ontvangen herkomstgroepen *Antillen* en *Overig Azië* beide zo'n 146 etmalen aan zorg en herkomstgroepen *Suriname* en *Overig Afrika* beide zo'n 137 etmalen. Mensen uit de *Overig Amerika* herkomstgroep ontvangen gemiddeld 141 etmalen aan zorg.

Figuur 4b laat de verschillen in ontvangen zorg zien voor instellingszorg. Te zien is dat herkomstgroepen *Nederland* (347 etmalen), *Europa* (345 etmalen) en *Indonesië* (345 etmalen) ook hier bovenaan staan. En ook bij instellingszorg ontvangen ouderen met Turkse (329 etmalen) of Marokkaanse herkomst (324 etmalen) de minste zorg. De verschillen tussen de herkomstgroepen zijn echter relatief kleiner dan bij thuiszorg.

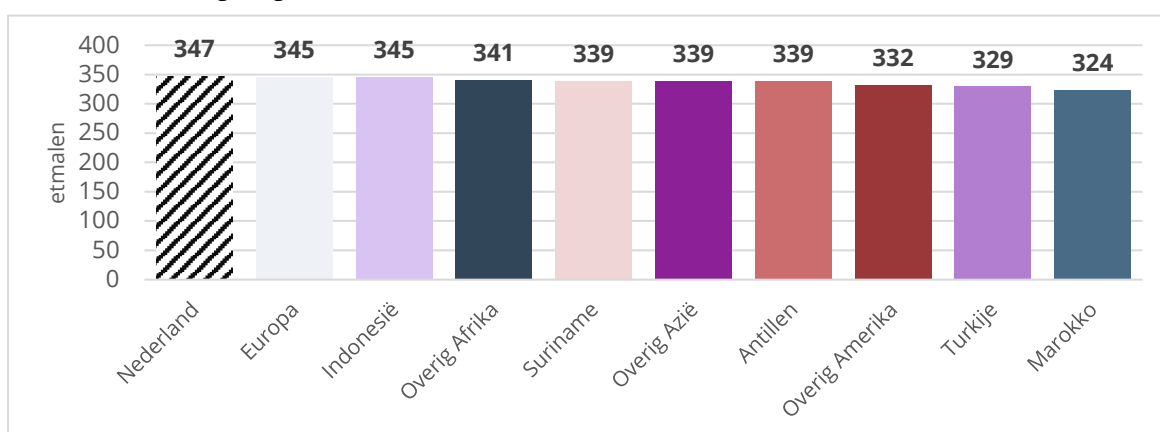
Een bevinding die niet in de figuren is weergegeven, maar die wel uit de regressieresultaten bleek is dat bij thuiszorg de sociaaleconomische status ook gerelateerd lijkt aan de ontvangen zorg. Hoe hoger het huishoudvermogen, hoe hoger het aantal etmalen ontvangen zorg. Dit gold alleen voor thuiszorg, bij instellingszorg waren er amper verschillen tussen de verschillende vermogenscategorieën.

Figuur 4 - Verschillen in jaarlijks ontvangen zorg (etmalen)

a) thuiszorg



b) instellingszorg



Deze figuur geeft de resultaten weer voor de referentiegroep. De referentiegroep is: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000; heeft een Wlz-indicatie voor ZZP5.

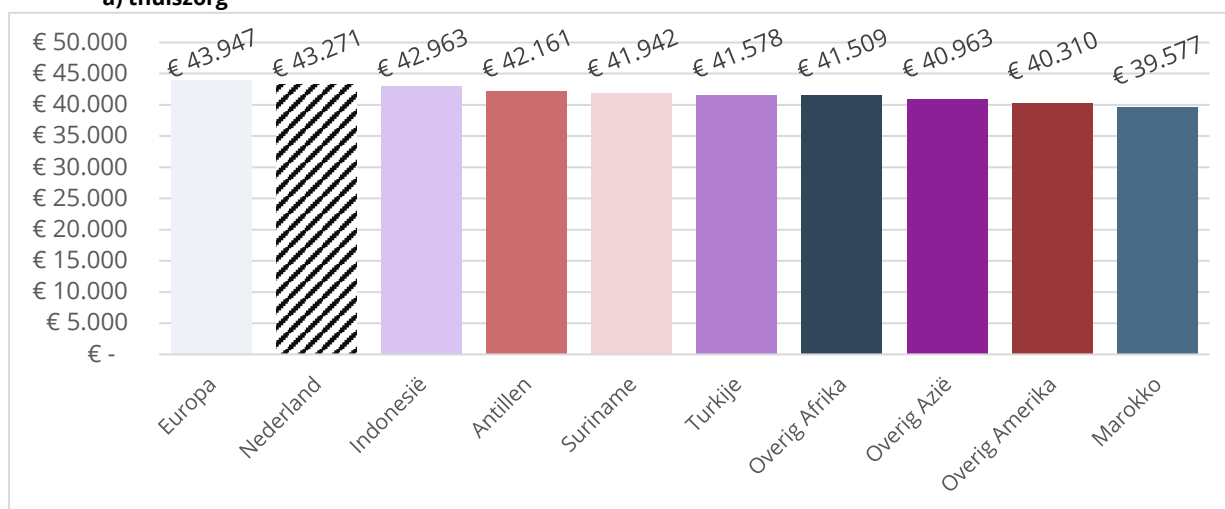
Jaarlijkse zorgkosten

Figuur 5a laat de jaarlijkse zorgkosten zien voor de verschillende herkomstgroepen. Hierbij valt op dat het beeld er anders uitziet dan in figuur 4a, ondanks dat het hier dezelfde populatie betreft, namelijk 55-plussers die thuis zorg in natura ontvangen. Nog steeds staan herkomstgroepen *Europa*, *Nederland*, *Indonesië* en *Antillen* bovenaan en staat herkomstgroep *Marokko* onderaan. Daartussen zijn er echter verschuivingen. Ook zijn de verschillen tussen de groepen relatief kleiner dan als we kijken naar het volume (de etmalen) aan ontvangen zorg. Zo is het verschil tussen de hoogste (€43.947) en laagste zorgkosten (€39.577) zo'n 11%, terwijl het verschil tussen het hoogste (165 etmalen) en laagste ontvangen volume aan zorg (116 etmalen) zo'n 41% is.

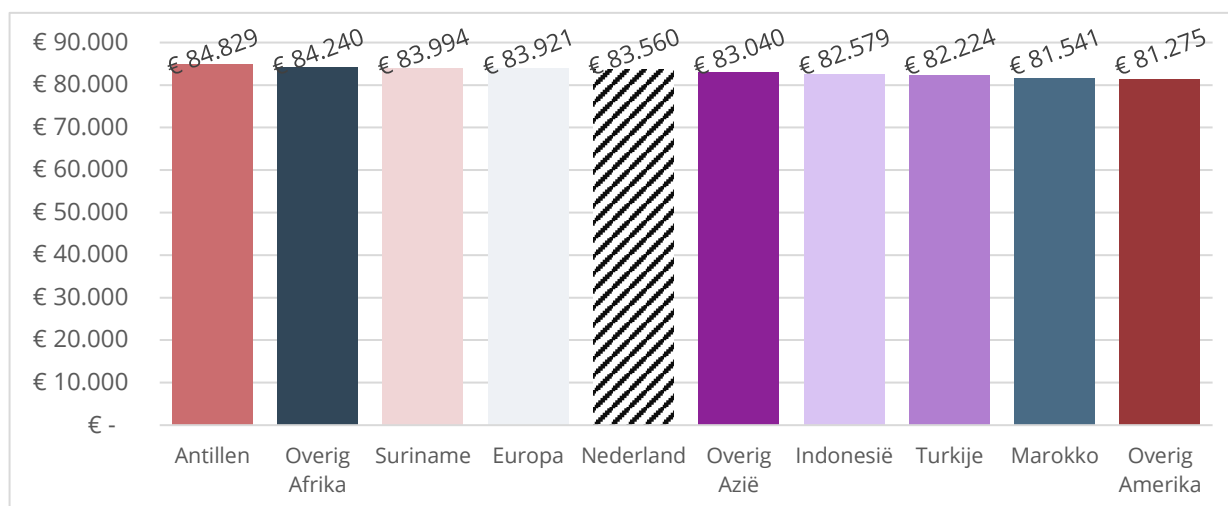
Ook figuur 4b en 5b laten dit patroon zien: de volgorde van herkomstgroepen is bij de jaarlijkse zorgkosten anders dan bij het jaarlijks ontvangen volume aan zorg. Ook zijn de relatieve verschillen bij de jaarlijkse kosten kleiner. Zo is het verschil tussen de hoogste (€84.829) en laagste zorgkosten (€81.275) bij instellingszorg slechts zo'n 4%, terwijl het verschil tussen het hoogste (347 etmalen) en laagste volume aan zorg (324 etmalen) zo'n 7% is.

Figuur 5 - Verschillen in jaarlijkse zorgkosten (€)

a) thuiszorg



b) instellingszorg



3.3 Wat zeggen betrokkenen?

In dit hoofdstuk beschrijven we de bevindingen uit de groeps gesprekken en individuele interviews. In sectie 3.3.1 beschrijven we de duiding die deelnemers gaven aan de resultaten van onze data analyse. In sectie 3.3.2 beschrijven we de genoemde knelpunten voor het toepassen van inclusieve zorg.

3.3.1 Duiding van de data analyse

Hoger zorgzwaartepakket bij eerste Wlz-indicatie

Onze bevinding uit de data analyse was dat bijna alle herkomstgroepen gemiddeld met een zwaarder zorgprofiel de Wlz instromen dan de groep met een Nederlandse herkomst. De herkomstgroepen *Overig Afrika*, *Suriname* en *Overig Azië* krijgen hierbij het vaakst een hoge indicatie.

Later in Wlz-zorg komen

Een vaak genoemde verklaring was dat ouderen met een migratieachtergrond gemiddeld later in het ziekteproces bij de Wlz uitkomen. Verschillende redenen werden hiervoor genoemd. Zo werd het later in zorg komen door sommige zorgprofessionals toegewezen aan een hogere tolerantie vanuit de naasten die (informele) zorg verlenen voor de zorgbehoefte en het probleemgedrag van de ouderen.

We zien soms gedrag waarvan ik denk, nou, dat is best wel heftig. En de familie zegt van: "Oh, maar dat doet ze altijd al". Dus daar is in de thuissituatie al best heel lang mee gedeald tot het echt niet meer kan. [...] Ik denk dat mensen gewoon veel langer de thuissituatie handhaven, tot het gewoon echt niet meer kan. En dan kom je al vaak bij een ZZP7 uit. Omdat, somatisch kunnen mensen nog wel heel lang iets regelen thuis, maar met name als de gedragscomponent over de schreef gaat, zeg maar, dan zullen ze zich gaan melden. – R1 (*manager zorgorganisatie*)

Door sommigen geïnterviewden werd gesteld dat ouderen met een migratieachtergrond en hun naasten de weg minder goed weten te vinden naar Wlz-zorg.

Als ik kijk naar mijzelf dan heb ik mijn hele leven al, ging ik al mee naar tantes of weet ik veel naar verpleeghuizen, dus je hele leven hoor je er al over. Maar als dat in een heel gezin nooit aan de orde is geweest want je hebt een migratieachtergrond dan is dat dus heel erg lastig om te weten wat er allemaal kan.' – R2 (*beleidsmaker zorginstelling*)

De autochtoon die weet denk ik beter de weg. Ja, zal dat zo zijn, dat daar meer de acceptatie is van het bestaande zorgsysteem voor ouderen zoals we dat door de decennia na de Tweede Wereldoorlog hebben ontwikkeld en dat daar ook een soort vertrouwdheid mee is en dat het ook een beetje in de modus ligt om die weg af te lopen. – R3 (*voormalig bestuurder zorgsector*)

Een andere geïnterviewde, die werkt bij een zorginstelling in Rotterdam waar het overgrote merendeel van de bewoners een migratieachtergrond heeft, gaf echter aan niet de indruk te hebben dat men de weg naar Wlz-zorg niet goed wist te vinden. Waarschijnlijk spelen er meer factoren mee dan enkel "migratieachtergrond" in hoe goed mensen de weg weten te vinden naar Wlz-zorg.

Tot slot werd door sommige geïnterviewde ouderen en mantelzorgers genoemd dat er wantrouwen leeft richting het zorgstelsel, vaak door eerdere slechte ervaringen, waarbij men zich niet goed geholpen of niet serieus genomen voelde.

Ik denk dat mensen komen als ze het echt niet meer aan kunnen, te laat meestal. Wat we net al zeggen: we moeten 10 keer herhalen en je wordt iedere keer weggestuurd met een paracetamol. Dat je denkt: nee ik hoef geen paracetamol, maar ik ga maar beter niet meer. – R4 (mantelzorger)

Inschatting door de indicatiesteller

Andere verklaringen voor de gemiddeld hogere ZZPs bij de eerste Wlz-indicatie relateerden aan de inschatting van de zorgbehoefte door de indicatiesteller.

Een heleboel mensen die hier binnen komen die hebben sowieso een taalbarrière, dus daar heb je al een probleem. En ik kan me voorstellen dat ze daardoor een hogere indicatie kunnen krijgen. – R5 (teamleider zorginstelling)

Het heeft natuurlijk ook nog te maken met degene die de indicatie stelt, want wij zijn soms ook natuurlijk wel wat bevooroordeeld of wat discriminerend of hoe moet je het noemen, hè? Wij interpreteren dingen ook vanuit onszelf. Nou ben ik zelf van Surinaamse afkomst, maar ik voel me daar soms een beetje tussenin, maar ja, ik interpreteer het ook met onze westerse kijk. En wij vinden het dan soms heel ernstig en wij interpreteren het dan ook met onze normen en waarden. Dus misschien dat het daarom ook soms het hoger uitkomt. – R6 (verpleegkundig specialist)

Verschillen tussen de herkomstgroepen

Voor de verschillen tussen de herkomstgroepen werd gesuggereerd dat de mate van ernstige trauma's in specifieke groepen een rol spelen.

Je moet denk ik ook onderscheid maken tussen migratiestromen. Zijn het gastarbeiders of zijn het vluchtelingen uit oorlogsgebied bijvoorbeeld? En wat hebben ze meegemaakt? Ik denk dat het ook van invloed is. Als je Azië en Afrika hebt bijvoorbeeld, dan heb je het over de Syriërs, en de Eritreeërs en Somaliërs. En die hebben nog wel het nodige meegemaakt voordat ze hier komen. Dat is behoorlijk problematisch en dan zit je dus gelijk aan zware zorg. – R7 (beleidsadviseur gemeente)

Een vaak genoemde verklaring voor de gemiddelde hogere ZZPs bij de eerste Wlz-indicatie was dat ouderen met een migratieachtergrond gemiddeld later in het ziekteproces bij de Wlz uitkomen. Verschillende redenen werden hiervoor genoemd, waaronder een hoger tolerantieniveau van naasten voor de zorgbehoefte en eventueel probleemgedrag, minder goed de weg vinden in het zorgsysteem, en wantrouwen richting zorgverleners/het zorgsysteem. Verder werd geopperd dat de indicatiestelling niet altijd accuraat is omdat de situatie niet goed wordt ingeschat, bijvoorbeeld door onbekendheid met specifieke herkomstgroepen. Een andere verklaring was dat bepaalde groepen vaker ernstige trauma's hebben, waardoor complexere zorg nodig is.

Vaker pgb als leveringsvorm

De data analyse liet zien dat bij alle herkomstgroepen de kans groter is dat er voor een pgb als leveringsvorm wordt gekozen. Een pgb als leveringsvorm komt het vaakst voor bij herkomstgroepen *Marokko*, *Turkije* en *Overig Azië*. Herkomstgroepen *Europa* en *Indonesië* zitten het dichtst bij herkomstgroep *Nederland* in de buurt en kiezen relatief weinig voor een pgb.

Gebrek aan inclusieve zorg

Naast praktische overwegingen zoals meer flexibiliteit in de planning en een vast gezicht voor de zorgontvanger, werd de keuze voor een pgb door geïnterviewden vaak verklaard door een gebrek aan passende, cultuursensitieve zorg. Zo stelde een van de geïnterviewde mantelzorgers, onder bijval van enkele andere mantelzorgers in de focusgroep:

Maar stel dat het standaard zorgaanbod cultuursensitief was, gewoon allemaal. Ik denk dat iedereen daarvoor zou gaan! [...] Want het brengt zoveel gezeik met zich mee, die pgb.' – R8 (mantelzorger)

Vele geïnterviewden gaven aan dat veel van het zorgaanbod niet aansluit bij de behoeften van ouderen met een migratieachtergrond.

We zeggen altijd van de zorg in Nederland is goed georganiseerd, maar voor wit georiënteerd. En als ik het heb over kleuren, dan doe ik dat met respect. Maar dit betekent dus, dat de gemiddelde migrant zich daar niet door aangesproken voelt. – R7 (beleidsadviseur gemeente)

Maar het heeft ook echt te maken met die flexibiliteit, de cultuursensitieve zorg die geboden wordt. En daarmee wil ik zeggen, als iemand een wassing wil verrichten omdat het tijd van het gebed is, iemand van de eigen cultuur, eigen geloof, die snapt dat. Terwijl als je een thuiszorginstantie inhuurt, die komen in de ochtend om je even te douchen of anders in de avond. Daartussen heeft men weer andere opdrachten die die wil doen als die komt. Zo heb je veel meer van dat soort voorbeelden waarom er juist ook voor die vorm gekozen wordt.

[...]

Ik kan een voorbeeld geven van een casus waarin iemand moest revalideren na een herseninfarct. Die kon niet meer slikken, kon niet praten. Er werd constant in de revalidatiecentrum geoefend met het eten en diegene moest revalideren met het slikken met appelmoes. Die persoon heeft haar hele leven lang nooit appelmoes gegeten. Die smaak kreeg zij niet door haar keel. Dat werd er constant opgeschreven dat de persoon niet meer kan slikken. Dus die revalideert niet op dat gebied. Kwam zij thuis, heeft de familie iemand anders ingezet, via de pgb, maar wel iemand van de eigen cultuur. Die ging babyvoeding maken met bepaalde kruiden, bepaalde groenten wat heel erg leek op de structuur van appelmoes. Die vrouw ging na een maand gewoon weer eten. En dat is denk ik ook waarom er gekozen wordt, als er voor een pgb wordt gekozen, wordt ook daarnaar gekeken: wat sluit aan op de zorg en de behoefte van de persoon. – R8 (mantelzorger)

Net als bij de verklaringen bij het vorige thema werd ook hier genoemd dat er wantrouwen leeft door eerdere slechtere ervaringen.

Dat is het [NAAM PROJECT]. Daar hebben ze de intercultureel consulent. [...] En die benadert mensen die pgb hebben om te kijken hoe ze dan toch als instelling iemand beter kunnen ondersteunen. En wat zij merken is ontzettend wantrouwen ten opzichte van zorginstellingen door slechte ervaringen, waardoor de mensen toch het idee hebben, laat ik het zelf maar oplossen. – R9 (beleidsadviseur gemeente)

Culturele of religieuze overtuigingen

Meerdere geïnterviewden gaven aan een voorkeur te hebben voor het zorgen voor de eigen familie. Hierbij werd zowel aan cultuur als religie gerefereerd.

Er spelen twee dingen. In de cultuur is het een taboe om jouw ouders ergens te verstoppen. En ons geloof leert ons ook: ze hebben voor jou gezorgd als baby, zij verwachten ook van jou dat je zorgt. – *R10 (mantelzorger)*

Kijk, ik kom uit Aruba hè. Op Aruba als je vader of moeder ziek wordt dan probeer je zo snel mogelijk iemand thuis op te nemen. Het is daar een schande als je je vader of moeder naar een verpleeghuis brengt, terwijl je zelf de mogelijkheid hebt om het thuis op te vangen. – *R5 (teamleider zorginstelling)*

En als je intentie zuiver is, je doet dit omwille van Allah, omwille van je ouders.. en ik zeg altijd het is niet een gunst, het is jouw verplichting om het te doen.. dan zul je zien dat de wegen open gaan, ook binnen je eigen familie. Want wie goed doet, ontmoet goed. – *R11 (mantelzorger)*

Ook werd genoemd dat sociale druk een grote rol kan spelen, waarbij de sociale druk voor vrouwen extra groot kan zijn.

Zowel voor jezelf is dat belangrijk alsook voor je positie in de maatschappij, zeg maar, en hoe andere mensen tegen je aankijken. Dat is ook heel erg belangrijk. En ik denk dat het daardoor komt, dat de wens om zelf voor de ouderen te zorgen heel erg groot is, en dat dat ook wordt verlangd van je. – *R12 (specialist ouderengeneeskunde)*

Want anders zou er geroddeld worden: zij heeft haar moeder in een verzorgingshuis, zij is een slechte dochter. – *R13 (begeleider dagbesteding)*

Tegelijkertijd werden er veel nuances aangebracht. Er zijn veel onderlinge verschillen, onder andere tussen verschillende generaties.

Maar als we kijken naar de Nederlandse context, wil ik ook wel toch benoemen dat er verschillen zijn in generaties en in leeftijd. Je hebt met een groep te maken die bijvoorbeeld tot hun twintigste, vijftiende in Marokko zijn opgegroeid. Die hebben een hele andere kijk op het zorgen, de cultuur, de islam etc. Maar je hebt ook een hele grote groep, de generatie van mijn leeftijd, die voor een deel toch hier opgegroeid is, die heeft weer een hele andere kijk. [...] Islam leert ons ook, je moet zeker goed voor je ouders zorgen. Maar als jij niet in staat bent om goed voor je ouder te zorgen, dan precies moet je een deskundige inhuren. – *R8 (mantelzorger)*

Ook geeft men aan dat de tijden zijn veranderd en dat veel van de kinderen van migrantenouderen druk zijn, bijvoorbeeld met hun baan en eigen gezin. Hierbij speelt mogelijk de sociaaleconomische status van de kinderen een rol.

Ja, maar niet alleen hier, in Turkije ook. Die mensen die werken, hebben hoog gestudeerd en alles. Die zorgen ook niet voor hun ouders. Die sturen ook naar een bejaardenhuis. – *R14 (oudere)*

Pgb-bureaus vergemakkelijken toegang

Sommige geïnterviewden benoemden het bestaan van pgb-bureaus die helpen bij het regelen van een pgb. Deze pgb-bureaus zijn relatief vaak cultuurspecifiek; de taal van een specifieke doelgroep wordt

gesproken en medewerkers zijn bekend met specifieke culturele en religieuze gewoonten. Deze bureaus vergemakkelijken de toegang tot Wlz-zorg en specifiek het pgb.

[W]ant om de juiste hulp in te schakelen van zorg in natura moet je dezelfde taal spreken, zowel letterlijk als in de termen van de zorgbureaus die die hulp bieden. En dat is al een heel groot struikelblok. En dat is denk ik een van de grootste problemen als het gaat om die zorg. – R8
(mantelzorger)

Verschillen tussen de herkomstgroepen

Verschillen in taal, religie en culturele gewoonten werden genoemd als verklaring voor de verschillen tussen herkomstgroepen in het gebruik van het pgb. Zo zijn voormalige koloniën van Nederland al langer bekend met Nederlandse invloeden dan bijvoorbeeld voormalige gastarbeiderslanden en vluchtelingenlanden.

Ik denk vooral de taal ook. Religie is belangrijk, maar ik denk de Surinamers en Antillianen, die leren tot de dag van vandaag nog steeds de Nederlandse taal in hun land van herkomst. Ik denk als jij dicht bij een cultuur staat en de taal daarvan spreekt, ga je je heel snel thuis voelen in die zorg. – R8
(mantelzorger)

Hierbij waarschuwden geïnterviewden wel voor generalisaties en groepsdenken. Mensen zijn eindeloos veel meer dan hun herkomstland en er is binnen de herkomstgroepen veel onderlinge variatie.

Naast praktische overwegingen, relateerden veel van de verklaringen voor het hogere pgb-gebruik aan onvoldoende aanbod van inclusieve zorg. Ook werden culturele en religieuze voorkeuren genoemd, hoewel hier veel nuances aan werden toegevoegd, zoals verschillen afhankelijk van o.a. leeftijd. Verder werd gezegd dat het bestaan van cultuurspecifieke pgb-bureaus de toegang tot een pgb vergemakkelijkt. De nabijheid van de eigen culturele en religieuze gewoonten bij de dominante gewoonten in Nederland, evenals de Nederlandse taalvaardigheid, werden genoemd als verklaringen voor de verschillen tussen de herkomstgroepen.

Minder ontvangen zorg

In de data analyse bekeken we zowel het jaarlijks ontvangen volume aan zorg (in etmalen) als de jaarlijkse zorgkosten. We zagen dat herkomstgroepen *Nederland* en *Europa* het grootste volume aan zorg ontvingen, zowel bij thuiszorg als bij instellingszorg. Herkomstgroepen *Marokko* en *Turkije* ontvingen de minste zorg. Verder zagen we dat de relatieve verschillen in zorgkosten kleiner waren dan de relatieve verschillen in het volume aan ontvangen zorg.

De verklaringen die werden gegeven bij dit thema overlaptten grotendeels met de verklaringen die werden gegeven bij het vorige thema. Zo werd er genoemd dat de beschikbare zorg en ondersteuning niet altijd aansluit bij de behoeften.

[...] een Nederlandse vrouw komt koken. De smaak van wat wij eten en hun eten is niet hetzelfde. Als ze Nederlands eten maakt en wij het niet kunnen eten, dat is ook zonde. Als iemand eten maakt wat bij onze smaak past, zou het heel goed zijn. – R15 (oudere)

Ook wordt taalvaardigheid genoemd als factor. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat de vrees zich niet goed te kunnen uiten mensen ervan kan weerhouden om meer formele zorg te vragen.

Iemand waarmee ze niet kan communiceren. Dat is meestal een Nederlandstalig iemand en is het al een beetje van: terugtrekken. – R4 (mantelzorger)

Verder wordt ook genoemd dat mensen niet altijd kennis hebben van de mogelijkheden. Een van de geïnterviewden, die langdurig ziek was maar amper formele Wlz-zorg ontving, gaf aan:

Ik weet niet waar ik recht op heb. – R15 (oudere)

Verschillen tussen volume en kosten

Hoewel veel geïnterviewden de verschillen tussen het beeld op basis van volume versus kosten moeilijk konden duiden, werd er door enkele geopperd dat er mogelijk verschillen zitten in het type zorg dat vaker wordt gebruikt.

Zo zijn problemen rondom inclusiviteit wellicht prominenter aanwezig in specifieke vormen van zorg en ondersteuning, zoals dagbesteding, huishoudelijke hulp en verzorging, en minder in bijvoorbeeld verpleging. De eerstgenoemden zijn doorgaans goedkopere vormen van zorg, waardoor een kleiner volume van deze zorg mogelijk een relatief beperkt effect heeft op de totale kosten.

Verder vertelde enkele zorgprofessionals soms moeizame relaties te ervaren met betrokken partijen. Een medewerker bij een zorginstelling gaf aan bij migrantenouderen vaker extra hulp in te zetten voor de naasten van de oudere. Mogelijk is dit ook relatief dure zorg.

Mensen hebben hoge verwachtingen. Thuis kunnen ze hele goede zorg bieden aan hun vader en moeder en dat verwachten ze ook hier in het verpleeghuis. Maar ook niet kunnen loslaten. Want sommige familieleden hebben het gevoel dat ze zijn mislukt als kind. Mijn vader of moeder heeft altijd voor mij gezorgd en nu kan ik niet meer voor hun zorgen. Meestal zetten we ook een psycholoog in voor de familie en dan komen zulke dingen naar buiten. [...] Maar ook vaak druk van andere familieleden. We werken hier met een eerste contactpersoon, daar communiceren wij mee. Maar daarachter zitten soms andere familieleden en die zetten dan de eerste contactpersoon onder druk, van ja maar dit moet beter, dat moet beter. En dan komt die eerste contactpersoon weer [bij ons] van ja, maar mijn familie zegt... - R5 (teamleider zorginstelling)

De verklaringen voor het lagere zorggebruik onder de migrantenouderen vertonen veel gelijkenissen met de verklaringen voor het hogere gebruik van het pgb. Zo werd genoemd dat het standaard zorgaanbod niet altijd aansluit op de behoeften. Ook werd benoemd dat beperkte Nederlandse taalvaardigheid kan afschrikken van formele zorg en dat mensen niet altijd weten wat de mogelijkheden zijn. Als verklaring voor de relatief kleinere verschillen bij de jaarlijkse kosten vergeleken met het jaarlijks volume werd geopperd dat er verschillen zitten in de typen zorg die gebruikt worden.

overige thema's

Hieronder bespreken we enkele thema's die niet direct een verklaring geven voor de bevindingen uit de data analyse, maar die wel vaak werden genoemd tijdens de gesprekken.

Bevooroordeelde benadering vanuit zorgverleners

Meerdere van de geïnterviewden ouderen en mantelzorgers gaven aan zich bevooroordeeld benaderd te voelen door zorg- en hulpverleners.

Enkele geïnterviewden benoemden dat ze het idee hadden dat zichzelf, of andere mensen met een migratieachtergrond, niet serieus genomen worden.

... en er komt iemand voor een indicatie en dan vooral het buurtteam, ze nemen die mensen niet serieus. Met veel vragen. Ze krijgen niet zoveel uren als ze nodig hebben. Neem ze gewoon serieus. De zorg hebben ze nodig. – R16 (mantelzorger)

Ook hadden sommige respondenten de ervaring met wantrouwen benaderd te worden vanuit zorg- en hulpverleners.

Er werd al van het begin af aan als het gaat om een migrantenoudere, al heel ingewikkeld gedaan als het om het pgb gaat. En dat vind ik ook iets zorgelijks hebben. Voor de een [autochtone Nederlander] is het een uitkomst en voor de ander [Nederlander met migratieachtergrond] zitten er al gelijk allerlei vraagtekens bij. Wordt het wel op de juiste manier aangevraagd, wordt het wel goed ingezet? – R8 (mantelzorger)

Als jij niet goed Nederlands praat, dan ben je echt de dupe. Iemand die geleerd is, kan misschien beter voor zijn rechten opkomen. Maar ik heb [een wantrouwende benadering] wel vaak meegemaakt. Ik heb het een keer met mijn dochter gehad. Ze wilden mij ondervragen wat ik doe. In die tijd, ik kan nog steeds herinneren, heb ik ook tegen haar geschreeuwd, ook als ik niet zo goed Nederlands kan. Ik zeg: "jij hoeft niet te weten wat ik doe, ik zorg voor mijn dochter zelf". Ze hebben mij ondervraagd. Het is eigenlijk haar recht niet. – R17 (mantelzorger)

Een van de geïnterviewde ouderen deelde een ervaring waarin er expliciete discriminatie optrad.

Einde van het jaar mag je [in het gemeenschappelijke gebouw waar de dagbesteding zit] eten. We zitten met de groep aan een tafel. En dan komt daar een Turkse vrouw, die werkt daar ook als vrijwilliger. Ze zei: "jullie mogen gewoon eten gaan halen". We gaan gewoon achter elkaar blijven,

eten halen. Komt een [medewerker], zo tegen mij: "Jullie mogen niet eten halen nu. Als er overblijft, dan mag je eten". Dat kan toch niet, waarom? – R14 (ouder)

Crisissituaties

Verscheidende professionals noemden dat crisissituaties relatief vaak voorkomen bij ouderen met een migratieachtergrond. Met "crisissituatie" wordt bedoeld dat ouderen terecht komen bij de spoedeisende eerste hulp of dat ouderen moeten worden opgenomen op een screenings- en observatieafdeling van een verpleeghuis. Geïnterviewden wijten dit aan onvoldoende (passende) zorg waardoor de situatie uit de hand loopt.

Crises, het aantal crises is gewoon schrikbarend. We zijn begonnen met 1 crisisbed in de stad, en nu hebben we er 30 per week. Naja, mensen worden dus gewoon in crisis uit hun huizen gehaald, en dat heeft allemaal te maken met dat [gebrek aan] vertrouwen, en ook dat er dus geen rekening gehouden wordt met de groep. – R2 (beleidsmaker zorginstelling)

Ja er zijn vaker crises, en een van de redenen, verklaringen hiervoor als het gaat om dementie is dat er geen casemanager wordt ingezet omdat mensen denken dat het ten koste van hun pgb gaat. – R18 (internist ouderengeneeskunde)

(Over)belasting mantelzorgers

Een andere zorg die vaak genoemd werd is de zware belasting op mantelzorgers en de gevolgen daarvan.

[Op het moment dat ouderen binnenkomen bij het verpleeghuis] is de familie er ernstig aan toe. [...] Soms merk je ook een bepaalde frustratie bij de familieleden omdat ze het niet meer kunnen. En waar we soms bang voor zijn, en alleen bang hoor, want het is niet dat we het ooit hebben meegemaakt, maar dat hoor je steeds vaker van, mishandeling in de thuissituatie. Omdat een dochter of een zoon het niet meer kan hebben.

[...]

Als er één dochter is en verder geen familie [die zorg verleent], dan betekent dat dus dat iemand overspannen raakt thuis. Maar ook soms door omstandigheden, mensen die nog in een flat wonen zonder lift, die al maanden niet buiten komen omdat ze dat niet meer kunnen. – R5 (teamleider zorginstelling)

Mogelijk verhoogt de soms aanwezige sociale druk om voor de eigen naasten te zorgen de (emotionele en psychische) belasting op mantelzorgers.

En pgb, mensen die het gebruiken, wat ik zelf merk, moet ook altijd geheim blijven. Vaak willen ze niet, van ik zorg voor mijn moeder, maar ik wil niet dat het betaald is. Die anderen mogen het vaak niet weten en dat merk ik ook heel vaak. – R13 (begeleider dagbesteding)

Verder werd genoemd dat de financiële belasting groot kan zijn.

Ik heb ervaring met de mantelzorgers van mijn cliënten. De meesten hebben toch besloten om een pgb te vragen. Ze hadden gewoon een verdiende baan. Ze hebben die baan gewoon geofferd. En uiteindelijk, hij doet iets voor zijn moeder. Hij had een goede baan, verdiende hartstikke goed, maar omdat die moeder, ze wil graag bij een van haar kinderen geholpen worden. [...] Ze moeten ook natuurlijk hun huur betalen. Ze hebben hun eigen leven en ze hebben ook geld nodig. – R19 (voormalig mantelzorger, begeleider dagbesteding)

3.3.2 Wat zijn de knelpunten voor het toepassen van inclusieve zorg?

Op basis van de gesprekken die wij voerden, hebben we de volgende knelpunten geïdentificeerd. In onderstaande sectie zullen we de knelpunten nader toelichten. De volgorde waarin we de knelpunten presenteren is bepaald door wie het knelpunt hoofdzakelijk beleeft. We bewegen hierbij van zorgvrager naar zorgverlener naar bestuurder.

| No. | Knelpunt | Primair beleefd door ... |
|-----|---|-----------------------------------|
| 1 | Informatie over de Wlz is niet op maat | zorgvrager |
| 2 | Het aanvragen van zorg is te complex | zorgvrager, (zorgverlener) |
| 3 | Gebrek aan cultuurspecifiek aanbod | zorgvrager |
| 4 | Onvoldoende cultuursensitieve kennis en vaardigheden onder zorgverleners | zorgvrager |
| 5 | Taalbarrière onvoldoende geadresseerd | zorgvrager, zorgverlener |
| 6 | Onvoldoende ruimte voor maatwerk | zorgverlener, zorgbestuurder |
| 7 | Onvoldoende bewustzijn rondom inclusieve zorg bij managers en bestuurders | zorgverlener, (zorgbestuurder) |
| 8 | Onvoldoende (financiering voor) samenwerking | zorgverlener, zorgbestuurder |
| 9 | Onvoldoende overheidsbeleid en structurele financiering | zorgbestuurder |

1. Informatie over de Wlz is niet op maat

Zoals beschreven in sectie 3.3.1, is bij een deel van de ouderen met een migratieachtergrond en hun naasten onduidelijkheid over de Wlz-zorg in Nederland. Men is niet altijd op de hoogte van de mogelijke ondersteuning die vanuit de Wmo of Zvw verleend kan worden voordat Wlz zorg geïndiceerd wordt. Ook weet men niet in welke volgorde zorg thuis opgeschaald kan worden, en welke wegen hiervoor bewandeld moeten worden. Dit komt bijvoorbeeld door taalniveau, onduidelijkheid over waar informatie gevonden kan worden en het onvoldoende aansluiten van beschikbare informatie bij de eigen leefwereld. Verder werd in een van de focusgroepen gezegd dat migrantenouderen die beperkte taalvaardigheid hebben of laaggeletterd zijn vaak van hun kinderen afhankelijk zijn voor informatievoorziening, terwijl bij de kinderen weinig bekend is over langdurige zorg.

Volgens geïnterviewden wordt er nog te weinig gezorgd dat informatievoorziening iedereen bereikt. Er werd genoemd dat informatie op maat nodig is. Ook werd het belang genoemd van campagnes waar ouderen met een migratieachtergrond zich in herkennen, en van het verspreiden van informatie op plekken waar ouderen met een migratieachtergrond vaak komen.

We zitten zelf met heel veel onbeantwoord en heel veel onbegrepen. Ik vind het echt zo ingewikkeld allemaal. – R20 (mantelzorger)

... het bewust worden, bijeenkomsten organiseren, met de mensen erover praten dat er verschillende mogelijkheden zijn en hoe het zorglandschap er in Nederland uitziet. Dat je weet waar je moet zijn voor wat en wanneer. Dat zijn we nog steeds heel veel en vaak duidelijk aan het maken – R21 (beleidsmedewerker sociaal domein/zorg)

Eén van onze medewerkers heeft een toneelstuk gemaakt. Ze is productieleider van het toneelstuk *In de Turks over Alzheimer*, wat Alzheimer doet wat het betekent en, en wat voor oplossingen dat er zijn dat toneelstuk. Wordt in het Turks opgevoerd in verschillende moskeeën in het hele land. En daar komt zoveel uit los, zoveel. Het geeft zoveel informatie aan die doelgroep, dat daardoor dus er veel meer kennis ontstaat over Alzheimer of dementie en sowieso in die doelgroep. En dat zijn dingen die keihard nodig zijn en die ook ondersteund moeten worden om dat begrip en die kennis verder te delen. – R22 (*beleidsmaker zorgorganisatie*)

Verder kwam uit de gesprekken naar voren dat zorgverleners nog onvoldoende in staat zijn kennishiaten van ouderen en hun naasten op te vullen. Er werd genoemd dat veel zorgverleners onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Bijvoorbeeld de inzet van een casemanager dementie als iemand thuis Wlz-zorg ontvangt vanuit het pgb, of de mogelijkheid om verschillende soorten langdurige zorg thuis (pgb, vpt, mpt) te combineren.

Er werd benoemd dat deze problemen niet alleen spelen voor (een deel van de) ouderen met een migratieachtergrond, maar ook voor delen van de bevolking met Nederlandse herkomst, zoals mensen die moeite hebben met lezen en schrijven. De informatie over de Wlz-zorg in Nederland is nu vooral toegankelijk voor mensen die goed hun weg weten in het Nederlandse zorgsysteem.

2. Het aanvragen van zorg is te complex

Vele geïnterviewden noemen dat het aanvragen van Wlz-zorg complex is. De aanvraag voor een Wlz-indicatie wordt omschreven als grote administratieve last, en is voor zowel zorgprofessionals als voor de patiënt en diens naasten vaak onoverzichtelijk. Enkele van de geïnterviewden zeggen dat dit ertoe leidt dat sommige mensen niet terecht komen bij de zorg waar ze wel recht op hebben.

Maar ook inderdaad, de bureaucratie. Het duurt enorm lang, he? Als je dan het hele formulier doorgeworsteld bent, eer dat je dan nog de juiste partij hebt en dan ook nog dat de zorg ook daadwerkelijk gestart wordt, kan ik me ook voorstellen dat je zegt van: Nou, we lossen het met elkaar op. – R6 (*verpleegkundig specialist*)

Door sommige geïnterviewden werd overigens ook een drempel ervaren voor het aanvragen van een Wmo-indicatie (wat vaak voorafgaat aan het aanvragen van een Wlz-indicatie).

En ook lastig, want je hebt inderdaad zo'n keukentafelgesprek, dan vragen ze zoveel dingen. Kan je kind de boodschappen niet doen? Kan je kind het stofzuigen niet doen? Dan denk je van, ja, kinderen hebben ook een beperking in hoeveel ze kunnen doen. Je moet zoveel. Dan wil je liever dat voorkomen, al die vragen en dat ze dan uiteindelijk nee zeggen. – R13 (*begeleider dagbesteding*)

Na navraag wat gedaan zou kunnen worden om deze administratielast aan te passen, gaven zorgprofessionals aan dat alles wat gevraagd wordt, wel relevant is, maar dat de logistiek eromheen versimpeld kan worden. Ze benoemden bijvoorbeeld dat verschillende documenten nu dubbel aangeleverd moeten worden, of dat bij de casemanager en familie dezelfde vragen gesteld worden.

Een deel van de mensen die wij gesproken hebben is analfabeet of laaggeletterd. Deze groep in het bijzonder loopt groot risico om niet bij de goede zorg terecht te komen. Laaggeletterdheid komt ook

onder de bevolking met Nederlandse herkomst relatief veel voor¹². Ook deze uitdaging is dus niet alleen relevant voor ouderen met een migratieachtergrond.

[NAAM VAN BEGELEIDER DAGBESTEDING] helpt mij heel goed met papieren. Ik heb echt hulp nodig. Ik kan niet lezen, kan niet schrijven, mijn man ook niet. Hier [op de dagbesteding] komt [NAAM BEGELEIDER] helpen. – R23 (*oudere*)

3. Gebrek aan cultuurspecifiek aanbod

Meerdere geïnterviewden noemden dat er momenteel onvoldoende zorgaanbod is dat tegemoet komt aan specifieke culturele behoeften. Er werd gesteld dat dit ervoor zorgt dat zorgvragers zich minder in de geboden zorg herkennen, mindere kwaliteit van zorg ervaren, en er niet voldaan wordt aan hun wensen en behoeften.

Nou dan toevallig die cliënt waarvoor ik nu op zoek ben. Dat is een dame met dementie zonder ziekte inzicht. Als ik haar warm kan maken voor een activiteit of een ontmoetingsplek met mensen die ook uit Suriname komen, weet ik zeker dat ze daar enthousiast van wordt., maar dat [aanbod] heb ik niet, want hier in [NAAM VAN PLAATS] is zoiets niet, dus ik heb haar proberen warm te maken voor een reguliere dagbesteding en dat is ze daar ook gaan proberen, maar het is niet goed gegaan. Ze zegt “ja, die mensen zijn anders dan ik, ik vind dat niet leuk” dus ja. Ik had een beetje het gevoel dat ik een- nul achter stond omdat ik weer met haar opnieuw moest beginnen. – R24 (*casemanager dementie*)

De aansluiting van de Wlz-zorg is absoluut niet toereikend kijkend naar de doelgroep waar we het over hebben hier. Heel concreet, als wij nu cliënt moeten toeleiden vanuit een grote stad naar een verpleegtehuis die aansluit bij de belevingswereld van de cliënten met het Surinaams met een Turks of Marokkaanse achtergrond, die is er niet. – R25 (*bestuurder zorgorganisatie*)

Hierbij wordt door meerdere geïnterviewden de kanttekening gemaakt dat cultuurspecifieke zorg voor sommige mensen en voor sommige contexten heel goed werkt, maar dat een cultuursensitieve, of inclusieve, benadering in de algemene zorg net zo belangrijk is.

[D]aarmee verontschuldigt je de eindverantwoordelijke, namelijk het systeem en de bestuurders die daar verantwoordelijkheid voor dragen, die verontschuldigt je om actie te ondernemen. Want die zeggen van ja, maar wij hebben jouw Javaanse dagverzorging: allemaal afgedekt. Dat is natuurlijk flauwekul. [...] Ik vind die focus ligt ook veel te veel op cultuur, alsof mensen alleen hun cultuur zijn. Je moet een inclusieve organisatie maken voor ouderen die in Nederland wonen. – R3 (*voormalig bestuurder zorgsector*)

4. Onvoldoende cultuursensitieve kennis en vaardigheden onder zorgverleners

Zowel ouderen en mantelzorgers als professionals noemden dat de beroepsbevolking in de zorg nog onvoldoende beschikt over de kennis en vaardigheden om inclusieve zorg te verlenen aan ouderen met een migratieachtergrond. Hierbij werd gezegd dat er zowel cultuurspecifieke kennis nodig is, als het leren van waardevrij kijken, elkaar als gelijke zien en inclusief werken.

Zeker met mensen die aan het dementeren zijn en teruggaan naar het verleden, moet je wel een beetje van het verleden weten om iemand te kunnen begrijpen. We hebben een bewoner die 's nachts als de nachtdienst kwam elke keer op de grond lag. Werd er een [Melding (bijna) Incidenten cliënten]-

¹² Naar schatting heeft 1 op de 6 Nederlanders moeite met lezen en schrijven.

formulier ingevuld: mevrouw is gevallen. Nou blijkt dus dat die mevrouw vroeger gewend was om op een matje te gaan liggen, omdat de vloer in de tropen koeler is. Dus bepaalde achtergrondinformatie heb je wel nodig om iemand te begrijpen. – R5 (*teamleider zorginstelling*)

Ik heb een aantal stagiaires begeleid van [NAAM OPLEIDINGSINSTITUUT] en die hadden dus geen enkele notie van cultuursensitieve zorg, hè? Dus ik zou vooral ook bij de opleidingen beginnen om de toolkit van professionals zeg maar aan te passen.. van wees je bewust dat jouw socialisatie als witte Nederlander niet hetzelfde is als degene die tegenover je zit en dat het andere dingen van je vraagt als professional. – R6 (*beleidsadviseur gemeente*)

Hierbij werd aangegeven dat er verschillen bestaan tussen zorgverleners in de mate waarin ze over cultuursensitieve kennis en vaardigheden beschikken.

Ieder persoon is anders. Eén heeft wel meer tijd en die luistert en die probeert te begrijpen. Een andere bijvoorbeeld die ik ken, die doet niet eens de schoenen uit, terwijl die mevrouw zegt: 'ik wil dat je schoenen uit doet. "Nee", zegt ze, "die schoenen zijn heel moeilijk om aan te doen, dus ik doe ze niet uit". Je hebt ook heel meegaande. "Mag ik mijn schoenen uit?" Die vraagt netjes en die andere, die loopt gewoon naar binnen. Dus het is echt verschillend. – R13 (*begeleider dagbesteding*)

Wat betreft cultuursensitieve vaardigheden werden vooral communicatievaardigheden genoemd. Een van de respondenten benadrukt dat informatie over ziekte en behandeling bespreekbaar is met iedereen, maar dat de manier waarop informatie wordt gegeven erg belangrijk is.

Ja, je kan het niet op dezelfde manier bespreken. Daar komt het eigenlijk op neer, je kan het prima bespreken, maar niet op dezelfde manier. Dus je kan niet zeggen van: op medische gronden gaan we niet meer reanimeren. Nee, dat moet wel gewoon uitgelegd worden. – R18 (*internist ouderengeneeskunde*)

Wat hier eigenlijk centraal staat is dat je in de communicatie moet aansluiten bij de belevingswereld van de desbetreffende cultuur. Zo gaat men er in de Turkse cultuur van uit dat je altijd doorbehandelt. Er is altijd hoop. Terwijl in de Nederlandse cultuur gezegd wordt: wij zijn uitbehandeld, we gaan alleen nog comfort bieden. In de Turkse cultuur een dergelijke boodschap brengen gaat dan meer als: Het is niet meer in mijn hand om uw familielid te genezen, het is nu in de hand van Allah. Dat soort communicatietechnieken moet je als behandelaar of zorgverlener wel beheersen. – R22 (*beleidsmaker zorgorganisatie*)

Wat betreft communicatietechnieken, werd ook meermaals genoemd dat de huidige manier van vraaggericht werken in de Nederlandse zorg niet altijd goed aansluit. Ook hier geldt weer dat dit probleem ook voor delen van de bevolking met Nederlandse herkomst speelt.

Als jij hulp wilt, maar ook als je naar de huisarts wilt, moet je al je vraag hebben geformuleerd, je moet al weten wat je hebt, wat het antwoord is, welke termijn je de zorg nodig hebt, et cetera, et cetera. En de meeste ouderen, en ook autochtone ouderen trouwens, zijn niet in staat om daarop in te springen. – R8 (*mantelzorger*)

Wij hebben vaak met het buurtteam te maken en dan zeg ik: je hebt diegene niet geholpen, ik heb hem naar je toe gestuurd. "Ja, hij kwam niet met een hulpvraag". Hij weet geen hulpvraag, hij weet niet eens wat dat betekent. Maar hij zit tot hier in de schulden en zijn vrouw is net overleden. "Ja, hij

kwam niet met een hulpvraag". Dus ik denk dat het daar ook wel een beetje mee te maken heeft. Je moet alle regeltjes allemaal kennen, alle mogelijkheden allemaal kennen. – R20 (mantelzorger)

5. Taalbarrière onvoldoende geadresseerd

Zoals ook al gerapporteerd in sectie 3.3.1, zien de geïnterviewden beperkte taalvaardigheid als een grote barrière tot (langdurige) zorg.

Maar het is meer: ze hebben geen Turkse taal. Overal waar je je aanmeldt, hebben ze het niet. Dan is het al van laat maar. – R4 (mantelzorger)

Meerdere geïnterviewden geven aan dat er haken en ogen zitten aan de manieren waarop een taalbarrière nu in de praktijk vaak beslecht wordt. Er wordt aangegeven dat tolken standaard gefinancierd zouden moeten worden.

En soms met de [informele] tolk, ook met die verlegenheid, durf je ook niet alles te zeggen. Je wil niet dat diegene het hoort, dan ben je toch met een half verhaal daar. – R4 (mantelzorger)

Zelfs als je medewerkers hebt die de taal spreken, dan is het nog noodzakelijk dat de cliënt onafhankelijk wordt bijgestaan door een tolk. Anders zou je de zorgverlener tussen de partijen plaatsen, en dat is niet wenselijk. De zorgverlener moet daarna nog wel de zorg gaan verlenen. Het gaat hierbij dan natuurlijk wel over de complexere gesprekken, niet over de dagelijkse zorg. – R22 (beleidsmaker zorgorganisatie)

6. Onvoldoende ruimte voor maatwerk

Gespreksdeelnemers noemden dat huidig beleid is gericht op- en ontwikkeld rondom een specifieke norm (wit, man, heteroseksueel), en niet passend is voor de hedendaagse diversiteit in de Nederlandse bevolking.

...er is ruimte voor maatwerk, maar wel binnen bepaalde kaders en die kaders zijn te strak. In de loop der jaren is er overal gebenchmarkt en gedaan, waardoor die marges steeds kleiner werden, want je moest steeds meer in een steeds nauwer kader je maatwerk gaan bieden. En daar moet de ruimte inkomen. – R22 (beleidsmaker zorgorganisatie)

Verskillende zorgverleners geven aan weinig (financiële) ruimte te ervaren om aan de behoeften van zorgvragers te voldoen.

Iets heel simpels. We hebben cliënten met een islamitische achtergrond. Hebben heel hun leven een bepaalde ritme en in de religie is er een belangrijke rol om te kunnen bidden, en om te bidden moeten ze rein zijn, en om rein te kunnen zijn, moet je je gewassen worden. En dat doen ze vaak meerdere keren per dag en dan komt de wijkverpleegkundige langs en die zegt, meneer mevrouw, ik kan u twee keer per week maximaal indiceren voor douchen, maar meer dan dat kan ik echt ook niet bieden. – R25 (bestuurder zorgorganisatie)

Het Nederlands zorgstelsel is ingericht op de gemiddelde blanke Nederlander, met ook de ethische randen daaraan, of de ethische kanten daaraan, zoals niet meer behandelen als het niet meer zinvol is en dat soort zaken. Terwijl, als je kijkt naar een van onze doelgroepen, dan gaat het er juist om van er is altijd nog hoop. Dus je blijft zo lang mogelijk doorbehandelen en ja, de medicatie voorziening gaat tot op de laatste minuut door terwijl dat eigenlijk not-done is in de landelijke context. Waardoor je ook ziet dat op die locatie het gemiddelde medicatie gebruikt vele malen hoger ligt dan in andere

organisaties of locaties. En dan krijg je vragen van "hoe kan dat nou dat jullie zoveel medicatie gebruiken? Dat moet je echt terugbrengen naar de norm". – R22 (*beleidsmaker zorgorganisatie*)

Ook deelde een geïnterviewde dat de indicatoren waarmee kwaliteit van zorg gemeten wordt soms het bieden van inclusieve zorg juist tegen werken.

Ja om nog even voorbeeldje te geven rondom die wet- en regelgeving: advanced care planning. Daarvan wordt gezegd van, dat gesprek moet hebben plaatsgevonden en het moet ook nog vastgelegd zijn. En voor onze doelgroepen is dat eigenlijk not-done, je gaat dat gesprek niet aan. Dat betekent dus ook dat in jouw registratie waar dat het in Nederland allemaal om draait het niet is opgenomen en je dus een minnetje achter je achter je naam hebt staan. Nou dat dat soort dingen, dat soort nuanceringen zijn gewoonweg niet mogelijk. Het enige wat we dan kunnen doen is juist in gesprek gaan met partijen die dat soort indicatoren, zoals dat dan zo mooi heet, opstellen van, denk na voordat je zo'n indicator opstelt wat je nu eigenlijk vraagt. En wat is dan de toegevoegde waarde van de indicator? – R22 (*beleidsmaker zorgorganisatie*)

7. Onvoldoende bewustzijn rondom inclusieve zorg bij managers en bestuurders

Om inclusieve zorg voor ouderen met een migratieachtergrond te faciliteren moet op verschillende lagen in de organisaties erkend worden dat het bieden van inclusieve zorg belangrijk is. De bewustwording onder bestuurders en in hogere lagen in de organisatie wordt door de deelnemers als essentieel onderdeel van draagvlak genoemd. Uit de gesprekken blijkt dat hier wisselende ervaringen mee zijn.

Sommige deelnemers geven aan dat het gebrek aan inclusiviteit vaak niet gezien wordt. Hierbij wordt door deelnemers benadrukt dat het "in zorg" hebben van ouderen met een migratieachtergrond niet betekent dat de zorg die aan deze mensen verleend wordt ook echt inclusief ingericht is. En het feit dat iedereen gebruik mag maken van de zorgvoorzieningen betekent niet dat iedereen zich ook welkom en begrepen voelt.

Daarom heb ik het steeds over die bewustwording hè, dat dat zo belangrijk is en het beïnvloedt toch wel je manier van denken. En, het doet ook iets met je kokervisie. Want hé, we doen het toch goed? We doen het toch goed voor iedereen. Je hoort toch heel vaak van verpleeghuizen die bijvoorbeeld soep met spekjes of zo uitdelen. En dan is het misschien wel heel goed bedoeld, want je doet het goed voor die mensen. Maar die mensen zijn zich niet bewust van het feit dat [Joodse en islamitische mensen] het gewoon niet mogen hebben. – R18 (*internist ouderengeneeskunde*)

Een geïnterviewde noemt dat stereotype beelden over ouderen met een migratieachtergrond en hun naasten bijdragen aan de beperkte actie tot nu toe.

Dan zag ik een heleboel bestuurders en weet ik veel allemaal, dat deden ze niet bewust, maar die haakten er allemaal op in. En als ik dan zei: Waarom maak je daar geen werk van? Dan zeiden ze, nee maar "zij", hè, zo werd het dan ook gezegd, "ze" of "zij" of "daar". "Die lossen dat allemaal op in hun gemeenschappen", en, noemen ze dat woordje "culturen", "in die culturen lossen ze dat vanzelf op". – R3 (*voormalig bestuurder zorgsector*)

Daarnaast noemden geïnterviewden dat de (ervaren) werkdruk vaak al hoog is, onder andere door personeelstekorten, wat kan bijdragen aan minder interesse in "nog iets extra's", zoals extra aandacht voor de inclusiviteit van zorg.

... alle onderwerpen die ook al moeten. En die teamleiders kunnen dat allemaal net bolwerken en die hebben met veel zieken van doen. En die denken dan van: O dit ook nog? Hoezo? Want het is helemaal geen urgent probleem, vanuit ons gezien. – R2 (*beleidsmaker zorginstelling*)

Sommige geïnterviewden geven aan het idee te hebben dat het initiatief tot meer inclusieve zorg meestal komt van individuele gemotiveerde medewerkers, die het belang van inclusief werken inzien en ervaren op de werkvloer.

Ik heb eerst laten zien [aan het bestuur] van nou, ja, het is toch wel goedkoper om het op deze manier te doen [specifieke interventie rondom ouderen met een migratieachtergrond in te zetten], vanwege de voorbeelden, hè? Anders blijven de mensen terugkomen, je begrijpt ze niet, terwijl, als je het goed aanpakt, dan komen ze één keer en dan ben je gewoon klaar. – R18 (*internist ouderengeneeskunde*)

8. Onvoldoende (financiering voor) samenwerking

De geïnterviewden benoemden dat er, in het algemeen maar specifiek rondom het thema inclusiviteit, behoefte is aan contacten opbouwen met mede-professionals binnen en buiten de organisatie. Zo kan expertise uitgewisseld worden, kunnen de verschillende diensten elkaar beter aanvullen en kan men naar elkaar doorverwijzen waar passend.

...gemeenten dan nog wel, maar dokters, verpleegkundigen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, er is voor mij weinig samenwerking, connectie. En er zou ook gewoon wel winst te halen zijn door goede ideeën van elkaar over te nemen, want iedereen worstelt toch met hetzelfde. – R18 (*internist ouderengeneeskunde*)

Ook werd genoemd dat een netwerk van betrokken sleutelpersonen, of kernfiguren in het zorggebied van de organisatie veel voordelen kan hebben. Zo'n netwerk kan bijdragen bij aan het makkelijker in contact komen met beoogde doelgroepen, zoals migrantenouderen en hun naasten. Ook kan samen met deze sleutelpersonen en kernfiguren gewerkt worden aan het verspreiden van informatie en kennis over de zorgorganisaties.

Wij hebben bijvoorbeeld ook een cliënt adviseur vanuit de Turkse gemeenschap, juist zodat je zo laagdrempelig mogelijk toegang hebt en zo goed mogelijk met elkaar in gesprek kan gaan om de juiste dingen af te spreken en om de juiste zorg te kunnen bieden. – R26 (*beleidsmaker sociaal domein*)

Binnen de huidige inrichting van zorg is hier weinig ruimte voor, en worden initiatieven veelal vrijwillig of in de eigen tijd opgezet.

Het [netwerken] wordt op geen manier betaald, samenwerking in wijken, dat al die mensen die in de zorg en welzijn werken, en al die culturele instellingen, dat die elkaar ontmoeten. Ik doe dat op vrijwillige basis. Elke keer als we ontmoeten zeggen we "goh dit is heerlijk", maar elke keer begin je weer van vooraf aan. – R2 (*beleidsmaker zorginstelling*)

9. Onvoldoende overheidsbeleid en structurele financiering

Meerdere geïnterviewden stelden dat de initiatieven voor inclusieve zorg vaak uit de organisaties zelf komen, in plaats van dat hier structureel ruimte voor geboden wordt "van bovenuit". Er werd genoemd dat zorgpersoneel vaak inventief is in het vormgeven van inclusieve zorg voor ouderen met een migratieachtergrond, maar dat er vaak geen ruimte wordt ervaren om deze initiatieven binnen huidige wet- en regelgeving te borgen of uit te breiden.

...heel concreet nodigen we [als zorgorganisatie] ze uit om gewoonweg op locatie te komen om ter plaatse te zien van wat er gebeurt. En waar zaken waar dat zij inkoopbeleidseisen van maken, waar die toe leiden en hoe dat in de praktijk ervaren wordt. [...] We hebben onze grootste zorgverzekeraar in de regio ook uitgenodigd en die heeft gezegd van nou, na het afronden van het inkoopproces kom ik graag een keertje bij jullie langs... Daarna hè! – R22 (*beleidsmaker zorgorganisatie*)

De zorgverzekeraar zegt heel simpel, “wij gaan ervan uit dat iedere organisatie diversiteitsbeleid voert en dus toegankelijk is voor iedereen, dus dat is voor ons geen argument om zorg in te kopen”. Dus we kunnen natuurlijk op de werkvloer heel veel realiseren, maar als het niet geregeld wordt op macroniveau, dat het niet is gewaarborgd in het systeem gaan we het nooit voor elkaar krijgen op het uitvoeringsniveau. En wat je dan krijgt is: het is ingewikkeld, het is moeilijk, we moeten meer doen, we weten niet wat we moeten doen? We hebben er geen tijd voor, we hebben er geen geld voor. – R25 (*bestuurder zorgorganisatie*)

Enkele deelnemers beschreven de mogelijkheid te hebben gehad om middels projectsubsidie een opdracht, gericht op inclusieve ouderenzorg, uit te voeren. Met het beëindigen van het project, en het eindigen van de projectfinanciering, was er geen financiële ruimte om de projecten voort te zetten en keerde de dienstverlening als het ware weer terug naar de status quo.

“Ik heb een budget gekregen in 2012 vanuit de zorginstelling en een wethouder die achter me stond. Die, zegt Joh, als jij denkt dat dagbesteding specifiek voor ouderen met een migratieachtergrond nodig is dan gaan we het organiseren. We hebben het georganiseerd. Binnen 1,5 jaar hadden we een wachtlijst van 60 vrouwen die er gebruik van wilde maken. Zodra die subsidie was gestopt, die organisatie ermee gestopt was het aan te bieden zijn al die vrouwen weer teruggestuurd naar huis. En dan echt, dan kan ik huilen. – R25 (*bestuurder zorgorganisatie*)

We hebben even een project gedraaid over Alzheimer. Nou ja, nu is iedereen wel geïnformeerd toch? En zijn we weer klaar, terwijl eigenlijk wat je dan ziet, is dat je binnen een jaar of 1,5 nog maar het topje van de ijsberg ziet van wat er nodig is en van wat je ermee kan doen, je bent net begonnen, dus hè, dat is geen duurzame inzet of zo. – R26 (*beleidsmaker sociaal domein*)

4. Discussie

Dit onderzoek werd uitgevoerd naar aanleiding van [motie 36200 XVI, nr. 61 van Sahla](#). De motie was tweeledig en vroeg zich enerzijds af hoe vaak niet-inclusieve langdurige zorg voorkomt en anderzijds wat knelpunten zijn voor het toepassen van inclusieve zorg. Onderstaand bespreken wij de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek, waarbij we ook aanvullende beschouwingen en aanbevelingen geven.

“Inclusieve zorg” is een breed begrip, waar geen standaard definitie voor is. Om het onderzoek behapbaar en gericht te houden is daarom, in overleg met het Ministerie van VWS, besloten om de focus te leggen op 55-plussers met een migratieachtergrond die Wlz-zorg ontvangen.

Wij hebben de motie van Sahla vertaald naar de volgende twee onderzoeksvragen:

1. *Welke verschillen zijn er in gebruik van (en toegang tot) Wlz-zorg tussen ouderen met en zonder migratieachtergrond?*
2. *Wat zijn de knelpunten voor het bieden van passende Wlz-zorg aan ouderen met een migratieachtergrond?*

Verschillen in zorggebruik

Voor onderzoeksvraag 1 zijn we op zoek gegaan naar verschillen in zorggebruik die kunnen duiden op een gebrek aan passende, inclusieve zorg. Mede op basis van een (pragmatisch) literatuuronderzoek, identificeerden we drie thema's:

- het zorgprofiel bij de eerste Wlz-indicatie;
- de keuze voor pgb als leveringsvorm;
- de totale jaarlijks ontvangen zorg in natura (zowel uitgedrukt in tijd als in euro's).

De redeneringen hierbij waren als volgt.

- Het zorgprofiel dat mensen krijgen toegewezen is hoger naarmate de zorgvraag hoger is, ofwel de gezondheid slechter. Bij onvoldoende inclusieve zorg- en ondersteuning voor mensen met een migratieachtergrond is de verwachting dat de toeleiding naar Wlz moeizamer gaat, waardoor men er relatief “ernstiger” aan toe is bij de eerste Wlz-indicatie en dus in een hoger zorgprofiel wordt ingedeeld. Dit thema gaat dus meer over de toegang tot Wlz-zorg dan over het gebruik van Wlz-zorg zelf.
- Wlz-zorg kan in verschillende leveringsvormen worden ontvangen: zorg in natura, een persoonsgebonden budget, of een combinatie van beide. Bij zorg in natura wordt er gebruik gemaakt van het standaard zorgaanbod en bepalen de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar uit welk zorgaanbod de zorgvrager mag kiezen. Bij het pgb koopt men zelf zorg in en is er dus meer vrijheid in het vormgeven van de zorg. Bij onvoldoende inclusieve zorg in het standaard zorgaanbod is de verwachting dat mensen met een migratieachtergrond vaker voor het pgb als leveringsvorm kiezen.
- Ook voor mensen die wel zorg in natura gebruiken kan een gebrek aan inclusieve zorg leiden tot verschillen in zorggebruik. Hierbij is de verwachting dat onvoldoende inclusieve zorg voor ouderen met een migratieachtergrond leidt tot minder zorggebruik vergeleken met ouderen met Nederlandse herkomst.

We voerden een data analyse uit, waarbij we keken naar 55-plussers die tussen 2016-2022 een Wlz-indicatie hadden. Om te zorgen voor een relatief homogene groep keken we alleen naar mensen die een indicatie voor Verzorging & Verpleging ZZP4-8 hadden. We maakten gebruik van declaratiedata, data over de Wlz-indicatie, en data over demografische en sociaaleconomische kenmerken, allen aangeleverd via het Centraal Bureau voor de Statistiek.

We deelden mensen met een migratieachtergrond in verschillende groepen in, op basis van de categorisering die in 2022 door het CBS werd geïntroduceerd. In de indeling worden een aantal herkomstgebieden die relatief vaak voorkomen los genoemd: Nederlandse Antillen, Indonesië, Marokko, Suriname en Turkije. Overige herkomstlanden zijn verzameld in groepen: *Europa* (excl. Nederland), *Overig Afrika, Amerika & Oceanië overig*, en *Overig Azië*. We bekeken de relatie tussen herkomstgroep en de verschillende uitkomstmaten (eerste Wlz-indicatie; pgb als leveringsvorm; jaarlijks ontvangen zorg). Hierbij corrigeerden we voor geslacht, sociaaleconomische status, huishoudgrootte, en zorgprofiel¹³.

De analyses toonden duidelijke verschillen tussen ouderen met Nederlandse herkomst en ouderen met een migratieachtergrond. Nagenoeg alle herkomstgroepen hebben gemiddeld een hoger zorgprofiel bij de eerste Wlz-indicatie dan groep van ouderen met Nederlandse herkomst. Alle herkomstgroepen kiezen vaker voor het pgb. En, op herkomstgroep *Europa* na, ontvangen alle herkomstgroepen minder etmalen zorg dan de groep met Nederlandse herkomst. Ook waren er verschillen tussen de verschillende herkomstgroepen. Zo zaten herkomstgroepen *Europa, Indonesië* en, in mindere mate, *Antillen* vaak relatief dicht bij de groep met Nederlandse herkomst in de buurt, terwijl de verschillen met andere herkomstgroepen groter waren.

Om de bevindingen beter te kunnen duiden, hielden we groepsgesprekken en interviews met betrokkenen. We spraken met zorgverleners, bestuurders en beleidsmakers, maar ook met mantelzorgers en ouderen zelf. Onderstaand bespreken we een aantal van de veelgenoemde verklaringen.

Een veelgenoemde verklaring voor de bevinding dat veel van de migrantengroepen gemiddeld vaker in een hoog zorgprofiel de Wlz instromen, was dat naasten van de ouderen langer informele zorg thuis bieden (dat wil zeggen, tot later in het ziekteproces). Hier werden mogelijk nadelige gevolgen van genoemd. Meerdere geïnterviewden spraken over crisissituaties, waarbij de situatie niet meer goed hanteerbaar is en een oudere bijvoorbeeld terecht komt op de screenings- en observatieafdeling van een verpleeginstelling, of (buiten kantooruren) op de spoedeisende hulp beland, terwijl dit voorkomen had kunnen worden.

Ook zeiden verscheidene geïnterviewden regelmatig (ernstig) overbelaste mantelzorgers te zien, zowel voordat er een Wlz-indicatie heeft plaatsgevonden als erna. Dit heeft nare gevolgen voor het fysieke en psychische welzijn van de mantelzorgers. Daarnaast zijn er ook maatschappelijke gevolgen, bijvoorbeeld door verzuim op werk of door een groter beroep op de gezondheidszorg door de mantelzorger. Naar verwachting zal het aantal mensen dat mantelzorg verleent toenemen, gegeven de verwachte groei van de groep (migranten)ouderen. Dit heeft mogelijk ook emancipatoire gevolgen. Zo wordt mantelzorg vaker door vrouwen verleend dan door mannen [30]. Uit de gesprekken die we voerden kwam naar voren dat het verlenen van mantelzorg vaak leidt tot een vermindering van het aantal gewerkte uren, of het opzeggen van de baan. Een groter beroep op mantelzorg kan daarmee zorgen voor een verminderde arbeidsparticipatie en verminderde bestaanszekerheid en/of financiële onafhankelijkheid onder zowel vrouwen als mensen met een migratieachtergrond.

¹³ In de eerste analyse was het zorgprofiel (bij eerste Wlz-indicatie) de uitkomstmaat en werd het zorgprofiel dus niet als controlevariabele gebruikt. In de andere twee analyses wel.

AANBEVELING: Organiseer betere ondersteuning voor mantelzorgers.

De Sociaal-Economische Raad bracht in december 2023 het advies uit om mantelzorg explicieter een plek te geven binnen het verlostelsel [37]. Wij scharen ons hierachter. In het advies staat dat de raad zich nog zal buigen over de uitwerking op de lange termijn en over wat er verder nog nodig is om (werkende) mantelzorgers te faciliteren. Wij zouden de raad willen aanmoedigen hierbij expliciet aandacht te hebben voor groepen die niet altijd gehoord of gezien worden. Dit zijn mantelzorgers met een migratieachtergrond, maar bijvoorbeeld ook autochtoon-Nederlandse mantelzorgers die moeite hebben met lezen en schrijven. Zorg ervoor dat nieuwe regelingen óók aansluiten bij dat wat deze groepen nodig hebben en dat de informatie over nieuwe regelingen óók hen bereikt. Voor meer informatie

De analyses waarin we keken naar verschillen in hoe vaak pgb als leveringsvorm wordt gekozen en verschillen in hoeveel zorg in natura er jaarlijks wordt ontvangen, lieten een deels overlappend beeld zien. De groep ouderen met Nederlandse herkomst en ouderen met een Europese herkomst (dit zijn vooral ouderen met Duitsland of België als herkomstland) zitten dicht bij elkaar in de buurt. Deze groepen maken het minst vaak gebruik van een pgb en als ze (uitsluitend) zorg in natura krijgen, ontvangen ze jaarlijks de meeste uren zorg¹⁴. Herkomstgroep *Indonesië* zit redelijk in de buurt. De andere herkomstgroepen zitten verder van de groep met Nederlandse herkomst af. Ze kiezen gemiddeld beduidend vaker voor een pgb en als ze voor zorg in natura kiezen, ontvangen ze beduidend minder uren zorg. De Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse groepen gebruiken gemiddeld het vaakst een pgb en ontvangen bij een keuze voor zorg in natura de minste zorg.

Veel geïnterviewden gaven een gebrek aan inclusieve zorg vaak als verklaring voor deze bevindingen. Hierbij werd benoemd dat het gebrek aan inclusiviteit sterker wordt ervaren naarmate de gewoonten en gebruiken in land van herkomst verder af staan van de dominante gewoonten en gebruiken in Nederland. Ook kwam de Nederlandse taalvaardigheid als belangrijke factor naar boven. Er werd bijvoorbeeld gesteld dat in voormalige Nederlandse koloniën van oudsher meer bekendheid is met Nederlandse invloeden en met de Nederlandse taal dan in bijvoorbeeld voormalige gastarbeiderslanden en vluchtelingenlanden¹⁵. Mogelijk zijn er nog meer redenen die de verschillen tussen de herkomstgroepen verklaren. Het beter begrijpen van deze verschillen kan helpen om op toekomstige uitdagingen in de langdurige zorg te anticiperen. Zo zullen mensen met een Oost-Europese herkomst naar verwachting in de toekomst een groter deel van de ouderen uitmaken. De Nederlandse taalvaardigheid is zeker onder mensen met een eerste-generatie Oost-Europese herkomst nog beperkt [31]. Beleid om betere Nederlandse taalvaardigheid aan te moedigen kan waardevol zijn [32]. Uiteraard beperken de positieve effecten hiervan zich niet alleen tot de langdurige zorg, maar het kan óók voor de langdurige zorg van de toekomst positieve effecten hebben.

¹⁴ Hoewel sommige mensen een combinatie van pgb en zorg in natura (zin) gebruiken, hebben we alleen gekeken naar de mensen die *uitsluitend* zin ontvangen. Dit is omdat we bij pgb-zorg niet goed het aantal uren ontvangen zorg kunnen schatten. Als er verschillen zitten tussen de herkomstgroepen in hoe vaak er voor de pgb/zin-combi gekozen wordt, ontstaat er bij het bekijken van de jaarlijkse ontvangen zorg een scheve vergelijking als de "uitsluitend zin" en "pgb/zin-combi" groepen op een hoop worden gegooid.

¹⁵ Hierbij is het benoemen waard dat een deel van de ouderen die worden gerekend tot de migranten met Indonesische herkomst (omdat ze in Indonesië geboren zijn of omdat minstens een van de ouders in Indonesië geboren is) afstamt van (of behoorde tot) de Nederlandse kolonisten ten tijde van Nederlands-Indië en zodoende waarschijnlijk al Nederlandse invloeden meekreeg.

Een verklaring die veel werd genoemd, zowel als uitleg voor het lagere aantal uren zorg dat veel migrantengroepen ontvangen als voor het hogere zorgprofiel waarin men instroomt, was dat mensen de weg niet goed vinden in het systeem en niet goed weten waar ze recht op hebben. Uit recent Pharos-onderzoek waarin mantelzorgers en patiënten met een migratieachtergrond geïnterviewd werden kwam inderdaad naar voren dat mensen nog veel informatie missen over de langdurige zorg [33]. Hierbij is het belangrijk om te benadrukken dat er eindeloos veel onderlinge variatie is tussen mensen met een migratieachtergrond; een deel van de mensen met een migratieachtergrond vindt prima de weg. In bovengenoemd rapport staan enkele factoren die van invloed zijn op hoe goed mensen de weg vinden, waaronder digitale vaardigheden, communicatievaardigheden, en een belastende (thuis)situatie. Zulke factoren zijn uiteraard niet alleen relevant voor mensen met een migratieachtergrond, maar ook voor de bevolking met Nederlandse herkomst [34]. We zagen in de data analyse bijvoorbeeld dat een lager huishoudvermogen (een indicator van sociaaleconomische status) gelinkt is aan minder jaarlijks ontvangen thuiszorg.

Een laatste opmerkelijke bevinding uit de data analyse was dat de verschillen tussen de herkomstgroepen wat betreft de jaarlijks ontvangen zorg in uren (of etmalen) groter waren dan de verschillen in jaarlijkse zorgkosten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de zorg die door migrantenouderen minder gebruikt wordt relatief goedkope zorg is. Voorbeelden zijn dagbesteding en hulp in het huishouden. In zekere zin is dit een bemoedigend teken; mogelijk is het inclusiever maken van deze zorg daardoor ook relatief goedkoop. We hebben deze verklaring echter niet getest op de dataset. Het was binnen de tijds- en budgetbeperkingen van dit onderzoek niet mogelijk om in zulk detail de Wlz-declaratiedata uit te pluizen, maar de data is er om dit verder te onderzoeken. Hierbij voegen we graag toe dat het inclusiever maken van alle vormen van zorg waarschijnlijk grote baten heeft, wat betreft gezondheidswinst voor zowel ouderen als mantelzorgers, maar ook voor het zorgstelsel, door het voorkomen van onnodige crises, zorgbehoeften die groter zijn geworden door (te) late hulp, etc.

Knelpunten voor inclusieve zorg

Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag (*Wat zijn de knelpunten voor het bieden van passende Wlz-zorg aan ouderen met een migratieachtergrond?*) interviewden we zorgverleners, zorgbestuurders en beleidsmakers. Ook uit de gesprekken die we voerden voor het duiden van de data analyse (o.a. met ouderen en mantelzorgers) kwamen knelpunten naar boven, welke we hebben meegenomen in de analyse.

We identificeerden de volgende knelpunten:

1. Informatie over de Wlz is niet op maat
2. Het aanvragen van zorg is te complex
3. Gebrek aan cultuurspecifiek aanbod
4. Onvoldoende cultuursensitieve kennis en vaardigheden onder zorgverleners
5. Taalbarrière onvoldoende geadresseerd
6. Onvoldoende ruimte voor maatwerk
7. Onvoldoende bewustzijn rondom inclusieve zorg bij managers en bestuurders
8. Onvoldoende (financiering voor) samenwerking
9. Onvoldoende overheidsbeleid en structurele financiering

Drie van de geïdentificeerde knelpunten relateren sterk aan de toegang tot Wlz-zorg. Het betreft de knelpunten:

- Informatie over de Wlz is niet op maat.
- Het aanvragen van zorg is te complex
- Taalbarrière onvoldoende geadresseerd

Geïnterviewden deelden dat beschikbare informatie over de Wlz-zorg een deel van de mensen niet bereikt. Ze noemden dat het taalniveau van beschikbare informatie niet voor iedereen passend is, dat er te weinig wordt aangesloten bij de leefwereld van verschillende groepen, en dat de media die gebruikt worden om informatie te verspreiden niet voor alle doelgroepen passend zijn. Ook noemden geïnterviewden dat er te weinig proactief wordt ondernomen om informatie te verspreiden (bijvoorbeeld via campagnes). Als mensen wel afweten van de Wlz en enigszins op de hoogte zijn van de mogelijkheden, kan het proces van aanvragen vervolgens een barrière opwerpen. Geïnterviewde zorgprofessionals gaven aan dat de administratieve last groot is. Sommige geïnterviewde mantelzorgers vertelden met veel wantrouwen tegemoet getreden te worden door hulpverleners. Enkele geïnterviewde ouderen en mantelzorgers gaven aan de drempel tot het aanvragen van zorg zodanig hoog te vinden dat ze er (vooralsnog) van afzien (dit geldt ook voor ondersteuning via de Wmo). Ook zeiden geïnterviewde ouderen en mantelzorgers een taalbarrière als groot obstakel te zien voor het krijgen van zorg- en ondersteuning. Wij vermoeden op basis van de gesprekken die we voerden dat een deel van de mensen die recht hebben op zorg en ondersteuning niet (of erg laat) terecht komt bij Wlz-zorg. Het is moeilijk te toetsen hoe groot deze groep is, omdat mensen die niet bij de Wlz-zorg terecht komen ook niet in de declaratiedata verschijnen. Mogelijk zou huisartsendata gebruikt kunnen worden om dit probleem verder te onderzoeken.

Met uitzondering van de taalbarrière wellicht, gelden deze knelpunten ook voor een deel van de bevolking met Nederlandse herkomst. Zo heeft een aanzienlijk deel van de bevolking met Nederlandse herkomst moeite met lezen en schrijven en/of beperkte digitale vaardigheden). Ook zijn er grote verschillen in belevingswereld. Een informatiecampagne ontwikkeld door hbo/wo-geschoolden uit de Randstad, bijvoorbeeld, is niet zonder meer voor iedereen passend.

Deze knelpunten belemmeren de toegang tot zorg, wat vragen oproept over de rechtvaardigheid van ons zorgstelsel. Het nadenken over doelmatigheid, of kosteneffectiviteit in de zorg is internationaal gezien goed ontwikkeld in Nederland. Dit is zeker niet zonder voordelen; het voorkomen van te hoge prijzen voor zorg die leidt tot beperkte gezondheidswinst zorgt dat er meer geld overblijft voor meer waardevolle zorg. Er wordt echter nog beperkt nagedacht over de verdeling van gezondheid. Bij wie willen we dat de gezondheidswinst terecht komt?

AANBEVELING: Investeer in het verbeteren van de toegang tot Wlz-zorg.

Concrete stappen die hiervoor genomen kunnen worden:

- Investeer in informatie op maat. Zie deze informatiefolder over dementie voor een voorbeeld hoe informatie op maat eruit kan zijn en dit rapport met meer informatie. Investeer hierbij ook in de verspreiding van de informatie. Werk samen met de doelgroep om te toetsen of de informatie en de manier van verspreiden inderdaad passend is.
- Versimpel het proces voor de aanvraag van Wlz-zorg
- Herintroduceer de standaard vergoeding van tolken

Voor de volledigheid relateren we onze aanbeveling voor vergoeding van tolken aan een recente onderzoeksrapportage uitgevoerd door Berenschot [35]. Hierin werd met een vragenlijst aan zorgverleners gevraagd hoe vaak taal een barrière vormt in de dagelijkse praktijk en hoe vaak er daarbij behoefte is aan een tolk. De onderzoekers concluderen dat er bij een taalbarrière in de Wlz minder vaak behoefte is aan een tolk dan in de Zvw. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring dat er meer

alledaagse handelingen, met relatief simpele communicatie, plaatsvinden binnen de Wlz. Dit is in lijn met opmerkingen van de geïnterviewden binnen dit onderzoek. Wij merken hierbij wel op in de Wlz meer interacties zijn tussen patiënt en zorgverlener dan bijvoorbeeld in de Zvw. Zelfs als in een kleiner percentage van de interacties een tolk nodig is, kunnen de absolute aantallen van situaties waar er tolk nodig is hoog zijn.

Twee andere knelpunten die we identificeerden hebben betrekking meer specifiek op mensen met een migratieachtergrond. Dit waren de volgende knelpunten:

- Gebrek aan cultuurspecifiek aanbod
- Onvoldoende cultuursensitieve kennis en vaardigheden onder zorgverleners

Geïnterviewden beschreven enerzijds dat er in het huidige zorgaanbod onvoldoende opties zijn voor zorg die aansluit bij specifieke culturele behoeften. Hierbij kan gedacht worden aan dagbestedingen of verpleeginstellingen waar bijvoorbeeld de inrichting, het voedselaanbod, en de activiteiten aansluiten bij de belevingswereld van een specifieke groep (bijvoorbeeld ouderen die in Suriname zijn opgegroeid). Anderzijds benadrukten geïnterviewden dat er naast meer cultuurspecifiek aanbod grote behoefte is aan meer cultuursensitieve kennis en vaardigheden in het algemeen aanbod. Hierbij werden de vaardigheden om met mensen van verschillende achtergronden effectief te communiceren in het bijzonder genoemd. Verder benadrukten geïnterviewden hoe belangrijk het is dat zorgverleners kunnen reflecteren op de eigen socialisatie en normeringen (“bias”) en deze kunnen bevragen. Het verlenen van cultuursensitieve zorg vraagt een open houding, de ander als gelijkwaardig zien, en waardevrij kijken naar de ander en diens kenmerken en gedragingen. “Cultuursensitieve” zorg verschilt daarmee niet zoveel van “inclusieve” zorg. Een open en gelijkwaardige benadering, mits universeel toegepast, zorgt dat *iedereen* goede zorg kan ontvangen. Daarmee is beleid voor meer cultuursensitieve, of inclusieve, zorg niet alleen waardevol voor mensen met een migratieachtergrond, maar voor iedereen die op de een of andere manier afwijkt van de norm¹⁶.

AANBEVELING: Moedig aan dat de kennis en vaardigheden om inclusieve zorg te kunnen verlenen een vast onderdeel worden van de zorgopleidingen.

Belangrijke onderdelen hierbij zijn:

- enige cultuurspecifieke basiskennis
- interculturele communicatievaardigheden
- bewustzijn van de eigen normeringen
- een open, gelijkwaardige benadering

Verder gaven geïnterviewden aan dat inclusiviteit niet als een losse competentie gezien moet worden, maar als een integraal onderdeel van wat we verstaan onder “kwaliteit van zorg”. Als de zorg zoals deze bedoeld is slechts een deel van de bevolking bereikt, ervaart het andere deel van de bevolking een mindere kwaliteit van zorg. Als we hier geen rekening mee houden en de kwaliteit van zorg enkel bepalen op basis van de groep die wel bereikt wordt zoals bedoeld, krijgen we een vertekend beeld van de kwaliteit van zorg die de bevolking ervaart.

¹⁶ De norm wisselt per context, maar bevat over het algemeen een combinatie van de volgende kenmerken: (cis-)man; wit; Nederlandse herkomst; heteroseksueel; zonder lichamelijke of mentale beperkingen; neurotypisch; hbo/wo-geschoold; middeninkomen of hoger; christelijk.

AANBEVELING: Moedig aan dat “inclusiviteit” een standaard onderdeel wordt van wat we zien als kwaliteit van zorg.

Concrete manieren om hier invulling aan te geven zijn:

- Moedig aan dat in de huidige meetinstrumenten en monitors van kwaliteit een representatieve onderzoekspopulatie wordt geïnccludeerd. Vervolgens kan de kwaliteit van zorg worden uitgesplitst per doelgroep om eventuele verschillen te identificeren. Nu is dat vaak nog niet mogelijk. Zo deelde een van de onderzoekers die meewerkte aan het periodieke onderzoek Ouderen in Instellingen (OII), waarin de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg in verpleeginstellingen wordt gemeten, dat van de 1.000 respondenten in 2019 slechts 11 een niet-westerse migratieachtergrond hadden.
- Ook zouden specifieke indicatoren voor inclusiviteit ontwikkeld kunnen worden en bijvoorbeeld gebruikt bij de zorginkoop door zorgkantoren (en door zorgverzekeraars en gemeenten). Hierbij is het erg belangrijk dat het ontwikkelen van de indicatoren grondig en op basis van beschikbare wetenschappelijke literatuur gebeurt, om zoveel mogelijk te zorgen dat perverse prikkels worden voorkomen en dat er daadwerkelijk gemeten wordt wat we denken te meten. Ook is het belangrijk dat het perspectief van zorgbestuurders en zorgverleners wordt meegenomen bij de ontwikkeling. Hoewel sommige geïnterviewden aangaven graag te willen dat inclusiviteit onderdeel wordt van de inkoop-eisen, waren er ook geïnterviewden die deelden weerstand te voelen tegen een opgelegde visie en “nog meer vinkjes”.

Iets dat opviel tijdens de gesprekken met betrokkenen was dat mensen met een passie voor inclusieve zorg en de wil om dingen te veranderen zich vaak niet gefaciliteerd voelden “van bovenaf”. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het knelpunt “Onvoldoende bewustzijn rondom inclusieve zorg bij managers en bestuurders”, dat speelt vanuit het perspectief van zorgverleners op de werkvloer. Het is ook terug te zien in het knelpunt “Onvoldoende overheidsbeleid en structurele financiering”, dat meer vanuit het perspectief van de zorgbestuurder is geformuleerd. In lijn met het essay “Passende zorg is inclusieve zorg” van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving geloven wij dat de realisatie van inclusieve zorg behoeft dat er kennis en bewustzijn rondom inclusieve zorg bestaat in alle lagen van het zorgstelsel, bij alle schakels in de keten.

AANBEVELINGEN

Moedig aan tot reflectie op de eigen normeringen en open dialoog hierover

Moedig diversiteit in personeel aan, bij alle organisaties en partijen betrokken bij de (langdurige) zorg.

Verbeter bestaande processen rondom het creëren van een veilige werksfeer en het melden van voorvallen van discriminatie, om te zorgen dat de medewerkers die de diversiteit in de verschillende organisaties verhogen prettig kunnen werken, daadwerkelijk gehoord en gezien worden, en niet voortijdig uitstromen

In meerdere van de geïdentificeerde knelpunten speelt financiering een rol. Onder andere bij:

- Onvoldoende ruimte voor maatwerk
- Onvoldoende (financiering voor) samenwerking
- Onvoldoende overheidsbeleid en structurele financiering

Geïnterviewden vertelden het idee te hebben dat breed geïmplementeerde inclusieve zorg geen werkelijkheid zal worden zonder financiering en enige sturing vanuit de overheid. In de huidige context, waarin zorgverleners vaak al behoorlijke werkdruk ervaren, loopt het thema “inclusieve zorg” het risico naar de achtergrond te verdwijnen. Op de langere termijn zijn er weliswaar mogelijk grote baten, op de korte termijn voelen andere onderwerpen voor zorgverleners (en andere partijen in de zorgsector) wellicht urgenter. Meerdere geïnterviewden geven daarbij aan de ervaring te hebben dat projectsubsidies weinig blijvende veranderingen teweeg brengen en sturen aan op structurele financiering.

AANBEVELING: Maak structurele financiering beschikbaar voor het faciliteren van inclusieve zorg.

Een terugkerend onderwerp in de gesprekken was dat er behoefte is aan meer (financiële) ruimte om maatwerk te bieden. Een voorbeeld van zulke ruimte is de indicatie voor het aantal keer wassen te kunnen verhogen voor islamitische ouderen. Wij raden aan om in het bepalen van waar en hoe meer ruimte gecreëerd kan worden, samen te werken met zorgverleners, mantelzorgers (in het bijzonder die met een migratieachtergrond) en andere mensen die goed zicht hebben op de praktijk. Ook was er behoefte aan financiering om (domein-overstijgende) samenwerking te bevorderen.

5. Referenties

- [1] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 'Passende zorg is inclusieve zorg', 2022.
- [2] E. C. Schneider, A. Shah, M. M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields, and R. D. Williams, 'Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries'.
- [3] VZinfo, 'Gezonde levensverwachting | Leeftijd en geslacht'. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/leeftijd-en-geslacht>
- [4] VZinfo, 'Gezonde levensverwachting | Opleiding', Feb. 2024, Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/opleiding>
- [5] VZinfo, 'Gezonde levensverwachting | Regionaal', Jun. 2022, Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/regionaal>
- [6] CBS Statline, 'Bevolking; leeftijd, migratieachtergrond, geslacht, regio, 1 jan. 1996-2020', Oct. 2021, Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37713/table?fromstatweb>
- [7] C. B. voor de S. (CBS) Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) and CBS, 'Bevolking 2050 in beeld Drukker, diverser en dubbelgrijs', 2020. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://publ.nidi.nl/output/2020/nidi-cbs-2020-bevolking-2050-in-beeld.pdf>
- [8] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 'Integratie en samenleven 2022'.
- [9] S. Klokgieters, T. van Tilburg, D. Deeg, and M. Huisman, 'Gezondheidsverschillen onder oudere migranten in Nederland', 2018. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://publ.nidi.nl/demos/2018/demos-34-09-klokgieters.pdf>
- [10] Pharos, 'Factsheet / juli 2022 Sociaal economische Gezondheidsverschillen (SEGV)'.
- [11] Loket Gezond Leven, 'Cijfers en feiten gezondheidsverschillen'. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezondheidsverschillen/cijfers-en-feiten>
- [12] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 'Gezondheidsverschillen voorbij', Aug. 2020. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>
- [13] S. Ahmed *et al.*, 'How to measure cultural competence when evaluating patient-centred care: A scoping review', *BMJ Open*, vol. 8, no. 7. BMJ Publishing Group, Jul. 01, 2018. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021525.
- [14] S. de Groot, I. Santi, P. Bakx, B. Wouterse, and P. van Baal, 'Informal Care Costs According to Age and Proximity to Death to Support Cost-Effectiveness Analyses', *Pharmacoeconomics*, vol. 41, no. 9, pp. 1137–1149, Sep. 2023, doi: 10.1007/s40273-022-01233-8.
- [15] S. de Regt, T. Fokkema, and M. Das, 'Migrantenouderen in Nederland: Een beschrijvende analyse van de leefsituatie van ouderen uit de 20 grootste herkomstgroepen', May 2022. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/migrantenouderen-in-nederland>
- [16] G. Duran-Kiraç, Ö. Uysal-Bozkir, R. Uittenbroek, H. van Hout, and M. I. Broese van Groenou, 'Accessibility of health care experienced by persons with dementia from ethnic minority groups and formal and informal caregivers: A scoping review of European literature', *Dementia*, vol. 21, no. 2, pp. 677–700, Feb. 2022, doi: 10.1177/14713012211055307.
- [17] M. Ahmad, S. Saharso, and E. Tonkens, 'Framing dementia care in families with a migration background: An analysis of practitioners' and family carers' views and experiences', *Ageing Soc*, vol. 60, May 2023, doi: 10.1017/S0144686X23000260.
- [18] S. Berdai-Chaoui, C. van Thiel, and O. Vanmechelen, 'Is iedereen welkom? Onderzoeksrapport van het leertraject cultuursensitieve zorg in de residentiële ouderenzorg', 2020. [Online]. Available: <https://www.researchgate.net/publication/344809986>

- [19] F. Pijbes, R. Helbest, J. van Campen, and M. Goudsmit, 'Anderhalfde lijns geheugenpoli voor oudere migranten in Amsterdam', Apr. 2020.
- [20] A. Helberg-Proctor, 'De paradox van diversiteit en inclusie in de geneeskunde en zorg', Dec. 2021, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: <https://www.socialevraagstukken.nl/de-paradox-van-diversiteit-en-inclusie-in-de-geneeskunde-en-zorg/>
- [21] L. Dekkers, U. Isik, K. Sanders, and G. Dilaver, 'Donkere huid zelden afgebeeld in Nederlandse dermatologieboeken', *Ned Tijdschr Geneeskd*, May 2023, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: <https://www.ntvg.nl/artikelen/donkere-huid-zelden-afgebeeld-nederlandse-dermatologieboeken>
- [22] M. E. T. C. Van Den Muijsenbergh, J. Quarsie, J. S. Burgers, and C. Agyemang, 'Onderscheid naar etnische afkomst Hoe doen we dat in de gezondheidszorg?'
- [23] J. Suurmond, E. Uiters, M. C. De Bruijne, K. Stronks, and M.-L. Essink-Bot, 'Explaining Ethnic Disparities in Patient Safety: A Qualitative Analysis', doi: 10.2105/AJPH.2009.
- [24] M. den Draak and D. Verbeek-Oudijk, 'Verschillen in zorggebruik onder zelfstandig wonende 55-plussers van verschillende herkomst', *TSG*, Nov. 2020.
- [25] S. Denктаş, G. Koopmans, E. Birnie, M. Foets, and G. Bonsel, 'Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands', *Int J Equity Health*, vol. 8, no. 1, p. 35, 2009, doi: 10.1186/1475-9276-8-35.
- [26] N. Conkova, Z. Sert, J. L. Met, O. Van, and S. Talie, *Zorgvraag onder (toekomstige) ouderen met een migratieachtergrond*. 2021.
- [27] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 'Ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging', 2023.
- [28] A. Tuzgöl-Broekhoven, J. Stam, and R. Atalikyayi, 'Zorgen voor burgers', May 2018.
- [29] H. Carlsson and R. Pijpers, 'Diversity-mainstreaming in times of ageing and migration: implementation paradoxes in municipal aged care provision', *J Ethn Migr Stud*, vol. 47, no. 11, pp. 2396-2416, 2021, doi: 10.1080/1369183X.2020.1857231.
- [30] M. de Klerk, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns, and S. Kooiker, 'Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in 2014', 2015.
- [31] Het Kenniscentrum Arbeidsmigranten, 'De Nederlandse taalvaardigheid onder arbeidsmigranten', 2023, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: <https://hetkenniscentrumarbeidsmigranten.nl/wp-content/uploads/2023/10/Eindrapport-De-Nederlandse-taalvaardigheid-onder-arbeidsmigranten.pdf>
- [32] Kenniscentrum Inclusief Samenleven, "'Praat met elkaar" Taalbeheersing voorwaarde voor succes EU-arbeidsmigranten', 2023, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: <https://www.kis.nl/artikel/praat-met-elkaar-taalbeheersing-voorwaarde-voor-succes-eu-arbeidsmigranten>
- [33] J. Sow, S. Alhaji, and I. Goorts, "'Het is als zoeken naar een speld in een hooiberg" Rapport Verkenning toegankelijkheid en informatiebehoefte Regelhulp voor gebruikers met een migratieachtergrond', 2023. Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2024/03/rapport-Regelhulp.pdf>
- [34] N. Jungmann, E. Uiters, and H. de Bruin, 'Drempels slechten. Belemmeringen die lager opgeleiden ervaren als zij gebruik maken van publieke dienstverlening', 2020.
- [35] E. de Groot, L. Fransen, F. van Dam, E. Pinckaers, and B. Berkhout, 'Tolken in de zorg: een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten', 2022.
- [36] CBS Statline, 'Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau', Oct. 2023, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84842NED/table?ts=1712186247483>
- [37] Sociaal-Economische Raad, 'Balans in maatschappelijk verlot | Naar een nieuw verlotkader: stroomlijnen en vereenvoudigen', 2023. [Online]. Available: www.ser.nl

6. Bijlagen

6.1 Topic list voor de duiding van de data analyse

1. De kans dat ouderen met een migratieachtergrond een pgb gebruikt is veel hoger dan bij ouderen met Nederlandse herkomst. Hoe is dat te verklaren? Hoe zijn de verschillen tussen migrantgroepen te verklaren?
2. De kosten en ingezette professionele zorguren vanuit de Wlz is bij ouderen met Nederlandse herkomst beduidend hoger dan bij ouderen met een migratieachtergrond. Hoe is dat te verklaren? Hoe zijn de verschillen tussen migrantgroepen te verklaren?
3. Ouderen met een migratieachtergrond stromen bij hun eerste indicatie in een hoger ZZP binnen dan ouderen met Nederlandse herkomst. Hoe is dat te verklaren? Hoe zijn de verschillen tussen migrantgroepen te verklaren?
4. Welke oplossingen/oplossingsrichtingen zijn er om het Wlz-gebruik passend te maken voor ouderen met een migratieachtergrond?

6.2 Topic list voor de knelpuntenanalyse

Introductie

- 1 - Hoe ben je betrokken bij het initiëren en implementeren van acties gericht op inclusieve zorg binnen een organisatie
- 2 - Welke drempels/knelpunten heb je ervaren bij het implementeren of uitvoeren van inclusief beleid / wet en regelgeving/ complexiteit administratie

Verdieping

- 3 - Welke visie op inclusieve zorg wordt uitgedragen door de organisatie, is dit ook te zien in de uitvoering
- 4 - Wie is verantwoordelijk voor het opstellen van visie/beleid/standaard rondom inclusieve zorg
- 5 - Bij het opstellen van een beleid rondom inclusieve zorg, waar lopen we dan tegenaan (wie spreek je wel/niet, geld, tijd)
- 6 - Welke ondersteuning om inclusief te werken haal jij uit beschikbare wet en regelgeving?
- 7 - Hoe kan deze wet/regelgeving/administratie meer in dienst komen te staan van beoogde gebruikers (toegang en gebruik Wlz) en zorgprofessionals (passende zorg aanvragen) (Systeem zou eigenlijk wat meer toegankelijk moeten zijn)
- 8 - Hoe verhoudt inclusieve zorg zich tot de maatschappelijke vraagstukken rondom personeelstekort, dubbele vergrijzing, schaarste aan Wlz plekken.

Afronding

- 9 - Welke facilitators / steun heb je ervaren bij het implementeren of uitvoeren van inclusief beleid