

Datum: 1 augustus 2023

Betreft: Beleidsnotitie over gezondheidsverschillen onder ouderen

Contact: Mirre van Veen, Strategisch Adviseur Systeem- en Beleidsontwikkeling, [m.vanveen@pharos.nl](mailto:m.vanveen@pharos.nl)

## Aanleiding

Onder ouderen bestaan grote verschillen in vitaliteit, chronische gezondheidsproblemen en behoeften aan zorg en ondersteuning. Leeftijd is daarbij niet altijd de belangrijkste voorspellende factor: de ene persoon blijft tot op hogere leeftijd gezond en vitaal dan de andere. Mensen met een lager inkomen of een praktische opleiding, waaronder relatief veel mensen met een migratieachtergrond, leven gemiddeld tot wel 15 jaar korter in goed ervaren gezondheid dan theoretisch geschoolde mensen met een hoger inkomen.[1] Kansen om gezond ouder te worden zijn dus ongelijk verdeeld. Dit is oneerlijk én onnodig.

Het toekomstbestendig organiseren van zorg en ondersteuning voor ouderen is een van de grootste maatschappelijke opgaven van vandaag. In Nederland wordt de groep ouderen steeds groter en zij worden gemiddeld steeds ouder. Deze “dubbele vergrijzing”, in combinatie met stijgende zorgkosten en krapte op de arbeidsmarkt, stelt de politiek voor lastige beleidskeuzes. De keuzes van kabinet Rutte IV zijn in het afgelopen jaar uiteengezet in verschillende programma’s en akkoorden, o.a. het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ). Veelbelovend is daarbij de aandacht voor gezondheidsverschillen in de analyses, adviezen en akkoorden. Toch blijven gezondheidsverschillen *onder ouderen* nog veelal onderbelicht.

Wat betekenen beleidskeuzes voor de ouderen in kwetsbare sociaaleconomische omstandigheden en/of migratieachtergrond? Hoe houden we rekening met gezondheidsachterstanden in beleidsontwikkeling en -uitvoering? En wat is er nodig om de gezondheidsverschillen onder ouderen daadwerkelijk te verkleinen, zodat iedereen een gelijke kans heeft op gezond ouder worden?

In deze beleidsnotitie vraagt Pharos aandacht voor het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen onder ouderen. Pharos pleit voor toekomstbestendige preventie, zorg en ondersteuning voor ouderen, die inclusief en integraal zijn en gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen. In deze beleidsnotitie lichten we deze visie toe. Allereerst bespreken we de gezondheidsverschillen onder ouderen. Vervolgens gaan we dieper in op de huidige opgaves in ouderenzorg en -ondersteuning waar Nederland voor staat. Ten derde bespreken we het huidige beleid en de aandacht voor gelijke kansen op gezond ouder worden, gevolgd door aandachtspunten die Pharos wil meegeven binnen vier belangrijke pijlers voor inclusieve en integrale preventie, zorg en ondersteuning.

## Gezondheidsverschillen onder ouderen

Uit cijfers van het CBS blijkt dat de verschillen in levensverwachting tussen hoog- en laag opgeleiden<sup>1</sup> onder 65-jarigen de afgelopen jaren eerder toenamen dan afnamen.[2] In de periode 2007-2010 was de levensverwachting op 65-jarige leeftijd voor hoogopgeleiden 1,5 jaar hoger dan voor laagopgeleiden. In de periode 2017-2020 was het verschil toegenomen tot 2 jaar. Ook inkomen speelt een grote rol: 80% van de mensen van 65 jaar en ouder in de hoogste inkomenscategorie ervaart hun

<sup>1</sup> Het CBS maakt gebruik van drie categorieën voor onderwijsniveau, namelijk hoog onderwijsniveau (hbo en wo), middelbaar onderwijsniveau (mbo-2, mbo-3 en mbo-4) en lager onderwijsniveau (basisonderwijs, VMBO en mbo-1).

gezondheid als (zeer) goed ten opzichte van iets meer dan 50% van de mensen in de laagste inkomensklasse.[3]

De gezondheidsachterstanden van ouderen zijn vaak een optelsom van de omstandigheden waarin mensen leven en geleefd hebben en de invloed daarvan op chronische stress. We weten dat stressvolle leefomstandigheden – zoals veroorzaakt door geldzorgen, slechte woning, verlies, echtscheiding, verslaving, migratie, discriminatie, ongezond werk of werkloosheid, overlast in de buurt of het niet kunnen vinden van passende hulp en ondersteuning – leiden tot ongezondheid. Ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking heeft te maken met een opeenstapeling van chronische stressfactoren.[4] Daarnaast hebben deze mensen vaak een relatief klein sociaal netwerk.

Gezondheidsverschillen ontstaan ook doordat een deel van de ouderen (en hun formele of informele zorg- en hulpverleners) meer moeite heeft om hun weg te vinden naar passende zorg en ondersteuning. Verschillende vormen van zorg en ondersteuning vallen onder verschillende wetten (Wmo, de Zvw of de Wlz), die allemaal hun eigen uitvoeringspartijen en toegangscriteria hebben. Dit is voor veel mensen erg ingewikkeld. Het is echter extra moeilijk om de weg te vinden voor ouderen die moeite hebben met lezen, schrijven en rekenen en/of beperkte digitale vaardigheden of anderszins minder gezondheidsvaardigheden hebben. Ook is het extra moeilijk voor ouderen met complexe gezondheidsproblemen waarbij veel verschillende hulpverleners en medisch specialisten betrokken zijn. Er is vaak sprake van een opeenstapeling van problemen: onder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn relatief veel mensen met complexe gezondheidsproblemen en andersom. Daarnaast is er een duidelijke samenhang met de sociaaleconomische positie: het aandeel 'kwetsbare ouderen' (zie kader) is in de laagste inkomensklasse drie keer zo hoog is als in de hoogste.[5] Mede doordat ouderen die de weg niet goed vinden buiten beeld blijven van zorg- en welzijnsprofessionals is het helaas onbekend hoe groot de groep ouderen is die hierdoor onvoldoende en/of niet-passende zorg ontvangt.[6]

## Over kwetsbaarheid

Het huidige beleid is erop gericht de eigen regie en zelfredzaamheid van oudere mensen te bevorderen en ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Dat is niet voor alle ouderen mogelijk. In dat kader verwijzen wetenschappers, beleidsmakers en professionals vaak naar de term 'kwetsbare ouderen'. Het SCP geeft een brede definitie van 'kwetsbaarheid': *"Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)."* [7] Op basis van deze definitie heeft het RIVM een conceptueel kader ontwikkeld met als doel om kennis over preventie en vroegopsporing van kwetsbaarheid op alle levensdomeinen (fysiek, psychisch, cognitief en sociaal) verder te ontwikkelen.[8]

Uit onderzoek blijkt dat ouderen zelf de term kwetsbaarheid nauwelijks herkennen of gebruiken, omdat het negatieve en stereotypische associaties oproept als het gaat om ouder worden.[9] Ook impliceert het dat het een onderdeel is van iemand als individu terwijl het veelal gaat om de omstandigheden waarin iemand leeft. Pharos geeft daarom de voorkeur aan het spreken over 'ouderen in een kwetsbare positie/situatie'.

### *Ouderen met een migratieachtergrond*

Om gezondheidsverschillen te verkleinen is het van belang om diversiteit onder ouderen en verschillen in hun (ervaren) gezondheid goed in beeld te hebben. Hierbij is het belangrijk om oog te hebben voor intersectionaliteit: de gestapelde gronden op basis waarvan mensen uitsluiting en ongelijke kansen kunnen ervaren. Sociaal-economische risicofactoren zijn voor alle groepen ouderen belangrijke voorspellers voor gezondheidsuitkomsten, maar zijn bijvoorbeeld nadrukkelijker aanwezig onder ouderen met een migratieachtergrond. Zo laat de Longitudinal Aging Study Amsterdam zien dat ruim de helft van de Marokkaans-Nederlandse en een kwart van de Turks-Nederlandse ouderen geen opleiding voltooid heeft, terwijl dit onder Nederlandse leeftijdsgenoten slechts 1% van de ondervraagden is.[10] Ruim de helft van de ondervraagden met een Turkse en Marokkaanse migratieachtergrond heeft een inkomensniveau onder de armoedegrens. Dit geldt voor 10% van de onderzoekspopulatie van Nederlandse herkomst. Het is juist de opeenstapeling van de feiten dat iemand weinig opleiding, weinig financiële middelen, een niet-Nederlandse achtergrond en beperkte gezondheidsvaardigheden heeft, waardoor gezondheidsachterstanden optreden.

In Nederland heeft zo'n 10% van de ouderen (55+) een eerste generatie migratieachtergrond en nog eens 5,5% een tweede generatie migratieachtergrond. In totaal gaat het om ruim 850 duizend ouderen. Het aandeel van ouderen met een migratieachtergrond zal in de komende jaren toenemen.[11] Het is bekend dat zij gemiddeld meer gezondheidsproblemen hebben dan Nederlandse leeftijdsgenoten. Zo stijgt het aantal mensen met dementie twee keer zo snel onder mensen met een migratieachtergrond als onder mensen van Nederlandse herkomst. Dit verschil wordt mede veroorzaakt doordat risicofactoren voor het ontwikkelen van dementie, zoals suikerziekte, verhoogde bloeddruk en andere hart- en vaatklachten, vaker voorkomen onder mensen met een migratieachtergrond.[12] Daarnaast spelen problemen met de Nederlandse taal, laaggeletterdheid en een gebrek aan kennis over de mogelijkheden binnen de Nederlandse zorg een grote rol voor veel ouderen met een migratieachtergrond. Ook vanuit de zorgverlener spelen er belemmerende factoren als vooroordelen (bijvoorbeeld "zij zorgen voor elkaar en hebben minder hulp nodig"), ongemak en handelingsverlegenheid een rol.[13] Mede als gevolg daarvan worden diagnoses zoals dementie bij deze groep vaak in een later stadium gesteld. Ook indicatiestellingen, zoals voor thuiszorg en voorzieningen, verlopen vaak trager.[14] Inmiddels zijn er wel aangepaste diagnose-instrumenten voor mensen met een migratieachtergrond ontwikkeld die worden toegepast bij een aantal geheugenpoliklinieken, maar dit gebeurt nog maar mondjesmaat.

Onderzoekers die zich bezighouden met vergrijzings- en verouderingsvraagstukken laten mensen met een migratieachtergrond nog te vaak buiten beschouwing in hun dataverzameling en analyses, omdat ze moeite hebben met het bereiken en betrekken van deze doelgroep en niet altijd bereid zijn extra investeringen te doen om hen te bereiken.[15] Ook het CBS stelt dat er, behalve zorgdeclaratiedata van Vektis, nauwelijks tot geen gegevens beschikbaar zijn over de ervaren gezondheid van ouderen met een migratieachtergrond.[16]

## Sociale determinanten van gezondheid

Gezondheid staat nooit op zichzelf, maar is mede het gevolg van de omstandigheden waarin iemand opgroeit, woont, leeft en werkt. Dat betekent dat we verklaringen voor gezondheidsverschillen onder ouderen niet alleen moeten zoeken in het zorgdomein, maar zeker ook daarbuiten. Een integrale, domeinoverstijgende aanpak van gezondheidsachterstanden onder ouderen is dus cruciaal.

### *Leefomgeving*

Onderzoek toont aan dat een concentratie van minder gezonde mensen en gebrekkige voorzieningen een negatief effect hebben op gezond gedrag en gezondheidsuitkomsten.[17] Studies laten een verband zien tussen groen en gezondheid, waarbij de wijken en gebieden met een gebrek aan groenvoorzieningen vaker te maken hebben met chronische ziekten als diabetes, hart- en vaatziekten bij ouderen en meer psychische problemen.[18]

### *Regioverschillen*

Net als nu zullen in de toekomst veel ouderen in de grote steden wonen. Ouderen vormen echter op het platteland relatief een groter aandeel in de bevolking. Vooral krimpgebieden zoals Oost-Groningen, Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen zijn nu al relatief sterk vergrijsd. Hier is ook het tekort aan zorgpersoneel in toenemende mate voelbaar. Dit komt doordat veel jongeren het platteland verlaten voor een opleiding of baan in de stad; de ouderen blijven achter. We weten dat mensen in krimpgebieden minder gezond zijn: ongeveer 24% van de bewoners heeft hier een minder goede gezondheid; elders is dat 19%. De gemiddeld lagere sociaaleconomische status speelt hierbij een rol.[19]

### *Gezondheidsvaardigheden*

Eén op de vier Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden.[20] Daarnaast hebben zo'n 700.000 mensen ouder dan 65 jaar (1 op de 5) grote moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Doorgaans hebben zij ook geen of beperkte digitale vaardigheden.[21] Voor veel ouderen en hun mantelzorgers zijn aanvraagprocedures en -formulieren (te) ingewikkeld. Vaak is informatie alleen digitaal beschikbaar, terwijl niet iedere oudere een mantelzorger heeft die kan helpen. De ingewikkelde procedures vormen een extra belasting voor ouderen tijdens een periode in hun leven die veel stress met zich meebrengt.[29]

### *Armoede*

Een pensioengat komt veel vaker voor onder ouderen met een migratieachtergrond dan onder gepensioneerde Nederlanders zonder migratieachtergrond.[23] Een pensioengat ontstaat door een achterstand op meerdere fronten: lagere opbouw van AOW-rechten, minder aanvullend pensioen en minder eigen woningbezit. Om armoede als gevolg van een pensioengat tegen te gaan bestaat een sociaal vangnet: de Aanvullende Inkomensvoorziening Ouderen (AIO). AIO kan worden aangevraagd door gepensioneerden met te weinig AOW-opbouw om het inkomen aan te vullen tot het bijstandsniveau. Ondanks dat het hier dus gaat om gepensioneerden die onder de armoedegrens leven, wordt de AIO naar schatting slechts aangevraagd door de helft tot twee derde van de mensen die hier recht op hebben. Dit heeft grote gevolgen voor de gezondheid van deze ouderen, want mensen die in armoede leven hebben vaker fysieke en psychische klachten.

### **Uitdagingen in zorg, ondersteuning en preventie voor ouderen**

De houdbaarheid van de zorg en ondersteuning voor ouderen staat in Nederland al geruime tijd op de beleidsagenda. Veel aandacht gaat uit naar de uitgaven voor langdurige (ouderen)zorg en de krapte op de arbeidsmarkt. Uitgaven per individuele oudere stijgen en het aantal ouderen neemt snel toe als gevolg van dubbele vergrijzing. Als we op de huidige voet doorgaan, zullen de uitgaven aan ouderenzorg stijgen van 19 miljard in 2018 naar 43 miljard in 2040.[5] Tegen deze achtergrond luidde IBO Ouderenzorg luidde onlangs de noodklok in het rapport 'Nietsdoen in geen optie' en riep op tot een maatschappelijke dialoog met als kernvraag: hoeveel zorg willen we onze (kwetsbare) ouderen bieden en wie moet dat betalen?[24]

Het personeelstekort wordt steeds duidelijker zichtbaar in de zorg en ondersteuning voor ouderen. Op dit moment werkt 1 op de 6 werknemers – dus exclusief zzp'ers – in zorg en welzijn. Als we niets doen, dan zou in 2040 1 op de 4 werkenden een baan moeten hebben in zorg en welzijn om aan de zorgvraag te kunnen voldoen.[25] Dat zou betekenen dat alle mensen die de arbeidsmarkt betreden, straks nodig zijn in de zorg.[26] Daarnaast worden er momenteel te weinig mensen voor de zorg opgeleid om tegemoet te kunnen komen aan de zorgbehoefte in de toekomst.[27] De druk op de zorgmedewerkers is de afgelopen jaren toegenomen, o.a. door toenemende regeldruk, een bovengemiddeld hoge werkdruk en gebrek aan ervaren waardering.[28] Naast het tekort aan betaalde beroepskrachten neemt ook het aantal vrijwilligers in de zorg af. Een van de verklaringen daarvoor is dat mensen meer en langer betaald werken en geen tijd meer hebben voor vrijwilligerswerk.[29]

### **Zorgprofessionals in de ouderenzorg en -ondersteuning**

Pharos maakt zich zorgen om de grote gezondheidsachterstanden onder zorgprofessionals die werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg en -ondersteuning. Vorig jaar werd onder deze zorgprofessionals het hoogste verzuimpercentage ooit gemeten: 10,4%.[30] Het werk is soms dermate zwaar dat de gezondheid van werknemers eronder leidt. Door de lage lonen en onzekere, kleine contracten staat voor velen de bestaansonzekerheid onder druk. Veel werknemers ervaren weinig eigen regie in het uitvoeren van hun werk. Ook discriminatie richting medewerkers met een migratieachtergrond is een veelvoorkomend probleem.[27][31]

We zullen kritisch moeten kijken naar de beleidskeuzes die bestaansonzekerheid, overbelasting en gezondheidsachterstanden onder deze groepen zorgprofessionals in de hand werken, zowel in het belang van het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland als in het belang van de houdbaarheid van de zorg en ondersteuning voor ouderen.

### **Mantelzorg**

De zorgen rond stijgende zorgkosten en personeelstekorten hebben er mede toe geleid dat het eigen sociale netwerk en informele zorg een belangrijke rol spelen in het huidige beleid voor ouderenzorg en ondersteuning. Zo zijn er hoge verwachtingen met betrekking tot mantelzorg om te kunnen voldoen aan de verwachte groeiende zorgvraag. Toch lijkt de grens aan de zorg die familie en vrienden kunnen geven bijna bereikt. Aan mantelzorgers is een groeiend tekort. Momenteel zijn er vijf miljoen mantelzorgers, van wie vier miljoen langer dan drie jaar zorgt. Een op de zes mantelzorgers is zwaar belast tot overbelast.[32] Het is goed voor te stellen dat ernstige belasting vaker voorkomt bij mantelzorgers in moeilijke sociaaleconomische omstandigheden.

Uit onderzoek weten we dat mantelzorgers met een migratieachtergrond het aanzienlijk zwaarder hebben dan mantelzorgers van Nederlandse herkomst.[33] Ze beginnen er meestal veel jonger aan en ze zorgen over een langere periode. Daarnaast zien we dat de aansluiting tussen formele zorg en informele zorg voor mantelzorgers met een migratieachtergrond vaker moeizaam verloopt. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door cultuurverschillen, de sociale klasse en gebrek aan kennis van de weg naar formele zorg, maar ook door het niet goed afgestemd zijn van de zorg op mogelijkheden, behoeften en wensen van ouderen met een migratieachtergrond.[34]

Het is belangrijk om te realiseren dat niet iedere oudere een sociaal netwerk heeft waarop een beroep kan worden gedaan voor mantelzorg. In een recente enquête van de Raad van Ouderen gaf 29% van de respondenten aan dat er geen mantelzorger in een straal van tien kilometer rond hun huis woont.[35] Onderzoeken naar eenzaamheid laten zien dat hoe lager de sociaaleconomische positie, hoe hoger het risico op eenzaamheid is. Ook ouderen met een migratieachtergrond hebben een verhoogde kans op eenzaamheid.[36] De Raad voor Ouderen vraagt dan ook bijzondere aandacht voor de ouderen die alleenstaand zijn en die noch familie noch een stevig sociaal netwerk in de directe omgeving (meer) hebben. Ze lijken een vergeten groep in de programma's van het kabinet Rutte IV.[35]

#### *Aanbod van zorg en ondersteuning*

Ongeveer een kwart van de ouderen ervaart op dit moment weinig eigen regie en dit aantal stijgt.[37][38] Dit komt niet alleen door vergrijzing, maar ook doordat ouderen steeds ouder worden, vaker zelfstandig wonen en vaker alleenstaand zijn. Het is voor veel thuiswonende ouderen vaak niet duidelijk welke vormen van zorg en ondersteuning beschikbaar zijn, welke zorg onder welke wet valt, of ze ervoor in aanmerking komen en hoe ze zorg kunnen krijgen. Het aantal uitvoerende partijen is enorm en hun onderlinge verhoudingen zijn complex.[29] Als gevolg wordt de discussie over wie welke taken en verantwoordelijkheden draagt steeds opnieuw gevoerd door zorgaanbieders met de financiers. Juist ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden en weinig financiële middelen zijn hier de dupe van.

Sinds tien jaar is het landelijk beleid om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en wordt verwacht dat zij zorg en ondersteuning in de eigen omgeving organiseren. Maar gezien het beperkte netwerk en een gebrek aan gezondheidsvaardigheden van veel mensen lijkt er onder beleidsmakers, indicatiestellers en zorg- en hulpverleners sprake te zijn van een overschatting van de eigen kracht en mogelijkheden van ouderen en hun netwerken. Particuliere aanbieders van zorg- en ondersteuning spelen in deze beweging een steeds grotere rol. We zien nu al dat meebetalen reden is om af te zien van zorggebruik.[29]

In 'Stand van de Zorg' van afgelopen najaar schreef de Nederlandse Zorgautoriteit dan ook: *"[We stevenen] af op een harde tweedeling. Aan de ene kant staan dan de mensen voor wie de zorg nog steeds beschikbaar is, omdat zij de weg kennen en over voldoende middelen beschikken. Aan de andere kant de mensen die niet over voldoende middelen beschikken en de weg niet kennen. Ook is het aanbod niet in elke regio hetzelfde of gelijk. Dit heeft grote gevolgen, niet alleen voor het individu maar ook voor de samenleving."*[39]

#### *Huisvesting*

Behalve bovenstaande uitdagingen staan we ook voor een grote huisvestingsopgave. Al in 2012 is de regering begonnen het aantal verzorgingshuisplekken af te bouwen vanuit de premisse dat mensen langer zelfstandig thuis willen wonen. De opbouw van zorg- en ondersteuningsaanbod thuis gaat echter langzamer dan noodzakelijk en er zijn onvoldoende verzorgingshuisplekken. De Raad van

Ouderen waarschuwt dat wanneer de huidige kabinetsplannen onverminderd doorgezet worden, er straks 63.000 ouderen met vergevorderde dementie thuis wonen.[35] Het is de vraag welke zorg er overblijft voor deze groep mensen met dementie die geen beroep kan doen op een sociaal netwerk en of eigen financiële middelen.

Ouderen ervaren nu al een tekort aan geschikte woonmogelijkheden.[5] Het gebrek aan woonmogelijkheden tussen 'thuis' en 'verpleeghuis' speelt vooral in de sociaaleconomisch zwakke wijken in steden, waar ouderen in een kwetsbare positie vaak sociaal geïsoleerd raken. Er is duidelijk behoefte aan nieuwe, betaalbare vormen van woonzorg voor mensen met een laag inkomen, maar er lijkt nog onvoldoende aandacht te zijn voor het financieel haalbaar maken van woonarrangementen met aanbod van zorg en welzijn voor ouderen met een kleine portemonnee.[40]

De 'Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen' waarschuwt dat langer thuis wonen door velen in absolute zin wordt begrepen als 'blijven wonen in het huis waar je altijd gewoond hebt'. Dat belemmert niet alleen de doorstroming op de woningmarkt, maar heeft ook consequenties voor de ouderen zelf. Het leidt tot vereenzaming, tot onnodig dure zorg op een suboptimale locatie en tot onnodig beslag op dure ziekenhuisbedden als er iets misgaat.[5] Jaarlijks bezoeken 800.000 ouderen de spoedeisende hulp. Van alle opnames die hierop volgen blijkt het in slechts 40% om niet-vermijdbare medisch-specialistische zorg te gaan.[41] Geschikte woonvormen met passende zorg en ondersteuning kunnen waarschijnlijk bijdragen aan het terugdringen van deze opnames.

#### *Preventie*

Gezondheidsverschillen ontstaan gedurende het leven van mensen. Een commissie van The Lancet constateerde dat 30-40% van de dementiegevallen voorkomen kan worden door de beïnvloedbare risicofactoren aan te pakken.[42] Op individueel niveau gaat dit om vermijdbare factoren zoals diabetes, hoge bloeddruk, bewegingsarmoede en overgewicht. Op omgevingsniveau gaat het onder meer om giftige stoffen, luchtvervuiling en hersentrauma opgelopen in het werkzame leven. Deze risicofactoren komen meer voor bij mensen met een lage sociaaleconomische positie en een lager opleidingsniveau, waaronder mensen met een migratieachtergrond. Beleid gericht op risicoreductie van dementie en op een gezond brein houdt rekening met de complexe en uitdagende situatie waarin mensen leven.

Maar ook op latere leeftijd is er nog veel gezondheidswinst te behalen als preventiemaatregelen goed aansluiten op de mensen die dit het meest nodig hebben. Ouderen met een lagere sociaaleconomische positie lopen bijvoorbeeld mogelijk een hoger risico om te vallen.[43] Dat komt doordat deze ouderen gemiddeld een slechtere gezondheid hebben dan leeftijdsgenoten met een hoge sociaaleconomische positie. De gevolgen van een val zijn enorm, zowel in persoonlijk leed als maatschappelijke zorgkosten. Een valongeval heeft veel impact op de zelfredzaamheid van ouderen, het langer thuis kunnen wonen en de kwaliteit van leven. Bevindingen uit onderzoek tot nu toe laten echter zien dat mensen met een lage sociaaleconomische positie en/of migratieachtergrond minder vaak deelnemen aan preventieve interventies.[44] Er spelen vaak persoonlijke, sociale en culturele factoren die ervoor zorgen dat behandelingen en interventies niet goed aansluiten bij de behoeften en belevingswereld. Tegelijkertijd heeft juist deze groep baat bij valpreventie omdat zij eerder risico lopen op gezondheidsproblemen en daarmee mogelijk ook op een val.

### **Aandacht voor gelijke kansen op gezond ouder worden in beleid**

In het advies van IBO 'Niets doen is geen optie' wordt geconcludeerd:

*"Ongewijzigd beleid betekent waarschijnlijk onvoldoende aanbod van zorgpersoneel wat kan leiden tot verstopping van de zorgketen, lange wachtlijsten, toenemende verschillen tussen arm en rijk in de toegankelijkheid van zorg en een verlies aan kwaliteit van leven en levensjaren. Grote groepen ouderen met een zorgbehoefte, zeker diegenen die het geld en/of de (digitale) gezondheidsvaardigheden missen om zorg zelf (of met familie en vrienden) te organiseren, zullen hun toegang tot en kwaliteit van zorg en ondersteuning zien afnemen."*[24, p. 7]

We staan voor een *wicked problem* in de ouderenzorg en -ondersteuning, waarbij de negatieve gevolgen van dit complexe samenspel van factoren onevenredig groot zijn voor de ouderen met een lage sociaaleconomische positie en/of migratieachtergrond. In de beleidsaanpak van deze uitdagingen zal daarom expliciet rekening gehouden dienen te worden met de ouderen in de meeste kwetsbare situaties om te voorkomen dat beleidskeuzes verschillen vergroten.

In het afgelopen jaar presenteerde het ministerie van VWS de uitwerking van ambities van kabinet Rutte IV op het thema 'Gezondheidszorg' in verschillende programma's en akkoorden. Het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) bieden elk belangrijke aanknopingspunten om te investeren in gelijke kansen op gezond ouder worden en het verkleinen van gezondheidsverschillen onder ouderen.

#### *Het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)*

In het WOZO-programma wordt een nieuwe norm gesteld: zelf als het kan; thuis als het kan; digitaal als het kan.[45] Wat betekent deze norm voor de ouderen met een lagere sociaaleconomische status en/of gezondheidsachterstanden?

8

Uit bovenstaande analyse van gezondheidsverschillen onder ouderen blijkt duidelijk dat niet iedereen binnen deze norm valt. Niet iedereen heeft voldoende gezondheidsvaardigheden om de weg te vinden in het aanbod van ouderenzorg en -ondersteuning, niet iedereen heeft de benodigde digitale vaardigheden om zorg op afstand te ontvangen, niet iedereen heeft een sociaal netwerk om op terug te vallen, niet iedereen woont in een geschikte woning en niet iedereen ervaart eigen regie over zijn of haar leven. De vraag is nu: wat als het niet kan? Is er binnen de "majeure omslag in denken en doen" die minister Helder beoogt, voldoende aandacht voor de ouderen die niet mee kunnen in die omslag? Het antwoord op deze vraag is van cruciaal belang om te voorkomen dat gezondheidsverschillen zullen toenemen.

We staan voor een dubbele opgave: ten eerste zal de omslag naar de nieuwe norm inclusief moeten zijn voor alle ouderen, ook voor hen in de meest kwetsbare omstandigheden. Die groep ouderen is zeer divers. Het kan gaan om ouderen die laaggeletterd zijn, cognitieve of fysieke beperkingen hebben of een migratieachtergrond, om ouderen met psychische problemen of beperkte sociale vaardigheden. De realiteit is dat het vaak gaat om een opeenstapeling van bovenstaande uitdagingen. Aanbieders van zorg en ondersteuning, zorgverzekeraars en gemeenten zullen zich moeten verdiepen in deze ouderen en hun mogelijkheden, beperkingen en behoeften om hun het maatwerk te leveren dat nodig is om hun kwaliteit van hun leven te bevorderen. Biedt het beleid voldoende ruimte voor de uitvoering om rekening te houden met de verschillen tussen ouderen?

Ten tweede is het van belang om te definiëren wat er gebeurt wanneer mensen het niet (meer) zelf, thuis en digitaal kunnen. Momenteel zijn er al te weinig plekken in verzorgingstehuizen en deze



tekorten zullen bij ongewijzigd beleid verder oplopen. De Raad van Ouderen adviseerde in haar recente advies dan ook expliciet:

*“Maak duidelijk wat het WOZO-programma biedt voor ouderen voor wie het niet langer zelf, thuis en digitaal kan. Wie kan bij ongewijzigd beleid nog in het verpleeghuis terecht en voor wie zijn de zorgwoningen bestemd.”*[35]

Ook moet er worden nagedacht over het vangnet waar wel een beroep kan worden gedaan wanneer zowel verpleeghuiszorg als mantelzorg geen opties zijn.

Het WOZO-programma onderschrijft dat het belangrijk is “om uit te blijven gaan van hetgeen ouderen willen en nodig hebben en (persoonsgerichte) en passende ondersteuning en zorg in te zetten, ongeacht iemands culturele achtergrond”.[45, p. 5] Inclusieve zorg is een belangrijke voorwaarde voor passende zorg. Wanneer te weinig rekening gehouden wordt met diversiteit, verkleint dat de kansen van mensen om passende zorg te ontvangen.[46] Cultuursensitief werken zou om die reden integraal onderdeel moeten zijn van beleid en uitvoering. Met de beleidsnota ‘Cultuursensitieve zorg’ van december 2022 doen de ministers en staatssecretaris een belangrijke aanzet om een cultuursensitieve benadering in de gezondheidszorg te stimuleren en garanderen. Pharos draagt graag bij aan de verdere uitwerking van deze aanzet in de praktijk.

#### *Integraal Zorgakkoord (IZA)*

Passende zorg vormt ook uitgangspunt voor het Integraal Zorgakkoord (IZA). Binnen dit zorgakkoord is afgesproken dat de Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis uit 2019 breed wordt geïmplementeerd. Het WOZO-programma biedt daarbij implementatieondersteuning tot 2026. Randvoorwaarden voor structurele borging zullen nog verder vorm moeten krijgen, want de toepassing van deze handreiking is in de praktijk nog lastig. De vaak complexe zorgsituatie van ouderen in een kwetsbare positie die thuis wonen, vraagt soms om zorg waarvan de onderdelen onder verschillende wetten vallen.[47]

9

Daarnaast richt de monitoring van het IZA zich op zes verschillende doelgroepen, waaronder ouderen in een kwetsbare positie. Er wordt gemonitord op drie criteria, gericht op minder opnames op de spoedeisende hulp, beschikbaarheid van diagnose en behandeling op maat voor ouderen met dementie en proactieve zorgplanning (Advance Care Planning).[48] Het is belangrijk dat in deze monitoring gedifferentieerd gaat worden op sociaaleconomische status en migratieachtergrond. Mensen met een migratieachtergrond hebben bijvoorbeeld dikwijls andere verwachtingen van zorg, met name in de laatste levensfase. Deze verschillende opvattingen kunnen leiden tot conflict tussen families en zorgverleners wat een negatieve impact kan hebben op zorguitkomsten. Het is cruciaal om te kunnen volgen of positieve ontwikkelingen op de criteria voor alle groepen minimaal gelijk opgaan, waardoor kan worden gestuurd op het verkleinen van gezondheidsverschillen.

#### *Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)*

Tenslotte beschrijft het recente Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) het belang van het bevorderen en behouden van vitaliteit van ouderen. Het GALA richt zich op preventie en vult vanuit die invalshoek het WOZO-programma aan met specifieke aandacht voor bewegen, ondervoeding en valpreventie. ‘Voorkomen is beter dan genezen’ geldt overal, dus ook bij ouderen. Ouderen en hun omgeving zijn erbij gebaat als gezondheidsproblemen en eenzaamheid voorkomen worden door integrale preventie. Het gaat dan niet alleen gaan om valpreventie en het stimuleren van beweging en cognitieve functies, maar ook om woningaanpassingen en aanpassingen in de buurt, om goede en toegankelijke faciliteiten, winkels en zorgvoorzieningen. Dit kan juist bij deze groep een onnodige instroom in formele zorg voorkomen.[49] Ook bij ouderen zelf is preventie een belangrijk thema, zo blijkt uit het recente advies van de Raad voor Ouderen over preventie.[50]

Daarnaast richt het GALA zich expliciet op het terugdringen van gezondheidsverschillen en het versterken van de sociale basis. In dit akkoord benadrukt de overheid dat ongezondheid niet alleen de uitkomst is van ongezond gedrag, maar vooral van complexe ongelijkheid in de samenleving.

*“Niet iedereen beschikt over de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om gezonde keuzes te maken. De overheid heeft een grote rol bij het bevorderen van gezond gedrag in een gezonde leefomgeving, waarbij de inzet gedifferentieerd wordt en een aparte en toegespitste aanpak vergt voor kwetsbare groepen waarin de grootste stijging van gezondheidswinst te behalen is. Dat vraagt gericht investeren: ongelijk investeren voor meer gelijke kansen (‘Equity in All Policies’).”[51]*

Gezondheidsverschillen onder ouderen horen deels bij de laatste levensfase, maar er bestaan onder ouderen ook veel gezondheidsverschillen die vermijdbaar zijn. Om de ambitie uit het regeerakkoord van Rutte IV om gezondheidsverschillen terug te dringen te realiseren, is het noodzakelijk om ook in beleid voor ouderenzorg en –ondersteuning inzet te differentiëren door middel van een aparte en toegespitste aanpak voor ouderen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie. In onderstaand kader zetten we onze aandachtspunten uiteen binnen vier belangrijke pijlers voor inclusieve en integrale ouderenzorg en –ondersteuning:

## Inclusieve en integrale preventie, zorg en ondersteuning voor ouderen

Op basis van de analyses in deze beleidsnotitie komt Pharos tot de volgende aandachtspunten en aanbevelingen voor beleidskeuzes die inclusieve en integrale ouderenzorg- en ondersteuning kunnen versterken en daardoor gezondheidsverschillen onder ouderen terugdringen:

### Aandacht voor inclusiviteit en differentiëren

- Uitgangspunt van het WOZO-programma is dat ouderen van nu anders in het leven staan dan vroeger en wensen dat de zorg en ondersteuning om hen heen anders wordt georganiseerd. Is de inclusiviteit van dit uitgangspunt voldoende getoetst? Hebben we voldoende kennis van de wensen en ervaringen van ouderen met een lage sociaaleconomische status en/of migratieachtergrond? Hoe staan zij in het leven en hoe wensen zij dat zorg en ondersteuning om hen heen wordt georganiseerd?
- Is er in de maatschappelijke beweging naar “zelf als het kan; thuis als het kan; digitaal als het kan” voldoende aandacht en ruimte om te differentiëren, zodat alle groepen passende zorg en ondersteuning krijgen en deze beweging inclusief is en sociaaleconomische gezondheidsachterstanden verkleint?
- Wordt er in de IZA monitoring op de verschillende doelgroepen, inclusief ouderen in een kwetsbare positie, gedifferentieerd naar opleidingsniveau, inkomensniveau, migratieachtergrond en gender, zodat we vooruitgang kunnen volgen voor en vergelijken tussen verschillende groepen?

#### *Grenzen aan zelfredzaamheid*

- Is er in de uitvoering van het WOZO-programma voldoende aandacht voor de vraag “Wat als het niet kan?” Biedt het beleid voldoende ruimte voor de uitvoering om rekening te houden met de verschillen tussen ouderen en maatwerk te leveren voor ouderen in kwetsbare posities? Wordt er ook rekening gehouden met ouderen met een beperkt sociaal netwerk en daardoor geen beroep kunnen doen op mantelzorg?
- Welke stappen worden er ondernomen om de complexiteit van het stelsel te verminderen en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning (betaalbaar, passend, begrijpelijk en beschikbaar) te garanderen voor alle ouderen, ongeacht multiproblematiek, gezondheidsvaardigheden, sociaaleconomische positie en/of migratieachtergrond?
- Is er in de huisvestingsopgave voldoende aandacht voor de effecten van leefomgeving, sociaal netwerk en bestaanszekerheid op gezondheidsuitkomsten? Zijn woonvormen en woonomgevingen toegankelijk voor ouderen in kwetsbare posities?

#### *Cultuursensitief werken*

- Hebben het WOZO-programma, het IZA en GALA in de uitvoering voldoende aandacht voor cultuursensitief werken? Kijken we hierbij met een intersectionele blik naar de verschillende vormen van ongelijkheid waar ouderen mee te maken kunnen krijgen en hoe hierdoor hun gezondheid beïnvloed wordt?
- Op verschillende plekken zijn er cultuurspecifieke zorginstellingen ontstaan. Deze specifieke vormen van zorg kunnen voor sommige mensen uitkomst bieden. Het is echter van belang dat alle zorg en ondersteuning persoonsgericht en dus ook cultuursensitief is, zodat mensen met een migratieachtergrond zich binnen de reguliere zorg thuis voelen. Stuur het beleid voldoende op een divers personeelsbestand binnen zorg en ondersteuning en op voldoende vaardigheden van professionals om cultuursensitief te werken? Pharos ontwikkelde handvatten voor cultuursensitief werken in de zorg en sociaal domein. Zie: <https://www.pharos.nl/cultuursensitief-werken-zorg-sociaal-domein-handvatten/>
- Mantelzorgers met een migratieachtergrond hebben vaak een grotere kans op overbelasting dan autochtone mantelzorger. Wordt er in beleid voldoende aandacht besteed aan hoe de positie van deze groep versterkt kan worden?

#### *Preventie*

- Zorg en ondersteuning voor ouderen zijn in Nederland sterk reactief georganiseerd en hebben weinig aandacht voor preventie. Ouderen in kwetsbare sociaaleconomische omstandigheden en/of met een migratieachtergrond zouden extra aandacht verdienen in programma's voor preventieve ouderenzorg. Zij ervaren nu meer drempel om deel te nemen aan het huidige aanbod en hebben daarnaast een sterkere behoefte aan meer integraal preventieaanbod met aandacht voor de achterliggende oorzaken van ongezondheid. Pharos pleit voor het ontwikkelen van passend preventieaanbod in nauwe samenwerking met ouderen.

## Literatuur

- [1] Pharos (2022). Factsheet Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen. [Link](#)
- [2] CBS (2023). Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau. [Link](#)
- [3] VZinfo (2020). Ervaren gezondheid | Werk en inkomen. [Link](#)
- [4] Pharos (2021). Leven met ongezonde stress. Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen. [Link](#)
- [5] Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020). Oud en zelfstandig in 2030. [Link](#)
- [6] SCP (2019). Zorgen voor thuiswonende ouderen. [Link](#)
- [7] SCP (2011). Kwetsbare ouderen. [Link](#)
- [8] RIVM (2016). Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? [Link](#)
- [9] Golbach, R. et al. (2022). Welke woorden ouderen gebruiken als het gaat om ouder worden en kwetsbaarheid: een Delphi-studie. [Link](#)
- [10] Klokgieters et al. (2018). Gezondheidsverschillen onder oudere migranten in Nederland. [Link](#)
- [11] Movisie (2022). Eenzaamheid onder ouderen met een migratieachtergrond: wat weten we? [Link](#)
- [12] Huisarts-migrant (2021). Dementie. [Link](#)
- [13] Ahmad, M. et al. (2023). Framing dementia care in families with a migration background: an analysis of practitioners' and family carers' views and experiences. [Link](#)
- [14] Huisarts-migrant (2014). Oudere migranten. [Link](#)
- [15] Fokkema (2019). Migranten van het eerste uur: een verloren generatie op leeftijd? [Link](#)
- [16] CBS (2022). Migrantenouderen in Nederland. [Link](#)
- [17] Equalis & Pharos (2022). Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in relatie tot producten en
- [18] Pharos (2023). Leefomgeving en gezondheidsverschillen. [Link](#)
- [19] SCP (2019). Trends in de ouderenzorg 2018-2030. Kwetsbare ouderen. [Link](#)
- [20] Nivel (2021). Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021. [Link](#)
- [21] Leyden Academy. Sociale inclusie ouderen met een lagere SES. [Link](#)
- [22] Lössbroek & Fokkema (2022). Waar komt armoede onder gepensioneerde migranten vandaan? [Link](#)
- [23] Lössbroek & Fokkema (2022). Waar komt armoede onder gepensioneerde migranten vandaan? [Link](#)
- [24] IBO Ouderenzorg (2023). Niets doen is geen optie. [Link](#)
- [25] VWS (2022). Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. [Link](#)
- [26] RVS (2022). Anders leven en zorgen. [Link](#)
- [27] Duijs, S.E. (2023). The Caring Class. [Link](#)[Link](#)
- [28] SER (2021). Advies "Aan de slag voor de zorg, een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt". [Link](#)
- [29] SCP (2021). Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart. [Link](#)
- [30] CBS (2022). In eerste kwartaal 2022 hoogste ziekteverzuim ooit gemeten. [Link](#)
- [31] KIS (2021). Wanneer de patiënt niet op z'n best is. [Link](#)
- [32] Alzheimer Nederland (2022). Overbelasting mantelzorger bij dementie neemt toe. [Link](#)
- [33] KIS (2015). Zorgt u ook voor iemand? [Link](#)
- [34] Volkskrant (2023). Interview Menal Ahmad. [Link](#)
- [35] Raad van Ouderen (2023). Zorgen om de ouderenzorg. [Link](#)
- [36] Pharos (2021). Eenzaamheidsinterventies. [Link](#)
- [37] Nivel (2014). Kwart ouderen ervaart weinig regie over leven. [Link](#)
- [38] RIVM (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een Gezond Vooruitzicht. [Link](#) adviezen van het Zorginstituut. [Link](#)
- [39] NZA (2022). Stand van de Zorg 2022. [Link](#)
- [40] Platform31 (2018). Langer thuis: Vernieuwende Woonzorg voor Kwetsbare Senioren. [Link](#)
- [41] fluent (2018). Jaarlijks ruim 300.000 ouderen vermijdbaar in ziekenhuisbedden. [Link](#)
- [42] Livingston, G. et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. [Link](#)

- [43] Pharos (2023). Valpreventie voor ouderen met een lage sociaal-economische status (SES) en/of migratieachtergrond. [Link](#)
- [44] Ooms L. et al. (2017). Borging Sportimpulsprojecten rondes 2012 en 2013. [Link](#)
- [45] VWS (2022). Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen. [Link](#)
- [46] RVS (2022). Passende zorg is inclusieve zorg. [Link](#)
- [47] Zorginstituut Nederland (2021). Verduidelijking Zorginstituut: zorg voor kwetsbare ouderen thuis in een complexe zorgsituatie. [Link](#)
- [48] VWS (2022). Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg. [Link](#)
- [49] SER (2021). Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg. [Link](#)
- [50] Raad van Ouderen (2023). Preventie, het nieuwe normaal in een ouder wordende samenleving. [Link](#)
- [51] VWS (2023). Gezond en Actief Leven Akkoord, p. 6. [Link](#)