

## Naar inclusieve dementiezorg

Zorg en ondersteuning bij dementie bij mensen met een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een migratieachtergrond



## Samenvatting

Dit kennisdossier is bedoeld voor beleidsmakers (van gemeentes, GGD's, provincies, rijksoverheid), voor beleidsmedewerkers en managers in zorg en welzijn, en voor opleiders in de dementiezorg en -ondersteuning en bundelt bestaande kennis vanuit kwantitatief en kwalitatief onderzoek over dementie bij mensen met een lage sociaal economische status en/ of migratieachtergrond.

### Cijfers over dementie

- Er zijn in Nederland ongeveer 290.000 mensen met dementie. De verwachting is dat er in 2040 zo'n 520.000 mensen met dementie zullen zijn.
- Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziekten waarbij de verwerking van informatie in de hersenen wordt verstoord. Er zijn medicijnen die de symptomen enigszins kunnen verlichten, maar er is geen medicatie die tot volledig herstel leidt.
- De kans om dementie te krijgen is ongelijk verdeeld. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben een grotere kans op dementie. Dementie komt vaker voor bij mensen met een migratieachtergrond (hogere prevalentie).
- De verwachting is dat het totaal aantal mensen dat overlijdt door dementie tussen 2015 en 2040 verdriedubbelt.
- De schattingen van het aantal mensen met dementie dat thuis woont, variëren van ongeveer 68 procent (Vektis) tot 79 procent (Alzheimer Nederland). Ongeveer 90 procent van de mensen die overlijden door dementie, overlijdt in een zorginstelling.
- Naar schatting zijn er in Nederland zo'n 350.000 mensen die intensieve mantelzorg geven aan iemand met dementie. Als we breder kijken, zijn er zo'n 800.000 mensen in Nederland die mensen met dementie of geheugenproblemen helpen. Eén op de zes mantelzorgers voelt zich zeer zwaar belast of overbelast. Vrouwen geven vaker mantelzorg (71 procent).
- Dementie is in Nederland de aandoening met de hoogste totale zorgkosten. De kosten van dementiezorg stegen van €8,6 miljard in 2017 naar €10,6 miljard in 2020. De verwachting is dat de zorgkosten

voor dementie nog verder zullen stijgen, naar zo'n €15,6 miljard in 2040.

### Nog niet iedereen krijgt passende zorg en ondersteuning bij dementie

- Er zijn aanwijzingen dat mensen die weinig onderwijs hebben gevolgd vaker geen specifieke diagnose krijgen.
- Bij mensen met een migratieachtergrond wordt relatief minder vaak een diagnose dementie gesteld (onderdiagnose), en gemiddeld later in het ziekteproces. Het verbeteren van het diagnoseproces zou dit voor een deel kunnen verhelpen. Het gebruik van de Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS-test) in de huisartsenpraktijk, in combinatie met de Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE-vragenlijst) en de Cross-Culturele Dementiescreening (CCD) in de geheugenpoli, is een goede stap voorwaarts voor mensen gemigreerd uit Turkije, Marokko en Suriname. Dit kan nog niet bij alle geheugenpoliklinieken en huisartspraktijken. Voor mensen die gemigreerd zijn uit andere landen, zijn er nog onvoldoende kennis, tests en vragenlijsten beschikbaar.
- Onderzoek uit Groot-Brittannië laat zien dat voor mensen met een hoge SES de kans om dementie-mediatie te ontvangen tot 25 procent groter is dan voor mensen met een lage SES.
- Kwantitatief onderzoek laat zien dat ouderen met een (niet-westerse) migratieachtergrond veel minder uren langdurige (thuis)zorg ontvangen dan andere ouderen met dezelfde zorgindicatie.

### Overheidsbeleid rondom dementie

- Er zijn drie wetten, namelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), en de Wet langdurige zorg (Wlz), van toepassing op dementiezorg, en er gelden verschillende vergoedingen en eigen bijdragen. Voor Wlz-zorg is een Wlz-indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig. Het is complex om zorg te regelen en de keuze voor bepaalde zorg kan grote consequenties hebben. Als bijvoorbeeld het CIZ een Wlz-indicatie heeft

gegeven, heeft de patiënt niet langer recht op zorg en ondersteuning via de Zvw of Wmo. Hierdoor krijgen mensen soms te maken met een tijdelijke vermindering van zorg en ondersteuning ('zorgval' genoemd).

- Er zijn in Nederland ongeveer 67 regionale dementienetwerken. De meeste dementienetwerken zijn aangesloten bij Dementie Netwerk Nederland (DNN). De coördinatie en de samenwerking tussen de verschillende partijen is nog niet goed genoeg, aangezien er per jaar zo'n 322.000 ouderen onnodig op de spoedeisende hulp belanden. De implementatie van de Zorgstandaard Dementie, waarvoor DNN verantwoordelijk is, moet verbetering brengen.
- Een huisarts kan de diagnose dementie stellen. Als er meer onderzoek nodig is, verwijst de huisarts naar de geheugenpoli in het ziekenhuis. Naar schatting wordt zo'n 58 procent van alle dementiediagnoses gesteld in een geheugenpoli.
- Mensen met dementie en hun naasten hebben recht op een vaste casemanager, maar weten vaak niet dat ze casemanagement kunnen krijgen. Ongeveer de helft van de mensen met een nieuwe diagnose dementie is niet op hun recht op casemanagement gewezen.
- Beleidsveranderingen sinds 2015 zijn erop gericht dat ouderen langer thuis blijven wonen en er minder verpleeghuiszorg nodig is, met als doel lagere kosten. De hoop is dat meer inzet van het sociale netwerk en digitale toepassingen dit mogelijk maken. Het is nog onduidelijk of langer thuis wonen ook echt tot besparingen leidt.
- De Nationale Dementiestrategie 2021-2030 bestaat uit drie thema's: 'Dementie de wereld uit', 'Mensen met dementie tellen mee', en 'Steun op maat bij leven met dementie'. Begin 2023 werd het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) bekendgemaakt. In dit akkoord is meer aandacht voor het voorkomen van dementie.

### Inclusieve zorg voor mensen met dementie

- Passende zorg is inclusieve zorg. De één heeft andere zorg en begeleiding nodig dan de ander. Inclusieve langdurige zorg aan ouderen vraagt daarom om een ongelijke aanpak, waarbij rekening wordt gehouden met gezondheidsvaardigheden, geletterdheid en (sociaal-culturele) achtergrond. Dit gebeurt nog te weinig.
- Omdat beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid zoveel voorkomen onder ouderen, hebben zorgverleners in de dementiezorg er veel mee

te maken. In de opleidingen van zorg- en hulpverleners wordt onvoldoende aandacht besteed aan het leren omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid.

- Er zijn verschillende definities van 'cultuursensitief werken' beschikbaar. Recente definities benadrukken het belang van een open houding, bewustzijn van de eigen culturele normen en waarden, en inzicht in de eigen positie in de maatschappij. Ook wordt de term 'cultuurspecifieke zorg' gebruikt om zorg aan te duiden die gericht is op mensen uit één land of regio, of aansluit bij één religie. Cultuur en religie, gebruiken, rituelen, waarden, taal en (eet)gewoonten staan daarin centraal.
- Het aanbod voor ouderen die zelf niet de middelen hebben om andere zorg te organiseren, is doorgaans gericht op een 'gemiddelde oudere'. Er is weinig ruimte om rekening te houden met iemands culturele achtergrond, gezondheidsvaardigheden, geletterdheid, mogelijkheden en wensen.

### Aandachtspunten en aanbevelingen

- Maak inclusieve dementiezorg beschikbaar door te zorgen voor voldoende kennis van de wensen en ervaringen van ouderen met een lage sociaal-economische status en/of migratieachtergrond.
- Investeer in duurzame uitwisseling met vertegenwoordigers van mensen met een lage sociaaleconomische status en/of migratieachtergrond.
- Differentieer, zodat alle groepen passende dementiezorg en -ondersteuning krijgen en deze zorg en ondersteuning inclusief zijn.
- Monitor op de verschillende doelgroepen, gedifferentieerd naar opleidingsniveau, inkomensniveau, migratieachtergrond en gender, zodat we vooruitgang kunnen volgen.
- Zet stappen om de complexiteit van het stelsel te verminderen en de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning (betaalbaar, passend, begrijpelijk en beschikbaar) te garanderen voor alle ouderen.
- Stop met tijdelijke projecten en investeer in structurele verbeteringen.
- Maak de kennis, houding en vaardigheden die nodig zijn om te werken met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en/of laaggeletterdheid en om cultuursensitief te werken, tot vast en verplicht onderdeel van de zorg- en welzijnsopleidingen en nascholingen.

## Naar inclusieve dementiezorg. Zorg en ondersteuning bij dementie bij mensen met een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een migratieachtergrond

Dit kennisdossier is bedoeld voor beleidsmakers (van gemeentes, GGD's, provincies, rijksoverheid), voor beleidsmedewerkers en managers in zorg en welzijn, en voor opleiders in de dementiezorg en -ondersteuning. We willen hen informeren over de bestaande ongelijkheid in het vóórkomen van dementie en in de dementiezorg en -ondersteuning, en wat dat betekent voor beleid en praktijk.

Bovenal willen we hen met dit kennisdossier inspireren om dit thema binnen de eigen organisatie te agenderen. Inhoudelijk focussen we op mensen in een kwetsbare positie: vanwege een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden, en/of een migratieachtergrond. Ook intensieve mantelzorg kan mensen in een kwetsbare positie brengen.

Dit kennisdossier is gebaseerd op kwantitatief en kwalitatief wetenschappelijk onderzoek. Ook putten we uit onze bevindingen en expertise die is opgedaan binnen het praktijkverbeterprogramma *Dementiezorg voor Elkaar*, en via de samenwerking met professionals uit het dementieveld, evenals met mantelzorgers en ouderen met dementie in diverse projecten van Pharos. We plaatsen deze kennis binnen de huidige beleidsakkoorden.

# 1 Cijfers over dementie

Er zijn in Nederland in 2023 ongeveer 290.000 mensen met dementie. We weten het precieze aantal niet zeker, omdat veel mensen geen officiële diagnose krijgen (Alzheimer Nederland, z.d.). In 2021 waren er bijvoorbeeld maar 116.400 mensen met dementie bekend bij de huisarts (Nivel, z.d.).

Het aantal mensen met dementie stijgt sterk. De verwachting is dat er in 2040 zo'n 520.000 mensen met dementie zullen zijn. De stijging komt vooral doordat mensen steeds ouder worden. Van de mensen boven de 90 jaar heeft ruim 40 procent dementie. Van de mensen boven de 80 jaar heeft ruim 25 procent dementie. Van de mensen boven de 65 jaar heeft ruim 8 procent dementie.

Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziekten. Deze ziekten leiden tot een syndroom waarbij de verwerking van informatie in de hersenen is verstoord. Hierdoor treden geheugenstoornissen en veranderd gedrag op, in wisselende combinatie met een of meerdere van de volgende stoornissen:

- afasie (niet meer goed begrijpen van of kunnen uitdrukken in woord of schrift);
- apraxie (geen doelbewuste handelingen kunnen uitvoeren);
- agnosie (geen objecten meer kunnen herkennen);
- stoornis in de uitvoerende functies (niet meer kunnen abstraheren, logische gevolgtrekkingen maken, organiseren, plannen maken, doelgericht handelen).

De meest voorkomende soorten dementie zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie en Lewy body dementie. Vaak treden verschillende vormen van dementie tegelijkertijd op. Het ziektebeeld verschilt van mens tot mens. Bij sommige mensen verslechtert het functioneren heel snel, terwijl anderen veel langzamer achteruitgaan. Het hebben van de ziekte is zwaar voor de mensen zelf en voor hun naasten. Vaak treedt er bij naasten een rouwproces op, omdat degene met dementie zo verandert in gedrag door de ziekte. Er is medicatie die in sommige gevallen de symptomen kan verlichten, maar er bestaat (nog) geen medicatie waarmee herstel mogelijk is.

De kans om dementie te krijgen is ongelijk verdeeld. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben een grotere kans op dementie, omdat zij te maken hebben met meer risicofactoren (Cha et al., 2021). Tegelijkertijd hebben zij vaker beperkte financiële mogelijkheden en gezondheidsvaardigheden. Onderzoek laat ook verbanden zien tussen (beperkte) gezondheidsvaardigheden en financiële geletterdheid, en een grotere kans op dementie (Wilson et al., 2017). In alle leeftijdsgroepen hebben vrouwen een grotere kans om dementie te krijgen dan mannen. Uit onderzoek blijkt ook dat vrouwen die weinig onderwijs hebben gevolgd een grotere kans hebben op dementie dan vrouwen met veel jaren opleiding. Bij mannen maakt het aantal jaren opleiding niet uit voor het risico op dementie. Wel lijkt het erop dat bij mannen én vrouwen een laag inkomen een grotere kans geeft op dementie. Verder blijkt uit onderzoek dat dementie vaker voorkomt bij mensen met een migratieachtergrond. In een Nederlandse studie is vastgesteld dat bij mensen met een Marokkaanse, Turkse of Surinaams-Hindoestaanse afkomst dementie veel vaker voorkomt dan bij in Nederland geboren mensen (hogere prevalentie). Onder ouderen met een migratieachtergrond stijgt het aantal mensen met dementie twee keer zo snel als onder ouderen die niet gemigreerd zijn. Het is nog niet precies bekend waarom dementie vaker voorkomt in sommige groepen. Waarschijnlijk komt dit doordat de [risicofactoren](#) die een grotere kans geven op dementie vaker voorkomen in deze groepen.

Dementie heeft een groot effect op de kwaliteit van leven. In de ranglijst van aandoeningen die in Nederland het grootste verlies van gezondheid veroorzaken, stond dementie in 2018 op de achtste plaats (VZinfo, z.d.). De verwachting is dat dementie in 2040 op nummer 1 zal staan. Een van de redenen hiervoor is dat de behandelingen voor andere belangrijke aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, beter worden. Er zijn echter nog geen goede behandelingen voor dementie beschikbaar.

Ook de sterfte door dementie stijgt. Bij ernstige dementie werken basisfuncties als slikken, ademen en de blaasreflex niet meer goed, waardoor mensen kunnen overlijden. Daarnaast verhoogt dementie de kans op overlijden bij mensen met andere aandoeningen. De verwachting is dat het totaal aantal mensen dat overlijdt door dementie tussen 2015 en 2040 verdriedubbelt (VTV-2018, 2017).

Van de mensen met een diagnose dementie woont zo'n 55 procent zelfstandig thuis, terwijl de andere 45 procent in een zorginstelling woont (Francke et al., 2018). Vaak is een diagnose dementie nodig om toegelaten te worden in een zorginstelling. Het aantal mensen met dementie dat thuis woont ligt hoger onder alle mensen met dementie, met of zonder diagnose. Vektis schat dat zo'n 68 procent van de mensen met dementie thuis woont, Alzheimer Nederland schat dat zo'n 79 procent thuis woont. Zo'n 40 procent van de mensen met dementie woont alleen, wat gevolgen heeft voor de zorgbehoefte. Richting het einde van het ziekteproces is meestal verpleeghuiszorg nodig. Ongeveer 90 procent van de mensen die overlijden door dementie, overlijdt in een zorginstelling.

Thuiswonende mensen met dementie ontvangen vaak mantelzorg. Naar schatting zijn er in Nederland zo'n 350.000 mensen die mantelzorg geven aan iemand met dementie. Als we breder kijken, zijn er zo'n 800.000 mensen in Nederland die mensen met dementie of geheugenproblemen helpen (Movisie, 2022, gebaseerd op Boer et al., 2020). Meestal wordt mantelzorg gegeven

door de partner van degene met dementie (46 procent), of door een (schoon)kind (47 procent). Vrouwen geven vaker mantelzorg (71 procent). De gemiddelde leeftijd van mantelzorgers is 64 jaar (Nivel, 2022).

In de afgelopen jaren nam de overbelasting van mantelzorgers toe (Francke et al., 2018). Uit vragenlijstonderzoek uit 2022 blijkt dat één op de zes mantelzorgers zich zeer zwaar belast of overbelast voelt (Bijnsdorp et al., 2022). In 2013 was dit aantal minder, toen voelde één op de tien mantelzorgers zich zeer zwaar belast of overbelast. Aan beide onderzoeken deden vooral mantelzorgers mee die professionele hulp en ondersteuning kregen. Uit ander onderzoek blijkt dat een groot deel van de mantelzorgers helemaal geen gebruikmaakt van professionele hulp en ondersteuning, vaak omdat mensen niet weten wat de mogelijkheden zijn (Homan et al., 2018). Het zou kunnen dat de overbelasting nog hoger ligt onder mantelzorgers zonder professionele hulp. Verder weten we dat mantelzorgers met een migratieachtergrond minder professionele hulp ontvangen, gemiddeld meer uur zorg geven en vaker overbelast zijn dan mantelzorgers zonder migratieachtergrond (Boer et al., 2020; Franzen, 2022). Dementie is in Nederland de aandoening met de hoogste totale zorgkosten. De kosten van dementiezorg stegen van 8,6 miljard in 2017 naar 10,6 miljard in 2020. Dit kwam voor een deel doordat het aantal mensen met dementie steeg, maar ook doordat verpleeghuiszorg duurder werd. De verwachting is dat de zorgkosten voor dementie nog verder zullen stijgen, naar zo'n 15,6 miljard in 2040.

## 2 Overheidsbeleid rondom dementie

### Organisatie van zorg en ondersteuning

Bij vermoedens van dementie kunnen mensen eerst naar de huisarts gaan. De huisarts praat met de patiënt zelf, maar ook met iemand uit de directe omgeving van de patiënt. De huisarts vraagt naar problemen met het geheugen en met taal en naar veranderingen in het gedrag. Ook kan de huisarts screeningstesten (vragenlijsten) afnemen bij de patiënt en diens mantelzorgers. Op basis van de gesprekken en vragenlijsten kan de huisarts vaak al een diagnose dementie stellen. Als er meer onderzoek nodig is, verwijst de huisarts naar een specialist van de geheugenpoli of de afdeling neurologie in het ziekenhuis. Geheugenpoli's zijn gespecialiseerd in de diagnostiek en begeleiding van patiënten met dementie. Naar schatting wordt zo'n 58 procent van alle dementiediagnoses gesteld in een geheugenpoli (Wolters, 2018).

Zodra er een diagnose is, hebben de patiënt en mantelzorgers recht op een vaste casemanager. Een casemanager geeft begeleiding aan mensen met dementie en hun naasten. Casemanagers informeren, coördineren, denken mee, adviseren en regelen zorg. Een casemanager kan bijvoorbeeld de weg wijzen in het ingewikkelde systeem van zorg en welzijn. Casemanagement wordt meestal betaald uit de basisverzekering van degene met dementie. Mensen met dementie en hun naasten weten vaak niet dat ze casemanagement kunnen krijgen. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de mensen met een nieuwe diagnose dementie niet op hun recht op casemanagement is gewezen (Jansen et al., 2016). Dit terwijl veel mantelzorgers behoefte hebben aan informatie over dementie en over mogelijkheden voor zorg en ondersteuning. Daarnaast laat onderzoek uit 2017 zien dat de vraag naar casemanagement groter is dan het aanbod (Francke et al., 2018).

Er zijn verder verschillende vormen van zorg, hulp en ondersteuning. Deze worden op verschillende manieren gefinancierd. Persoonlijke verzorging en verpleging thuis worden via de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#) gefinancierd. Deze zorg wordt aangevraagd bij de zorgaanbieder zelf (bijv. lokale wijkverpleging). Hulp in het huishouden en dagbesteding

worden via de [Wet maatschappelijke ondersteuning \(Wmo\)](#) gefinancierd. Deze ondersteuning wordt aangevraagd bij de gemeente waarin degene met dementie woont. Als er voor onbepaalde tijd heel veel zorg nodig is (bijv. bij opname in een verpleeghuis), kan de [Wet langdurige zorg \(Wlz\)](#) gebruikt worden. Voor zorg en ondersteuning via de Wmo en de Wlz moeten mensen een eigen bijdrage betalen. De Wmo-bijdrage is voor bijna iedereen hetzelfde. Bij het berekenen van de eigen bijdrage voor de Wlz wordt gekeken naar het inkomen en vermogen van de aanvrager.

Om recht te hebben op Wlz-zorg is een Wlz-indicatie van het [Centrum Indicatiestelling Zorg \(CIZ\)](#) nodig. Het CIZ beslist over het zorgprofiel (of 'zorgzwaartepakket') van de patiënt. Het gegeven zorgprofiel bepaalt welke zorg en ondersteuning vergoed worden. Als het CIZ een Wlz-indicatie heeft gegeven, heeft de patiënt niet langer recht op zorg en ondersteuning via de Zvw of Wmo. Hierdoor krijgen mensen soms te maken met een tijdelijke vermindering van zorg en ondersteuning. Dit wordt ook wel de 'zorgval' genoemd. Als mensen bijvoorbeeld lang op een wachtlijst staan voor een verpleeghuis, krijgen ze nog geen zorg vanuit het verpleeghuis, maar hebben ze ook geen recht meer op een casemanager.

Om de mantelzorg thuis vol te kunnen houden, geven mantelzorgers aan dagbesteding belangrijk te vinden (Ramaker & Alderliesten, 2021). Daarbij ervaren ze echter wel vaak een mismatch in het aanbod aan dagbesteding en de interesses en behoeften van de mensen met dementie (Francke et al., 2018). Ook bij mensen met een migratieachtergrond blijkt het vaak moeilijk om de dagbesteding af te stemmen op hun specifieke wensen en behoeften (Ahmad, 2022).

De zorg en ondersteuning bij dementie kunnen op verschillende manieren geleverd worden. Er kan gekozen worden voor 'zorg in natura' of een persoonsgebonden budget (pgb). Bij zorg in natura regelt een zorgaanbieder alle zorg. Bij een pgb wordt een budget gegeven, waarmee mensen zelf zorg kunnen regelen. Bij Wlz-zorg kunnen mensen kiezen tussen wonen in een zorginstelling of thuis zorg ontvangen.

## Minder verpleeghuiszorg

In 2015 veranderde het beleid voor langdurige zorg ingrijpend. Vroeger werd een groot deel van de zorg, hulp en ondersteuning aan mensen met dementie gefinancierd

via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Een deel van de zorg die eerst werd vergoed via de AWBZ valt sinds 2015 onder de Wlz. Maar er zijn ook veel taken naar de Wmo en de Zvw verschoven.

### Reflecties

Steeds meer mensen maken zich zorgen over de effecten van het overheidsbeleid op ongelijkheid onder ouderen. Hoe meer verantwoordelijkheid er bij mensen zelf gelegd wordt, hoe groter het risico dat een deel van de mensen niet genoeg zorg en ondersteuning krijgt en in vervelende situaties belandt. Volgens ouderenspecialisten in het ziekenhuis is er een toenemend aantal oudere patiënten dat in een slechte conditie op de spoedeisende hulp arriveert (Van Gaalen, 2022). Deze ouderen hebben bijvoorbeeld longontstekingen die lang onbehandeld zijn gebleven, of hebben onvoldoende persoonlijke verzorging of onvoldoende voeding gehad. Niet iedereen weet welke hulp beschikbaar is, niet iedereen begrijpt de regels. Niet iedereen heeft mensen om zich heen die kunnen helpen. Niet iedereen heeft een woning die geschikt is voor ouderen en niet iedereen kan een verhuizing betalen.

Door beleid dat gericht is op eigen verantwoordelijkheid, wordt het verschil tussen mensen die wel meekomen en zij die dat niet doen, vergroot.

Zo schreef de [Nederlandse Zorgautoriteit](#): *[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'* (Hommes, 2022).

Huisarts Christian de Groot schreef in een open brief aan minister Conny Helder voor Langdurige Zorg en Sport (De Groot, 2023): *'Thuiswonenden uit hoge SES huren ZZP'ers in of gaan naar een kleinschalige woonvorm en krijgen de zorg die ze nodig hebben. Inwoners met een kleine portemonnee hebben hierdoor nog meer last van arbeidsmarktkrapte. Waar aan de ene kant een gat wordt gevuld (ZZP en woonvormen voor de rijken) ontstaan gaten voor de minder bedeelden.'* Daarbij komt dat een algemene belangrijke uitdaging ligt in de grote groep ouderen die moeite heeft met enkele basisvaardigheden. Van de Nederlanders heeft 29 procent onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden (Idenburg et al., 2022). Daarnaast hebben zo'n 700.000 mensen ouder dan 65 jaar (één op de vijf) grote moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Doorgaans hebben zij ook beperkte digitale vaardigheden (Leyden Academy, z.d.). 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. Dit soort procedures vormen vaak onnodig een extra belasting voor ouderen tijdens een periode in hun leven die veel stress met zich meebrengt (SCP, 2021).

Ook voor familieleden van mensen met dementie zou het beleid voor grotere ongelijkheid kunnen zorgen. Zo weten we dat 71 procent van de mantelzorgers vrouw is. Beleid dat aanstuurt op een grotere inzet van mantelzorgers, zou kunnen betekenen dat meer vrouwen hun betaalde baan moeten opgeven of minder uren moeten gaan werken. Dit heeft een negatief effect op de gelijkheid tussen man en vrouw. Verder weten we dat het aantal mensen met dementie sneller stijgt onder ouderen met een migratieachtergrond dan onder andere ouderen. Hier komt bij dat mantelzorgers met een migratieachtergrond gemiddeld meer uren zorg geven. Het beleid zou ongelijkheid tussen mensen met en zonder een migratieachtergrond dan ook kunnen vergroten.



Hierdoor hebben gemeentes en zorgverzekeraars extra taken gekregen. Volgens onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Feijten et al., 2017) had in 2016 zo'n 70 procent van de gemeentemedewerkers die Wmo-aanvragen behandelen regelmatig tot (bijna) altijd te maken met mensen met geheugen- of oriëntatieproblemen (bijv. dementie). Naar verwachting is dit percentage inmiddels hoger.

Het doel van de beleidsveranderingen was om ouderen langer thuis te laten wonen. Door zorg en ondersteuning thuis te bieden en door mensen met dementie aan te moedigen hulp uit hun sociale netwerk te benutten, hoopt de overheid dat mensen met dementie zich langer zelf kunnen redden. De overheid wil de hoge kosten van verpleeghuiszorg hiermee zoveel mogelijk vermijden. Halverwege 2022 werd de nadruk op 'langer thuis' uitgebreid met het [programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen \(WOZO\)](#). Het WOZO-programma is een bundeling van maatregelen uit het coalitieakkoord en beleidsprogramma's die al bestonden. De slogan van het programma is: zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan. De uitwerking van het programma is nog niet duidelijk. Zo stond in de originele tekst dat er geen nieuwe verpleeghuisplekken meer bij mochten komen. ActiZ, de branchevereniging van Nederlandse zorgorganisaties, en andere partijen vonden dit onverstandig. Het TNO berekende in 2019 nog dat er tussen 2019 en 2040 126.000 extra verpleeghuisplekken nodig zijn (Hinkema et al., 2019). Inmiddels is besloten dat er toch extra verpleeghuisplekken komen.

Het is nog onduidelijk of langer thuis wonen ook echt tot besparingen leidt. Economen hebben berekend dat de totale zorgkosten voor ouderen met vergelijkbare

problemen die verpleeghuiszorg ontvangen, gelijk zijn aan die voor ouderen die thuiszorg ontvangen (Bakx et al., z.d.). Gezondheidseconoom Bram Wouterse legde in een interview bij Pointer (2022) uit dat thuiszorg misschien juist minder efficiënt is omdat zorgverleners veel tijd kwijt zijn aan heen en weer reizen tussen patiënten. Ook maakte hij duidelijk dat mantelzorg niet gratis is. Mantelzorgers maken zelf kosten, bijvoorbeeld reiskosten. Werkende mantelzorgers gaan soms minder werken of stoppen met betaald werk. Maar ook voor de samenleving zijn er kosten verbonden aan de inzet van mantelzorgers. Mantelzorgers kunnen bijvoorbeeld ziek worden door overbelasting, met hogere zorgkosten tot gevolg. Ook hadden mantelzorgers ander werk kunnen doen als ze geen mantelzorg hoefden te geven. De economische waarde van alle mantelzorgers in Nederland wordt geschat op zo'n 20 miljard per jaar. Dit betekent dat mantelzorgers in totaal zo'n 20 miljard zouden kunnen verdienen als ze de tijd die ze besteden aan mantelzorg zouden kunnen inzetten voor betaald werk, aldus Wouterse.

### Dementiebeleid

De wensen en doelen van het [ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport \(VWS\)](#) op het gebied van dementie zijn beschreven in de [Nationale Dementiestrategie 2021-2030](#). De strategie bestaat uit drie thema's. Het eerste thema, 'Dementie de wereld uit', richt zich op onderzoek naar dementie. Hierbij is aandacht voor onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen, nieuwe manieren om dementie te diagnosticeren en preventie. Het tweede thema, 'Mensen met dementie tellen mee', heeft als doel dat mensen met dementie kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. Dit kan aan de

### Wat is een zorgstandaard?

Net als een medische richtlijn beschrijft een zorgstandaard hoe kwaliteitszorg eruit hoort te zien. Een belangrijk verschil is dat een zorgstandaard breder kijkt dan alleen het medische aspect, maar bijvoorbeeld ook naar casemanagement en andere vormen van hulp en ondersteuning. Daarnaast ligt bij een zorgstandaard de nadruk op normen en waarden ('hoe vinden wij met zijn allen dat goede zorg eruit hoort te zien?'), terwijl een medische richtlijn wordt gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Het perspectief van de patiënten en mantelzorgers staat bij een zorgstandaard centraal.

ene kant door te zorgen voor zinvolle activiteiten voor mensen met dementie, bijvoorbeeld door [DemenTalent](#)-projecten te steunen. Ook wil het ministerie van VWS zorgen dat de samenleving meer 'dementievriendelijk' wordt. In onderzoek uit 2016 zei slechts 13 procent van de Nederlandse burgers te weten hoe om te gaan met mensen met dementie (Francke et al., 2018). Het derde thema, 'Steun op maat bij leven met dementie', richt zich op het verbeteren van de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en de mensen om hen heen. Aan dit doel is tussen 2017 en 2020 al gewerkt binnen het programma [Dementiezorg voor Elkaar](#). Binnen dit programma werd gewerkt aan een vernieuwing van de [Zorgstandaard Dementie](#). Het doel voor de komende jaren is om de nieuwe zorgstandaard uit te voeren via de regionale dementienetwerken.

Hoewel in de Nationale Dementiestrategie het voorkomen van dementie niet genoemd wordt, staat in enkele onderzoeksconsortia onder het thema 'Dementie de wereld uit' preventie wel centraal. Begin 2023 werd het [Gezond en Actief Leven Akkoord \(GALA\)](#) bekendgemaakt.

In dit akkoord, waarin afspraken staan tussen de [Vereniging van Nederlandse Gemeenten \(VNG\)](#), [GGD GHOR Nederland](#), [Zorgverzekeraars Nederland \(ZN\)](#) en het ministerie van VWS, is meer aandacht voor het voorkomen van dementie.

In de Nationale Dementiestrategie wordt niet gesproken over ongelijkheid tussen ouderen of over groepen ouderen die extra aandacht nodig hebben. In sommige van de activiteiten binnen de thema's is er echter wel aandacht voor ongelijkheid. Zo wordt er binnen het eerste thema onderzoek gedaan dat zich specifiek richt op groepen mensen die kwetsbaarder kunnen zijn, zoals mensen met een beperkt inkomen, mensen die weinig onderwijs hebben gevolgd, mensen met een migratieachtergrond, mensen met psychische aandoeningen en mensen die weinig steun ervaren van vrienden en familie. Pharos is bij veel van deze onderzoeken betrokken. Ook in de Zorgstandaard Dementie is aandacht voor mensen met een migratieachtergrond, net als voor mensen met een verstandelijke beperking. Bij beide groepen verloopt het vaststellen van dementie en het geven van passende zorg niet altijd goed.

## Reflecties

Specifieke aandacht voor ouderen in een kwetsbare sociaaleconomische positie, met laaggeletterdheid, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een migratieachtergrond, is niet opgenomen in de Nationale Dementiestrategie. In een interview met Julie Meerveld, manager belangenbehartiging bij Alzheimer Nederland, in Zorgvisie (10 juli 2023) geeft zij aan dat ze zich zorgen maakt over het feit dat er wel aandacht is voor mensen met dementie op jonge leeftijd, maar niet voor mensen met een migratieachtergrond:

'Dat [jonge mensen met dementie] zijn er nu ongeveer 15 duizend, maar we verwachten niet dat dit aantal toeneemt. Terwijl de groep mensen met dementie en een migratieachtergrond wel stijgt. Deze groep wordt onvoldoende genoemd terwijl de zorgvraag gaat toenemen. Wij pleiten daarom voor meer aandacht en ondersteuning naar deze groep. De komende jaren is de stijging het grootst, als we nu niks doen zijn we te laat.'

Het [voorkomen van dementie](#) wordt in de Nationale Dementiestrategie ook niet genoemd. Hier was bij de bekendmaking van de Nationale Dementiestrategie kritiek op. Patiëntenvereniging [Alzheimer Nederland](#) schreef bijvoorbeeld dat: *'... een gezonde leefstijl dementie met jaren kan uitstellen en soms zelfs helemaal kan voorkomen. Dit zou een belangrijk onderdeel moeten zijn van de nieuwe strategie van de minister. Niet alleen in de vorm van onderzoek naar relevante risicofactoren, maar vooral om via regionale of landelijke campagnes hersengezondheid bij mensen onder de aandacht te brengen en gedragsveranderingen te realiseren.'*

### Samenwerking in zorg en ondersteuning

Dementie heeft invloed op veel aspecten van het dagelijks leven van de persoon met dementie. Er zijn dan ook veel verschillende mensen en organisaties betrokken bij de zorg voor en ondersteuning van mensen met dementie. Om te zorgen dat er goede onderlinge communicatie is, wordt er samengewerkt in regionale dementienetwerken. Bij de regionale netwerken zijn bijvoorbeeld casemanagers, huisartsen, thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen en gemeentes betrokken. De meeste dementienetwerken zijn aangesloten bij [Dementie Netwerk Nederland \(DNN\)](#). DNN zorgt ervoor dat verschillende dementienetwerken ervaringen kunnen uitwisselen en advies kunnen vragen. Hoewel de samenwerking in sommige regio's al heel goed gaat, zijn er ook nog zorgen. Zo staat in het [Integraal Zorgakkoord \(IZA\)](#) dat de coördinatie en de

samenwerking tussen de verschillende partijen nog niet goed genoeg is, aangezien er per jaar zo'n 322.000 ouderen op de spoedeisende hulp belanden terwijl dat medisch gezien niet nodig is. Het ministerie van VWS wil de regionale samenwerking daarom verder verbeteren. Een van de manieren om dit waar te maken is de implementatie van de Zorgstandaard Dementie, waarvoor DNN verantwoordelijk is.

Er zijn in Nederland ongeveer 67 regionale netwerken. Niet alle gemeenten zijn aangesloten bij een regionaal netwerk, wat wel in de Zorgstandaard Dementie wordt aangemoedigd. Vaak hangt de samenwerking in zorg en ondersteuning af van onderlinge afspraken van organisaties en van individuele zorg- en welzijns-professionals. Er bestaan verschillende tijdelijke samenwerkingsprojecten. Ook zijn er initiatieven zoals [DementieNet](#) en de [Sociale Benadering Dementie](#).

### Samenwerking formele en informele zorg en ondersteuning

Door met name de langdurige en progressieve aard van de ziekten die onder dementie vallen, is het mantelzorgen door een naaste intensief en zwaar. Het is zowel voor de mantelzorger als voor degene met dementie beter als er wordt samengewerkt, bijvoorbeeld door het mantelzorgen te delen met meerdere naasten en door een goede samenwerking tussen informele en formele zorg en ondersteuning. Voor mensen met dementie zonder mantelzorgers is ook samenwerking tussen zorg en ondersteuning belangrijk, omdat niet iedere zorg- of welzijnsprofessional alles biedt wat iemand in het dagelijks leven nodig heeft. Samenwerking komt alleen vaak niet vanzelfsprekend op gang. Om goed samen te werken hebben mantelzorgers en zorg- en welzijnsprofessionals vaardigheden nodig.

Naast de aard van de ziekten vormt ook het groeiend tekort aan zorgpersoneel een reden voor beleid gericht op een betere afstemming op samenwerking met informele zorg. Hierbij hoort (na)scholing, voor de vaardigheden, kennis en handelingsperspectieven die nodig zijn voor inclusief samenwerken en het kunnen coachen van mantelzorgers.

### 3 Nog niet iedereen krijgt passende zorg en ondersteuning bij dementie

#### Ongelijkheid in diagnose

Niet iedereen heeft evenveel kans op een goede diagnose bij dementie. Zo zijn er aanwijzingen dat mensen die weinig onderwijs hebben gevolgd vaker geen specifieke diagnose krijgen: er worden wel geheugenproblemen vastgesteld, maar er wordt niet bepaald door welke vorm van dementie de problemen worden veroorzaakt (Jitlal et al., 2021). Uit onderzoek is verder gebleken dat bij mensen met een migratieachtergrond relatief minder vaak een diagnose dementie wordt gesteld, er is dus sprake van onderdiagnose (Selten et al., 2021). Ook worden diagnoses bij deze groep gemiddeld later in het ziekteproces gesteld (Gove et al., 2021).

De problemen met het diagnosticeren van dementie bij mensen met een migratieachtergrond hebben meerdere oorzaken. Enerzijds komen ouderen met een migratieachtergrond gemiddeld minder vaak naar een geheugenpoli voor diagnostisch onderzoek. Dit komt deels door onbekendheid met de ziekte onder mensen met een migratieachtergrond, waardoor zij geen hulp zoeken bij symptomen van dementie. Vaak gaan zij wel naar de huisarts en presenteren daar somatische klachten. Soms speelt ook schaamte een rol. Anderzijds zijn er problemen bij het herkennen van symptomen in de huisartspraktijk en door andere zorgprofessionals, waarbij taal ook een rol speelt. Op het moment dat mensen voor een diagnose komen, hebben mensen met een migratieachtergrond gemiddeld al meer symptomen dan mensen zonder migratieachtergrond (Goudsmit, 2021; Goudsmit et al., 2011; Nielsen et al., 2011). Daarnaast ontbreken goede diagnostische tests in verschillende talen (Goudsmit, 2021; Jonkers, 2018).

Zorgprofessionals hebben niet altijd de kennis en vaardigheden om iedereen goed te helpen. Zo weten niet alle huisartsen dat dementie vaker voorkomt bij ouderen met een migratieachtergrond. Ook worden cognitieve problemen niet altijd goed herkend. Als mensen bijvoorbeeld niet op woorden kunnen komen door geheugenproblemen, denken artsen soms dat het

komt omdat mensen niet goed Nederlands spreken.

In interviews geven sommige mantelzorgers met een migratieachtergrond aan dat ze zich niet serieus genomen voelden toen ze met een vermoeden van dementie naar de huisarts stapten.

Er zijn enkele initiatieven waarin diagnostiek dichterbij de patiënt wordt gebracht, met laagdrempelig screenen op dementie in huisartspraktijken en bij mensen thuis, zoals door specialisten ouderengeneeskunde in een project van het [Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam \(NOA\)](#) en door het [Mobiel Geriatriesch Team](#) in Utrecht. Dergelijke initiatieven zijn echter afhankelijk van de inzet en (soms grote) moeite van zorgprofessionals die oog hebben voor de behoeften van mensen met een migratieachtergrond.

De eerste factsheet van het [Register Dementiezorg en Ondersteuning](#) liet geen verschil zien in het aantal mensen met dementie tussen de groep mensen met een migratieachtergrond en de groep mensen die niet gemigreerd zijn. Dit komt omdat het Register alleen die gevallen van dementie in de data kan identificeren waarbij bijvoorbeeld een diagnose is gesteld of waarbij er een duidelijke aanwijzing is dat de persoon dementie heeft (zoals het gebruik van anti-dementie medicatie). Mogelijk heffen hogere prevalentie en onderdiagnose elkaar op. Ook bij mensen die minder jaren opleiding hebben genoten wordt dementie minder goed vastgesteld. De meest gebruikte vragenlijst bij het screenen van dementie is de [MMSE-test](#). Maar deze test werkt niet voor iedereen (Franzen, 2022). Goudsmit (2021) legt uit dat de standaardvragenlijsten niet geschikt zijn voor mensen die moeite hebben met lezen en schrijven. Eén op de vijf ouderen heeft moeite met lezen en schrijven. Verder kan de manier waarop mensen vragen interpreteren verschillen. Zo is bekend dat mensen die weinig jaren opleiding hebben genoten vragen anders opvatten dan mensen die langere tijd naar school zijn gegaan. Ook kan de interpretatie van vragen afhangen van iemands culturele achtergrond.

De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor het vaststellen van dementie bij mensen bij wie de standaardtesten niet goed werken, omdat de vragen in de tests te talig zijn, te ingewikkeld woordgebruik bevatten en niet cultuur-neutraal zijn. Aan huisartsen raadt het NHG inmiddels aan om de Rowland Universal Dementia Assessment Scale, de [RUDAS-test](#), te gebruiken voor deze groep, bij voorkeur in combinatie met de Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, de [IQCODE](#)-vragenlijst. Beide vragenlijsten zijn getest (en geschikt bevonden) bij ouderen met een Turkse, Marokkaanse, of Surinaamse migratieachtergrond. In [sommige ziekenhuizen](#) worden uitgebreidere tests gebruikt: de [Cross-Culturele Dementiescreening \(CCD\)](#) en de Towards a Universal Language: Intervention and Psychodiagnostic Assessment ([TULIPA-testbatterij](#)). De CCD-screening is beschikbaar in het Turks, Marokkaans, Arabisch, Berbers, Hindoeestaans en Sranantongo. Bij voorkeur wordt gewerkt met een tolk die hiervoor training heeft gekregen, omdat het vertalen van de vragen soms ingewikkeld kan zijn. Helaas worden tolken op het moment niet vergoed via de zorgverzekering. Huisartsen kunnen soms wel via een van de [regionale Achterstandsfondsen](#) een tolk laten vergoeden. De RUDAS is beschikbaar in het Nederlands en werkt ook als de patiënt niet goed Nederlands spreekt, met een informele tolk.

### Ongelijkheid in zorg en ondersteuning

Mensen met dementie met een lage SES en/of een migratieachtergrond krijgen vaak minder en minder goed aansluitende zorg en ondersteuning. In Groot-

Britannië is er onderzoek gedaan naar ongelijkheid in het voorschrijven van dementiemedicatie. Voor mensen met een hoge sociaaleconomische status is de kans om dementiemedicatie te ontvangen tot 25 procent groter dan voor mensen met een lage SES (Cooper, 2016). Medicatie om dementie te vertragen staat overigens nog in de kinderschoenen en wordt vanwege beperkte effectiviteit en veel bijwerkingen nog weinig voorgeschreven.

Kwantitatief onderzoek laat zien dat ouderen met een (niet-westerse) migratieachtergrond veel minder uren aan langdurige (thuis)zorg ontvangen dan andere ouderen met dezelfde zorgindicatie (Tenand et al., 2020a; Tenand et al., 2020b; Bakx et al., 2021). In een overzichtsstudie door Duran-Kıraç et al. (2022) is gekeken naar barrières voor het zorggebruik door mensen met een migratieachtergrond. Zij vonden barrières bij ouderen en bij professionals. Ouderen hebben moeite om hun eigen zorgbehoefte goed in te schatten, door beperkte gezondheidsvaardigheden, gezondheidsopvattingen en -vertrouwen, en verwachtingen. Ook is het voor hen lastig om hulp te zoeken, vanwege persoonlijke en sociale waarden, evenals het gebrek aan kennis over gezondheidszorgopties. Daarnaast ervaren ze een gebrek aan persoonsgerichte zorg, wat hen vaak ontmoedigt om gebruik te maken van professionele gezondheidszorg. Professionals ervaren moeite met de communicatie met ouderen met een migratieachtergrond en hebben een gebrek aan kennis over beschikbare middelen. Daarnaast spelen culturele en sociale factoren een belemmerende

### Wat is sociaaleconomische status (SES)?

De term sociaaleconomische status (SES) wordt meestal gebruikt om iemands positie in de samenleving te beschrijven. In een rapport schrijft het SCP (Vrooman et al., 2023) dat de positie in de samenleving door veel kenmerken wordt bepaald, waaronder 'wie je kent', bij welke cultuur je het best past, en hoe aantrekkelijk mensen je vinden. Het is dan ook lastig om SES te meten. Vaak worden opleiding, inkomen en vermogen gebruikt om een beeld te krijgen van iemands SES, omdat deze kenmerken veel invloed hebben en makkelijk te meten zijn. Een migratieachtergrond heeft ook invloed op iemands positie in de samenleving, bijvoorbeeld via de kenmerken 'wie je kent' en bij welke cultuur je het best past. Maar omdat migratieachtergrond niet meegenomen wordt in de standaardmeetmethode van SES, wordt 'migratieachtergrond' vaak apart van 'SES' benoemd.

rol die van invloed zijn op de houding van professionals ten opzichte van ouderen met een migratieachtergrond. Ook vinden zij het lastig om passende zorg te bieden en missen zij de competenties die nodig zijn om te werken met mensen met dementie met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers.

Veel mensen met dementie vertonen 'onbegrepen gedrag', zoals doorlopend roepen, of agressie of

juist apathie laten zien. Zorgverleners vinden het een uitdaging om hier goed mee om te gaan.

Onbegrepen gedrag van mensen met dementie met een migratieachtergrond wordt door zorgverleners erg lastig gevonden (Bosma & Smits, 2022). Inmiddels is er een methodiek ontwikkeld voor onbegrepen gedrag bij mensen met dementie met een migratieachtergrond (Van der Kaaij et al., 2020).

## 4 Inclusieve zorg voor mensen met dementie

'Passende zorg is inclusieve zorg' (RVS, 2022). De één heeft andere zorg en begeleiding nodig dan de ander. Inclusieve langdurige zorg aan ouderen vraagt daarom een ongelijke aanpak, waarbij rekening wordt gehouden met gezondheidsvaardigheden, geletterdheid en (sociaal-culturele) achtergrond. Dit gebeurt nog te weinig. Voor inclusieve dementiezorg en -ondersteuning is rekening houden met beperkte gezondheidsvaardigheden en cultuursensitief werken nodig.

### Omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en/of laaggeletterdheid zijn vaak minder bekend met de ondersteuningsmogelijkheden en de dementiezorg, en maken daardoor minder gebruik van hulpmiddelen

en voorzieningen. Ook gaan ze er niet actief naar op zoek of weten ze niet goed hoe ze dat moeten doen. De juiste informatie bereikt hen niet of de informatie die ze ontvangen is te moeilijk, te talig en bevat te veel boodschappen tegelijk. Het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid maakt het voor mensen lastig om evenwaardig te kunnen communiceren met zorgverleners en bij belangrijke beslissingen de regie in handen te houden.

Ons zorgstelsel is vraaggericht, wat lastig is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Vraaggericht betekent dat de hulpvraag van een patiënt leidend is voor de behandeling of het zorgaanbod, en niet de visie van een behandelaar op een (gezondheids)probleem (Tonkens, 2006). Het doel van vraaggerichte zorg is om de behandeling zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de

### Gezondheidsvaardigheden

Ongeveer één op de vier Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden (Willems et al., 2021). Dat betekent dat zij moeite hebben met het vinden, begrijpen, beoordelen en gebruiken van informatie over gezondheid. Een deel van deze groep is laaggeletterd. Laaggeletterdheid komt voor onder ongeveer 2,5 miljoen mensen (van 16 jaar en ouder) in Nederland. Het komt vaker voor bij ouderen (één op de vijf 65+ers). 42 procent van de ouderen en 31 procent van de mensen met enkel basisonderwijs of mbo missen basiskennis op het gebied van digitale vaardigheden (Van Deursen, 2018). Mensen met alleen basisonderwijs of een mbo-opleiding zijn ook vaker laaggeletterd, evenals mensen die naar Nederland zijn geïmmigreerd en in hun geboorteland weinig tot geen jaren onderwijs hebben gevolgd. Beperkte gezondheidsvaardigheden hangen deels af van het opleidingsniveau, maar ook mensen met een hbo- of wo-opleiding kunnen moeite hebben om medische informatie te begrijpen. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben in het dagelijks leven onder andere moeite met:

- medicijnen op de juiste manier innemen;
- de weg vinden in het ziekenhuis;
- zoeken op het internet (digitale vaardigheden);
- (uitnodigings)brieven en mails begrijpen;
- folders, websites, formulieren, bijsluiters begrijpen;
- vragen over gezondheid stellen;
- gesprekken met zorgverleners voeren;
- uitleg en adviezen begrijpen en in praktijk brengen.

wensen van patiënten. Het werken op deze manier vraagt wel dat mensen de gezondheidsvaardigheden hebben om te denken in termen van hulp en hulpvraag. Dit is nodig om hun hulpvraag goed te kunnen verwoorden en een directe communicatievorm te hanteren, in plaats van afwachtend te zijn. Helaas kunnen veel mensen dit niet, of vinden zij dit een onprettige manier van communiceren. Uit een verkenning van Pharos blijkt dat veel zorgprofessionals de behoefte aan zorg voor en ondersteuning van mensen met een migratieachtergrond niet herkennen, vanwege de vraaggerichte manier van werken. Wanneer er geen hulpvraag wordt geformuleerd, gaan zij ervan uit dat er geen hulp nodig is (Post & Van den Broeke, 2019).

De hoge prevalentie van beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid onder ouderen, betekent dat veel cliënten met dementie en/of hun naasten laaggeletterd zijn en/of beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Het is lastig werken als zorgverleners in de dementiezorg en –ondersteuning zich niet bewust zijn van het feit dat mensen beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen hebben of laaggeletterd kunnen zijn. Dit kan ertoe leiden dat zorgverleners meer werk verrichten omdat mensen zelf niet actief meewerken. Het kan ook lijken dat mensen therapieontrouw zijn of onverschillig of ongemotiveerd zijn voor een behandeling. Maar vaak begrijpen patiënten onvoldoende of helemaal niet wat

de zorgverlener bedoelt of vraagt, of kunnen zij zich niet voorstellen dat het advies ‘meer bewegen’ een relatie heeft met beter kunnen slapen. Of wat ‘meer bewegen’ concreet betekent. Wanneer zorgverleners zich bewust zijn van de mogelijkheid dat mensen beperkte gezondheidsvaardigheden hebben of laaggeletterd zijn, dan kunnen signalen beter worden herkend en kunnen de communicatie en het beleid worden aangepast.

Meer kennis van beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid draagt bij aan meer passende dementiezorg en -ondersteuning. In de opleidingen van zorg- en hulpverleners wordt echter onvoldoende aandacht besteed aan het leren omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. Als zorgverleners mensen bij wie vraaggericht werken niet werkt zouden kunnen ondersteunen/coachen in het formuleren van een hulpvraag, dan zou dit waarschijnlijk tot minder problemen leiden.

### **Cultuursensitief werken**

De Zorgstandaard Dementie heeft als een van de pijlers persoonsgerichte zorg. Hierover staat in de Zorgstandaard: ‘Om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- Het centraal stellen van de unieke persoonlijkheid en levensgeschiedenis van de persoon met dementie en mantelzorgers.

### **Cultuursensitief werken**

Voor cultuursensitief werken zijn meerdere definities. Cultuursensitieve zorg wordt vaak onterecht gekoppeld aan zorg voor mensen met een migratieachtergrond. Onterecht, omdat de term toepasbaar is op iedereen. Ieder mens draagt immers een eigen culturele identiteit met zich mee. In recentere definities van cultuursensitief werken (Foronda, 2018; Bellaart et al., 2019; Goorts & Kolste, 2023), worden dan ook juist het belang van een open houding, en het bewustzijn van de eigen culturele normen en waarden en van de eigen positie in de maatschappij benadrukt. De kennis, houding en vaardigheden die nodig zijn om cultuursensitief te werken worden gezamenlijk ook wel de ‘culturele competenties’ in het omgaan met culturele diversiteit genoemd (Betancourt, 2003). Het gaat hierbij om het besef dat cultuur ertoe kán doen (en niet om kennis van verschillende culturen) en dat deze invloed per situatie kan verschillen. Het vraagt om inzicht op welk moment en in welke situatie, welke mechanismen en factoren een rol spelen die tot beperkte toegang, beperkte gezondheid en beperkte zorgkwaliteit leiden. De term cultuurspecifieke zorg verwijst naar zorg die gericht is op mensen uit één land of regio, of aansluit bij één religie. Cultuur en religie, gebruiken, rituelen, waarden, taal en (eet)gewoonten staan daarin centraal.



- Het personaliseren van de zorg en de omgeving.
- Relaties en interacties in stand houden en stimuleren om het welbevinden van de persoon met dementie te bevorderen.
- Het doorlopende proces van gedeelde besluitvorming en continue afstemming op de wensen en verwachtingen van de persoon met dementie en diens mantelzorgers.
- De aandacht voor snelheid van communicatie, non-verbale communicatie, zoals oogcontact maken, en het gebruik van taal die positief en afgestemd is op iemands individuele mogelijkheden.
- Probleem of onbegrepen gedrag zien als een uitingvorm van over-/onderprikkeling door omgevingsfactoren en/of lichamelijk ongemak en/of onvervulde behoeften en dit interpreteren vanuit het perspectief van de persoon met dementie.
- Het prioriteren van de relatie vanuit wederzijds respect (= gepaste afstand) en verbondenheid (= gepaste nabijheid) tussen zorgverlener en persoon met dementie en diens mantelzorgers.'

Onderdeel van persoonsgerichte dementiezorg en -ondersteuning is cultuursensitief werken. Persoonsgerichte zorg bestaat voor sommigen mensen uit cultuurspecifieke zorg, voor anderen uit cultuursensitieve zorg (Stobbe et al., 2020). Sommige ouderen met een migratieachtergrond hebben moeite met de Nederlandse taal en zijn gehecht aan rituelen en gewoontes uit hun eigen cultuur. Mensen met een migratieachtergrond die regelmatig heen en weer pendelen tussen Nederland en het geboorteland, merken dat in de gezondheidszorg in het geboorteland op een geheel andere manier gewerkt wordt dan in Nederland, en dat kan verwarrend zijn. Bijvoorbeeld als zorgverleners daar zich meer als expert opstellen en meer sturend zijn dan in Nederland, waar patiënten geacht worden

te participeren in de besluitvorming en behandeling. Kennis over cultuursensitief werken biedt zorgverleners in Nederland handvatten om hiermee om te gaan. Ouderen met een migratieachtergrond met dementie en hun mantelzorgers zouden persoonsgerichte zorg en ondersteuning moeten ontvangen die is afgestemd op hun specifieke en individuele belevingswereld. Op dit moment voldoet de ouderenzorg hier nog onvoldoende aan. Zo heeft Ahmad (2022) in kwalitatief onderzoek laten zien dat de samenwerking tussen mantelzorgers van ouderen met dementie met een migratieachtergrond en professionele zorgverleners niet soepel verloopt, mede vanwege een gebrek aan vaardigheden onder professionals. Carlsson (2022) maakt inzichtelijk hoe (lokaal) beleid heeft geleid tot tijdelijke 'speciale maatregelen voor migranten' op sommige plekken, terwijl er behoefte is aan langetermijnaanpakken in het volledige aanbod, vooral omdat de samenleving steeds diverser wordt en blijft. Ook cultuursensitief werken in de bredere zin, dus ook voor mensen die niet zijn gemigreerd maar toch een eigen culturele identiteit hebben (zoals de Limburgse identiteit of de stedelijke identiteit) schiet tekort. Het aanbod voor ouderen die zelf niet de middelen hebben om particuliere zorg te regelen, is doorgaans gericht op een 'gemiddelde oudere'. Er is weinig ruimte om rekening te houden met iemands culturele achtergrond, gezondheidsvaardigheden, sociale netwerk, mogelijkheden en wensen. Uit onderzoek blijkt dat een gebrek aan cultuurgerelateerde kennis en vaardigheden van de zorgaanbieder effect kan hebben op de therapietrouw van de patiënt (Shapiro et al., 2002). Net zoals bij beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid wordt er in de opleidingen van zorg- en hulpverleners onvoldoende aandacht besteed aan cultuursensitieve zorg en ondersteuning, terwijl hier wel behoefte aan is (Lanting et al., 2019).

## 5. Aandachtspunten en aanbevelingen

### Inclusieve en integrale dementiezorg en -ondersteuning

- Maak inclusieve dementiezorg beschikbaar door te zorgen voor 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 de zorg en ondersteuning om hen heen worden georganiseerd?
- Investeer in een duurzame uitwisseling met vertegenwoordigers van mensen met een lage sociaaleconomische status en/of migratieachtergrond.
- Differentieer, zodat alle groepen passende dementiezorg en -ondersteuning ontvangen en deze inclusief zijn.
- Monitor zorgbehoefte en -gebruik bij de verschillende doelgroepen, gedifferentieerd naar opleidingsniveau, inkomensniveau, migratieachtergrond en gender, zodat we de vooruitgang kunnen volgen voor en vergelijken tussen verschillende groepen. Het Register Dementie en Ondersteuning en de monitoring binnen het IZA en GALA kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.
- Zet stappen om de complexiteit van het stelsel te verminderen en de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning (betaalbaar, passend, begrijpelijk en beschikbaar) te garanderen voor alle ouderen, ongeacht multiproblematiek, gezondheidsvaardigheden, geletterdheid, sociaaleconomische positie en/of migratieachtergrond.
- Stop met tijdelijke projecten en investeer in structurele, langdurige oplossingen opdat dementiezorg en -ondersteuning voor iedereen passend is en blijft.
- Maak de kennis, houding en vaardigheden die nodig zijn om te werken met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en/of laaggeletterdheid en om cultuursensitief te werken tot vast en verplicht onderdeel van de zorg- en welzijnsopleidingen en nascholingen.

## Literatuur en websites

- Ahmad, M. (2022). *Dementia care in families with a migration background. Dealing with gendered and cultural obstacles to shared care* [Proefschrift]. Universiteit voor Humanistiek.
- Alzheimer Nederland. (z.d.). *Factsheet feiten en cijfers over dementie*. <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>
- Bakx, P., Douven, R., & Schut, F. T. (2021). Does independent needs assessment limit use of publicly financed long-term care? *Health Policy*, 125(1), 41-46.
- Bakx, P., Wouterse, B., Van Doorslaer, E., & Wong, A. (z.d.). *Leidt langer thuis wonen tot lagere zorguitgaven?* <https://www.cbs.nl/-/media/cbs-op-maat/zelf-onderzoek-doen/bijeenkomsten/april-2018/4-bram-wouterse--leidt-langer-thuis-wonen-tot-lagere-zorguitgaven.pdf>
- Bellaart, H., Van Haastert, D., & Huijgen, L. (2019). *Cultuursensitieve jeugdhulp en opvoedondersteuning*. Kennisplatform Inclusief Samenleven. <https://www.kis.nl/artikel/cultuursensitieve-jeugdhulp-en-opvoedondersteuning>
- Betancourt, J. R. (2003). Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*, 78, 560-569. <https://doi.org/10.1097/00001888-200306000-00004>
- Bijnsdorp, F., De Graaff, M., Woonink, A., & Francke, A. (2022). *Dementiemonitor Mantelzorg 2022*. Nivel.
- Boer, A. D., Klerk, M. D., Verbeek-Oudijk, D., & Plaisier, I. (2020). *Blijvende bron van zorg*. SCP.
- Bosma, C., & Smits, C. (2022). Behavioral changes in migrants with dementia: Experiences of professional caregivers. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55, 281-286. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02057-z>
- Carlsson, H. P. M. (2022). *Caring for Older Migrants in Dutch Cities: A Study of Responsiveness to Diversity in Aged Care Practices in Times of Post-Multiculturalism and Localism* [Proefschrift]. Radboud Universiteit.
- Cha, H., Farina, M. P., & Hayward, M. D. (2021). Socioeconomic status across the life course and dementia-status life expectancy among older Americans. *SSM-population health*, 15, 100921.
- Cooper, C., Lodwick, R., Walters, K., Raine, R., Manthorpe, J., Iliffe, S., & Petersen, I. (2016). Observational cohort study: deprivation and access to anti-dementia drugs in the UK. *Age and Ageing*, 45(1), 148-154.
- De Groot, C. (2023, april). [Bericht]. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7047633984360443904/>
- Duran-Kıraç, G., Uysal-Bozkir, Ö., Uittenbroek, R., Van Hout, H., & Broese van Groenou, M. I. (2022). 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*, 21(2), 677-700.
- Feijten, P., Schellingerhout, R., Klerk, M. D., Steenbekkers, A., Schyns, P., Vonk, F., ... Heering, L. (2017). *Zicht op de Wmo 2015*. SCP.
- Foronda, C. L., Baptiste, D. L., Pfaff, T., Velez, R., Reinholdt, M., Sanchez, M., & Hudson, K. W. (2018). Cultural competency and cultural humility in simulation-based education: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 15, 42-60. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.09.006>
- Francke, A., Heide, I., Bruin, S. D., Gijsen, R., Poos, R., Verbeek, M., ... Willemse, B. (2018). *Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg: kerncijfers, behoeften, aanbod en impact. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg*. Nivel.
- Franzen, S. (2022). *Neuropsychological Assessment in the Multicultural Memory Clinic* [Proefschrift]. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Goorts, I., & Kolste, R. (2023). *Cultuursensitief werken. Wat vraagt cultuursensitief werken van jou?* Pharos.
- Goudsmit, M. (2021). *Cognitive screening of low educated and illiterate older minority ethnic patients in a memory clinic setting* [Proefschrift]. Universiteit van Amsterdam.

- Goudsmit, M., Parlevliet, J. L., Van Campen, J. P., & Schmand, B. (2011). Dementiediagnostiek bij oudere migranten op de geheugenpolikliniek: obstakels en oplossingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42(2), 4-14.
- Gove, D., Nielsen, T. R., Smits, C., Plejert, C., Rauf, M. A., Parveen, S., ... Georges, J. (2021). The challenges of achieving timely diagnosis and culturally appropriate care of people with dementia from minority ethnic groups in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry*, 36(12), 1823-1828. <https://doi.org/10.1002/gps.5614>
- Hinkema, M., Van Heumen, S., & Egter van Wissekerke, N. (2019). *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg*. TNO.
- Homan, L., Jansen, P., Lubbes, E., & Rijken, E. (2018). Rapportage. *Onderzoek naar het huidige gebruik, wachttijden en wachtlijsten Casemanagement Dementie*. Nivel.
- Hommes, M. (2022, 18 oktober). NZa-voorzitter Kaljouw: 'We stevenen af op een harde tweedeling'. <https://fmtgezondheidszorg.nl/nza-voorzitter-kaljouw-we-stevenen-af-op-een-harde-tweedeling>
- Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M., & Döpp, C. (2020). *Zorgstandaard Dementie 2020: samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers*. Movisie, Nivel, Pharos, Trimbos-instituut, Vilans.
- Idenburg, P. J., Hagelstein, F., Haimé, M., Van Schaik, M., & Schoen, T. (Red.). (2022). *Ouder Worden 2040. Een transformatieagenda voor een ouder wordende samenleving*. Geraadpleegd van <https://www.ouderworden2040.nl/wp-content/uploads/2021/05/Transformatieagenda.pdf>
- Jansen, D., Werkman, W., & Francke, A. (2016). *Dementiemonitor Mantelzorg 2016*. Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning. Alzheimer Nederland, Nivel.
- Jitlal, M., Amirhalingam, G. N., Karania, T., Parry, E., Neligan, A., Dobson, R., ... Marshall, C. R. (2021). The influence of socioeconomic deprivation on dementia mortality, age at death, and quality of diagnosis: a nationwide death records study in England and Wales 2001-2017. *Journal of Alzheimer's Disease*, 81(1), 321-328.
- Jonkers, M. (2018). *Vierluik migranten en dementie. Deel 2. Hun zichtbaarheid bij de hulpverlening en dementiezorg*. Kenniscentrum Zorginnovatie.
- Lanting, K., Dogra, N., Hendrickx, K., Nathan, Y., Sim, J., & Suurmond, J. (2019). Culturally Competent in Medical Education – European Medical Teachers' Self-Reported Preparedness and Training Needs to Teach Cultural Competence Topics and to Teach a Diverse Class. *MedEdPublish*, 8, 98. <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000098.1>
- Leyden Academy. (z.d.). *Sociale inclusie ouderen met een lagere SES*. Geraadpleegd van <https://www.leydenacademy.nl/laaggeletterdheid-onder-ouderen>
- Movisie. (2022). *Thuiswonende mensen met dementie: feiten en cijfers*. Geraadpleegd van <https://www.movisie.nl/artikel/thuiswonende-mensen-dementie-feiten-cijfers>
- Nielsen, T. R., Vogel, A., Riepe, M. W., De Mendonça, A., Rodriguez, G., Nobili, F., ... European Alzheimer's Disease Consortium. (2011). Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *International Psychogeriatrics*, 23, 86-95.
- Nivel. (z.d.). *Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn - databron ziekten en zorg in de eerste lijn*. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>
- Pointer. (2022, 30 september 2022). *Zorgeconoom: 'Het verplaatsen van verpleeghuiszorg naar zorg in de wijk is zeker geen kostenbesparing.'* <https://pointer.kro-ncrv.nl/zorgeconoom-verplaatsen-zorg-zeker-geen-kostenbesparing>
- Post, A., & Van den Broeke, J. (2019). *Vraaggericht werken met oudere migranten met dementie en hun mantelzorgers*. Pharos.
- Ramaker, L., & Alderliesten, H. (2021). *Onderzoek dagactiviteiten mensen met dementie*. Movisie.
- RVS. (2022). *Passende zorg is inclusieve zorg. Een verkennend essay over wat ervoor nodig is om de zorg inclusiever te maken*.
- SCP. (2021). *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Geraadpleegd van <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/assets/pdf/passende-zorg-voor-ouderen-thuis.pdf>
- Selten, J. P., Termorshuizen, F., Van Sonsbeek, M., Bogers, J., & Schmand, B. (2021). Migration and dementia: a meta-analysis of epidemiological studies in Europe. *Psychological Medicine*, 51(11), 1838-1845.

- Shapiro, J., Hollingshead, J., & Morrison, E. H. (2002). Primary care resident, faculty, and patient views of barriers to cultural competence, and the skills needed to overcome them. *Med Educ*, 36, 749-759. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01270>
- Stobbe, E., Michgelsen, J., Van den Broeke, J., Jerkovic, N., Kolste, R., & Koopman, A. (2020). *Aan de slag: Integrale zorg en ondersteuning voor migranten met dementie*. Dementiezorg voor Elkaar, Pharos.
- Tenand, M., Bakx, P., & Van Doorslaer, E. (2020a). Equal long-term care for equal needs with universal and comprehensive coverage? An assessment using Dutch administrative data. *Health Economics*, 29(4), 435-451. <https://doi.org/10.1002/hec.3994>
- Tenand, M., Bakx, P., & Van Doorslaer, E. (2020b). Eligibility or use? Disentangling the sources of horizontal inequity in home care receipt in the Netherlands. *Health Economics*, 29(10), 1161-1179. <https://doi.org/10.1002/hec.4126>
- Tonkens, E. (2006). Het democratisch tekort van vraagsturing. *Beleid en Maatschappij*. Boom Bestuurskunde, UvA. Geraadpleegd van [https://www.evelientonkens.nl/wp-content/uploads/2015/02/Het\\_democratisch\\_tekort\\_van\\_vraagsturing.pdf](https://www.evelientonkens.nl/wp-content/uploads/2015/02/Het_democratisch_tekort_van_vraagsturing.pdf)
- Van der Kaaij, S., Visser, G., Huis in het veld, J., Gobbens, R., De Bruin, S., Smits, C., & Groen-van de Ven, L. (2022). Het bespreken van onbegrepen gedrag bij mensen met dementie en een migratieachtergrond. *Geron. Tijdschrift over ouder worden & samenleving*, 24(3). <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/het-bespreken-van-onbegrepen-gedrag-bij-mensen-met-dementie-en-een-migratieachtergrond>
- Van Deursen, A. (2018). *Digitale ongelijkheid in Nederland anno 2018*. Geraadpleegd van <https://research.utwente.nl/en/publications/digitale-ongelijkheid-in-nederland-anno-2018>
- Van Gaalen, E. (2022, 10 oktober). Zorgen bij specialisten over verwaarloosde ouderen in ziekenhuis: 'Grote crisis'. *AD*.
- Vrooman, C., Boelhouwer, J., Iedema, J., & Torre, A. V. D. (2023). *Eigentijdse ongelijkheid*. SCP.
- VZInfo (2017). *Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. RIVM.
- VZInfo. (z.d.). *Ranglijsten | Aandoeningen op basis van ziektelast (in DALY's)*. <https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/aandoeningen-op-basis-van-ziektelast>
- Willems, A. E. M., Heijmans, M., Brabers, A. E. M., & Rademakers, J. (2021). *Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021*. Nivel.
- Wilson, R. S., Yu, L., James, B. D., Bennett, D. A., & Boyle, P. A. (2017). Association of financial and health literacy with cognitive health in old age. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 24(2), 186-197.
- Wolters, F. (2019). De geheugenpoli: van onderzoeksinstituut tot zorgpilaar. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163, D4247.

## Geraadpleegde webpagina's

- <https://dementienetwerknederland.nl/nieuws/het-programma-implementatie-zorgstandaard-dementie-vervangt-dementiezorg-voor-elkaar/>
- <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-b1d5f609-f1ff-4ff0-95a1-460714d9f953/pdf>
- <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/media-assets.hhm.nl/uploads/attachments/LH181386-Rapportage-uitkomsten-onderzoek-huidig-gebruik-wachttijden-en-wachtlijsten-casemanagement-dementie.pdf>
- <https://www.actiz.nl/minister-staat-toch-uitbreiding-verpleeghuizen-toe>
- <https://www.ad.nl/gezond/zorgen-bij-specialisten-over-verwaarloosde-ouderen-in-ziekenhuis-grote-crisis~a76fb4d5/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- <https://www.alzheimer-nederland.nl/onderzoek/projecten/aboard>
- <https://www.alzheimer-nederland.nl/onderzoek/projecten/het-bird-nl-project>
- <https://www.alzheimer-nederland.nl/onderzoek/projecten/ndpi>
- <https://www.axioncontinu.nl/zorg-diensten-thuis/hulp-bij-dementie>
- <https://www.elaa.nl/actueel/48-ouderenzorg/990-laagdrempelig-screenen-op-dementie-bij-eerste-generatie-migranten-in-heel-amsterdam>
- <https://www.pharos.nl/cultuursensitief-werken-zorg-sociaal-domein-handvatten/>