Inclusieve langdurige ouderenzorg

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

PHAROS
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting **3**
1 Inleiding **8**
2 Methoden **12**
3 Bevindingen **20**
3.1 Wat zegt de literatuur? 20
3.2 Wat zeggen de data? 25
3.2.1 Omschrijving van de onderzoekspopulatie 25
3.2.2 Regressieanalyses 25
3.3 Wat zeggen betrokkenen? 33
3.3.1 Duiding van de data-analyse 33
3.3.2 Wat zijn de knelpunten voor het toepassen van inclusieve zorg? 43
4 Discussie **53**
5 Referenties **62**

Colofon
Auteurs: Heleen Vellekoop, Isabelle Konst, Carolien Smits en Roshnie Kolste.

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

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

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

November 2024

SAMENVATTING

Aanleiding

Naar aanleiding van motie 36200 XVI, nr. 61 van Sahla, onderzochten we verschillen in het gebruik van langdurige zorg afhankelijk van migratieachtergrond. Ook identificeerden we knelpunten voor het bieden van inclusieve zorg. De focus van het onderzoek lag op zorg die gefinancierd wordt via de Wet langdurige zorg (Wlz) en op zorggebruikers van 55 jaar en ouder.

Een groeiend deel van de 55-plussers heeft een migratieachtergrond. Waar in 2020 zo'n 16% van de ouderen een migratieachtergrond had, stijgt dit naar verwachting naar 28% in 2050. Desondanks is er nog weinig onderzoek gedaan naar het zorggebruik van ouderen met een migratieachtergrond.

Methoden

We voerden statistische analyse uit met behulp van data op individueel niveau ("microdata") van het CBS. We bekeken drie verschillende onderzoeksvragen.

Nr.	Onderzoeksvraag	Toelichting
1	Zijn er verschillen in het zorgprofiel waarin mensen instromen in de Wlz afhankelijk van migratieachtergrond?	Het zorgprofiel dat mensen krijgen toegewezen is hoger naarmate de zorgvraag hoger is, ofwel de gezondheid slechter.
2	Komt het persoonsgebonden budget als leveringsvorm vaker voor bij mensen met een migratieachtergrond?	Wlz-zorg kan in verschillende leveringsvormen worden ontvangen: zorg in natura, een persoonsgebonden budget, of een combinatie van beide. Bij zorg in natura wordt er gebruik gemaakt van het standaard zorgaanbod en bepalen de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar uit welk zorgaanbod de zorgvrager mag kiezen. Bij het pgb koopt men zelf zorg in en is er dus meer vrijheid in het vormgeven van de zorg.
3	Zijn er verschillen in jaarlijks ontvangen zorg in natura afhankelijk van migratieachtergrond?	De jaarlijks ontvangen zorg is in de declaratiedata zowel in volume (tijdseenheden) als in kosten bijgehouden; wij hebben allebei bekeken.

Om het verband tussen migratieachtergrond en zorggebruik goed te kunnen schatten, hebben we gecorrigeerd voor andere variabelen die mogelijk meespelen, waaronder geslacht, sociaaleconomische status, nabijheid van mogelijke mantelzorgers, en de gezondheidsstatus.

Ter duiding van de kwantitatieve resultaten, en om knelpunten voor inclusieve zorg te identificeren, spraken we met een reeks aan betrokkenen, waaronder zorgvragers, mantelzorgers, zorgprofessionals, zorgbestuurders en beleidsmakers. We hielden hiervoor zes groepsgesprekken en ook enkele losse interviews. In totaal spraken we ruim 40 mensen.

Bevindingen

Bij alle drie de onderzoeksvragen vonden we duidelijke verschillen tussen verschillende herkomstgroepen.

Eerste Wlz-indicatie

Bij de eerste indicatie voor Wlz-zorg hebben nagenoeg alle herkomstgroepen gemiddeld een hoger zorgprofiel dan de Nederlandse herkomstgroep. Van de ouderen met Nederlandse herkomst (uit de referentiegroep[1]) heeft zo'n 66,2% een zorgprofiel van 5VV of hoger bij de eerste indicatie. Bij herkomstgroep *Overig Afrika* daarentegen, waarin Kaapverdië en Somalië het vaakst voorkomen als herkomstland, stroomt zo'n 74,8% met een relatief hoog zorgprofiel de Wlz in. Ook herkomstgroepen *Overig Azië* (waarin Irak, Iran, Afghanistan en Syrië veel voorkomen) en *Suriname* hebben met 71,1% een relatief hoge kans om "ernstig" in te stromen.

In de gesprekken met betrokkenen werden verschillende verklaringen genoemd voor deze bevinding. Een vaak genoemde verklaring voor de gemiddelde hogere zorgprofielen bij de eerste Wlz-indicatie was dat ouderen met een migratieachtergrond gemiddeld later in het ziekteproces bij de Wlz uitkomen. Verschillende redenen werden hiervoor genoemd, waaronder een hoger tolerantieniveau van naasten voor de zorgbehoefte, minder goed de weg vinden in het zorgsysteem, en wantrouwen richting zorgverleners/het zorgsysteem. Er werd benoemd dat mantelzorgers van ouderen met een migratieachtergrond soms erg overbelast raken.

Een andere verklaring was dat bepaalde groepen vaker ernstige trauma's hebben (bijvoorbeeld mensen met een vluchtachtergrond), waardoor complexere zorg nodig is. Verder werd geopperd dat de indicatiestelling niet altijd accuraat is, bijvoorbeeld door onbekendheid met een specifieke doelgroep.

Tot slot werd (ondanks de bevinding van gemiddeld hogere zorgprofielen) genoemd dat onder-indicatie bij mensen met een migratieachtergrond voorkomt. Hierbij werd gezegd dat er soms vooroordelen lijken te spelen bij indicatiestellers (zoals "zij zorgen voor elkaar"). Ook werd genoemd dat de ingevulde aanvraag soms niet goed de daadwerkelijke zorgbehoefte weergeeft, bijvoorbeeld doordat de aanvragers niet alle relevante informatie hebben gedeeld (vanuit onbekendheid met het zorgsysteem of vanuit schaamte over problematisch gedrag).

Leveringsvorm van de zorg

Uit de data-analyse bleek ook dat ouderen met een migratieachtergrond vaker voor het persoonsgebonden budget (pgb) als leveringsvorm kiezen dan ouderen met Nederlandse herkomst. Bij het pgb is er meer ruimte voor het zelf vormgeven van de zorg, terwijl bij "zorg in natura" gebruik wordt gemaakt van het standaard zorgaanbod. Van de ouderen met Nederlandse herkomst kiest zo'n 3% ervoor om enkel een pgb te ontvangen (en dus geen enkele vorm van zorg in natura). Van de

[1] Om de resultaten toegankelijker te maken, rapporteren we niet rechtstreeks de resultaten van de statistische analyse. In plaats daarvan tonen we staafdiagrammen. Om deze te kunnen maken hebben we een "referentiegroep" moeten kiezen. Dit hebben wij gedaan op basis van welke kenmerken het vaakst voorkomen. De referentiegroep is: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000. De genoemde resultaten gelden specifiek voor deze referentiegroep. Voor andere referentiegroepen zijn de absolute resultaten weliswaar anders, maar blijven de relatieve verschillen tussen de herkomstgroepen hetzelfde.

ouderen uit herkomstgroepen *Overig Afrika* en *Suriname* is dit respectievelijk 18% en 20%. Bij herkomstgroepen *Overig Azië*, *Turkije* en *Marokko* wordt het vaakst voor uitsluitend een pgb gekozen, door respectievelijk 36%, 52% en 59%.

Naast praktische overwegingen (zoals meer flexibiliteit in de planning en een vast gezicht voor de zorgontvanger), relateerden veel van de verklaringen voor het hogere pgb-gebruik aan onvoldoende aanbod van inclusieve zorg. Voorbeelden van niet-inclusief aanbod die werden genoemd waren: gebrek aan respect voor culturele gebruiken en gewoonten (zoals in huis geen schoenen dragen); onvoldoende tijd, financiële ruimte en/of flexibiliteit om tegemoet te komen aan behoeften (zoals wassingen voorafgaand aan het gebed); niet-passend eten. Ook werden voorbeelden van discriminatie vanuit zorgverleners genoemd. Anderzijds gaven sommigen aan dat er een voorkeur kan bestaan voor "zelf zorgen voor naasten" om culturele en/of religieuze redenen. Hier werden veel nuances aan toegevoegd, zoals onderlinge verschillen tussen mensen afhankelijk van o.a. (migratie)generatie. Tot slot werd een taalbarrière als belangrijke reden genoemd om ervoor te kiezen de zorg zelf vorm te geven. De gemiddelde Nederlandse taalvaardigheid in verschillende herkomstgroepen werd dan ook aangedragen als een van de mogelijke verklaringen voor de verschillen tussen de herkomstgroepen wat betreft pgb-gebruik.

Ontvangen zorg

Verder bleek uit de data-analyse dat er verschillen zijn in hoeveel zorg men ontvangt. Bij mensen die thuiszorg ontvangen via zorg in natura (dus het standaard zorgaanbod) krijgen ouderen met een Nederlandse herkomst op jaarbasis gemiddeld zo'n 161 etmalen zorg. Voor ouderen uit herkomstgroepen *Suriname* en *Overig Afrika* is dit zo'n 137 etmalen, ofwel 15% minder zorg dan ouderen met Nederlandse herkomst. Ouderen met Marokkaanse of Turkse herkomst ontvangen gemiddeld respectievelijk zo'n 122 en 117 etmalen zorg, ofwel 24% en 28% minder zorg dan ouderen met Nederlandse herkomst.

De verklaringen die door geïnterviewden werden gegeven voor het lagere zorggebruik onder de migrantenouderen leken op de verklaringen voor het hogere gebruik van het pgb. Zo werd genoemd dat het standaard zorgaanbod niet altijd aansluit op de behoeften. Ook werd benoemd dat beperkte Nederlandse taalvaardigheid kan afschrikken van formele zorg. Verder werd benadrukt dat mensen vaak niet weten wat de mogelijkheden zijn en waar ze allemaal recht op hebben.

Knelpunten

We voerden met zorgprofessionals, zorgbestuurders en beleidsmakers gesprekken over de knelpunten die het bieden van inclusieve zorg in de weg zitten. In onderstaande tabel staat een overzicht van negen belangrijke thema's die wij identificeerden op basis van deze gesprekken.

Nr.	Knelpunt	Toelichting
1	Informatie over de Wlz is niet op maat	De toegankelijkheid van beschikbare informatie wordt o.a. beperkt door taalniveau, onduidelijkheid over waar informatie gevonden kan worden en het onvoldoende aansluiten van beschikbare informatie bij de eigen leefwereld. Verder is er bij veel zorgverleners onvoldoende kennis over Wlz-zorg om kennishiaten van ouderen en hun naasten op te vullen.
2	Het aanvragen van zorg is te complex	Het aanvragen van Wlz-zorg wordt beschreven als complex en een grote administratieve last. Niet iedereen weet zich hier doorheen te worstelen.
3	Gebrek aan cultuurspecifiek aanbod	Er is in het huidige zorglandschap onvoldoende zorgaanbod dat tegemoet komt aan specifieke culturele behoeften. Dit zorgt ervoor dat een deel van de zorgvragers zich minder in de geboden zorg herkent, mindere kwaliteit van zorg ervaart, en dat er niet voldaan wordt aan hun wensen en behoeften.
4	Onvoldoende cultuursensitieve kennis en vaardigheden onder zorgverleners	(Een deel van) de beroepsbevolking in de zorg beschikt nog onvoldoende over de kennis en vaardigheden om inclusieve zorg te verlenen aan ouderen met een migratieachtergrond. Hierbij zijn cultuurspecifieke kennis en (communicatie)vaardigheden nodig, maar vooral ook het leren van waardenvrij kijken en elkaar als gelijke zien.
5	Taalbarrière onvoldoende geadresseerd	Tolken worden niet standaard vergoed, waardoor een taalbarrière de toegang tot zorg zeer kan beperken.
6	Onvoldoende ruimte voor maatwerk	Veel van het huidige beleid in de langdurige zorg is gericht op- en ontwikkeld rondom een specifieke norm (wit, man), en is niet passend voor de hedendaagse diversiteit in de Nederlandse bevolking. Zorgverleners ervaren binnen de huidige kaders weinig (financiële) ruimte om aan de behoeften van zorgvragers te voldoen.
7	Onvoldoende bewustzijn rondom inclusieve zorg bij managers en bestuurders	Volgens geïnterviewden komt het initiatief tot meer inclusieve zorg vaak van individuele gemotiveerde medewerkers, die het belang van inclusief werken inzien en ervaren op de werkvloer. In hogere lagen ontbreekt vaak nog het bewustzijn dat het bieden van inclusieve zorg belangrijk is, de erkenning dat zorg nu nog vaak onvoldoende inclusief is, en een gevoeld eigenaarschap over dit probleem.
8	Onvoldoende (financiering voor) samenwerking	Er is te weinig (financiële) ruimte voor samenwerking rondom het thema van inclusieve zorg, zowel met andere zorgprofessionals/ zorgorganisaties als met sleutelpersonen (bijvoorbeeld mensen met een migratieachtergrond die kunnen helpen bij de informatievoorziening voor een specifieke doelgroep).
9	Onvoldoende overheidsbeleid en structurele financiering	Initiatieven voor inclusieve zorg die vanuit zorgorganisaties komen kunnen binnen huidige wet- en regelgeving onvoldoende geborgd en/of uitgebreid worden. Zorgorganisaties zeggen er behoefte aan te hebben dat er "van bovenuit" structureel ruimte geboden wordt voor initiatieven rondom inclusieve zorg.

Aanbevelingen

Op basis van onze bevindingen deden wij de volgende aanbevelingen.

- **Organiseer betere ondersteuning voor mantelzorgers**. Zorg er hierbij voor dat nieuwe regelingen óók aansluiten bij doelgroepen die niet altijd gehoord of gezien worden en dat de informatie over nieuwe regelingen óók hen bereikt.

- **Investeer in het verbeteren van de toegang tot Wlz-zorg.** Concrete stappen die hiervoor genomen kunnen worden:
  - Investeer in informatie op maat. Investeer hierbij ook in de verspreiding van de informatie. Werk samen met de doelgroep om te toetsen of de informatie en de manier van verspreiden inderdaad passend is.
  - Versimpel het proces voor de aanvraag van Wlz-zorg
  - Herintroduceer de standaard vergoeding van tolken

- **Moedig aan dat de kennis en vaardigheden om inclusieve zorg te kunnen verlenen een vast onderdeel worden van de zorgopleidingen.** Belangrijke onderdelen hierbij zijn:
  - enige cultuurspecifieke basiskennis
  - cultuursensitieve communicatievaardigheden
  - bewustzijn van de eigen normeringen en cultuur
  - een open, gelijkwaardige benadering

- **Moedig aan dat "inclusiviteit" een standaard onderdeel wordt van wat we zien als kwaliteit van zorg.** Concrete manieren om hier invulling aan te geven zijn:
  - Moedig aan dat in de huidige meetinstrumenten en monitors van kwaliteit een representatieve onderzoekspopulatie wordt geïncludeerd. Vervolgens kan de kwaliteit van zorg worden uitgesplitst per doelgroep om eventuele verschillen te identificeren.
  - Ook kunnen specifieke indicatoren voor inclusiviteit ontwikkeld worden en bijvoorbeeld gebruikt bij de zorginkoop door zorgkantoren (en door zorgverzekeraars en gemeenten).

- **Vergroot inclusiviteit bij alle organisaties en partijen betrokken bij de (langdurige) zorg.** Concrete manieren om hier invulling aan te geven zijn:
  - Moedig aan tot reflectie en open dialoog rondom de eigen normeringen en de perspectieven die (onbedoeld) worden uitgesloten
  - Moedig diversiteit in personeel aan
  - Verbeter bestaande processen rondom het creëren van een veilige werksfeer en het melden van voorvallen van discriminatie, om te zorgen dat de medewerkers die de diversiteit in de verschillende organisaties verhogen prettig kunnen werken, daadwerkelijk gehoord en gezien worden, en niet voortijdig uitstromen.

- **Maak structurele financiering beschikbaar voor het faciliteren van inclusieve zorg.**

HOOFDSTUK 1

1 Inleiding

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

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

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

Het concept van inclusieve zorg is nauw gerelateerd aan het internationaal veelgebruikte concept van "health equity". Dit concept laat zich ruwweg vertalen naar "gezondheidsrechtvaardigheid" en stelt dat ongelijke behandeling soms nodig is om iedereen de (voor hen) hoogst mogelijke gezondheid te laten behalen, vanwege de verschillende uitgangsposities die mensen hebben. Hoewel het Nederlandse zorgsysteem internationaal gezien zeer goed is, is *health equity* minder goed gewaarborgd. Zo staat Nederland in een vergelijking tussen de zorgsystemen in 11 rijke landen[2] op bijna alle gemeten sub-domeinen in de top 2, maar scoort op het thema *equity* beduidend minder goed [2].

Ongelijkheid in gezondheid doet zich voor langs verschillende assen. Zo is de gezonde levensverwachting voor vrouwen in Nederland lager dan voor mannen (sekse) [3], voor mensen met mbo-scholing lager dan voor mensen met hbo/wo-scholing (opleiding) [4], en voor verscheidene gemeenten in Zuid-Limburg en Noordoost-Groningen (evenals Rotterdam en Den Haag) lager dan in de rest van het land (geografie) [5]. Hoewel inclusiviteit gaat over het aanbieden van goede zorg voor *iedereen*, is om de onderzoeksvraag behapbaar te houden gekozen om in te zoomen op een specifieke doelgroep. Op verzoek van het Ministerie van VWS, is besloten om de focus te leggen op 55-plussers met een migratieachtergrond. Dit is een groeiende groep, waar nog beperkt onderzoek naar is gedaan. Waar er in 1996 slechts zo'n 385.000 55-plussers waren met een (eerste of tweede generatie) migratieachtergrond, was dit aantal in 2020 gegroeid naar 905.000 [6]. De groep migrantenouderen vormde in 2020 zo'n 16% van het totaal aantal ouderen, maar dit stijgt naar verwachting naar 28% in 2050[3] [7].

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

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

Terminologie

In dit rapport bedoelen wij met “ouderen” mensen van 55 jaar of ouder. Terwijl de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid (“gezonde levensverwachting”) voor mensen met hbo/wo-scholing op 70 jaar ligt, is de gezonde levensverwachting voor mensen met een mbo-1 opleiding 56 jaar [8]. Dit betekent dat een deel van de mensen eerder te maken krijgt met een slechte gezondheid en “oud” wordt. Om hier recht aan te doen, leggen we de grens op 55 jaar.

Met “mensen met een migratieachtergrond” bedoelen we mensen die buiten Nederland zijn geboren en vervolgens naar Nederland zijn gemigreerd (“eerste generatie”), of mensen van wie ten minste een van de ouders vanuit een ander land naar Nederland is gemigreerd (“tweede generatie”). Mensen met een derde generatie migratieachtergrond of hoger zien we als autochtone Nederlander. De reden hiervoor is voornamelijk een praktische: het Centraal Bureau voor de Statistiek houdt enkel de eerste en tweede generatie migratieachtergrond bij.

In dit rapport zullen we de groep 55-plussers met een migratieachtergrond regelmatig aanduiden als “migrantenouderen”. Dit is geen ideale term, omdat het woord “migrant” een persoon in al diens veelzijdigheid als het ware reduceert tot enkel diens migratiegeschiedenis. Ook het woord “oudere” kan als stigmatiserend worden ervaren. Wij kiezen vanwege de leesbaarheid voor deze term, maar bedoelen dus “55-plussers met een migratieachtergrond”.

Op basis van het beperkte onderzoek dat is gedaan, lijkt het erop dat ouderen met een migratieachtergrond gemiddeld in minder goede gezondheid verkeren dan ouderen met Nederlandse herkomst. Zo bleek uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat migrantenouderen hun gezondheid minder vaak als (zeer) goed ervaren dan ouderen zonder migratieachtergrond[4] [9]. Hierbij zijn er aanzienlijke verschillen tussen de verschillende herkomstgebieden. Onder ouderen met een Nederlandse herkomst ervaart 71% de gezondheid als (zeer) goed. Bij migrantenouderen met een Europees herkomstland ervaart 63% de gezondheid als (zeer) goed, bij ouderen met een herkomstland buiten Europa is dit 56%. Verder ervaart slechts 35% en 39% (respectievelijk) van de ouderen met een Turkse of Marokkaanse herkomst een (zeer) goede gezondheid, vergeleken met 52% en 59% (respectievelijk) van de ouderen met een Surinaamse of Caribische herkomst. De groep ouderen met een Indonesische herkomst lijkt het goed te doen, met 72% in (zeer) goede gezondheid.

Uit onderzoek waarin ook naar de mentale gezondheid werd gekeken, bleek dat bijna 60% van Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse ouderen[5] in het hoogste kwartiel valt van een veelgebruikte schaal voor “depressieve gevoelens” [10]. Van de ouderen met Nederlandse herkomst valt slechts 22% in het hoogste kwartiel.

[4] Er is gekeken naar de leeftijdsgroep 60-85 jaar. Er is gecontroleerd voor verschillen in leeftijdsopbouw, man/vrouw-verdeling en opleidingsniveau. De gerapporteerde cijfers betreffen eerste-generatie migrantenouderen.
[5] Er is gekeken naar de leeftijdsgroep 55-64 jaar.

Migratiegeschiedenis

De herkomst van migrantenouderen is heel divers [11]. De ouderen komen uit verschillende herkomstlanden en kennen een wisselende migratiegeschiedenis. Relatief veel migrantenouderen komen uit landen die voormalige koloniën van Nederland zijn (Suriname, Indonesië, Nederlandse Antillen). Ook voormalige gastarbeiderslanden Turkije en Marokko komen vaak voor als herkomstland. Verder zijn er veel ouderen met Duitsland als herkomstland en ook buurlanden België en het Verenigd Koninkrijk komen relatief vaak voor. Een ander substantieel deel van de migrantenouderen heeft een vluchtachtergrond. Veelvoorkomende herkomstlanden zijn voormalig Joegoslavië, Irak, de voormalige Sovjet-Unie, Iran, Afghanistan en Syrië.

Migratiepatronen veranderen over de tijd, waardoor de demografische samenstelling van de groep migrantenouderen dynamisch is. Omdat veel mensen op jongere leeftijd migreren en pas na een tijd in Nederland tot de “ouderen” worden gerekend, loopt de demografische samenstelling van de ouderen met een migratieachtergrond als het ware achter op die van de algemene bevolking. Zo komen Oost-Europese landen, op Polen na, nu nog niet voor in de top 20 met meest voorkomende herkomstlanden [11]. Vanwege het toetreden van veel Oost-Europese landen tot de Europese Unie zal dit bij de toekomstige groep migrantenouderen waarschijnlijk anders liggen.

Gezondheidsverschillen hebben niet een enkele oorzaak, maar zijn het gevolg van verschillende factoren [12], [13]. De oplossingen liggen dan ook in verschillende domeinen, bijvoorbeeld in de woonomgeving en bestaanszekerheid [14]. Maar gegeven de relatie tussen gezondheidszorg enerzijds en gezondheidsuitkomsten anderzijds, ligt een deel van de oplossing in het zorgdomein.

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

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

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

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

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

2 Methoden

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

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

De motie van Sahla vroeg zich af hoe vaak niet-inclusieve zorg voorkomt. Om te weten hoe vaak niet-inclusieve zorg voorkomt, moeten we (niet-)inclusieve zorg meetbaar maken. Dit is nog niet zo eenvoudig. Er is geen standaard definitie van "inclusieve zorg". En hoewel er in de wetenschappelijke literatuur enkele indicatoren van "inclusieve zorg" te vinden zijn [15], zijn deze in Nederland nog amper toegepast.

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

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

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

Tabel 1 – Overzicht van de twee onderzoeksaanpakken

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

Literatuuronderzoek

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

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

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

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

Data-analyse

Onderzoeksvragen

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

1. **Zijn er verschillen in het zorgprofiel waarin mensen instromen in de Wlz afhankelijk van migratieachtergrond?**
   Zoals uitgelegd in de onderstaande box zijn de verschillende zorgprofielen een reflectie van hoeveel zorg er nodig is en daarmee van de ernst van ziekte van de zorgvrager. De redenering bij deze onderzoeksvraag is dat als de zorg voorafgaand aan een Wlz-indicatie onvoldoende inclusief/passend is, mensen pas later in het ziekteproces uitkomen bij de Wlz en dus instromen in een hoger zorgprofiel.
2. **Komt het persoonsgebonden budget als leveringsvorm vaker voor bij mensen met een migratieachtergrond?**
   De redenering hierbij is dat het persoonsgebonden budget (pgb) meer vrijheid geeft om de zorg naar eigen inzicht vorm te geven. Als het standaard zorgaanbod niet inclusief/passend is, zou de verwachting zijn dat mensen vaker voor een pgb kiezen in plaats van zorg in natura (zin).
3. **Zijn er verschillen in jaarlijks ontvangen zorg in natura afhankelijk van migratieachtergrond?**
   De redenering is dat men bij een niet-inclusief zorgaanbod minder zorg zal afnemen (en meer binnen het eigen netwerk zal opvangen).

Wet langdurige zorg

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

Mensen kunnen met allerlei aandoeningen in de Wlz terechtkomen. Verschillende typen aandoeningen worden hierbij in verschillende sectoren ingedeeld. In dit onderzoek richten wij ons op sector "Verpleging & Verzorging". Binnen deze sector zijn verschillende zorgprofielen (ook wel zorgzwaartepakketten genoemd). Zie onderstaand voor een overzicht van de zorgprofielen die in deze studie zijn meegenomen. 4VV is het laagste zorgprofiel, voor mensen die relatief de minste zorg nodig hebben. Zorgprofielen 5VV en 6VV zijn zwaardere zorgprofielen, waarbij 5VV vooral wordt geïndiceerd voor mensen met psychogeriatrische aandoeningen en 6VV vooral voor mensen met somatische aandoeningen. Zorgprofielen 7VV en 8VV worden afgegeven voor mensen die zeer intensieve zorg nodig hebben.

4VV *VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging*
5VV *VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg*
6VV *VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging*
7VV *VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding*
8VV *VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging*

Mensen die Wlz-zorg ontvangen mogen kiezen hoe ze die zorg willen ontvangen ("leveringsvorm"). Mensen kunnen kiezen voor zorg in natura, persoonsgebonden budget (pgb), of een combinatie van beide. Bij zorg in natura bepalen de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar uit welk zorgaanbod de zorgvrager mag kiezen. Dit is als het ware het standaard zorgaanbod. Bij het pgb krijgt men een budget om zelf zorg in te kopen (waarbij zowel formele als informele zorg kan worden ingekocht) en is er dus meer vrijheid in het vormgeven van de zorg. Een aanvraag voor een pgb wordt gedaan bij een regionaal zorgkantoor (nadat er eerst een Wlz-indicatie is afgegeven door het CIZ). Mensen met een Wlz-indicatie kunnen in een zorginstelling gaan wonen, maar kunnen er ook voor kiezen om de zorg thuis te ontvangen (als dat verantwoord is). Een combinatie van beide (deeltijdverblijf) is ook mogelijk.

Langdurige zorg en ondersteuning thuis wordt niet altijd geregeld via de Wlz. Voor mensen die nog relatief zelfstandig thuis kunnen functioneren, of bij wie de zorgvraag niet blijvend is, kan ondersteuning worden geregeld via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De gemeente regelt de Wmo-ondersteuning. Voorbeelden van Wmo-ondersteuning zijn huishoudelijke hulp, vervoer en dagbesteding. Als er ook medische zorg nodig is kunnen mensen wijkverpleging krijgen. Dit betaalt de zorgverzekeraar, via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als mensen op termijn meer zorg nodig hebben en een Wlz-indicatie krijgen, wordt in het vervolg (bijna) alle zorg en ondersteuning uit de Wlz betaald. Dit betekent dat dezelfde zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld dagbesteding of verpleging thuis, in sommige gevallen via de Wmo en Zvw wordt gefinancierd en in andere gevallen via de Wlz, afhankelijk van de zorgzwaarte van de patiënt.

Dataomschrijving

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

- 55 jaar of ouder;
- met een Wlz-indicatie voor verpleging & verzorging, zorgprofielen 4VV t/m 8VV;
- een somatische of psychogeriatrische aandoening (bijv. ziekte van Alzheimer) als dominante grondslag voor de Wlz-indicatie

Regressieanalyse

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

Uitkomstvariabelen

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

- **Zorgprofiel bij de eerste Wlz-indicatie** Deze variabele geeft weer welk zorgprofiel door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is geïndiceerd bij de eerste keer dat de persoon in kwestie toegang kreeg tot Wlz-zorg. Hierbij zijn er 5 opties: 4VV, 5VV, 6VV, 7VV, of 8VV.
- **(Uitsluitend) pgb als leveringsvorm** Deze variabele geeft de leveringsvorm van de zorg weer. We hebben twee categorieën gedefinieerd: mensen ontvangen uitsluitend een pgb; mensen ontvangen uitsluitend zorg in natura of een combinatie van pgb en zorg in natura.
- **Jaarlijks ontvangen zorg (in etmalen & in zorgkosten)** Dit zijn twee gerelateerde variabelen. De eerste reflecteert de jaarlijks ontvangen Wlz-zorg in etmalen; dit is het volume van de ontvangen zorg. De tweede variabele laat de totale jaarlijkse zorgkosten zien. Een aantal dingen zijn belangrijk om op te merken:
  - Het CBS levert alleen voor zorg in natura gedetailleerde declaratiedata over volume en kosten aan. Bij deze analyse is daarom alleen gekeken naar mensen die uitsluitend zorg in natura ontvangen. Mensen die een pgb of een zin/pgb-combi ontvangen zijn niet meegenomen.
  - Uit onderzoek is bekend dat zorggebruik heel sterk stijgt vlak voor overlijden [16]. Om een vertekening van het beeld te voorkomen is de ontvangen zorg in jaar van overlijden daarom buiten beschouwing gelaten[6].
  - Alleen de declaraties voor “hoofdprestaties” zijn meegenomen in de analyse. Declaraties voor “nevenprestaties” (zoals vervoer naar de dagbesteding) zijn buiten beschouwing gelaten.
  - Het volume van ontvangen zorg is bepaald door het CBS op basis van het aantal zorgprestaties en de tijdseenheid per zorgprestatie.

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

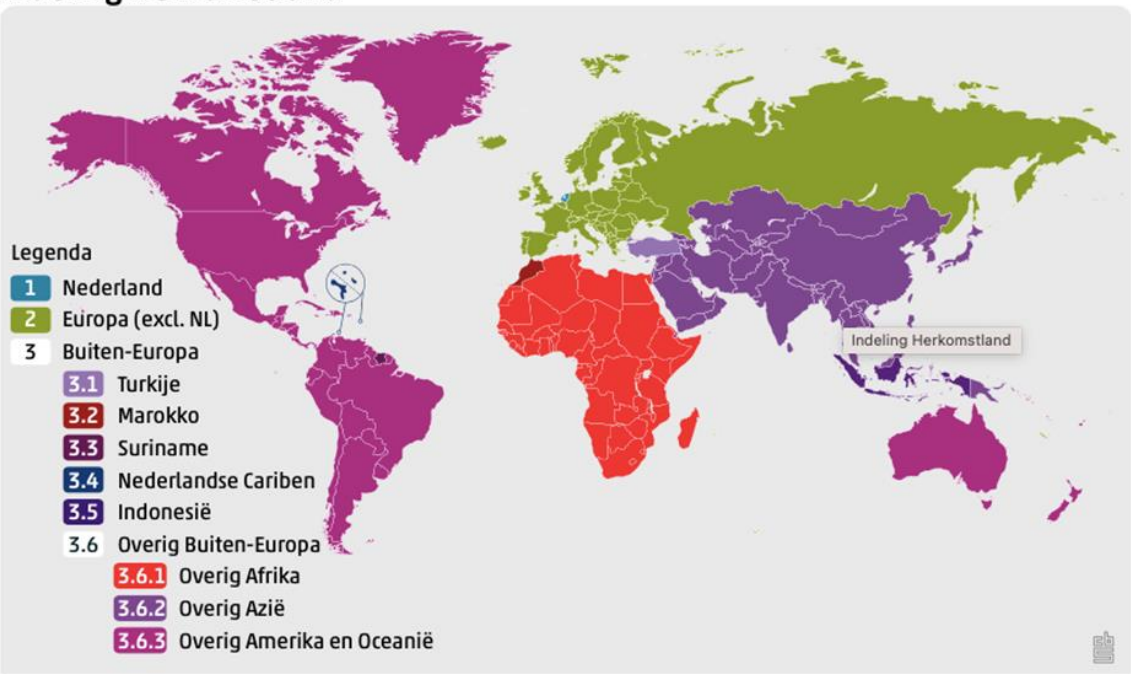
Verklarende variabele

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

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

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

Indeling Herkomstland



Bron: CBS

Controlevariabelen

Om de relatie tussen migratieachtergrond en de uitkomstvariabelen goed te kunnen schatten, moeten we er rekening mee houden dat er nog andere factoren meespelen, die onze schattingen van het verband tussen migratieachtergrond en zorguitkomsten kunnen vertekenen. Zo wordt er bij grotere huishoudens misschien minder gebruik gemaakt van formele zorg, omdat verschillende leden van het huishouden een deel van de zorgtaken kunnen opvangen. Tegelijkertijd weten we dat mensen met een migratieachtergrond gemiddeld in grotere huishoudens wonen [9]. Als we hier niet voor corrigeren, zouden we kunnen concluderen dat een kleiner gebruik van formele zorg onder migrantenouderen

komt door een gebrek aan inclusieve zorg, terwijl het misschien eigenlijk verband houdt met een grotere beschikbaarheid aan mantelzorgers door de grotere huishoudens.

Om te corrigeren voor deze "andere factoren", hebben we verschillende controlevariabelen toegevoegd aan de regressieanalyse[7]. Een variabele kan worden geïncludeerd als controlevariabele als deze zowel samenhangt met de verklarende variabele (in dit geval "migratieachtergrond") als met de uitkomstvariabele (bijv. zorggebruik). We hebben de volgende controlevariabelen geïncludeerd:

- **Geslacht** We weten uit onderzoek dat vrouwen gemiddeld meer zorg gebruiken. Ook weten we dat de man/vrouw-verdeling kan verschillen tussen herkomstlanden. Zo zijn relatief veel ouderen met Italië of Syrië als herkomstland man en zijn relatief veel ouderen met Polen of de Sovjet-Unie als herkomstland vrouw [11].
- **Huishoudvermogen** Uit vele onderzoeken bleek al dat sociaaleconomische status (SES) effect kan hebben op zorggebruik. Ook weten we dat mensen met een migratieachtergrond vaak een minder gunstige sociaaleconomische positie hebben dan mensen zonder migratieachtergrond [9]. Veelgebruikte indicatoren van SES zijn inkomen en opleiding. Maar na pensionering reflecteert het inkomen van mensen minder goed hun SES en voor de 55-plussers in Nederland is de CBS-data over de genoten opleiding erg incompleet. We hebben daarom gekozen voor het huishoudvermogen (exclusief de waarde van een eventuele eigen woning) als indicator van SES. Hierbij is het huishoudvermogen ingedeeld in drie categorieën: minder dan €20.000; tussen €20.000-€100.000; meer dan €100.000.
- **Gemiddelde WOZ-waarde in de buurt** We includeerden de gemiddelde WOZ-waarde in de buurt als aanvullende indicator van SES.
- **Meerpersoonshuishouden** Zoals hierboven beschreven kan de beschikbaarheid van mantelzorg effect hebben op (formeel) zorggebruik. Omdat we de beschikbaarheid van mantelzorg niet rechtstreeks kunnen meten, gebruiken we in plaats daarvan een indicator die aangeeft of mensen in een huishouden met meer dan 1 persoon wonen of niet.
- **Zorgprofiel** Een van de grootste voorspellers van zorggebruik is uiteraard de gezondheidsstatus. Ook zijn er, zoals in de Introductie beschreven, aanwijzingen dat mensen met een migratieachtergrond vaker in slechte gezondheid verkeren. Helaas is "gezondheid" niet zo makkelijk te meten. De CBS-data bevat dan ook amper informatie over de gezondheid waar mensen in verkeren. Om toch een benadering van de gezondheidsstatus te hebben, hebben we het zorgprofiel gebruikt als indicator van ernst van ziekte[8]. Verder bepaalt de zorgprofiel-indicatie het maximum aan zorg dat jaarlijks gedeclareerd mag worden en is het zeker in de "ontvangen zorg"-analyses dus belangrijk om voor het zorgprofiel te controleren.

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

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

Statistische modellen

We hebben verschillende statistische modellen gebruikt voor de verschillende analyses.

- De uitkomstvariabele ***zorgprofiel bij de eerste Wlz-indicatie*** heeft verschillende categorieën, waarbij de categorieën een logische volgorde hebben (in tegenstelling tot categorieën als "appel" versus "peer"). Een *ordered logit* model past het beste bij deze kenmerken.
- De uitkomstvariabele ***(uitsluitend) pgb als leveringsvorm*** is binair: mensen krijgen uitsluitend een pgb of niet. De data in deze analyse is longitudinaal is (dezelfde mensen worden meerdere jaren lang gevolgd)[9], waarbij de verklarende variabele (herkomstgroep) constant blijft over de tijd. Bij deze combinatie van kenmerken past een *random-effects logit model* het beste.
- Ook voor de analyses over de jaarlijks ontvangen zorg geldt dat de data longitudinaal is en dat de verklarende variabele constant is over de tijd. Uitkomstvariabelen ***jaarlijks ontvangen etmalen zorg*** en ***jaarlijkse zorgkosten*** zijn echter continue variabelen in plaats van binaire variabelen. Voor deze analyses past een *random-effects model* daarom het beste.

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

Groepsgesprekken en interviews

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

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

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

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

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

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

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

3 Bevindingen

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

3.1 Wat zegt de literatuur?

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

Ervaringen van zorgverleners en zorgvragers

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

Zorgverleners zeiden soms handelingsverlegenheid te ervaren in het contact met mensen met een migratieachtergrond [17]. Zorgverleners hebben bijvoorbeeld het gevoel te weinig kennis te hebben over de cultuur en/of religie van de persoon met een migratieachtergrond en ervaren angst daardoor geen goede zorg te kunnen verlenen. Ook rapporteerden de studies dat zorgverleners (met Nederlandse herkomst) aangaven moeilijker een connectie te voelen bij mensen met een migratieachtergrond [17], [18]. Bij een taalbarrière speelt dit extra sterk. In een van de studies zeiden zorgverleners dat dementiepatiënten met een migratieachtergrond gemiddeld later in het ziekteproces binnenkomen, of op het moment dat er een crisissituatie is ontstaan (bijv. een ziekenhuisopname), waardoor er minder tijd wordt ervaren om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt en de naasten [18].

In enkele van de studies werd genoemd dat er onder zorgverleners sprake is van "othering" [18], [19]. Hierbij worden zorgvragers met een migratieachtergrond allemaal in een (monolithische) groep "De Ander" geplaatst en worden individuele verschillen tussen de zorgvragers onvoldoende gezien [19]. Dit heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat observaties bij individuele zorgvragers veralgemeniseerd worden naar een hele groep, of dat men uitgaat van stereotiepe beelden. Zo zeiden sommige zorgverleners dat ze bij mensen met een migratieachtergrond die langdurige zorg nodig hebben sneller geneigd zijn om te denken dat de zorg informeel, binnen de eigen gemeenschap opgevangen zal worden, vanuit het stereotiepe beeld: "zij helpen elkaar". De studies rapporteerden dat dit tot gevolg heeft dat er minder hulp wordt aangeboden, zowel aan de patiënt zelf als aan de naasten. "Othering" kan overigens ook plaatsvinden vanuit zorgverleners met Nederlandse herkomst richting collega's met een migratieachtergrond.

Zorgverleners met een migratieachtergrond

Uit verscheidene onderzoeken is gebleken dat zorgverleners met een migratieachtergrond regelmatig met kansenongelijkheid, uitsluiting en discriminatie te maken krijgen. Onderzoek van Lianne Mulder liet zien dat geneeskundestudenten met een migratieachtergrond een veel kleinere kans maken om zich te specialiseren [20]. Uit onderzoek van Chantal van Andel bleek dat studenten met een migratieachtergrond structureel lagere beoordelingen krijgen tijdens de coschappen [21]. En van de 35 zorgverleners die Saskia Duijs sprak voor haar onderzoek, waren ervaringen met racisme een van de belangrijkste redenen om als zzp'er te gaan werken in plaats van in loondienst bij een zorgorganisatie [22].

Ook bij geïnterviewde patiënten en mantelzorgers met een migratieachtergrond kwam naar voren dat een taalbarrière als belangrijke belemmerende factor wordt gezien [17], [18]. Daarnaast zeiden zorgvragers een verminderd vertrouwen te hebben in het zorgsysteem, vanwege een gebrek aan cultuursensitiviteit [17]. Sommige zorgvragers gaven aan afstand te ervaren tot zorgverleners (met Nederlandse herkomst), bijvoorbeeld doordat de communicatiestijl als te direct wordt ervaren of doordat het harde werk van mantelzorgers niet gewaardeerd lijkt te worden [18]. In een onderzoek dat specifiek keek naar dementiezorg gaven naasten van dementiepatiënten aan niet adequaat geholpen te zijn door de huisarts toen ze met eerste tekenen van dementie langskwamen. Ook gaven geïnterviewden aan het idee te hebben dat zorgverleners onvoldoende op de hoogte waren van het beschikbare aanbod, bijv. wat betreft vertaalde informatiefolders en cultuursensitieve diagnostische testen [17].

Een ander thema dat naar voren kwam was dat er onbekendheid met het zorgsysteem bestaat onder ouderen met een migratieachtergrond. Een deel is bijvoorbeeld niet goed op de hoogte van de mogelijkheden. Twee studies rapporteerden verder dat sommige mensen met een migratieachtergrond formele zorg zien als een (te vermijden) route richting opname in een verpleeginstelling [17], [18].

Specifiek rondom dementie (een veelvoorkomende reden voor het krijgen van langdurige zorg) kunnen stigma en gevoelens van schaamte spelen bij families met een migratieachtergrond, waardoor mensen minder geneigd kunnen zijn formele zorg op te zoeken [17]. Anderzijds worden tekenen van dementie door zorgverleners niet altijd adequaat opgepikt bij mensen met een migratieachtergrond [23]. Een publicatie over een tijdelijke "anderhalfde lijns" geheugenpoli voor mensen met een migratieachtergrond noemde dat de mogelijkheid tot het laten testen op dementie via de huisarts toegankelijker is omdat het eigen risico niet hoeft te worden aangesproken voor huisartsenzorg .

De studies rapporteren dat het gecombineerde resultaat van bovengenoemde uitdagingen kan zijn dat er diagnoses gemist worden [23], dat mensen zich van zorg onthouden en/of zich pas laat in het ziekteproces melden (bijv. in een vergevorderd stadium van dementie).

Kwaliteit en veiligheid van medische zorg

We vonden ook enkele publicaties die in de Nederlandse context bekeken hoe etniciteit of "ras" effect kan hebben op de kwaliteit en veiligheid van medische zorg. Ras staat hierbij tussen aanhalingstekens omdat er biologisch gezien geen rassen zijn. Desondanks wordt "ras" soms meegenomen als factor bij het bepalen van testuitslagen, bijvoorbeeld door verschillende referentiewaarden voor categorieën als

“Kaukasisch”, “Aziatisch” [24]. De menselijke (genetische) diversiteit is te groot om te vatten in zulke categorieën en het opstellen van verschillende referentiewaarden voor de verschillende categorieën is in de meeste gevallen onzinnig. Door “ras” toch als factor mee te nemen kan het gebeuren dat patiënten een verkeerde testuitslag krijgen.

Anderzijds wordt er in de Nederlandse zorg soms geen rekening gehouden met verschillen wanneer ze er juist wel toe doen. Zo wordt in studieboeken over dermatologie hoofdzakelijk de lichte huid afgebeeld, waardoor artsen in opleiding onvoldoende getraind worden om dermatologische aandoeningen te herkennen op donkerdere huidskleuren [25]. Ook worden bevindingen over etnische verschillen uit internationaal onderzoek soms een-op-een overgenomen voor de Nederlandse context (bijvoorbeeld in richtlijnontwikkeling), terwijl niet duidelijk is of dat passend is. Ziekterisico’s voor Afro-Amerikanen zijn mogelijk bijvoorbeeld anders dan die voor Nederlanders met wortels op het Afrikaanse continent [26].

Tot slot noemen we nog een studie waarin de patiëntveiligheid van mensen met een migratieachtergrond in de Nederlandse zorg werd onderzocht [27]. De onderzoekers spraken met zorgverleners en brachten een reeks aan voorbeelden in beeld van situaties waar de patiëntveiligheid in het geding was gekomen. Soms was dit omdat de zorgverleners niet adequaat hadden gereageerd op kenmerken van de patiënt. Zo werd er bij een vrouw die geen Nederlands sprak en waarmee zorgverleners het communiceren moeilijk vonden, niet gevraagd of ze andere medicatie gebruikte. De vrouw kreeg toen slaaptabletten bovenop medicatie die ze al nam en kwam ’s nachts ten val [27]. In andere gevallen speelden vooroordelen van de zorgverleners mee. Zo werden de pijnklachten van een patiënt na een operatie genegeerd omdat zorgverleners geloofden dat de aanhoudendheid waarmee hij zijn pijn aangaf kwam door “zijn cultuur”. Pas toen de zorgverleners na een aantal dagen opmerkten dat het been van de man in een vreemde positie stond, werd er een röntgenfoto genomen. Er bleek dat de verkeerde heupschroef was gebruikt en de man moest opnieuw geopereerd worden [27].

Verschillen in zorggebruik

Enkele studies bekeken verschillen in zorggebruik tussen verschillende herkomstgroepen, hoewel de meeste studies al enigszins verouderd waren. Een studie, op basis van een rond 2015 afgenomen enquête, bevond dat ouderen met een Marokkaanse, Turkse of Antilliaanse herkomst vergeleken met ouderen met een Nederlandse herkomst vaker informele hulp ontvingen en minder vaak formele thuiszorg [28].

Een studie uit 2009 vond dat ouderen met een Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse of Surinaamse herkomst vaker de huisarts bezochten dan ouderen met een Nederlandse herkomst. Gebruik van fysiotherapie en thuiszorg was relatief laag onder de verschillende migrantengroepen, in het bijzonder onder ouderen met een Marokkaanse herkomst. Ziekenhuiszorg werd door alle groepen ongeveer evenveel gebruikt [29]. Echter, toen er werd gecorrigeerd voor gezondheidsstatus, bleek er een “underutilisation” van bijna alle zorg. Ofwel, ouderen met Nederlandse herkomst gebruiken meer zorg dan migrantenouderen met ongeveer dezelfde gezondheid. Hierbij leek de “underutilisation” het sterkst bij ouderen met een Marokkaanse of Turkse herkomst. Verder werd taalvaardigheid als belangrijke factor geïdentificeerd. Er werd geschat dat het gebruik van thuiszorg 150% hoger is als migrantenouderen een goede Nederlandse taalvaardigheid hebben (hierbij was er gecontroleerd voor andere factoren zoals inkomen) [29].

Een recentere studie berekende dat ouderen uit verschillende herkomstgroepen vaker voor pgb-zorg kiezen dan ouderen uit de “westerse” groep [30]. Ook bevond deze studie dat gebruik van Wmo-ondersteuning (in het verleden) een belangrijke voorspeller is voor het gebruik van Wlz-zorg. Dit zou

kunnen betekenen dat de toeleiding naar de Wlz geholpen kan worden door betere toeleiding naar de Wmo[10].

Knelpunten voor inclusieve zorg

We hebben weinig relevante studies kunnen vinden omtrent knelpunten voor het bieden van inclusieve zorg. Wel vonden we enkele rapporten die keken naar problemen in de toegang tot zorg. Zo rapporteert een RIVM-publicatie dat 25% van de mensen die een aanvraag deden voor wijkverpleging moeite had met de aanvraag [31]. En in een onderzoeksrapport van de Nationale ombudsman worden verscheidene knelpunten benoemd die burgers ervaren bij de toegang tot zorg, waaronder: het missen van een duidelijk aanspreekpunt, onvoldoende deskundigheid van zorgprofessionals (bijvoorbeeld geen domein-overstijgende kennis), en teveel formulieren [32]. Deze publicaties hadden geen specifieke aandacht voor mensen met een migratieachtergrond.

Verder vonden we een evaluatierapport van een leertraject in de Vlaamse instellingszorg [19]. Hierin werden verscheidene knelpunten genoemd die zorgbestuurders ervoeren bij het veranderen naar een meer inclusieve benadering van de zorg. Genoemde knelpunten waren onder andere:

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

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

[10] De bevinding is echter enigszins moeilijk te interpreteren, omdat er geen expliciete maat van "gezondheid" aan de analyse is toegevoegd. Hoewel gezondheid door een deel van de andere variabelen waarschijnlijk gevangen wordt ("eerder gebruik van Wlz-zorg", "totale zorgkosten") zou het kunnen dat de "eerder gebruik van Wmo-ondersteuning"- variabele deels ook gezondheidsstatus reflecteert. Dat het gebruik van Wlz-zorg wordt beïnvloed door gezondheidsstatus is geen verrassing.

organiseren, maar de processen en gedragingen die ongelijkheid en exclusie in stand houden ongemoeid laten [19].

Verschillende termen

Inclusieve zorg gaat over het bieden van goede zorg aan *iedereen*. Hierbij worden verschillen tussen mensen erkend, wordt nagegaan wanneer verschillen er wel en niet toe doen, en zijn zorgverleners zich bewust van hun eigen normeringen [1].

Persoonsgerichte zorg is zorg die de patiënt centraal zet en holistisch kijkt naar de situatie van de patiënt en rekening houdt met de behoeften en voorkeuren van de patiënt [33]. De term "persoonsgerichte" zorg wordt vaak gebruikt als tegenhanger van de "oude" manier van zorg verlenen waarin het ziektebeeld centraal staat en er minder aandacht is voor de patiënt als geheel. Er zit veel overlap tussen "inclusieve zorg" en "persoonsgerichte zorg". Bij persoonsgerichte zorg is er echter minder expliciete aandacht voor het reflecteren op de eigen normeringen en vooroordelen door zorgverleners.

Cultuursensitieve zorg is zorg waarin zorgverleners de competenties hebben om adequaat om te gaan met culturele diversiteit [34]. In de praktijk wordt cultuursensitieve zorg vaak genoemd in de context van zorg voor mensen met een migratieachtergrond, maar de term is bedoeld voor alle vormen van culturele diversiteit, ook tussen mensen met een Nederlandse herkomst onderling. "Cultuursensitieve zorg" is in zekere zin een specifieke vorm van inclusieve zorg en van persoonsgerichte zorg.

Cultuurspecifieke zorg is zorg die is gericht op een specifieke doelgroep, waarbij de zorgaanbieder aansluit bij culturele gedragingen en voorkeuren in de doelgroep [35].

Wij vonden tot slot een studie die de gemeentelijke beleidsvorming onderzocht rondom zorg en ondersteuning voor ouderen met een migratieachtergrond [36]. De studie plaatst deze in de context van landelijk beleid en beschrijft hoe er vanaf de jaren '90 een verschuiving is geweest in heersende overtuigingen over beleid rondom mensen met een migratieachtergrond. Volgens de studie werd de last van het oplossen van sociale achterstanden onder mensen met een migratieachtergrond gaandeweg meer bij de mensen zelf gelegd. Er kwam een nadruk op assimilatie te liggen, op het aanpassen aan "de" Nederlandse norm. Hierbij staat "de" tussen aanhalingstekens omdat samenlevingen divers en dynamisch zijn en "de norm" tot op zekere hoogte een imaginair construct is.

Bij dit nieuwe beleid werd financiële ondersteuning voor zelforganisaties geschrapt, vanuit de vrees dat het bevorderen van zelforganisaties integratie en assimilatie zouden verhinderen. De auteurs beschrijven dat er, in de context van deze landelijke politiek, op gemeenteniveau een bepaalde gevoeligheid bestaat rondom diensten voor specifieke culturele groepen. De auteurs observeren dat cultuurspecifieke diensten worden gerechtvaardigd in termen van "kwetsbaarheid" en "barrières", bijvoorbeeld door te verwijzen naar gebrekkige taalvaardigheid. Het lijkt enigszins taboe te zijn om het bestaansrecht van cultuurspecifieke diensten in positieve termen uit te leggen, bijvoorbeeld het aansluiten bij voorkeuren of leefstijl, of het bieden van zingeving of gevoelens van "belonging". De auteurs stellen dat deze gevoeligheid belemmerend kan werken en soms concrete acties in de weg staat [36]. Zowel deze auteurs als die van bovengenoemd evaluatierapport observeren dat een

beleidsfocus op “diversiteit” in het algemeen kan zorgen voor onvoldoende aandacht voor de specifieke behoeften van mensen met een migratieachtergrond, mede door de besproken gevoeligheden[19], [36].

3.2 Wat zeggen de data?

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

3.2.1 Omschrijving van de onderzoekspopulatie

Zoals beschreven in de Methoden, hebben we gekeken naar de jaren 2016-2022. Sommige mensen hadden slechts in een van deze jaren een Wlz-indicatie en komen dus maar een keer voor in de data. Andere mensen ontvingen meerdere jaren Wlz-zorg en komen dus meerdere keren voor in de data. Om een beeld te geven van de groep mensen die is meegenomen in de analyse tonen we hieronder de samenstelling van de groep 55-plussers die in 2022 een Wlz-indicatie had voor 4VV-8VV, met psychogeriatrische of somatische klachten als dominante grondslag. Het ging in 2022 om in totaal 220.090 mensen. De jongste persoon in onze dataset werd 55 jaar oud in 2022, de oudste persoon werd 111 jaar. De gemiddelde leeftijd in de gehele populatie was 85 jaar, en de mediane leeftijd 86 jaar. Een relatief groot deel van de ontvangers van zorgontvangers was vrouw (67%).

Zo’n 85% van de zorgontvangers valt in de Nederlandse herkomstgroep. Daarna komen herkomstgroepen *Europa* (7%) en *Indonesië* (3%) het meeste voor. Verder zijn de ouderen verdeeld over *Suriname* (1,3%), *Turkije* (1,0%), *Overig Azië* (0,8%), *Marokko* (0,8%), *Overig Afrika* (0,3%) en *Overig Amerika & Oceanië* (0,2%). Het merendeel van de ouderen met een migratieachtergrond is buiten Nederland geboren en wordt tot de eerste generatie migranten gerekend (64%).

Een relatief klein deel van de zorgontvangers is onderdeel van een meerpersoonshuishouden (25%). De rest van de populatie woont alleen of in een zorginstelling. Bijna de helft van de mensen heeft een huishoudvermogen lager dan €20.000 (45%). Een huishoudvermogen tussen €20.000 en €100.000 komt ook relatief vaak voor (36%), een huishoudvermogen boven de €100.000 het minst vaak (19%). Zoals eerder benoemd is hierbij de woningwaarde van een eventueel eigen huis niet meegerekend.

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

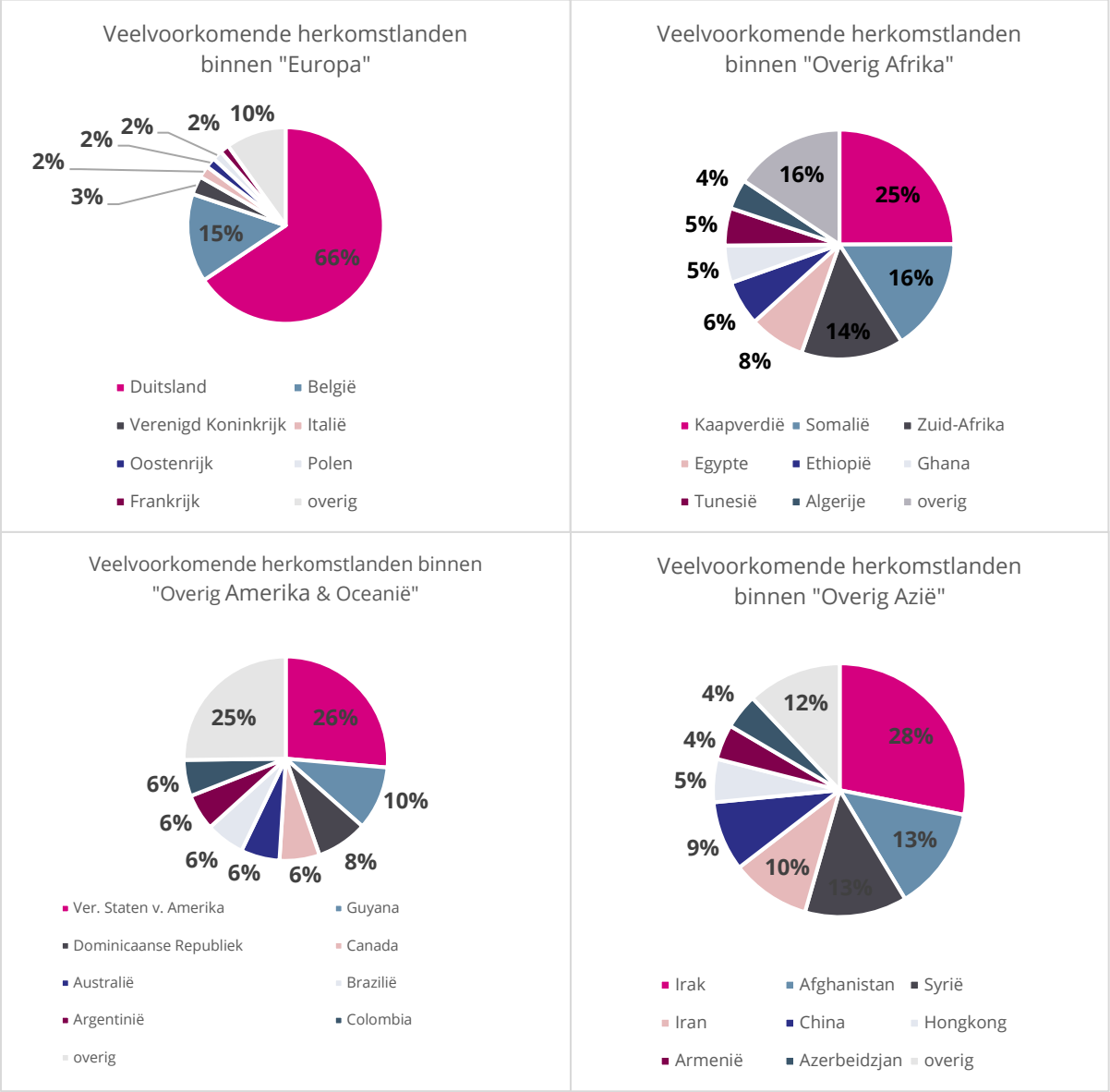
Qua zorgprofielen zien we dat een ruime meerderheid van de zorgontvangers een indicatie heeft voor 5VV (54%). Dit zorgprofiel wordt vooral geïndiceerd voor mensen met dementie en andere psychogeriatrische klachten. Ook 4VV (21%) en 6VV (19%) komen relatief vaak voor. Indicaties voor 7VV (5%) en 8VV (1%) zijn daarentegen redelijk zeldzaam.

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

Variabele	Categorie	Aantal (percentage)
persoonskenmerken		
geslacht	*vrouw*	148.511 (67%)
	man	71.579 (33%)
herkomstgroep	*Nederland*	186.657 (85%)
	Europa (excl. NL)	16.045 (7%)
	Antillen	949 (0,4%)
	Indonesië	6.692 (3%)
	Marokko	1.726 (0,8%)
	Suriname	2.923 (1,3%)
	Turkije	2.261 (1,0%)
	Overig Afrika	569 (0,3%)
	Overig Amerika & Oceanië	504 (0,2%)
	Overig Azië	1.764 (0,8%)
migratiegeneratie	*eerste generatie*	21.335 (64%)
	tweede generatie	12.098 (36%)
sociaaleconomische kenmerken		
huishoudgrootte	*eenpersoons*	165.083 (75%)
	meerdere personen	55.052 (25%)
vermogen van huishouden (excl. woningwaarde)	*< €20.000*	98.667 (45%)
	€20.000 tot €100.000	79.863 (36%)
	> €100.000	41.560 (19%)
gemiddelde WOZ-waarde in buurt	*< €280.000*	112.237 (50%)
	€280.000 tot €340.000	50.281 (22%)
	€340.000 tot €400.000	29.435 (13%)
	€400.000 tot €460.000	14.607 (6%)
	> €460.000	20.176 (9%)
gezondheid		
zorgprofiel	*4VV*	45.765 (21%)
	5VV	119.467 (54%)
	6VV	41.110 (19%)
	7VV	11.987 (5%)
	8VV	1.761 (1%)

Om een beter beeld te geven van de herkomstgroepen waarin meerdere landen verzameld zijn, tonen we hieronder de veelvoorkomende herkomstlanden voor ieder van deze groepen. We zien dat in herkomstgroep *Europa* vooral Duitsland veel voorkomt als herkomstland (66%). Verder is ook België een veelvoorkomend herkomstland (15%). In *Overig Afrika* komen Kaapverdië (25%), Somalië (16%) en Zuid-Afrika (14%) veel voor. De groep *Overig Amerika & Oceanië* bestaat voor 26% uit mensen met de Verenigde Staten als herkomstland. Verder is deze groep redelijk gefragmenteerd, maar komen Guyana (10%), de Dominicaanse Republiek (8%) en Canada, Australië, Brazilië, Argentinië en Colombia (allemaal ongeveer 6%) relatief veel voor. De groep *Overig Azië* bestaat uit veel herkomstlanden waarvandaan mensen gevlucht zijn, waaronder Irak (28%), Afghanistan (13%), Syrië (13%) en Iran (10%).

Figuur 1 – Veelvoorkomende landen per herkomstgroep



3.2.2 Regressieanalyses

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

Bij iedere controlevariabele hebben wij de grootste groep als referentiecategorie genomen. Als we alle controlevariabelen combineren wordt de referentiegroep daarmee: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000; heeft een indicatie voor 5VV[11]. De absolute getallen in onderstaande figuren gelden specifiek voor deze referentiegroep. Voor andere referentiegroepen zijn de absolute resultaten anders. De *relatieve* verschillen tussen de herkomstgroepen blijven echter hetzelfde.

Zorgprofiel bij eerste Wlz-indicatie

In figuur 2 is voor de verschillende herkomstgebieden weergegeven hoe groot de kans is dat men bij de eerste Wlz-indicatie in een relatief hoog zorgprofiel instroomt (d.w.z. zorgprofiel 5VV of hoger).

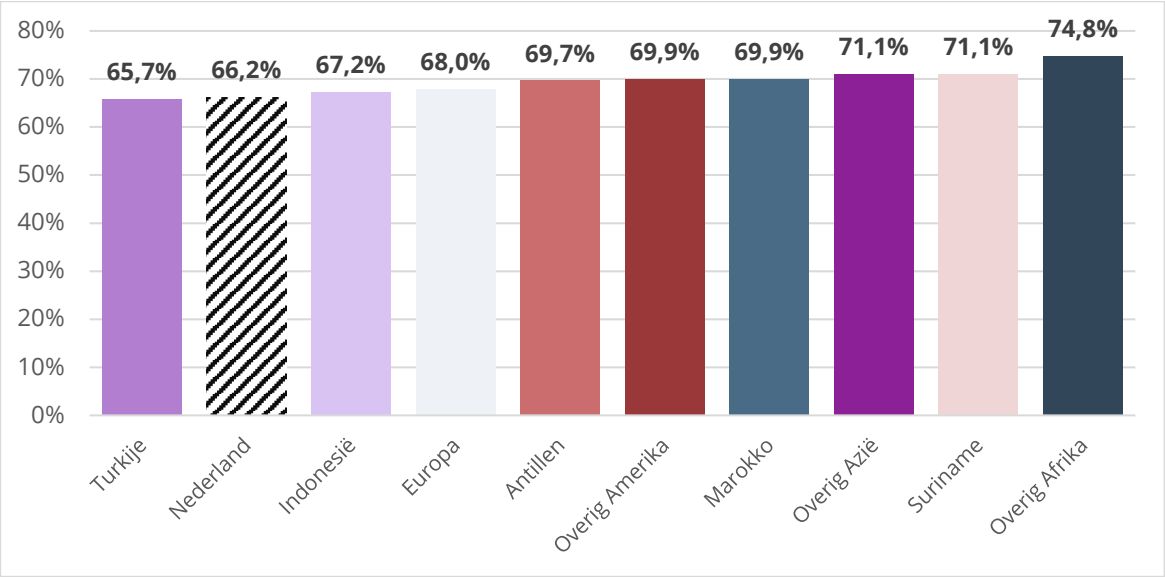
Te zien is dat ouderen met een Nederlandse of Turkse herkomst de laagste kans hebben om in 5VV of hoger in te stromen. Voor alle andere herkomstgroepen is de kans om relatief hoog in te stromen groter. (Hierbij zijn de verschillen tussen *Turkije* en *Nederland* niet statistisch significant, de overige verschillen wel). Dit suggereert dat mensen uit bijna van de herkomstgroepen er gemiddeld ernstiger aan toe zijn dan mensen met Nederlandse herkomst op het moment dat ze bij Wlz-zorg terechtkomen.

De herkomstgroep met de hoogste kans om in een hoger zorgprofiel in te stromen is *Overig Afrika* (74,8%), waarin vooral Kaapverdië en Somalië vaak voorkomen als herkomstland. Ook herkomstgroepen *Overig Azië* (waarin Irak, Iran, Afghanistan en Syrië veel voorkomen) en *Suriname* hebben met 71,1% een relatief hoge kans om “ernstig” in te stromen. *Marokko* (69,9%), *Overig Amerika* (69,9%), en *Antillen* (69,7%) vormen de middenmoot.

In de vorige gepubliceerde versie van dit rapport (uit maart 2024) rapporteerden wij de instroom in 6VV en hoger. Echter, mensen met een 6VV-indicatie hebben niet altijd zwaardere zorg nodig dan mensen met een 5VV-indicatie. Zorgprofiel 5VV wordt voornamelijk geïndiceerd voor mensen met psychogeriatrische klachten als dominante grondslag en zorgprofiel 6VV vooral voor mensen met somatische klachten als dominante grondslag. We maken in de huidige rapportage daarom onderscheid tussen *laag instromen* (met een 4VV-indicatie) en *relatief hoog instromen* (met een 5VV-indicatie of hoger).

[11] Deze controlevariabele wordt in de eerste analyse niet gebruikt, omdat het zorgprofiel daar al een uitkomstvariabele is.

Figuur 2 – Verschillen in de waarschijnlijkheid van een relatief hoog zorgprofiel (≥ 5VV) bij de eerste Wlz-indicatie

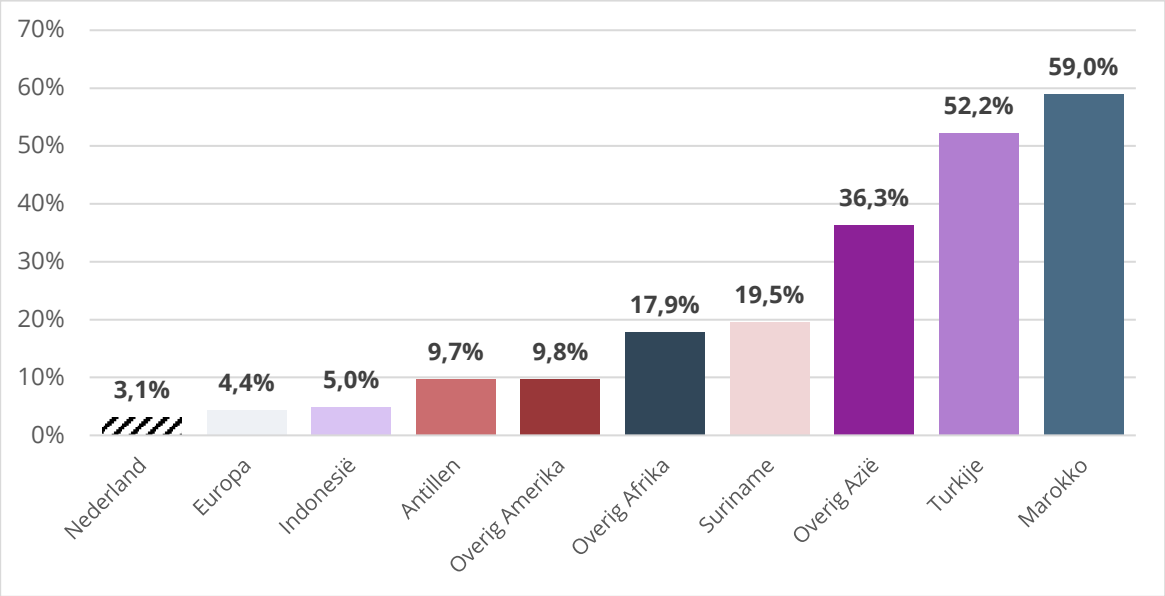


Deze figuur geeft de resultaten weer voor de referentiegroep. De referentiegroep is: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000.

Persoonsgebonden budget als leveringsvorm

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

Figuur 3 – Verschillen in de waarschijnlijkheid van pgb als leveringsvorm



Deze figuur geeft de resultaten weer voor de referentiegroep. De referentiegroep is: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000; heeft een Wlz-indicatie voor 5VV.

Jaarlijks ontvangen zorg

Volume (etmalen ontvangen zorg)
Figuur 4a laat zien hoeveel etmalen thuiszorg de verschillende herkomstgroepen jaarlijks gemiddeld ontvangen. Hoewel niet iedereen 24-uurs zorg ontvangt, hebben we gekozen om de ontvangen zorg in etmalen te presenteren omdat dat makkelijker te duiden is dan het totale aantal uren. Zoals uitgelegd in de Methoden, hebben we enkel gekeken naar mensen die uitsluitend zorg in natura ontvangen. Mensen die een pgb, of een combinatie van zorg in natura en pgb, ontvangen zijn in deze analyse dus niet meegenomen. Omdat 5VV als referentiecategorie is genomen, laat deze figuur het zorggebruik zien voor mensen met een 5VV-indicatie.

Op herkomstgroep *Europa* (165 etmalen) na, ontvangen alle herkomstgroepen gemiddeld minder zorg dan ouderen met Nederlandse herkomst (161 etmalen). Ook hier zitten ouderen met een Indonesische herkomst in de buurt van ouderen met Nederlandse herkomst, met 158 uren aan ontvangen zorg. Ouderen met een Marokkaanse (122 etmalen) of Turkse herkomst (117 etmalen) ontvangen beduidend minder zorg; respectievelijk 28% en 24% minder zorg dan ouderen met een Nederlandse herkomst. Verder ontvangen herkomstgroepen *Antillen* en *Overig Azië* beide zo'n 146 etmalen aan zorg en herkomstgroepen *Suriname* en *Overig Afrika* beide zo'n 137 etmalen. Mensen uit de *Overig Amerika* herkomstgroep ontvangen gemiddeld 141 etmalen aan zorg.

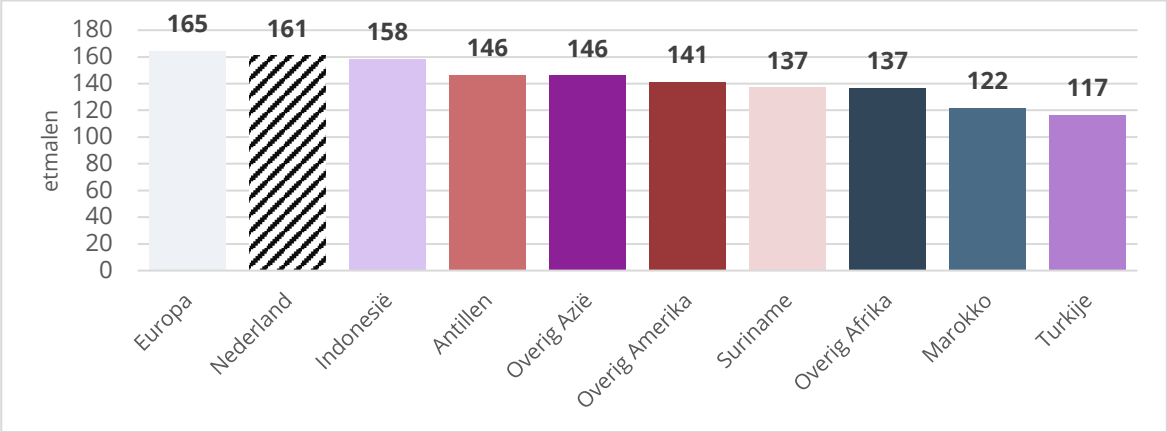
Figuur 4b laat de verschillen in ontvangen zorg zien voor instellingszorg. Te zien is dat herkomstgroepen *Nederland* (347 etmalen), *Europa* (345 etmalen) en *Indonesië* (345 etmalen) ook hier bovenaan staan. En ook bij instellingszorg ontvangen ouderen met Turkse (329 etmalen) of

Marokkaanse herkomst (324 etmalen) de minste zorg. De verschillen tussen de herkomstgroepen zijn echter relatief klein vergeleken met de thuiszorg.

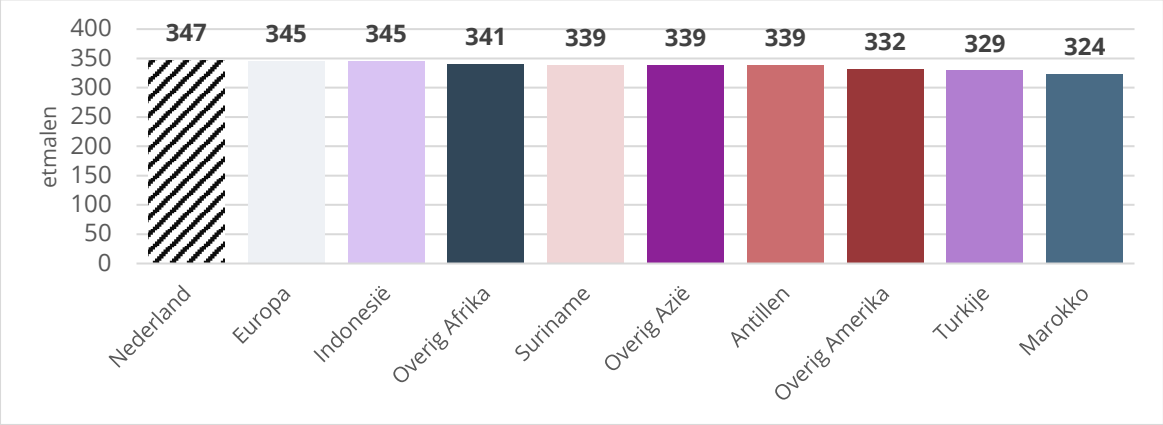
Een bevinding die niet in de figuren is weergegeven, maar die wel uit de regressieresultaten bleek is dat bij thuiszorg de sociaaleconomische status ook gerelateerd lijkt aan de ontvangen zorg. Hoe lager het huishoudvermogen, hoe lager het aantal etmalen ontvangen thuiszorg.

Figuur 4 – Verschillen in jaarlijks ontvangen zorg (etmalen)

a) thuiszorg



b) instellingszorg



Deze figuur geeft de resultaten weer voor de referentiegroep. De referentiegroep is: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000; heeft een Wlz-indicatie voor 5VV.

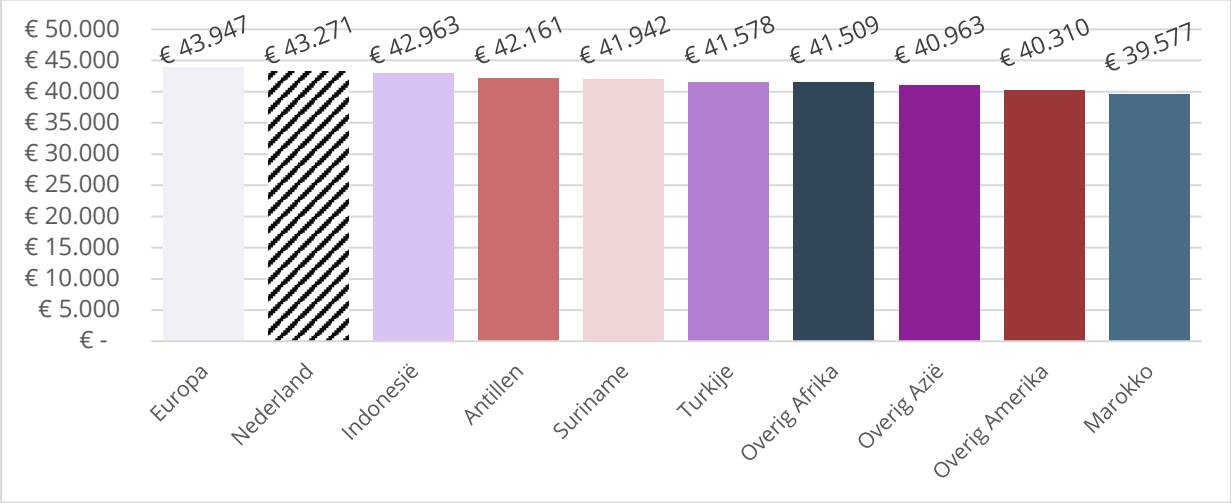
Jaarlijkse zorgkosten

Figuur 5a laat de jaarlijkse zorgkosten zien voor de verschillende herkomstgroepen. Hierbij valt op dat het beeld er anders uitziet dan in figuur 4a, ondanks dat het hier dezelfde populatie betreft, namelijk 55-plussers die thuis zorg in natura ontvangen. Nog steeds staan herkomstgroepen *Europa, Nederland*, *Indonesië* en *Antillen* bovenaan en staat herkomstgroep *Marokko* onderaan. Daartussen zijn er echter verschuivingen. Ook zijn de relatieve verschillen tussen de groepen kleiner dan als we kijken naar het volume (de etmalen) aan ontvangen zorg.

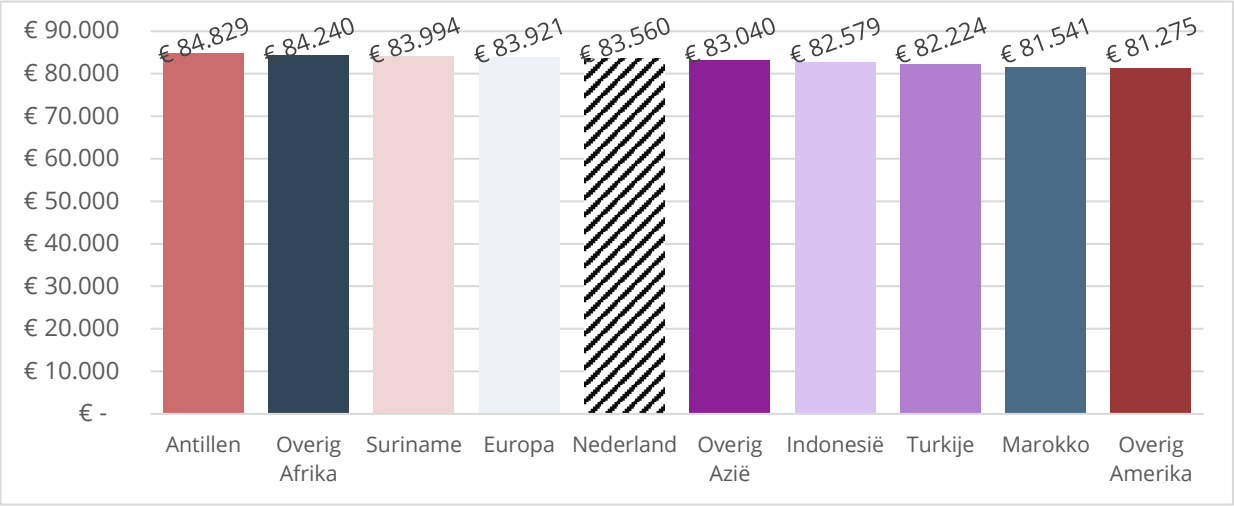
Ook figuur 4b en 5b laten dit patroon zien: de volgorde van herkomstgroepen is bij de jaarlijkse zorgkosten anders dan bij het jaarlijks ontvangen volume aan zorg. Ook zijn de relatieve verschillen bij de jaarlijkse kosten kleiner.

Figuur 5 – Verschillen in jaarlijkse zorgkosten (€)

a) thuiszorg



b) instellingszorg



Deze figuur geeft de resultaten weer voor de referentiegroep. De referentiegroep is: vrouw; heeft een eenpersoonshuishouden; huishoudvermogen (excl. woningwaarde) is minder dan €20.000; woont in een buurt met een gemiddelde WOZ-waarde van minder dan €280.000; heeft een Wlz-indicatie voor 5VV.

3.3 Wat zeggen betrokkenen?

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

3.3.1 Duiding van de data-analyse

Hoger zorgprofiel bij eerste Wlz-indicatie

Onze bevinding uit de data-analyse was dat, op *Turkije* na, alle herkomstgroepen gemiddeld met een zwaarder zorgprofiel de Wlz lijken in te stromen dan de groep met een Nederlandse herkomst. De herkomstgroepen *Overig Afrika*, *Suriname* en *Overig Azië* hadden hierbij het vaakst een hoge indicatie.

De geïnterviewden gaven hun duiding op basis van een vorige versie van Figuur 2. Daar lieten we de instroom in 6VV en hoger zien, in plaats van de instroom in 5VV en hoger. De volgorde van de verschillende herkomstgroepen was in beide gevallen echter hetzelfde.

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

> We zien soms gedrag waarvan ik denk, nou, dat is best wel heftig. En de familie zegt van: “Oh, maar dat doet ze altijd al”. Dus daar is in de thuissituatie al best heel lang mee gedeald tot het echt niet meer kan. [...] Ik denk dat mensen gewoon veel langer de thuissituatie handhaven, tot het gewoon echt niet meer kan. En dan kom je al vaak bij een [zorgprofiel 7VV] uit. Omdat, somatisch kunnen mensen nog wel heel lang iets regelen thuis, maar met name als de gedragscomponent over de schreef gaat, zeg maar, dan zullen ze zich gaan melden. – *R1 (manager zorgorganisatie)*

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

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

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

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

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

> Wat ik vaak zie bij mijn doelgroep is angst dat als ze echt de waarheid delen met de huisarts, dat vader, moeder, opa of oma uit huis geplaatst wordt. [...] Als je de wet- en regelgeving niet kent, hè. Terwijl als je weet dat dat niet zomaar gebeurt, dan laat je [externe zorgverleners] ook veel makkelijker binnen. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

> Ik denk dat mensen komen als ze het echt niet meer aan kunnen, te laat meestal. Wat we net al zeggen: we moeten 10 keer herhalen en je wordt iedere keer weggestuurd met een paracetamol. Dat je denkt: nee ik hoef geen paracetamol, maar ik ga maar beter niet meer. – *R5 (mantelzorger)*

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

> Een heleboel mensen die hier binnen komen, die hebben sowieso een taalbarrière, dus daar heb je al een probleem. En ik kan me voorstellen dat ze daardoor een hogere indicatie kunnen krijgen. – *R6 (teamleider zorginstelling)*

> Het heeft natuurlijk ook nog te maken met degene die de indicatie stelt, want wij zijn soms ook natuurlijk wel wat bevooroordeeld of wat discriminerend of hoe moet je het noemen, hè? Wij interpreteren dingen ook vanuit onszelf. Nou ben ik zelf van Surinaamse afkomst, maar ik voel me daar soms een beetje tussenin, maar ja, ik interpreteer het ook met onze westerse kijk. En wij vinden het dan soms heel ernstig en wij interpreteren het dan ook met onze normen en waarden. Dus misschien dat het daarom ook soms hoger uitkomt. – *R7 (verpleegkundig specialist)*

Anderzijds werd ook genoemd dat mensen met een migratieachtergrond soms juist een lagere indicatie krijgen. Hierbij kunnen vooroordelen bij de indicatiesteller spelen, maar ook werd genoemd dat men de zorgbehoefte niet altijd goed weergeeft in de aanvraag.

> Ik maak het gewoon ook mee dat mensen onterecht worden afgewezen of een te laag profiel krijgen. Dan krijgen ze bijvoorbeeld 4VV, terwijl ze 5VV moeten, het is gewoon duidelijk dementie, alleen de diagnose mist.
> [...]
> Soms zeggen [indicatiestellers van het CIZ] "in jullie cultuur zorgen jullie toch voor elkaar, dus waarom hebben jullie dit dan nodig".
> [...]
> Wat ik merk is dat [mensen met Turkse of Marokkaanse herkomst] niet zo snel uit zichzelf de gedragsproblemen benoemen. Seksueel grensoverschrijdend gedrag, automutileren, agressie richting zichzelf of de ander, met poep smeren, dat wordt allemaal niet gedeeld, dat is echt een

> no-go. Maar ze beseffen niet dat ze zichzelf tekort doen, omdat je daardoor dus lager wordt ingeschaald. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

Er werden door geïnterviewden dus factoren met tegengestelde effecten genoemd. Enerzijds werden er redenen gegeven waarom mensen met een migratieachtergrond mogelijk hogere Wlz-indicaties krijgen. Anderzijds werden er ook juist redenen voor lagere Wlz-indicaties genoemd. Het netto effect van de tegengestelde effecten is onduidelijk. Mogelijk speelt dit een rol bij de (enigszins moeilijk te duiden) bevinding dat er wat Wlz-instroom geen significant verschil is tussen mensen met Turkse en Nederlandse herkomst, terwijl er bij de andere variabelen (pgb-gebruik en ontvangen zorg) duidelijke verschillen zijn tussen de twee groepen.

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

> Je moet denk ik ook onderscheid maken tussen migratiestromen. Zijn het gastarbeiders of zijn het vluchtelingen uit oorlogsgebied bijvoorbeeld? En wat hebben ze meegemaakt? Ik denk dat het ook van invloed is. Als je Azië en Afrika hebt bijvoorbeeld, dan heb je het over de Syriërs, en de Eritreeërs en Somaliërs. En die hebben nog wel het nodige meegemaakt voordat ze hier komen. Dat is behoorlijk problematisch en dan zit je dus gelijk aan zware zorg. – *R8 (beleidsadviseur gemeente)*

Een vaak genoemde verklaring voor de gemiddelde hogere zorgprofielen bij de eerste Wlz-indicatie was dat ouderen met een migratieachtergrond gemiddeld later in het ziekteproces bij de Wlz uitkomen. Verschillende redenen werden hiervoor genoemd, waaronder een hoger tolerantieniveau van naasten voor de zorgbehoefte en eventueel probleemgedrag, minder goed de weg vinden (/gewezen worden) in het zorgsysteem, en wantrouwen richting zorgverleners/het zorgsysteem. Verder werd geopperd dat de indicatiestelling niet altijd accuraat is, bijvoorbeeld door onbekendheid met een specifieke doelgroep. Ook werd (ondanks de bevinding van gemiddeld hogere zorgprofielen) genoemd dat onder-indicatie bij mensen met een migratieachtergrond voorkomt. Als verklaring voor de verschillen tussen herkomstgroepen werd gesuggereerd dat bepaalde groepen vaker ernstige trauma's hebben, waardoor complexere zorg nodig is.

Vaker pgb als leveringsvorm

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

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

> Maar stel dat het standaard zorgaanbod cultuursensitief was, gewoon allemaal. Ik denk dat iedereen daarvoor zou gaan! [...] Want het brengt zoveel gezeik met zich mee, dat pgb.' – *R9 (mantelzorger)*

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

> We zeggen altijd van, de zorg in Nederland is goed georganiseerd, maar voor wit georiënteerd. En als ik het heb over kleuren, dan doe ik dat met respect. Maar dit betekent dus dat de gemiddelde migrant zich daar niet door aangesproken voelt. – *R8 (beleidsadviseur gemeente)*

> Maar het heeft ook echt te maken met die flexibiliteit, de cultuursensitieve zorg die geboden wordt. En daarmee wil ik zeggen, als iemand een wassing wil verrichten omdat het tijd van het gebed is, iemand van de eigen cultuur, eigen geloof, die snapt dat. Terwijl als je een thuiszorginstantie inhuurt, die komen in de ochtend om je even te douchen of anders in de avond. Daartussen heeft men weer andere opdrachten die die wil doen als die komt. Zo heb je veel meer van dat soort voorbeelden waarom er juist ook voor die vorm gekozen wordt.
> [...]
> Ik kan een voorbeeld geven van een casus waarin iemand moest revalideren na een herseninfarct. Die kon niet meer slikken, kon niet praten. Er werd constant in de revalidatiecentrum geoefend met het eten en diegene moest revalideren met het slikken met appelmoes. Die persoon heeft haar hele leven lang nooit appelmoes gegeten. Die smaak kreeg zij niet door haar keel. Dan werd er constant opgeschreven dat de persoon niet meer kan slikken. Dus die revalideert niet op dat gebied. Kwam zij thuis, heeft de familie iemand anders ingezet, via de pgb, maar wel iemand van de eigen cultuur. Die ging babyvoeding maken met bepaalde kruiden, bepaalde groenten, maar wat heel erg leek op de structuur van appelmoes. Die vrouw ging na een maand gewoon weer eten. En dat is denk ik ook, als er voor een pgb wordt gekozen, wordt ook daarnaar gekeken: wat sluit aan op de zorg en de behoefte van de persoon. – *R9 (mantelzorger)*

Een taalbarrière werd genoemd als belangrijke reden om niet voor zorg in natura te kiezen (en wel voor het pgb).

> Want om de juiste hulp in te schakelen van zorg in natura moet je dezelfde taal spreken, zowel letterlijk als in de termen van de zorgbureaus die die hulp bieden. En dat is al een heel groot struikelblok. En dat is denk ik een van de grootste problemen als het gaat om die zorg. – *R9 (mantelzorger)*

Tot slot werd ook bij dit thema genoemd dat er wantrouwen leeft door eerdere slechtere ervaringen.

> Dat is het [NAAM PROJECT]. Daar hebben ze de intercultureel consulent. [...] En die benadert mensen die pgb hebben om te kijken hoe ze dan toch als instelling iemand beter kunnen ondersteunen. En wat zij merken is ontzettend wantrouwen ten opzichte van zorginstellingen door slechte ervaringen, waardoor de mensen toch het idee hebben, laat ik het zelf maar oplossen. – *R10 (beleidsadviseur gemeente)*

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

> Er wordt [in de islam] vaak gezegd: "de hemel ligt aan de voeten van je moeder". Je moeder heeft zo'n hoge positie. Dus dan kun je toch niet tegen die vrouw zeggen: "ga maar naar een verzorgingstehuis". – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

> Kijk, ik kom uit Aruba hè. Op Aruba als je vader of moeder ziek wordt dan probeer je zo snel mogelijk iemand thuis op te nemen. Het is daar een schande als je je vader of moeder naar een verpleeghuis brengt, terwijl je zelf de mogelijkheid hebt om het thuis op te vangen. – *R6 (teamleider zorginstelling)*

> Er spelen twee dingen. In de cultuur is het een taboe om jouw ouders ergens te verstoppen. En ons geloof leert ons ook: ze hebben voor jou gezorgd als baby, zij verwachten ook van jou dat je zorgt. – *R11 (mantelzorger)*

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

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

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

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

> Maar als we kijken naar de Nederlandse context, wil ik ook wel toch benoemen dat er verschillen zijn in generaties en in leeftijd. Je hebt met een groep te maken die bijvoorbeeld tot hun twintigste, vijftiende in Marokko zijn opgegroeid. Die hebben een hele andere kijk op het zorgen, de cultuur, de islam etc. Maar je hebt ook een hele grote groep, de generatie van mijn leeftijd, die voor een deel toch hier opgegroeid is, die heeft weer een hele andere kijk. [...] Islam leert ons ook, je moet zeker goed voor je ouders zorgen. Maar als jij niet in staat bent om goed voor je ouder te zorgen, dan precies moet je een deskundige inhuren. – *R9 (mantelzorger)*

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

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

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

> Ik denk vooral de taal ook. Religie is belangrijk, maar ik denk de Surinamers en Antillianen, die leren tot de dag van vandaag nog steeds de Nederlandse taal in hun land van herkomst. Ik denk als jij dicht bij een cultuur staat en de taal daarvan spreekt, ga je je heel snel thuis voelen in die zorg. – *R9 (mantelzorger)*

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

Naast praktische overwegingen, relateerden veel van de verklaringen voor het hogere pgb-gebruik aan onvoldoende aanbod van inclusieve zorg. Ook werden culturele en religieuze voorkeuren genoemd, hoewel hier veel nuances aan werden toegevoegd, zoals verschillen afhankelijk van o.a. leeftijd. Een taalbarrière werd als belangrijke reden genoemd om ervoor te kiezen de zorg zelf vorm te geven. De gemiddelde Nederlandse taalvaardigheid in verschillende herkomstgroepen werd dan ook aangedragen als een van de mogelijke verklaringen voor de verschillen tussen de herkomstgroepen wat betreft pgb-gebruik.

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

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

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

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

> Dat soort cliënten heb ik ook gehad, dat thuiszorg betrokken is. Van "hé kunnen we die eruit krijgen, die doen toch niks, we moeten elke keer bijspringen". Als je de taal niet spreekt, dan gaat het toch al mis. [...] En familie springt zelfs in om te ondersteunen bij wassen, bij die ADL, omdat het [door de taalbarrière] heel moeilijk gaat. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

> Iemand waarmee ze niet kan communiceren. Dat is meestal een Nederlandstalig iemand en is het al een beetje van: terugtrekken. – *R5 (mantelzorger)*

Verder wordt ook genoemd dat mensen niet altijd kennis hebben van de mogelijkheden.

> Ik denk dat ze gewoon geen idee hebben van hoeveel recht ze hebben, op die zorguren. [...] Je bent al blij als er 5 uur meer komt. Terwijl als jij weet dat je eigenlijk recht hebt op veel meer uren, wordt het een ander verhaal. Het heeft allemaal met kennis te maken. En ik denk dat [mensen die meer zorg ontvangen] wel in kaart brengen waar ze allemaal moeite mee hebben, "Ik heb dagbesteding nodig". Een hulpvraag formuleren, hulp vragen, dat dat [bij hen] veel beter gaat. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

Een geïnterviewde die langdurig ziek was maar amper formele Wlz-zorg ontving, gaf aan:

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

Verschillen tussen volume en kosten

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

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

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

> Mensen hebben hoge verwachtingen. Thuis kunnen ze hele goede zorg bieden aan hun vader en moeder en dat verwachten ze ook hier in het verpleeghuis. Maar ook niet kunnen loslaten. Want sommige familieleden hebben het gevoel dat ze zijn mislukt als kind. "Mijn vader of moeder heeft altijd voor mij gezorgd en nu kan ik niet meer voor hun zorgen". Meestal zetten we ook een psycholoog in voor de familie en dan komen zulke dingen naar buiten. [...] Maar ook vaak druk van andere familieleden. We werken hier met een eerste contactpersoon, daar communiceren wij mee. Maar daarachter zitten soms andere familieleden en die zetten dan de eerste contactpersoon onder druk, van ja maar dit moet beter, dat moet beter. En dan komt die eerste contactpersoon weer [bij ons] van "ja, maar mijn familie zegt..." - *R6 (teamleider zorginstelling)*

De verklaringen voor het lagere zorggebruik onder de migrantenouderen vertonen veel gelijkenissen met de verklaringen voor het hogere gebruik van het pgb. Zo werd genoemd dat het standaard zorgaanbod niet altijd aansluit op de behoeften. Ook werd benoemd dat beperkte Nederlandse taalvaardigheid kan afschrikken van formele zorg en dat mensen niet altijd weten wat de mogelijkheden zijn. Als verklaring voor de kleinere verschillen bij het zorggebruik uitgedrukt in kosten dan bij het zorggebruik uitgedrukt in volume (/tijdseenheden) werd geopperd dat mogelijk vooral relatief goedkope zorg minder gebruikt wordt door mensen met een migratieachtergrond (bijv. dagbesteding)

Overige thema's

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

Bevooroordeelde benadering vanuit zorg- en hulpverleners

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

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

> … en er komt iemand [met de vraag hoe toegang tot langdurige zorg te krijgen] en dan vooral het buurtteam, ze nemen die mensen niet serieus. […] Neem ze gewoon serieus. De zorg hebben ze nodig. – *R16 (mantelzorger)*

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

> Er werd al van het begin af aan als het gaat om een migrantenoudere, al heel ingewikkeld gedaan als het om het pgb gaat. En dat vind ik ook iets zorgelijks hebben. Voor de een [autochtone Nederlander] is het een uitkomst en voor de ander [Nederlander met migratieachtergrond] zitten er al gelijk allerlei vraagtekens bij. Wordt het wel op de juiste manier aangevraagd, wordt het wel goed ingezet? – R9 (mantelzorger)

> Ik denk dat de discriminerende component ook echt een rol speelt, vooral bij de zorgkantoren. Pgb staan ze allemaal niet zo om te springen. – R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)

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

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

> Einde van het jaar mag je [in het gemeenschappelijke gebouw waar de dagbesteding zit] eten. We zitten met de groep aan een tafel. En dan komt daar een Turkse vrouw, die werkt daar ook als vrijwilliger. Ze zei: "jullie mogen gewoon eten gaan halen". We gaan gewoon achter elkaar blijven, eten halen. Komt een [medewerker], zo tegen mij: "Jullie mogen niet eten halen nu. Als er overblijft, dan mag je eten". Dat kan toch niet, waarom? – *R14 (oudere)*

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

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

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

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

> [Op het moment dat ouderen binnenkomen bij het verpleeghuis] is de familie er ernstig aan toe.
> [...]
> Soms merk je ook een bepaalde frustratie bij de familieleden omdat ze het niet meer kunnen. En waar we soms bang voor zijn, en alleen bang hoor, want het is niet dat we het ooit hebben meegemaakt, maar dat hoor je steeds vaker van, mishandeling in de thuissituatie. Omdat een dochter of een zoon het niet meer kan hebben.
> [...]
> Als er één dochter is en verder geen familie [die zorg verleent], dan betekent dat dus dat iemand overspannen raakt thuis. Maar ook soms door omstandigheden, mensen die nog in een flat wonen zonder lift, die al maanden niet buiten komen omdat ze dat niet meer kunnen. – *R6 (teamleider zorginstelling)*

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

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

Verder werd genoemd dat de financiële belasting groot kan zijn.

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

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

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

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

1. Informatie over de Wlz is niet op maat

Zoals beschreven in sectie 3.3.1, is bij een deel van de ouderen met een migratieachtergrond en hun naasten onduidelijkheid over de Wlz-zorg in Nederland. Dit komt bijvoorbeeld door taalniveau en onduidelijkheid over waar informatie gevonden kan worden. De huisarts wordt niet altijd gevonden als eerste aanspreekpunt voor hulp

> [Mensen zeggen] “wat moet de huisarts dan doen”? En dan leg ik uit: dossieropbouw, de huisarts moet weten hoeveel zorg iemand nodig heeft, hoe hard jullie eigenlijk wel niet werken en hoe kwetsbaar de situatie is. Vaak weten ze eigenlijk ook niet dat ze bijvoorbeeld de huisarts kunnen vragen dat die op huisbezoek komt in plaats van dat die kwetsbare dierbare naar de huisarts gaat. [...] Heel veel kan aan huis gefaciliteerd worden. Maar als niemand dat vertelt, niemand jou uitlegt hoe je dat moet communiceren of voor elkaar kunt krijgen, dan zit je daar dan. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg*)

Volgens geïnterviewden wordt er nog te weinig gezorgd dat informatievoorziening iedereen bereikt.

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

> Er worden ook echt wel informatieve avonden gegeven, bijvoorbeeld door Alzheimer Nederland. Maar ja, die weten een hele grote doelgroep niet te bereiken.
> [...]
> Ja, wat zou nou [nodig zijn]? Ik denk meer tijd en uren ook aan POH ouderenzorg. Dat ze preventief op huisbezoek mogen komen. Vooral bij die kwetsbare ouderen, dat je heel bewust

> ook gaat uitvragen vanaf een bepaalde leeftijd. Hé, hoe zit het hiermee, hoe zit het daarmee, weten jullie dat jullie hier recht op hebben. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

Het belang van informatiecampagnes werd genoemd. Hierbij werd onderstreept dat de informatie op maat moet zijn, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij de leefwereld van een specifieke doelgroep, of door de informatie te delen op plekken waar veel mensen uit de doelgroep komen.

> … het bewust worden, bijeenkomsten organiseren, met de mensen erover praten dat er verschillende mogelijkheden zijn en hoe het zorglandschap er in Nederland uitziet. Dat je weet waar je moet zijn voor wat en wanneer. – *R21 (beleidsmedewerker sociaal domein/zorg)*

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

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

> Ook zorgverleners weten niet altijd de weg. Die denken bijvoorbeeld dat je met een CIZ-indicatie alleen zorg in natura kunt krijgen, of naar een zorginstelling. […] Toevallig laatst ook, met het omzetten naar een pgb, dat een huisarts zei "ja maar moet de cliënt dan niet veel meer gaan betalen?" Ja, nee. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

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

2. Het aanvragen van zorg is te complex

Vele geïnterviewden noemden dat het aanvragen van Wlz-zorg complex is. De aanvraag voor een Wlz-indicatie wordt omschreven als grote administratieve last, en is voor zowel zorgprofessionals als voor de patiënt en diens naasten vaak onoverzichtelijk. Geïnterviewden vonden daarnaast dat er vanuit de instanties betrokken bij een aanvraag voor Wlz-zorg niet altijd voldoende ondersteuning gegeven wordt.

> Maar mensen krijgen dan niet vanuit het CIZ te horen "mevrouw, eigenlijk zie ik het wel, maar de diagnose ontbreekt, ga naar de huisarts, vraag een onderzoek bij de geriater aan". Nee, het wordt afgewezen. Hoe het dan wel moet, wat je wel nodig hebt om echt toegang te krijgen en welke stappen je moet doorlopen, dat wordt niet goed uitgelegd.
> [...]
> Het is ook heel erg afhankelijk van welke onderzoeker je bijvoorbeeld vanuit het CIZ hebt. Dan moet je een geluksvogel zijn, he? Als je een cultuursensitieve persoon hebt, of iemand die ook vanuit eigen ervaring [weet] van "nou ja, ik heb dit traject ook doorlopen, was heel moeilijk". Want die neemt je dan aan de hand van "bedoel je misschien dit?" of "als we het nou op deze manier neerzetten dan hebben we grotere kans". Maar 9 van de 10 keer kom je niet dat soort mensen tegen. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

Enkele van de geïnterviewden zeiden dat dit ertoe leidt dat sommige mensen niet terecht komen bij de zorg waar ze wel recht op hebben.

> Maar ook inderdaad, de bureaucratie. Het duurt enorm lang, he? Als je dan het hele formulier doorgeworsteld bent, eer dat je dan nog de juiste partij hebt en dan ook nog dat de zorg ook daadwerkelijk gestart wordt, kan ik me ook voorstellen dat je zegt van: Nou, we lossen het met elkaar op. – *R7 (verpleegkundig specialist)*

Ook benoemden geïnterviewden dat de complexiteit van het aanvraagproces ertoe kan leiden dat mensen zijn aangewezen op bemiddelaars die helpen bij het regelen van Wlz-zorg. Zo wordt er gebruik gemaakt van cultuurspecifieke bureaus waar de taal van een specifieke doelgroep wordt gesproken en medewerkers bekend zijn met specifieke culturele en religieuze gewoonten.

> Hoe ingewikkelder je het maakt, dan zou je kunnen zeggen, dan verminder je de kans met allerlei controlemechanismes dat daar op een bepaalde manier misbruik van wordt gemaakt, wat een risico is bij pgb. Maar je vermindert de kans dat het gebruikt gaat worden, dus dat is altijd de ingewikkeldheid. [...] Meer en meer in grote steden, allerlei specifieke, hele kleine bedrijfjes die wél die verbindingen kunnen maken met die ouderen die hier worden genoemd. Dat zij dat als een alternatief kunnen aanbieden. – *R3 (voormalig bestuurder zorgsector)*

> Het feit dat mensen mij inhuren voor een fixed bedrag zegt eigenlijk al voldoende, zegt eigenlijk al hoe hoog de noodzaak is. Het is zo'n afhankelijke doelgroep. Ze zijn zo wanhopig. Ze komen er gewoon niet doorheen. – *R4 (mantelzorger en begeleider bij regelen Wlz-zorg)*

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

bevolking met Nederlandse herkomst relatief veel voor[12]. Ook deze uitdaging is dus niet alleen relevant voor ouderen met een migratieachtergrond.

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

3. Gebrek aan cultuurspecifiek aanbod

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

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

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

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

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

[12] Naar schatting heeft 1 op de 6 Nederlanders moeite met lezen en schrijven. Meer dan de helft van de laaggeletterden van 16-65 jaar heeft Nederlands als moedertaal. Bij 65-plussers komt laaggeletterdheid vaker voor; hier heeft naar schatting 1 op de 4 Nederlanders moeite met lezen en schrijven [46].

4. Onvoldoende cultuursensitieve kennis en vaardigheden onder zorgverleners

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

> Zeker met mensen die aan het dementeren zijn en teruggaan naar het verleden, moet je wel een beetje van het verleden weten om iemand te kunnen begrijpen. We hebben een bewoner die 's nachts als de nachtdienst kwam elke keer op de grond lag. Werd er een [Melding (bijna) Incidenten cliënten]-formulier ingevuld: mevrouw is gevallen. Nou blijkt dus dat die mevrouw vroeger gewend was om op een matje te gaan liggen, omdat de vloer in de tropen koeler is. Dus bepaalde achtergrondinformatie heb je wel nodig om iemand te begrijpen. – *R6 (teamleider zorginstelling)*

> Ik heb een aantal stagiaires begeleid van [NAAM OPLEIDINGSINSTITUUT] en die hadden dus geen enkele notie van cultuursensitieve zorg, hè? Dus ik zou vooral ook bij de opleidingen beginnen om de toolkit van professionals zeg maar aan te passen.. van wees je bewust dat jouw socialisatie als witte Nederlander niet hetzelfde is als degene die tegenover je zit en dat het andere dingen van je vraagt als professional. – *R7 (beleidsadviseur gemeente)*

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

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

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

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

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

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

> Als jij hulp wilt, maar ook als je naar de huisarts wilt, moet je al je vraag hebben geformuleerd, je moet al weten wat je hebt, wat het antwoord is, welke termijn je de zorg nodig hebt, et cetera, et cetera. En de meeste ouderen, en ook autochtone ouderen trouwens, zijn niet in staat om daarop in te springen. – *R9 (mantelzorger)*

> Wij hebben vaak met het buurtteam te maken en dan zeg ik: "je hebt diegene niet geholpen, ik heb hem naar je toe gestuurd". "Ja, hij kwam niet met een hulpvraag". Hij weet geen hulpvraag, hij weet niet eens wat dat betekent. Maar hij zit tot hier in de schulden en zijn vrouw is net overleden. "Ja, hij kwam niet met een hulpvraag". Dus ik denk dat het daar ook wel een beetje mee te maken heeft. Je moet alle regeltjes allemaal kennen, alle mogelijkheden allemaal kennen. – *R20 (mantelzorger)*

5. Taalbarrière onvoldoende geadresseerd

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

> Maar het is meer: ze hebben geen Turkse taal. Overal waar je je aanmeldt, hebben ze het niet. Dan is het al van laat maar. – *R5 (mantelzorger)*

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

> En soms met de [informele] tolk, ook met die verlegenheid, durf je ook niet alles te zeggen. Je wilt niet dat diegene het hoort, dan ben je toch met een half verhaal daar. – *R5 (mantelzorger)*

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

6. Onvoldoende ruimte voor maatwerk

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

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

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

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

> Het Nederlands zorgstelsel is ingericht op de gemiddelde blanke Nederlander, met ook de ethische randen daaraan, of de ethische kanten daaraan, zoals niet meer behandelen als het niet meer zinvol is en dat soort zaken. Terwijl, als je kijkt naar een van onze doelgroepen, dan gaat het er juist om van er is altijd nog hoop. Dus je blijft zo lang mogelijk doorbehandelen en ja, de medicatie voorziening gaat tot op de laatste minuut door terwijl dat eigenlijk *not done* is in de landelijke context. Waardoor je ook ziet dat op die locatie het gemiddelde medicatie gebruikt vele malen hoger ligt dan in andere organisaties of locaties. En dan krijg je vragen van "hoe kan dat nou dat jullie zoveel medicatie gebruiken? Dat moet je echt terugbrengen naar de norm". – *R22 (beleidsmaker zorgorganisatie)*

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

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

7. Onvoldoende bewustzijn rondom inclusieve zorg bij managers en bestuurders

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Onvoldoende (financiering voor) samenwerking

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

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

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

> Wij hebben bijvoorbeeld ook een cliëntadviseur vanuit de Turkse gemeenschap, juist zodat je zo laagdrempelig mogelijk toegang hebt en zo goed mogelijk met elkaar in gesprek kan gaan om de juiste dingen af te spreken en om de juiste zorg te kunnen bieden. – *R27 (beleidsmaker sociaal domein)*

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

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

9. Onvoldoende overheidsbeleid en structurele financiering

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

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

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

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

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

> We hebben even een project gedraaid over Alzheimer. "Nou ja, nu is iedereen wel geïnformeerd toch?" En zijn we weer klaar, terwijl eigenlijk wat je dan ziet, is dat je binnen een jaar of anderhalf nog maar het topje van de ijsberg ziet van wat er nodig is en van wat je ermee kan doen, je bent net begonnen, dus hè, dat is geen duurzame inzet of zo. – *R27 (beleidsmaker sociaal domein)*

4 Discussie

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

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

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

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

Verschillen in zorggebruik

Voor onderzoeksvraag 1 zijn we op zoek gegaan naar verschillen in zorggebruik die kunnen duiden op een gebrek aan passende, inclusieve zorg. Op basis van een (pragmatisch) literatuuronderzoek en overleg met het Ministerie van VWS, identificeerden we drie thema’s:

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

De redeneringen hierbij waren als volgt.

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

We voerden een data-analyse uit, waarbij we keken naar 55-plussers die tussen 2016-2022 een Wlz-indicatie hadden. Om te zorgen voor een relatief homogene groep keken we alleen naar mensen die een indicatie voor 4VV t/m 8VV hadden. We maakten gebruik van declaratiedata, data over de Wlz-indicatie, en data over demografische en sociaaleconomische kenmerken, allen aangeleverd via het CBS.

We deelden mensen met een migratieachtergrond in verschillende groepen in, op basis van de categorisering die in 2022 door het CBS werd geïntroduceerd. In de indeling worden een aantal herkomstgebieden die relatief vaak voorkomen los genoemd: *Nederlandse Antillen*, *Indonesië*, *Marokko*, *Suriname* en *Turkije*. Overige herkomstlanden zijn verzameld in groepen: *Europa* (excl. Nederland), *Overig Afrika*, *Amerika & Oceanië overig*, en *Overig Azië*. We bekeken de relatie tussen herkomstgroep en de verschillende uitkomstmaten (eerste Wlz-indicatie; pgb als leveringsvorm; jaarlijks ontvangen zorg). Hierbij corrigeerden we voor geslacht, sociaaleconomische status, huishoudgrootte, en zorgprofiel[13].

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

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

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

Ook zeiden verscheidene geïnterviewden regelmatig (ernstig) overbelaste mantelzorgers te zien, zowel voordat er een Wlz-indicatie heeft plaatsgevonden als erna. Dit heeft nare gevolgen voor het fysieke en psychische welzijn van de mantelzorgers. Daarnaast zijn er ook maatschappelijke gevolgen, bijvoorbeeld door verzuim op werk of door een groter beroep op de gezondheidszorg door de mantelzorger. Naar verwachting zal het aantal mensen dat mantelzorg verleent toenemen, gegeven de verwachte groei van de groep (migranten)ouderen. Dit heeft mogelijk ook emancipatoire gevolgen. Zo wordt mantelzorg vaker door vrouwen verleend dan door mannen [37]. Uit de gesprekken die we voerden kwam naar voren dat het verlenen van mantelzorg vaak leidt tot een vermindering van het aantal gewerkte uren, of het opzeggen van de baan. Een groter beroep op mantelzorg kan daarmee

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

zorgen voor een verminderde arbeidsparticipatie en verminderde bestaanszekerheid en/of financiële onafhankelijkheid, in het bijzonder voor vrouwen en voor mensen met een migratieachtergrond.

AANBEVELING: Organiseer betere ondersteuning voor mantelzorgers.
Basistekst De Sociaal-Economische Raad bracht in december 2023 het advies uit om mantelzorg explicieter een plek te geven binnen het verlofstelsel [38]. Wij scharen ons hierachter. In het advies staat dat de raad zich nog zal buigen over de uitwerking op de lange termijn en over wat er verder nog nodig is om (werkende) mantelzorgers te faciliteren. Wij zouden de raad willen aanmoedigen hierbij expliciet aandacht te hebben voor groepen die niet altijd gehoord of gezien worden. Dit zijn mantelzorgers met een migratieachtergrond, maar bijvoorbeeld ook mantelzorgers met Nederlandse herkomst die moeite hebben met lezen en schrijven. Zorg ervoor dat nieuwe regelingen óók aansluiten bij dat wat deze groepen nodig hebben en dat de informatie over nieuwe regelingen óók hen bereikt [39], [40].

De analyses waarin we keken naar verschillen in hoe vaak pgb als leveringsvorm wordt gekozen en verschillen in hoeveel zorg in natura er jaarlijks wordt ontvangen, lieten een deels overlappend beeld zien. De groep ouderen met Nederlandse herkomst en ouderen met een Europese herkomst (dit zijn vooral ouderen met Duitsland of België als herkomstland) zitten dicht bij elkaar in de buurt. Ook de resultaten voor herkomstgroep *Indonesië* leken redelijk op die van de Nederlandse herkomstgroep. De andere herkomstgroepen zitten verder van de groep met Nederlandse herkomst af. Ze kiezen gemiddeld beduidend vaker voor een pgb en als ze voor zorg in natura kiezen[14], ontvangen ze beduidend minder uren zorg. De Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse groepen gebruiken gemiddeld het vaakst een pgb en ontvangen bij een keuze voor zorg in natura de minste zorg.

Veel geïnterviewden gaven een gebrek aan inclusieve zorg als verklaring voor deze bevindingen. Hierbij werd benoemd dat het gebrek aan inclusiviteit sterker wordt ervaren naarmate de gewoonten en gebruiken in land van herkomst verder af staan van de dominante gewoonten en gebruiken in Nederland. Ook kwam de Nederlandse taalvaardigheid als belangrijke factor naar boven. Er werd bijvoorbeeld gesteld dat in voormalige Nederlandse koloniën van oudsher meer bekendheid is met Nederlandse invloeden en met de Nederlandse taal dan in bijvoorbeeld voormalige gastarbeiderslanden en vluchtelingenlanden[15]. Mogelijk zijn er nog meer redenen die de verschillen tussen de herkomstgroepen verklaren. Het beter begrijpen van deze verschillen kan helpen om op toekomstige uitdagingen in de langdurige zorg te anticiperen. Zo zullen mensen met een Oost-Europese herkomst naar verwachting in de toekomst een groter deel van de ouderen uitmaken. De Nederlandse taalvaardigheid is zeker onder mensen met een eerste-generatie Oost-Europese herkomst nog beperkt [41]. Beleid om betere Nederlandse taalvaardigheid aan te moedigen kan waardevol zijn [42]. De positieve effecten hiervan beperken zich niet alleen tot de huidige langdurige zorg, maar het kan ook voor de langdurige zorg van de toekomst positieve effecten hebben.

[14] Hoewel sommige mensen een combinatie van pgb en zorg in natura (zin) gebruiken, hebben we alleen gekeken naar de mensen die *uitsluitend* zin ontvangen. Dit is omdat we bij pgb-zorg niet goed het aantal uren ontvangen zorg kunnen schatten.
[15] Hierbij is het benoemen waard dat een deel van de ouderen die worden gerekend tot de migranten met Indonesische herkomst (omdat ze in Indonesië geboren zijn of omdat minstens een van de ouders in Indonesië geboren is) afstamt van (of behoorde tot) de Nederlandse kolonisten ten tijde van Nederlands-Indië.

Een verklaring die veel werd genoemd, zowel als uitleg voor het lagere aantal uren zorg dat veel migrantengroepen ontvangen als voor het hogere zorgprofiel waarin men instroomt, was dat mensen de weg niet goed vinden in het systeem en niet goed weten waar ze recht op hebben. Uit recent Pharos-onderzoek waarin mantelzorgers en patiënten met een migratieachtergrond geïnterviewd werden kwam inderdaad naar voren dat mensen nog veel informatie missen over de langdurige zorg [43]. Hierbij is het belangrijk om te benadrukken dat er eindeloos veel onderlinge variatie is tussen mensen met een migratieachtergrond; een deel van de mensen met een migratieachtergrond vindt prima de weg. In bovengenoemd rapport staan enkele factoren die van invloed zijn op hoe goed mensen de weg vinden, waaronder digitale vaardigheden, communicatievaardigheden, en een belastende (thuis)situatie. Zulke factoren zijn uiteraard niet alleen relevant voor mensen met een migratieachtergrond, maar ook voor de bevolking met Nederlandse herkomst [44]. We zagen in de data-analyse bijvoorbeeld ook dat een lager huishoudvermogen (een indicator van sociaaleconomische status) gelinkt is aan minder jaarlijks ontvangen thuiszorg.

Een laatste opmerkelijke bevinding uit de data-analyse was dat de verschillen tussen de herkomstgroepen wat betreft de jaarlijks ontvangen zorg in uren (of etmalen) groter waren dan de verschillen in jaarlijkse zorgkosten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de zorg die door migrantenouderen minder gebruikt wordt relatief goedkope zorg is. Voorbeelden zijn dagbesteding en hulp in het huishouden[16]. In zekere zin is dit een bemoedigend teken; mogelijk is het inclusiever maken van deze zorg daardoor ook relatief goedkoop. Desalniettemin geldt voor álle vormen van zorg dat er mogelijk winst te behalen is door het inclusiever maken van de zorg, wat betreft gezondheidswinst voor zowel ouderen als mantelzorgers, maar ook voor het zorgstelsel (door het voorkomen van onnodige crises, zorgbehoeften die groter zijn geworden door late hulp, etc).

Knelpunten voor inclusieve zorg

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

We identificeerden de volgende knelpunten:

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

[16] We hebben deze verklaring echter niet getest op de dataset. Het was binnen de tijds- en budgetbeperkingen van dit onderzoek niet mogelijk om in uit te zoeken of er verschillen bestaan tussen de herkomstgroepen in de typen zorg die gebruikt worden, maar de data is er om dit verder te onderzoeken.

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

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

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

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

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

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

Concrete stappen die hiervoor genomen kunnen worden:

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

Voor de volledigheid relateren we onze aanbeveling voor vergoeding van tolken aan een recente onderzoeksrapportage uitgevoerd door Berenschot [45]. Hierin werd met een vragenlijst aan zorgverleners gevraagd hoe vaak taal een barrière vormt in de dagelijkse praktijk en hoe vaak er daarbij behoefte is aan een tolk. De onderzoekers concluderen dat er bij een taalbarrière in de Wlz minder vaak behoefte is aan een tolk dan in de Zvw. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring dat er meer alledaagse handelingen, met relatief simpele communicatie, plaatsvinden binnen de Wlz. Dit is in lijn met opmerkingen van de geïnterviewden binnen dit onderzoek, hoewel ook benoemd werd dat er bij een taalbarrière vaak hulp ingeschakeld wordt van naasten, wat kan bijdragen aan overbelasting van de naasten/mantelzorgers. Overigens zijn er in de Wlz meer interacties zijn tussen patiënt en zorgverlener dan bijvoorbeeld in de Zvw. Zelfs als in een kleiner percentage van de interacties een tolk nodig is, kunnen de absolute aantallen van situaties waar er tolk nodig is hoog zijn.

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

1. Gebrek aan cultuurspecifiek aanbod
2. Onvoldoende cultuursensitieve kennis en vaardigheden onder zorgverleners

Geïnterviewden beschreven enerzijds dat er in het huidige zorgaanbod onvoldoende opties zijn voor zorg die aansluit bij specifieke culturele behoeften. Hierbij kan gedacht worden aan dagbestedingen of verpleeginstellingen waar bijvoorbeeld de inrichting, het voedselaanbod, en de activiteiten aansluiten bij de belevingswereld van een specifieke groep (bijvoorbeeld ouderen die in Suriname zijn opgegroeid). Anderzijds benadrukten geïnterviewden dat er naast meer cultuurspecifiek aanbod grote behoefte is aan meer cultuursensitieve kennis en vaardigheden in het algemene aanbod. Hierbij werden de vaardigheden om met mensen van verschillende achtergronden effectief te communiceren in het bijzonder genoemd. Verder benadrukten geïnterviewden hoe belangrijk het is dat zorgverleners kunnen reflecteren op de eigen socialisatie en normeringen ("bias") en deze kunnen bevragen. Het verlenen van cultuursensitieve zorg vraagt een open houding, de ander als gelijkwaardig zien, en waardenvrij kijken naar de ander en diens kenmerken en gedragingen. "Cultuursensitieve" zorg verschilt daarmee niet zoveel van "inclusieve" zorg. Een open en gelijkwaardige benadering, mits universeel toegepast, zorgt dat *iedereen* goede zorg kan ontvangen. Daarmee is beleid voor meer cultuursensitieve, of inclusieve, zorg niet alleen waardevol voor mensen met een migratieachtergrond, maar voor iedereen die op de een of andere manier afwijkt van de norm[17].

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

AANBEVELING: Moedig aan dat de kennis en vaardigheden om inclusieve zorg te kunnen verlenen een vast onderdeel worden van de zorgopleidingen.
Belangrijke onderdelen hierbij zijn:
- enige cultuurspecifieke basiskennis
- cultuursensitieve communicatievaardigheden
- bewustzijn van de eigen normeringen en cultuur
- een open, gelijkwaardige benadering

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

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

Iets dat opviel tijdens de gesprekken met betrokkenen was dat mensen met een passie voor inclusieve zorg en de wil om dingen te veranderen zich vaak niet gefaciliteerd voelden “van bovenaf”. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het knelpunt “Onvoldoende bewustzijn rondom inclusieve zorg bij managers en bestuurders”, dat speelt vanuit het perspectief van zorgverleners op de werkvloer. Het is ook terug te zien in het knelpunt “Onvoldoende overheidsbeleid en structurele financiering”, dat meer vanuit het perspectief van de zorgbestuurder is geformuleerd. In lijn met het essay “Passende zorg is inclusieve zorg” van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving geloven wij dat de realisatie van inclusieve zorg behoeft dat er kennis en bewustzijn rondom inclusieve zorg bestaat in alle lagen van het zorgstelsel, bij alle schakels in de keten. Het kan hierbij gaan om het bewustzijn dat het eigen perspectief en de eigen ervaringen niet universeel zijn, en luisteren naar mensen met een ander uitgangspunt een completer beeld van de werkelijkheid kan geven. Het kan gaan om een bewustwording (en bevraging) van de eigen aannames en veronderstellingen. Het kan ook gaan om kennis over welke verschillen er wel of niet bestaan, en kennis over wanneer verschillen er wel of juist niet toe doen. Omdat meer bewustwording niet automatisch tot gedragsverandering leidt, is het ook belangrijk dat bij alle betrokken partijen eigenaarschap wordt gevoeld bij het inclusiever maken van de zorg.

AANBEVELING: Vergroot inclusiviteit bij alle organisaties en partijen betrokken bij de langdurige zorg

Concrete manieren om hier invulling aan te geven zijn:

- Moedig aan tot reflectie en open dialoog rondom de eigen normeringen en de perspectieven die (onbedoeld) worden uitgesloten
- Moedig diversiteit in personeel aan
- Verbeter bestaande processen rondom het creëren van een veilige werksfeer en het melden van voorvallen van discriminatie, om te zorgen dat de medewerkers die de diversiteit in de verschillende organisaties verhogen prettig kunnen werken, daadwerkelijk gehoord en gezien worden, en niet voortijdig uitstromen.

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

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

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

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

Een terugkerend onderwerp in de gesprekken was dat er behoefte is aan meer (financiële) ruimte om maatwerk te bieden. Wij raden aan om samen te werken met zorgverleners, mantelzorgers (in het bijzonder die met een migratieachtergrond) en andere mensen die goed zicht hebben op de praktijk om te bepalen hoe die ruimte voor maatwerk er precies uit moet zien. Ook was er behoefte aan financiering om (domein-overstijgende) samenwerking te bevorderen.

5 Referenties

[1] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, “Passende zorg is inclusieve zorg,” 2022.

[2] E. C. Schneider, A. Shah, M. M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields, and R. D. Williams, “Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries.”

[3] VZinfo, “Gezonde levensverwachting | Leeftijd en geslacht.” Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/leeftijd-en-geslacht

[4] VZinfo, “Gezonde levensverwachting | Opleiding,” Feb. 2024, Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/opleiding

[5] VZinfo, “Gezonde levensverwachting | Regionaal,” Jun. 2022, Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/regionaal

[6] CBS Statline, “Bevolking; leeftijd, migratieachtergrond, geslacht, regio, 1 jan. 1996-2020,” Oct. 2021, Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37713/table?fromstatweb

[7] C. B. voor de S. (CBS) Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) and CBS, “Bevolking 2050 in beeld Drukker, diverser en dubbelgrijs,” 2020. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://publ.nidi.nl/output/2020/nidi-cbs-2020-bevolking-2050-in-beeld.pdf

[8] CBS Statline, “Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau,” Oct. 2023, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84842NED/table?ts=1712186247483

[9] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), “Integratie en samenleven 2022”.

[10] S. Klokgieters, T. van Tilburg, D. Deeg, and M. Huisman, “Gezondheidsverschillen onder oudere migranten in Nederland,” 2018. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://publ.nidi.nl/demos/2018/demos-34-09-klokgieters.pdf

[11] S. de Regt, T. Fokkema, and M. Das, “Migrantenouderen in Nederland: Een beschrijvende analyse van de leefsituatie van ouderen uit de 20 grootste herkomstgroepen,” May 2022. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/migrantenouderen-in-nederland

[12] Pharos, “Factsheet / juli 2022 Sociaal economische Gezondheidsverschillen (SEGV).”

[13] Loket Gezond Leven, “Cijfers en feiten gezondheidsverschillen.” Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezondheidsverschillen/cijfers-en-feiten

[14] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, “Gezondheidsverschillen voorbij,” Aug. 2020. Accessed: Mar. 28, 2024. [Online]. Available: https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/

[15] S. Ahmed *et al.*, “How to measure cultural competence when evaluating patient-centred care: A scoping review,” Jul. 01, 2018, *BMJ Publishing Group*. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021525.

[16] S. de Groot, I. Santi, P. Bakx, B. Wouterse, and P. van Baal, “Informal Care Costs According to Age and Proximity to Death to Support Cost-Effectiveness Analyses,” *Pharmacoeconomics*, vol. 41, no. 9, pp. 1137–1149, Sep. 2023, doi: 10.1007/s40273-022-01233-8.

[17] G. Duran-Kiraç, Ö. Uysal-Bozkir, R. Uittenbroek, H. van Hout, and M. I. Broese van Groenou, “Accessibility of health care experienced by persons with dementia from ethnic minority groups and formal and informal caregivers: A scoping review of European literature,” *Dementia*, vol. 21, no. 2, pp. 677–700, Feb. 2022, doi: 10.1177/14713012211055307.

[18] M. Ahmad, S. Saharso, and E. Tonkens, “Framing dementia care in families with a migration background: An analysis of practitioners’ and family carers’ views and experiences,” *Ageing Soc*, vol. 60, May 2023, doi: 10.1017/S0144686X23000260.

[19] S. Berdai-Chaouni, C. van Thiel, and O. Vanmechelen, “Is iedereen welkom? Onderzoeksrapport van het leertraject cultuursensitieve zorg in de residentiële ouderenzorg,” 2020. [Online]. Available: https://www.researchgate.net/publication/344809986

[20] L. Mulder *et al.*, “Selection for health professions education leads to increased inequality of opportunity and decreased student diversity in The Netherlands, but lottery is no solution: A retrospective multi-cohort study,” *Med Teach*, vol. 44, no. 7, pp. 790–799, 2022, doi: 10.1080/0142159X.2022.2041189.

[21] C. E. E. van Andel, M. P. Born, A. P. N. Themmen, and K. M. Stegers-Jager, “Broadly sampled assessment reduces ethnicity-related differences in clinical grades,” *Med Educ*, vol. 53, no. 3, pp. 264–275, Mar. 2019, doi: 10.1111/medu.13790.

[22] S. E. Duijs *et al.*, “Squeezed out: Experienced precariousness of self-employed care workers in residential long-term care, from an intersectional perspective,” *J Adv Nurs*, vol. 79, no. 5, pp. 1799–1814, May 2023, doi: 10.1111/jan.15470.

[23] F. Pijbes, R. Helbest, J. van Campen, and M. Goudsmit, “Anderhalfde lijns geheugenpoli voor oudere migranten in Amsterdam,” Apr. 2020.

[24] A. Helberg-Proctor, “De paradox van diversiteit en inclusie in de geneeskunde en zorg,” Dec. 2021, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://www.socialevraagstukken.nl/de-paradox-van-diversiteit-en-inclusie-in-de-geneeskunde-en-zorg/

[25] L. Dekkers, U. Isik, K. Sanders, and G. Dilaver, “Donkere huid zelden afgebeeld in Nederlandse dermatologieboeken,” *Ned Tijdschr Geneeskd*, May 2023, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://www.ntvg.nl/artikelen/donkere-huid-zelden-afgebeeld-nederlandse-dermatologieboeken

[26] M. E. T. C. Van Den Muijsenbergh, J. Quarsie, J. S. Burgers, and C. Agyemang, “Onderscheid naar etnische afkomst Hoe doen we dat in de gezondheidszorg?”

[27] J. Suurmond, E. Uiters, M. C. De Bruijne, K. Stronks, and M.-L. Essink-Bot, “Explaining Ethnic Disparities in Patient Safety: A Qualitative Analysis”, doi: 10.2105/AJPH.2009.

[28] M. den Draak and D. Verbeek-Oudijk, “Verschillen in zorggebruik onder zelfstandig wonende 55-plussers van verschillende herkomst,” *TSG*, Nov. 2020.

[29] S. Denktaş, G. Koopmans, E. Birnie, M. Foets, and G. Bonsel, “Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands,” *Int J Equity Health*, vol. 8, no. 1, p. 35, 2009, doi: 10.1186/1475-9276-8-35.

[30] N. Conkova, Z. Sert, J. L. Met, O. Van, and S. Talie, *Zorgvraag onder (toekomstige) ouderen met een migratieachtergrond*. 2021.

[31] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, “Ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging,” 2023.

[32] A. Tuzgöl-Broekhoven, J. Stam, and R. Atalikyayi, “Zorgen voor burgers,” May 2018.

[33] Pharos, “Persoonsgerichte zorg in de eerste lijn”, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://www.pharos.nl/kennisbank/menukaart-persoonsgerichte-zorg/

[34] Pharos, “Cultuursensitief werken,” 2023, Accessed: Mar. 04, 2024. [Online]. Available: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2023/03/20230321-Cultuursensitief-werken.pdf

[35] Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten, “Overzicht: cultuurspecifieke woon-, zorg-en welzijnsinitiatieven,” 2021. Accessed: Aug. 07, 2024. [Online]. Available: https://netwerknoom.nl/wp-content/uploads/2023/04/Overzicht-wzc-en-dagbesteding-15-april.pdf

[36] H. Carlsson and R. Pijpers, “Diversity-mainstreaming in times of ageing and migration: implementation paradoxes in municipal aged care provision,” *J Ethn Migr Stud*, vol. 47, no. 11, pp. 2396–2416, 2021, doi: 10.1080/1369183X.2020.1857231.

[37] M. de Klerk, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns, and S. Kooiker, “Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in 2014,” 2015.
[38] Sociaal-Economische Raad, “Balans in maatschappelijk verlof | Naar een nieuw verlofkader: stroomlijnen en vereenvoudigen,” 2023. [Online]. Available: www.ser.nl
[39] Pharos, “Zorg jij voor iemand met dementie?”, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://www.pharos.nl/zorg-jij-voor-iemand-met-dementie/
[40] Alzheimercentrum Erasmus MC, “Heeft Yasmina dementie of niet? Naar de geheugenpoli in het ziekenhuis,” 2019, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://www.alzheimercentrumerasmusmc.nl/assets/uploads/DWD-Heeft-Yasmina-dementie-of-niet-V3.pdf
[41] Het Kenniscentrum Arbeidsmigranten, “De Nederlandse taalvaardigheid onder arbeidsmigranten,” 2023, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://hetkenniscentrumarbeidsmigranten.nl/wp-content/uploads/2023/10/Eindrapport-De-Nederlandse-taalvaardigheid-onder-arbeidsmigranten.pdf
[42] Kenniscentrum Inclusief Samenleven, “‘Praat met elkaar’ Taalbeheersing voorwaarde voor succes EU-arbeidsmigranten,” 2023, Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://www.kis.nl/artikel/praat-met-elkaar-taalbeheersing-voorwaarde-voor-succes-eu-arbeidsmigranten
[43] J. Sow, S. Alhaji, and I. Goorts, “‘Het is als zoeken naar een speld in een hooiberg’ Rapport Verkenning toegankelijkheid en informatiebehoefte Regelhulp voor gebruikers met een migratieachtergrond,” 2023. Accessed: Apr. 04, 2024. [Online]. Available: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2024/03/rapport-Regelhulp.pdf
[44] N. Jungmann, E. Uiters, and H. de Bruin, “Drempels slechten. Belemmeringen die lager opgeleiden ervaren als zij gebruik maken van publieke dienstverlening,” 2020.
[45] E. de Groot, L. Fransen, F. van Dam, E. Pinckaers, and B. Berkhout, “Tolken in de zorg: een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten,” 2022.
[46] Stichting Lezen & Schrijven, “De invloed van lage basisvaardigheden op deelname aan de maatschappij.” Accessed: Jul. 14, 2024. [Online]. Available: https://www.lezenenschrijven.nl/informatie-over-laaggeletterdheid-nederland