

Zorgvraag onder (toekomstige) ouderen met een migratieachtergrond

Een Amsterdamse
toekomstverkenning



COLOFON

OPDRACHTGEVER

Sigra Bestuurlijk Overleg VWT

AUTEURS

Nina Conkova, Zilfi Sert en Jolanda Lindenberg
Met ondersteuning van Soukaina Talie

ISBN 978-90-832103-1-5

©2021, Leyden Academy on Vitality and Ageing, Stichting Amstelring, Stichting Amsta, Stichting Cordaan.
Het auteursrecht van deze publicatie berust bij hierboven genoemde organisaties.
Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

Şöyle söyleyim, dünyanın gidişatını göz önünde bulunduracaksa Allah kimseyi elden ayaktan düşürmesin. Zamanında Allah herkesin canını alsın ve o hale getirmesin.

Als we de loop van de wereld overwegen, kan ik alleen Allah wensen dat niemand kracht in handen en voeten verliest [Turks gezegde voor een goede gezondheid zodat je zelfstandig kunt leven zonder dat je hulp nodig hebt]. Moge Allah het leven van iedereen op tijd nemen en het niet zo maken (geïnterviewde man, 63 jaar, vader woonachtig in verpleeghuis, Turkse achtergrond).

Deelrapportage in het kader van het Programma Regionale Aanpak Kwaliteitskader (RAK): Thuis in een Amsterdams Verpleeghuis.
Project: Aandacht voor niet-westerse migranten.

INHOUDSOPGAVE

OVERZICHT TABELLEN EN FIGUREN	5
INLEIDING	6
Onze benadering	7
1 STUDIES OVER ZORGGEBRUIK	8
1.1 Kwantitatieve voorspellingen	8
1.2 Kwalitatieve studies	11
1.2.1 Wensen en behoeftes van ouderen met een migratieachtergrond	11
1.2.2 De rol van naasten	13
1.2.3 Zorgverleners	13
2 KWANTITATIEVE ANALYSE ZORGVRAAG	15
2.1 Achtergrond	15
2.2 Huidige patronen in zorgkosten	17
2.3 Huidige patronen in Wlz- en Wmo-gebruik	19
2.4 Huidig gebruik verschillende Wlz-vormen in Amsterdam	21
2.5 Trends in Wlz-gebruik in Amsterdam	25
2.6 Toekomstige trends Wlz-gebruik in Amsterdam	28
2.7 Wat speelt mee?	33
2.7.1 Achtergrondkenmerken en eerder zorggebruik en Wlz-zorg	33
2.7.2 Kenmerken en verschillende vormen van Wlz-zorg	38
3 KWALITATIEVE ANALYSE ZORGVRAAG	42
3.1 Achtergrond	42
3.2 Ervaringen in de huidige zorg	44
3.2.1 De keuze voor zorg	44
3.2.2 Tevredenheid met de huidige zorg	44
3.2.3 Ontevredenheid met de huidige zorg	47
3.2.4 Verbeterpunten	50
3.3 Relatie formele en informele zorg	53
3.3.1 De betekenis van familiebetrokkenheid	53
3.3.2 Afstemming met en verwachtingen van familie	54
3.4 Zorg in de toekomst	56
3.4.1 Zo lang mogelijk zelfstandig thuis	56
3.4.2 Het verpleeghuis	57
3.4.3 Concrete wensen voor de toekomst	59
3.4.4 De kwaliteit van de zorg?	60

INHOUDSOPGAVE

4 CONCLUDERENDE GEDACHTEN	62
4.1 Een korte terugblik	62
4.1.1 Kwantitatieve zorgvraag	62
4.2.2. Kwalitatieve zorgvraag	64
4.2 Overdenkingen	66
5 REFERENTIES	68

OVERZICHT TABELLEN EN FIGUREN

Tabel 1	Overzicht prognoses ouderenzorg	8
Tabel 2	Descriptieve beschrijving van de bestudeerde populatie in 2019, Nederland en Amsterdam	16
Tabel 3	Wlz-gebruik (alle vormen) per herkomst, 55+ers in Amsterdam, 2015-2018	19
Tabel 4	Wlz-gebruik (alle vormen) per herkomst, 55+ers in Nederland, 2015-2018	19
Tabel 5	Wmo-gebruik (alle vormen) per herkomst, 55+ers in Amsterdam, 2015-2018	20
Tabel 6	Wmo-gebruik (alle vormen) per herkomst, 55+ers in Nederland, 2015-2018	20
Tabel 7	Wlz-gebruik onder personen met een migratieachtergrond in 2019 in Amsterdam	21
Tabel 8	Wlz-gebruik onder personen met een migratieachtergrond in 2019 in Nederland	22
Tabel 9	Wlz-gebruik onder personen met een Nederlandse achtergrond in 2019 in Nederland	22
Tabel 10	Voorspelling Wlz-gebruik in Amsterdam per herkomst in absolute aantallen in 2030	32
Tabel 11	Verklaarde variantie van de verschillende modellen, Amsterdam en landelijk	33
Tabel 12	Logistische regressies, alle leeftijden in Amsterdam	35
Tabel 13	Logistische regressie, alle leeftijden in Nederland	37
Tabel 14	Multinomiale regressie, alle leeftijden in Nederland	39
Tabel 15	Overzicht geïnterviewden	43
Figuur 1	Gemiddelde zorgkosten (gemiddelde van 2017 en 2018) in euro per herkomst, alle leeftijden	17
Figuur 2	Gemiddelde zorgkosten (gemiddelde van 2017 en 2018) in euro per herkomst, 55+ers	18
Figuur 3	Wlz-gebruik in absolute aantallen in 2019 in Amsterdam onder 55+ers per herkomst en geslacht	23
Figuur 4	Wlz-gebruik in absolute aantallen in 2019 in Amsterdam per herkomst en generatie, alle leeftijden	24
Figuur 5	Wlz-verblijf in 2019 in Amsterdam per leeftijdsgroep in percentages	25
Figuur 6	Ontwikkeling van Wlz-pgb+ vpt/mpt onder Amsterdammers met een migratieachtergrond per 10.000 personen, 2016-2019	26
Figuur 7	Ontwikkeling van Wlz-verblijf onder Amsterdammers met een migratieachtergrond per 10.000 personen, 2015-2019	27
Figuur 8	Ontwikkeling van Wlz-pgb onder Amsterdammers met een migratieachtergrond per 10.000 personen, 2016-2019	28
Figuur 9	Voorspelling ontwikkeling Wlz-verblijf onder Amsterdammers met een migratieachtergrond tot 2030	29
Figuur 10	Voorspelling ontwikkeling Wlz-pgb onder Amsterdammers met een migratieachtergrond tot 2030	30
Figuur 11	Voorspelling ontwikkeling Wlz-pgb+vpt/mpt onder Amsterdammers met een migratieachtergrond tot 2030	31

Inleiding

De bevolking van Nederland is niet alleen aan het vergrijzen maar ook wordt de 'groep' ouderen steeds diverser. Onder ouderen vinden we steeds meer verschillende nationaliteiten, vooral in de grote steden. Ondanks dat er veelal wordt aangenomen dat migranten met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Nederlands-Antilliaanse afkomst, de zogenoemde 'klassieke' migrantengroepen, meer homogeen zijn, is de werkelijkheid er een van grote diversiteit. Met deze demografische ontwikkelingen komen belangrijke vragen rondom zorgbehoeften, zorgorganisatie en zorgaanbod. Zoals in de Stip op de horizon (RAK/SIGRA) omschreven, stijgt het aantal cliënten met een indicatie binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2036 met 73%. Een groot deel van die groei is naar verwachting in de groep Nederlanders geboren in landen in Afrika, Latijns-Amerika, Azië (exclusief Indonesië en Japan) en Turkije. In Amsterdam wordt een toename van 112% verwacht van migrantenouderen afkomstig uit niet-westerse landen. In absolute aantallen van 3.344 naar 7.082 80-plussers in 2030. Omdat we het ook in deze context hebben over een dubbele vergrijzing (niet alleen meer ouderen, maar ook meer ouderen op (zeer) hoge leeftijd), is de verwachting dat er een groter beroep zal worden gedaan op de formele zorg. De vraag blijft echter hoe de zorgvraag van deze groep zich gaat ontwikkelen.

Om in de toekomst aan de zorgvraag van deze groeiende groep cliënten te kunnen voldoen, is het belangrijk om helder te krijgen waar en op welke manier het gat tussen het bestaande aanbod en de (toekomstige) vraag van cliënten met een migratieachtergrond ontstaat. Uit het, beperkt beschikbare maar groeiende, onderzoek blijkt dat dat niet per se gaat om doelgroep-specifieke voorzieningen, omdat de wensen en behoeftes van migranten net zo verschillend zijn als die van ouderen geboren in Nederland (Vilans, 2020). Daarnaast is ook binnen groepen met een gedeelde achtergrond de diversiteit groot en kunnen andere kenmerken en ervaringen (zoals levensloop, sociaaleconomische status, gender etc.) een belangrijkere rol spelen in zorgwensen en -behoeften, soms zelfs belangrijker dan een gedeelde herkomst. In deze deelrapportage gaan we in op de bevindingen over de zorgvraagontwikkeling. In de volgende fase (t/m juni 2022) ontwikkelen we praktische handvatten samen met medewerkers, bewoners en naasten om met de veranderende vragen en dilemma's om te gaan. In dit rapport gaan we in op de volgende onderdelen van het originele plan:

- Een inventarisatie van de kwantitatieve zorgvraagontwikkelingen van niet-westerse migrantenouderen. De inventarisatie geeft een indicatie van de benodigde omvang van de zorg tot aan 2025. De inventarisatie wordt daar waar mogelijk uitgesplitst naar migranten met een Marokkaanse, Turkse, West-Afrikaanse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst.
- Een inventarisatie van de kwalitatieve zorgvraagontwikkeling van niet-westerse migrantenouderen. De inventarisatie geeft een indicatie van benodigde kwaliteit van zorg tot aan 2025. De inventarisatie wordt daar waar mogelijk uitgesplitst naar migranten met een Marokkaanse, Turkse, West-Afrikaanse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst.

ONZE BENADERING

In dit rapport kijken we specifiek naar de formele zorg onder mensen met een migratieachtergrond. Voordat we verder ingaan op hoe we aan de slag zijn gegaan met de centrale vragen in dit project, is het belangrijk om te benoemen dat het onderscheid 'niet-westers' en 'westers' onderwerp is van een maatschappelijk debat en wordt heroverwogen, juist gezien de eerdergenoemde migratiediversiteit en de impliciete rangschikking die ontstaan is ten aanzien van deze termen. Er is behoefte aan meervoudige classificaties (Bovens e.a. 2016) die recht doen aan de complexe en diverse werkelijkheid. Voor zover de beschikbare registerdata dat toelaat zullen we waar mogelijke verdere specifieke classificering gebruiken. We gebruiken de term cultuursensitiviteit om aan te sluiten bij huidige debatten in de zorg. Daarbij willen we benadrukken dat het hierbij gaat om een bewustzijn en openheid voor verschil en dat we niet uitgaan van een homogene, statische invulling van 'een cultuur'. Met het gebruik van deze term willen we de verscheidenheid, inclusiviteit en het samenvallen van verschillende identiteitskenmerken (intersectionaliteit) benadrukken.

Hoewel we graag de toenemende diversiteit, en dan vooral de situatie van migranten met een West-Afrikaanse achtergrond, zoals initieel de opdracht was, hadden meegenomen bleek dit in met name onze kwantitatieve analyse door de beschikbare data veelal niet mogelijk. Gezien het doel van het project en de groepsgrootte van de verschillende migrantengroepen richten we ons in de kwantitatieve analyse vooral op de grote 'klassieke' niet-westerse migrantengroepen, westerse en andere niet-westerse migranten. Hierin volgen we de officiële CBS-definities op het moment van de analyse.

We geven eerst een korte samenvatting van recente studies en rapporten die ingaan op het huidige zorggebruik en de toekomstige zorgvraag onder ouderen in Amsterdam, waar mogelijk in vergelijking met het landelijk beeld. Daarna gaan we in op de kwantitatieve analyse waarbij we kijken naar het huidige zorggebruik en de prognose wat betreft zorgvraag. Hiertoe bestuderen we de eerder verzamelde CBS-registerdata op bevolkingsniveau. Op basis van verschillende methoden analyseren we het huidige en toekomstige zorggebruik van ouderen met een migratieachtergrond. Hoewel deze gegevens rijk zijn, ontbreekt een aantal belangrijke factoren, zoals opleidingsniveau, religie en kennis van de Nederlandse taal. Omdat mensen met een migratieachtergrond ook niet vaak in landelijk onderzoek worden meegenomen, zijn de gegevens die in enquêtes verzameld worden te beperkt en te kleinschalig om verder te analyseren. Dit alles is dus bepalend voor de conclusies van de kwantitatieve prognose.

Vervolgens gaan we in op de kwalitatieve prognose van de zorgvraag. Hiertoe zijn we in gesprek gegaan met 66 ouderen met een migratieachtergrond, zorgmedewerkers en naasten over hun zorgervaringen momenteel en hun wensen rondom zorg in de toekomst. De ruime meerderheid van hen, 55 personen, had al enige tot veel ervaring in de formele zorg. Negen respondenten kwamen nog niet eerder in aanraking met de zorg. Dit heeft met name te maken met het feit dat respondenten veelal via de samenwerkende zorgorganisaties zijn benaderd (zie hiertoe ook hoofdstuk 3). Daarnaast hebben we zeven observaties in verschillende locaties (variërend van zelfstandige woongroepen, tot dagbestedingen van intramurale zorg met een diverse, specifieke of regulier profiel) gedaan.

1 Studies over zorggebruik

Momenteel gebruiken ouderen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Nederlands-Antilliaanse afkomst in verhouding tot ouderen geboren in Nederland minder vaak formele tweedelijns- en intramurale zorg, en wordt er relatief veel informele zorg verleend (Conkova & Lindenberg, 2018). Maar hoe dit zich in de toekomst gaat ontwikkelen is onbekend. Algemeen wordt verwacht dat er een groeiende trend is richting de combinatie van formele en informele zorg en dat alleen al door de groei in absoluut aantal het beroep op de formele, langdurige, zorg zal toenemen (CBS, 2020).

Voorspellingen over de ouderenzorg zijn er veelvuldig. Daarbij wordt er meestal vanuit gegaan dat met een toenemend aantal ouderen ook de zorgvraag zal toenemen. Deze trends houden bijvoorbeeld rekening met meer alleenstaanden (geassocieerd met een hogere formele zorgvraag) en een toenemend gemiddeld opleidingsniveau (geassocieerd met een lagere formele zorgvraag). Slechts zelden wordt er ook onderscheid gemaakt in ouderen geboren in Nederland en in andere landen. In tabel 1 gaan we in op drie studies die in meer detail hebben gekeken naar de zorgvraag van ouderen in de toekomst; één van deze studies gaat ook specifiek in op ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond.

Tabel 1. Overzicht prognoses ouderenzorg

Vektis zorgbarometer (2018)	Eggink e.a. (2015)	NIDI (2021)
2030	2030	2050
Zorgkosten ouderen +37%	Ouderenzorg +37%	Zorguitgaven totaal 0 tot +40%
Wlz-kosten +38%	Intramurale zorg +32%	Zorgvraag onder migranten totaal +11/12%
	Thuiszorg +35%	

1.1 KWANTITATIEVE VOORSPELLINGEN

De Vektis Zorgbarometer studie uit 2018 (Post e.a., 2018) gaat niet specifiek in op ouderen met een migratieachtergrond. De bevindingen uit deze studie laten zien dat in 2030 één op de vier mensen 65+ zal zijn, onder wie 40% in de leeftijd 75-84 jaar. Deze voorspellingen passen bij andere voorspellingen met betrekking tot een groeiend percentage ouderen in onze samenleving (Ekamper & van Nimwegen, 2018; PBL & CBS, 2019). De studie voorspelt verder dat niet alleen het percentage ouderen toeneemt, maar ook de daarbij te verwachten zorgkosten. Deze zullen in 2030 circa 37% hoger zijn dan in 2017. De kosten binnen de Wet langdurige zorg (Wlz), zo is de verwachting, stijgen met 38%. Dit groeipercentage ligt iets hoger dan de verwachte stijging van de kosten uit de Zorgverzekeringswet. De studie becijfert verder dat het aandeel ouderen binnen de totale zorgkosten toeneemt van 50% in 2017 naar 58% in 2030.

Eggink en collega's (2016) laten gelijkaardige voorspellingen zien: als de Nederlandse bevolking op hetzelfde tempo blijft vergrijzen als nu, zullen we een toename zien van het gebruik van de ouderenzorg van 37% tussen 2008 en 2030. Echter, deze wetenschappers voorspellen wel een minder harde groei van de zorgvraag dan de Vektis Zorgbarometer studie van Post e.a. (2018), omdat ze een afname verwachten van het aantal beperkingen en een toename van het gemiddelde opleidingsniveau, waardoor de zorgvraag niet met dezelfde snelheid zal toenemen dan bij gelijkblijvende omstandigheden. Zo komen zij uit op een toename van 32% in de vraag naar intramurale zorg (met name verpleeghuizen). Bij een constant blijvende gemiddelde gezondheid en opleidingsniveau zal dit 57% zijn. Rekening houdend met deze ontwikkelingen verwachten zij ook een snellere toename van thuiszorg, namelijk 35% (in plaats van 32% bij gelijkblijvende gemiddelde gezondheid en opleidingsniveau).

Omdat gegevens over mensen met een migratieachtergrond relatief schaars zijn, vallen ze vaak buiten de toekomstige zorgprognoses. De bevolkingsprognose van het NIDI en CBS (*Eindrapport Verkenning Bevolking 2050, 2021*) is een van de meest recente prognoses én het enige rapport die migratieachtergrond meeneemt in de analyse. Kort samengevat is de algemene conclusie van dit rapport wat betreft ouderenzorg dat een groeiend deel van de zorg naar mensen met een migratieachtergrond zal uitgaan. Dit komt niet zozeer doordat mensen met een migratieachtergrond in het algemeen vaker gebruik zullen maken van formele voorzieningen, maar simpelweg door een toename van het aandeel in de bevolking van mensen met een migratieachtergrond van alle leeftijden. De verwachting is dat als migranten zich in Nederland blijven vestigen in hetzelfde tempo als nu, de zorgvraag van mensen met een migratieachtergrond van alle leeftijden zal toenemen van 20% naar rond de 32-33% in 2050. Het rapport gaat niet specifiek in op wat dit betekent voor de ouderenzorg.

Deze studie beschrijft de uitkomsten van verschillende prognoses uitgaande van een drietal scenario's die mogelijke aanknopingspunten voor beleid bieden. Allereerst is er een eenvoudig scenario waarin rekening wordt gehouden met geslacht, leeftijd, migratieachtergrond en opleidingsniveau zoals waargenomen in 2018. Ten tweede een gezondheidsscenario waarin de zorgkosten verlaagd worden in lijn met de stijgende levensverwachting (bijvoorbeeld bij een toename van drie jaar in gemiddelde levensverwachting maakt de 80-jarige in 2050 de kosten van een 77-jarige in 2018). Als derde scenario, het gelijkheidsscenario, wordt gekeken naar de voorspellingen in het geval dat verschillen in gezondheidskosten tussen hoger en lager opgeleiden verdwijnen. Zoals wellicht te verwachten, laat het rapport zien dat de kosten voor huisartsenzorg toenemen met de leeftijd. Ook in de kosten voor wijkverpleging is een sterke toename te zien na het 80ste levensjaar. Terwijl de kosten voor de GGZ zich grotendeels bevinden tussen de 20 en 60 jaar en de kosten voor ziekenhuiszorg na het 80ste levensjaar juist afnemen. Vooral het gezondheidsscenario, als de gezondheid gelijke tred houdt met de levensverwachting, betekent een minder grote mogelijke toename van de zorgkosten op latere leeftijd. Zo zouden de kosten van wijkverpleging niet toenemen met 136% maar met 59%.

Over het algemeen nemen de zorgkosten toe met de leeftijd. De verschillen in zorgkosten tussen mensen met een Nederlandse achtergrond en mensen met een andere achtergrond worden op hogere leeftijd kleiner. De auteurs gaan ook nader in op personen met een migratieachtergrond en schetsen belangrijke verschillen tussen groepen¹. Mensen afkomstig uit de Europese Unie en uit arbeidsmigratielanden buiten de Europese Unie (exclusief Marokko en Turkije) maken gemiddeld minder zorgkosten dan mensen met een Nederlandse achtergrond. Mensen uit asielmigratielanden en migranten met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Nederlands-Antilliaanse afkomst maken meer zorgkosten dan mensen met een Nederlandse achtergrond, vooral op middelbare leeftijd. Daarnaast maken mannen uit arbeidsmigratielanden en westerse landen tot het 50^{ste} jaar juist minder kosten dan mannen uit Nederland, de auteurs suggereren dat hierin *the healthy migrant effect*² een rol speelt. Na het 50^{ste} levensjaar maken mannen uit asielmigratielanden en migranten met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Nederlands-Antilliaanse achtergrond gemiddeld hogere kosten dan mannen met een Nederlandse achtergrond.

Voor vrouwen met een migratieachtergrond waren de zorguitgaven in 2018 voor zowel diegenen afkomstig uit Europese landen als andere arbeids- en studie-migratielanden lager dan voor Nederlandse vrouwen. Boven de 65 jaar zijn de gemiddelde kosten voor Turkse en Marokkaanse vrouwen van de eerste generatie hoger dan voor andere groepen. Het belangrijkste verschil is te zien in de kosten die gemaakt worden voor de wijkverpleging in 2018. Terwijl die voor vrouwen met een Nederlandse achtergrond sterk toeneemt vanaf 80-jarige leeftijd, is deze stijging in kosten al te zien rond het 65^{ste} levensjaar voor vrouwen met een migratieachtergrond van de eerste generatie. Echter, als we kijken naar de toekomst lijkt het beeld er anders uit te zien. Aangezien op dit moment de zorgkosten voor vrouwen van de tweede generatie weinig verschilt van de zorgkosten voor vrouwen met een Nederlandse achtergrond is de verwachting dat dit patroon zich doorzet en dat in de toekomst het verschil in zorgkosten tussen vrouwen met een Nederlandse achtergrond en vrouwen met een niet-Nederlandse achtergrond langzaam verdwijnt. Wel is uiteraard nog onduidelijk wat het scenario precies wordt met het oog op nieuwe migranten die zich in Nederland vestigen en hier ouder worden.

-
1. Binnen de bevolking met migratieachtergrond wordt in deze studie onderscheid gemaakt tussen zes categorieën op basis van herkomstlanden: West- en Oost-Europese EU-landen, arbeids- en studiemigratielanden buiten de EU (Europese landen buiten de EU, met uitzondering van Turkije; Oost-Aziatische landen zoals China en India; Noord- en Zuid-Amerika, met uitzondering van Suriname en de voormalige Nederlandse Antillen, en Oceanië), asielmigratielanden (het Midden-Oosten en Afrika, met uitzondering van Marokko), en twee 'klassieke' groepen van herkomstlanden, Turkije en Marokko (gastarbeiderslanden), en Indonesië, Suriname en de voormalige Nederlandse Antillen (ex-koloniën).
 2. Dit betreft het effect dat personen die migreren veelal een betere gezondheid hebben dan personen in het gastland op het moment van migratie, maar dat zij gaandeweg een verslechtering van hun gezondheidsstatus ervaren naarmate zij langer in het land verblijven.

1.2 KWALITATIEVE STUDIES

Er is groeiende aandacht in de praktijk en de wetenschap voor diversiteit in de zorg. Al in 1994 kwam de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (nu VWS) Hedy d'Ancona met de overheidsnota 'Kleurrijk grijs'. In deze nota werd aangedrongen op specifiek beleid ten aanzien van allochtone ouderen vanwege hun kwetsbare situatie in de Nederlandse samenleving (waaronder relatief lagere opleiding, een laag inkomen en een slechte gezondheid). In de jaren daarna volgden er nog verschillende nota's, adviezen en rapporten waarin gepleit werd voor structurele overheidsmaatregelen om de toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen te verbeteren. Zo stelde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2000 het advies 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg' op. De aanbevelingen uit dit advies werden door de toenmalige minister Els Borst onderschreven en in reactie daarop stelde zij voor een periode van vier jaar (2001-2005) de landelijke Projectorganisatie Interculturalisatie van de Gezondheidszorg in, met als doel mensen met en zonder migratieachtergrond gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen (Fokkema, 2011).

Deze ontwikkeling zorgde ervoor dat veel initiatieven werden genomen, onderzoek werd gedaan en vele wetenschappelijke en praktijkgerichte rapporten zijn gepubliceerd. In dit hoofdstuk brengen we als achtergrond tot de verkenning van het zorggebruik en de zorgvraag bestaande kennis over zorg voor ouderen met een migratieachtergrond bij elkaar. Meer specifiek richten we ons op de literatuur rondom diversiteit in de zorg met een focus op zorggebruik en de drie hoofdbetrokkenen: ouderen, naasten en zorgverleners.

Veel van wat gedaan en geschreven wordt op het gebied van diversiteit in de zorg start vanuit het feit dat ouderen met een migratieachtergrond³ kwetsbaarder zijn, dat ze vaker en op jongere leeftijd met gezondheidsproblemen kampen en dat ze minder vaak zorgvoorzieningen gebruiken. Er worden zeven redenen genoemd voor het ondergebruik van de zorgvoorzieningen, namelijk: (1) gebrek aan kennis over de formele zorg; (2) negatief beeld van de formele zorg; (3) kosten en eigen bijdrage; (4) schaamte en trotsgevoelens; (5) taal- en communicatieproblemen, vooral onder Turkse en Marokkaanse ouderen; (6) problematische aansluiting tussen het bestaande voorzieningenaanbod en de behoeften van oudere migranten; (7) beschikbaarheid van informele zorg en hoge verwachtingen van kinderen (Duran-Kirac e.a., 2021; Conkova & Lindenberg, 2018).

1.2.1 Wensen en behoeftes van ouderen met een migratieachtergrond

Dat het bestaande zorgaanbod vaak niet bij de zorgwensen van ouderen met een migratieachtergrond aansluit (Steunenbergh & de Wit, 2013; Talloen, Verstraete & Chech, 2012) roept vragen op over wat dan precies de wensen en behoeftes van deze ouderen zijn. Studies beschrijven dat de culturele, religieuze en sociaaleconomische achtergrond van

3. Hoewel in de literatuur over 'ouderen met een migratieachtergrond' in het algemeen wordt gesproken, gaat het vaak specifiek over ouderen binnen de vier 'klassieke' migrantengroepen, namelijk mensen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond (Conkova & Lindenberg, 2018).

ouderen met een migratieachtergrond leidt tot een complexe zorgvraag waarin rekening gehouden moet worden met nieuwe, specifieke wensen en behoeftes rondom zorg (Burger, 2008). Zo stellen studies dat opvattingen over ziekten en beperkingen, manieren om hulp te zoeken en communiceren, en visies op leven en dood verschillen van opvattingen van mensen die in Nederland zijn geboren (Hoffer, 2016; van den Brink, 2009). Taal, normen, waarden en verwachtingen kunnen ook anders zijn dan bij de ouderen die in Nederland zijn geboren en getogen (Breebaart e.a., 2019). Deze verschillen tussen migranten en niet-migrant worden bovendien vaak besproken in het licht van een verschil tussen een individueel gerichte samenleving of cultuur (zoals de Nederlandse) en meer collectief gerichte samenlevingen of culturen (zoals bijvoorbeeld de Turkse). Zo is bijvoorbeeld opkomen voor jezelf of direct communiceren in Nederland een groot goed maar in andere culturen is dat soms zelfs onbeleefd (Vilans, 2020).

Een aantal studies beschrijft een gedetailleerde lijst met specifieke wensen en behoeftes van migranten (vaak binnen de vier grote groepen of met een niet-westerse achtergrond) rondom bijvoorbeeld gezondheid, lichamelijk verzorging, woon- en leefomstandigheden en zorg. Deze specifieke wensen omvatten voldoende beweging, een goede hygiëne en uiterlijke verzorging, specifieke schoonmaaktwensen en flexibiliteit in dagritme. Uit deze studies blijkt ook dat bij ouderen die niet of gebrekkig Nederlands spreken de communicatie met zorgverleners zonder migratieachtergrond moeilijk is en dat dit de voornaamste reden is dat veel ouderen graag zorg of hulp willen ontvangen van iemand met dezelfde culturele achtergrond. Ze hebben bovendien behoefte aan een vast contactpersoon. Zeer belangrijk is het eten dat ouderen met een migratieachtergrond vanuit de eigen culturele achtergrond gewend is of gewenst is vanwege de geloofsovertuiging, zoals vegetarisch en halal eten. Zelf kunnen koken, een eigen kamer, waar bezoek kan worden ontvangen en ruimte voor religieuze uitingen en activiteiten worden ook vaak genoemd. Het is belangrijk dat er ruimte is voor rituelen en het kunnen beleven van ziekte en sterven in de eigen cultuur (Kolste & Wilbrink, 2013; Meulenkamp e.a., 2010; van den Brink, 2009).

Naast het verschil tussen migranten en niet-migrant, wordt meer recent in de literatuur diversiteit benadrukt. Hierin komt naar voren dat er grote verschillen zijn binnen groepen ouderen met hetzelfde herkomstland en dat we niet kunnen spreken van dé behoefte van dé migrant (Vilans, 2020). Een aantal auteurs suggereren dat de wensen en behoeftes van mensen met een migratieachtergrond, zowel cliënten als hun naasten, voor het grootste deel niet heel anders zijn dan de wensen en behoeftes van mensen die in Nederland zijn geboren (Heygele e.a., 2009; Giuntoli & Cattani, 2012; Leyerzapf e.a., 2017; van de Brink, 2009). Wat de achtergrond ook is, de universele behoefte is om met respect en aandacht te worden verzorgd op een plek die thuis voelt (Leyerzapf e.a., 2017).

Vanuit deze overeenkomsten en verschillen wordt gesproken over zorgverlening die verschillende benaderingen kan hebben: cultuurspecifiek, persoonsgericht, cultuursensitief of divers-sensitief. Echter, er wordt niet altijd een eenduidige invulling aan en onderscheid in deze termen gegeven en ze worden ook door elkaar gebruikt.

1.2.2 De rol van naasten

Een belangrijk thema rondom wensen en behoeftes onder oudere migranten is wie in de toekomst voor ze zal zorgen. Verschillende studies concluderen dat migrantenouderen het liefst zolang mogelijk gezond willen blijven. Mochten ze zorgbehoevend worden dan willen ze zo lang mogelijk thuis blijven. Onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond is vaak de behoefte om door kinderen verzorgd te worden, hoewel veel ouders zich realiseren dat hun kinderen een druk leven hebben en ze aangeven dat ze de kinderen niet willen belasten (Conkova & Lindenberg, 2019; Meulenkamp e.a., 2010; Meyboom-de Jong, 2014). Hierbij worden twee belangrijke kanttekeningen gesteld: (1) Een voorkeur geven aan mantelzorg door familieleden sluit niet uit dat migranten ook verantwoordelijkheid leggen bij de formele instanties om zorg te verlenen en (2) de voorkeur voor familie zorg is niet uniek voor migrantenouderen, ook bij ouderen met een Nederlandse herkomst wordt deze voorkeur vaak gevonden (Leyerzapf e.a., 2017).

Echter, studies suggereren dat door een meer collectivistische cultuur in herkomstland speelt de familie van ouderen met een niet-westerse achtergrond een meer uitgesproken rol wanneer het om formele zorg gaat. Contact met de familie is niet alleen zeer belangrijk maar ook zijn familie- en gemeenschapsleden een zeer belangrijke factor bij het wel of niet gebruik (willen) maken van formele zorg. Uit onderzoek blijkt dat dit vooral het geval is bij mensen met een Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse achtergrond (den Draak & Verbreek-Oudijk, 2020). Zorgverleners krijgen bovendien vaak te maken met meerdere familieleden die het niet altijd met elkaar eens zijn (van de Brink, 2009; Vilans, 2020).

Op basis van kwantitatieve data laten de Boer, de Klerk en Plaisier (2021) bovendien zien dat mantelzorgers met een niet-westerse migratieachtergrond de zorg minder vaak met professionals delen dan mantelzorgers met een Nederlandse herkomst. Ahmad en collega's (2021) suggereren dat niet het herkomstland een belangrijk factor is als het gaat om het combineren van formele en informele zorg, maar dat met name sociaaleconomisch status (en dan vooral opleiding) en migratiegeschiedenis hierin een rol spelen.

1.2.3 Zorgverleners

Uit de literatuur blijkt dat zowel het verlenen van cultuurspecifieke als ook cultuur- of divers-sensitieve zorg bepaalde vaardigheden vraagt van zorgverleners. Bij een cultuurspecifieke benadering wordt verwacht dat de zorgverleners goed bekend zijn met de 'cultuur' van de cliënten. Het is dus belangrijk om te weten wat cultuur dan precies omvat en welke benadering hierbij past. Dit is echter niet altijd het geval; cultuur wordt vaak statisch benaderd en als een *black box* gezien (Hoffer, 2016). Breebaart e.a. (2019) en Hoffer (2016) zijn twee studies waarin cultuur wel expliciet besproken wordt. Beide studies stellen dat cultuur dynamisch is, mede omdat zowel het land van herkomst alsook Nederland veranderen en dat ook migranten en niet-migrant in hun denken, voelen en handelen veranderen. Bovendien geven deze auteurs een vrij brede definitie van cultuur als een manier van leven of een levensbeschouwing waarin normen, waarden, tradities, gebruiken, religie, taal en kunst belangrijk zijn.

Om tegemoet te komen aan de behoefte voor een meer veelzijdige en complexe benadering van culturele kennis, taal en religie wordt vaak een beroep gedaan op zorgverleners met een migratieachtergrond. Er is echter niet veel bekend over deze zorgverleners, hun aantal en hun ervaringen. De meest recente informatie over het aantal zorgverleners met een migratieachtergrond is te vinden via de Barometer Culturele Diversiteit. Uit de meest recente cijfers (2019) blijkt dat respectievelijk 9 en 6% van de zorgverleners een niet-westerse en westerse achtergrond hebben. Zorgverleners hebben dus nog steeds vooral een Nederlandse achtergrond. Hoewel zorgverleners met een migratieachtergrond vertrouwen kunnen kweken onder ouderen met een migratieachtergrond (Vilans, 2020), werkt het koppelen tussen cliënt en zorgverlener niet altijd goed door het ontbreken van een persoonlijke klik (Breebaart e.a., 2019). Van den Brink (2009) suggereert ook dat lang niet alle cliënten geholpen willen worden door een medewerker met een gedeelde culturele achtergrond en vice versa dat medewerkers niet alleen met mensen met eenzelfde achtergrond willen werken.

Cultuursensitieve zorgverlening heeft minder te doen met specifieke culturele kennis en meer met (inter)culturele competenties. Deze omvatten cultuurbewust zijn, zelfreflectie over eigen normen en waarden, een open houding, het herkennen en bestrijden van vooroordelen, racisme en andere vormen van discriminatie (Breebaart e.a., 2019; Taspinar, 2017; van den Brink, 2009). Het vermogen om de cliënt als een echte partner te zien, actief de zorgbehoefte te achterhalen, te reageren op signalen en zelf met suggesties te komen worden ook gezien als een van de belangrijkste delen van (inter)culturele competenties. Zorgverleners dienen zich te kunnen inleven en meeleven (van den Brink, 2009).

Communicatie en taal spelen een belangrijke rol in cultuursensitieve zorgverlening. Naast het overkomen van een taalbarrière, worden er andere belangrijke vaardigheden genoemd in de literatuur, bijvoorbeeld het vermogen om de juiste vragen te stellen op een manier die niet discriminerend is (Breebaart e.a., 2019; Hoffer, 2016), het vermogen om iemands levensverhaal te achterhalen (Breebaart e.a., 2019), en het vermogen om verschillende betekenissen te herkennen die aan verbale en non-verbale communicatie kunnen worden toegekend (Schirmbeck & Koster, 2012).

Ter ondersteuning van het ontwikkelen en verbeteren van (inter)culturele competenties is er een aantal trainingen ontwikkeld, zoals het Culturele interview (Hoffer, 2016), Interculturele Consultaties (Hoffer, 2016), Interculturele competentietraining (Cuevas e.a., 2017), Interculturele gespreksvoering: het TOPOI-model (Hoffman, 2018) en diversiteitstraining (Celik e.a., 2011).

2 Kwantitatieve analyse zorgvraag

2.1 ACHTERGROND

Zoals hierboven geschetst, is er wel een aantal prognoses die specifiek ingaan op ouderenzorg en Wlz-zorg, maar zijn er weinig prognoses die daarbij inzoomen op ouderen met een migratieachtergrond. Daarom hebben we naast bovenstaande verkenning eigen analyses uitgevoerd aan de hand van registerdata van het CBS, waarbij we ons richten op landelijke trends, en meer specifiek in Amsterdamse trends. Op basis van de CBS-data in 2019 waren er 4.125.270 mensen met een migratieachtergrond in Nederland (alle leeftijden). In Amsterdam waren er in 2019 471.708 mensen met een migratieachtergrond, ongeveer de helft van de bevolking van de stad. Deze cijfers omvatten mensen met westerse en niet-westerse achtergrond en personen uit de eerste en tweede generatie. Tabel 2 laat de achtergrondsituatie van mensen met een migratieachtergrond zien. Hoewel niet in de tabel te zien, bespreken we soms deze gegevens per achtergrond om zo meer nuance te geven aan de huidige situatie. Omdat we naar de toekomst willen kijken, bestuderen we alle leeftijden (de huidige en toekomstige ouderen). Soms is het echter belangrijk de situatie van 55+ers uit te lichten en voeren we aparte analyses voor deze leeftijdsgroep. Voor de analyses gebruikten we data van personen die nog in leven waren in 2019. Binnen deze populatie gebruiken we gegevens van de jaren 2015 tot 2019 om het Wmo- en Wlz-gebruik te bestuderen, voor de zorgkosten gaan we terug naar de jaren 2017 en 2018⁴. Alle tabellen zijn gebaseerd op deze gegevens.

Tabel 2 toont een aantal opvallende bevindingen. Zo zijn er in vergelijking met landelijke percentages in Amsterdam over alle leeftijden relatief gezien minder mensen met een westerse migratieachtergrond en juist meer met een Surinaamse of Marokkaanse achtergrond. Na de grote samengestelde categorieën 'overig niet-westers' en 'westers' vormen de mensen uit deze twee herkomstlanden de grootste groepen in Amsterdam. Als we dan meer specifiek kijken naar 55+ers tellen we respectievelijk 885.126 en 88.005 personen met een migratieachtergrond in Nederland en in Amsterdam. Zoals op te maken uit de tabel, ligt in Amsterdam het percentage oudste ouderen lager dan landelijk. Onder deze Amsterdamse ouderen vormden in 2019 de 75+ers met een westerse achtergrond (42,2% van alle 75+ers met een migratieachtergrond) en Surinaamse achtergrond (20,6%) de grootste groepen. Landelijk zijn ouderen met een westerse migratieachtergrond de grootste groep onder oudere migranten – tot 73,5% van alle 75+ers heeft deze achtergrond.

4. Ten tijde van de analyse waren de gegevens voor 2019 nog niet beschikbaar.

Tabel 2. Descriptieve beschrijving van de bestudeerde populatie in 2019, Nederland en Amsterdam

	Nederland (x 1000) ^{a,b}	Amsterdam (x 1000) ^{a,b}
Herkomst		
- Turks	411 (10,0%)	44 (9,3%)
- Marokkaans	403 (9,8%)	76 (16,2%)
- Surinaams	350 (8,5%)	63 (13,4%)
- Antilliaans	155 (3,8%)	11 (2,4%)
- Overig niet-westers	1.268 (30,7%)	140 (29,7%)
- Westers	1.536 (37,2%)	137 (29,1%)
Leeftijd (0-89)		
- 55-64	426 (10,3%)	48 (10,2%)
- 65-74	283 (6,9%)	27 (5,8%)
- 75+	175 (4,2%)	13 (2,8%)
Sekse (1= man)		
	2.090 (50,7%)	238 (50,4%)
Generatie (1= eerste generatie)		
	2.201 (53,4%)	281 (60,0%)
Burgerlijke staat		
- Getrouwd/partner	1.337 (35,4%)	121 (35,4%)
- Alleenstaand	2.315 (56,1%)	299 (63,4%)
- Gescheiden/uit elkaar/ verweduwd	349 (8,5%)	42 (8,9%)
Zorgkosten		
	€1.807 (SD = 6.096)	€1.797 (SD = 6.564)
- Gemiddeld (2017 en 2018)	50% > = €400 20% €400 - €1.000 12% €1.000 - €2.000 6% €2.000 - €3.000 ...3% = > €10.000	51% > = €400 20% €400 - €1.000 11,5% €1.000 - €2.000 5,2% €2.000 - €3.000 ...3% = > €10.000
Wlz (2015-2018), ten minste 1 jaar enige vorm van Wlz	37 (0,9% van alle Nederlanders met migratieachtergrond)	3 (0,9% van alle Amsterdammers met migratieachtergrond)
Wmo (2015-2018), ten minste 1 jaar enige vorm van Wmo	131 (3,2% van alle Nederlanders met migratieachtergrond)	11 (2,5%) van alle Amsterdammers met migratieachtergrond)

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; de burgerlijke staat van personen die voorkomen in de GBA; kenmerken van kinderen van in de Basisregistratie Persoonsgegevens (BRP) ingeschreven personen; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen; zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

a Inkomen wordt niet gerapporteerd in deze tabel omdat van 58% van de personen deze gegevens ontbraken.

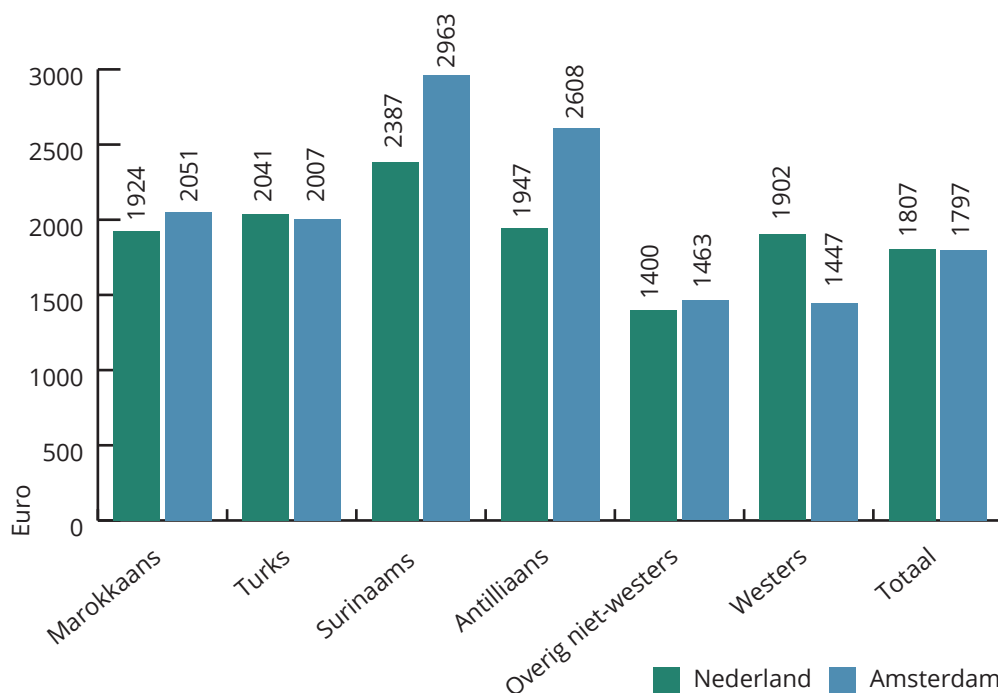
b Door afronding tellen deze percentages niet precies op tot 100%.

Kijken we specifiek naar de achtergrondkenmerken dan valt op dat er relatief net wat meer personen uit de eerste generatie dan landelijk in Amsterdam woonachtig zijn. Ook ligt het percentage alleenstaande oudere migranten (gescheiden, alleenstaand of verweduwd) onder alle leeftijden net iets hoger in Amsterdam. Als we dit nader bestuderen valt daarbij op dat onder de 75+ers 34,5% van de ouderen met een migratieachtergrond alleenstaand is, terwijl dit voor deze leeftijdsgroep landelijk juist wat lager lag; voor alle andere achtergronden (zonder Nederlandse achtergrond) op 20% (CBS, 2021).

2.2 HUIDIGE PATRONEN IN ZOR GKOSTEN

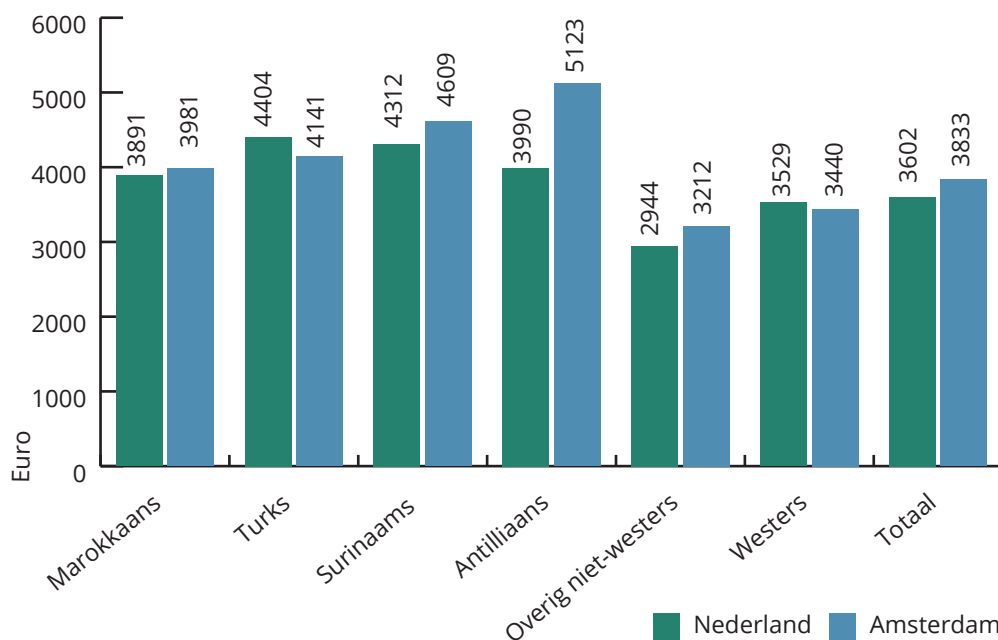
Voor de grootste groepen met een migratieachtergrond van alle leeftijden bedroegen de zorgkosten niet meer dan €400,- per jaar, zowel landelijk als in Amsterdam (tabel 2). De gemiddelde totale zorgkosten liggen voor Amsterdammers op €1.797,- en net iets lager dan de landelijke gemiddelde van €1.807,-. Echter, als we naar de gemiddelde zorgkosten voor 55+ers kijken, zien we het omgekeerde: in Amsterdam wordt net iets meer aan zorg uitgegeven (€3.833,-) dan landelijk (€3.602,-). Figuren 1 en 2 laten de gemiddelde zorgkosten per herkomstland voor alle leeftijden en 55+ers zien.

Figuur 1. Gemiddelde zorgkosten (gemiddelde van 2017 en 2018) in euro per herkomst, alle leeftijden



Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Figuur 2. Gemiddelde zorgkosten (gemiddelde van 2017 en 2018) in euro per herkomst, 55+ers



Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Als we specifiek naar herkomst kijken, zien we in de figuren dat voor alle leeftijden de Surinaamse Nederlanders de hoogste gemiddelde zorgkosten hebben in zowel Amsterdam als in Nederland (€2.387,- en €2.963,- respectievelijk). Voor de groep 55+ers zien we een ander patroon met de hoogste gemiddelde zorgkosten in Nederland onder personen met een Turkse afkomst (€4.404,-) en in Amsterdam onder mensen met een Antilliaanse afkomst (€5.123,-). De Surinaamse Amsterdammers maken bovendien gemiddeld ook hoge zorgkosten (€4.609,-). Mensen met een overige niet-westerse afkomst hebben de laagste gemiddelde zorgkosten, dit is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat deze groep bestaat uit, onder andere, vluchtelingen die beperkte of helemaal geen toegang hebben tot de formele zorg.

Als we personen met en zonder een migratieachtergrond vergelijken, zien we dat in 2018 ouderen geboren in Nederland gemiddeld lagere zorgkosten hadden dan ouderen met een niet-westerse achtergrond (CBS, 2018). Echter, een dergelijke vergelijking is lastig te maken, omdat de groepen aanmerkelijk verschillen in leeftijdsopbouw. In 2018 waren er bijvoorbeeld nog betrekkelijk weinig oudere migranten, terwijl de oudere leeftijdsgroepen gemiddeld de hoogste zorgkosten maken. Als we voor de leeftijd tot 65 jaar corrigeren voor leeftijdsverschillen (door standaardisatie naar de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking) kunnen migratiegroepen worden vergeleken zonder dat leeftijd een rol speelt. De zorgkosten van mensen met een niet-westerse achtergrond blijken in 2016 dan 14% hoger te liggen dan voor personen met een Nederlandse achtergrond. Voor personen met een Surinaamse, Turkse en Antilliaanse achtergrond zijn de zorgkosten circa 24% hoger dan

voor mensen met een Nederlandse achtergrond; voor mensen met een Marokkaanse achtergrond liggen de zorgkosten 15% hoger. Overige niet-westerse personen hebben zorgkosten die gelijk zijn aan die van mensen met een Nederlandse achtergrond. Hier zijn verschillende mogelijke verklaringen voor die we niet nader kunnen onderzoeken met de beschikbare data. Mogelijkerwijs kan een deel van de verklaring zijn dat de gezondheid, waarvoor we in deze data niet kunnen corrigeren, gemiddeld genomen slechter is onder deze groepen. Dit heeft mogelijkerwijs weer te maken met het *healthy migrant*-effect of omdat de gemiddelde SES van deze groep relatief lager ligt. Over het algemeen weten we dat Surinaamse en Antilliaanse ouderen de hoogste ziektelast hebben (Ikram e.a., 2014). Mogelijkerwijs verkleinen of verdwijnen de verschillen in zorgkosten als we voor gezondheid zouden corrigeren.

2.3 HUIDIGE PATRONEN IN WLZ- EN WMO-GEBRUIK

Landelijk en in Amsterdam ligt het percentage personen met een migratieachtergrond met een indicatie voor Wlz op 0,9% (tabel 2). Dit zijn respectievelijk 37.000 en 3.000 personen van alle leeftijden die ten minste een vorm van Wlz hebben gebruikt in ten minste een van de jaren van 2015 tot 2018. Ter vergelijking: in Nederland gebruikten ongeveer 278.000 mensen van alle herkomstachtergronden (inclusief Nederland) Wlz-zorg in 2018 (CBS, 2019a).

Tabel 3. Wlz-gebruik (alle vormen) per herkomst, 55+ers in Amsterdam, 2015-2018

	Marok- kaans	Turks	Suri- naams	Antilli- aans	Overig niet- westers	Westers	Totaal
Wlz (N)	116	99	462	79	153	438	1.347
Totaal	12.396	6.903	19.415	2.829	19.233	27.229	88.005
Wlz (%)	0,9	1,4	2,4	2,8	0,8	1,6	1,5

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende van alle in de Gemeentelijke Basis Administratie ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Tabel 4. Wlz-gebruik (alle vormen) per herkomst, 55+ers in Nederland, 2015-2018

	Marok- kaans	Turks	Suri- naams	Antilli- aans	Overig niet- westers	Westers	Totaal
Wlz (N)	849	1.133	2.054	673	1.785	11.195	17.689
Totaal	55.664	59.196	90.461	27.012	154.100	498.693	885.126
Wlz (%)	1,5	1,9	2,3	2,2	1,2	2,2	2,0

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Tabellen 3 en 4 laten het Wlz-gebruik voor 55+ers met een migratieachtergrond in Amsterdam en in Nederland zien. Net als met de gemiddelde zorgkosten zien we dat, binnen de groep 55+ers met een migratieachtergrond die tenminste 1 jaar in aanmerking kwam voor Wlz in Amsterdam, dit percentage het hoogst ligt onder 55+ers met een Antilliaanse of Surinaamse achtergrond (2,8% en 2,4%). Terwijl dit percentage het laagst ligt onder 55+ers met een Marokkaanse en overige niet-westerse achtergrond, minder dan 1%. Over het algemeen werd in Amsterdam Wlz-zorg iets minder vaak gebruikt door 55+ers met een migratieachtergrond dan landelijk (1,5% en 2% respectievelijk). In de volgende paragraaf kijken we nader naar de patronen van Wlz-gebruik en gaan we dieper in op de verschillende Wlz-vormen en jaren.

Tot slot gaan we nog kort in op het Wmo-gebruik onder verschillende migrantengroepen. In totaal maken 131.000 personen met een migratieachtergrond (alle leeftijden) in Nederland gebruik van de Wmo in ten minste één van de jaren tussen 2015 t/m 2018. Ter vergelijking: ruim 1 miljoen personen van alle herkomstlanden (inclusief Nederlandse herkomst) hadden een Wmo-indicatie in 2018 (CBS, 2019b). In Amsterdam maakten ongeveer 11.000 personen met een migratieachtergrond gebruik van de Wmo in de periode 2015-2018 (zie hiertoe tabel 2). Tabellen 5 en 6 laten het Wmo-gebruik onder 55+ers met een migratieachtergrond in Amsterdam en in Nederland zien.

Tabel 5. Wmo-gebruik (alle vormen) per herkomst, 55+ers in Amsterdam, 2015-2018

	Marok- kaans	Turks	Suri- naams	Antilli- aans	Overig niet- westers	Westers	Totaal
Wmo (N)	1.103	882	2.560	372	1.170	1.667	7.754
Totaal	12.396	6.903	19.415	2.829	19.233	27.229	88.005
Wmo %	8,9	12,8	13,2	13,1	6,1	6,1	8,8

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen.

Tabel 6. Wmo-gebruik (alle vormen) per herkomst, 55+ers in Nederland, 2015-2018

	Marok- kaans	Turks	Suri- naams	Antilli- aans	Overig niet- westers	Westers	Totaal
Wmo (N)	5.405	8.984	11.700	2.846	10.487	34.941	74.363
Totaal	55.664	59.196	90.461	27.012	154.100	498.693	885.126
Wmo %	9,7	15,2	12,9	10,5	6,8	7,0	8,4

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen.

We zien dat 55+ers die gebruik maken van Wmo het minst vaak een overige niet-westerse afkomst hebben in Amsterdam als ook in Nederland. In tegenstelling tot de patronen die we eerder vonden bij het gebruik van Wlz-zorg, maakt een relatief laag percentage 55+ers met een westerse achtergrond gebruik van Wmo-voorzieningen. Onder Amsterdammers met een Surinaamse, Antilliaanse en Turkse achtergrond ligt het percentage 55+ers dat gebruik maakt van Wmo-voorzieningen in de periode 2015-2018 het hoogst (en bijna even hoog) met rond de 13%. Landelijk ligt het percentage personen dat aanspraak maakt op de Wmo het hoogst onder 55+ers met een Turkse afkomst, gevolgd door 55+ers met een Surinaamse achtergrond.

2.4 HUIDIG GEBRUIK VERSCHILLENDE WLZ-VORMEN IN AMSTERDAM

Naast de patronen tussen groepen wat betreft Wlz-gebruik in Amsterdam hebben we ook gekeken naar het gebruik van de verschillende vormen Wlz. In tabellen 7 en 8 zien we dat 'verblijf' de meest gebruikte vorm van Wlz is in Amsterdam en Nederland voor personen met een migratieachtergrond (alle leeftijden en 55+), dit wordt gevolgd door Wlz-pgb. Uit de tabellen valt verder op te maken dat landelijk een net iets hoger percentage van alle personen met een migratieachtergrond zorg in een instelling ontvangt in verhouding tot in Amsterdam (0,39% ten opzichte van 0,58% en onder 55+ 1,14% ten opzichte van 1,64%).

Tabel 7. Wlz-gebruik onder personen met een migratieachtergrond in 2019 in Amsterdam

	Alle leeftijden			55+ers		
	N	% van bevolking	% van alle gebruikers	N	% van bevolking	% van alle gebruikers
Verblijf	1.845	0,39	52,9	1.002	1,14	60,9
Vpt/mpt	495	0,10	14,2	203	0,23	12,3
Pgb	688	0,15	19,7	362	0,41	22,0
Mix	357	0,10	13,1	77	0,09	4,7
Totaal Wlz-zorg	3.485	0,74	100,00	1.644	1,87	100,0

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.
 Noot: vpt = volledig pakket thuis, mpt = modulair pakket thuis, pgb = persoonsgebonden budget, mix = een combinatie van verblijf en pgb of vpt/mpt en pgb.

Tabel 8. Wlz-gebruik onder personen met een migratieachtergrond in 2019 in Nederland

	Alle leeftijden			55+ers		
	N	% van bevolking	% van alle gebruikers	N	% van bevolking	% van alle gebruikers
Verblijf	23.882	0,58	58,3	14.538	1,64	64,9
Vpt/mpt	6.280	0,15	15,3	3.474	0,39	15,5
Pgb	7.759	0,19	18,9	3.641	0,41	16,3
Mix	3.025	0,07	7,4	749	0,08	3,3
Totaal Wlz	40.946	0,99	100,0	22.402	2,53	100,0

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Noot: vpt = volledig pakket thuis, mpt = modulair pakket thuis, pgb = persoonsgebonden budget, mix = een combinatie van verblijf en pgb of vpt/mpt en pgb.

Tabel 9 laat het gebruik van verschillende vormen van Wlz onder personen met een Nederlandse achtergrond zien. Ook hier zien we dat, net als bij personen met een migratieachtergrond, personen met een Nederlandse achtergrond het vaakst gebruik maken van Wlz-verblijf. Van alle Wlz-gebruikers (alle leeftijden) met een Nederlandse achtergrond maakten 73% gebruik van Wlz-verblijf in vergelijking tot 58% van de mensen met een migratieachtergrond. Onder gebruikers geboren in Nederland neemt langdurige zorg thuis (en niet pgb zoals bij mensen met een migratieachtergrond) de tweede positie in. Bovendien zien we dat het totale gebruik van Wlz-zorg iets hoger ligt onder personen met een Nederlandse achtergrond dan onder personen met een migratieachtergrond (respectievelijk 1,52% en 0,99%).

Tabel 9. Wlz-gebruik onder personen met een Nederlandse achtergrond in 2019 in Nederland

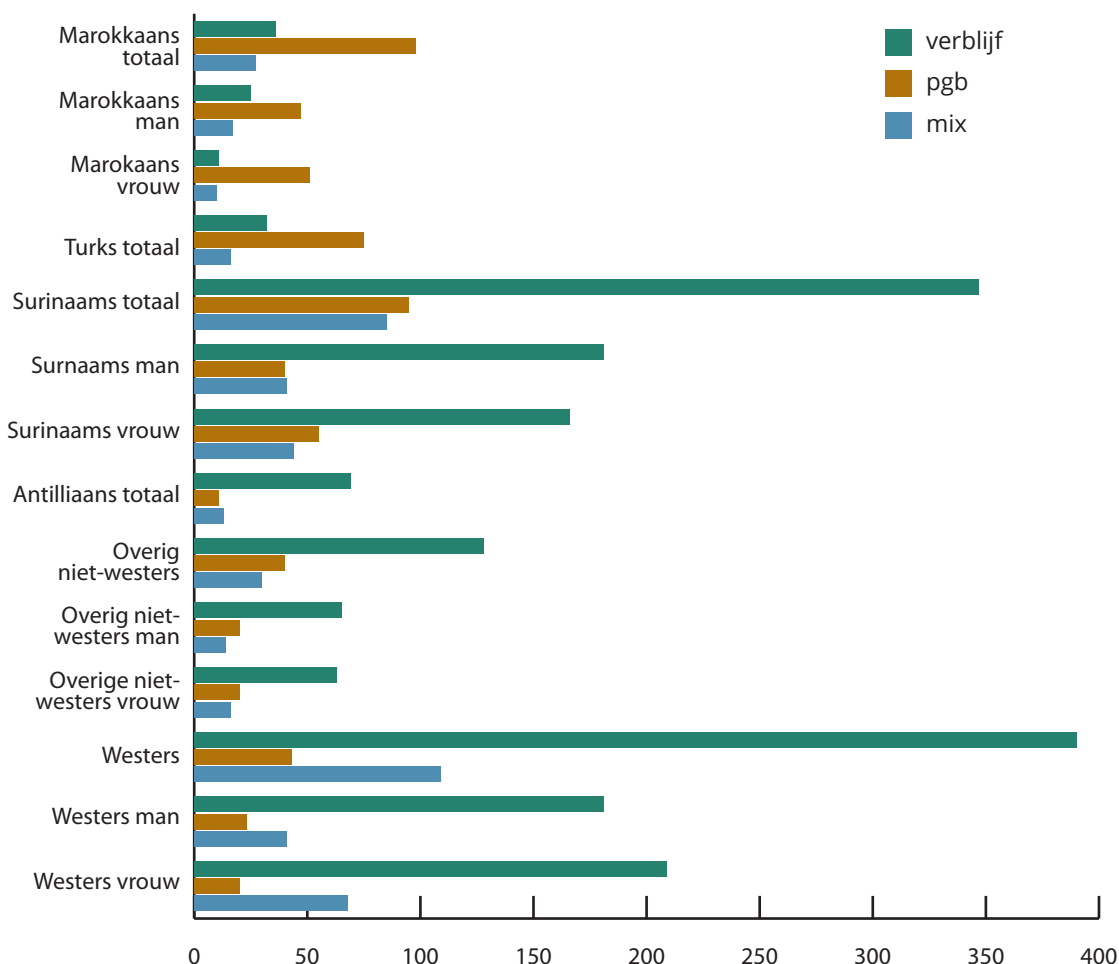
	N	% van bevolking	% van alle gebruikers
Verblijf	165.064	1,12	72,8
Vpt/mpt	34.541	0,24	15,2
Pgb	18.802	0,13	8,3
Mix	8.254	0,06	3,6
Totaal Wlz	226.661	1,52	100,0

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Noot: vpt = volledig pakket thuis, mpt = modulair pakket thuis, pgb = persoonsgebonden budget, mix = een combinatie van verblijf en pgb of vpt/mpt en pgb.

Figuur 3 laat nog een keer zien dat voor alle mensen van 55+ met migratieachtergrond zorg in een instelling het hoogst lag in 2019, gevolgd door pgb en het laagst lag bij het gebruik van langdurige zorg thuis (vpt/mpt) of een mix tussen zorg thuis en pgb.

Figuur 3. Wlz-gebruik in absolute aantallen in 2019 in Amsterdam onder 55+ers per herkomst en geslacht

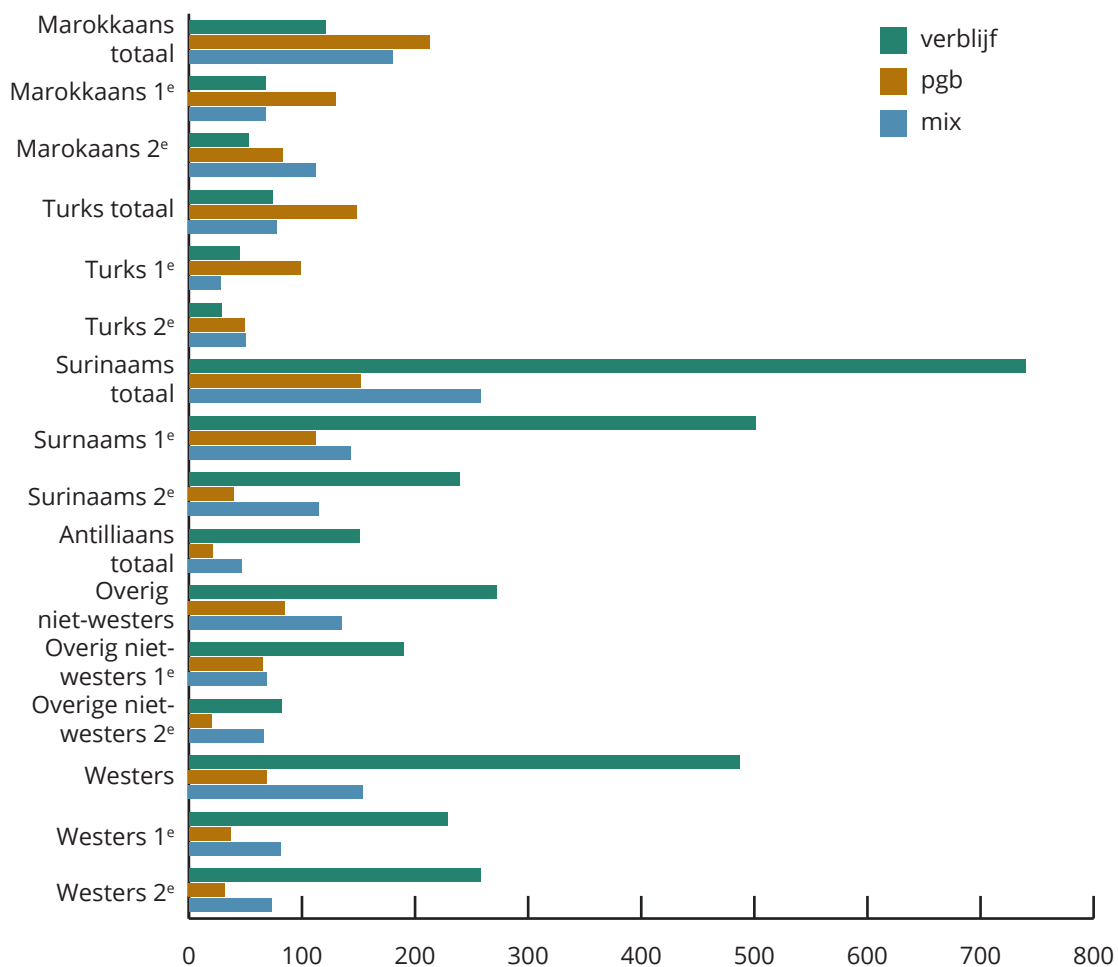


Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd: adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.
 Noot: Gegevens per geslacht voor personen met Antilliaanse en Turkse afkomst zijn niet gepresenteerd in de figuur vanwege de kleine aantallen om zo mogelijke identificatie te voorkomen.

Als we naar herkomst en geslacht kijken zien, we dat er grote verschillen tussen groepen zijn. Figuur 3 laat duidelijk zien dat onder de Turkse en Marokkaanse oudere Amsterdammers verblijf minder vaak voorkomt dan pgb – de meest gebruikte vorm onder deze groepen ouderen. Bovendien zien we dat onder westerse vrouwen en mannen, Antilliaanse vrouwen (niet in de grafiek, om mogelijke identificatie van personen te voorkomen) en Surinaamse mannen zorg thuis of een mix van zorg thuis en pgb vaker gebruikt worden dan pgb alleen. Met uitzondering van westerse en Antilliaanse vrouwen in de leeftijd 55+, ontvangen mannen vaker zorg in een instelling dan vrouwen. Dit verschil is vooral zichtbaar onder Marokkaanse en Surinaamse Amsterdammers.

Figuur 4 laat een overzicht zien van het aantal mensen van alle leeftijden dat gebruik maakt van Wlz-zorg in Amsterdam met een migratieachtergrond in 2019. In deze figuur hebben we een onderscheid gemaakt tussen de eerste en tweede generatie⁵.

Figuur 4. Wlz-gebruik in absolute aantallen in 2019 in Amsterdam per herkomst en generatie, alle leeftijden



Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Noot: Vanwege kleine aantallen worden de gegevens over personen met een Antilliaanse achtergrond niet per generatie weergegeven.

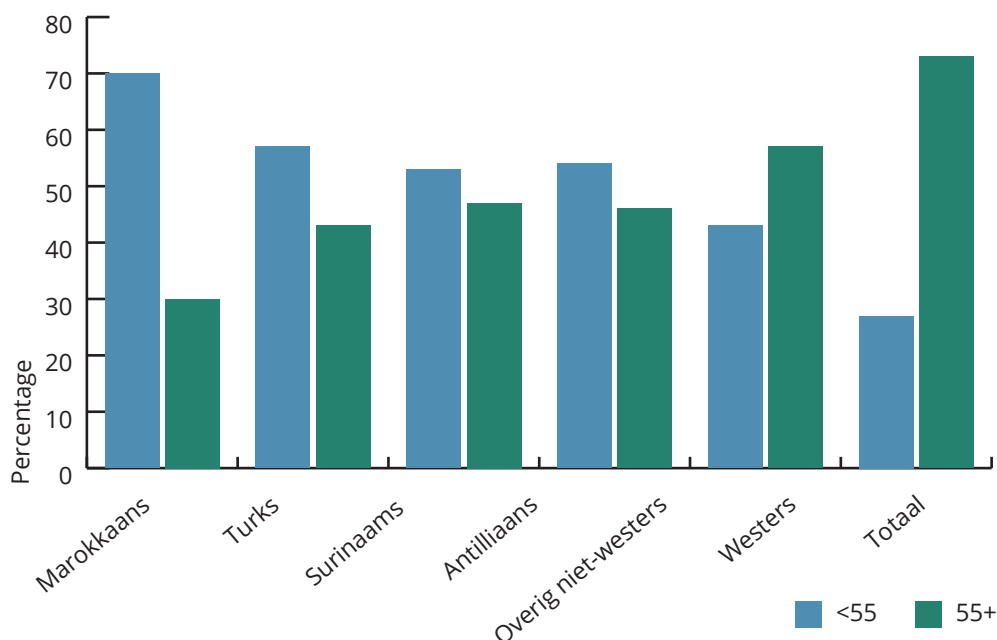
Opvallend is dat als we naar alle leeftijden kijken we meer mensen zien die gebruik hebben gemaakt van langdurige zorg thuis dan pgb. Onder de Turkse en Marokkaanse Amsterdammers, net als bij de 55+ers (figuur 3), werd in 2019 meer gebruik gemaakt van pgb dan van verblijf. Echter, we zien dat onder de tweede generatie Marokkaanse en Turkse

5. Ten tijde van de analyse definieerde het CBS personen met een migratieachtergrond als personen van wie ten minste één van de ouders in het buitenland is geboren. Iemand die zelf ook in het buitenland is geboren behoort tot de eerste generatie, terwijl iemand van de tweede generatie in Nederland is geboren.

Amsterdammers net iets meer gebruik werd gemaakt van zorg thuis (met of zonder een combinatie met pgb) dan pgb alleen of zorg in een instelling. In tegenstelling tot de situatie onder 55+ers, zien we dat jongere personen met een Surinaamse, Antilliaanse, overige niet-westerse en westerse achtergrond vaker gebruik maken van langdurige zorg thuis en een mix van zorg thuis en pgb dan alleen pgb.

Verdere analyse laat zien dat ongeveer 50% van al het gebruik van Wlz-zorg (alle vormen, niet in de figuren) in 2019 in Amsterdam plaats vindt onder personen jonger dan 55 jaar van zowel de eerste en tweede generatie, met uitzondering van westerse migranten. Figuur 5 laat de verdeling van Wlz-verblijf per leeftijdsgroep zien. Binnen de groep personen met een westerse afkomst zien we dat zorg in een instelling vooral voorkomt onder de oudere leeftijdsgroepen. Onder alle andere herkomstachtergronden wordt er het meest gebruik gemaakt van zorg in een instelling onder mensen jonger dan 55 jaar, zo is 70% van alle Wlz-verblijf gebruikers met een Marokkaanse achtergrond onder de 55-jaar.

Figuur 5. Wlz-verblijf in 2019 in Amsterdam per leeftijdsgroep in percentages



Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

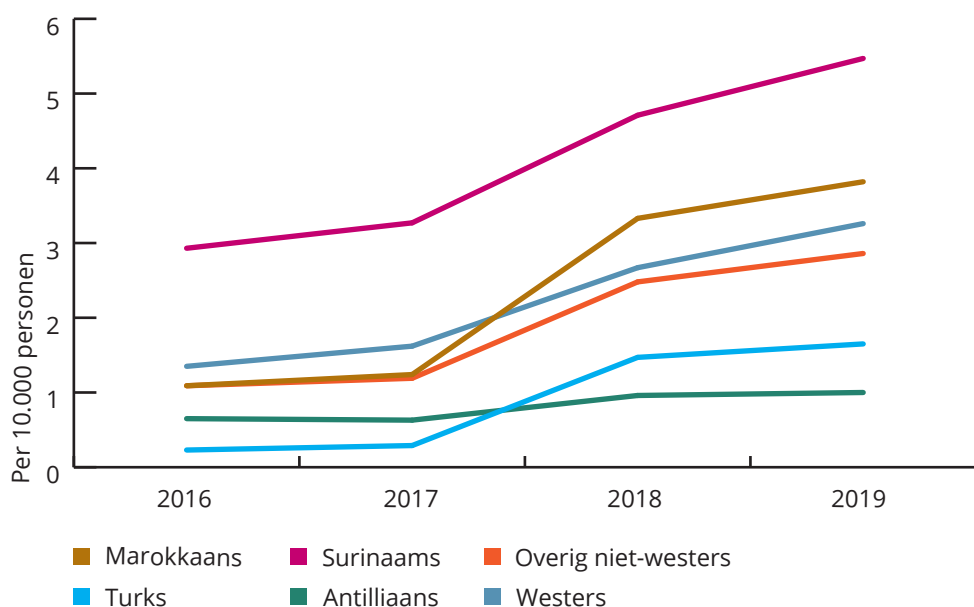
2.5 TRENDS IN WLZ-GEBRUIK IN AMSTERDAM

Naast het meest recente jaar 2019 hebben we ook gekeken naar hoe het gebruik zich heeft ontwikkeld over de verschillende groepen met een migratieachtergrond in de afgelopen jaren, om zo het patroon in Wlz-verblijf, pgb alleen en pgb in combinatie met zorg thuis (mpt en vpt) te kunnen achterhalen. We berekenden het Wlz-gebruik per 10.000 personen met een migratieachtergrond van alle leeftijden in Amsterdam voor de jaren 2015/6-2019.

Het gaat hier dus om een gestandaardiseerd gebruik, terwijl in de vorige paragraaf het ging om de verdeling van de verschillende vormen van Wlz-zorg onder Amsterdammers met een bepaald herkomstland. In de figuren 6, 7 en 8 zijn deze patronen te zien.

Over het algemeen laten de figuren een toename in de Wlz-gebruik zien in de afgelopen 3 of 4 jaar. De grootste toename is te vinden in het gebruik van langdurige zorg thuis (vpt/mpt) in combinatie met pgb (zie figuur 6). Personen met een Surinaamse en Marokkaanse herkomst maken het vaakst gebruik van deze vorm van Wlz en laten ook de sterkste toename zien, namelijk 2,6 en 2,7 per 10.000 personen tussen 2016 en 2019. Migranten met wortels in westerse landen, overige niet-westerse regio's en Turkije nemen een middenpositie in. Personen met een Antilliaanse afkomst gebruikten het minst vaak een mix van langdurige zorg thuis en pgb en ook lieten ze een minimale toename zien van 0,3 per 10.000 personen in de jaren 2016-2019 zien.

Figuur 6. Ontwikkeling van Wlz-pgb+ vpt/mpt onder Amsterdammers met een migratieachtergrond per 10.000 personen, 2016-2019

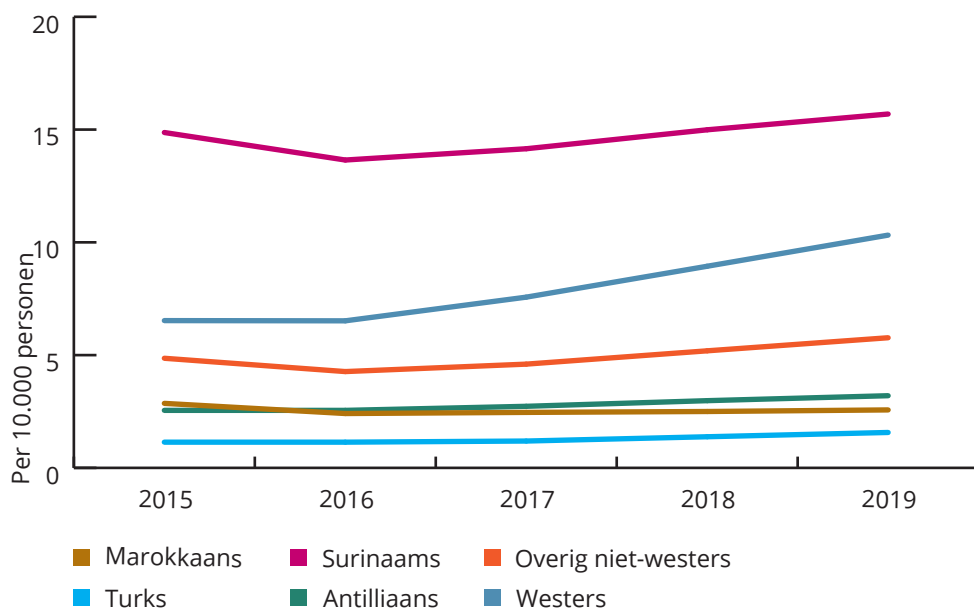


Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd: adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Noot: Omdat CBS vanaf 2016 de data anders is gaan coderen zijn deze gegevens pas vergelijkbaar vanaf 2016.

Met uitzondering van personen met een Marokkaanse afkomst zien we een duidelijke, maar minder harde, groei van het gebruik van Wlz-verblijf (figuur 7) dan Wlz-pgb + vpt/mpt. Voor deze vorm van Wlz-zorg zien we de sterkste groei onder personen met een westerse achtergrond, namelijk 3,8 per 10.000 personen. Het vaakst wordt Wlz-verblijf gebruikt door personen met een Surinaamse afkomst, gevolgd door personen met een westerse afkomst. Personen met een Turkse afkomst gebruiken verblijf het minst vaak en ook is de toename in die groep het kleinst. Het gebruik van verblijf onder Marokkaanse Nederlanders laat een afname van 0,3 per 10.000 personen tussen 2015 en 2019 zien.

Figuur 7. Ontwikkeling van Wlz-verblijf onder Amsterdammers met een migratieachtergrond per 10.000 personen, 2015-2019



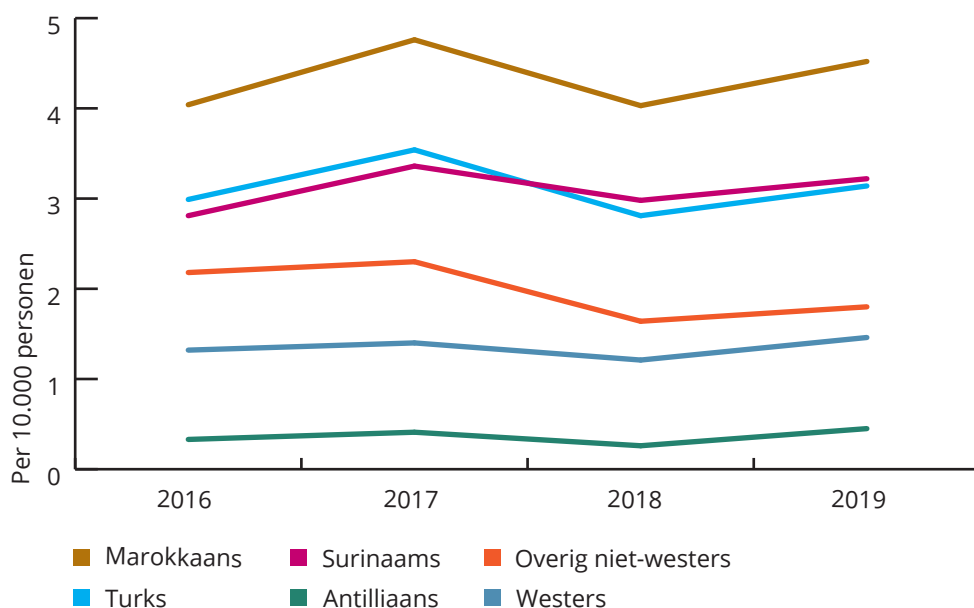
Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Noot: Omdat CBS vanaf 2016 de data anders is gaan coderen zijn deze gegevens pas vergelijkbaar vanaf 2016.

Figuur 8 laat zien dat van alle Amsterdammers met een migratieachtergrond, Amsterdammers met een Marokkaanse achtergrond het vaakst pgb gebruikten in de jaren 2015- 2019. Ze lieten ook de grootste toename zien. Zij worden gevolgd door personen met een Turkse herkomst; het minst vaak wordt pgb gebruikt onder westerse en Antilliaanse Amsterdammers van alle leeftijden. Amsterdammers met overige niet-westerse en Surinaamse achtergrond lieten tussen 2016 en 2019 een kleine afname van pgb-gebruik zien.

Als we deze patronen met de Nederlandse bevolking in het algemeen vergelijken, zien we overeenkomsten en verschillen. Zoals onder personen met een migratieachtergrond zien we in deze periode een sterke toename (23%) van het gebruik van langdurige zorg thuis in Nederland. In tegenstelling tot personen met een migratieachtergrond laat de Nederlandse bevolking als geheel een kleine afname (1,2%) zien in verblijf in een instelling (CBS, 2021 a).

Figuur 8. Ontwikkeling van Wlz-pgb onder Amsterdammers met een migratieachtergrond per 10.000 personen, 2016-2019



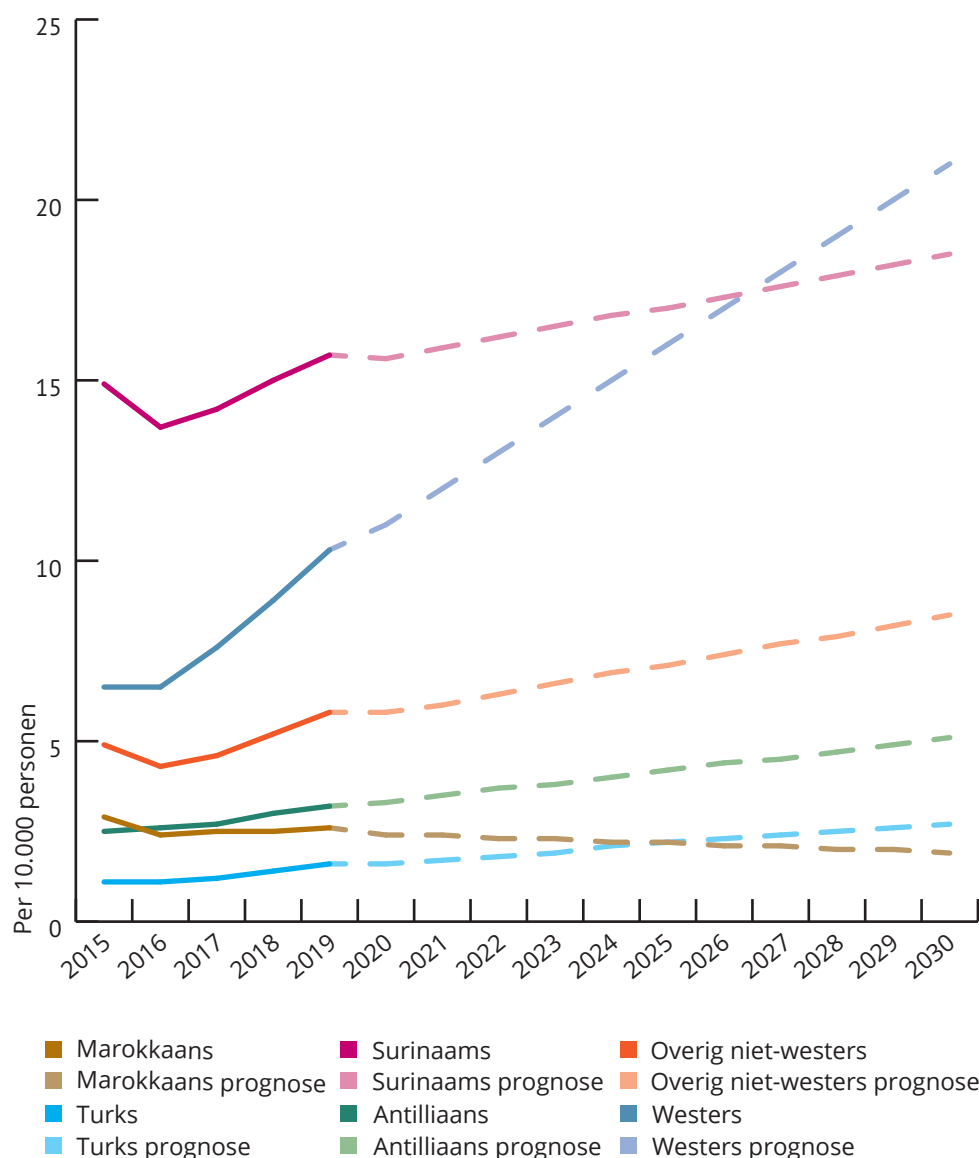
Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Noot: Omdat CBS vanaf 2016 de data anders is gaan coderen zijn deze gegevens pas vergelijkbaar vanaf 2016.

2.6 TOEKOMSTIGE TRENDS WLZ-GEBRUIK IN AMSTERDAM

Een belangrijke vraag binnen dit project betreft hoe de zorgvraag onder Amsterdammers met een migratieachtergrond zich gaat ontwikkelen. Om deze vraag te beantwoorden maken we gebruik van een simpele voorspelling, een methode waarbij we door middel van extrapolatie de huidige patronen naar de toekomst voorspellen. Hoewel een ruwe voorspelling, neemt deze methode de natuurlijke veranderingen in de bevolking met een migratieachtergrond in Amsterdam mee. De methode controleert echter niet voor achtergrondkenmerken van de groepen (zoals bijvoorbeeld gemiddelde sociaaleconomisch status, taalvaardigheid of andere mogelijke achtergrondkenmerken). De kracht van deze methode is dat met relatief weinig data naar het patroon binnen meerdere groepen gekeken kan worden. Op basis van de bestaande data van Wlz-gebruik sinds 2015/2016 onder mensen met een migratieachtergrond, zien we een lineaire ontwikkeling, die we naar de komende 11 jaar projecteren (tot 2030). We nemen aan dat de mate van veranderingen die we nu hebben geobserveerd, niet gaan veranderen in de komende jaren. Omdat de bestaande data een relatieve korte periode omvatten, is het niet zinvol om een voorspelling over een langere periode te maken.

Figuur 9. Voorspelling ontwikkeling Wlz-verblijf onder Amsterdammers met een migratieachtergrond tot 2030

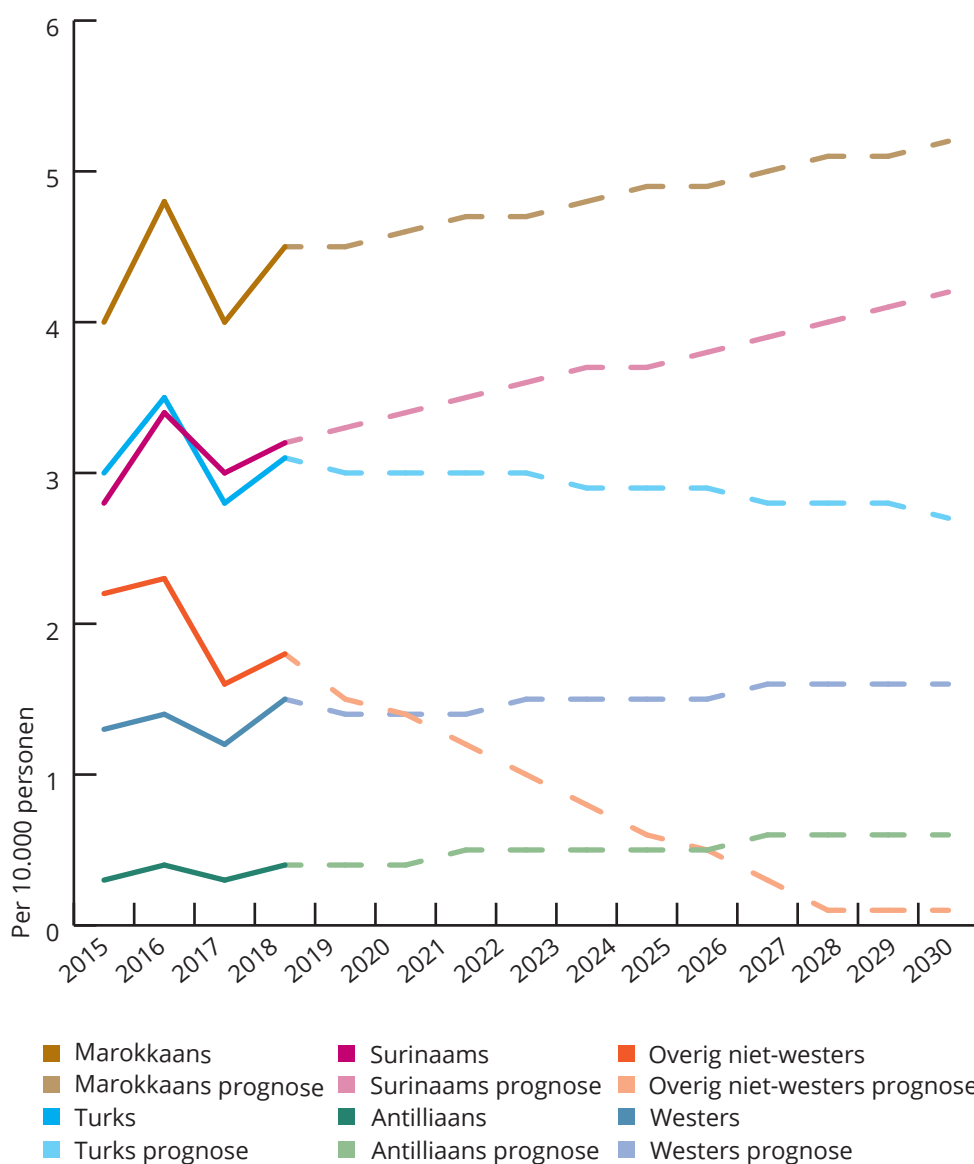


Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Figuur 9 laat de voorspelde trend voor Wlz-verblijf zien. Met uitzondering van Marokkaanse Nederlanders is er een toename van Wlz-verblijf onder personen met een migratieachtergrond in Amsterdam te verwachten. De sterkste toename wordt voorspeld voor personen met een westerse achtergrond: een stijging van 62%, terwijl het gebruik van Wlz-verblijf onder personen met een Surinaamse achtergrond het minst hard zal groeien (35%). De groei binnen de groepen met een Turkse, Antilliaanse en overige niet-westerse achtergrond neemt een middenpositie in (respectievelijk 55%, 52% en 48%). In totaal wordt verwacht dat in 2030 in Amsterdam ongeveer 3.500 mensen met een migratieachtergrond gebruik zullen maken van Wlz-verblijf (zie tabel 10), dat is een toename van 48%.

Als we kijken naar het gebruik van Wlz-pgb onder Amsterdammers met een migratieachtergrond (zie figuur 10) dan zien we de kleinste toename in Wlz-gebruik, namelijk 22%. In 2030 zullen ongeveer 740 Amsterdammers met een migratieachtergrond gebruik maken van Wlz-pgb (zie tabel 10). Als we naar migratieachtergronden kijken, zien we dat mensen met een Marokkaanse afkomst het vaakst gebruik zullen maken van Wlz-pgb en dat het voor steeds meer mensen het geval zal zijn. De sterkste groei vinden we echter onder Antilliaanse Amsterdammers en de kleinste onder westerse Amsterdammers. Onder de Turkse en vooral overige niet-westerse Amsterdammers wordt een relatief grote afname verwacht (zie figuur 10). Echter, de Turkse en de Surinaamse Amsterdammers blijven vaker Wlz-pgb gebruiken in vergelijking tot personen met een westerse, Antilliaanse en overige niet-westerse achtergrond. Voor de laatste groep is de afname zo sterk dat er bijna geen gebruik van Wlz-pgb wordt voorspeld in 2030.

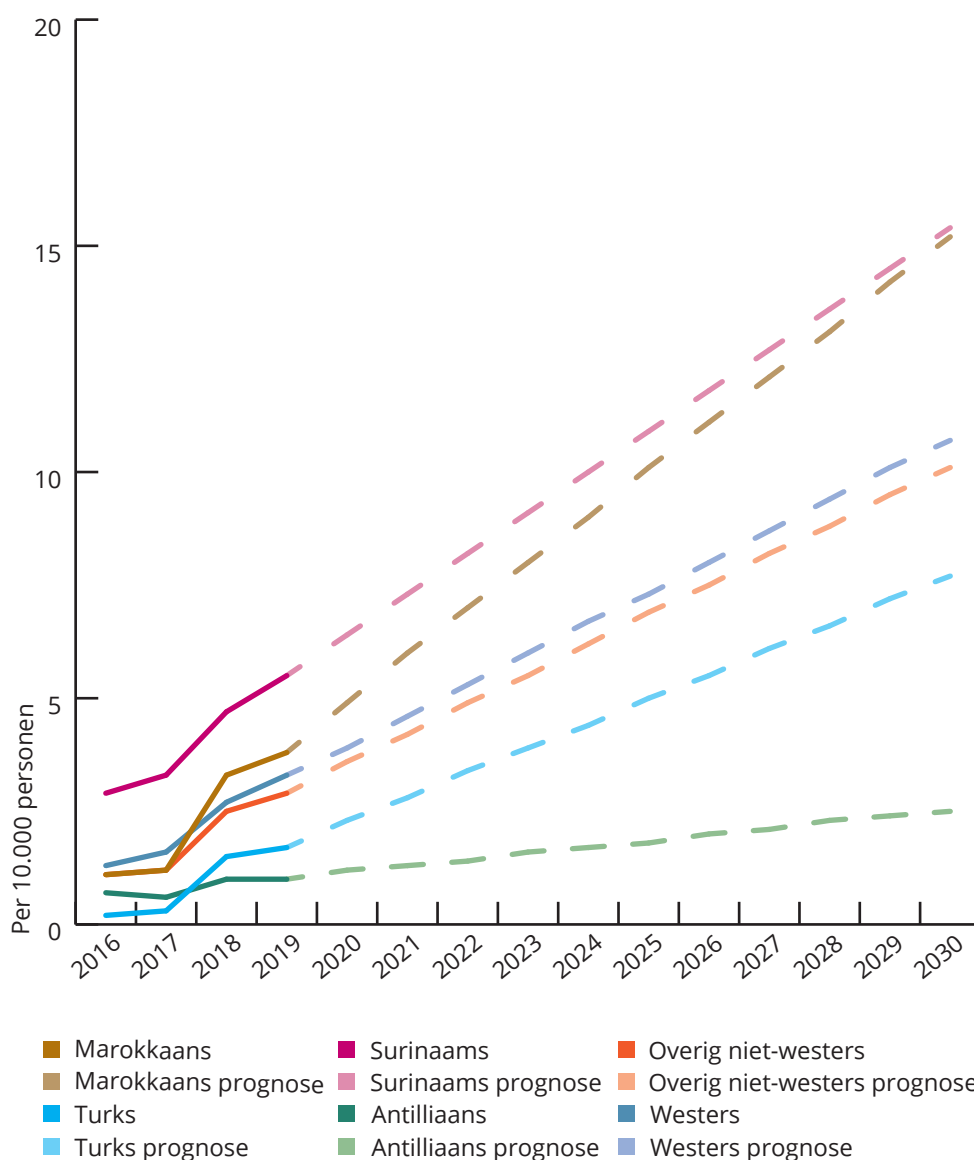
Figuur 10. Voorspelling ontwikkeling Wlz-pgb onder Amsterdammers met een migratieachtergrond tot 2030



Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Figuur 11 laat de voorspelde ontwikkeling van Wlz-pgb en vpt/mpt zien. Opvallend hier is dat er een zeer sterke groei wordt verwacht, in totaal een toename van 77% over alle migratieachtergronden. In 2030 zullen ongeveer 3.750 mensen met een migratieachtergrond deze mix van Wlz-zorgvormen gebruiken. De toename geldt voor alle herkomstgroepen: de sterkste groei wordt verwacht onder de Turkse en Marokkaanse Amsterdammers (respectievelijk 83% en 81%) en de minst sterke onder de Antilliaanse en Surinaamse Amsterdammers (respectievelijk 72% en 62%).

Figuur 11. Voorspelling ontwikkeling Wlz-pgb+vpt/mpt onder Amsterdammers met een migratieachtergrond tot 2030



Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd: adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

In totaal wordt verwacht dat er ongeveer 8.000 mensen met een migratieachtergrond in Amsterdam in 2030 enige vorm van Wlz zullen gebruiken. 68,4% van alle Wlz-verblijf gebruikers zouden een Surinaamse of westerse achtergrond hebben, 65% van alle Wlz-pgb gebruikers zouden een Marokkaanse of Turkse achtergrond hebben, terwijl Wlz-pgb en vpt/mpt gebruik redelijk gelijk is verdeeld tussen de groepen (tabel 10).

Deze prognose is gebaseerd op een bevolking met niet-Nederlandse achtergrond in Amsterdam in 2030 van 611.114 mensen.

Tabel 10. Voorspelling Wlz-gebruik in Amsterdam per herkomst in absolute aantallen in 2030

	Marok- kaans	Suri- naams	Turks	Antilli- aans	Overig niet- westers	Westers	Totaal
Verblijf	116	1.131	165	312	519	1.283	3.526
pgb	318	116	165	37	6	98	739
pgb + vpt/mpt	929	941	471	153	617	654	3.764
Totaal	1.363	2.188	801	501	1.143	2.035	8.030

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

In de voorspelling zien we dat onder Amsterdammers met een Surinaamse achtergrond er een lichte toename is in verblijf en pgb, en ook een sterke toename in de mix van Wlz-pgb + vpt/mpt-gebruik. Surinaamse Amsterdammers gebruiken en blijven het vaakst Wlz-zorg gebruiken. Onder Amsterdammers met een Turkse achtergrond zien we een lichte toename in Wlz-verblijf terwijl Wlz-pgb licht afneemt en de mix pgb + vpt/mpt toeneemt. Over de jaren blijven ze samen met de Marokkaanse Amsterdammers het minst vaak Wlz-verblijf te gebruiken. Onder Antilliaanse Amsterdammers zien we een lichte toename in Wlz-verblijf en mix pgb + vpt/mpt, terwijl Wlz-pgb stabiel blijft. Over het algemeen laten ze de kleinste toename in Wlz-gebruik zien. Een heel ander patroon zien we onder overige niet-westerse Amsterdammers, waarbij de voorspelling een sterke toename van Wlz-mix laat zien en een kleine stijging in Wlz-verblijf, terwijl de vraag naar Wlz-pgb vrijwel verdwijnt. Ook onder migrantenouderen met een westerse achtergrond zien we andere trends. Onder hen neemt zowel Wlz-verblijf als Wlz-mix sterk toe, terwijl de vraag naar Wlz-pgb constant blijft. Voor Amsterdammers met een Marokkaanse achtergrond is de verwachting dat er een afname zal zijn in Wlz-verblijf, in tegenstelling tot andere groepen, en een toename van Wlz-pgb en sterk(ste) toename in Wlz-mix. Naar verwachting blijven ze het vaakst pgb gebruiken en maken ze bijna evenveel gebruik van Wlz-mix als Surinaamse Amsterdammers.

Samengevat lijkt het erop dat er steeds meer gebruik gemaakt zal worden gemaakt van een mix van pgb + vpt/mpt. Dit past bij het idee dat er in de toekomst een groeiende (en complexere) mix van formele en informele langdurige zorg zal ontstaan (van den Broek e.a. 2016; Broese van Groenou e.a. 2016).

2.7 WAT SPEELT MEE?

Naast deze voorspellingen is het belangrijk om te weten wat er nu eigenlijk meespeelt in de keuze voor een bepaalde vorm van Wlz-zorg onder Amsterdammers en Nederlanders met een migratieachtergrond. In onderstaande gaan we in op enkele achtergrondkenmerken die hierin een rol (kunnen) spelen. We doen dat aan de hand van een aantal regressie analyses. We kijken naar de relatie tussen Wlz- zorggebruik in 2019 en een aantal demografische kenmerken (migratieachtergrond, leeftijd, sekse, generatie, burgerlijke staat en aantal volwassen kinderen), zorgkosten en eerder gebruik van Wlz- en Wmo-zorg. Hoewel we veel leren van deze analyses is het belangrijk om te noemen dat deze ook beperkt zijn. Helaas zijn gegevens over belangrijke factoren die meespelen in het zorggebruik onder mensen met een migratieachtergrond zoals religie, Nederlandse taalbeheersing en opleiding (Conkova & Lindenberg, 2018) niet beschikbaar in de gebruikte data. De resultaten van alle regressies zijn gepresenteerd in kansen (*predicted probabilities*), dat wil zeggen de kans dat iemand (bijvoorbeeld met een Marokkaanse afkomst) Wlz-zorg zal gebruiken terwijl alle andere factoren (bijvoorbeeld geslacht, generatie, eerder gebruik) constant zijn gehouden op hun gemiddelde.

2.7.1 Achtergrondkenmerken en eerder zorggebruik en Wlz-zorg

We maken eerst gebruik van logistische regressies om te schatten wat het effect is van demografische kenmerken en eerder gebruik van zorg op wel of niet gebruik maken van Wlz-zorg (alle vormen samen). We draaien drie modellen: (1) Alleen migratieachtergrond; (2) migratieachtergrond samen met de eerder benoemde demografische kenmerken; en (3) Alle demografische kenmerken samen met zorgkosten en eerder gebruik van de formele zorg. We draaien dezelfde modellen voor Amsterdam en voor Nederland.

Tabel 11. Verklaarde variantie van de verschillende modellen, Amsterdam en landelijk

	Amsterdam	Nederland
Model 1: migratieachtergrond	R ² 3,3%	R ² 1,2%
Model 2: migratieachtergrond + demografische kenmerken	R ² 11,8%	R ² 12,7%
Model 3: migratieachtergrond + demografische kenmerken + zorgkosten en zorggebruik	R ² 79%	R ² 78%

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd: adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; de burgerlijke staat van personen die voorkomen in de GBA; kenmerken van kinderen van in de Basisregistratie Persoonsgegevens (BRP) ingeschreven personen; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen; zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Noot: de afhankelijke variabele is Wlz-gebruik in 2019. Alle factoren behalve eerder gebruik van Wlz- en Wmo-zorg zijn gebaseerd op gegevens uit 2019 (zoals getoond in tabel 2). Eerder gebruik Wlz- en Wmo-zorg betreft jaren 2015/2016 tot 2018.

Tabel 11 laat zien hoeveel van de verschillen in het gebruik van Wlz-zorg (enige vorm) onder mensen met een migratieachtergrond worden verklaard door de factoren in deze modellen. Alleen herkomstachtergrond als verklaring voor de verschillen verklaard een heel klein deel van de variantie wordt (namelijk 3,3% in Amsterdam en 1,2% in Nederland). Houden we rekening met alle demografische kenmerken dan zien we dat ongeveer 12% van de variantie in het gebruik van Wlz-zorg in Amsterdam en 13% in Nederland wordt verklaard. Het grootste deel (67% in Amsterdam en 65% in Nederland) van het verschil in het gebruik van Wlz-zorg wordt verklaard door eerder gebruik van formele zorg (zowel Wlz als Wmo).

Tabel 12 en 13 (model 3) laten de kansen zien voor het gebruik van Wlz-zorg (enige vorm) in Amsterdam en Nederland. We zien dat de modellen voor Amsterdam en landelijk vergelijkbaar zijn. Specifiek is het opvallend dat met de uitzondering van de kans om Wlz-zorg te gebruiken voor personen die eerder formele (Wlz-zorg) hebben gebruikt (79% in Amsterdam en 83% in Nederland) de berekende kansen voor het gebruiken van Wlz-zorg heel klein zijn. We zien ook dat gecontroleerd voor de bovengenoemde achtergrondkenmerken de grootste kans om Wlz-zorgbruik te vinden is onder de Surinaamse en Antilliaanse Amsterdammers en Nederlanders. Naarmate de leeftijd stijgt wordt de kans om Wlz-zorg te gebruiken groter; dit betreft een toename van 0,04% kans voor mensen jonger dan 55 jaar oud tot 1,6% voor mensen van leeftijd 75+ in Amsterdam en van 0,05% tot 2% in Nederland. Vrouwen en mannen laten een heel erg klein verschil in de berekende kans voor Wlz-zorg gebruik zien, zo klein dat in Amsterdam dit verschil niet significant is. Personen van de tweede generatie hebben een significant grotere kans (van 0,1%) om Wlz-zorg te gebruiken dan de eerste generatie in zowel Amsterdam als in Nederland. Zo ook mensen die nooit een partner hebben gehad in vergelijking tot mensen die een partner hebben of ooit hebben gehad. Met een toenemend aantal kinderen neemt ook de kans om Wlz-zorg te gebruiken. Op het eerste gezicht is deze laatste bevinding misschien verrassend, maar eerdere studies (van den Broek, 2020; Grundy & Read, 2015; Hognas e.a., 2017) bieden een verklaring: mensen die meer kinderen hebben zijn vaker ongezonder (allebei zijn ze geassocieerd met een lagere opleiding) en dus hebben ze vaker zorg nodig. Aangezien we in de modellen niet voor opleiding kunnen controleren, is het zeer waarschijnlijk dat dit effect door het effect van aantal kinderen wordt gevangen. Als de zorgkosten toenemen (een proxy van afnemende gezondheid) neemt de kans om Wlz-zorg te gebruiken toe. Iemand met gemiddelde zorgkosten (1797 euro voor Amsterdam en 1807 euro voor Nederland) heeft respectievelijk 0,7% en 1% kans om gebruik te maken van enig vorm Wlz-zorg. Ten slotte, zien we een toename van de kans om Wlz-zorg te gebruiken als we personen vergelijken die eerder Wmo-zorg hebben gebruikt met personen die dat niet hebben gedaan, maar het verschil is veel kleiner dan het verschil tussen het al dan niet gebruiken van Wlz-zorg.

Tabel 12. Logistische regressies, alle leeftijden in Amsterdam

Predicted probabilities (standard error)			
Herkomstland	Model 1	Model 2	Model 3
Marokkaans	0,0067 (0,0003)***	0,0031 (0,0001)***	0,0005 (0,0005)
Turks	0,0069 (0,0004)***	0,0061 (0,0004)***	0,0005 (0,0007)
Surinaams	0,0182 (0,0005)***	0,0100 (0,0004)***	0,0007 (0,00006)***
Antilliaans	0,0190 (0,001)***	0,0114 (0,0008)***	0,0008 (0,0001)***
Westers	0,0051 (0,0002)***	0,0031 (0,0001)***	0,0004 (0,0004)
Overig niet-westers	0,0035 (0,00016)***	0,0031 (0,0001)***	0,0005 (0,0005)
Leeftijd			
<55		0,0033 (0,0001)***	0,0004 (0,00003)***
55-64		0,0066 (0,0004)***	0,0007 (0,00001)***
65-74		0,0172 (0,0010)***	0,0023 (0,0003) ***
75+		0,0841 (0,0036)***	0,0157 (0,0015) ***
Geslacht			
Vrouw		0,0047 (0,0001)***	0,0005 (0,0004)
Man		0,0038 (0,0001)***	0,0005 (0,0004)
Generatie			
1 ^e		0,0039 (0,0001)***	0,0005 (0,00005)**
2 ^e		0,0050 (0,0002)***	0,0006 (0,00004)**
Burgerlijke status			
Partner		0,0022 (0,0001)***	0,0004 (0,0004)***
Nooit partner gehad		0,0057 (0,0001)***	0,0006 (0,0004)***
Partner verloren		0,0042 (0,0002)***	0,0004 (0,00005)***
Aantal kinderen			
0		0,0035 (0,0002)***	0,0004 (0,00004)***
1		0,0036 (0,003)	0,0005 (0,00007)***
2		0,0033 (0,002)	0,0006 (0,00008)***
3+		0,0047 (0,0001)***	0,0006 (0,00004)***
Zorgkosten			
Wlz 15-18			
Geen eerder gebruik			0,0005 (0,00003)***
Eerder gebruik			0,79 (0,11)***
Wmo 15-18			
Geen eerder gebruik			0,0005 (0,0004)***
Eerder gebruik			0,0011 (0,0002)***
N	471.708	471.708	471.708

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; de burgerlijke staat van personen die voorkomen in de Gemeentelijke Basis Administratie; kenmerken van kinderen van in de Basisregistratie Persoonsgegevens (BRP) ingeschreven personen; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen; zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Noot: de afhankelijke variabele is Wlz gebruik in 2019. Alle factoren behalve eerder gebruik van Wlz en Wmo zorg zijn gebaseerd op gegevens uit 2019 (zoals getoond in tabel 2). Eerder gebruik Wlz en Wmo zorg betreft jaren 2015/2016 tot 2018.

Tabel 13. Logistische regressie, alle leeftijden in Nederland

Predicted probabilities (standard error)			
Herkomstland	Model 1	Model 2	Model 3
Marokkaans	0,0087 (0,0015)***	0,0061 (0,0001)***	0,0007 (0,00003)***
Turks	0,0095 (0,00015)***	0,0085 (0,0001)***	0,0007 (0,00002)***
Surinaams	0,0152 (0,00021)***	0,0077 (0,0001)***	0,0009 (0,00003)***
Antilliaans	0,0157 (0,00031)***	0,0100 (0,0002)***	0,0008 (0,0004)***
Westers	0,0123 (0,000089)***	0,0052 (0,0001)***	0,0007 (0,002)
Overig niet-westers	0,0054 (0,00007)***	0,0043 (0,0001)***	0,0006 (0,0002)***
Leeftijd			
<55		0,0037 (0,00004)***	0,0005 (0,00001)***
55-64		0,0111 (0,00020)**	0,0009 (0,00004)***
65-74		0,0248 (0,0004)***	0,0032 (0,0001)***
75+		0,1274 (0,0015)***	0,0200 (0,0005)***
Geslacht			
Vrouw		0,0055 (0,001)	0,0007 (0,0002)**
Man		0,0055 (0,002)	0,0007 (0,0002)**
Generatie			
1 ^e		0,0050 (0,0001)***	0,0006 (0,0002)***
2 ^e		0,0061 (0,0001)***	0,0007 (0,0002)***
Burgerlijke status			
Partner		0,0026 (0,0004)***	0,0005 (0,0002)***
Nooit partner gehad		0,0089 (0,0001)***	0,0008 (0,0002)***
Partner verloren		0,0048 (0,0001)***	0,0006 (0,0002)***
Aantal kinderen			
0		0,0030 (0,0001)***	0,0003 (0,00001)***
1		0,0048 (0,0001)***	0,0008 (0,00003)***
2		0,0422 (0,0001)***	0,0007 (0,0002)***
3+		0,050 (0,0001)***	0,0009 (0,0002)***
Zorgkosten			
			0,010 (0,00002)***
Wlz 15-18			
Geen eerder gebruik			0,0006 (0,0001)***
Eerder gebruik			0,83 (0,003)***
Wmo 15-18			
Geen eerder gebruik			0,0007 (0,00001)***
Eerder gebruik			0,0015 (0,0005)***
N	4.125.270	4.125.270	4.125.270

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; de burgerlijke staat van personen die voorkomen in de GBA; kenmerken van kinderen van in de Basisregistratie Persoonsgegevens (BRP) ingeschreven personen; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen; zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Noot: de afhankelijke variabele is Wlz-gebruik in 2019. Alle factoren behalve eerder gebruik van Wlz- en Wmo-zorg zijn gebaseerd op gegevens uit 2019 (zoals getoond in tabel 2). Eerder gebruik Wlz- en Wmo-zorg betreft jaren 2015/2016 tot 2018.

Als we de modellen vergelijken, zien we dat in Amsterdam zowel de kansen als de verschillen in kansen voor verschillende groepen (bijvoorbeeld achtergrond, leeftijd, man en vrouw, etc.) kleiner worden (tabel 12). Omdat in model 3 de verschillen tussen migratieachtergronden (met uitzondering van Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders) niet meer significant zijn, kunnen we concluderen dat de verschillen in Wlz-gebruik per herkomstland grotendeels toe te schrijven zijn aan andere factoren dan migratieachtergrond persé, zoals eerder gebruik van formele zorg. In verdere analyses (niet gepresenteerd in tabel 12) toetsten we de hypothese of eerder gebruik belangrijker is voor personen uit groepen die het minst vaak formele zorg gebruiken. Deze hypothese werd niet bevestigd, dat wil zeggen eerder gebruik van formele zorg is even belangrijk voor alle mensen met een migratieachtergrond.

In Nederland zijn de kansen voor Wlz-gebruik niet alleen iets groter dan in Amsterdam maar ook de verschillen tussen de migratiegroepen blijven significant (tabel 13). Dat kan zijn omdat er landelijk andere factoren spelen dan in Amsterdam en deze niet zijn meegenomen in ons model.

2.7.2 Kenmerken en verschillende vormen van Wlz-zorg

Om dieper in te kunnen gaan op de rol van achtergrondkenmerken en eerder zorggebruik, kijken we naar verschillende vormen van Wlz-zorg in Nederland door middel van multinomiale logistische regressie⁶. We kijken dus specifiek naar Wlz-verblijf, Wlz-pgb en Wlz mix (pgb + vpt/mpt) (als onafhankelijke variabelen) en daarbij hoe het gebruik hiervan onder verschillende groepen meegenomen in dit onderzoek zich tot elkaar verhoudt. Het model met demografische kenmerken en eerder zorggebruik verklaart dan 68% van de verschillen in het gebruik van verschillende vormen Wlz-zorg ($R^2=68\%$).

6. Deze analyse is alleen voor Nederland beschikbaar. Voor Amsterdam is het model niet betrouwbaar, omdat sommige categorieën te weinig personen omvatten.

Tabel 14. Multinomiale regressie, alle leeftijden in Nederland

	Verblijf	pgb	Mix
	Predicted probabilities (standard errors)		
Herkomstland			
Marokkaans	0,00012 (6,48e-06)***	0,000270 (0,000014)***	0,000352 (0,00017)***
Turks	0,00016 (8,20e-06)***	0,000034 (0,000017)***	0,000310 (0,00014)***
Surinaams	0,00026 (0,00001)***	0,000119 (6,64e-06)***	0,000362 (0,000017)
Antilliaans	0,00030 (0,000017)***	0,000101 (8,01e-06)***	0,000360 (0,000022)***
Westers	0,00029 (9,34e-06)***	0,000062 (3,05e-06)***	0,000027 (9,51e-06)
Overig niet-westers	0,00020 (7,44e-06)***	0,000142 (6,47e-06)***	0,000282 (0,000011)***
Leeftijd			
<55	0,00014 (4,58e-06)***	0,0000856 (3,55e- 06)***	0,00023 (7,24e-06)***
55-64	0,00040 (0,000020)***	0,000142 (9,37e-06)***	0,00025 (0,000015)
65-74	0,00015 (0,00006)***	0,000522 (0,00003)***	0,00089 (0,0005)***
75+	0,00993 (0,00032)***	0,0025 (0,000119)***	0,0061 (0,0002)***
Geslacht			
Vrouw	0,00022 (6,77e-06)	0,000113 (4,57e-06)***	0,000283 (8,64e-06)***
Man	0,00022 (6,83e-06)	0,00012 (4,91e-06)***	0,000312 (9,33e-06)***
Generatie			
1 ^e	0,00021 (7,28e-06)***	0,00011 (4,63e-06)***	0,00034 (0,000012)***
2 ^e	0,00024 (6,53e-06)***	0,00012 (5,05e-06)***	0,00026 (8,28e-06)***
Burgerlijke status			
Partner	0,00014 (5,54e-06)***	0,00012 (5,87e-06)***	0,00023 (9,61e-06)***
Nooit partner gehad	0,00030 (9,12e-06)***	0,00012 (5,10e-06)***	0,00036 (0,000011)***
Partner verloren	0,00020 (9,18e-06)***	0,000086 (5,31e-06)	0,00024 (0,000012)
Aantal kinderen			
0	0,000068 (4,19e-06)***	0,000046 (3,46e-06)***	0,00015 (8,81e-06)***
1	0,00028 (0,000014)***	0,000135 (8,95e-06)***	0,00030 (0,00017)***
2	0,00026 (0,000011)***	0,000104 (6,22e-06)***	0,00032 (0,00001)***
3+	0,00029 (8,36e-06)***	0,000154 (5,82e-06)***	0,00036 (0,00001)***
Zorgkosten	0,0057 (0,000024)***	0,0018 (0,000019)***	0,0022 (0,00002)***
Wlz 15-18			

Geen eerder gebruik	0,00020 (5,79e-06)***	0,00011 (4,07e-06)***	0,00028 (7,53e-06)***
Eerder gebruik	0,4971111 (0,00447)***	0,14933 (0,00310) ***	0,17079 (0,00304)***
Wmo 15-18			
Geen eerder gebruik	0,0022 (6,20-06)***	0,00011 (4,23 e-06)***	0,00028 (7,75e-06)***
Eerder gebruik	0,0030 (0,000012)***	0,00039 (0,000019)***	0,011 (0,00004)***
N	4.125.270	4.125.270	4.125.270

Bron: Resultaten gebaseerd op eigen berekening van het LUMC op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd; adreskenmerken van personen die in de gemeentelijke bevolkingsregister ingeschreven (hebben ge)staan; de burgerlijke staat van personen die voorkomen in de GBA; kenmerken van kinderen van in de Basisregistratie Persoonsgegevens (BRP) ingeschreven personen; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg; personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen; zorgkosten van Nederlandse ingezetenen met een basisverzekering.

Noot: de afhankelijke variabele is Wlz-gebruik in 2019. Alle factoren behalve eerder gebruik van Wlz- en Wmo-zorg zijn gebaseerd op gegevens uit 2019 (zoals getoond in tabel 2). Eerder gebruik Wlz- en Wmo-zorg betreft jaren 2015/2016 tot 2018.

Wat betreft Wlz-verblijf zien we dat, gecontroleerd voor andere achtergrondkenmerken, Nederlanders met een Antilliaanse en westerse achtergrond de grootste kans hebben om deze vorm van zorg te gebruiken, terwijl mensen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond de kleinste kans hebben. Een hogere leeftijd en behoren tot de tweede generatie zijn geassocieerd met een grotere kans om gebruik te maken van Wlz-verblijf. Personen die nooit een partner hebben gehad, hebben een grotere kans om gebruik te maken van Wlz-verblijf in vergelijking met mensen die een partner hebben verloren of een partner hebben. Net als bij de analyse van het gebruikmaken van Wlz-zorg (enig vorm), zien we dat de kans om Wlz-verblijf te gebruiken omhoog gaat met het aantal kinderen. Hogere zorgkosten, eerder gebruik van Wmo en vooral eerder gebruik van Wlz-zorg verhoogt de kans op verblijf. Verschillen tussen mannen en vrouwen zijn niet significant.

De analyse toont met betrekking tot een mix van Wlz modulair of vol pakket thuis en pgb dat Nederlanders met een Antilliaanse en Surinaamse achtergrond waarschijnlijker dan andere Nederlanders met een migratieachtergrond gebruik zullen maken van deze optie, terwijl personen met een westerse achtergrond een heel erg kleine kans hebben om een mix te gaan gebruiken. Opnieuw zien we dat toenemende leeftijd een hogere kans geeft om een mix van Wlz-zorg te gebruiken, maar er is geen verschil tussen de jongere generatie (onder 55 jaar) en personen tussen de 55 en 64 jaar oud. Man zijn, behoren tot de tweede generatie, het hebben van meer volwassen kinderen, toename van zorgkosten en eerder gebruik van Wlz en Wmo verhoogt de kans om Wlz-mix te gebruiken. We zien echter dat de verschillen tussen personen die al dan niet eerder Wlz-zorg hebben gebruikt veel kleiner zijn dan bij verblijf. Bovendien is het verschil tussen personen die al dan niet eerder gebruik hebben gemaakt van voorzieningen binnen de Wmo veel groter dan als we naar verblijf kijken.

Verder zien we dat dat personen met een Marokkaanse achtergrond de grootste kans hebben om Wlz-pgb te gebruiken en de kleinste kans is onder personen met een Turkse en westerse achtergrond te vinden. De associatie van achtergrondkenmerken met gebruikmaken van Wlz-pgb ziet er gelijk uit. Personen op oudere leeftijd, mannen, meer kinderen hebben, hogere zorgkosten en eerder gebruik van Wlz en Wmo verhoogt de kans om Wlz-pgb zorg te gebruiken. Interessant hierin is dat personen van de tweede generatie een grotere kans hebben op gebruik van Wlz-pgb en mensen die een partner hebben verloren niet significant verschillen van mensen met een partner. Bovendien zijn de effecten van eerder Wlz- en Wmo-zorggebruik kleiner in vergelijking tot het gebruik van Wlz-verblijf en -mix.

We zien dus belangrijke verschillen tussen deze groepen. Bovendien is het maar de vraag in hoeverre er daadwerkelijk gesproken kan worden van groepen, aangezien herkomstland slechts een klein deel van de variatie verklaard. In de huidige data is het niet mogelijk om te kijken naar belangrijke verschillen *binnen* groepen die mogelijk wel veel belangrijker zijn in de duiding van de bevindingen en zoals deze wel naar voren lijken te komen in het beschikbare kwalitatieve onderzoek. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de bevindingen van ons eigen kwalitatieve verkenning, waarbij we nadrukkelijk kijken naar overeenkomsten (patronen) en verschillen binnen en tussen groepen.

3 Kwalitatieve analyse zorgvraag

3.1 ACHTERGROND

De kwalitatieve analyse van de zorgvraag baseren we op 59 gesprekken met 66 ouderen, hun naasten (veelal hun kinderen) met een migratieachtergrond en zorg- en welzijnsverleners (onder wie ook sommigen met een migratieachtergrond, zie tabel 15) en op observaties op zeven verschillende locaties. Voor de interviews en de observaties is gestreefd naar zoveel mogelijk diversiteit wat betreft onder meer leeftijd, herkomst, sociaaleconomische achtergrond, woonsituatie en zorgsituatie, zodat er zoveel mogelijk perspectieven in dit onderzoek meegenomen konden worden. De meeste mensen werden geworven via de samenwerkingsorganisaties in dit project, namelijk Amstelring, Amsta en Cordaan. Mensen die nog geen gebruik hebben gemaakt van formele zorg werden benaderd via de netwerken van de onderzoekers.

Geïnterviewden hadden een diverse achtergrond, te weten: Turks, Marokkaans, Surinaams, Pakistaans, Nederlands-Indisch, Antilliaans, Eritrees, Chileens, Birmees, Indiaas, Ghanees en Chinees. Hun leeftijd varieerde van 25 jaar tot 89 jaar (gemiddeld 57 jaar). Er is met 17 mannen en 49 vrouwen gesproken. De geïnterviewden hadden diverse ervaringen met zorg en waren woonachtig in verschillende woonsituaties. Zo waren er elf die geen enkele band met de zorg hadden en hebben we ook gesproken met mensen die zorg verleenden. Ook waren er een aantal die thuiszorg ontvingen en een aantal die intensievere zorg ontvingen bij een dagbesteding of in een verpleeghuis. Geïnterviewden woonden in de regio Groot-Amsterdam en zelfstandig, in woongroepen, in woonzorgcentra, in grootschalige en kleinschalige verpleeghuizen. De mate van diversiteit verschilde in deze settings; zo woonden sommigen in een verpleeghuis of woonzorgcentrum met overwegend bewoners die in Nederland geboren waren, waren er die in (cultuur)specifieke⁷ dagbestedingen en verpleeghuizen woonden en woonvormen waar (meer of minder nadrukkelijk) diverse achtergronden samenwoonden, bijvoorbeeld een Islamitische woongroep of een dagbesteding voor Surinaamse ouderen.

7. Onder cultuurspecifieke zorg wordt veelal verstaan zorg die uitgaat van de culturele achtergrond van een persoon, leefsituatie en taal. In de praktijk zien we echter dat enkele cultuurspecifieke settings zich richten op een bepaalde religie (bijvoorbeeld Islamitisch) of een bepaald land van herkomst (bijvoorbeeld Suriname) of cultuur (dit laatste gezien als complex van gewoontes, religie, herkomst bijvoorbeeld Chinees of Indisch). In dit rapport gebruiken we daarom liever 'specifiek' in gevallen dat de zorg zich specifiek richt op een bepaalde groep.

Tabel 15. Overzicht geïnterviewden

	Amstelring	Cordaan	Amsta	Totaal
Ouderen	8	10	3	21
Naasten	1	6	7	14
Beroepskrachten	2	4	10	16
Vrijwilligers	3	1		4
Totaal	14	21	20	
Buiten de zorg				11
Totaal				66

De interviews werden gevoerd in het Nederlands, Engels, Turks, Marokkaans, Tarafit en Arabisch. De interviews waren semigestructureerd, waarbij aan de hand van thema's en voorbeeldvragen (in verband met de inzet van verschillende interviewers) het gesprek werd gevoerd. Zo werd er gesproken over huidige wensen rondom zorg, ervaringen met de zorg, en aan naasten werd bijvoorbeeld gevraagd hoe zij zelf op latere leeftijd het liefst zorg zouden ontvangen en, indien van toepassing, naar hun ervaringen, rollen en ideeën over de zorg voor hun naasten. Aan zorg- en welzijnsverleners werd gevraagd naar hun ervaringen met ouderen en hun naasten met een diverse achtergrond en bijvoorbeeld ook naar hun eigen toekomstvisie met betrekking tot zorg.

De duur van de interviews varieerde tussen de 15 en 90 minuten. De interviews vonden één op één plaats, face-to-face of telefonisch daar waar gewenst. Een aantal interviews vond met meerdere personen plaats op verzoek van de geïnterviewden (twee met medewerkers, een met ouderen in de dagbesteding, een met twee ouderen samen en een met een oudere en naaste samen). Interviews werden na *informed consent* en toestemming opgenomen en vervolgens verbatim getranscribeerd of daar waar noodzakelijk zo letterlijk mogelijk vertaald. De interviews zijn daarna in MaxQDA (versie 2020) gecodeerd door twee van de onderzoekers, waarbij eerst twintig interviews onafhankelijk van elkaar werden gecodeerd. Daarna volgden verschillende overleggen om de codes verder te verfijnen.

De observaties duurden tussen de 2 en 3 uur per locatie, waarbij er op drie dagbestedingen, in drie verpleeghuizen en bij een woongemeenschap is geobserveerd en informele gesprekken werden gevoerd met de aanwezigen. Tijdens de observaties werden geanonimiseerde notities gemaakt en vervolgens zijn deze uitgewerkt. De notities van de observaties zijn samen met de interviews gecodeerd en geanalyseerd met behulp van MaxQDA (versie 2020).

3.2 ERVARINGEN IN DE HUIDIGE ZORG

3.2.1 De keuze voor zorg

In een groot aantal interviews wordt beschreven dat de keuze voor de personen die nu woonachtig zijn in het verpleeghuis werd gemaakt omdat het thuis niet langer ging. Daarbij gaat het over niet langer voldoende en goede zorg thuis kunnen bieden, of niet langer veilig thuis kunnen wonen, waarbij het ook vaak onmogelijk is om samen te gaan wonen met een naaste. Met name naasten beschrijven in dit verband een onhoudbare situatie die leidt tot een voor hen onoverkomelijke beslissing om hun naaste in een verpleeghuis te laten wonen. Vooral onder Turkse en Marokkaanse, maar ook onder sommige Surinaamse geïnterviewden werd in dit verband gesproken over een taboe. Naasten beschreven dat ze het in het begin heel lastig en moeilijk vonden, omdat ze het gevoel hadden te falen:

In het begin was het heel lastig, ook voor mij, ook [voor] iedereen want je voelt je wat tekortgeschoten, omdat je ouders dan zo lijkt wel dumpst in zo'n verzorgingshuis. Maar het kon niet anders en de verzorging is daar optimaal dat weet mijn vader ook (vrouw, 34 jaar, naaste, vader in verpleeghuis, Marokkaanse achtergrond).

De keuze voor welke formele zorginstelling of locatie wordt op verschillende manieren gemaakt. Zo beschreef een aantal geïnterviewden vooral tot een keuze te zijn gekomen op basis van eerdere ervaringen met bijvoorbeeld dagbesteding of thuiszorg. Een aantal bewoners in het verpleeghuis en een groot aantal in de dagbesteding vertelden dat ze via-via te horen hadden gekregen over de zorg en dienstverlening. Dit speelde voor hen een belangrijke rol in het kiezen voor die bewuste zorg en ondersteuning. Dit stemt overeen met datgene wat we bovenstaand observeren in het kwantitatieve onderzoek; dat eerder gebruikmaken van formele zorg een belangrijke verklarende factor is in gebruikmaken van bijvoorbeeld intramurale zorg. Sommige geïnterviewden geven echter aan dat het behoorlijk zoeken was om tot een passende keuze te komen. Anderen gaven aan eigenlijk geen keuze te hebben gehad en simpelweg gedwongen door de situatie een beschikbare plek hadden geaccepteerd.

Naast een keuze ingegeven door noodzaak gaven sommigen aan voor een verpleeghuis te kiezen omdat ze de omgeving met leeftijdsgenoten prettig en gezellig vinden. Een enkeling geeft daarbij aan dat in die keuze de informatieverstrekking voorafgaand een rol speelde, bijvoorbeeld tijdens een rondleiding of intake. Informatie waaruit bleek dat er ruimte zou zijn voor een persoonlijke invulling van de zorg, bijvoorbeeld rekening houdend met religie, dieetwensen of andere wensen gaven hen vertrouwen dat ze op een passende plek terecht zouden komen. Het transparant aangeven wat de ruimte is voor individuele invulling en flexibiliteit kan dus belangrijk zijn in de keuze voor een bepaald verpleeghuis.

3.2.2 Tevredenheid met de huidige zorg

Gevraagd naar hoe naasten en ouderen de huidige zorg ervaren, zegt een groot deel tevreden te zijn. Ze beschrijven dat ze het fijn vinden dat de zorg en verzorging goed geregeld is en dat het veilig is. Belangrijk vinden ze dat de basisaspecten van goede kwaliteit zijn. Ze omschrijven dan zorg-technisch handelen, afspraken maken en deze nakomen,

alsook vragen opvolgen, continuïteit in de zorgverlening en zorgen voor een heldere overdracht, hygiëne, goed en smaakvol eten.

Zelfs ons eigen volk behandelt ons niet zo goed. Als zij afspraken maken met jou, komen zij die ook na. Ik ben heel erg tevreden hier (vrouw, 73 jaar, ontvangt thuiszorg gaat naar dagbesteding, geboren in Algerije, opgegroeid in Marokko).

Vooraf beschrijven en benadrukken ze het belang van personeel dat fijn en lief is; dat ze weten wat iemand die onder hun zorg valt bezighoudt. Wanneer de geïnterviewden spreken over goede zorgverlening dan gaat het samengevat om zorg die past bij twee basisprincipes; ten eerste gaat het om een basis van kennis en kunde, bijvoorbeeld medische of zorgkennis en voldoende training, en ten tweede als zorg relationeel wordt uitgeoefend.

Je hebt te maken met mensen, die best wel in de laatste fase van hun leven zijn dus, je maakt veel verdriet mee veel ellende mee. Het wordt niet heel erg ruimhartig beloond. Dus ja, dan moet het de roeping zijn. En dat merk ik ook wel bij de mensen. Ze zijn heel erg open, heel erg toegankelijk. En ook wel empathisch en dat zijn wel belangrijk eigenschappen (vrijwilliger, man, 59 jaar, Turkse achtergrond).

Hij [mijn vader] zegt dat de gangen beter schoongemaakt moeten worden [...] hou [er] rekening [mee] dat als iemand wat heeft opgelopen, ze hem vaker moeten bezoeken om hulp te geven. Dat op dat moment er wat meer mensen langslopen. Want ik ga naar hem toe en vindt hem kreunend van de pijn. Dan moet ik een zuster zoeken voor een pijnstillertje. Snap je. Dan komen ze pas. Als je weet iemand heeft iets nieuws, dat je vaker langskomt. Ik wil mijn vader niet zo treffen kreunend van de pijn (vrouw, 61 jaar, vader woonachtig in verpleeghuis, Surinaamse achtergrond).

De tevredenheid lijkt twee kernbegrippen te omvatten. Allereerst persoonlijke zorg, waarbij het gaat om aandacht, interesse, empathie, vertrouwen, elkaar (en de naasten) leren kennen en klaarstaan voor iemand. In de praktijk blijkt dit niet altijd even gemakkelijk te bewerkstelligen en is het essentieel de wensen en behoeften te kennen en de ander open en met respect tegemoet te treden.

Heel goed. Alles...uhm bijvoorbeeld. Ik ben moslim als ik bepaalde dingen niet wil, dit wil ik niet, dat wil ik niet. Alles wordt speciaal gevraagd. Ik heb het heel goed, heel goed (man, 88 of 89 jaar (onbekend), woonachtig in verpleeghuis, Surinaamse achtergrond).

Geïnterviewden omschrijven verder dat ze tevreden zijn met zorgverleners als zij niet alleen taakgericht werken en deze taken goed uitvoeren, maar dit doen in verbinding met de persoon waarvoor zij zorgen. Ook hier gaat het om aandacht, een persoon echt zien en deze in zijn/haar waarde laten. Zorgverleners die in het contact, de afhankelijkheidsrelatie die er veelal is, het ook leuk weten te maken, interesse tonen voor wie iemand is (en niet alleen vanuit de ziekte of functioneel handelen) en zich kunnen inleven in de situatie worden enorm gewaardeerd.

Als het maar mens is. Degene tegenover je maakt niet uit wie het is, als die maar mens is, aangezien we allemaal mens zijn. Hollanders zijn mensen, Turken zijn mensen dus ja... (naaste, vrouw, 54 jaar, Turkse achtergrond, moeder bezoekt dagbesteding).

In deze aspecten spelen echter enkele specifieke overwegingen die van belang zijn bij ouderen met een migratieachtergrond. Allereerst, om deze persoonlijke benadering te bewerkstelligen is een open, vragende houding van belang. Dit lijkt eenvoudig, maar dat is het in de praktijk niet, omdat dit vraagt om bewustwording over en het loslaten van onbewuste aannames. Zo vertellen sommige naasten en ouderen het vervelend te vinden te worden benaderd aan de hand van aannames of algemene stereotypering over hun herkomst en wat dat betekent. Ook vinden ze het soms onprettig dat er weinig kennis is over feestdagen of gebruiken en vinden ze het lastig wensen hieromtrent naar voren te brengen en hier naar te vragen. Assertief zijn achten ouderen en hun naasten soms noodzakelijk, ook als dit niet bij hen past, om dingen voor elkaar te krijgen. Overigens is veelal niet de verwachting dat zorgverleners van allerlei specifieke kennis en daarbij behorende gebruiken en gewoonten op de hoogte zijn, maar vooral dat ze hier open en onbevooroordeeld naar (durven) vragen en hiertoe wanneer passend ook initiatief nemen.

[...] maar in het begin was het wel echt wennen voor hen van ja, wat moeten we er allemaal voor hebben, dan doen, regelen en zus en zo... En dat was echt zoekend, zoekende. Bijvoorbeeld halal vlees en zo. Ze hadden vragen van ja, waar moeten we dat vandaan halen en zus en zo. Dat is nu niet meer het geval heb ik het idee. Dat kan je ook gewoon bij de Albert Heijn kopen, dat weten ze nu allemaal wel. En bijvoorbeeld dat ze vragen van ja, moet ze, mag ze alleen door vrouwen gewassen? [...] En ja, ze houden gewoon goed rekening met de wensen van de bewoners en de familieleden. En ja, het is ook gewoon fijn dat er regelmatig wordt ingevallen door ja, meiden met, die een beetje de taal ook spreken en de cultuur weten en dat soort dingen (vrouw, 29 jaar, moeder in verpleeghuis, Marokkaanse achtergrond).

Ook zorgverleners zelf onderstrepen het belang van open vragen, hoewel sommigen liever van tevoren 'het dossier' doorlopen en het daar goed in moet staan. Uit bovenstaand citaat komt ook naar voren dat een zeer belangrijk, tweede aspect van het kunnen bieden van persoonsgerichte zorg is het elkaar kunnen verstaan, letterlijk en figuurlijk. Het tweede kernbegrip in de tevredenheid met zorg betreft dan ook communicatie. Daarbij gaat het om communicatie die past bij een persoonlijke benadering; het luisteren naar iemand, betrokkenheid tonen en benaderbaar zijn. Tegelijkertijd spelen taalbarrières hier een belangrijke rol in.

Zeker in diverse groepen is het niet altijd mogelijk om alle aanwezige talen of dialecten te spreken. Juist een groeiende diversiteit lijkt te vragen om een onbevooroordeelde, open sfeer waarin ruimte is voor deze diversiteit. Geïnterviewden beschreven hoe soms op andere manieren, zoals door middel van gebarentaal, via woordenlijstjes of iconen, of met inzet van vrijwilligers of collega's wordt gesproken met iemand. De inzet van dit soort hulpmiddelen wordt gewaardeerd, omdat het een teken is dat er wel getracht wordt om iemand te begrijpen en te achterhalen wat iemand belangrijk vindt.

Ja, de meeste verpleegsters zijn Marokkaans. Zo weet ik, daarmee kan ze zich goed uitdrukken. Maar er zijn ook wel zo'n verpleegsters die dus de taal niet spreken. En dan gaat het wel wat moeilijker. Maar dan is er altijd wel iemand die kan helpen met vertalen. Tot nu toe gaat het wel goed. En de verpleegsters die haar lang kennen en snappen een paar woordjes. Ze hebben een lijst met belangrijke woorden. Ja, dat proberen ze ook wel te doen. En ja, als je iemand goed kent dan gaat het communiceren natuurlijk ook beter. Een beetje omdat ze elkaar gewoon goed kennen (man, 39 jaar, moeder in verpleeghuis, Marokkaanse achtergrond).

Volgens sommige geïnterviewden helpt het dan ook om bij een diverse groep cliënten ook personeel te hebben met een diverse achtergrond, omdat zij mogelijk al door hun eigen situatie zich bewuster zijn van mogelijke verschillen in wensen en behoeftes en een brede ervaringskennis kan worden ingezet en zij hierdoor een meer open houding hebben. Daarbij speelt ook de andere kant van de medaille, dat gebruikelijke communicatiepatronen en benaderingswijzen vanuit ouderen (en hun naasten) anders kunnen zijn dan wat zorgverleners vanuit hun eigen achtergrond gewend zijn. Juist dat bewustzijn is belangrijk voor het omgaan met diversiteit en een prettige werksfeer. Zo vertelden ouderen bij onderlinge communicatie, vooral tussen henzelf, een goede manier te hebben gevonden gevoelige onderwerpen en bijvoorbeeld politieke debatten te mijden. Dit zou tot onderling onenigheid leiden. Voor sommigen is dit een ongeschreven regel in groepen. Anderen zien hier een bewuste taak voor henzelf en voor medewerkers. Daarbij zou er aandacht moeten zijn voor buitensluiting tussen ouderen, bijvoorbeeld door groepsvorming, gebruik van een specifieke taal of een discriminerende benadering. Zo kan het zijn dat wanneer het merendeel een bepaalde taal spreekt of een bepaalde herkomst dat anderen zich buitengesloten voelen. Aandacht voor de samenstelling van een groep is dus ook van belang.

Opvallend was de grote tevredenheid over de verschillende dagbestedingen. Ouderen en hun naasten vertelden dat de medewerkers lief zijn, dat ze het prettig vonden onder anderen te zijn en bezig te zijn, en bijvoorbeeld Nederlands te leren. Sommigen gaven daarbij aan op de dagbesteding uit te rusten van een moeilijke of zware thuissituatie. Ze beschreven allerlei activiteiten, zoals samen lachen, koken en eten, welke afleiding, rust of plezier gaven. Bovendien beschreven ze dat ze het gevoel hadden samen een gemeenschap te vormen, dat ze naar elkaar omkeken, af en toe even kunnen vragen hoe het met iemand was. Dit gevoel hadden een aantal geïnterviewden onderling, maar ook medewerkers die naar hun welbevinden vroegen gaven hen het gevoel onderdeel te zijn van een gemeenschap en als persoon te worden gezien.

3.2.3 Ontevredenheid met de huidige zorg

Ontevredenheid over de zorg volgt dan ook logischerwijze, volgens de geïnterviewden, een lagere ervaren kwaliteit van zorg (het uitvoeren van zorg als taak (in plaats van relationeel) en gebrek aan (de mogelijkheid tot) communicatie. Met betrekking tot het eerste gaat het dan bijvoorbeeld over oppervlakkig schoonmaken, een gebrek aan hygiëne, onprettige uitvoering en onderbezetting. De werkdruk onder zorgpersoneel en het tekort aan personeel is een grote zorg onder cliënten, hun naasten en medewerkers. Wisselend

personeel, het verloop van personeel en flexkrachten worden ook als onprettig ervaren. Deze wisselingen doorbreken de continuïteit van de zorg en naasten hebben het gevoel dat het de kwaliteit van de zorg ondermijnt en dat de zorg minder persoonsgericht kan zijn. Sommige ouderen vinden dat ze lang moeten wachten tot er personeel beschikbaar is. Ook vertellen naasten en medewerkers over handelingen die soms worden vergeten of misgaan.

Op dit moment, goed maar ook merken we wel dat toch de bereikbaarheid slecht is op de afdeling, als ik met mijn vader wil praten en dat er nu steeds vaker nieuwe mensen zijn: 'Oh ik moet in de documenten kijken, want ik ben nieuw'. De leidinggevende zijn vast, bij anderen moet je het zeggen. Bijvoorbeeld 'dat is in de koelkast', 'oh dat wisten we niet'. Mijn vader houdt van haring en anders blijft het tot de einddatum liggen. Want er komen steeds meer nieuwe mensen die het niet weten en mijn vader kan het niet zelf pakken. En de bereikbaarheid van de telefoon is ook zeer slecht. Dan bel je maar niet. En dan zeggen ze dat het niet in de oplader was of zoiets (vrouw, 61 jaar, naaste, vader in verpleeghuis, Surinaamse achtergrond).

In dit alles speelt communicatie ook een belangrijke rol: wat verwachten mensen van de zorg en in hoeverre kan een zorgverlener en de organisatie dit bieden? Onuitgesproken en hoge verwachtingen of onduidelijke afspraken leiden tot teleurstellingen. Onderlinge communicatie – tussen beroepskrachten, tussen bewoners, tussen bewoners en hun naasten, en tussen beroepskrachten en naasten – leidt daarbij soms tot misverstanden, onduidelijke afstemming, of onprettige en onwenselijke vormen van communicatie.

Vooraf in de (cultuur)specifieke zorg leken de verwachtingen rondom het tegemoet komen aan individuele wensen en invulling van het leven een belangrijke rol te spelen in de ontevredenheid over de geboden zorg. Ook speelt communicatie hierin een essentiële rol. Zo beschreven ouderen en hun naasten dat ze vonden dat er onvoldoende 'specifiek' personeel was (personeel met bepaalde migratieachtergrond en kennis). Ook kwam naar voren dat er verschillende ideeën waren onder bewoners, hun naasten en medewerkers over wat 'een cultuur' dan precies omvatte. De diversiteit binnen een (cultuur)specifieke groep kan immers groot zijn. Ouderen hebben een heel leven achter zich en nemen deze achtergrond mee naar het verpleeghuis. Ook zijn er binnen herkomstlanden veel verschillen in taal (dialect), gebruiken en culturele en religieuze betekenisgeving. Dit zijn soms referentiekaders en invullingen die veelal onbewust of onuitgesproken blijven en daardoor kunnen leiden tot misverstanden en onderlinge spanningen. Juist omdat aan die onbewuste verwachtingen niet wordt of kan worden voldaan. Als iemand verwacht te eten, bijvoorbeeld, zoals thuis, en de bereiding en smaak in het verpleeghuis is net anders kan dit juist een enorme teleurstelling zijn. Of als iemand verwacht gelijkgestemden te vinden die dezelfde taal spreken, maar er diverse dialecten wordt gesproken. De verwachting mensen te treffen net als ik, terwijl er door het leven heen verschil is opgebouwd, kan leiden tot verwachtingen die moeilijk waar te maken zijn.

Medewerkers hebben het in dit verband over de spanningen die ze soms ervaren door de aanspraak die wordt gedaan op hun loyaliteit en gedeelde achtergrond 'jij kent ons, je weet dit wel', waardoor ze soms in lastige kwesties terechtkomen door een andere invulling van zorg of wensen die botsen met de richtlijnen. Ook buiten het verpleeghuis in de wijk kunnen

ze in complexe situaties terechtkomen doordat zij aangesproken worden over het reilen en zeilen in de zorg. Tegelijkertijd is er soms een zekere mate van wantrouwen in hoeverre er echt wordt voldaan aan bijvoorbeeld religieuze standaarden, zo beschrijft onderstaande oudere treffend die verwachtingen die ontstaan vanuit een complex geheel van cultuur, taal (Arabisch), religie (Islamitisch) en herkomstland (Marokko).

Het islamitische verzorgingstehuis. Ja, daar werken niet eens mensen die bijvoorbeeld Arabisch kunnen of niet dezelfde cultuur hebben, dus het is niet echt islamitisch. Als je ook bijvoorbeeld kijkt naar de inrichting, van die verzorgingstehuizen. Ze hebben niet echt een... een kamer dat ze bijvoorbeeld inrichten als een moskee of dat ze een woonkamer gezamenlijke woonkamer creëren met bijvoorbeeld Marokkaanse banken. Voor de ouderen daar, zodat ze zich echt thuis voelen. Of het gebed horen of dat Koran wordt afgespeeld. Dat is er nu allemaal niet. Dat er echt halal eten is.

Interviewer: Is er nu geen echt halal eten dan?

Ze zeggen van wel, ja, maar in hoeverre weten de Nederlanders wat halal is of niet? En daarnaast zie je bijvoorbeeld ook andere bewoners die ook ham op hun broodjes krijgen, in hoeverre wordt dat goed geregeld? Dan heb je bijvoorbeeld ook een paar Nederlanders op de afdeling, omdat er bijvoorbeeld nergens anders plek was, tussen de moslim ouderen. En waarvan ik dus denk van, wordt het wel goed geregeld? Zo hebben ook de Nederlandse ouderen ook een andere manier van verzorging. Zij kunnen bijvoorbeeld die morfine prik krijgen en vragen om dood te gaan. Dat is bij ons niet toegestaan (vrouw, 57 jaar, ontvangt thuiszorg, gaat naar dagbesteding, Marokkaanse achtergrond).

Ook de communicatie en afstemming met naasten spelen hier soms een belangrijke rol, in paragraaf 3.3 gaan we hier dieper op in.

Taalbarrières maken het voor sommige mensen ook een onprettige leefsituatie die de uitdagingen van divers-sensitief werken blootleggen, zeker in situaties waarbij er sprake is van cognitieve achteruitgang, aldus een naaste over zijn vader met Turkse achtergrond.

Mijn vader spreekt alleen Turks. Hij is Nederlands vergeten. Hij herinnert zich soms een paar Nederlandse woorden. Meestal is het Turks maar zijn Turks is ook behoorlijk achteruitgegaan en ik heb dan zelfs moeite om hem te begrijpen. Mijn vader begrijpt de hulpverleners wel, maar hij kan alleen in het Turks reageren. Soms snapt hij het ook niet, maar voelt [hij] aan wat anderen aan hem vragen. Soms voelt hij het ook niet aan en reageert hij hier verkeerd op (man, 63 jaar, naaste, vader in verpleeghuis, Turkse achtergrond).

Afstemming en ingaan op wensen, zoals bovenstaand geschetst, wordt dan uitdagend. Soms betekent dit (nog) meer geduld hebben, tempo of intonatie aanpassen aan wat bij de cliënt past. Maar soms gaat het niet zozeer om taal maar meer over het onderliggende ziektebeeld. Dit plaatst medewerkers voor uitdagingen; zo gingen sommigen op zoek naar een collega (al dan niet bij een andere vestiging) of een vrijwilliger die de taal wel machtig was. Soms werd er gebruik gemaakt van gebarentaal, woordenlijst of symbolen.

Tegelijkertijd zal met een groeiende diversiteit de uitdaging om aan alle moedertalen- en dialecten tegemoet te komen ook groeien.

3.2.4 Verbeterpunten

Uit de gesprekken komen verschillende aandachtspunten naar voren. De meest genoemde vatten we hieronder samen. De verbeterpunten betreffen vooral, logischerwijs gezien de bovenstaande geschetste (on)tevredenheid, aspecten die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg en de communicatie.

Wat betreft het eerste aspect wordt ervaren dat de kwaliteit, dat wil zeggen de gewenste uitvoering van basishandelingen en de aandacht die daarbij aan de persoon wordt geschonken, in het geding komt wanneer de werkdruk toeneemt. Als de voornaamste daaraan onderliggende knelpunten worden onder meer genoemd personeelstekorten, personele wisselingen, tijdelijkheid van personeel en als gevolg daarvan werkdruk en negatieve gevolgen voor de continuïteit in de zorg. Daarnaast wordt genoemd dat (complexe) regelgeving en administratie de persoonsgerichte zorg niet altijd ten goede komt, bijvoorbeeld omdat er geen ruimte voor is of het onduidelijk is hoeveel ruimte er voor genomen kan worden. Ook stellen sommige respondenten dat de kwaliteit en motivatie van het personeel er soms voor zorgt dat zorg onprettig (bijvoorbeeld gehaast of functioneel) wordt uitgevoerd.

De mensen die daar werken doen hun werk routineus daar. Dit houdt in het verzorgen van mijn vader en het monitoren zijn gezondheid en wanneer het nodig is melden ze dit bij de arts of de kinderen. Ik geloof dat de medewerkers hun best doen, maar ik merk op dat ze niet voldoen aan de waarde van zorg. Dit is zowel in kwaliteit als kwantiteit. Ook merk ik dat er veel kracht van buiten wordt geroepen en ik vind hun manier van zorg niet voldoende. De zorg die vaste personeel levert vindt ik ook niet voldoende want ik merk dat ze niet overal en iedereen kunnen helpen (man, vader in verpleeghuis, 63 jaar, Turkse achtergrond).

In dat verband wordt ook beschreven, zowel door medewerkers als naasten, dat er meer aandacht zou kunnen zijn voor het juist inzetten en gebruik maken van talenten en ervaringen van het personeel en familieleden. Zo wordt er meermaals voorgesteld gebruik te maken van culturele expertise, taalvaardigheden of talenten om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van cliënten.

Daarnaast wordt een aantal facilitaire aspecten genoemd. Met name, maar niet alleen, wordt in grootschalige settings gesproken over divers eten en smaakvoller eten. Ook is er vooral onder toekomstige ouderen en naasten behoefte om de mogelijkheid te hebben zelf te koken. Verder benoemt een aantal ouderen en naasten de wens voor meer of een grotere buitenruimte. Al met al lijken deze wensen vooral voort te komen uit een wens dat een intramurale setting niet aanvoelt als een “ziekenhuis” of “instelling” maar als thuis. Zoals beschreven in volgende quote:

[M]et kleur of de inrichting anders ja, de unieke, ja, hoe moet ik het zeggen...het moet gewoon een lekker sfeer zijn gewoon net alsof je ergens in een huis binnenkomt en dat

gevoel. En niet dus alsof ik een rechtbank binnenkom. Ik vind dat er te grote trappen en hal zijn en het lijkt heel middeleeuws. Het mag iets gezelliger en warmer. Een bank met kleuren vrolijk het op, maar de stoelen lijken net een cafetaria. Ze hebben een tuin die standaard is. Een lounge set zou het gezelliger maakt. Een gevoel dat je het huis ingaat en niet een fabriek of dergelijks. Ik ga er met moeite heen (man, naaste, 39 jaar, moeder in verpleeghuis, Marokkaanse achtergrond).

Deze beschrijvingen lijken vrij duidelijke wensen te omvatten, maar toch is het benaderen van het thuisgevoel niet eenvoudig. Dit gevoel omvat namelijk een complex geheel van herkenning, jezelf kunnen en mogen zijn, en een zekere mate van comfortabele vanzelfsprekendheid (Annink, 2018; Lindenberg, 2018). Het is dus niet duidelijk of met het vervullen van deze praktische wensen ook daadwerkelijk een grotere mate van tevredenheid kan worden gecreëerd. Bovendien zijn er belangrijke randvoorwaarden, die niet even gemakkelijk te realiseren zijn. Zo hadden sommigen het over discriminatie onder bewoners, maar ook onder medewerkers, die voor spanningen zorgden. Het is belangrijk dit te signaleren, maar even belangrijk is dat er ook de middelen en vaardigheden zijn om iets met de signalen te kunnen doen. Wat betreft het thuisgevoel, kunnen taalbarrières en terugval in taalbegrip er voor zorgen dat mensen zich slecht op hun plek voelen.

Een ervaren gebrek aan communicatie of het idee hebben dat je verwachtingen onderling hebt afgestemd, terwijl de invulling (deels) onuitgesproken blijft, kunnen juist leiden tot teleurstellingen en ontevredenheid. Bij (cultuur)specifieke settings – gericht op één specifieke achtergrond – bleken juist onbewuste aannames, zoals over religieuze gebruiken en hoe deze in te vullen of de manier van koken of inrichting soms hoge verwachtingen te scheppen over dat het “net als thuis” zou zijn en dit toch niet helemaal zo was met alle teleurstelling tot gevolg. Overigens speelt bij de dagbesteding het thuisgevoel een veel minder belangrijke rol. Daar lijkt het vooral belangrijk te zijn dat iemand ruimte krijgt om zichzelf te zijn en dat iemand gezien wordt. Het is dan ook niet iemands verblijf of thuis, maar ergens waar iemand even naar toe gaat. De geïnterviewden waren over het algemeen erg tevreden met de dagbestedingen. Een belangrijke wens die regelmatig terugkwam hieromtrent was dat ze vaker of meer plekken zouden willen hebben voor dagbesteding.

In de verbeterpunten rondom communicatie kwam sterk naar voren dat er allerlei aannames over en weer waren, die soms tot misverstanden leiden. Ook speelde de onbekendheid met formele zorg soms een rol. Wat vanzelfsprekendheid voor de een is, kan heel ongebruikelijk zijn voor de ander.

Nou voor mijn eigen moeder... wat zou ik willen... wat zou ik willen... geen idee.. ja gewoon dat ze met haar leeftijdsgenootjes op dezelfde plek zou zijn. Maar we weten ook niet hoe die verzorging daar er uit ziet en wat ze allemaal doen. We zeggen zulke dingen wel, maar ik ben daar nooit op bezoek geweest. Dus wat wij kunnen wensen is dan gewoon, zoals nu, een paar vrienden die bij haar passen, die haar kunnen overhalen om naar zulke plekken te gaan. Ze moeten Turks zijn. In haar omgeving. Want met Nederlanders kan ze niet omgaan (vrouw, 54 jaar, naaste, verzorgt schoonmoeder bij haar thuis, Turkse achtergrond).

In het interview beschreef deze mevrouw hoe ze voor haar schoonmoeder zorgt, maar dat de gezondheid zo achteruit was gegaan dat het thuis soms gevaarlijk was en haar schoonmoeder zich eenzaam voelt. Ze beschrijft in die context dat het in sommige situaties beter is om voor een naaste een passend verpleeghuis te zoeken, tegelijkertijd is ze nooit in een verpleeghuis geweest en weet ze niet wat ze daar kan verwachten. Dit zagen we terug bij meerdere geïnterviewden en in het bijzonder bij de jongere generatie die nog geen contact had met zorg; zij hadden vaak helemaal geen idee welke mogelijkheden er zijn. Ook medewerkers beschrijven dat ouderen en naasten soms onbekend zijn met de formele zorg en de werkwijzen. Dat varieerde van onduidelijkheden rondom intake, procedures, formulieren, maar ook dagritme. In sommige verpleeghuizen werden bijvoorbeeld regels gehanteerd rondom het aantal bezoekers, zeker ten tijde van de coronamaatregelen, maar dit was niet altijd even gebruikelijk of logisch voor familieleden. Hierin speelt het bewustzijn en open bespreken van eigen aannames, helder communiceren en gebruiken over en weer een belangrijke rol.

Wat betreft communicatie, gaat het de geïnterviewden niet alleen over de interne communicatie, dat wil zeggen tussen bewoners en bewoners, naasten en medewerkers, maar ook om de externe communicatie. Medewerkers benoemen veelvuldig dat het belangrijk is om ook de communicatie met de bredere gemeenschap en de mensen in de wijk te verbeteren. Volgens hen kan dit ook bijdragen aan het verminderen van het taboe over een naaste woonachtig in een verpleeghuis.

[er zou] beter rekening moeten worden gehouden met iemands achtergrond. Ook is deze generatie een uitstervende generatie en straks heb je deze problemen ook niet meer natuurlijk; de tweede, derde, vierde generatie spreekt gewoon Nederlands. Ze zouden de Turkse gemeenschap beter moeten betrekken bij zorg om ook uit te kunnen leggen dat als je ouders bij verpleeghuis zet dat dit niet erg is (notitie op basis van gesprek met vrouw, 34 jaar, naaste, vader in verpleeghuis, Turkse achtergrond).

Het gaat hierbij veelal niet alleen om een schuldgevoel richting de naaste, maar ook om het omgaan met schuldgevoelens en schaamte in de bredere gemeenschap.

Een thema gerelateerd aan communicatie betreft het omgaan met verschillen in taal en gewenste benaderingswijzen. Zo wordt communicatie en de afstemming van verwachtingen en wensen lastig als er een taalbarrière is. Ook ervaren verschillende geïnterviewden (zowel medewerkers als bewoners en naasten) dat zij benaderd worden op basis van aannames over hun herkomst en wat zij dan belangrijk zouden (moeten) vinden. Ook merken ze dat er verschillen zijn in de manier waarop zij worden aangesproken. Daarbij beschrijven ze verschillende manieren waarop zij wensen te worden benaderen. Zo vertelden verschillende geïnterviewden met een Surinaamse achtergrond dat zij 'direct' waren, terwijl personen met een Indische achtergrond het hadden over 'bescheiden'.

Maar, wat mijn vader ook vaak zegt, dat er toch wordt gediscrimineerd. Want buitenlanders, als iemand, wij zien iemand net als onze vader. Wij zien diegene als vaderfiguur, snap je? Je hebt daar een bepaald respect voor. We hebben onze geloofwaardigheid en geloof en ouders zijn heel belangrijk. Bij andere culturen heb ik

opgemerkt dat het ook zo is, dus werknemers van andere culturen. Er zijn ook zulke medewerkers. Hij was wel heel erg blij met hen, tevreden, maar er wordt gediscrimineerd door de Hollandse werknemers. Ze zijn harder. De anderen hebben meer geduld en praten. Dat zegt hij ook, dat hij dat mist. Hij had huidproblemen en hij zei dat ze weglieden of hard zijn tegen hem, 'het moet', 'het moet'. Je hebt verschillende manieren van praten, de toon maakt de muziek. Ik snap dat ze een andere cultuur hebben, maar ze komen hard over (vrouw, 54 jaar, naaste bezoekt dagbesteding, Turkse achtergrond).

Juist bij ouderen, hun naasten, maar ook bij medewerkers met een migratieachtergrond is het bewustzijn van de eigen aannames belangrijk om voorbij te gaan aan stereotyperende of discriminerende benaderingswijzen en invullingen over wat iemand belangrijk zou vinden. Hiertoe is het belangrijk dat iemand kan reflecteren op de eigen aannames of onbewuste associaties. Essentieel is ook dat er gesproken wordt over gewenste benaderingswijzen en dat er ruimte is voor een gesprek over momenten waarin dit niet goed loopt.

3.3 RELATIE FORMELE EN INFORMELE ZORG

3.3.1 De betekenis van familiebetrokkenheid

De tweede vraag die centraal staat in dit onderzoek betreft de relatie tussen formele en informele zorg. Het is ook een thema dat veelvuldig terugkomt in de interviews. De betrokkenheid van de familie, maar ook van de gemeenschap wordt door veel, maar niet alle, van de geïnterviewde ouderen en hun naasten gezien als een essentieel en integraal onderdeel van zorg. Tegelijkertijd zijn de wensen en verwachtingen hieromtrent divers. Zo stellen sommige ouderen dat ze hun naasten niet willen belasten en het liefst een beroep doen op zorgmedewerkers voor zorgtaken. Anderen beschrijven dat ze familieleden om hulp en steun vragen.

Vooraf ouderen in intramurale settings vertellen dat betrokkenheid van familie bij hun zorg en hoe het daarmee gaat hen het gevoel geeft dat ze er nog toe doen. Ze krijgen hierdoor het gevoel nog deel uit te maken van een grotere gemeenschap. Een groot aantal van de geïnterviewde naasten en ouderen beschrijft dat de betrokkenheid van familie bestaat uit het bezoeken van de naaste, het organiseren van de zorg voor de naaste en het zorgen voor voldoende aandacht en kwaliteit binnen die zorg. Hun betrokkenheid is veelal voor hen een manier om te laten zien dat naasten belangrijk voor hen zijn en zij, ondanks een verblijf in een verpleeghuis, voor hen zorgen. Net als bij de wensen rondom de huidige zorg (zie paragraaf 3.2.4) beschreef een aantal familieleden hoe ze regelmatig voor hun naaste kookten of eten meebrachten.

Tegelijkertijd worstelen ouderen, naasten en medewerkers soms met een grote mate van familiebetrokkenheid. Dit betrof met name twee aspecten, allereerst dat dit soms betekent dat er meerdere personen betrokken zijn bij de zorg. Zo beschrijft één van de medewerkers:

We moeten ook niet vergeten dat we met veel mensen te doen hebben. We moeten met veel mensen meedoen. Soms zijn er negen kinderen en andere familieleden, het gaat niet puur om de contactpersoon (vrouw, medewerker, 32 jaar, Marokkaanse achtergrond).

Familieleden, maar ook medewerkers, beschreven situaties waarin er meerdere keren navraag werd gedaan over eenzelfde afspraak, behoefte of wens. Het was soms lastig om eenduidige afstemming te vinden bij verschillende familieleden. Ook worstelden sommige medewerkers ermee dat de familie soms een bepalendere rol leek te hebben dan de oudere persoon zelf. Of dat familieleden onderling verdeeld waren en het onduidelijk was wie er nu uiteindelijk de beslissingen nam. Soms was dit ook gerelateerd aan het feit dat familieleden verantwoordelijkheden verdeelden (bijvoorbeeld de één was verantwoordelijk voor de was, de ander voor de administratie en weer een derde voor de financiën). Dergelijke familie-betrokkenheid bracht soms dilemma's met zich mee voortkomend uit principes die veelal leidend zijn in de organisatie van de zorg. Zo is de besluitvorming vaak gestoeld op één contactpersoon en ligt de regie bij voorkeur bij de oudere of die ene contactpersoon. Voor medewerkers zorgde dit soms ook voor onzekerheid over wie nu uiteindelijk het aanspreekpunt was en de verantwoordelijkheid droeg.

Een tweede punt in relatie tot de familiebetrokkenheid was dat voor sommige familieleden het navragen en nalopen van de zorg voor hen de betekenis had van *zorgen om (caring about)*. Soms kregen medewerkers hierdoor echter het gevoel dat ze werden gecontroleerd; ze ervoeren het als een vorm van wantrouwen of hadden het gevoel dat het nooit goed genoeg was. Zo komt naar voren in onderstaand gesprek tussen drie medewerkers.

M1: Dat ligt ook aan de familie, hè? Als je heel schofterig [over] komt...

M2: En bij sommige families kan je nooit wat goed doen, die heb je er ook tussen. Al doe je alles, is het toch niet goed genoeg? Weet je? Maar je moet professioneel blijven, snap je?

M1: Ja.

M3: Een beetje erboven staan.

M2: Je moet professioneel... Als die familie wat dan ook, boos of wat dan ook. Ik begrijp dat. Misschien is het je moeder, of je vader, weet je. Maar...

M3: Het is ook vaak de eigen onmacht van die familie, hè?

M2: Of respect, je moet altijd met respect praten. En je moet professioneel blijven.

Voor sommige medewerkers werd deze betrokkenheid voortgezet buiten de deur van het verpleeghuis. Eenmaal op straat werden ze geconfronteerd met familieleden, vrienden of burens die hen bevroegen over de situatie van de persoon in de dagbesteding of het verpleeghuis. Hoewel medewerkers aangaven dat ze deze interesse ook konden plaatsen als een blijk van respect, vonden ze het soms lastig om te gaan met de vragen die ze kregen over hun werk in hun privétijd.

3.3.2 Afstemming met en verwachtingen van familie

De vaak grote betekenis van familiebetrokkenheid en betrokkenheid van de gemeenschap maakt dat verwachtingen rondom de zorg van deze familieleden een belangrijke rol kunnen spelen in de (on)tevredenheid. Op dit moment is er soms weinig tijd om te achterhalen wat verschillende familieleden vinden en om daar afstemming in te vinden. Zoals eerder beschreven kunnen er daardoor (onbewuste) verwachtingen ontstaan rondom de zorg die onbesproken worden gelaten. In het geval dat er verschillende familieleden betrokken zijn, is de kans op verschillen in verwachtingen ook groter.

Er is gewoon een cultuurverschil in wat van de familie verwacht wordt. Het is heel fijn dat de familie is betrokken, maar ze hebben allemaal een andere mening. Ze hebben ruzie onderling en komen dan naar ons toe om de vinger te wijzen. Ik kan hun ruzie niet oplossen (informeel gesprek zorgverlener tijdens observatie).

Dit maakt dat er de tijd genomen moet worden voor de communicatie met familie en afstemming te vinden in het geval dat er meerdere familieleden bij de zorg betrokken zijn. Aangezien wensen, verwachtingen en situaties ook door de tijd heen veranderen, is dit een continu proces.

Altijd (door)vragen als je iets niet begrijpt totdat je het wel begrijpt. Communicatie kan altijd beter, als iedereen denkt communicatie begint bij mijzelf, dan zal het beter worden. Communicatie met naasten bestaat uit vragen te stellen aan familieleden die op bezoek komen (vrouw, 26 jaar, medewerkster, Marokkaanse achtergrond).

Een aantal medewerkers vertelde in aanvulling hierop dat de familie een belangrijke bron kon zijn om afstemming te vinden in de persoonsgerichte zorg. Goed contact met de familieleden stelden hen in staat om ook de persoon beter te begrijpen en de wensen van de persoon te achterhalen.

Een belangrijk gerelateerd punt is dat er soms ook een beroep werd gedaan op de achtergrond van de medewerker. Zo vertellen verschillende medewerkers dat er vanuit gegaan wordt dat ze vanuit hun eigen achtergrond begrijpen wat er belangrijk is voor iemand met dezelfde achtergrond. Echter, ook binnen een gedeelde achtergrond zijn er veelal heel verschillende invullingen. Uitspraken die een beroep doen op een gedeelde achtergrond zoals “dat weet jij wel” of “dat begrijp je toch wel” betekenen voor medewerkers dat er aanspraak gedaan wordt op loyaliteit of begrip die buiten hun professionaliteit valt. Zeker als dit op straat buiten hun werktijd om werd gedaan, wat nogal eens voor kwam, hadden ze het gevoel dat ook de gemeenschap meekeek.

Het wordt dan ook erg gewaardeerd als er ruimte en aandacht is voor familieleden, omdat ook zij zorgen om en voor hun naaste. In sommige interviews opperden familieleden dat er meer gedaan zou kunnen worden met hun ervaringen en (cultuur)specifieke kennis die ze hebben, bijvoorbeeld om medewerkers meer kennis en vaardigheden over hun cultuur of geloof te geven. Sommige familieleden, hoewel zeker niet alle, leek het ook prettig om contact te hebben met familieleden van andere bewoners of cliënten, om zo ook als familieleden elkaar te ondersteunen en tips te geven. Ten slotte waren er familieleden die graag meer kennis en informatie zouden ontvangen over bijvoorbeeld werkwijzen, ziektebeelden en omgang met hun naaste. Een aantal naasten beschreef daarbij dat de mantelzorg hen zwaar viel en dat ze worstelden met het vinden van passende zorg en de complexe systemen en administratie die hierbij komt kijken.

Ik wel best wel iets leuks voor mevrouw doen, maar ik kan gewoon niet alles. En ik zeg het nog een keer, ik ben er onbewust ingerold, mij heeft niemand gevraagd of ik dat wil doen. Het begon met af en toe met haar praatje maken en boodschappen doen en nu ben ik alles voor haar. En weet je wat echt erg is, als de pgb mensen belt, zeggen ze dat je bij de

verzekering moest zijn. Als je de verzekering belt, dan zeggen ze dat je bij de pgb mensen moet zijn. Niemand wil de verantwoordelijkheid nemen (vrouw, 50 jaar, verzorgt haar tante thuis, Marokkaanse achtergrond).

Sommigen hadden behoefte aan meer informatie over de zorg (bijvoorbeeld ten aanzien van financiering of aanvragen) of zouden meer kennis willen hebben over de mogelijkheden binnen de zorg. Mogelijk kan, naast onderlinge ondersteuning, informatie of voorlichting via de gemeenschap of inloopmomenten een oplossing zijn. Dit kan dan ook drempelverlagend werken ten aanzien van het zorgaanbod. Informele hulpverleners vertellen regelgeving en administratie vooral lastig te vinden en zouden daar meer informatie over willen ontvangen.

3.4 ZORG IN DE TOEKOMST

3.4.1 Zo lang mogelijk zelfstandig thuis

Met naasten, medewerkers en zelfstandig wonende ouderen met een migratieachtergrond zijn we ook in gesprek gegaan over hun wensen in de toekomst rondom zorg. Vrijwel allemaal vertellen ze dat ze ernaar streven zo lang mogelijk zelfstandig thuis te willen wonen. Om dit mogelijk te maken, hopen ze zo lang mogelijk gezond en onafhankelijk te blijven.

Zo lang mogelijk thuis, dus dat dat zou in eerste instantie mijn voorkeur hebben om de oudere mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving oud te laten worden en mantelzorg. Tegenwoordig is daar veel meer begrip voor dan tien jaar geleden het geval was, zowel bij werkgevers ook gewoon binnen je eigen familie. Dat zou mijn voorkeur kunnen hebben (man, 56 jaar, vrijwilliger, Turkse achtergrond).

Enige wat ik hoop is dat God mij gezond laat blijven tot de dag dat ik doodga. Dat ik dat huis niet in hoeft te betreden en dat ik geen moeite ben voor mijn kinderen (man, 58 jaar, Marokkaanse achtergrond).

Wanneer zij toch zorg nodig hebben, omschrijven zij dat ze bij het ontvangen van die zorg gezien willen worden als persoon en dat de zorg met aandacht wordt gegeven. Een aantal benoemt daarbij dat ze op zoek zouden gaan naar een plek waar ze zich thuis zouden voelen. Wat dat uiteindelijk is, is heel divers. Zo beschrijven sommigen dat ze liever een beroep doen op alleen informele zorg, al dan niet betaald. Anderen beschrijven dat ze hopen, en er vanuit gaan, dat hun kinderen voor hen kunnen zorgen en de gemeenschap naar hen om zal kijken.

[I]k weet niet, ik kan niet in de toekomst kijken. Als het inderdaad lukt om voorgoed te gaan, dan ben ik er bijna, niet zeker, maar bijna van overtuigd dat m'n kinderen alles in het werk zullen stellen dat ik die... 24-uurszorg thuis krijg. Ze zullen echt daar hard voor knokken (vrouw, 84 jaar, Surinaamse achtergrond, bezoekt handwerkactiviteit).

Net als bij deze vrouw is er soms wel twijfel over de haalbaarheid van mantelzorg. Velen geven aan dat ze hun kinderen niet willen belasten en thuiszorg en intramurale zorg zouden overwegen. Hoewel we vanuit het kwalitatieve onderzoek geen uitspraken kunnen doen van

kwantitatieve aard, valt wel op dat dit laatste vooral veel naar voren gebracht wordt door naasten die nu voor iemand zorgen.

Geïnterviewden beschrijven dat ze het belangrijk vinden om een plek te hebben waar ze zichzelf kunnen zijn. Een aantal geeft daarbij aan dat ze een cultuursensitieve setting zouden wensen. Ze maken zich bijvoorbeeld zorgen om de taal of willen zeker weten dat er ruimte is voor religieuze principes. Soms lijken ze daarbij een voorkeur uit te spreken voor mensen met een gedeelde herkomst, bijvoorbeeld om "samen met de Surinaamse dames Bollywood-films te kunnen bespreken" (man, 63 jaar, Surinaamse achtergrond over zijn moeder) maar het merendeel wenst vooral ruimte voor beleving van religie.

Dat is niet, dat betekent niet dat ik alleen maar met moslims wil, als je het nu mij vraagt. Nee, juist wil ik diversiteit hebben, dat ik ook met de niet-gelovigen, met de Joodse, met Christenen, met Hindoes, ook van elkaar kunnen leren. Dat is als zij daar bidden, hun gebed doen en ik daar mijn gebed kan doen. Ja, dus dat is wat mij, ik wil niet alleen maar homogeen, dat ik alleen maar met moslims, dat past niet bij mij, maar ik zou wel met diversiteit, met andere mensen, met andere geloven of niet-gelovigen, zou ik prettig vinden. Toch wel (man, 47 jaar, niet betrokken bij zorg, Marokkaanse achtergrond).

Ook anderen stellen expliciet dat ze liever niet in een setting specifiek voor een bepaalde cultuur of herkomst willen wonen. Zo stelt een vrouw met Ghanese achtergrond (26 jaar, werkzaam in de zorg) dat ze "niet staat te popelen om naar een verpleeghuis te gaan" maar dat als het dan moet ze kiest voor "multi-culti". Een man met Surinaamse achtergrond (60 jaar) gaat ook voor: "diversiteit. Er mag ook Surinaams tussen zijn, natuurlijk. De ene dag niet, de andere dag wel. Ik ben wel hier opgegroeid. Mijn moeder heeft daar gewoond, ik niet, dus ik ben het toch wel een beetje gewend geraakt".

Voor veel van de geïnterviewden is het belangrijk dat ze gezien en geaccepteerd worden als persoon, dat er respectvol en veilig wordt omgegaan met hun culturele en religieuze achtergrond en dat er ook ruimte is voor hun persoonlijke invulling ten aanzien hiervan.

3.4.2 Het verpleeghuis

Zoals geschetst, komt het verpleeghuis voor een groot aantal van de geïnterviewden pas heel laat in beeld. Bovendien is het verpleeghuis voor een deel van de geïnterviewden onbekend. In de overwegingen rondom het verpleeghuis zijn er eigenlijk drie groepen te onderscheiden. Allereerst is er een groep die een verpleeghuis zou overwegen als de noodzaak groot is, bijvoorbeeld omdat de belasting voor anderen te groot wordt, of als het thuis niet langer gaat.

Ik zou wel naar het verpleeghuis... Nee, omdat ik wil ook geen last zijn voor mijn kinderen. Het liefst zou ik wel zoiets als hier [in het verpleeghuis], waar je lekker wat kan drinken, of als ik in het restaurant kan eten met haar [mijn moeder], betaal je een heel klein bedrag, maar er bestaat wel de mogelijkheid om dat te doen. Ik ken wel andere verzorgingstehuizen waar alleen maar verzorging is. Daar is geen gezelligheid. Terwijl hier heb je dat (vrouw, 59 jaar, naaste, moeder in verpleeghuis, Chileense achtergrond)

Een tweede groep overweegt het verpleeghuis eigenlijk niet, omdat ze liever thuis oud worden. Zij verwachten het met thuiszorg en mantelzorg op te kunnen lossen. Sommigen stellen dat ze liever thuis sterven dan in een verpleeghuis te willen wonen. Zo beschreef een vrouw met Indische achtergrond in een informeel gesprek tijdens een observatie:

Ze weet zelf niet hoe het eraan toe gaat binnen de verzorgingstehuizen en andere formele zorg organisaties. Zelf heeft zij een bepaald beeld bij de tehuizen, dat de ouderen daar weinig liefde en aandacht krijgen. In de toekomst ziet zij zichzelf niet in een verpleeghuis wonen. Zij heeft dan liever dat er formele hulp thuis komt en ze niet ergens ander gaat wonen (vrouw, 24 jaar, geen zorgervaring, Indische achtergrond).

Ten slotte is er een derde groep die het verpleeghuis alleen zou overwegen als er aan bepaalde religieuze en culturele wensen wordt voldaan en zij ook vertrouwen kunnen hebben dat dit goed geregeld is. Ze wensen dat ze kunnen communiceren met anderen, ook als ze bijvoorbeeld terugvallen in hun moedertaal, en willen zeker weten dat er aan hun religieuze principes tegemoet gekomen wordt.

Nou, ik denk de taal. Dat is iets waar ik mij druk over maak. De taal, denk ik. Ik heb altijd Nederlands gesproken, maar ook heel veel Surinaams. Maar daarom wil ik graag hier blijven wonen, want ik heb ooit gedacht om te emigreren naar Spanje of zo, maar hier merk ik wel dat in de verpleeghuizen, werken heel veel Surinaamse mensen, tenminste in Amsterdam, ik weet niet hoe het in de andere steden is. En ik heb ook gemerkt, dat men er rekening mee houdt, dat er soms wel een muziekje in het Surinaams wordt gedraaid of zo. Want als mensen vervallen, ik heb gemerkt, als mensen oud worden, dan raak je, dan ga je terug naar je eerste taal die je spreekt of gesproken hebt, je moedertaal. Dus ja, waarschijnlijk verval ik dan naar het Surinaams, ook omdat ik heel veel Surinaams praat, bewust. Ja, dus dat zou ik wel belangrijk vinden, dat men de taal weet, wanneer ik een beetje dement ben, zeg ik wil dit eten of ik wil dat eten, maar dan in het Surinaams, dat ze het begrijpen, of weet ik veel wat. Dat zou ik wel ook fijn vinden ja (vrouw, 66 jaar, ontvangt thuiszorg, Surinaamse achtergrond).

Als ik niet gezond zou zijn, dan zou ik verhuizen naar een verpleeghuis. Hier zou ik bepaalde zaken afspreken. Niet over medicijnen, maar over eten. Ik wil eten dat toegestaan is voor mij. Dus vlees dat islamitische geslacht is en niet varkensvlees. Mijn buurman die Hindoe is die zou helemaal geen vlees willen. Dus dan horen er afspraken gemaakt worden. Er hoort dan wel rekening gehouden te worden met het gebruiken van pannen zodat het niet gemixt wordt. Ook al hebben mensen hier goede bedoelingen. Iemand die niet moslim is weet niet hoe een moslim eet (man, 61 jaar, moeder in verpleeghuis, Pakistaanse achtergrond).

Hieruit blijkt dus dat zeker niet iedereen een verpleeghuis zou overwegen. Bij een deel van de geïnterviewden is er een gebrek aan vertrouwen dat ook aan hun culturele en religieuze wensen wordt voldaan. Een aantal geïnterviewden vindt daarnaast dat je, wanneer mogelijk, voor je ouders zou moeten zorgen. Bovendien stelt een klein aantal van de geïnterviewden op latere leeftijd liever terug te keren naar hun land van herkomst. Naasten beschrijven dat ze het onderling soms ook niet eens zijn over hoe nu om te gaan met zorg op latere leeftijd. Een groot deel van de geïnterviewden heeft daarbij een negatief beeld over het

verpleeghuis. Ze hebben het gevoel dat er weinig ruimte is voor persoonlijke aandacht. Een aantal medewerkers en naasten brengt naar voren dat de organisatie daar momenteel ook onvoldoende ruimte voor geeft.

Je hebt meer dan 150 nationaliteiten. En je kan natuurlijk niet alle 155 soorten instellingen hebben. Ik denk zelf dat je wel het systeem, sowieso ligt het natuurlijk aan het systeem, maar ook diverse werknemers. Want als je hulpverleners of ik bedoel verzorgers, diverse verzorgers hebt en een systeem dat ook luistert naar die diverse verzorgers, dan heb je heel veel, dan kom je een heel eind. Maar nu merk ik dat het systeem natuurlijk hetzelfde blijft, er wordt niet geluisterd naar anderen. Er wordt veel gesproken over diversiteit, maar ze weten vaak niet hoe ze dat moeten aanpakken. En als ze wel werknemers, diverse werknemers hebben, dan merk je, dan zie je ook dat het verloop groot is, dat de mensen binnen drie jaar, vier jaar, vertrekken, niet allemaal natuurlijk, maar heel veel weggaan. Dus, en dat is natuurlijk heel zorgelijk... Dus als jij wil, dan moet jij ook dit systeem veranderen. Dat is eigenlijk wat ik denk, dat je het systeem moet aanpassen, maar ook werknemers moet aanpassen, of diverser maken (man, 58 jaar, geen betrokkenheid bij zorg, Marokkaanse achtergrond).

'Het systeem' wordt vaker aangehaald als barrière voor het bieden van cultuursensitieve of persoonsgerichte zorg. Zo stellen medewerkers dat ze te weinig tijd hebben of niet goed weten of ze aan bepaalde wensen tegemoet mogen komen binnen het systeem. Ook weten ze soms niet zo goed hoe ze, mogelijk gevoelige, vragen kunnen stellen. Daarbij zijn er ook vragen over waar de grenzen liggen wat betreft het tegemoet komen aan wensen: wanneer gaat de vraag te ver? En hoe kunnen ze dit goed communiceren? Bovendien hebben naasten en medewerkers het gevoel dat er soms meer gebruik gemaakt zou kunnen worden gemaakt van hun eigen diverse ervaringen en kennis.

3.4.3 Concrete wensen voor de toekomst

Uit de interviews komt ook een aantal concrete wensen voor de toekomst. Hieruit komt vooral een beeld naar voren dat mensen, net als op andere leeftijden, verschillende wensen hebben en andere dingen belangrijk vinden. Enkele terugkerende wensen benoemen we hier, ondanks dat we in deze rapportage niet helemaal recht kunnen doen aan de diversiteit aan wensen die mensen benoemen.

Een belangrijke wens was de mogelijkheid om samen met een partner in een langdurige zorginstelling te gaan wonen. Zo vertelde een mevrouw tijdens een observatie in een dagbesteding:

Ze wil niet alleen zijn en als haar man straks naar een verpleeghuis moet, wil ze mee. Ze is echt bang om alleen te zijn en ze wil voor hem zorgen. Hij heeft ook vroeger voor haar gezorgd, hij heeft altijd haar ontbijt bereid en het papierwerk gedaan (informeel gesprek, vrouw, 59 jaar, bezoekt dagbesteding Pakistaanse achtergrond).

Een terugkerende wens betreft een voorkeur voor een kleinschalige setting. Het idee is dat dit huiselijker is, dat er meer persoonlijke aandacht is en mensen elkaar ook beter kennen.

Achterliggende gedachte is dan ook dat kleinschalig ook betekent persoonlijk en comfortabel en niet een 'ziekenhuis' zoals sommige geïnterviewden de inrichting en sfeer in een verpleeghuis ervaren. Hierbij worden ook soms negatieve associaties met grootschalige verpleeghuizen aangedragen (zoals een 'bejaardentehuisgeur' of 'vergeten' worden). Een naaste wiens moeder in een kleinschalige groep woont beschrijft het als volgt:

Ja, waar ik woon moet ook wel veilig zijn. Er moet ook wel persoonlijk contact zijn en moet ook wel veilig zijn met vaste verpleging. Dus met een groep van 12 mensen in een groep. Maar belangrijk dat het wel, dat ik een soort van kleinschalig wonen zoals mijn moeder heeft nu. En dat het ook thuis voelt voor mij, een grote groep is voor mij onpersoonlijk (man, 39 jaar, naaste in verpleeghuis, Marokkaanse achtergrond).

Naast deze wensen wordt veelvuldig een voorkeur naar voren gebracht voor een eigen kamer of appartement, waarbij ook een klein keukentje wordt genoemd zodat iemand zelf kan koken of gasten kan ontvangen. Anderen benoemen gezelligheid, bijvoorbeeld een fijne ruimte voor samenkomst of recreatie. Ook is er veel vraag naar grotere buitenruimtes of vaker/meer mogelijkheden om naar buiten te gaan. Daarnaast komt naar voren dat het belangrijk is dat familie betrokken kan zijn en binnen kan lopen.

Qua benaderingswijzen wordt door meerdere geïnterviewden beschreven dat het een inclusieve setting moet zijn die ruimte maakt voor bijvoorbeeld religie. Daarbij wordt ook benoemd dat de onderliggende benadering er één zou moeten zijn van mogelijkheden, in plaats van beperkingen en ziekte: wat kan iemand nog wel? Welke talenten of mogelijkheden heeft iemand en hoe kunnen we hierop inspelen? Voor sommigen betekent dit ook ruimte maken voor een benadering vanuit preventie.

3.4.4 De kwaliteit van de zorg?

De centrale vraag in dit deel van het onderzoek betrof die naar de gewenste kwaliteit binnen de zorgvraag. Uit de interviews komt naar voren dat er diverse invullingen zijn van kwaliteit. Terwijl voor de ene persoon een grootschalige setting waar met diverse achtergronden wordt samengewoond de voorkeur zou hebben en de basiszorg in orde moet zijn, hebben anderen specifieke wensen wat betreft de kwaliteit en wat voor hen kwaliteit zou maken (zoals bijvoorbeeld duidelijk omschreven dieetwensen). Daarbij passend zijn de wensen rondom toekomstige zorg ook divers. Deze wensen lijken in beweging waarbij er een openheid is voor formele zorg, zij het met heel verschillende invullingen. Een groot aantal van de geïnterviewden wenst de kinderen niet te belasten en spreekt de wens uit om vooral zoveel mogelijk zelf en zelfstandig ouder te kunnen worden. Voor vrijwel alle geïnterviewden staat voorop dat de kwaliteit begint bij een basis van goede zorg en persoonlijke aandacht waardoor iemand zich gezien voelt:

In de toekomst moet er meer aandacht zijn in de zorg. Het hoort niet om geld te draaien. Het hoort om de mens te gaan. Dit merkt ze sterk in de zorg van nu. Dit heeft voor beeldvorming gezorgd waardoor ze geen behoefte heeft om in een zorginstelling te wonen. Ze hoort van haar omgeving dat mensen ook verdrietig worden. Ze hebben al moeite om hun huis te verlaten en dan komt corona erbij en dan zijn ze nog meer geïsoleerd.

Hulp duurt zo lang voordat ze komen. Een vriendin van haar heeft het in haar bed gedaan omdat de hulp niet kwam (informeel gesprek tijdens observatie, vrouw, 72 jaar, bezoekt dagbesteding, eerder werkzaam in de zorg, Antilliaanse achtergrond).

Een deel beschrijft dat ze het idee hebben dat ze zich het beste thuis voelen in de zorg als er een gedeelde achtergrond is, als er gelijkgestemden zijn en het daarbij belangrijk vinden in de buurt van naasten of bekenden te blijven wonen. Daarbij stelt een aantal geïnterviewden dat de kwaliteit sowieso beter is dan het land van herkomst en dat dit soort zorg een goede optie is voor mensen zonder gezin. Kern van de kwaliteit blijft echter dat iemand “goed behandeld wordt en goed verzorgd wordt en [...] welkom is. Niet het medelijden dat ik zielig ben en gelaten wordt. Gezien worden, dat ik er ben” (vrouw, 39 jaar, naaste, moeder in verpleeghuis, Marokkaanse achtergrond). Hoewel dit geen uitzonderlijk wens lijkt te zijn, is dit tegelijkertijd een uitdagende opgave als het gaat om ouderen met een migratieachtergrond. Een persoonsgerichte benadering vraagt enerzijds om kennis en kunde maar anderzijds ook om bewustzijn van eigen aannames en mogelijke aannames bij de ander. Het vraagt om open benaderingswijzen, empathische manieren van bevragen, heldere afstemming en duidelijke communicatie. Het vraagt om een inlevende houding, flexibiliteit en creativiteit. Bovendien vraagt het om middelen en ruimte om de dingen te doen die passen bij een persoonsgerichte benadering die niet alleen bij de individuele medewerker ligt, maar op alle niveaus ligt. Dit heeft een enorme reikwijdte; van individu tot team, van locatie tot organisatie, van regionaal tot landelijk. Voor passende zorg voor de Amsterdamse oudere van de toekomst ligt er dus nog een enorme uitdaging.

4 Concluderende gedachten

Maar ik zou gewoon willen leven hoe ik ervoor heb geleefd. Dus als ik de behoeftes zelf niet kan delen, dat mijn broers of iemand anders dus mijn behoeftes doorgeeft. Ze weten hoe ik heb geleefd. Dus niet per se omdat ik een bepaalde afkomst heb, dat zij mij zo behandelen (man, 39 jaar, moeder in verpleeghuis, Marokkaanse achtergrond).

4.1 EEN KORTE TERUGBLIK

In deze deelrapportage zijn we ingegaan op de kwantitatieve en kwalitatieve zorgvraag onder Amsterdammers met een migratieachtergrond. We hebben dit gedaan aan de hand van een uitgebreid kwantitatief onderzoek met behulp van registerdata van het CBS onder ruim 400.000 Amsterdammers. Daarnaast hebben we op zeven locaties geobserveerd en met 66 Amsterdammers gesproken om te achterhalen hoe zij hun huidige en toekomstige zorgvraag zien.

4.1.1 Kwantitatieve zorgvraag

Kort samengevat blijkt uit onze kwantitatieve analyse dat de hoogste zorgkosten momenteel worden gemaakt door Surinaamse en Antilliaanse Amsterdammers, in lijn met eerder onderzoek waaruit bleek dat onder deze groepen de ziektelast het hoogste ligt (Ikram e.a., 2014).

Wat betreft het huidige zorggebruik (2019) zien we dat Surinaamse en Antilliaanse Amsterdammers ook het meest gebruik maken van Wlz en Wmo, terwijl Marokkaanse en Turkse Amsterdammers het minste gebruik maken Wlz, maar relatief vaak voorzieningen binnen de Wmo gebruiken. Amsterdammers met een overige niet-westerse achtergrond maken het minst gebruik van zowel Wlz als Wmo. Onder westerse migranten zien we dat zij gemiddeld genomen veel gebruik maken van Wlz, met name van Wlz-verblijf, maar weer relatief weinig zorg ontvangen uit de Wmo.

Onder de 11.000 oudere migranten in Amsterdam die in 2019 gebruikmaken van Wlz, zien we dat de meeste personen gebruikmaken van Wlz-verblijf, gevolgd door Wlz-pgb en Wlz-pgb+vpt/mpt. We zien echter ook belangrijke verschillen tussen de groepen. Surinaamse en Westerse migranten lijken een voorkeur te hebben voor Wlz-verblijf, terwijl onder de Marokkaanse Amsterdammers er meer gebruik wordt gemaakt van Wlz-pgb dan de andere vormen. Ook zien we dat bij de eerste en tweede generatie het gebruik van de verschillende vormen anders ligt. Onder Turkse en Marokkaanse Amsterdammers van de tweede generatie wordt er meer gebruik gemaakt van Wlz-pgb + vpt/mpt dan van pgb alleen; onder de eerste generatie ligt dit precies andersom. Dit wijst op een verschuiving van informele thuiszorg voorzien door familieleden alleen, naar (in)formele thuiszorg die door naasten en professionals wordt gedeeld.

Voor de toekomst zien we dat de vraag naar Wlz-zorg zal toenemen onder ouderen met een migratieachtergrond tot meer dan 8.000 personen. Bovendien lijkt de sterkste groei in de vraag naar Wlz-pgb + vpt/mpt te zijn, waar we een groei verwachten voor alle in dit onderzoek meegenomen groepen. De voorspelling tot 2030 laat een totale groei zien van 48% voor Wlz-verblijf, 22% voor Wlz-pgb en 77% voor Wlz-pgb + vpt/mpt. Het hoogste gebruik alsook de grootste toename wordt voorspeld voor Amsterdammers met een Surinaamse en Marokkaanse achtergrond, met als belangrijke uitzondering Wlz-verblijf onder Marokkaanse Amsterdammers. De laagste groei in Wlz-zorg wordt voorspeld voor Turkse Amsterdammers.

Ook wat betreft de toekomst zien we verschillen tussen de groepen en verwachte vraag naar de verschillende vormen van Wlz. Wat betreft Wlz-verblijf zien we de grootste toename onder migranten met een westerse achtergrond. De toename is het kleinst onder Surinaamse Amsterdammers en voor mensen met Marokkaanse achtergrond neemt deze zelfs af. 68% van alle Wlz-verblijf gebruikers zouden een Surinaamse of westerse achtergrond hebben. Terwijl Wlz-pgb wordt voorspeld toe te nemen voor Marokkaanse en Turkse Amsterdammers is deze groei het minst sterk voor mensen met een westerse en Antilliaanse achtergrond. 65% van alle Wlz-pgb gebruikers zouden een Marokkaanse of Turkse achtergrond hebben. De sterkste toename voor Wlz-pgb + vpt/mpt is te verwachten onder Amsterdammers met een Turkse en Marokkaanse achtergrond. Het gebruik hiervan zal het hoogst liggen onder de mensen met een Surinaamse en Marokkaanse achtergrond.

Als we de bevindingen samen beschouwen, lijkt er een duidelijke beweging te zijn richting langdurige zorg thuis, net als onder mensen die in Nederland geboren zijn. Een opvallende uitzondering vormen de Amsterdammers met een westerse achtergrond. Zij laten ook een sterke groei zien in Wlz-verblijf. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat hun huidige zorggebruik zich ook hierop concentreert en er dus meer bekendheid is met de Wlz-zorg. Bovendien zou het kunnen zijn dat hun gemiddeld genomen kleinere sociale netwerk ervoor zorgt dat zij eerder Wlz-verblijf overwegen (Conkova & Lindenberg, 2018; de Valk & Fokkema, 2018). Opvallend is dat de voorspelling laat zien dat er wel een kleine groei te verwachten is voor pgb en een afname voor Amsterdammers met een Turkse en overige niet-westerse achtergrond. Het blijft gissen waar dit aan ligt, uit het kwalitatieve onderzoek kunnen we speculeren dat mogelijke bureaucratie of ingewikkelde administratie afschrikt. De stijging in Wlz-pgb+vpt/mpt is in lijn met de verwachting dat er een verschuiving gaat plaatsvinden naar een mix van formele en informele zorg (van den Broek, 2016; Broese van Groenou e.a., 2017), waarbij er een groeiende vraag is naar langdurige zorg thuis. Deze trend vinden we ook onder personen geboren in Nederland. Belangrijke aandachtspunten hierbij blijven belasting van mantelzorgers en de kennisvoorziening en toegankelijkheid van de formele zorg, zeker bij de Wlz-vormen pgb, vpt en mpt.

Hoewel we in de voorspellingen zijn uitgegaan van een onderscheid in groepen, is het maar de vraag of herkomst daadwerkelijk zo'n belangrijke rol speelt in de zorgvraag. In de verdere analyses zien we dat herkomst maar een klein deel van de verschillen in zorgvraag verklaart (3,3%). Eerder gebruik van Wlz verklaart een veel groter deel van het verschil in zorgvraag (67%). Voor de toekomst kan het dus belangrijk zijn om het contact tussen formele zorg en de verschillende groepen migranten te versterken, bijvoorbeeld door voorlichting, open

dagen, vrijwilligerswerk en via de bredere gemeenschap. De kans om Wlz te gebruiken neemt in Amsterdam, logischerwijs, toe met de leeftijd. Ook is de kans groter om Wlz te gebruiken voor een Amsterdammer van de tweede generatie. Nooit een partner hebben vergroot die kans ook, mogelijk omdat de beschikbaarheid van mantelzorgers, veelal een partner of kind, voor mensen die nooit een partner hebben gehad kleiner is (de Boer, de Klerk & Plaisier, 2021).

Belangrijk is dat het in deze analyses gaat om kleine verschillen en bovendien om een sowieso vrij kleine kans om Wlz-zorg te gebruiken. De analyses suggereren dan ook dat andere factoren een rol spelen. Aan de hand van de data kunnen we niet naar de diversiteit *binnen* de groepen kijken, die er uiteraard wel is. Belangrijke factoren, zoals religie, Nederlandse taalbeheersing en opleiding, kunnen meespelen in de zorgvraag onder mensen met een migratieachtergrond die niet beschikbaar waren in de gebruikte data. In de kwalitatieve analyse komt de diversiteit van de zorgvraag juist nadrukkelijk naar voren.

4.2.2 Kwalitatieve zorgvraag

*Elk mens is een mens onafhankelijk van zijn of haar achtergrond
(vrouw, 59 jaar, vrijwilliger in de zorg, Eritrese achtergrond)*

Over het algemeen komt er uit de kwalitatieve interviews een beeld naar voren dat mensen liever geen zorg ontvangen. Vrijwel allemaal zeggen ze te streven naar ouder worden thuis en zolang mogelijk zelfstandig, onafhankelijk te kunnen blijven leven. Als mensen dan toch zorg nodig hebben dan zijn de wensen divers; van (betaalde) informele zorg tot volledig thuiszorg, van kleinschalige woongemeenschappen tot grootschalige verpleeghuizen.

Ook de ervaringen in de huidige zorg zijn divers. Velen zeggen tevreden te zijn, zeker in eerste instantie, en onder de geïnterviewden lijken er vergelijkbare ideeën te zijn als het gaat om wat de kwaliteit van zorg bepaalt. Ze zijn tevreden als de basis van de zorg in orde is, als zorg-technisch handelen met voldoende kennis en kunde wordt uitgevoerd, als het schoon is, het eten smaakvol en er voldoende buitenruimte is. Daarbovenop vinden ze het belangrijk dat de zorg met aandacht wordt gegeven, dat ze als persoon gezien worden en ruimte krijgen om zichzelf te zijn en mogelijkheden krijgen om daaraan invulling te geven.

Dit lijken vanzelfsprekende principes, maar een aantal factoren maakt dit in het algemeen, maar meer specifiek voor ouderen met een migratieachtergrond, geen gemakkelijke opgave. Zoals geschetst beschrijven ouderen, naasten en medewerkers dat personeelstekorten, werkdruk, gebrek aan afstemming en andere factoren de zorgkwaliteit onder druk zetten. Bovendien, om in de praktijk tegemoet te komen aan deze principes betekent dit dat het heel belangrijk is om een persoon passend te benaderen, communicatie af te stemmen en persoonlijke behoeftes en wensen te achterhalen. Hiertoe is het belangrijk, van beide kanten, om aannames los te laten. Juist bij ouderen met een migratieachtergrond kan dit meer vereisen omdat er over en weer (onbewuste) stereotypen kunnen leven en er sprake kan zijn van taalbarrières. Bovendien is een deel van de naasten en ouderen met een migratieachtergrond onbekend met formele zorg en zijn veel

vanzelfsprekendheden in de zorg voor hen niet zo vanzelfsprekend. Bestaande werkwijzen, werkdruk en een gebrek aan continuïteit geven medewerkers soms ook het gevoel dat er geen ruimte is voor flexibiliteit.

Naasten ervaren deze knelpunten ook. Zo vertellen ze over een gebrek aan vaste gezichten, onvoldoende motivatie en kwaliteit onder personeel waardoor persoonsgerichte zorg niet mogelijk was. Medewerkers ervaren de samenwerking met naasten soms ook als complex. Zo zijn er soms meerdere mantelzorgers betrokken voor diverse taken en in een systeem waarin er normaal gesproken één contactpersoon is, leidt dit soms tot misverstanden en conflicten. Het was soms zoeken naar de juiste afstemming en een uitdaging om met iedereen te communiceren. Hierdoor was besluitvorming en verantwoordelijkheid niet altijd zo eenduidig. Ook hierin speelt bekendheid met formele zorg soms een rol, familieleden konden soms heel andere ideeën hebben over wat gebruikelijk was in een bepaalde situatie die voor medewerkers niet altijd haalbaar waren. Vaak is het op het moment zelf al te laat om hierover te communiceren. Bovendien vindt een deel van de naasten (en ouderen) dat omzien naar hoe het met de zorg gaat een vorm van zorgen is, een signaal dat iemand nog deel uitmaakt van de gemeenschap en ertoe doet. Sommige medewerkers ervaren dit echter anders en ervaren dit eerder als een gebrek aan vertrouwen in hun kennis en kunde, of ze krijgen het idee dat familieleden veeleisend zijn. Ook hierbij speelt het afstemmen van verwachtingen en goede communicatie een belangrijke rol.

Deze factoren spelen ook een rol in de specifieke verpleeghuiszorg op dit moment. We spraken ouderen, naasten en medewerkers die opmerkten dat de zorg, ondanks alle goede en uitgebreide pogingen daartoe, toch niet aansloot. Ouderen merkten op dat het toch niet zoals thuis was. Naast mogelijke zorgen over de kwaliteit van de zorg beschreven ze dat het eten anders was, niet iedereen dezelfde taal sprak en ook waren medebewoners niet altijd de gelijkgestemden die zij zochten. Binnen groepen zijn er immers ook verschillen. Bovendien stelden ze dat niet alle medewerkers dezelfde achtergrond deelden. Ook ervaren geïnterviewden soms discriminatie en buitensluiting onderling. Dit geeft al aan dat de verwachtingen rondom specifieke zorg hoog zijn. Juist deze verwachtingen lijken in de praktijk lastig te waar te maken en zo bij te dragen aan teleurstellingen en ontevredenheid. Opvallend was dat het specifieke aanbod in de dagbesteding een heel andere dynamiek kende. Geïnterviewden beschreven dat ze daar gezelligheid, afleiding, plezier en samenzijn vonden. Het lijkt logisch dat dit mede komt doordat er op een dagbesteding geen verwachting, noch de wens, is dat het zoals thuis is. Mensen komen juist voor een fijn moment buitenshuis en voor persoonlijk welzijn.

Is er nu dan behoefte aan specifieke zorg? Geïnterviewden van alle leeftijden benadrukken dat er aandacht moet zijn voor wat ze nog kunnen (mogelijkheden), en dat er ruimte moet zijn voor hun geloofsovertuigingen en aandacht voor mogelijke taalproblemen (bijvoorbeeld bij cognitieve achteruitgang). De mensen die wij spraken, vertalen dit vervolgens in diverse wensen die we eerder zouden kunnen zien als cultuursensitief of eigenlijk divers-sensitief; ruimte voor verschil. Sommigen geven aan dat ze juist een divers verpleeghuis zouden overwegen waarin aandacht is voor hun religie en taal. Voor een kleine groep blijft echter dat ze, in ieder geval voor nu, alleen vertrouwen hebben in een meer specifieke setting waarin ruimte is voor hun achtergrond (bijvoorbeeld religie, normen, waarden, tradities en

moedertaal). Bovendien verwacht een aantal ouderen dat hun kinderen voor hen zullen zorgen. Bovenal hopen velen vooral thuis oud te kunnen worden.

Dit alles betekent dat divers-sensitief werken belangrijke aandacht verdient in de toekomst. Hierbij gaat het om een open houding, open vragen (durven) stellen en over afstemming van verwachtingen en heldere communicatie. Het verdiepen in en kennis over andere achtergronden is daarbij ook van meerwaarde, hoewel ouderen zelf deze kennis niet altijd verwachten maar het vooral belangrijk vinden dat medewerkers ernaar vragen en er open voor staan. Er is ook al veel kennis en kunde onder de medewerkers hierover, maar tegelijkertijd wordt hier soms nog weinig gebruik van gemaakt. Ouderen zelf, hun naasten, maar ook medewerkers stellen dat hun ervaringen en kennis breder ingezet zouden kunnen worden. Een diverse samenstelling van personeel, en de waardering voor deze diversiteit door deze ook in te zetten, kan bijdragen aan divers-sensitief werken.

4.2 OVERDENKINGEN

Deze deelrapportage schetst een beeld van de zorgvraag in de toekomst. Het brengt ook enkele belangrijke kwesties naar voren die in de praktijk niet eenvoudig zijn. Zo maken veel (toekomstige) ouderen zich zorgen over mogelijke taalproblemen, bij bijvoorbeeld cognitieve achteruitgang. Tegelijkertijd weten we dat er op dit moment meer dan 150 nationaliteiten in Amsterdam wonen. Tegemoet komen aan de diverse talen onder hen lijkt een onbegonnen taak. Bovendien lijkt het onderzoek ook te suggereren dat een specifieke setting, op dit moment althans, het idee oproept dat iedereen hetzelfde is en wenst. Terwijl dit overduidelijk niet het geval is. Het werpt de vraag op in hoeverre we ruimte geven aan verschil in specifieke settings.

Voor de toekomst zien we een groeiende vraag naar diverse manieren van zorg thuis. De vraag is echter hoe we hieraan tegemoet kunnen komen. Nadenkend over de toekomst identificeren we een aantal belangrijke uitdagingen, zoals: hoe zorgen we voor voldoende personeel? Hoe waarborgen we continuïteit? Dit vraagt ook om een andere manier van nadenken over de aantrekkelijkheid van werken in de ouderenzorg. Welke voorwaarden hebben medewerkers hiertoe nodig? Een andere uitdaging ligt in de wens (en het beleid) om steeds meer zorg thuis te voorzien. Wie of wat hebben we daarvoor nodig? Hoewel dit een algemene verwachting is, blijft de vraag hoe dit goed georganiseerd kan worden. Het lijkt te suggereren dat we los moeten komen van het idee dat mensen in een zorgsysteem terecht komen. In plaats daarvan zou het systeem flexibel om de mensen moeten draaien. Dit vraagt echter ook om een grondige systeemwijziging, bijvoorbeeld ten aanzien van financiële schotten en flexibele zorg thuis en in instellingen.

Ook vraagt deze deelrapportage aandacht voor een aantal andere aspecten. Zo lijken verwachtingen en open communicatie over deze verwachtingen met ouderen en naasten een belangrijke rol te spelen in de (on)tevredenheid. Dit toont het belang aan om al vroeg in gesprek te zijn en te blijven. Een proces dat eigenlijk al begint voordat iemand te maken krijgt met zorg en dat voortdurende aandacht vraagt.

Als we kijken naar wat persoonsgerichte zorg vraagt, zeker bij ouderen met een migratieachtergrond, in hoeverre geven we medewerkers dan de bagage en ruimte om hierop in te spelen? Zo stellen medewerkers en naasten dat er weinig tijd en energie gestoken wordt in de uitwisseling van hun ervaringskennis en de kunde die zij meebrengen vanuit hun diverse achtergrond. Ook vraagt het om vaardigheden die buiten zorg-technisch handelen liggen. Hoe zouden we hieraan tegemoet kunnen komen? Daarnaast is het een vraag richting organisaties, omdat voor persoonsgericht en divers-sensitief werken randvoorwaarden zoals tijd, flexibiliteit en ondersteuning nodig is. En hoe divers-sensitief zijn de organisaties zelf? Medewerkers ervaren ook discriminatie onderling en onprettige benadering door ouderen of naasten. Divers-sensitief werken zou echter beide kanten op moeten werken. Hoe we dit kunnen bewerkstelligen is echter nog een open vraag.

5 Referenties

- Ahmad, M., van den Broeke, J., Saharso, S. & Tonkens, E. (2021). Dementia care-sharing and migration: An intersectional exploration of family carers' experiences. *Journal of Aging Studies*, 60, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100996>
- Annink, A. (2018). *Een leven lang plezierig wonen*. Leyden Academy on Vitality and Ageing. <https://www.leydenacademy.nl/wp-content/uploads/2018/12/Rapportage-woonplezier-onderzoek-defYK.pdf>
- de Boer, A., de Klerk, M. & Plaisier, I. (2021). Mantelzorgers van ouders met een niet westerse migratieachtergrond. *Gerōn*, 23(3), 1-17. <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/mantelzorgers-van-ouders-met-een-niet-westerse-migratieachtergrond/>
- Bovens, M.A.P., Bokhorst, M., Jennissen, R.P.W., Engbersen, G. & Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Netherlands). (2016). Migratie en classificatie: Naar een meervoudig migratie-idiom. *WRR-Verkenningen*, 34(2016). Den Haag: WRR. <https://www.wrr.nl/publicaties/verkenningen/2016/11/01/migratie-en-classificatie-naar-een-meervoudig-migratie-idiom-34>
- Breebaart, E., Nanninga, K., Alim, L.A. & Mast, J. (2019). Cultuursensitieve zorg. Utrecht: Vilans. <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/publicatie-cultuursensitieve-zorg.pdf>
- van den Brink, P. (2009). *Interculturele palliatieve zorg*. Utrecht: ActiZ. https://netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/92/Interculturele_Palliatieve_Zorg_6-1.pdf
- van den Broek, A, van Campen, C., de Haan, J., Roeters, A., Turkenburg, M. & Vermeij, L. (red.) (2016). *De toekomst tegemoet. Werken leren, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2016/12/21/de-toekomst-tegemoet/De+toekomst+tegemoet.+SCR2016.pdf>
- van den Broek, T. (2021). Early-life circumstances, health behavior profiles, and later-life health in Great Britain. *Journal of aging and health*, 33(5-6), 317-330. <https://doi.org/10.1177%2F0898264320981233>
- Broese van Groenou, M.I. & de Boer, A. (2016) Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*, 13, 271-279. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0370-7>
- Burger, I. (2008). Zijn de care-voorzieningen klaar voor de groeiende groep Turkse en Marokkaanse ouderen in den Haag. *Epidemiologisch bulletin*, 23(2/3), 13-29. <http://docplayer.nl/18078598-Zijn-de-care-voorzieningen-klaar-voor-de-groeiende-groep-turkse-en-marokkaanse-ouderen-in-den-haag.html>
- CBS (2018). *Jaarrapport integratie 2018*. (2018). Den Haag: CBS. <https://longreads.cbs.nl/integratie-2018/>
- CBS (2019a). *Ruim 1 miljoen mensen met Wmo-maatwerk in 1^e halfjaar*. (2019). Den Haag: CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/49/ruim-1-miljoen-mensen-met-wmo-maatwerk-in-1e-halfjaar>
- CBS (2019b). *Langdurige zorg vaker thuis*. Den Haag: CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/50/langdurige-zorg-vaker-thuis>
- CBS (2020). *Jaarrapport integratie 2020*. (2020). Den Haag: CBS. <https://longreads.cbs.nl/integratie-2020/>

- CBS (2021). *Bevolking; leeftijd, migratieachtergrond, geslacht, regio, 1 jan. 1996-2020*. Den Haag: CBS. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37713/table?fromstatweb>
- Celik, H., Abma, T.A., Klinge, I. & Widdershoven, G.A.M. (2011). Process evaluation of a diversity training program: The value of a mixed method strategy. *Evaluation Program Planning*, 35(1), 54-65. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.07.001>
- Conkova, N. & Lindenberg, J. (2018). Gezondheid en welbevinden van oudere migranten in Nederland: Een narratieve literatuurstudie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49(6), 223-231. <https://doi.org/10.1007/s12439-018-0268-2>
- Conkova, N. & Lindenberg, J. (2019). The experience of aging and perceptions of “aging well” among older migrants in the Netherlands. *The Gerontologist*, 60(2), 270-278. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz125>
- Cuevas, A.G., O'Brien K. & Saha, S. (2017). What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring. *Psychology & Health*, 32(4), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2017.1284221>
- den Draak, M. & Verbeek-Oudijk, D. (2020). Verschillen in zorggebruik onder zelfstandig wonende 55-plussers van verschillende herkomst. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*, 4, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00285-5>
- Duran-Kiraç, G., Uysal-Bozkir, Ö., Uittenbroek, R., van Hout, H. & Broese van Groenou, M.I., (2021). 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*, (December)2020, 1-24. <https://doi.org/10.1177/14713012211055307>
- Eggink, E., Woittiez, I. & Ras, M. (2016). Forecasting the use of elderly care: A static micro-simulation model. *The European Journal of Health Economics*, 17(6), 681–691. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0714-9>
- Ekamper, P. & van Nimwegen, N. (2018). Demografie in het kort: Vergrijzing. DEMOS, 4(6), 4–7. <https://nidi.nl/demos/demografie-in-het-kort-vergrijzing/>
- Fokkema, T. (2011). Interculturalisatie van de ouderenzorg: een terugblik en roep om meer onderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42, 2-6. <https://doi.org/10.1007/s12439-011-0001-x>
- Giuntoli, G. & Cattan, M. (2011). The experience and expectations of care and support among older migrants. *European Journal of Social Work*, 15(1), 131-147. <https://doi.org/10.1080/13691457.2011.562055>
- Grundy, E. & Read, S. (2015). Pathways from fertility history to later life health: results from analyses of the English Longitudinal Study of Ageing. *Demographic Research*, 32, 107-146. DOI: <https://dx.doi.org/10.4054/DemRes.2015.32.4>
- Heygele, Y., Vreeswijk-Manusiwa, J. & Schellekens, H. (2009). *Bagaimana--hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten*. Utrecht: NOOM. https://netwerknoom.nl/wp-content/uploads/2019/11/20100923-Notitie-Bagaimana-Hoe-gaat-het_.pdf
- Hoffer, C. (2016). Cultuursensitief werken in zorg en welzijn: een kwestie van kennis en houding. *Epidemiologisch bulletin*, 51(4), 27-33 <https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2021/11/Epidemiologisch-Bulletin-2016-nummer-3.pdf>
- Hoffman, E. (2018). *Interculturele gespreksvoering. Theorie en Praktijk van het TOPOI model*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Högnäs, R., Roelfs, D., Shor, E., Moore, C., & Reece, T. (2017). J-Curve? A Meta-Analysis and Meta-Regression of Parity and Parental Mortality. *Population Research & Policy Review*, 36(2). <https://doi.org/10.1007/s11113-016-9421-1>
- Ikram, U. Z., Kunst, A. E., Lamkaddem, M. & Stronks, K. (2014). The disease burden across different ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands, 2011–2030. *European Journal of Public Health*, 24(4), 600-605. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt136>
- Kolste, R. & Wilbrink, N. (2013). *Ouderen over ondersteuning en zorg: Kwaliteitscriteria voor ondersteuning en zorg vanuit ouderenperspectief met extra aandacht voor kwetsbare ouderen, waaronder migrantenouderen*. Zorgbelang Nederland en Pharos. <https://docplayer.nl/9561-Ouderen-over-ondersteuning-en-zorg.html>
- Leyerzapf, H., Klokgieters, S. S., Ghorashi, H. & Broese Van Groenou, M. I. (2017). *Kleurrijke zorg: een verkennende literatuurstudie naar culturele en seksuele diversiteit in de langdurige ouderenzorg*. Cordaan, Institute for Societal Resilience en Medical Humanities VUmc. https://fsw.vu.nl/nl/Images/Kleurrijke-zorg-rapport_tcm249-879552.pdf
- Lindenberg, J. (2018). *Thuis in deze Tijd*. RCOAK & Sluyterman van Loo.
- Meyboom- De Jong, B. (2014). De toekomst van de ouderenzorg: Het Nationaal Programma Ouderenzorg vervolgd. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2, 1-2. <http://doi:10.1007/s12439-014-0065-5>
- Meulenkamp, T., Van Beek, A. P., Gerritsen, D., De Graaff, F. & Francke, A. (2010). Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg: een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen. Utrecht: Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-zorg-oudere-migranten.pdf>
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1994). Kleurrijk grijs. Reactie op het advies 'Kleur bekennen' over allochtone ouderen van de voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994.
- NIDI & CBS (2021). *Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen*. Den Haag: NIDI & CBS. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/04/13/eindrapport-verkenning-bevolking-2050-x>
- Onderzoek en Statistiek Amsterdam (2021). *Bevolking naar leeftijdsgroepen en migratieachtergrond, 1 januari 2021*. <https://onderzoek.amsterdam.nl/dataset/stand-van-de-bevolking-amsterdam>
- PBL & CBS (2019). *Vergrijzing*. Regionale bevolkingsprognose. Den Haag: PBL & CBS. <https://themasites.pbl.nl/o/regionale-bevolkingsprognose/#h3>
- Post, H., Huijsmans, K., Luijk, R. & Gusdorf, L. (2018). *Inzicht in de ouderenzorg*. Zeist: Vektis. <https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Zorgthermometer%20Ouderenzorg.pdf>
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). Interculturalisatie van de gezondheidszorg. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2000/07/06/interculturalisatie-van-de-gezondheidszorg>
- Schirmbeck, H. & Koster, A. (2012). *Interculturele competenties in de care: Profiel interculturele competenties voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg en VVT*. Utrecht: ActiZ.
- Steunenbergh, B. & de Wit, N. (2013). Diversiteit in vergrijzing: Cultuursensitieve ouderenzorg voor de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten. *Bijblijven*, 29(4), 39-44. <http://doi:10.1007/s12414-013-0043-9>

- Talloen, D., Verstraete, J. & Chech, J. (2012). *Oudere allochtonen, senioren van bij ons; lessen uit de praktijk*. Brussel: Koning Boudewijnstichting. <http://isb.colo.ba.be/doc/Boek/AllochtoneOuderen.pdf>
- Taspinar B. (2017). Cultuursensitieve zorg voor ouderen in thuiszorgdiensten. In: *Je weet niet wat je mist. Innovatief wijkzorgmodel op maat van een kwetsbare buurt*. EVA vzw, Brussel. https://www.kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Deel3%20Cultuursensitieve%20zorg%20voor%20ouderen%20in%20thuiszorgdiensten_0.pdf
- de Valk, H. A. G., & Fokkema, T. (2018). Health among older populations of migrant origin. In W. Apt (Ed.), *Demographic change and migration* (pp. 115-125). VDI/VDE Innovation + Technik GmbH. https://pure.knaw.nl/ws/files/6791302/2018_Valk_de_Fokkema_Health_among_older_poulations_JPI_MYBL_publ_vers_v024.pdf
- Vilans (2020). *Kleurrijke zorgverleners*. <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/kennisproduct-kleurrijke-zorgverleners.pdf>

SIGRA

Maassluisstraat 574-A
1062 GZ Amsterdam

T (020) 512 8888

sigra@sigra.nl
www.sigra.nl

Leyden Academy on Vitality and Ageing

Poortgebouw Zuid
Rijnsburgerweg 10
2333 AA LEIDEN

T (071) 524 0960

info@leydenacademy.nl
www.leydenacademy.nl

