

Inhoud

1. Beslispunten
2. Inleiding
3. Afbakening
4. Onze voorstellen en beslispunten
- 4.1 Verbeteren van de toegang tot inclusieve zorg
- 4.2 Aansluiting zorgvraag en aanbod
- 4.3 Ondersteuning van het netwerk
5. Financiële consequenties
6. Conclusie

1. Beslispunten

Hier sommen we kort en bondig alvast de beslispunten op:

- I. Verzoekt de regering om inclusieve zorg in te vlechten in al het zorgbeleid
- II. Verzoekt de regering om de landelijke leidraad door te ontwikkelen en beter onder de aandacht te brengen van zorgaanbieders en de voortgang te monitoren
- III. Verzoekt de regering er nadrukkelijk op te sturen dat cultuursensitieve en inclusieve zorg voldoende geborgd is binnen de criteria waarop inkopers (zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren) hun zorg inkopen
- IV. Verzoekt de regering om gemeenten te ondersteunen om Onafhankelijke inclusieve Cliëntenondersteuning (OCO) beter toegankelijk te maken
- V. Verzoekt de regering om voor het einde van 2023 een domein-overstijgende regeling in te stellen voor de inzet van tolken in de zorg
- VI. Verzoekt de regering om in de verschillende zorgonderzoeken doelgroepen in kwetsbare posities structureel te monitoren en om wensen en behoeften van verschillende zorggebruikers beter in kaart te brengen
- VII. Verzoekt de regering om het toezicht op het aanbieden van inclusieve zorg (als onderdeel van persoonsgerichte zorg) te beleggen bij de IGJ (ofwel de NZa)
- VIII. Verzoekt de regering om groepsgesprekken, zoals het project *Eritrese zwangeren*, beter te faciliteren
- IX. [Verzoekt de regering om te](#) onderzoeken hoe een progressieve compensatie kan worden gegeven voor intensieve mantelzorgers
- X. Verzoekt de regering om een richtlijn voor gemeenten op te stellen over het aanstellen en benutten van sleutelpersonen

- XI. [Verzoekt de regering onderzoek te doen naar het gebruik van respijtzorg en onder welke voorwaarden respijtzorg beter aansluit bij de wensen en behoeften van oudere migranten.](#)

2. Inleiding

In Nederland krijgen we goede zorg. Uit een rapport van de Common Wealth Fund blijkt dat met andere landen in Europa vergeleken, onze geleverde zorg tot de top behoort.¹ Daar kunnen we trots op zijn. Hierdoor is onze levensverwachting langer en leven we vaker zonder ziekten.

Maar zo'n ranglijst bestaat uit gemiddelden en heeft geen oog voor de uitzonderingen. Want niet iedereen krijgt dezelfde goede zorg in Nederland. De één weet namelijk de weg in het zorglandschap beter te vinden dan de ander. Soms is de geleverde zorg zélf ook meer gericht op de één dan op de ander, of zijn onderlinge verschillen onvoldoende meegenomen mee in het aanbod van zorg.

Uit cijfers blijkt dat ouderen met een migratieachtergrond later worden gediagnosticeerd met dementie, terwijl de klachten juist eerder optreden. Omdat zorgmodellen en onderzoek vaak het mannelijk lichaam als uitgangspunt gebruiken, blijven veel lichamelijke klachten bij vrouwen onverklaard. En mensen met een lagere sociaal economische status melden zich bijvoorbeeld vaker op een spoedeisende hulppost, terwijl ze ook bij de huisarts terecht hadden gekund. En dat creëert een ongelijkheid. Zorg zou voor iedereen even goed toegankelijk en van even goede kwaliteit moeten zijn. En daarbij moeten individuele verschillen en voorkeuren worden meegewogen. Onze zorg moet inclusief zijn, waarin ieder zich herkent en geholpen voelt. Dat is passende zorg, schreef ook al eerder de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Naast dat dit solidair is, zorgt het er ook voor dat een zorgvraag eerder wordt gevonden, waardoor een verergering van de zorgvraag wellicht wordt voorkomen.

In deze initiatiefnota doet de indiener voorstellen om de zorg inclusiever te maken. Want terwijl we in de zorg vaak dezelfde procedures volgen, veranderen we zelf op een rap tempo. Ten eerste vergrijzen we snel. Het Centraal Bureau voor de Statistiek voorspelt dat in 2040 een kwart van de bevolking 65 jaar of ouder is. Maar ook cultureel zijn er veel verschillen bijgekomen. Van de 17,5 miljoen inwoners uit 2021 in Nederland was ruim 14% niet in Nederland geboren. Ook wordt ook op het gebied van gender en seksuele oriëntatie een toenemende diversiteit steeds zichtbaarder. Onderzoek van het OESO7 uit 2019 laat bijvoorbeeld zien dat het aantal mensen dat zich homoseksueel, lesbische of biseksueel noemt in 7 jaar is toegenomen met 50%. Tenslotte tekent zich op allerlei gebieden een kloof af tussen groepen binnen de samenleving, zoals opleidingsniveau, inkomen of geletterdheid. Al deze zaken hebben invloed op de zorg die zijn ontvangen. Grote groepen Nederlanders krijgen niet de zorg waar ze recht op hebben, concludeert de Raad voor Volksgezondheid.² En dit zijn juist vaak de kwetsbare groepen mensen.

De initiatiefnemer is blij dat (demissionair) ministers het maatschappelijk belang van inclusieve zorg erkent.³ Maar er is wat de indienster betreft méér nodig. Met slechts kennisdeling en het versterken van de stem van de patiënt wordt er onvoldoende verandering aangebracht. Het bieden van inclusieve zorg is wat de indiener betreft geen plusje bij de reguliere zorg, niet een extraatje, maar een essentieel onderdeel van *al* het zorgaanbod. Het vraagt soms een andere benadering van hoe we individuele verschillen een plek geven binnen de zorg. En soms is de oplossing klein (bijvoorbeeld het aanbieden van een halal-maaltijd in

¹ [Dutch Health Care System Tops Patient Rankings | Commonwealth Fund](#)

² [Met de stroom mee | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](#)

³ [Kamerbrief met beleidsnota cultuursensitieve zorg | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

een verpleeghuis), maar soms vraagt het om structurele inzet (zoals het aanbieden van de tolkenvoorziening in de gehele zorg).

De indiener wil de minister en alle lezers alvast danken voor uw tijd en veel plezier wensen met het lezen van deze initiatiefnota inclusieve zorg.

“Er werd alleen mosterdsoep met spekjes geserveerd in een verpleeghuis. Maar Moslims eten geen varkensvlees.”

“Diagnose-instrumenten voor dementie laten afbeeldingen zien van stelten om geheugen te testen. Dat zijn vaak geen bekende voorwerpen voor oudere migranten.”

“Er werd telkens een andere zoon meegenomen naar het consult, waardoor ik telkens opnieuw moest uitleggen hoe medicijnen genomen moesten worden.”

“In andere culturen levert het zorgen voor de ouders stigma’s op. Het schept juist hoge verwachtingen, of maakt dat ouders alleen door hun eigen kinderen verzorgd willen worden.”

“Om alleen al het ziekenhuis in te komen moet je online een afspraak maken, inchecken bij een toegangspoortje en op basis van kleuren zelf de weg vinden in het ziekenhuis.”

“Gesprekken over de dood kunnen echt een andere aanpak nodig hebben als mensen uit een andere cultuur komen. Daar moet je dan wel op voorbereid zijn.”

3. Afbakening

Inclusieve zorg betekent dat iedereen in alle aspecten van diens leven gelijkwaardig mee mag doen en dus ook gelijkwaardig het recht heeft om gebruik te maken van zorg. Het impliceert dat goede en toegankelijke zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar moet zijn, ongeacht geslacht, gender, religie, seksuele gerichtheid of cultuur.

Deze nota legt vooral de focus op formele en informele zorg waarin rekening wordt gehouden met de context, individuele verschillen zoals leeftijd of sekse, de sociaaleconomische status, de culturele achtergrond, een eventuele taalachterstand en achterstand in kennis van de Nederlandse samenleving met name voor ouderen met een niet-Europese migratieachtergrond.⁴ Maar de beslipunten in deze nota hebben echter een bredere toepasbaarheid en zijn relevant voor andere groepen die mogelijk de toegankelijkheid en inclusiviteit van de Nederlandse zorg niet ervaren.⁵

Naast inclusieve zorg (hierboven reeds gedefinieerd) zijn er een aantal termen die vaak binnen dit onderwerp gebruikt worden. Hieronder worden deze verduidelijkt.

Cultuur-inclusieve zorg houdt in dat zorgverleners rekening houden met de culturele achtergrond en identiteit van hun patiënten en hun families. Inclusieve zorg vergt zorg ‘met

⁴ cultuursensitief zorgaanbod, 2020

⁵ cultuursensitief zorgaanbod, 2020

aanzien des persoons' en dus meer kennis over de verschillen tussen mensen. Naast kennis is er ook bewustzijn nodig van je eigen normeringen en beperkingen en het zoeken naar mogelijkheden om anders te handelen. Kennis, bewustzijn en vaardigheden moeten leiden tot inclusief handelen waarin de zorg afgestemd dient te worden met de culturele behoeften en waarden van de patiënt en om cultureel respectvolle en competente zorg te bieden.⁶

Cultuurspecifieke zorg sluit aan bij de leefgewoonten, normen en waarden die voor cliënten belangrijk zijn. Het omvat een diepgaand begrip van de specifieke culturele kenmerken en waarden van deze groep, en het ontwikkelen van zorgplannen die hierop zijn afgestemd.⁷ Cultuurspecifieke zorg omvat een zorgaanbod met oog voor eigen taal en cultuur van de zorgvrager. Zorgverleners moeten kunnen inschatten wanneer de etnisch-culturele achtergrond van patiënten relevant is voor specifiek aanbod⁸. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat er speciale aandacht wordt besteed aan familie- en gemeenschapsbetrokkenheid, geneeswijzen en traditionele handelingen die binnen die cultuur gebruikelijk zijn.

Diversiteit/cultuur-sensitieve zorg is een bredere benadering waarbij zorgverleners zich bewust zijn van de impact van onderlinge verschillen op de gezondheid en gezondheidszorg, en hun patiënten als individuen benaderen. Het gaat hierbij om het begrijpen en respecteren van de diversiteit aan achtergronden en het vermogen om hiermee om te gaan in de zorgverlening. Met diversiteits sensitief werken erken je dat personen en interacties nooit los gezien kunnen worden van de maatschappelijke context en de geschiedenis. Dit omvat bijvoorbeeld het bespreken van culturele overtuigingen over gezondheid en ziekte, het vermijden van stereotypen en vooroordelen, en het ontwikkelen van interculturele communicatievaardigheden.⁹

Zoals hierboven ook al beschreven kiezen we de focus om in deze nota voornamelijk in te gaan op zorg voor mensen met verschillen in (culturele) achtergrond. We richten ons daarbij op formele en informele zorg, waarin rekening wordt gehouden met de context, sociaaleconomische status, de culturele verschillen, een eventuele taalachterstand en achterstand in kennis van de Nederlandse samenleving en de eventuele minderheidspositie van cliënten¹⁰. Inclusieve zorg betekent dat iedereen in alle aspecten van diens leven gelijkwaardig mee mag doen en dus ook gelijkwaardig het recht heeft om gebruik te maken van zorg. Iedereen heeft dus ook recht op goede, toegankelijk zorg en hulpverlening.

De initiatiefnemer wil met deze nota de gehele zorg inclusiever maken voor iedereen en met name voor groepen mensen in kwetsbare posities. In de beslispunten zal er aandacht gevraagd worden voor specifieke groepen, omdat hier bijvoorbeeld reeds ervaring en expertise in is opgedaan of omdat de urgentie hoog is. Dat neemt niet weg dat de urgentie om de zorg inclusiever te maken breder geldt dan alleen op het gebied van culturele verschillen. Dat geldt ook voor verschillen in onder andere gender, sociaaleconomische status en seksuele gerichtheid.

4. Onze voorstellen en beslispunten

⁶ [Essay+'Passende+Zorg'+is+Inclusieve+Zorg' \(2\).pdf](#)

⁷ [Wat is cultuurspecifieke zorg? – Djalan Pienter](#)

⁸ [VWS komt met vijf maatregelen voor cultuursensitieve zorg - Skipr](#)

⁹ Infographic visiedocument Cultuursensitief werken

¹⁰ cultuursensitief zorgaanbod, 2020

Zoals reeds hierboven al is genoemd, inclusieve zorg is een onderdeel van passende zorg. Daarmee behoort het tot het reguliere zorgaanbod en is het niet een extra doelstelling die bovenop de zorg komt. Dat is ook nodig, gelet op de demografische ontwikkelingen. Buiten het feit dat iedereen recht heeft op toegankelijke, passende en goede zorg, is ook van maatschappelijk belang dat een zorgvraag op het juiste moment en op de juiste plek wordt neergelegd. Zo wordt een onnodig grotere zorgvraag bijvoorbeeld voorkomen. Zodoende worden kosten bespaard met het aanbieder van inclusieve zorg.

De voorstellen van de indiener volgen vijf lijnen, namelijk die van het verbeteren van de toegang tot zorg, het creëren van meer aanbod van inclusieve zorg, een beter gefaciliteerde inzet van informele zorg en mantelzorg, het aanpakken van discriminatie in de zorg, en meer aandacht voor inclusieve zorg in de opleidingen. Onder deze lijnen doet de indiener concrete voorstellen om inclusieve zorg te verstevigen in het zorglandschap.

4.1 Verbeteren van de toegang tot inclusieve zorg

Het uitgangspunt in ons zorgsysteem is dat iedereen toegang moet hebben tot kwalitatieve zorg. Zoals eerder vermeld schrijft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving in haar meest recente advies dat grote groepen binnen de samenleving niet de zorg vinden waar ze recht op hebben. En daarvan zijn schrijnende voorbeelden. Zo blijkt uit onderzoek dat vrouwen met een migratieachtergrond minder vaak deelnemen aan screening van borst- en baarmoederhalskanker, met alle negatieve gevolgen van dien¹¹. Uit onderzoek van Nivel over zorggebruik in de gemeente Amsterdam blijkt dat mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) veel vaker gebruik moeten maken van een Wmo-voorziening, omdat de gezondheid sneller verslechterd.¹² Wat de indiener betreft ligt de verantwoordelijkheid om daar antwoorden op te formuleren bij het zorgsysteem en niet bij de zorgvrager. Want toegankelijkheid binnen de zorg is het uitgangspunt.

In dit hoofdstuk worden een aantal maatregelen beschreven die bijdragen aan het verbeteren van de toegang tot inclusieve zorg. Niet door iets extra's te creëren, maar door inclusieve zorg een onderdeel te laten zijn van het reguliere aanbod.

4.1.1. Vlecht inclusiviteit in al het zorgbeleid in

Als we het hebben over inclusieve zorg, dan hebben we het eigenlijk over een manier van werken die in iedere zorgsetting kan worden toegepast. Zorgmedewerkers die zich bewust zijn van verschillen tussen henzelf en hun cliënten, kunnen beter inspelen op hun behoeften en wensen. Inclusief werken vraagt om een open houding en het stellen van vragen, zonder daarbij zelf in te vullen welke elementen belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Door op deze manier te werk te gaan, wordt inclusiviteit een integraal onderdeel van persoonsgerichte zorg.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt bijvoorbeeld benadrukt dat persoonsgerichte zorg en ondersteuning begint met een goed begrip van wie iemand is en wat voor hem of haar belangrijk is. Het is essentieel dat cliënten zich gehoord en gezien voelen, en dat dit bereikt wordt door middel van een dialoog tussen de zorgprofessional en de cliënt.

¹¹ Dagevos, J. & Dagevos, H. (2008). *Minderheden meer gewicht. Over overgewicht bij Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en het belang van integratiefactoren*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

¹² Cramer, C., Prins, A., Verhagen, M., Beem, R. van, Heidenrijk, M., Verheij, R. **Zorggebruik sociaal domein en eerste lijn in Amsterdam: de meerwaarde van het combineren van gegevens**. Utrecht: Nivel, 2021.

In de infographic “Wat is cultuursensitief werken?” van Kennisinstituut Pharos wordt ook uitgelegd hoe cultuursensitiviteit (zie hoofdstuk 3) zich verhoudt tot persoonsgerichte zorg. Cultuursensitieve zorg draagt bij aan een inclusieve vorm van zorgverlening die segregerende mechanismen tegengaat. Het creëert een omgeving waarin iedereen zich veilig, gehoord en welkom voelt. Door op deze manier te werken, wordt niet alleen de zorg verbeterd, maar wordt ook bijgedragen aan een meer inclusieve samenleving.

Om dat onderdeel te laten zijn van het reguliere zorgaanbod is het nodig dat er aandacht komt voor inclusiviteit binnen al het zorgbeleid. Dat betekent dat er in *alle* brieven van de bewindslieden moet worden stil gestaan hoe het zorgbeleid uitpakt voor kwetsbare groepen. Dat sluit aan bij een integrale benadering van wat mensen nodig hebben, in plaats van verkokerd beleid. Dus in beleidsstukken over het woonbeleid van ouderen moeten elementen worden meegenomen die van belang zijn voor de inclusiviteit, dus culturele, seksuele of sociaaleconomische verschillen.

4.1.2 Een landelijke leidraad waarvan de uitvoering wordt gemonitord

Niet alle zorgverleners zijn zich bewust van het feit dat een groeiende groep mensen onvoldoende toegang vindt tot de juiste zorg. Hierdoor worden problemen (ernstige ziektes zoals kanker, dementie of psychische problematiek) in een later stadium¹³ gevonden dan wenselijk. Dus het is van belang voor zowel de patiënt als voor de zorgverlener en de maatschappij dat zorgaanbieders de juiste handvatten hebben om te kunnen omgaan met culturele en/of identiteitsverschillen.

Daarom is het goed dat er een *Leidraad Cultuurspecifieke zorg* door het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten is opgesteld. Het doel is verbetering van de kwaliteit van zorg voor ouderen met een migratieachtergrond. Daarin worden ‘do’s en dont’s’ gedeeld voor het cultuursensitief benaderen van ouderen met een migratieachtergrond. Ook heeft Pharos een infographic opgesteld over cultuursensitief werken en in de beleidsnota cultuursensitieve zorg van de minister heeft zij aangekondigd dat de ontwikkeling van twee aanvullende leidraden (voor gehandicaptenzorg en de ggz) worden gesubsidieerd.

Dat is positief, maar daarbij lijkt de impliciete boodschap nog steeds dat cultuur-sensitieve zorg iets extra’s is wat bovenop de reguliere zorg komt. De indiener wil benadrukken dat inclusieve zorg niet iets is van specifieke onderdelen binnen de zorg, maar dat dit geldt van de geboortezorg tot de palliatieve zorg en voor alles wat daartussen komt. Daarom zou het helpen om één landelijke leidraad te hebben die is opgesteld in afstemming met het zorgveld, bijvoorbeeld ook met behulp van ZonMw. Daarin wordt duidelijk gemaakt wat we verstaan onder inclusieve zorg en wat enkele praktische tips zijn om inclusief te werken. Dit geldt als basisdocument. Op basis daarvan kunnen in samenwerking met het veld uitwerkingen per sector gemaakt worden.

4.1.3 Laat bij het inkopen van zorg (door zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren) *inclusiviteit* een geldend inkoopcriterium zijn

Inkopers hebben een zorgplicht en zijn dus verantwoordelijk dat er goede, toegankelijke zorg wordt geboden. Zorgverzekeraars stellen jaarlijks hun zorginkoopbeleid vast. In het

¹³ [Brochure over diagnose dementie voor migranten | Alzheimer Nederland \(alzheimer-nederland.nl\)](#)

inkoopbeleid beschrijven zorgverzekeraars en zorgkantoren voor alle zorgsoorten (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en huisartsenzorg) op basis van welke criteria zij zorg inkopen. Zoals prijs, kwaliteit, wachttijden en veiligheid. Daarbij gebruiken inkopers normen die beroepsverenigingen vaststellen. Sommige zorgverzekeraars voegen daar ook eigen normen aan toe. Voor het stellen van deze normen halen zorgverzekeraars soms ook input uit patiëntervaringen of -expertise. Ook gemeenten kopen zorg op een vergelijkbare manier in.

Hoeveel van de zorginkopers nu ‘inclusiviteit’ als criteria of zorgnorm gebruiken is niet bekend. Uit de gesprekken van de indienster met verschillende zorgverzekeraars in voorbereiding voor deze nota blijkt dat het momenteel niet als criteria geldt. De indiener stelt voor om dit in kaart te brengen en erop te sturen dat dit door voldoende inkopers als criteria wordt meegenomen. Dat betekent ook dat er in de ene regio meer cultuursensitieve zorg nodig is dan in de andere. Maar zonder dat er bij de inkoop op wordt gestuurd, wordt het aanbod ook niet aangepast.

Er is al behoorlijk wat bekend over hoe verschillende vormen van inclusieve zorg eruit kunnen zien. Zo schreef het eerdergenoemde Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten een leidraad over cultuur sensitieve zorg in de ouderenzorg. Ook stichting Pelita (ouderen met een achtergrond in Nederlands-Indië en Indonesië), stichting Joods Maatschappelijk Werk, het Nederlands Veteranen Instituut en het Nationaal Psychotraumacentrum ARQ ontwikkelden allen producten die kunnen worden ingezet voor cultureel sensitieve zorg. Ook is er bijvoorbeeld een kwaliteitscertificaat Roze Loper om inclusieve zorg ten opzichte van LHBTI's in zorg- en welzijnsinstellingen te bevorderen.¹⁴ Dementie wordt minder snel gesignaleerd bij mensen met een migratieachtergrond. Daarom heeft een aantal ziekenhuizen speciale geheugenpoli's om mensen te helpen die een andere taal spreken en een niet-Nederlandse achtergrond hebben.¹⁵ Ze houden rekening met de taal, geletterdheid en de culturele achtergrond van je naaste. In de reguliere tests worden bijvoorbeeld plaatjes laten zien van stelten (Nederlands speelgoed), wat voor oudere mensen die niet in Nederland zijn geboren niet altijd herkenbaar is.

Als zorginkopers actief sturen op het aanbieden van kwalitatieve inclusieve zorg, zal dat automatisch zorgen voor kennisdeling en het uitwisselen van *best practices* tussen inkopers en aanbieders. Daarom is dit, wat de indiener betreft, een cruciale en noodzakelijke stap om de zorg inclusiever te maken.

4.1.4 Elke gemeente een toegankelijk inclusieve Onafhankelijk Cliëntenondersteuning (OCO)

Onafhankelijke cliëntondersteuning is een gratis gemeentelijke voorziening die bestemd is voor iedereen die vragen heeft over levensdomeinen als zelfstandig leven, zorg en ondersteuning, participatie, wonen, onderwijs en werk en inkomen. Een cliëntondersteuner is onafhankelijk en denkt mee in het belang van de inwoner. Cliëntondersteuning is voor gemeenten en samenwerkingspartners een middel om het stelsel van zorg en welzijn nog verder te verbeteren: om het persoonsgerichter, betrouwbaarder en toegankelijker in te richten. (Bron: Movisie)

¹⁴ [De Roze Loper - RozeZorg.nl](https://www.rozezorg.nl/)

¹⁵ De poli's zijn te vinden bij het OLVG Amsterdam, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Maasstad Ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente, Groene Hart Ziekenhuis en Albert Schweitzer in Dordrecht

Het verplicht aanbieden van clientondersteuning door gemeenten is een belangrijk onderdeel in de Wmo.¹⁶ De wet laat echter veel ruimte aan gemeenten om dit zelf vorm te geven. Dat is goed, omdat gemeenten hierdoor een passende invulling kunnen geven, maar het zorgt tegelijkertijd voor knelpunten bij de uitvoering daarvan. De afgelopen jaren is er door gemeenten en lokale samenwerkingspartners veel ingezet om onafhankelijke clientondersteuning te versterken, bijvoorbeeld met behulp van een SPUK-aanvraag.¹⁷ Sinds 2017 werken zij binnen het Koploperproject Cliëntondersteuning aan het verbeteren van het aanbod, de vindbaarheid en de kwaliteit van cliëntondersteuning. Inmiddels zijn daar 144 gemeenten bij aangesloten.

En dat is nodig. Jaarlijks laat VWS een cliëntervaringsonderzoek uitvoeren. Stipt op de eerste plek van de verbeterpunten staat het beter bekend en toegankelijk maken van de cliëntondersteuning. Uit cijfers van I&O blijkt dat 50 tot 80% van de cliënten niet op de hoogte is van het bestaan van onafhankelijke cliëntondersteuning.¹⁸ Ondanks dat er in het onderzoek geen uitsplitsing wordt gemaakt tussen doelgroepen, is het aannemelijk dat dit percentage nog hoger ligt bij cliënten met een niet-Europese achtergrond. Dit moet echt veel beter.

Een onafhankelijk cliëntondersteuner kan helpen bij het vinden van de juiste, passende zorg. Een cliëntondersteuner weet welke voorzieningen beschikbaar zijn in de gemeente en welke regels relevant zijn om daar gebruik van te kunnen maken. Het is juist voor mensen met een afstand tot het zorglandschap een cruciale schakel. Daarom zou het niet mogen uitmaken in welke gemeente iemand woont of er toegankelijke cliëntondersteuning wordt aangeboden.

4.1.5 Eén contactpersoon voor kwetsbare mensen in *alle* zorgcommunicatie

Voor een grote groep mensen lijkt de zorg een soort doolhof. Iemand meldt zich bij de gemeente of huisarts, maar krijgt vervolgens met allerlei instanties en personen te maken, terwijl diegene soms maar gedeeltelijk de taal begrijpt. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving schrijft in haar meest recente advies *Met de stroom mee* over fragmentatie: “met fragmentatie in de zorg bedoelen we dat burgers voor het beantwoorden van hun gezondheidsvragen te maken krijgen met verschillende (typen) zorgprofessionals of zorgorganisaties.”

Onderstaand voorbeeld laat zien dat het zorgstelsel ingewikkeld is en al helemaal voor iemand die minder bekend is met alle instanties. Hierdoor ontstaat een ongelijkheid. Een oudere die zelf (of waarvan de familie) het zorgstelsel goed kent en in staat is om aan alle voorwaarden te voldoen ontvang mogelijk beter passende zorg dan iemand die dit niet kan of heeft. De Ombudsman heeft in het rapport ‘Blijvende zorg’ geadviseerd om de toegang tot zorg te reduceren tot één toegangspunt. Er zijn diverse loketten en ondanks de inspanningen van de overheid om mensen hier wegwijs in te maken (zoals bijvoorbeeld het informatiepunt van VWS *Het Juiste Lokaal*¹⁹), maar dit heeft volgens de Ombudsman onvoldoende geleid tot verbetering. Verschillende instanties verwijzen naar elkaar:

¹⁶ Wmo artikel. 2.2.4

¹⁷ [Specifieke Uitkering versterking cliëntondersteuning | Subsidie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen \(dus-i.nl\)](#)

¹⁸ [Onafhankelijke cliëntondersteuner Wmo grote onbekende \(binnenlandsbestuur.nl\)](#)

¹⁹ [Het Juiste Lokaal | Contact | Rijksoverheid.nl](#)

“De afstemmings-, en afschuifproblemen bestaan nog steeds, doordat de budgettaire prikkels en belemmeringen niet zijn opgeheven; als de ene partij investeert, komen de baten bij de andere partij terecht.”

De vele loketten binnen de zorg zijn breder dan alleen de ouderenzorg. De initiatiefnemer is zich ervan bewust dat het aanpassen complex is en veel tijd en aandacht vraagt. Er schuilen vaak goede redenen achter alle bureaucratische hoepels en verschillende instanties. Echter, het is niet in het belang van de patiënt.

De initiatiefnemer verzoekt daarom om voor kwetsbare personen, die hier de voorkeur aangeven, één contactpersoon aan te stellen voor ál het zorgcontact. Dit kan de thuishulp zijn, die ook met de zorgverzekeraar en gemeenten overlegt. Dit kan de onafhankelijk cliëntondersteuner zijn. Maar voor de oudere blijft hetzelfde gezicht het aanspreekpunt.

Fictief voorbeeld van het aantal loketten van een patiënt

Als een oudere, buiten Europa geborene migrant hulp nodig heeft bij het huishouden en persoonlijke verzorging kan diegene een pgb aanvragen om hier een verzorger voor aan te stellen. Daarvoor moet diegene contact leggen met de gemeente (pgb Wmo). Een keukentafel gesprek volgt, waarna de gemeente na maximaal 6 weken laat horen of ze akkoord gaan met de aanvraag. Een deel van het pgb wordt gebruikt voor verzorging en een deel voor dagbesteding. Dan moet iemand natuurlijk contact hebben met de pgb-zorgverlener, bijvoorbeeld een zzp-er. Maar het pgb krijg je niet op je eigen rekening gestort. De factuur voor de verleende zorg moet worden ingediend bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB), die zelf de zorgverlener uitbetaald. Over de eigen bijdrage moet juist weer contact worden gelegd met het CAK, die dit maandelijks incasseert.

De pgb-indicatie is vijf jaar geldig, daarna moet er een herindicatie worden aangevraagd. Als de situatie van de patiënt in de tussentijd bijvoorbeeld verslechterd is (en iemand levenslang hulp nodig zal hebben) verandert de situatie. Nu valt de hulp onder de Wet langdurige zorg (Pgb Wlz). Dan moet de indicatie worden aangevraagd bij de wijkverpleegkundige, inclusief een budgetplan. Dagbesteding kan sinds 1 januari 2022 niet meer worden vergoed door de zorgverzekeraar, dus voor dat gedeelte moet wel opnieuw contact worden gelegd met de gemeente. Als de zorgverzekeraar het plan goedkeurt, dien je de factuur voor geleverde zorg nu zelf in bij de verzekeraar die het geld op de rekening van de patiënt stort. Die betaalt zelf de zorgverlener uit.

4.1.6 Zorg voor verstaanbaarheid in de zorg door tolken in te zetten

Een tolk in de zorg kan ontzettend nuttig zijn om in te zetten. Tolken in de zorg dragen bij aan de toegankelijkheid, kwaliteit, effectiviteit en betaalbaarheid van de zorg. Taalbarrières vormen vaak een fundamentele barrière tussen zorgverlener en patiënt van verschillende culturen. Echter, de inzet van tolken sluit onvoldoende aan bij wat er nodig is. Uit onderzoek blijkt dat in 43% van de gevallen waarbij een tolk nodig is, een tolk niet wordt ingezet. De mogelijkheden daarvoor zijn helaas ook beperkt. Voorheen was er een landelijke regeling, met subsidie van het ministerie, waarmee zorgverleners kosteloos een tolk in konden schakelen. Deze regeling werd in 2012 door toenmalig minister Schippers afgeschaft uit bezuinigingsoverwegingen. Dit stuitte toentertijd al op veel verzet van artsen, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen²⁰. Vanaf 2012 waren er uitsluitend nog landelijke regelingen die zich richtte op drie specifieke groepen: slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers in opvangcentra en vrouwen die in de maatschappelijke opvang verblijven. Reeds in 2020 gaf het Zorginstituut Nederland aan dat een tolk een randvoorwaarde zijn voor het bieden van goede zorg en dat de kosten voor de inzet van tolken

²⁰ [Tolkenvergoeding opnieuw tegen het licht | medischcontact](#), [Afschaffen tolkenvergoeding zorgt voor chaos - dental INFO](#), [KNMG: nieuwe tolkenregeling onvoldoende voor goede zorgverlening | medischcontact](#)

gefinancierd moeten worden²¹. Ook diverse partijen uit het zorgveld schaarden zich achter die oproep.

Ook volgde er nog een motie van de leden Paulusma en Bikker²² die opriep alle voor- en nadelen van verschillende bekostiging in kaart te brengen én het rapport ‘Tolken in de zorg: een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten’ door Berenschot²³. Naar aanleiding daarvan werd een stapje in de goede richting gezet: vanaf 1 januari 2022 kunnen de kosten van tolken in de GGZ en de geboortezorg in rekening worden gebracht bij zorgverzekeraars.

Echter, in veel meer domeinen binnen de zorg is de mogelijkheid een tolk in te zetten wenselijk. Denk aan een verpleeghuis, waar een dementerende man zijn Nederlandse taalvaardigheid kwijtraakt en daardoor alleen nog in zijn moedertaal spreekt. Of een huisarts die een gevoelig gesprek moet voeren met een oudere vrouw met een niet-Europese achtergrond die het Nederlands niet goed machtig is, waarbij aanwezigheid van naasten niet wenselijk is. Zorgverleners hebben de plicht om hun patiënten en cliënten goed te informeren, om instemming te vragen met behandeling en samen te beslissen. Dat vraagt goede communicatie.

De indiener schaart zich achter de opvatting van het Zorginstituut Nederland én de NZa dat zorgverleners professionele tolken moeten kunnen inschakelen in lijn met de professionele norm én dat de tolkenkosten geregeld moeten worden. Dat valt ook onder passende zorg. En dat moet snel gebeuren, want mensen hebben het nú nodig. In juni 2023 zijn er moties van het lid Paulusma (D66) aangenomen die oproepen om met een oplossing te komen voor de inzet van tolken in de huisartsenzorg én om te onderzoeken of een bredere, lange termijn oplossing mogelijk is.²⁴

De indiener sluit daarbij aan en verzoekt de regering om voor het einde van het jaar een brede, domein-overstijgende regeling in te stellen voor de inzet van tolken in de zorg.

4.2 Aansluiting zorgvraag en zorgaanbod

Uit onderzoek weten we dat mensen met een interculturele achtergrond vaker niet de juiste zorg lijken te krijgen dan mensen zonder interculturele achtergrond, omdat er bijvoorbeeld een taalbarrière is, verschillen in gezondheidsvaardigheden, omdat mensen weinig kennis hebben van het Nederlandse zorgstelsel en zorg- en ondersteuningsaanbod/ niet gewend zijn hulp te vragen of omdat mensen met een niet-Nederlandse culturele of sociaal economische achtergrond andere verwachtingen hebben.²⁵ Dat zorgt voor een ongelijkheid en kan ook tot een verergerde zorgvraag (en daarmee zorgkosten) leiden. Soms heeft dit ook te maken met de mismatch tussen vraag en aanbod binnen de zorg. Studies beschrijven bijvoorbeeld dat de culturele, religieuze en sociaaleconomische achtergrond van ouderen met een migratieachtergrond leidt tot een complexe zorgvraag waarin rekening gehouden moet worden met nieuwe, specifieke wensen en behoeftes rondom zorg²⁶. Taal, cultuur, maar ook

²¹ [Standpunt Tolkvoorziening voor anderstaligen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

²² Motie van de leden Paulusma en Bikker over de bekostiging van de tolkenvoorziening (Kamerstuk 35925-XVI-50).

²³ [Tolken in de zorg - een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

²⁴ Motie 36200-XVI-224 en motie 36200-XVI-225

²⁵ Zie bijvoorbeeld: de Bruijne MC, van Rosse F, Uiters E, Droomers M, Suurmond J, Stronks K, Essink-Bot ML. Ethnic variations in unplanned readmissions and excess length of hospital stay: a nationwide record-linked cohort study. Eur J Public Health. 2013 Dec;23(6):964-71. doi: 10.1093/eurpub/ckt005. Epub 2013 Feb 6. PMID: 23388242

²⁶ 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-groeiendegroep-turkse-en-marokkaanse-ouderen-in-den-haag.html>

levensbeschouwelijke opvattingen over ziek zijn en de dood beïnvloeden sterk het beeld over wat goede zorg is en zou moeten zijn. Ook opvattingen over hoe we met elkaar omgaan kunnen de aansluiting tussen vraag en aanbod beïnvloeden. Zo is bijvoorbeeld opkomen voor jezelf of direct communiceren (bijvoorbeeld in de spreekkamer) in Nederland een groot goed maar in andere culturen is dat soms zelfs onbeleefd.²⁷ Omdat er een gebrek is aan toegankelijkheid en kwaliteit bij de generieke zorg die aan deze wensen tegemoet komen, ontstaan er in toenemende mate aanbieders van ‘cultuurspecifieke zorg’. Daar is niets mis mee, maar tegelijkertijd kan niet voor elke doelgroep overal aparte zorg worden aangeboden. Daarom zou het aanbod beter gericht moeten zijn op individuele verschillen bij zorggebruikers.

In de eerste pijler van deze initiatiefnota richten we ons op maatregelen om de zorgvraag van ouderen met een migratie-achtergrond beter te laten aansluiten op het bestaande zorgaanbod.

4.2.1 Monitor zorggebruik van verschillende groepen en breng behoeften in kaart

In verschillende monitors van zorggebruik wordt geen uitsplitsing gemaakt op basis van relevante kenmerken. Er zijn enkele rapporten die in deze context relevant zijn, maar deze zijn bijna altijd in opdracht op projectbasis ontstaan.²⁸ Hierdoor ontbreken structurele en actuele cijfers van het verschillend zorggebruik tussen verschillende doelgroepen binnen de Nederlandse samenleving. Dat is relevant, omdat grote groepen binnen de samenleving dus niet de zorg vinden waar ze recht op hebben.

Zo blijkt uit onderzoek van Pharos uit 2018 dat buiten Europa geborene migranten vaker gebruik maken van de huisartsenpost dan niet-migranteng.²⁹ Ook gaan ze significant vaker naar de spoedeisende hulp voor niet-urgente zaken. Dat betekent dat een zorgvraag op niet de juiste plek wordt neergelegd en er een mismatch bestaat in verwachtingen.

Het is taak voor de zorgsector omdat te voorkomen. Dat is beter voor de patiënt én voor de samenleving. Of we daarin slagen kunnen we onvoldoende opmaken uit de bestaande rapporten, omdat deze relevante kenmerken (zoals nationaliteit of die van de ouders, sekse geloofsovertuiging, SES) onvoldoende worden meegenomen in zorgmonitors.

Ook is er is onvoldoende data beschikbaar over wat nu precies de wensen zijn van de verschillende groepen zorggebruikers. De gemeente Amsterdam heeft onlangs gegevens succesvol gecombineerd om zorggebruik beter in kaart te brengen³⁰. Gelet op de demografische verschuivingen die op ons afkomen is het belangrijk om in beeld te brengen wat de wensen precies zijn en hoe het zorgaanbod daar het beste op kan aansluiten. Soms wordt ten onrechte gedacht dat persoonskenmerken zoals afkomst niet geregistreerd mogen worden, maar dat is onder voorwaarden weldegelijk toegestaan en nuttig.³¹

4.2.2 Er moet toezicht zijn op het aanbod van inclusieve zorg

²⁷ Vilans (2020). *Kleurrijke zorgverleners*. <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/kennisproduct-kleurrijke-zorgverleners.pdf>

²⁸ Pharos, 2018 Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutel figuren, professionals, gemeenten en ouderen zelf, Den Draak, M., Verbeek-Oudijk, D. Verschillen in zorggebruik onder zelfstandig wonende 55-plussers van verschillende herkomst. *TSG Tijdschr Gezondheidswet* 98, 131–138 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00285-5>

²⁹ [Migranteng maken vaker gebruik van de huisartsenpost - Pharos](#)

³⁰ [Zorggebruik sociaal domein en eerste lijn in Amsterdam: de meerwaarde van het combineren van gegevens. | Nivel](#)

³¹ [Registering ethnicity for covid-19 research: is the law an obstacle? - PubMed \(nih.gov\)](#)

Toezichthouden op de kwaliteit is een belangrijk onderdeel van ons zorgstelsel. Het stelsel gaat uit van vertrouwen. Het vertrouwen van patiënten en cliënten dat er goede en veilige zorg wordt geboden en het vertrouwen van inkopers dat zorgaanbieders aan specifieke criteria voldoen. Om de kwaliteit objectief te beoordelen zijn er toezichthouders die daarop toezien. Binnen de zorg wordt dit verricht door de IGJ en de NZa.

Toezichthouden is meer dan ‘controleren op basis van wetten, regels en normen’. We zetten zorgorganisaties en professionals aan om (samen) te werken aan de kwaliteit en veiligheid van hun zorg en risico’s te verminderen. Bijvoorbeeld door met hen in dialoog te gaan, hen een spiegel voor te houden of verbeterpunten te agenderen. En om te leren van dingen die niet goed zijn gegaan of gedaan om de kans op herhaling te verkleinen. Waar nodig kiezen we voor handhaving om veilige zorg of jeugdhulp te waarborgen.
(Bron: website IGJ)

De IGJ houdt toezicht binnen verschillende relevante domeinen van de zorg, zoals de wijkverpleging, de acute zorg, gehandicaptenzorg en de verpleeghuiszorg. Dat doet zij via inspectiebezoeken, toezicht op specifieke thema’s en toezicht op incidenten. Zo zijn de drie bestaande thema’s in de verpleeghuiszorg waarop de IGJ toetst (1) persoonsgerichte zorg, (2) deskundigheid van medewerkers en (3) sturen op kwaliteit en veiligheid. Zoals eerder al in paragraaf 5.1 werd beschreven valt inclusieve zorg ook wat de minister betreft onder persoonsgerichte zorg. Daarmee is het een taak van zorgverleners. In feite moet een toezichthouder dus nu al toezien of er inclusieve zorg wordt geboden in bijvoorbeeld verpleeghuizen of ziekenhuizen. Derhalve is het belangrijk dat de toezichthouders daar de goede instrumenten en kaders voor krijgt aangereikt en dat zij zich voldoende bewust zijn van deze verantwoordelijkheid.

4.2.3 Het faciliteren van groepsgesprekken voor kwetsbare groepen, zoals het project Eritrese zwangeren³²

Sommige specifieke groepen hebben wel degelijk zorg nodig, maar zijn niet geholpen binnen het Nederlandse zorgstelsel. In het voorbeeld, bij Eritrese zwangere vrouwen, gaven de Amsterdamse verloskundigen zelf aan dat zij de vrouwen onvoldoende konden helpen, vanwege taal- en cultuurbarrières. Daarom zijn er groepssessies, met een cultuur-mediator, gestart. Dit is een extra ondersteuning, aanvullend op de reguliere bezoeken bij de verloskundige. Er zijn geen kosten aan verbonden, zodat de groepsgesprekken voor iedereen toegankelijk blijven.

Deze groepsgesprekken kunnen zeer nuttig zijn voor kwetsbare groepen, bijvoorbeeld voor vluchtelingen. Het reguliere aanbod sluit niet aan bij wat er nodig is, dus is een extra inspanning nodig. Niet van de zorgbehoevende, maar van het zorgstelsel. Daarom verzoekt de indiënster om dit soort groepsgesprekken te faciliteren en te ondersteunen.

4.3 Ondersteuning van het netwerk

Met een steeds complexer zorglandschap waar de toegang tot zorg onder druk staat (bijvoorbeeld vanwege personeelstekorten) wordt er een toenemend beroep gedaan op iemands eigen netwerk. Vaak zijn dit familie en naasten die zorgtaken overnemen of aanvullen. Zo ontstaat er een netwerk om mensen heen van formele en informele (onbetaalde) zorg. In 2019 waren er 5,5 miljoen mensen in Nederland die mantelzorg verleenden en die

³² [Project Eritrese zwangeren en moeders - CenteringZorg](#)

deden dat gemiddeld 7,4 uur voor gemiddeld ruim 5 jaar.³³ Naast mantelzorgers zijn er bijvoorbeeld ook vaak vrijwilligersorganisaties die zorgtaken oppakken.

Mantelzorgers ondersteunen bijvoorbeeld hun ouders die lichamelijk achteruit gaan, of juist hun kinderen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. Soms zijn kinderen mantelzorgers voor hun familie. De mate waarin iemand echter beroep doet op informele zorg verschilt. Ouderen met minder sociaaleconomische hulpbronnen (denk aan inkomen, opleiding, het beschikbare sociaal netwerk) maken vaker gebruik van publiek gefinancierde zorg én van mantelzorg dan ouderen met meer sociaaleconomische hulpbronnen.

Mantelzorg door en voor mensen met een migratieachtergrond
Het SCP berekende dat in totaal ongeveer 2,2 miljoen mensen in 2019 hulp gaven aan hun ouders. Van hen heeft ongeveer één op de tien mantelzorgers een buiten Europese migratieachtergrond (230.000 personen).

- Bij mantelzorgers met een niet-Europese migratieachtergrond is de gemiddelde leeftijd van de ouder die zij helpen 69 jaar; hulpontvangende ouders zonder deze migratieachtergrond zijn bijna tien jaar ouder.
- De mantelzorgers zelf zijn ook flink wat jonger (gemiddeld 39 jaar, 17% tussen 16 en 24 jaar) vergeleken met mantelzorgers zonder migratieachtergrond (gemiddeld 49 jaar, 6% tussen 16 en 24 jaar).
- Mantelzorgers met een niet-Europese migratieachtergrond helpen hun ouders gemiddeld circa 7,5 uur per week. Mantelzorgers van ouders zonder migratieachtergrond geven minder intensieve hulp: 5,1 uur. Een verklaring hiervoor is dat mantelzorgers met een niet-Europese migratieachtergrond vaker onder één dak wonen met ouders (Fokkema & Das, 2020).
- het aandeel ernstig belaste mantelzorgers met een niet-Europese migratieachtergrond is 13%; bij mantelzorgers zonder deze migratieachtergrond is dit 7%.

Onderliggende reden is dat ouderen met een lage sociaaleconomische status eerder en vaker chronische en complexe gezondheidsproblemen hebben waardoor er meer zorg nodig is. Alsook dat ouderen met een hoge sociaaleconomische status minder familieleden in de buurt hebben wonen en deze veelal niet willen belasten met zorgtaken in vergelijking met ouderen met een lage sociaaleconomische status. Recent onderzoek van de Vrije Universiteit³⁴ laat zien dat deze ongelijkheid in zorggebruik in de afgelopen decennia significant is toegenomen: waar ouderen met lage sociaaleconomische status in 2015 (in vergelijking met 1995) nog steeds veel publiek gefinancierde zorg en mantelzorg gebruiken, gebruiken ouderen met een hogere sociaaleconomische status minder publieke zorg en mantelzorg in 2015 dan in 1995, en kiezen zij vaker dan ouderen met een lage sociaaleconomische voor de route van de particulier betaalde zorg. In het kader hierboven staan verschillen beschreven van hoe (kinderen van) migranten mantelzorgen. Deze discrepanties zorgen voor een groter beslag op het informele netwerk. En dat geldt voor specifieke groepen meer dan voor anderen. Daar is wat de indiener betreft onvoldoende aandacht voor. In deze paragraaf doet zij daarom voorstellen om hier maatregelen voor te treffen.

4.3.1 Compensatie voor intensieve mantelzorg

Mantelzorgers zijn sinds de coronacrisis nog vaker dan daarvoor overbelast. Uit bijvoorbeeld de Dementiemonitor 2022 blijkt dat één op de zeven mantelzorgers zich (zwaar) overbelast

³³ Boer, A. D., Klerk, M. D., Verbeek-Oudijk, D., & Plaisier, I. (2020). Blijvende bron van zorg.

³⁴ Abbing, J., Suanet, B., & Broese Van Groenou, M. (2021). Socio-economic inequality in long-term care: a comparison of three time periods in the Netherlands. *Ageing and Society*, 1-21. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000647>

voelt. In 2011 was dit nog slechts één op de tien. Door een toenemende vergrijzing én toenemende arbeidstekorten zal deze druk alleen maar toenemen, verwacht Mantelzorg NL. Zoals in het kader hierboven reeds is vermeld, verlenen mensen met een migratieachtergrond vaak vanaf een jongere leeftijd mantelzorg en doen zij dit intensiever. Tegelijkertijd sluiten maatregelen om de mantelzorger te ontlasten (zoals respijtzorg) niet aan op deze doelgroep.

Daarom moeten

mantelzorgers beter gefaciliteerd én gecompenseerd worden. Wat de indienster betreft zou dit progressief moeten zijn: dus hoe langer en intensiever mantelzorg wordt verleend, hoe meer iemand wordt gecompenseerd. Dit kan bijvoorbeeld door een vergoeding of door een vorm

van pensioen op te bouwen. Dit idee sluit ook aan op een recent voorstel van de Europese Commissie, waar Nederland zich aan gecommitteerd heeft.³⁵ Wat de indienster betreft is dit eerlijk, omdat mantelzorgers vaak minder moeten werken om een zorgtaak (die in principe bij de overheid ligt) op zich te nemen. Daarom verzoekt de indienster om te onderzoeken op welke manier mantelzorgers (progressief) gecompenseerd kunnen worden.

AMWAHT Alle Mantelzorgers Werken Aan Hun Toekomst

De AMWAHT opleiding leidt mantelzorgers op tot groepswerkers die in staat zijn om lotgenotengroepen van mantelzorgers op te zetten en methodisch te begeleiden. De opleiding zet in op zowel de persoonlijke ontwikkeling van de deelnemers als op het leren opzetten en begeleiden van lotgenotengroepen. Oorspronkelijk richtte deze interventie zich op mantelzorgers met een migratieachtergrond.

4.3.2 Duidelijkheid over sleutelpersonen

Sleutelpersonen zijn vrijwilligers die worden ingezet in de zorg, vaak wanneer bij culturele verschillen. Zij zijn dikwijls zelf (eerste of tweede generatie) migrant of vluchteling, maar zijn al geruime tijd in Nederland en hebben kennis van de taal, cultuur en gezondheidszorg in Nederland.

In 2019 concludeerde de WHO dat ‘interculturele mediators’ taal en cultuurverschillen met succes kunnen overbruggen. Sleutelpersonen spelen een belangrijke rol bij de uitdagingen van migranten. Sleutelpersonen helpen migranten een stem te geven en hen wegwijs maken in de Nederlandse gezondheidszorg. Tegelijkertijd helpen de sleutelpersonen ook de professionals in het geven van cultuursensitieve zorg. Het landelijk expertisecentrum Pharos heeft een handreiking ‘sleutelpersonen in jouw gemeente’ gepubliceerd waarin de samenwerking tussen gemeenten en sleutelfiguren wordt omschreven. Ook in de beleidsvisie over cultuursensitieve zorg hebben sleutelpersonen een plek gekregen:

Uit het ZonMW-project Stem van de oudere migrant is gebleken dat deze sleutelfiguren bijdragen aan de verbetering van een cultuursensitieve benadering in de zorg.

Echter, bij de uitwerking van de minister lijkt er een groot risico te zijn dat deze rol vrijwillig het werk vervult van wat een onafhankelijk clientondersteuner moet doen. Gemeenten mogen sleutelpersonen werven en een vrijwilligerscontract aanbieden. De exacte cijfers over hoeveel sleutelfiguren zijn onbekend.

De indiener wil benadrukken dat de inzet van sleutelfiguren zinnig kan zijn. Zeker bij vluchtelingen,

Onderzoek Meedoen met dementie: Dagactiviteiten naar behoefte van mensen met dementie in Culemborg en Tiel

In de gemeenten Culemborg en Tiel onderzocht Mura samen met partijen in het veld en ouderenvertegenwoordigers de behoefte aan (nieuwe) dagactiviteiten voor mensen met dementie en mogelijkheden om bestaande voorzieningen beter te benutten. Het bereiken en aansluiten bij de behoeften van ouderen met niet-Nederlandse culturele achtergrond, met name de Marokkaanse en Molukse groepen, kreeg hierbij extra aandacht. De belangrijkste bevindingen waren dat ouderen met een migratieachtergrond te laat in beeld kwamen en dat sleutelpersonen essentieel kunnen zijn in het bereiken van de doelgroep ([Sleutelfiguren zijn essentieel voor mensen met dementie](#)).

³⁵ [Council Recommendation on access to](#)

maar ook bijvoorbeeld bij dagbesteding voor mensen met dementie. Echter, het is wel belangrijk dat er duidelijkheid is over de rol die wordt vervuld door de sleutelpersoon. Dat betekent dat de leidraad van Pharos door de regering moet worden omgezet in een richtlijn voor gemeenten, waarin zij duidelijke afspraken maken met sleutelfiguren over taken, rollen en contractvorm. Bij een vrijwilligerscontract kan er dan ook slechts beperkt beroep worden gedaan op de sleutelpersoon.

4.3.3 Inclusieve respijtzorg

Respijtzorg is het tijdelijk overdragen van de zorg, zodat mantelzorgers ook tijd hebben voor bijvoorbeeld werk, studie, gezin, familie, vrienden en ontspanning. Door respijtzorg kunnen mantelzorgers hun eigen leven beter in balans houden en de zorg voor hun naaste langer volhouden. Respijtzorg is een vorm van mantelzorgondersteuning.

Er zijn verschillende signalen dat de huidige respijtzorg niet goed aansluit bij de behoeften van verschillende groepen mantelzorgers³⁶. Het is ook logisch dat er geen one-size fits all is. Mantelzorgers zijn een diverse groep mensen, die ieder eigen voorkeuren en behoeften hebben. De respijtzorg sluit hierdoor niet altijd aan.

Hierdoor is het voor de mantelzorgers extra zwaar. Zoals hierboven reeds beschreven is de kans op dementie bijvoorbeeld veel hoger voor oudere migranten, hebben de ouderen al eerder hulp nodig en wordt er meer hulp geleverd dan door niet-migranten. Als daarbij respijtzorg niet aansluit bij de wensen van de oudere migrant lijkt dit een bijna gegarandeerd recept voor overbelasting van de mantelzorger.

Daarom is het belangrijk onder welke voorwaarden respijtzorg aansluit bij de wensen en behoeften van verschillende mantelzorgers. Daarom roept de indiener de regering op om dit met onderzoek beter in kaart te brengen. De piramide respijtzorg die Movisie³⁷ opstelde biedt daarvoor een goed uitgangspunt. De indiener verzoekt de regering om deze inzichten te benutten om respijtzorg te verbeteren en inclusiever te maken.

5. Financiële consequenties

In dit hoofdstuk wordt een inschatting gemaakt van de financiële consequenties die de voorgestelde beslispunten met zich meebrengen. Deze zijn niet allemaal makkelijk door te berekenen. Daarnaast is het goed om te beseffen dat *passende zorg* in zichzelf een maatschappelijke business case (mkb) is. Als een oudere met een buiten-Europese migratieachtergrond pas in een vergevorderd stadium een tumor ontdekt is er méér zorg nodig, dan wanneer deze al in een vroegtijdig stadium wordt ontdekt. De indiener wil derhalve benadrukken dat er ook maatschappelijke *baten* verbonden zijn aan het inzetten op bovenstaande en dat een deel van de lasten daarmee opgevangen kunnen worden.

5.1 Verbeteren van de toegang tot cultuursensitieve zorg

Hoewel ook in deze paragraaf beslispunten zijn opgenomen waar niet noodzakelijkerwijs extra budget voor hoeft worden uitgetrokken, zijn er ook voorgestelde maatregelen waar wél extra budget nodig voor is. Met name een impuls voor onafhankelijke cliëntondersteuning en het opzetten van een zorg-brede tolkenregeling vragen om middelen.

³⁶ [Migranten met dementie: concrete handvatten - Dementiezorg voor Elkaar](#)

³⁷ [Wat werkt bij respijtzorg | Movisie](#)

Voor een impuls voor de onafhankelijk cliëntondersteuner begroot de indiener een incidenteel bedrag van €1 miljoen euro. Dit biedt ruimte om het gebruik beter te monitoren en gemeenten te ondersteunen in het toegankelijker maken van de ondersteuning.

De tolkenregeling die in 2012 werd afgeschaft moest een besparing van €19 miljoen besparen³⁸. De kanttekening daarbij is dat de kosten met name doorgeschoven werden naar zorgverleners. Ziekenhuizen zijn daarna gemiddeld €15.000 per jaar kwijt aan tolkenkosten. In de huisartsenzorg wordt nu minder gebruik gemaakt van tolken, omdat het niet langer automatisch wordt vergoed. Maar dat kan betekenen dat een huisarts bijvoorbeeld een dubbel consult voor iemand moet inboeken, omdat diegene de taal niet spreekt. Daarmee worden dus geen kosten bespaard, maar verschoven. En draagt dit niet bij aan de principes van passende zorg.

Voor een precieze kostenraming is meer onderzoek nodig en bovendien wordt tolkengebruik inmiddels wel vergoed binnen de ggz en de geboortezorg. Desalniettemin zal de indiener de beoogde besparing van €19 miljoen (structureel) als uitgangspunt gebruiken voor de bekostiging van een tolkenvoorziening.

5.2 Aansluiting zorgvraag en zorgaanbod

Binnen deze paragraaf zal slechts het faciliteren van groepsgesprekken enige kosten met zich meebrengen. De omvang daarvan is sterk afhankelijk van de hoeveelheid van deze gesprekken. Een eerste schatting is dat er met €300.000 incidentele middelen (via een decentrale uitkering aan gemeenten) een belangrijke stap kan worden gezet.

5.3 Ondersteuning van het netwerk

Een compensatie voor mantelzorgers zal structurele uitgaven met zich meebrengen. Hoeveel dit is, is afhankelijk van de compensatievorm. Daar is op dit moment nog te weinig over bekend. De overige maatregelen kunnen in de huidige begroting worden opgevangen.

<i>Voorstel</i>	<i>Kosten (x €1.000)</i>
<i>Verbeteren van de toegang tot inclusieve zorg</i>	€20.000, waarvan €19.000 structureel
<i>Aansluiten zorgvraag en zorgaanbod</i>	€300 incidenteel
<i>Ondersteuning van het netwerk</i>	<i>Nog niet bekend</i>
<i>Totaal</i>	€20.300, waarvan €19.000 structureel

6. Conclusie

Zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn. Die verantwoordelijkheid dragen we met elkaar. In feite zou dat de zorg apolitiek moeten maken: huidskleur, afkomst, inkomen, seksuele gerichtheid, opleidingsniveau... het zou allemaal niet uit moeten maken in welke zorg iemand ontvangt, er zou rekening moeten worden gehouden met onderlinge verschillen. Maar het maakt wel uit. Mensen die de taal niet machtig zijn krijgen zorg, of moeten juist vaker op consult komen om een duidelijke diagnose te krijgen. Mensen die over minder gezondheidssvaardigheden melden zich met een brandwond bij de spoedeisende hulp, terwijl

³⁸ [Artsen in de knoop zonder tolkenvergoeding | medischcontact](#)

dit prima thuis of bij de huisarts opgelost kan worden. Dat zorgt voor oneerlijkheid, zoals ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving concludeerde. Maar het zorgt ook voor hogere maatschappelijke kosten. Een gaatje in de tanden van een oudere dat maar niet gevuld wordt zal zich uiteindelijk doorvertalen in een grotere zorgvraag. Niet-westerse ouderen die constante zorg nodig hebben, maar zich onvoldoende welkom voelen in een verpleeghuis, zullen een zwaarder beroep doen op andere zorg (zowel informeel, als bijvoorbeeld binnen de Wmo). Dat is geen passende zorg. Passende zorg is inclusieve zorg. Met deze initiatiefnota wil de indienster een aantal maatregelen aandragen die aan een inclusiever zorgstelsel bijdragen. Daarmee worden stappen gezet, maar het blijft een thema waar continu aandacht voor moet zijn. Ook dáárvoor dient deze initiatiefnota. Laat dit een begin zijn, en niet het eindpunt.

Sahla