

# Het perspectief van oudere inwoners op zorg en preventie in Amsterdam Nieuw-West

Adviesrapportage voor de werkgroep ouderen en spoedzorg van  
gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis (JZOJP)

Suzanne Tan en Karen Hosper  
December 2020

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Verkenning onder (migranten) ouderen naar redenen voor gebruik spoedzorg</b>	<b>4</b>
2.1	Aanleiding voor het onderzoek	4
2.2	Afbakening van het onderzoek	5
2.3	Werving van respondenten	6
<b>3</b>	<b>Resultaten van de verkenning</b>	<b>8</b>
3.1	Inleiding	8
3.2	Ervaren belemmeringen bij het gebruik van de zorg	9
3.3	Gebruik van de spoedzorg	15
3.4	Preventieactiviteiten in de wijk en gebruik van het aanbod	16
3.5	Ideeën van bewoners voor betere zorg	19
3.6	Samenvatting	21
<b>4</b>	<b>Adviezen voor het stimuleren van passende zorg en preventie waarmee gebruik spoedzorg kan worden voorkomen</b>	<b>22</b>
	<b>Bijlage 1: Afbakening onderzoek op basis van gegevens over ouderen en gezondheid(sproblematiek) in Nieuw-West</b>	<b>25</b>

## 1 Inleiding

De verzekeraar Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam zijn in het kader van de beweging 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP) een strategische samenwerking aangegaan. De samenwerking is gericht op een effectievere inrichting van de zorg en het preventie- en ondersteuningsaanbod, in specifieke wijken en rond specifieke thema's. Doel is om beter aan te sluiten bij de behoeften van sociale minima. Het programma wordt uitgevoerd door vier werkgroepen, die zich ieder op een bepaalde wijk en een bepaald deelthema richten. Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam hebben voor ondersteuning van deze werkgroepen de samenwerking gezocht met Pharos, landelijk expertisecentrum voor gezondheidsverschillen.

Deze adviesrapportage betreft een verkenning onder oudere bewoners in Nieuw-West voor de werkgroep 'Ouderen en spoedzorg'. Doel van de werkgroep is gepast gebruik van de spoedzorg te organiseren en te stimuleren. Op dit moment wordt er te vaak onjuist gebruik gemaakt van de spoedzorg van het OLVG, met name door ouderen met een migratieachtergrond. De werkgroep wil graag inzicht in de redenen van deze ouderen om gebruik te (willen) maken van de spoedzorg als er – in de optiek van zorgpersoneel – geen sprake is van spoed. Pharos ondersteunt de werkgroep met twee bescheiden onderzoeken. Eerst is een korte literatuurverkenning uitgevoerd naar wat uit onderzoek bekend is over het onjuist gebruiken van spoedzorg bij (migranten) ouderen. De uitkomsten van deze literatuurverkenning staan in een aparte notitie beschreven. De literatuur en de voorgesprekken met de werkgroep Ouderen en spoedzorg leverden input voor het tweede deelproject, waar dit het verslag van is: een verkenning onder ouderen en hun mantelzorgers naar hun behoeften en gebruik van (spoed)zorg en preventie.

In deze rapportage gaan we in hoofdstuk 2 eerst in op de opdracht van Pharos en de aanpak van de verkenning onder bewoners (methoden). Hoofdstuk 3 betreft de resultaten van deze verkenning en met hoofdstuk 4 sluiten we af met een aantal adviezen aan de werkgroep Ouderen en spoedzorg. Deze adviezen zijn in een bijeenkomst mondeling toegelicht aan de opdrachtgevers.

## 2 Verkenning onder (migranten) ouderen naar redenen voor gebruik spoedzorg

### 2.1 Aanleiding voor het onderzoek

In Amsterdam Nieuw-West maken bewoners relatief vaak onjuist gebruik van de spoedzorg (SEH) van het OLVG. De patiënten zijn vooral ouderen met een migratie achtergrond. Met onjuist gebruik maken van de spoedzorg wordt bedoeld dat de patiënten eerst andere voorliggende voorzieningen hadden kunnen raadplegen, zoals de huisarts of de huisartsenpost (HAP) in het OLVG. In plaats daarvan komen zij direct naar de SEH, met gezondheidsproblemen die niet onder spoedeisende hulp vallen. Daarnaast zien we dat ouderen met een migratieachtergrond vaak laat in zorg en ook vaker bij de SEH komen als gevolg van bijvoorbeeld te lang thuis blijven wonen of verkeerd medicijngebruik. De

bewoner en diens familie heeft het dan te lang zelf op proberen te lossen waardoor een situatie is ontstaan waarin opeens acuut zorg nodig is. In dit onderzoek komen beide situaties aan bod.

In Amsterdam is de afspraak dat bewoners die 's avonds of in het weekend huisartsenzorg nodig hebben daarvoor terecht kunnen bij de HAP. Pas als de HAP beoordeelt dat er sprake is van spoed kan de bewoners naar de SEH. In de praktijk komen er echter ook mensen direct naar de SEH. De vraag die in deze verkenning centraal staat is: hoe komt het dat mensen zonder spoedeisende klachten op de SEH belanden? Er is onder zorgverleners een vermoeden dat het naast het niet begrijpen van de juiste gang van zaken ook om bewust gedrag gaat. Wat is hiervoor de reden? Hoe hangt dit samen met de zorgbehoefte van deze doelgroep, komt dat overeen met het huidige zorgaanbod? Tegelijkertijd zijn gemeente en verzekeraar er zich van bewust dat de HAP lange tijd slecht bereikbaar is geweest en er ook iets speelt aan de kant van de zorg. Parallel aan de opdracht van Pharos doet de ELAA binnen hetzelfde programma JZOJP onderzoek naar de ervaringen van professionals (binnen zorg en welzijn) met dit onderwerp.

In deze verkenning beantwoorden we de vraag waarom bewoners onjuist gebruik maken van de spoedzorg vanuit het perspectief van de bewoners. Gemeente en Zilveren Kruis willen graag begrijpen wat zij moeten doen om deze route naar de zorg af te remmen en bewoners te stimuleren de 'klantreis' (zie §3.1) op de juiste manier te maken. Deze verkenning eindigt met een advies daartoe.

## 2.2 Afbakening van het onderzoek

Als eerste stap zijn de data bekeken die bij de gemeente Amsterdam bekend zijn over gezondheidsproblemen van ouderen in stadsdeel Nieuw-West. Daaruit komt dat veel verschillende soorten problemen onder bewoners met een migratieachtergrond vaker voor komen, dat er etnische verschillen zijn naar soort problematiek, en dat er in Nieuw-West relatief veel 85-plussers wonen (zie bijlage 1 voor een beknopte samenvatting van deze data en vermelding van bronnen).

In overleg met de werkgroep is ervoor gekozen om het onderzoek binnen Nieuw-West te richten op de wijk Geuzenveld-Slotermeer en eventueel Osdorp. Zowel de algemene sociaal economische situatie van de bevolking, als de problematiek van ouderen in deze wijken vallen in negatieve zin op. Geuzenveld-Slotermeer is een sociaal zeer zwakke wijk met tal van problemen, onder bijna alle bewoners. Meer dan de helft van de bewoners heeft een niet-Westerse migratie achtergrond, waarvan de grootste groep de Marokkaanse is. Naast het gegeven dat de meeste gezondheidsproblemen in de twee wijken voorkomen, zijn ze fysiek gesitueerd rond het OLVG. Gezien het grote aantal bewoners met een Marokkaanse achtergrond zijn deze goed vertegenwoordigd in de gesprekken.

Ter verkenning is daarna met een medewerker van Pharos gesproken over de (gezondheids)problematiek die zij vooral ziet bij ouderen. Deze medewerker, met het onderwerp dementie in portefeuille, heeft contact met huisartsen, praktijkondersteuners en specialisten in Amsterdam. Zij ziet een groot verschil tussen lager en hoger opgeleiden waar het de zorg voor het lichaam en omgaan met ziekte betreft. Problemen zoals zorgen over ziektekosten, onbekendheid met het aanbod of continuïteit opbrengen bij een interventie komen voor bij alle burgers met een lage sociaal economische status. Zij ziet echter ook een aantal knelpunten die samenhangen met de migratiegeschiedenis. Ten eerste herkennen veel mensen met een migratiegeschiedenis de ouderdomsziekten niet uit hun moederland, omdat de mensen in de tijd dat zij opgroeiden daar niet zo oud werden. Daarnaast ziet zij binnen migrantenfamilies vaker overbelaste mantelzorgers: het is in

deze families vaak één bepaalde persoon die de taak van mantelzorger op zich neemt. Een familielid in een instelling plaatsen is in veel culturen absoluut niet bespreekbaar en het risico bestaat dat de mantelzorger door gaat tot het voor zowel de patiënt als de mantelzorger niet meer verantwoord is. Ten slotte wijst ze op de taal: als een patiënt de Nederlandse taal gebrekkig spreekt is het heel moeilijk inschatten hoe intelligent deze persoon is en wat deze begrepen heeft van de uitleg.

Op basis van deze input is een concept-vragenlijst opgesteld en besproken met de werkgroep, waarna het onderzoek ook inhoudelijk afgebakend is. Vervolgens zijn interviews gehouden met als onderwerp de toegang tot de reguliere zorg, redenen voor het gebruik van spoedzorg en bekendheid met preventieactiviteiten.

## 2.3 Werving van respondenten

In eerste instantie was het plan om twee groepsbijeenkomsten te organiseren met diverse bewoners uit Geuzenveld-Slotermeer. De intentie was voor elke bijeenkomst zes tot tien bewoners en eventueel hun mantelzorgers te benaderen voor deelname. Met de werving was een start gemaakt toen de coronacrisis het organiseren van groepsbijeenkomsten verhinderde. In overleg met Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam is, na een paar maanden van uitstel en hoop op doorgang later in het jaar, in augustus 2020 besloten om van aanpak te veranderen. In plaats van twee groepsbijeenkomsten zijn diepte-interviews houden met sleutelfiguren. In de opdracht voor de werkgroep Zuidoost (ook binnen JZOJP) is dezelfde switch goed bevallen en leverden de diepte-interviews veel informatie op. De sleutelfiguren moesten zelf in Geuzenveld-Slotermeer of eventueel Osdorp wonen en buiten de eigen ervaringen ook kunnen vertellen over de ervaringen van andere bewoners. Ze moesten dicht bij de bewoners staan en hun stem kunnen vertegenwoordigen.

Het werven van sleutelfiguren verliep moeizaam, hetgeen deels te wijten is aan de situatie rond corona. Sommige organisaties waren niet of beperkt open omdat er geen activiteiten werden georganiseerd waardoor telefonisch contact opnemen ook slecht werkte. Anderen reageerden na een initiële toezegging niet meer of konden door ziekte niet meer mee doen.

Uiteindelijk zijn vijf sleutelfiguren geïnterviewd. Zij zijn gevonden via contacten van de gemeente Amsterdam. De interviews duurden een tot anderhalf uur en werden telefonisch afgenomen.

### *Omschrijving van de geïnterviewde sleutelfiguren:*

**Mevrouw A** is een zestiger met een Nederlandse achtergrond en vrijwilliger bij de ESAN. De ESAN staat voor 'Energieke Senioren Amsterdam Nieuw-West'. De ESAN bestaat sinds 1 januari 2017 en is de opvolger van de ouderenbond ANBO, afdeling Geuzenveld. De ESAN omschrijft zichzelf als een organisatie voor senioren door senioren, die senioren ondersteunt bij het plannen, organiseren en uitvoeren van activiteiten voor senioren. Doel is contact te stimuleren en sociaal isolement te voorkomen. Activiteiten zijn bijvoorbeeld bingo, eetclub, een uitje, museum bezoek, voorlichting (bijvoorbeeld over het donor codicil), cursus (bijvoorbeeld videobewerking), themabijeenkomsten, filmdagen, high tea met kerst en dergelijke. De ESAN benadrukt het energieke en positieve karakter maar schuwt ook moeilijke onderwerpen niet (bijvoorbeeld de 'moeilijke decembermaand'). Normaliter zijn er elke dag meerdere dingen te doen. De bijeenkomsten vinden plaats in Slotermeer. De ESAN heeft een zeven koppig bestuur en zo'n 60 vaste vrijwilligers ([www.energiekesenioren.nl](http://www.energiekesenioren.nl)).

Mevrouw A woont alleen en heeft geen kinderen, ze is vanwege haar fysieke beperkingen afhankelijk van thuiszorg en huishoudelijke hulp. Ze doet momenteel alleen telefonisch werk. Mevrouw A woont zelf in Osdorp. De meeste vrijwilligers van de ESAN wonen in Geuzenveld en Slotervaart.

Vanwege de coronamaatregelen zijn de activiteiten opgeschort. In de zomer periode kon er een en ander doorgaan maar in beperkte vorm; bij het eetcafé zijn normaliter zo'n 35 mensen aanwezig en dat mochten nu negen gasten en twee vrijwilligers zijn. De mensen missen de activiteiten erg, volgens mevrouw A: "Een paar weken belde ik iedereen dat het honk weer open ging voor de koffieochtend en ze lagen bij wijze van spreken al voor de deur". Er zijn prestatieafspraken met de gemeente, maar die is nu heel coulant.

Mevrouw A belt sinds de coronamaatregelen steeds de hele lijst van 60 vrijwilligers af om te vragen hoe het gaat. "Als er nieuws is dan krijg je de verhalen automatisch al te horen. Schrijven gaat bij mij niet meer maar dan bel ik een ander van 'stuur een kaartje' en een derde komt bloemetje brengen. We houden elkaar in de gaten".

**Meneer B** is van Turkse afkomst en als vrijwilliger betrokken bij diverse zelforganisaties in Amsterdam. Hij woont 31 jaar in Nederland. Hij houdt onder andere een spreekuur voor Turkse ouderen, waarbij deze diverse (zorg)problemen voor kunnen leggen. Hij hecht er aan op persoonlijke titel te spreken en niet namens een van deze organisaties. Meneer B heeft vanuit zijn rol bij een intercultureel platform geregeld contact met de gemeente.

**Meneer C** is vrijwilliger bij Stichting Marhaba in Geuzenveld- Slotermeer. Stichting Marhaba is in 2006 opgericht door enkele Amsterdammers van Marokkaanse origine. Met de activiteiten van Marhaba wil de stichting een bijdrage leveren aan een beter leef- en woonmilieu maar ook aan de persoonlijke ontplooiing van betrokkenen in de Nederlandse samenleving ([www.stmarhaba.nl](http://www.stmarhaba.nl)). Marhaba heeft tot verdriet van meneer C geen eigen plek waar mensen samen kunnen komen. Ze hebben slechts twee uur per week aan ruimte kunnen reserveren in het Huis van de Wijk. Ze bieden momenteel een uur bewegen en een uur computerles aan maar zouden graag meer doen: mensen hebben behoefte aan een plek om binnen te lopen en koffie te drinken. Daar zouden ze dan ook aan kunnen geven dat ze hulp nodig hebben, of kan het opgemerkt worden als een bepaalde bewoner niet meer komt. Sinds de coronacrisis bezoeken en bellen ze bewoners, ze doen boodschappen en geven aan dat mensen hen kunnen bellen als ze iets nodig hebben. Ze merken dat mensen die alleen wonen graag met iemand willen praten en sommigen willen het bezoek niet meer laten gaan. In het verleden ondersteunde Marhaba Cordaan bij trainingen. De stichting krijgt geen hulp van de gemeente, en doet alles vrijwillig met het geloof als voornaamste drijfveer. Ze hebben de gemeente en woningcorporaties aangeschreven met het verzoek een ruimte te mogen gebruiken maar het antwoord luidt volgens meneer C dat de stichting zelf iets kan huren en huur kan betalen.

**Meneer D** is een goed opgeleide vijftiger, werkend in de zakelijke dienstverlening. Hij wilde zich graag inzetten voor de bewoners van zijn wijk en heeft daarom twee jaar geleden subsidie aangevraagd om een groep 55+ mannen aan het bewegen te krijgen. De groep voetbalde 1,5 jaar samen tot aan de lockdown in maart 2020. Subsidie moet jaarlijks worden aangevraagd en is nu twee keer toegekend. Met het oog hierop heeft hij voor de groep twee activiteiten per week bedacht: een keer per week binnen zaalvoetballen, en een keer per week om de Sloterplas heen lopen of joggen. Dat laatste is een rondje van zes kilometer dat je altijd kunt doen en nooit iets kost. Dit heeft hij bedacht om de groep bij elkaar te kunnen houden mocht subsidie in een volgende ronde niet lukken of een gat vallen tussen twee subsidieperiodes. Meneer D blijkt 30 jaar geleden HBO-V en daarna gezondheidswetenschappen te hebben gestudeerd en verzucht dat hij over de problemen die we in het interview bespreken destijds in zijn studie al leerde.

**Mevrouw E** is midden veertig en van Marokkaanse afkomst. Ze woont sinds 2001 in Nederland. Mevrouw E doet fulltime vrijwilligerswerk vanuit de Stichting Aknarij Nieuw West, een Marokkaanse zelforganisatie in Bos en Lommer gericht op vrouwenemancipatie. Zij bedient verschillende doelgroepen met tal van activiteiten. Zo is er een groep voor laagopgeleide vrouwen om hen te stimuleren hun talenten te benutten (bijvoorbeeld naaien of koken), een meidenclub voor meiden van 12-17 jaar, weerbaarheidstrainingen, voorlichtingen over bijvoorbeeld gezondheid, voeding, de ggz, opvoeden, debat- en filmavonden. Wekelijks organiseert zij een themabijeenkomst met ontbijt waarmee zo'n 20 tot 35 vrouwen tussen de 30 en de 70 jaar komen. Ze ziet wat er speelt of thema's worden door de groep zelf aangedragen. Mevrouw E heeft een uitgebreid netwerk en slaagt er goed in om sprekers vanuit instellingen voorlichting te komen laten geven. Mevrouw E heeft lang voor haar man gezorgd die ziek werd en uiteindelijk overleed. Toen zij voor hem zorgde kende zij het woord mantelzorger niet, en wist ze ook niets van het bestaan van hulp voor mantelzorgers. Sinds 2015 organiseert ze bijeenkomsten voor mantelzorgers. Er komen steeds meer mensen bij en momenteel bereikt ze daarmee 70 tot 80 mantelzorgers. Ook neemt zij deel aan het Platform Mantelzorg in Nieuw-West. In totaal gaat het om ongeveer 100 vrouwen die aan de activiteiten van Stichting Aknarij deelnemen.

## 3 Resultaten van de verkenning

### 3.1 Inleiding

De gesprekken met sleutelfiguren zijn als volgt opgebouwd:

- Allereerst is gevraagd naar veelvoorkomende gezondheidsproblemen, of bewoners in de wijk de weg naar de zorg goed kunnen vinden, en zo niet, welke belemmeringen zij daarbij ondervinden. We gebruikten daarvoor het begrip 'klantroute' dat verzekeraars hanteren voor de weg die zorggebruikers afleggen door het zorgaanbod.
- Vervolgens zoomden we in op het gebruik van de spoedzorg of eerste hulp (SEH). Waar in de klantroute zit volgens hen de spoedzorg? Zien bewoners dit ook zo? Wanneer en waarom maken oudere bewoners gebruik van de spoedzorg en herkennen de sleutelfiguren dat spoedzorg soms onjuist gebruikt wordt?
- Daarna bespraken we de preventie activiteiten in de wijk. Welke zijn er bekend en waar wordt gebruik van gemaakt? Activiteiten zoals voorlichting lijken immers de sleutel te zijn tot gedragsverandering.
- Tenslotte is gevraagd wat de gemeente Amsterdam en het Zilveren Kruis kunnen veranderen als ze willen dat oudere bewoners anders van de spoedzorg gebruik gaan maken, en hoe ze dat onder de aandacht moeten brengen, zodat de doelgroep de informatie tot zich neemt.

In dit hoofdstuk komen deze onderwerpen in dezelfde volgorde aan de orde. Voordat de belemmeringen bij het gebruik maken van de zorg besproken worden, gaan we eerst in op wat de sleutelfiguren opmerken over de gezondheidsproblemen die zij zien bij ouderen in Nieuw West. De gezondheidsklachten die meneer C om zich heen ziet zijn vooral niet goed slapen, hoofdpijn en lichamelijke klachten, waarbij geldt: "hoe ouder hoe meer klachten en dit begint bij 45+". Meneer D wijst op culturele verschillen bij gezondheidsklachten. Ten eerste zullen mensen met een Marokkaanse achtergrond niet snel te koop lopen met wat ze hebben. Ten tweede is men er bij psychische problemen al helemaal niet open over. Ten derde erkennen mensen zelf niet dat hun klachten



psychisch zijn. Meneer D: “Het is toch een taboe om te zeggen dat je het niet aankunt. Geestelijke klachten bespreken doen ook de Nederlanders niet openlijk, maar bij deze groep is het nog meer taboe. De persoon komt binnen met knie klachten maar er zit iets anders achter. Bijvoorbeeld een laag inkomen, je ziet je kinderen ontsporen en je hebt er geen vat op en ondertussen is er familie in Marokko die geholpen moeten worden. Zo’n ouder iemand ... hij telde ooit nog mee met zijn baan, maar die is nu weggefallen, plus al die verantwoordelijkheden... Dat telt op”. Mevrouw A wijst op ouderen zonder migratieachtergrond die een kleine familie hebben. Degenen zonder kinderen en zonder familie in de buurt staan er alleen voor. “Mijn eigen familie bestaat uit 13 personen en ik heb geen kinderen. Ik heb nu weer een aanval van reuma. Morgen heb ik brood nodig. Mijn familie gaat niet hier om 7 uur naar de bakker”. Mevrouw A is assertief genoeg om dit met een flatgenoot en de bakker te regelen. “Maar heel veel mensen durven dat niet”.

In §3.2. bespreken we het gebruik van de zorg in het algemeen en de belemmeringen die bewoners daarbij ervaren. Vervolgens gaan we in op het gebruik van spoedzorg (§3.3) en op de ervaring van bewoners met preventieactiviteiten (§3.4). In §3.5 beschrijven we welke ideeën en wensen de sleutelfiguren hebben voor het verbeteren van zorg en preventie. Ter afsluiting vatten we in §3.6 de belangrijkste bevindingen kort samen.

## 3.2 Ervaren belemmeringen bij het gebruik van de zorg

De belemmeringen die de sleutelfiguren noemen zijn terug te brengen tot twee hoofdcategorieën. Als eerste knelpunt wordt de (toegankelijkheid) van de zorg veel genoemd, en dan met name de huisartsenzorg. Ook in de vervolghulp ervaart men belemmeringen; deze liggen in het verlengde van de problemen die bij men ervaart bij de huisartsenzorg. Belangrijke tweede knelpunt betreft de angst voor ziektekosten en de onduidelijkheid over wat wel en niet vergoed wordt.

### 3.2.1 Toegankelijkheid van de huisartsenzorg

Alle sleutelfiguren denken dat de huisarts bij verreweg de meeste mensen bekend is. Bewoners hebben echter andere verwachtingen van de huisartsenzorg dan wat zij in de praktijk ontvangen. Het contact met de huisarts verloopt niet naar tevredenheid. Verschillende aspecten spelen daarbij een rol.

#### *Bewoners voelen zich niet goed geholpen en hebben andere verwachtingen ten aanzien van de geboden huisartsen zorg*

Volgens meneer C zijn bewoners in zijn wijk niet tevreden over de huisarts: “Ze vinden dat ze niet goed geholpen worden. ‘Niet geholpen met de klacht en alleen paracetamol nemen en die moet ik zelf kopen’. Veel medicijnen die je meteen krijgt moet je zelf betalen. Veel mensen vertrouwen de huisarts niet meer. De klacht blijft gewoon. Zij verwachten dat de dokter hen naar een specialist gaat sturen. Bewoner verwacht onderzoek, ‘dokter ik heb pijn, ik slaap niet goed’, maar de huisarts schrijft recept voor of zegt ‘paracetamol kopen’ en je bent weer weg. Huisarts denkt altijd dat het stress is. Wij denken dat niet. Als ik naar de huisarts ga en hij zegt alleen ‘u heeft stress gewoon paracetamol slikken’ dan kan ik dat ook wel zelf kopen bij AH”. Ook meneer B hoort ouderen vaak vertellen dat ze niet serieus genomen worden en ook hij noemt het heengezonden worden met paracetamol. Volgens meneer B gaat het vaak om ouderen die al lang hebben gewacht voor ze de stap naar de huisarts zetten. Ook hebben ze vaak meerdere klachten verzameld. “Ze gaan met bijvoorbeeld drie klachten



naar de huisarts maar na het vertellen van de eerste klacht is er geen ruimte meer voor de andere twee klachten”.

Mensen met een migratiegeschiedenis zijn vanuit de landen van herkomst gewend veel medicijnen te krijgen. Meneer D zegt dat je in Marokko voor elk symptoom een medicijn mee krijgt: “Bijvoorbeeld dit tegen de hoofdpijn en dat voor de misselijkheid. Je gaat met een hele tas weg en dat is duidelijk”.

Meneer B: “De eerste generatie is gewend dat ze met plastic zak vol medicijnen naar huis komen. (..) In Nederland is de benadering: de meeste mensen genezen vanzelf”. Daarbij lijkt de opvatting van de huisarts dat bepaalde klachten psychisch zijn niet aan te slaan. Mevrouw E gaat geregeld met mensen mee naar de dokter: “Soms gaat iemand 5 of 6 keer voor dezelfde klacht naar de huisarts en dan zegt hij ‘het zit in je hoofd’. De persoon zegt: ‘ik ga lichamelijk stuk, lichamelijk kan ik het niet meer volhouden!’”.

Gebrek aan vertrouwen dat je goed geholpen wordt is een reden om de stap naar de huisarts uit te stellen. Meneer C: “Als je elke week bij de huisarts komt dan wordt de huisarts een beetje moe. Veel mensen zijn bang: ik ben drie keer bij de huisarts geweest, ik heb pijn, krijg alleen paracetamol. Durft niet nog keer te gaan. Dan meer stress”. En: “Als het stress was dan heeft dit niet geholpen”.

#### *Bewoners willen graag tijd en persoonlijke aandacht maar ervaren haast, tijdgebrek en anonimiteit*

Drie sleutelfiguren geven aan dat mensen zich niet gezien of gekend voelen en dat er haast lijkt te zijn om hen zo snel mogelijk uit de spreekkamer te krijgen.

Meneer B: “Wat ik vaak hoor is... ik heb dat zelf ook meegemaakt. Bij mijn vorige huisarts is het een soort lopende band werk, je voelt je weggejaagd. Ik merkte dat er heel veel artsen in opleiding komen, die komen en gaan. Je belt met de assistent en dan wordt er alles aan gedaan dat je thuis blijft. Mijn huidige huisarts neemt echt de tijd voor je. Hij wil geen nieuwe patiënten meer. De mens staat centraal! Beiden waren Hollander, dat is het niet. Maar ik zie dat er betere aandacht gegeven wordt bij mijn huidige huisarts. Als je klaar bent ga je met een gelukkig gevoel naar huis. Hij hoeft niet altijd medicijnen te geven, het gaat er om dat je je begrepen voelt”. Meneer B hoort ook van bewoners dat ze een afspraak willen met de ‘echte’ huisarts maar worden verwezen naar een arts in opleiding, die niet diezelfde ervaring heeft. “Turkse ouderen zijn gewend: veel aandacht, de klant staat centraal. Sommige huisartsen vinden de cijfers belangrijker dan klantcontact”.

Meneer C: “We krijgen geen tijd, alleen een recept. Soms vind ik het niet leuk en ik wil niet nog een keer terugkomen. Hij geeft niet veel tijd maar ik wacht in de wachtkamer langer. Veel mensen zeggen ‘ik kan niet veel praten ik kan niet veel vragen’. De dokter weet soms niet naam patiënt, beetje haast, patiënt vind niet leuk. Hij is niet bij de dokter”.

Mevrouw A is zeer tevreden over haar eigen huisarts. Hij runt een praktijk samen met zijn zus en heeft een paar vaste artsen voor als ze er niet zijn. Mevrouw A kent hen allemaal en zij haar. Van andere ouderen hoort zij echter dat de huisarts geen tijd meer heeft. Voelen deze mensen de ruimte om hun klachten goed uit te leggen? “Nee, er is tijdgebrek. Je moet tegenwoordig bij de dokter blijven zitten tot jij uitgesproken bent, en niet totdat de dokter uitgesproken is! Het verschilt wel per dokter natuurlijk”.

Mevrouw A en meneer B zijn tevreden over hun huidige huisarts omdat deze de tijd nemen en hun patiënten goed kennen. Meneer B noemt een kliniek voor specialistische zorg, gefinancierd door een Turkse investeerder en gerund door Turkstalig zorgpersoneel dat de tijd neemt. Mensen met een Turkse achtergrond willen hier graag naar verwezen worden. “Ook bij deze kliniek krijgen patiënten geen zak medicijnen mee. Maar misschien is daar de communicatie beter”, aldus meneer B. Huisartsen zijn volgens hem echter niet geneigd naar deze kliniek te verwijzen.

#### *Bewoners vinden de huisartsenzorg weinig toegankelijk*

Drie respondenten benoemen dat de zorg vroeger toegankelijker was: de huisarts kwam vroeger naar je toe en/of vroeger was er een inloopsprekkuur. Nu moet je bellen voor een afspraak, en dat is volgens de sleutelfiguren drempelverhogend.

Meneer D: “Wat opvalt is dat het allemaal wat ingewikkelder geworden is. Waar je vroeger een inloopspreekuur had is dat veranderd in dat je een afspraak moest maken voor die dag. Nu is dat op maandag bellen om op woensdag een afspraak te kunnen hebben. Dit ervaren mensen wel als knelpunt. Mits levensbedreigend, heb je geluk als je dezelfde dag terecht kunt. Maar meestal is dat een of twee dagen later. Dit is een gebied waar veel gezondheidsvragen zijn, waar huisartsen denk ik hun stinkende best doen, maar het niet helemaal aan kunnen”. In de vorige huisartsenpartijk van meneer D was het zelfs zo dat als je niet dezelfde dag terecht kon, ze ook geen afspraak konden maken voor de volgende dag. “Dan moet je zelf de volgende dag tussen 8 en 10 bellen om te kijken of je die dag een afspraak kunt hebben. Dat is niet klantvriendelijk, zeg maar”.

De huisarts van mevrouw A komt nog bij patiënten thuis, maar deze situatie duurt vast niet lang meer.

Mevrouw A: “Hij gaat bijna met pensioen. Ik heb gehoord dat hij wil stoppen maar een goede waarnemer zoekt... Die komt vast niet meer bij de mensen thuis”.

#### *Taal- en communicatieproblemen spelen een rol*

Gevaagd naar de communicatie bij de huisarts en of patiënten zich begrepen voelen, wijzen de sleutelfiguren met een migratieachtergrond op taal problemen. Meneer B benadrukt dat het maken van een afspraak nog wel lukt, maar het lastig wordt bij het overbrengen van de klachten: “Bijvoorbeeld een soort pijn bespreken. Daar hebben ze de woorden niet voor”. Meneer C: “Hoe kan je klachten doorgeven als je de taal niet begrijpt? Mensen blijven elke week naar huisarts gaan. Omdat hij nog steeds niet begrijpt wat hij heeft”. Mevrouw E geeft aan dat het niet altijd alleen om de taalkennis gaat, maar ook om de concepten die we in Nederland gebruiken bij het beschrijven van klachten. “Soms kan iemand ook de klacht niet beschrijven. Hij zegt bijvoorbeeld ik heb hoofdpijn en hij denkt ‘de dokter begrijpt dit’. Maar die vraagt: ‘Wat voor soort pijn is het? Is het aan de linkerkant van je hoofd? Aan de rechterkant?’ Bij ons is dat gewoon hoofdpijn!”. Meneer D onderschrijft dat veel ouderen de taal niet spreken en zonder hulp niet begrepen zullen worden door de huisarts. Maar hij nuanceert dit beeld ook: “Ouderen van 55-65 jaar redden zich aardig qua communicatie. Er is diversiteit binnen de groep”. De veronderstelling dat ouderen kinderen of andere familieleden hebben die het Nederlands wel machtig zijn en zij met hun ouders mee kunnen komen naar de huisarts is volgens de sleutelfiguren achterhaald. Er zijn wel mensen die willen helpen, maar die kunnen niet altijd op het tijdstip van de afspraak. Meneer D: “Vroeger was het vanzelfsprekend dat de zorg werd gedaan door de kinderen, maar deze hebben nu een fulltime job. Om hier te kunnen wonen moet je tegenwoordig tweeverdieners zijn en de kinderen werken dus en kunnen niet de zorg oppakken. Dit is gewoon het emancipatieproces, vroeger was dit ook bij de Nederlanders zo”. Ook biedt het meenemen van een tolkend familielid niet altijd soelaas. Meneer B: “Men vertelt heel veel en de tolk maakt er twee zinnen van. Zit frustratie in. Daarna heeft de dokter niet alles begrepen en daarna machteloosheid”.

Meneer C zou graag zien dat er in de huisartsenpraktijk iemand werkt die goed Berbers of Arabisch spreekt. Volgens hem krijgen veel mensen nu de verkeerde medicijnen door een verkeerde diagnose. Op zich zou hulp in de eigen taal volgens de andere sleutelfiguren welkom zijn, maar bovenaan staat een zorgverlener die vriendelijk is. Een zorgverlener uit de ‘eigen groep’ is daar geen garantie voor. Meneer C: “Sommige mensen niet goed helpen, die wil hard praten en is niet goed van ‘welkom bij mij’. Dan wil ik niet bij haar of bij hem dan wil ik liever bij de Nederlander. De persoon moet goed aandacht kunnen geven aan de mensen dat is het belangrijkste”.

Mevrouw A wijst er op dat ouderen zonder migratieachtergrond het ook niet altijd begrijpen: “De een wel, de ander niet. Er zijn veel mensen bij die geen hulp meenemen en licht dementerend zijn. De dokter moet er wijs uit worden en zij begrijpen het niet. Dus er moet meer voorlichting zijn van ‘neem iemand mee’. Stel je hoort je hebt kanker dan ben je van slag dan weet je niet meer wat de dokter

vertelt. Ze vertellen het tegenwoordig ook rustig als je er alleen zit. (...) De boodschap zou ook kunnen zijn van 'pil echt elke dag op het zelfde tijdstip innemen', dan begrijpen ze het ook niet".

### 3.2.2 Belemmeringen bij andere vormen van zorg

Ook bij andere vormen van zorg ervaren bewoners belemmeringen. Deze liggen inhoudelijk in het verlengde van de knelpunten die zij ervaren bij de huisartsenzorg.

#### *Het is moeilijk om binnen het zorgstelsel de weg naar de juiste zorg te vinden*

Meneer D: "Als je dan bent doorverwezen begint het hele riedeltje weer opnieuw". Hij doelt daarmee op de vaardigheden en het geduld die nodig zijn om bij vervolg hulp aan te komen. Ook mevrouw A die geboren en getogen is in Nederland bevestigt dat mensen moeite hebben om hun weg in het zorgstelsel te vinden: "Wat ik er aan zie, en ik ben best wel snugger als ik dat zo mag zeggen, ik heb ambulante hulp moeten nemen om mij de weg te wijzen wat er allemaal is. Daar moet je gebruik van maken en die wijzen je de weg van 'dit gaat via de ziekenfonds en dat moet je daar aanvragen'. Als je een PGB wilt voor douchehulp in te kopen moet je wilsonbekwaam worden verklaard. Dat moet niet mogen. Ze maken het je erg moeilijk. Als je PGB hebt dan moet diegene voor douchen bij de Kamer voor Koophandel ingeschreven zijn. Het kan familie zijn, maar ze moeten gewoon komen als je hulp nodig hebt, ze zijn aan je gebonden dus hen betalen is goed. Maar dat maakt het ziekenfonds onmogelijk. (...). Ik ben in de 60, dan moet je 80 zijn of 90 en je moet dan de weg maar zien te vinden. Met hulp lukt het mij wel. Maar ik heb vijf jaar ervaring dat mijn man ziek was, toen heb ik alles gedaan. Daarna heb je er geen zin meer in en ga je zelf kwakkelen en ben je te ziek en geef je het uit handen".

Mevrouw A denkt dat "de buitenlanders de weg beter weten dan de Nederlanders. (...) Als je ergens komt bijvoorbeeld het indicatiebureau: ze hebben altijd iemand bij zich. Echt eentje die er voor gestudeerd heeft. Niet de eigen kinderen. Ze zijn beter voorbereid, ze krijgen meer voor elkaar. Ze weten de weg naar de Sezo. Sezo zit in Slotermeer en in Osdorp, dat is iets sociaals, sociaal werk, geen idee, ze helpen je met papieren. Ik neem aan dat ze van de Sezo zijn want die ken ik toevallig bij naam. Ze hebben ook een betere band met elkaar en de een krijgt het van de ander te horen".

Ze bedoelt dit overigens niet afgunstig, ze ziet om zich heen dat mensen met een migratieachtergrond meer aan hun familie hebben en elkaar ook beter vooruithelpen.

#### *Wantrouwen en taboes verhinderen zorggebruik*

Volgens mevrouw E, die veel mensen met een migratieachtergrond probeert verder te helpen en te verwijzen naar de juiste instanties, hebben veel mensen angst voor de instanties: "Bijvoorbeeld voor de GGZ, daar stappen ze niet makkelijk op af. Bijvoorbeeld een vrouw komt bij mij omdat ze een dochter van 15 jaar heeft die depressief is. Maar naar de psycholoog gaan is bij ons nog steeds een taboe. Ook bijvoorbeeld speciaal onderwijs, dat is taboe. Ook al probeer je met veel voorlichting haar daar te krijgen, ze gaat niet. Mensen hebben een vertrouwenspersoon nodig. Iemand die zegt 'ja dat is de goede weg, dat is de goede instantie, ik ken daar iemand ze gaan je helpen'. Daarnaast is een warme overdracht nodig, maar dit is niet eenvoudig. "Ook in mijn praktijk als vrijwilliger voor mantelzorgers is het moeilijk om een warme overdracht te creëren, ik kan ze vaak alleen verwijzen. Ik wil graag zeker weten dat ze in goede handen komen, maar als ik geen contact heb met de instelling dan is het lastig om daar een gesprek te krijgen".

#### *Na een doorverwijzing zijn er lange wachttijden*

Eenmaal doorverwezen is er sprake van wachtlijsten. Volgens mevrouw A zijn doorverwijzingen naar specialisten een drama. Door de coronamaatregelen zijn al haar afspraken afgezegd. "Ik moet

geopereerd worden aan mijn oog en dan moet er ic bed klaar staan. Ik kan naar de kliniek in Haarlem gaan, die is uitstekend, maar die hebben geen IC bed. (...) ik ben al een jaar niet geweest. Vorig jaar kon ik door mijn hart niet geopereerd worden, en nu is dat weer rustig maar ik kan nu niet terecht. (...) Ze lezen je status niet goed. Ze zeggen: u heeft alleen een beetje staar. Maar lees de rest ook even! Sommige dingen zijn echt belangrijk en moeten door gaan. Ik heb zo'n joekel van een tv gekocht om de ondertiteling te kunnen lezen. Je kan geen krantje lezen, je kan geen Margriet lezen, niks". Ook bij de cardioloog kon ze ondanks dat ze zich al een tijd niet goed voelde niet terecht. "Langs de assistentes kom je niet. Toen heb ik het via de pacemaker technicus gespeeld. Die leest hem uit en toen heeft hij gezegd 'dit is echt helemaal niet goed, je moet een afspraak". Desgevraagd antwoord ze dat dit voor corona ook al zo was. Ook van andere ouderen hoort ze dat bij de dokter terecht komen lastig is. Dit geldt voor de huisarts en het ziekenhuis. Overal zijn lange wachttijden.

#### *Kwaliteit van de thuiszorg*

Van de sleutelfiguren met een migratieachtergrond kent alleen meneer B zelf een voorbeeld van wijkverpleging: "De vader van een vriend is overleden. Zij hebben thuis heel veel hulp gekregen. Zij waren heel tevreden. Schoonmaken lieten ze wel doen maar eten koken niet, daar kunnen die oude mensen niet meer aan wennen. Dat is mijn enige ervaring". Hij geeft aan dat Turkse ouderen vaak niet willen dat iemand in hun huis komt om te helpen: "Niet van buiten, ze hebben liever hulp van de kinderen. Er is schaamte, als de burens het horen, 'hee die familie krijgt huishoudelijke hulp'. Terwijl de kinderen nog bestaan. Dat de kinderen niet goed voor de ouders zorgen. Bij ons is dat nog vanzelfsprekend".

Mevrouw A heeft zelf ruime ervaring met de thuiszorg en is er niet zo over te spreken: "Ik heb een keer mijn vingers gebroken, ik kon mijn hand niet meer gebruiken. Ik ging naar bed, het was oktober dat weet ik nog, dat je je kleren nog aanhebt dat maakt me niet uit, maar ik kon me niet toedekken en het was koud. Dan bel je naar iemand maar dan moet je eerst een intakegesprek. Vijf dagen later! Als iemand belt 'ik ben gevallen', geef dan eerst de hulp en het intakegesprek komt later. Mij is het gelukt, ik kon die jongen al, ik had zijn nummer. Dus ik bel hem om 11 uur s avonds". Wat de zorg goed maakt is volgens haar gediplomeerd personeel. "Als je hoort dat iemand de voeding met de medicijnen samen in één spuit krijgt zonder tussen door te spoelen... Dat is echt niet goed. Je moet tegenwoordig eerst de recensies lezen op internet". Maar ook dan kan het beter: "Zoals bij Cordaan en dergelijke werken allemaal hele lieve jongens en meiden maar soms wordt je om 11.30 uur pas gedoucht, dan is je halve dag al voorbij". En: "Wat de gemeente onder een schoon en leefbaar huis verstaat dat versta ik er niet onder. De galerij hoort er niet bij, het balkon niet, ze mogen geen stof op de kasten weghalen, niet op een trapje met meer dan drie treden, de ramen maar een keer per half jaar..."

We zien dus dat de belemmeringen die bewoners ervaren bij andere vormen van zorg zich ook concentreren rond de toegankelijkheid (te complex), en rondom tijd: moeten wachten en onvoldoende tijd ervaren van de zorgverlener. Bij sommige groepen ligt er nog een drempel voor, namelijk die van taboes rondom bijvoorbeeld psychische problematiek en handicap.

### 3.2.3 Onduidelijkheid over vergoeding van zorgkosten

Er is volgens de sleutelfiguren veel onduidelijkheid omtrent wat er wel of niet vergoed wordt vanuit de ziektekostenverzekering. Dit is naast de toegankelijkheid van de huisartsenzorg het probleem dat het vaakst genoemd wordt. Het gaat zowel om de kosten die de mensen niet op kunnen brengen, als om de onzekerheid hierover.

### *Onduidelijkheid over wat de verzekeraar vergoedt*

Meneer C: “Welke medicijnen worden niet vergoed, waarom worden die niet vergoed? Zij hebben ook problemen want zij begrijpen niet waar ze verzekerd voor zijn. Soms vergoeding, soms niet. Zij weten het niet als zij naar een andere specialist gaan. Zij gaan naar de afspraak en dan krijgen ze een factuur. Zilveren Kruis zegt dan: ‘wij werken niet meer samen deze aanbieder’. Dan hebben ze gewoon pech. Zij dachten goed verzekerd te zijn maar moeten die bedragen betalen. Huisarts stuurt naar een ziekenhuis en hij zegt niet: als je naar dit ziekenhuis wilt gaan moet je eerst bellen naar Zilveren Kruis of die het vergoedt. Huisarts moet zeggen dat zelf moet betalen”.

Meneer D: “Welke zorg aanbieder is wel of niet gedekt bij een doorverwijzing? (...) Dit zijn allemaal extra stappen die je moet ondernemen en uit moet zoeken voordat je ergens terecht bent. We hebben de gezondheidszorg hiermee ingewikkelder gemaakt. Dan is er ook nog een keer het eigen risico dat er bij komt. Kan me voorstellen dat als je krap bij kas bent dat je daar ook aan denkt: ach het is toch niet zo ernstig ik stel dat bloedonderzoek maar even uit. Is niet eenvoudig. Concurrenieren, prijs, marktwerking... ik snap dat het is bedoeld om de zorg goedkoop te houden, nou ik weet het niet! Blijft veel aan strijkstok hangen, wat je aan de ene kant bespaard hebt wordt aan de andere kant uitgegeven, bijvoorbeeld aan de mensen die aan de telefoon zitten en dit allemaal uit moeten leggen”.

Mevrouw E: “De eerste generatie daarbij heeft brieven sturen of een email sturen geen zin. Je moet de informatie mondeling overbrengen! Ze maken geen gebruik van de zorg omdat ze het niet weten. Zilveren kruis/Achmea heeft veel voordelen voor de mensen maar ze weten het niet”.

### *Ontevredenheid over de hoge eigen bijdrage en de beperkte vergoeding van zorg en medicatie*

Naast de onduidelijkheid en het ingewikkelde systeem zijn volgens de sleutelfiguren de zorgkosten te hoog en wordt er te weinig vergoed. Twee sleutelfiguren benoemen het beperkte aantal behandelingen bij de fysiotherapeut dat vergoed wordt. Daar zouden veel mensen over klagen.

Mevrouw A: “Je moet echt shoppen voor een andere zorgverzekering en dan echt kijken wat heb ik nodig. Ik heb nu Nationale Nederlanden en dan heb ik 29 behandelingen fysio per jaar en dat is al heel verschil met Zilveren Kruis, die heeft heel weinig. De mensen begrijpen vaak niet dat je per jaar maar 10 uur ergotherapie mag en dat heb je echt nodig als je ouder wordt”.

In het algemeen vindt meneer C dat je te veel betaalt en er maar weinig wordt vergoed. Het eigen risico vinden mensen te hoog. Dit is ook de ervaring van meneer B: “Wat ik hoor is dit: in Nederland moet je zuinig zijn, de zorg is ontoegankelijk, pakketten heel uitgekleeft, wordt niets meer vergoed, eigen bijdrage te hoog, premie te hoog. Het is niet makkelijk voor deze mensen. Je krijgt de zorg op basis van hoe je verzekerd bent, dus de hoogte premie bepaalt welke zorg je krijgt vergoed”. Meneer B wijst er op dat ook kleine bedragen een probleem kunnen vormen en dat mensen vanwege de kosten zorg uitstellen: “Ouderen die niet zo veel budget hebben kunnen niet alles betalen. Bijvoorbeeld de medicijnen kopen ze gewoon niet. Bijvoorbeeld bij hoestklachten: ‘hoestdrank kost 8 euro, dat kan ik niet betalen’. En er zijn mensen die de eigen bijdrage niet op willen maken. Ze sparen die uit en krijgen het dan later terug. Als iemand naar het ziekenhuis moet dan stellen ze het uit tot volgend jaar omdat ze dan al ergens voor moeten. Bepaalde dingen uitstellen vanwege de eigen bijdrage”. Meneer B zag in zijn spreekuur dat dat ook voor huishoudelijke hulp geldt: “Heel veel ouderen met iets meer inkomen dan bijstandsniveau moesten vanaf twee jaar geleden eigen bijdrage huishoudelijke hulp betalen. Dat namen ze dan niet. Nu kost het evenveel en maken ze er weer gebruik van”. Mijnheer C geeft aan dat bewoners met een gemeentepolis geen keuze hebben om zich nog beter te verzekeren en dat wel graag zouden willen: “Ze willen graag keuze maken: ik wil dit jaar naar tandarts, verzekering nemen. Dan de tandarts meer gebruiken. Dat punt hebben wij veel gehoord van de mensen”.

Samenvattend zien we als voornaamste belemmering de toegankelijkheid van de zorg, en dan met name de huisartsenzorg. De zorg is complex geworden, er zijn lange wachttijden en de verwachtingen



van bewoners komen niet uit. Dit leidt soms tot het uitstellen van hulp zoeken. Taal- en cultuurverschillen spelen hierbij een rol, maar ook de geboren en getogen Amsterdamse geeft aan dat het stelsel te complex is. Er is veel angst voor ziektekosten en de onduidelijkheid over wat wel en niet vergoed wordt is van invloed op het gebruik willen maken van beschikbare zorg.

### 3.3 Gebruik van de spoedzorg

De gemeente Amsterdam en het Zilveren Kruis hebben geconstateerd dat er te vaak gebruik wordt gemaakt van de spoedzorg van het OLVG, zonder dat er sprake is van spoedeisende medische klachten. Zij zien dit met name bij ouderen met een migratieachtergrond. In Amsterdam is de afspraak dat bewoners die 's avonds of in het weekend huisartsenzorg nodig hebben daarvoor terecht kunnen bij de huisartsenpost (HAP) van het OLVG. Eventueel kan de HAP de bewoner doorverwijzen naar de SEH. In de praktijk komen er echter ook mensen direct naar de SEH, zonder verwijzing van huisarts of HAP en zonder spoedeisende problematiek. Met welk type niet-spoedeisende klachten bewoners zich dan melden en wat de ervaringen daarmee zijn onder professionals wordt door de ELAA nader onderzocht (zie §2.1). In dit onderzoek richten we ons op de motieven van de bewoners.

#### *Direct zorg willen*

Er is onder zorgverleners een vermoeden dat het naast het niet begrijpen van de juiste gang van zaken ook om bewust gedrag van bewoners gaat. Drie sleutelfiguren herkennen dit en geven als reden aan dat bewoners zich zorgen maken en het niet meer willen 'aankijken'.

Meneer C: "Ja dat is waar, dat gebeurt wel. Sommige mensen geloven de huisarts niet meer en belt dan naar huisartsenpost en dan meteen naar ziekenhuis dan kan snel hulp krijgen. Veel mensen omdat ze denken: als ik naar deze huisartsenpost ga dan kan ik meteen hulp krijgen. Maar als ik bij mijn eigen huisarts kom dan zegt die 'alleen medicijnen veranderen' of iets dergelijks. Daarom denken ze: ik ga naar huisartsenpost".

Meneer D: "Op het moment dat je thuis zit en je zit met een klacht dan wordt je duidelijk gemaakt dat je het aan moet kijken. Of een paracetamol nemen. Zeker als het om je kind gaat of om een ouder, bijvoorbeeld je moeder van 90, en je ziet dat het niet goed gaat, dan is er een verschil in waarneming tussen jou en de arts. De huisarts heeft een poortwachter functie en dat is goed, maar die functie is best wel streng geworden. Je denkt zelf misschien 'ik wil het goed laten onderzoeken' terwijl de huisarts al weet dat het niet valt te onderzoeken. (...). Dat gevoel van 'ik wil er gewoon naar laten kijken' speelt denk ik een rol. Je weet gewoon: als ik naar de SEH ga dan word ik meteen geholpen. Dat kan een rol spelen, een doorverwijzing krijgen van de huisarts is niet makkelijk. Dus als je al weet wat hij gaat zeggen ....". Mevrouw E: "De pijn, die voel jij zelf, en je wilt gewoon dat die meteen weggaat".

Meneer B: "Of bij deze generatie is bekend dat je makkelijk buiten kantooruren naar de SEH gaat en direct geholpen wordt. De wegen zijn korter. Misschien omdat wachttijden heel lang zijn bij de gewone arts".

#### *Invloed van volwassen kinderen op het gebruik van de spoedzorg door hun ouders*

Meneer D denkt dat het niet zozeer de ouderen zijn die naar de SEH willen, maar hun volwassen kinderen, die hier zijn opgegroeid: "De kinderen zijn ook mondiger geworden als ze zien dat het met hun ouders niet goed gaat. Op het moment dat je het niet vertrouwt... 'Ik zie gewoon dat het niet goed gaat, ik ga er nu gewoon heen, ik wil gewoon dat ernaar gekeken wordt. Wachten? Niks daarvan'. (...). Persoonlijk... als ik op donderdag avond zie dat het niet goed gaat dan wil ik dat er vrijdag naar gekeken wordt. Ik maak een afspraak ik ga het niet aankijken want als het dan niet goed gaat zit je op

de vrijdag en weekend. Dat heeft ook te maken met hoe je in het leven staat. Ik plan het en neem liever het zekere voor het onzekere”.

#### *Rol HAP als poortwachter voor de SEH*

Hoewel het beeld dat bewoners direct naar de SEH gaan wordt herkend, zijn er toch ook vragen en twijfels of dit ook echt lukt. Meneer B en mevrouw A begrijpen niet hoe het mensen lukt met te lichte klachten bij de spoedzorg terecht te komen, omdat daarvoor eerst de verwijzing van de HAP nodig is. Meneer B: “Ik had zelf heel veel last van mijn buik. Ik kon niet meer. Mijn huisarts was boos op mij dat ik niet eerder naar de arts ben gegaan. De klachten had ik gekregen na kantooruren. Gebeld naar de HAP. Men doet er echt alles aan om je thuis te houden. Het is heel moeilijk om binnen te komen”. Dit zegt ook meneer D: “Bij de HAP wordt je eerst telefonisch onderzocht, bijvoorbeeld hoe benauwd je bent et cetera, een hele vragenlijst. Terwijl wij zijn leken. Maar als je niet het juiste antwoord geeft dan mag je thuisblijven”. Mevrouw A: “Als je naar ziekenhuis gaat dan wordt je niet zo maar op de SEH geholpen. Ik denk niet dat men direct naar de SEH gaat. Dat kunnen ze niet en dan mogen ze niet. Als er geen afspraak is. Ja want op de eerste hulp ben ik ook tamelijk bekend, haha”. Mevrouw E denkt dat dit in het verleden veel gebeurde maar tegenwoordig niet meer kan. “Vroeger hoorde ik het wel veel van dat mensen meteen naar de spoedeisende hulp gingen, maar nu hoor ik het niet meer. Ik had vorige week ook een gesprek met iemand van de SEH en hij zei dat ook, dat er niet zoveel mensen meer komen. Het was vroeger makkelijk je gaat er gewoon meteen heen. Nu moet je eerst van alles. Via de huisarts naar de spoed gaan is echt lastig. (...). Ik heb wel één ding geleerd: je moet gewoon overdrijven!”.

Mevrouw A heeft wel een verklaring voor opname in het ziekenhuis in bepaalde gevallen, namelijk als er geen partner of familie is: “De huisartsenpost zitt met de handen in het haar, want wat moeten we er mee, want de persoon kan niet alleen thuisblijven. Dan maar naar het ziekenhuis sturen. Het is een probleem dat er geen verpleeghuizen meer zijn en die er zijn hebben ook wachtlijsten. Dat is het domste geweest dat we konden doen”. Dit gaat dan niet zozeer over onjuist gebruik van de spoedzorg maar over opname in het ziekenhuis om andere redenen.

### **3.4 Preventieactiviteiten in de wijk en gebruik van het aanbod**

Aan de sleutelfiguren is gevraagd of ze zicht hebben op het preventie aanbod in de wijk, en of bewoners daar gebruik van maken. Alle vijf de sleutelfiguren kunnen preventieactiviteiten in de wijk benoemen; ze zijn zelf ook actief als aanbieder van preventieactiviteiten. De meesten van hen benadrukken dat er nog meer nodig is.

#### *Middelen en ruimte voor het organiseren van activiteiten*

Door drie sleutelfiguren wordt het belang van een eigen ruimte met inloop-karakter benadrukt. Daar heeft niet elke zelforganisatie toegang toe. Mevrouw A doet vrijwilligerswerk bij de ESAN dat voor senioren tal van activiteiten organiseert, vanuit twee locaties in Sloterveer. Om mee te doen aan te activiteiten is het niet nodig lid te worden, iedereen kan overal aan meedoen. Activiteiten worden aangekondigd in de Westerpост, een wijkblad dat niet gratis is. “Heel toevallig zijn wij de enigste groep met Hollandse mensen maar de buitenlandse zijn van harte welkom”, zegt mevrouw A. Mevrouw A weet een paar mensen met een migratie achtergrond te noemen: “een paar Surinamers, een Marokkaanse, een Belg en een Schot maar de Nederlanders voeren de boventoon”. Meneer C zou dat ook graag willen voor de Marokkaanse doelgroep. Hij is vrijwilliger bij Stichting Marhaba en vertelt dat Marhaba in het verleden veel informatiebijeenkomsten organiseerde.



Momenteel heeft Marhaba alleen twee uur per week ruimte voor activiteiten in het Huis van de Wijk. “De regels zijn veranderd, de mensen zijn ook veranderd. De mensen hebben meer stress. Zij hebben geen plek om bij elkaar te komen en met elkaar te praten. Ze moeten op straat lopen. Wij hebben geen ruimte in deze buurt. Alleen als moslim is kan naar de moskee”. Hij denkt dat een laagdrempelige ruimte waar je gewoon binnen kunt lopen een functie vervult voor ontmoeting in de vrije tijd, maar ook als bron van informatie kan fungeren: “Zij willen een ruimte waar ze bij elkaar kunnen komen en ideeën uitwisselen. Als probleem heeft dan kan iemand anders uitleggen. Mensen boven 55 hebben dat nodig. Zoiets als buurthuis. Daar kunnen zij jou wel de informatie geven, daar vinden ze veel, wanneer vrije tijd hebben kunnen dam spelen, ideeën uitwisselen. Maar dit bestaat niet meer. Alleen maar thuis is niet goed. Ruzie maken met hun vrouw, dan even weg kunnen en even praten”. Meneer B vertelt dat Stichting Kümbet voor mensen met een Turkse achtergrond open is tot 's avonds elf uur. Mensen kijken bijvoorbeeld samen tv, een soort informele dagbesteding. De stichting krijgt weinig of geen subsidie vanuit de gemeente. Het Huis van de Wijk heeft wel geld en een ruimte om activiteiten te organiseren. “Maar daar komen weer andere mensen. Onze mensen gaan dan niet daarheen. Zij blijven dan meestal ongehoord, de taal is een serieus probleem. Bij Kümbet voelen ze zich wel thuis”. Stichting Aknarij ontvangt wel subsidie voor het huren van een ruimte en het organiseren van activiteiten. Mevrouw E benadrukt ook de verbinding tussen mensen: “Elke week doe ik een thema ochtend met een ontbijt. Mijn doel is om mensen bij elkaar te brengen en eten verbindt. Niet iedereen wil altijd informatie. Ik heb meestal een thema maar soms heb ik er geen en dan is het we gaan gewoon lekker kletsen”. In de coronatijd zijn al deze activiteiten niet doorgegaan terwijl de mensen het juist zo nodig hebben, volgens mevrouw E: “In september en in november hebben we het wel een paar keer gedaan. Het is juist hard nodig in deze tijd. Mensen hebben angst, eenzaamheid, depressie. Onze mensen zijn niet zo van het online”. Meneer D zegt dat gelovige ouderen houvast vinden in het beleven van hun geloof en graag naar de moskee gaan: “Dat is positief, mensen kunnen ervaringen uitwisselen en steun krijgen, bijvoorbeeld bij de aanvraag van een scootmobiel. Het sociale contact is positief”.

Naast het gebrek aan een eigen ruimte is er ook gebrek aan middelen om voorlichtingen en dergelijke te organiseren. Meneer C: “Vroeger nodigen wij iemand uit van GGD die geven informatiebijeenkomsten, nodigen wij ook iemand uit voor goed bewegen en wat doen bij stress. Wij krijgen deze vragen van onze achterban: kunnen jullie een informatiebijeenkomst doen, kennen jullie iemand die kan vertalen, een voorlichting over een ziekte en over de verzekering. Dat hebben we veel gedaan vroeger. Nu moet je alles betalen, als je iemand GGD of GGZ vraagt dan niet alleen vrijwilligersvergoeding geven, nu moeten wij die professional betalen. Wij hebben geen budget hiervoor en dit is te moeilijk voor de organisaties. Wij blijven dit doen als we iemand kennen die goedkoop wil doen.”.

#### *Ruime tijdsinvestering nodig om de doelgroep te bereiken*

Volgens meneer C kwamen de mensen zeker naar de bijeenkomsten bij Marhaba als ze werden uitgenodigd. Meneer D heeft de ervaring dat er veel voor nodig is om mensen daadwerkelijk bij een bijeenkomst aanwezig te laten zijn: “Je moet mensen bijna persoonlijk gaan vragen, zodanig plannen dat het precies na het gebed is en ze er toch al zijn. En bij de deur nog weer vragen anders lopen ze gewoon naar buiten. Je moet ze bijna in de goede richting duwen. Er is meer nodig dan een brochure sturen met ‘hallo wij organiseren een voorlichting’”. Dit is ook zijn ervaring bij het voetbalproject voor 55+ mannen dat hij heeft opgezet. Het kost veel moeite de mensen te motiveren te komen en dit blijft zo, ook al komen ze inmiddels heel graag. Hij grapt dat je hen nog net niet met de auto op hoeft te halen. Mevrouw E slaagt er goed in veel mensen te bereiken en zij weet hen vast te houden. Ze zet zich echter wel fulltime in voor haar vrijwilligerswerk.

### *Betere verbinding tussen formele en informele hulp*

Er lijken in de buurt diverse initiatieven te zijn. Toch weten mensen met een behoefte het aanbod vaak niet te vinden. Volgens mevrouw E gaat de samenwerking tussen het formele en informele aanbod niet goed. Ze noemt een voorbeeld van een van haar pogingen om dit wel voor elkaar te krijgen: “Voor de mantelzorgers had ik een actie opgezet voor ‘de dag van de mantelzorg’ met huisartsen en fysiotherapiepraktijken. Zij kunnen naar ons verwijzen en dan kunnen wij helpen. Ik ging naar de balie van de huisartsen maar er was geen gelegenheid voor mij om een gesprek te krijgen met een van hen. Ze zeggen dan ‘leg daar je flyers maar neer’. Eén fysiotherapiepraktijk verwijst wel heel veel mensen naar ons door. Hoe dit komt? Ik had toevallig zelf fysiotherapie nodig en toen raakten we aan de praat. Deze praktijk ziet veel mantelzorgers en stuurt mensen naar ons door. Maar via de vier, vijf andere praktijken heb ik nooit iemand gehad”.

### *Van voorlichting naar gedragsverandering*

Meneer D ziet dat er steeds meer voorlichting gegeven wordt en heeft ook wel het idee dat het meer beklijft. Echter, tussen begrijpen enerzijds en het veranderen van je gedrag anderzijds zit een verschil. Hij ziet daar verschillende redenen voor. Ten eerste is er vaak geen direct nadeel te merken, bijvoorbeeld als je op vakantie bent en lekker van watermeloen wil genieten terwijl je diabetes hebt. Ten tweede zijn er culturele codes die verhinderen dat je met je ziekte te koop loopt, en als je daar al wel open over bent dan stel je geen eisen aan je gastheer: “Een Hollander die langs komt zegt gerust: ‘leuk dat je me uitnodigt maar hou er rekening mee ik eet geen vlees’. Je wordt uitgenodigd en dan ook nog eisen stellen ook, dan kan bij ons niet. ‘Weet je ik ben diabeet, als je thee maakt, doe het zonder suiker’, dat zeggen mensen niet!”. Meneer D ziet wel in zijn eigen omgeving dat men steeds vaker twee potjes thee zet: een op de ouderwetse manier met heel veel suiker en een tweede potje zonder suiker. Dit komt omdat diabetes inmiddels een bekende ziekte is. Mensen benoemen het niet zelf en het ligt dan aan de omgeving of die het opgegeven moment oppakken of niet. Ten derde ziet hij dat mensen onvoldoende kennis hebben van het eigen lichaam om voorlichting goed te begrijpen. “Ik heb voorlichtingen in de moskee bijgewoond. Je moet best een beetje kennis hebben van je lichaam om dat te kunnen begrijpen. Het uitleggen hoe het lichaam in elkaar zit. Stukje biologie dat men hier op school krijgt ontbreekt bij de oudere migranten. Dat hebben ze niet gehad. Deel mensen is analfabeet. Dan is het heel lastig om te vertellen hoe het lichaam werkt. Daarna moet je nog een keer uit kunnen leggen hoe voeding werkt, bijvoorbeeld suiker van fruit is schadelijk”. Ten vierde vraagt hij zich af of, als het allemaal goed is doorgekomen, het ook mogelijk is voor mensen om hun gedrag te veranderen: “En als dit al lukt dan ook nog in je keuken introduceren .... ga maar na. Mensen zijn 60, 70. Het rollenpatroon is vaak traditioneel, vrouwen moet en dan meegenomen worden om op die manier het eten klaar te maken uit hun keuken. Best ingewikkeld als je dat al 60 jaar op een bepaalde manier doet”.

Bij het gebruik maken van preventieactiviteiten zien we dus belemmeringen op diverse niveaus. Een deel van de oudere migranten spreekt de taal onvoldoende, is onbekend met het aanbod of voelt zich niet thuis bij het ruime aanbod van de ESAN en andere preventieactiviteiten georganiseerd voor een breed publiek. Tegelijkertijd hebben migrantenorganisaties een ruime achterban en zijn zij ook bekend met de vragen die er binnen die groep spelen. Zij krijgen concrete verzoeken om voorlichting en lijken - weliswaar met heel veel inspanningen - te kunnen organiseren dat mensen naar een bijeenkomst komen. Zij hebben echter niet altijd de middelen om een ruimte te huren of een professional te betalen. Vervolgens zien we dat als mensen dan bij een bijeenkomst aanwezig zijn, deze niet aansluit omdat basiskennis van het lichaam bij oudere migranten ontbreekt. Als de kenniskloof overbrugd kan worden, dan is het nog een hele stap van weten naar doen.

Op organisatieniveau zien we dat er geen stevige verbinding is tussen formele en informele hulp waardoor kansen om bewoners te ondersteunen blijven liggen.

### 3.5 Ideeën van bewoners voor betere zorg

Na de belemmeringen voor het op een goede manier gebruik maken van zorg en preventie besproken te hebben is aan de sleutelfiguren gevraagd wat de gemeente en het Zilveren Kruis zouden kunnen verbeteren om de zorg en preventie toegankelijker te maken. De ideeën die de sleutelfiguren daarvoor hebben zijn samen te vatten in vier hoofdpunten.

#### *Duidelijkere polis en ruimere vergoeding zorgverzekering*

Meneer C: “Wat kan Zilveren Kruis doen? Meer duidelijk zijn. Deze mensen kunnen niet alleen website kijken. Voorlichtingsbijeenkomsten organiseren. Moet meer vergoeden. Gemeente en Zilveren Kruis moeten ook andere afspraken maken: als je in Nederland woont en je bent verzekerd dan moet je overal kunnen komen, niet deze specialist wel vergoed en de andere niet”. Ook vindt hij het belangrijk duidelijker te communiceren waar mensen recht op hebben: “Veel vergoedingen gebruiken mensen niet omdat ze het niet weten. (...). Ze wachten op hun kinderen om alles te lezen maar zij hebben geen zin om hun ouders te helpen, ze hebben zelf een andere verzekering”.

Ook mevrouw A zonder migratieachtergrond wil graag naar een duidelijk vergoedingensysteem: “De zorgpolissen moeten duidelijker wezen! (...). Kijk op de computer kun je zoveel vinden maar de oudjes kunnen er niet mee werken. (...) dan verwacht ik dat er meerdere bijeenkomsten moeten worden gehouden voor meerdere doelgroepen. Dat moet je niet doen in december, de ziekenfondsen komen veel te laat! Je moet het laten bezinken, dat gaat niet zo snel als je oud bent”. Verder zou ze graag zien dat de zorg eerlijker was, zoals in de tijd van het ziekenfonds. “Het ziekenfonds was vroeger voor iedereen gelijk. Terug naar het ouderwetse is beter en dan doel ik niet op de prijs maar op dat alles duidelijk is. En niet dat de rijken de pedicure en de schoonheidsspecialiste vergoed krijgen, terwijl ze geen diabetes zijn, terwijl iemand met een AOW-tje die niet bij zijn voeten kan, maar een goede bloedsomloop heeft, het niet vergoed krijgt”.

#### *Verbetering huisartsenzorg: betere toegang, meer tijd en inlevingsvermogen*

Drie sleutelfiguren hebben verbetertips voor de huisarts. Meneer C: “Veel aandacht, afspraak is op tijd, luisteren, een onderzoek doen. Dan vind de persoon die ziek is het goed. Dan denkt hij: ‘hij heeft er veel mee gedaan, ik ga luisteren zijn advies’”. Meneer B: “rekening houden met de klant, inlevingsvermogen, communiceren met elkaar, tijd maken, aandacht geven. Dat de mensen voelen dat er geluisterd wordt”.

Meneer D oppert dat de huisarts standaard een keuzemenu gaat gebruiken waarbij je automatisch wordt doorverbonden, bijvoorbeeld naar de HAP als het buiten kantoortijd is. “Nu moet je zelf het telefoonnummer van de HAP opzoeken, dit zijn allemaal schakels die het moeilijk te maken. U en ik komen er wel uit met een stukje speurwerk. Wij googlen dat nummer van de HAP wel weer. Maar voor sommige mensen zijn dit te veel barrières. De huisarts moet denk ik met de toenemende druk en de steeds complexere zorg die hij moet geven eigenlijk een beetje een ondernemer zijn, je voorraad goed op peil hebben, een hele sociale kaart hebben etc. Vanuit de zorgverzekeraar kun je deze zorgen uit handen van de huisartsen nemen. Dat is uiteindelijk in het eigen belang”. Meneer D wijst ook op het Belgische systeem, waar je volgens hem zeven dagen per week bij de huisartsen terecht kunt. “Zij werken in een maatschap en wisselen elkaar af. Daardoor heb je die knip tussen de werkweek en het weekend niet. Moeten we dit wel zo houden, die openingstijden in de zorg, het is toch niet meer van deze tijd. Voorheen moest je op zaterdag voor vijf uur je boodschappen binnen hebben, nu kun je tot tien uur terecht. Ook de gezondheidszorg moet flexibeler ingedeeld worden, natuurlijk met bescherming van het zorgpersoneel, dat moet in balans zijn”.

### *Samenwerken met migrantenorganisaties bij voorlichting over leefstijl en zorgverzekering*

Meneer D denkt dat voorlichting goed is, maar alleen gaat werken onder bepaalde voorwaarden. Er is volgens hem persoonlijk contact nodig, liefst via een club, organisatie of stichting. De zorgverzekeraar zou kunnen samenwerken met migrantenorganisaties in Nieuw-West, waarbij de laatste de bijeenkomst organiseert en de zorgverzekeraar de inhoud verzorgt. Meneer D heeft ook ideeën voor de financiering ervan: “Je moet goed kijken wie wil dit en welke insteek neem je. Gaat er te veel geld naar dingen die je niet betaald wilt hebben, dan kan Zilveren Kruis dit doen. Of is het een maatschappelijk vraagstuk: we willen de gemeenschap gezond houden? Overigens geldt dit ook voor de Hollandse mensen in dezelfde achterstandspositie, dit is ook een sociaaleconomisch ding”. Ook meneer B stelt voor dat gemeente en zorgverzekering zouden kunnen samenwerken met zelforganisaties in de wijk, om meer mensen met een achterstand te kunnen bereiken. “Meer in contact komen met zelforganisaties zou mooi zijn. Nu komen de mensen naar ons maar wij kunnen hen niet veel bieden. En de preventieve activiteiten die er zijn vinden de doelgroep niet. Wij hebben bijvoorbeeld honderden mensen achter ons, die de gemeente niet kan bereiken, maar wij wel”.

Mevrouw E organiseert veel activiteiten en het lukt haar door haar netwerk ook om professionals kosteloos voorlichting te laten komen geven. “Als er iets nieuws is ik plan het meteen in, ik vraag wanneer kun je? Ik heb voor volgend jaar al van alles gepland”. Mevrouw E geeft aan dat ze erg gewaardeerd worden maar dat ze niet vooruitkomen. “We krijgen wel subsidie van Stadsdeel Nieuw-West. Het geld is voor de activiteiten. Huur, koffie en thee, materiaal. Maar er is geen geld voor een vergoeding voor de mensen. Ik doe heel veel, ik werk fulltime. Ik vind eigenlijk dat dat gewaardeerd en beloond moet worden”. Mevrouw E zou graag een opleiding willen volgen om nog professioneler te werk te kunnen gaan. “Drie jaar geleden heb ik gevraagd of ik een opleiding mocht doen, daar wilde ze wel naar luisteren maar ik heb er niks meer van gehoord. Voor andere vrouwen is het prima zo. Zij doen vrijwilligerswerk en ze hebben een uitkering en voor hen is het goed zo, zij hoeven niet door te groeien maar ik zou dat wel willen”. Het schuurt ook dat het stadsdeel hen wel weet te vinden maar hen niet vooruithelpt. “We hebben een hele goede naam, we bereiken veel mensen. Het stadsdeel weet ons wel te vinden, we worden vaak betrokken bij meedenken en zo maar voor de uitvoering worden we niet gevraagd nee. We bieden veel gratis tips en hulp maar er wordt niet echt naar ons geluisterd. Soms komt er dan een project en die mensen worden dan betaald en die vragen aan ons kun je dit of dat voor ons organiseren. Het stadsdeel moet in ons investeren, we doen zoveel”.

### *Proactieve houding zorgverleners*

Mevrouw E geeft aan dat professionals actief op de bewoners af moeten stappen, of het nu de zorg of preventie betreft: “Ze gaan geen informatie zoeken, ze gaan niet kritisch nadenken en op zoek. Voor alles geldt: jullie moeten naar de mensen toe gaan, promoten waar de mensen zijn, bijvoorbeeld bij de huisarts in de wachtkamer. Het moet mond op mond gebeuren. Het kan ook via de huisarts zelf, mondeling”.

Meneer D denkt ook aan een directe benadering naar gezondheidsklacht. Hij heeft zelf een hoge bloeddruk, en werd recent door de doktersassistente gebeld dat ze graag nog een keer zijn bloeddruk wilde meten voor een controle. Dit zijn volgens hem de goede voorbeelden. “In een samenwerkingsverband gericht de mensen benaderen die een bepaalde aandoening hebben: ‘wij organiseren een voorlichtingsbijeenkomst en zou u interesse hebben?’. Natuurlijk moet je goed omgaan met de AVG en de druk op de zorg. ‘Doe het er even bij’ dat kan niet. Maar de verzekeraar kan de huisarts en SEH hiermee ontzorgen”.

### 3.6 Samenvatting

Samenvattend zien we twee grote belemmeringen bij het gebruik maken van de reguliere zorg. Ten eerste wordt de zorg als complex en onpersoonlijk ervaren. Men ervaart veel drempels bij het verkrijgen van de juiste zorg. Daarnaast is er sprake van lange wachttijden. De huisarts moet het het meest ontgelden wat de kritiek betreft. Reden hiervoor is vermoedelijk dat de huisarts voor iedereen het eerste contact in de zorg is en men juist daarvan wel persoonlijke aandacht verwacht. Ten tweede wordt het verzekeringsstelsel te ingewikkeld gevonden, het is te onduidelijk welke zorg wel of niet vergoed wordt. Zowel het gevoel niet goed begrepen of gehoord te worden bij de huisarts, als de angst voor kosten, is van invloed op het wel of niet gebruik maken van de zorg of het uitstellen daarvan. Deze belemmeringen worden door zowel sleutelfiguren met als zonder migratieachtergrond genoemd. Er is over het geheel genomen veel kritiek op de verzakelijking van de zorg.

De onvrede over de huisartsenzorg speelt ook mee bij het onjuist gebruik maken van de spoedzorg. De keuze direct naar de SEH te rijden lijkt vooral te zijn ingegeven door de wens onmiddellijk en goed geholpen te worden, in tegenstelling tot het veronderstelde wachten en 'het nog wat aanzien' bij de huisarts. Er lijkt geen sprake te zijn van een verkeerd begrip van wat de SEH is, er lijkt vooral sprake te zijn van een verschil in opvatting over wat medisch noodzakelijk is. De genoemde redenen komen grotendeels overeen met de motieven die in de literatuur worden benoemd worden over gebruik van spoedzorg onder ouderen.

Ten aanzien van preventie zien we dat enerzijds preventieactiviteiten worden aangeboden waar ouderen met een migratieachtergrond weinig of geen gebruik van maken, terwijl tegelijkertijd zelforganisaties graag voorlichtingsbijeenkomsten en dergelijke zouden organiseren voor hun achterban maar daarbij vast lopen op het gebrek aan budget. Alle sleutelfiguren noemen een laagdrempelige vertrouwde plek om samen te komen een belangrijke bron van informele steun dat als startpunt voor formele steun kan dienen. Preventieactiviteiten moeten om aan te slaan goed aansluiten bij de kennis, behoefte en cultuur van de doelgroep.

De mogelijke oplossingen die de sleutelfiguren noemen liggen in het verlengde hiervan: zorg voor meer tijd en aandacht bij de huisarts, zorg voor duidelijkheid wat de kosten betreft, neem onnodige complexiteit weg, neem bij preventie een proactieve houding aan en werk ten aanzien van collectieve preventieactiviteiten samen met migrantenorganisaties.

## 4 Adviezen voor het stimuleren van passende zorg en preventie waarmee gebruik spoedzorg kan worden voorkomen

We baseren de adviezen op de gesprekken die gevoerd zijn in combinatie met bestaande wetenschappelijke kennis over het effectief borgen van een aanpak om gezondheidsachterstanden te verminderen<sup>1</sup>. Tevens verwijzen we naar een recente promotie van Michiel Stapper over (de risico's van) burgerparticipatie en het belang van structurele samenwerking met bewoners in de wijk. De promotie betreft vooral participatie in de gebiedsontwikkeling. Aanbevelingen kunnen echter ook meegenomen worden bij het vormgeven van domeinoverstijgende samenwerking tussen zorg en welzijn<sup>2</sup>.

### 1. Investeer in toegankelijke en persoonsgerichte huisartsenzorg in de wijk:

- Neem drempels om een afspraak te maken met de huisarts weg (bijvoorbeeld door minder strenge triage aan de telefoon, sneller een mogelijkheid bieden om te komen, geen ingewikkelde menu's op de voicemail, overweeg een inloop spreekuur).
- Investeer in persoonsgerichte zorg: meer tijd en aandacht voor achterliggende problemen. Veel inwoners hebben klachten als gevolg van achterliggende sociale en financiële problemen, maar leggen zelf niet het verband tussen hun klachten en de situatie waarin zij zich bevinden. Dit vraagt om betere uitleg over wat stress is en wat de gevolgen van stress op het lichaam zijn. Train zorgverleners in persoonsgerichte communicatie en doe een 'praktijkcheck' met taalambassadeurs of inwoners om de toegankelijkheid en begrijpelijkheid te testen.
- Investeer in gecombineerde gesprekken over 'gezondheid en schulden' (schuldhulpverlener), 'gezondheid en welzijn' (combinatiefunctionaris), 'gezondheid en bewegen' (idem). Zorg dat toegang eenvoudig is, en zonder eigen bijdrage of verwijzing. Bespreek met inwoners van de wijk waar deze gesprekken het beste kunnen worden georganiseerd: in de huisartsenpraktijk of in het Huis van de wijk.
- Verschaf duidelijkheid over in welke situaties je naar de SEH kan (voorlichting via POH of huisarts of Huis van de wijk) en wat je in andere situaties (bijvoorbeeld in het weekend) kan doen.

### 2. Investeer in versterken van de gezondheidsvaardigheden van inwoners: veel preventie activiteiten sluiten niet goed aan vanwege een gebrek aan kennis over het eigen lichaam of onvoldoende vaardigheden om adviezen in het eigen leven in te passen. Met laagdrempelige en begrijpelijke voorlichting (o.a. gebruik van eenvoudig beeldmateriaal) over gezondheid,

<sup>1</sup> <https://www.pharos.nl/kennisbank/gezondheidsverschillen-duurzaam-aanpakken-de-negen-principes-voor-een-succesvolle-strategie/>

<sup>2</sup> <https://www.uva.nl/content/nieuws/nieuwsberichten/2020/11/burgerparticipatie-dient-vooral-ontwikkelaars-en-bevoorrecht-burgers.html?cb>



leefstijl, bepaalde ziekten en wat je zelf kunt doen kun je inwoners ondersteunen bij betere zelfzorg.

### 3. **Neem drempels voor de toegang tot thuiszorg en andere voorzieningen weg (WMO, Sociale basis)**

Toets de huidige procedures die mensen moeten doorlopen om aanspraak te kunnen maken op bepaalde regelingen. De WRR heeft een tool ontwikkeld die behulpzaam kan zijn:

<https://www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2020/09/15/doenvermogen>. Met deze tool kunnen beleidsmakers nagaan of hun beleid wel aansluit bij het denk- en doenvermogen van burgers en op basis daarvan belemmeringen in de uitvoering wegnemen.

Dit geldt ook voor vervanging van zorg door digitale alternatieven, bijvoorbeeld in programma's als Juiste Zorg op de Juiste Plek.

### 4. **Investeer in laagdrempelige en begrijpelijke voorlichting over de gemeentepolis en de andere pakketten van Zilveren Kruis.** Vragen zijn er vooral over: welke aanbieders worden vergoed en welke niet? Welke medicatie wordt vergoed? Leg uit wat de voor- en nadelen van goedkope of dure verzekeringen zijn. Pas de vergoedingenwijzer aan: creëer toegankelijke overzichten en benut daarbij de eerder opgeleverde adviesrapporten over de gemeentepolis<sup>3</sup>

<sup>4</sup>. Voorlichting kan gericht zijn op burgers maar ook op sleutelfiguren in de wijk zoals medewerkers van zelforganisaties of het Huis in de wijk.

### 5. **Zoek de structurele samenwerking met migrantenorganisaties en andere zelforganisaties** om de inwoners beter te bereiken **en faciliteer deze organisaties** om voorlichting en activiteiten te organiseren. Stichting Marhaba, Stichting Kümbet en de ESAN zijn voorbeelden van organisaties in Nieuw West die een groot deel van de bewoners met respectievelijk Marokkaanse, Turkse en Nederlandse wortels bereiken, maar zij hebben vaak de middelen niet om een geschikte ruimte betalen en om activiteiten of voorlichting over gezondheid te organiseren.

### 6. **Betrek actieve sleutelfiguren uit Nieuw West bij de plannen in het kader van Juiste zorg op de juiste plek.** Ook in Nieuw West (net als in Zuidoost) zijn sleutelfiguren met goede ideeën die graag zouden samenwerken met de gemeente. Doe dit op het moment dat zij nog invloed kunnen hebben op de inhoud van de plannen en niet nadat alles al in kannen en kruiken is.

Manieren om de inwoners een stem te geven zijn onder andere door een panel samen te stellen dat op geregelde momenten mee denkt en richting geeft aan de plannen. Of in de vorm van een spiegelgesprek (met professionals als toehoorders van een gesprek met inwoners). Of organiseer 'Wijkcolleges' waarin een thema centraal staat (bijvoorbeeld 'wie heb ik nodig als ik ziek ben?') en waar zowel inwoners als professionals aan deelnemen. Dit is ook goed digitaal te organiseren mits er voldoende ondersteuning wordt geboden aan de sleutelfiguren in de wijk om deel te nemen. Zorg dat de samenwerking met bewoners/sleutelfiguren een structureel karakter heeft en steviger van aard is dan losse

<sup>3</sup> Adviesrapport over toegankelijkheid folder en vergoedingenwijzer gemeentepolis Amsterdam met 7 adviezen, Pharos augustus 2019. opgesteld in opdracht van Werk en Inkomen Amsterdam

<sup>4</sup> Discussiedocument met inhoudelijke verbetermogelijkheden gemeentepolis, Pharos februari 2020. In opdracht van Werk en Inkomen Amsterdam



‘raadplegingen’.

**7. Verken hoe er meer preventieve bezoeken of gesprekken met families gevoerd kunnen worden.** Dit kan vanuit de huisarts of POH gebeuren, maar ook vanuit welzijnspartners in de wijk. Nodig mensen uit voor een gesprek in de praktijk als er geen acute zaken spelen. Neem de tijd hiervoor: dit is zowel preventie als investeren in contact. In veel migrantenfamilies is ziekte geen individuele aangelegenheid: betrek in dat geval de familie.

**8. Vergelijk voorliggende verkenning met de verkenning onder professionals**

We raden aan om de uitkomsten van deze verkenning onder inwoners te vergelijken met de gesprekken die zijn gevoerd met professionals uit de zorg en sociaal domein in Nieuw West (ELAA). In hoeverre komen de bevindingen overeen? Passen de aanbevelingen van de professionals ook bij de uitspraken die de sleutelfiguren hebben gedaan?

Op basis van een eerste vergelijking is opvallend dat:

- Zowel professionals als bewoners aangeven dat de zorg en ondersteuning te complex is georganiseerd.
- Zowel de professionals als de bewoners behoefte hebben aan ‘persoonlijke’ ondersteuning bij samenwerking tussen het medisch en sociaal domein.
- Zowel professionals als bewoners aangeven dat informatie over gezondheid en informatie over functioneren van het zorg-en ondersteuningssysteem extra aandacht in de wijk verdient. Zowel inhoudelijk als financieel.
- Zowel professionals als bewoners behoefte hebben aan de mogelijkheid van een tijdelijke time out bij bewoners die veel zorg en ondersteuning vragen: de professionals in de vorm van meer respijtzorg en bewoners in de vorm van meer thuiszorg

## Bijlage 1: Afbakening onderzoek op basis van gegevens over ouderen en gezondheid(sproblematiek) in Nieuw-West

Onderstaande betreft een samenvatting van de meest relevante gegevens die de gemeente Amsterdam beschikbaar heeft over de gezondheid van ouderen in stadsdeel Nieuw-West.

Ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond hebben fors meer gezondheidsproblemen dan hun autochtone leeftijdsgenoten, en in Amsterdam zal deze groep de komende 20 jaar verdrievoudigen. De meest gerapporteerde aandoeningen die hoger zijn onder groepen met een migratie achtergrond zijn: hoge bloeddruk, suikerziekte, aandoeningen van het bewegingsapparaat, een slechtere psychosociale gezondheid en eenzaamheid. Er zijn twee keer zoveel Marokkaanse (70%) en Turkse (73%) ouderen met een functionele beperking dan onder de Nederlandse ouderen (35%) in de vier grote steden. Vrijwel alle 65-plussers met een niet-westerse achtergrond hebben contact met de eigen huisarts en zij maken daar vaker gebruik van Nederlandse ouderen.

Specifiek in Amsterdam valt in de cijfers een toename van valongevallen en eenzaamheid onder ouderen op. Hoe vaker een 65-plusser valt, hoe groter de kans is dat het nog een keer gebeurt. Vrouwen vallen vaker dan mannen. Zowel het aandeel ouderen dat weleens is gevallen als de angst om de te vallen nemen sterk toe met de leeftijd. Angst om te vallen is een belangrijke risicofactor. Ouderen van niet-westerse herkomst zijn twee keer zo vaak bang om te vallen (20%) als 65-plussers van Nederlandse of westerse herkomst (10%), terwijl ouderen van niet-westerse herkomst niet aantoonbaar meer vallen.

Kijken we naar het sociaal-maatschappelijk beeld van verschillende wijken en stadsdelen in Amsterdam op 11 leefdomeneinen<sup>5</sup>, dan zien we dat binnen Amsterdam West de wijk Geuzenveld/Slotermeer gemiddeld genomen het zwakst scoort, en op de thema's lichamelijke en geestelijke gezondheid komt Geuzenveld/Slotermeer er het slechts vanaf. Geuzenveld-Slotermeer wordt gekenmerkt door tal van maatschappelijke problemen onder haar bewoners zoals armoede, schulden, laag onderwijsniveau, een extreem hoge laaggeletterdheid, te veel mensen in te krappe corporatiewoningen, overlast en spanningen in de wijk etcetera. Hoewel de problemen groter zijn is het zorggebruik onder jongeren en gezinnen lager dan gemiddeld, dit wijst waarschijnlijk op ondergebruik vd zorg. En hoewel er relatief veel mensen met gezondheidsproblematiek zijn, zijn er minder mantelzorgers dan gemiddeld in de stad. Van de bewoners van Nieuw-West met een niet-Westerse achtergrond (totaal 52%) is het grootste gedeelte Marokkaans (20,9%), gevolgd door mensen van Turkse (12,9%) en Surinaamse (6,4%) komaf. Nieuw-West heeft vaker slechtere gezondheidsuitkomsten dan andere achterstandswijken ondanks het feit dat er relatief veel niet-ouderen wonen. Dit wordt deels verklaard door het hogere aantal 85-plussers in Nieuw-West. Professionals van het stadsdeel en van de corporaties geven aan dat ouderen vaak niet naar een passende woning willen verhuizen, vanwege de angst voor een huurverhoging.

<sup>5</sup> Dit zijn: 1. Financiën 2. Werk en opleiding 3. Huisvesting 4. Huiselijk geweld 5. Geestelijke gezondheid 6. Lichamelijke gezondheid 7. Middelengebruik 8. Leefbaarheid 9. Sociaal netwerk 10. Maatschappelijke participatie en 11. Criminaliteit en veiligheid

Bovenstaande samenvatting is gebaseerd op de volgende bronnen:

1. Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden. Factsheet Gezondheidsenquête volwassenen en ouderen G4 (bron: data uit 2012).
2. GGD Amsterdam 'Gezondheid in beeld. Resultaten gezondheidsmonitor 2016. 65-plussers in Amsterdam.'
3. 'Instapdocument Verbond Geuzenveld Slotermeer v6' (groeidocument uit 2019, gebaseerd op diverse bronnen van de jaren daarvoor).
4. Cijfers bevolkingsamenstelling van het onderzoeksbureau OIS in Amsterdam (bron: <https://westersite.nl/uitgelicht/migratie-achtergrond-in-nieuw-west>)

### Advies voor afbakening onderzoek:

Op basis van deze data lijkt het voor de hand liggen om binnen Nieuw-West voor de wijk Geuzenveld-Slotermeer en eventueel Osdorp te kiezen. Geuzenveld-Slotermeer is een sociaal zeer zwakke wijk met tal van problemen, onder alle bewoners. Meer dan de helft van de bewoners heeft een niet-Westerse migratie achtergrond. De grootste groep daarbinnen heeft een Marokkaanse achtergrond. Zowel de algemene sociaal economische situatie van de bevolking, als de positie van ouderen in de wijk vallen qua problematiek op. Gezien het grote aantal migranten, waaronder veel bewoners met een Marokkaanse achtergrond, is het van belang zorg te dragen voor ruime vertegenwoordiging vanuit deze gemeenschap.