



GROEPSPRAKTIJK HET ROOSENDAEL

KAST, HILLENRAEDSTRAAT 123 - 6043 HD ROERMOND

Tweede Evaluatieverslag  
van het project “Dichter bij de mens,  
door preventief ouderenzorg”  
in ‘t Roosendael

Door: A. Bennaghmouch  
T. Arslan  
W. Wijts

## De opzet en doelstellingen

Op 4 september 2014 is de vervolgaanvraag Achterstandsfonds 'Dichter bij de mens, door preventief ouderenzorg' in groepspraktijk 't Roosendaal in de bestuursvergadering besproken en goedgekeurd. De Huisartsenkring Limburg (Beheerder van ASF gelden) en de zorgverzekeraar CZ financieren gezamenlijk dit project.

In de periode oktober 2014 tot maart 2015 zijn in totaal 40 nieuwe allochtone ouderen bezocht uit verschillende nationaliteiten. In het kader van de follow-up van het eerste deel van het project zijn nog 13 kwetsbare ouderen bezocht.

De patiënten zijn geselecteerd op afkomst, vermoeden kwetsbaarheid op basis van leeftijd >65 jaar. In enkele gevallen ook op case-finding door de huisartsen. De huisbezoeken zijn als gewend gecombineerd uitgevoerd door PO/verpleegkundige specialist ouderenzorg en een gezondheidsconsulente/tolk in eigen taal.

Conform de afgesproken systematiek, hebben wij in dit deel van het project ook gebruik gemaakt van het meetinstrument TRAZAG. De zorgvragen zijn systematisch geïnventariseerd volgens het SFMPC-model. De bevindingen en signalen zijn besproken in een multidisciplinair team bestaande uit de huisarts (A. Bennaghmouch), PO/verpleegkundig specialist ouderenzorg (Wilma Wijts), de ergotherapeut, de apotheker en gezondheidsconsulente (Tulay Arslan), en op afroep de klinische geriater. De gegevens van de huisbezoeken en de behandelplannen zijn gedocumenteerd in CareSharing (KIS).

De huisartsen willen met dit pilot:

1. De zorgvraag beter en eerder in beeld brengen van de kwetsbare allochtone ouderen en
2. Hierdoor komen tot uitstellen/voorkomen van (acute) complexe zorg, door ook zo veel mogelijk hun zelfredzaamheid te behouden dan wel te sterken.

De pilot richt zich op het:

- Tijdig opsporen van gezondheidsrisico's en zorgwensen van kwetsbare allochtone ouderen om verlies van functie te voorkomen en zelfredzaamheid te bevorderen.
- Vroegtijdig opsporen van gezondheidsrisico's om met betrokken partijen een betere toeleiding naar de zorg te realiseren en ook een betere follow-up bij geconstateerde risico's.
- Kennis uitwisselen tussen de zorgverleners voor meer samenhangende zorg en een integrale benadering.

## Resultaten

### Algemene indicatoren

- Totaal 40 allochtone patiënten van verschillende nationaliteiten geïncludeerd. 12 vrouwen en 12 mannen ouder dan 65+. 6 vrouwen en 10 mannen ouder dan 75.
- 65+: 10 ouderen kwetsbaar gebleken, waarvan 4 vrouwen en 6 mannen
- 75+: 14 ouderen kwetsbaar gebleken, waarvan 6 vrouwen en 8 mannen.

### Zorgplan

- 24 kwetsbare ouderen met een zorgplan
- 24 kwetsbare ouderen met een coördinator/casemanager
- De overige 16 niet kwetsbare ouderen hebben uiteraard wel genoten van medicatie review en van eenmalig advies voorzien op basis van de intake en bloedonderzoek.

### MDO

- Er zijn 3 MDO bijeenkomsten gehouden tijdens de meetperiode
- 24 kwetsbare ouderen besproken in de MDO bijeenkomsten

### Medicatiereview

- Bij de 24 kwetsbare ouderen heeft een medicatiereview plaatsgevonden
- Bij alle bezochte patiënten op 2 na ( die dit weigerden) is de nierfunctie bepaald,
- Er zijn 2 ziekenhuisopnames geweest bij die ouderen die als kwetsbaar waren bevonden.
- 

We zullen hieronder ingaan op een aantal opvallende gezondheidsproblemen bij deze ouderen:

- Polyfarmacie: Er zijn een aantal ziektebeelden de novo ontdekt bij een aantal bezochte ouderen. Het gaat om:
  - o 2 ouderen met nierfunctiestoornissen,
  - o 1X hyperthyreoïdie de novo,
  - o 2 patiënten met anemie,
  - o 3 ontregelde diabetes (lang aan controle onttrokken),
  - o 1 COPD patiënt (lang aan controle onttrokken),
  - o 1 hartfalen patiënt (ook lang aan controle onttrokken),
  - o 3 patiënten met evident ondergewicht (ondervoeding),
  - o 2 patiënten met dementie
  - o 3 patiënten met vermoeden van depressie;
  - o 10 patiënten met vitamine D deficiëntie
- Grote groep zijn analfabeten; slechts een beperkt aantal kan lezen en schrijven in de eigen moedertaal. Deze patiënten hebben over het algemeen lage gezondheidsvaardigheden en een beperkt ziekte inzicht.
- De officiële geboortedata (1-1 of 1-7) kloppen niet met de biologische kalender leeftijd;
- De Marokkaanse doelgroep is wantrouwender gebleken naar hulpverleners/organisaties dan de andere groepen. Bij de Marokkaanse ouderen heeft de verpleegkundige specialist een

aantal huisbezoeken alleen gedaan, omdat de ouderen/kinderen geen tussenkomst van een tolk/vertaler wensten. Wij constateerden hierbij dat de kinderen of de partner ook hun eigen verhaal kwijt willen en niet altijd ingaan op de vragen van de hulpverlener of zich beperken tot de rol van de tolk. Vanuit het oogpunt van betrokkenheid is dit een begrijpelijke reactie, maar dit gaat echter ten koste van het verhaal uit de eerste hand en de persoonlijke beleving van de patiënt. Dit staat los van het feit dat er eventueel nog andere belangen van de familie spelen die anders kunnen zijn als die van de patiënt in kwestie. Bij uitkeringsgerechtigde patiënten of mensen die afhankelijk zijn van overheidssteun (bijzondere bijstand enz...) bespeurden wij meer argwaan, omdat de huisarts als een verlengstuk van de overheid wordt gezien. Ze nemen de hulpverleners minder in vertrouwen omdat ze waarschijnlijk denken dat de informatie die ze verstrekken hun uitkering kan beïnvloeden.

- De ouderen hebben hulpstukken in huis die ze niet meer gebruiken of die nog gebruikt worden maar verouderd zijn of niet meer passen bij de huidige medische gezondheidstoestand. Onder hulpstukken worden hier o.a. verstaan een aangemeten korset, elastische kousen, orthopedische schoenen enz. De ouderen weten niet dat ze geholpen kunnen worden met hun klachten bij een herbeoordeling van hun toestand;
- Het valt op dat de ouderen weinig medicatie naast de voorgeschreven medicatie van de dokter gebruiken. We hadden meer zelfzorgmedicatie verwacht. Of dit een gevolg is van de verborgen armoede bij deze doelgroep ouderen? De financiële draagkracht is in elk geval laag om gebruik te maken van extra faciliteiten of zelfzorgmedicaties.

## Follow-up

De 13 ouderen die in de eerste Pilot kwetsbaar bevonden zijn, hebben nog een aantal vervolg huisbezoeken gehad, omdat er veel vragen leefden rondom zorg en welzijn. De zorg was bij de meerderheid niet optimaal geregeld en bij sommigen was de zorg zelfs gestagneerd door miscommunicatie, waardoor de mantelzorgers overbelast dreigden te raken. Om de zorg weer op de rails te krijgen, was het noodzakelijk om beleid uit te zetten om de gestagneerde zorg weer met de andere hulpverleners/specialisten op te starten en de uitgezette acties werden opnieuw in een vervolghuisbezoek toe te lichten. Deze doelgroep heeft veel meer informatie en uitleg nodig dan de Nederlandse ouderen, omdat ze onvoldoende op de hoogte zijn van de ontwikkelingen rondom de WMO en de transities van de overheid naar de gemeenten. Kleine zaken konden gecommuniceerd worden door de telefoon, maar ingewikkeldere zaken moesten toch in een huisbezoek face tot face afgehandeld worden. Er was sprake van onzekerheid en angst om oud te worden in een vreemd land. Ze leiden over het algemeen een geïsoleerd bestaan. De ouderen en hun partner, kinderen en mantelzorger(s) waren niet of onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden en voorzieningen voor ouderen. Ze accepteerden het feit dat het ouder worden met gebreken komt en dat daar weinig aan te doen valt. Ze hebben zich erbij neergelegd, waarschijnlijk mede omdat het allemaal gelovige mensen zijn waarbij lot acceptatie (voorbesteding) belangrijk onderdeel is. Doordat ze bijna geen gebruik maken van de thuiszorg en andere voorzieningen voor ouderen leiden ze een vrij eenzaam en een geïsoleerd bestaan. Hun sociaal netwerk zien ze steeds kleiner worden en ze komen nauwelijks buiten. Veel leeftijdsgenoten zijn inmiddels oud en niet mobiel en anderen zijn overleden of gaan langere tijd weg of zijn zelfs teruggekeerd naar hun land van herkomst. Momenteel zijn er geen dagbestedingen voor allochtone ouderen. Bij de reguliere dagbestedingen vinden ze te weinig aansluiting vanwege hun taal en culturele achtergrond. De activiteiten sluiten ook niet aan bij hun beleving en behoeften. Voor het welbevinden van deze ouderen is het wenselijk dat er dagbestedingen komen in centrale plekken in samenwerking met thuiszorginstellingen en welzijnsinstellingen.

Door de follow-up huisbezoeken konden we dus het ingezette beleid beter monitoren en daar waar nodig aanpassen aan de hand van het inzicht van de arts en de behoefte van de patiënt.

De volgende aanvullende acties zijn ingezet:

- Inzet ergotherapie bij aanpassingen in- en om het huis zodat de ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen in hun vertrouwde eigen omgeving en ter ontlasting van de mantelzorger(s).
- Inschakelen van thuiszorg bij de lichamelijke verzorging en hulp bij het huishouden.
- De volgende acties zijn o.a. uitgezet door de huisartsen: uitgebreid bloedonderzoek en aanvullende onderzoeken zijn ingezet en besproken. Door tussenkomst van de huisarts is de gestagneerde of vastgelopen zorg weer opgestart.
- De hulpstukken die niet meer voldeden zijn aangepast en de kwaliteit is hierdoor verbeterd. Deze actie heeft bijgedragen aan het welbevinden van de ouderen en hun mantelzorgers.
- Wij denken dat de ouderen en hun verzorgenden de weg nu beter weten naar de huisarts of verpleegkundig specialist. De huisbezoeken hebben drempelverlagend gewerkt, en door de vertrouwde zorg en vertrouwen is vooral de werkdruk van de verpleegkundig specialist iets toegenomen.
- Medicatiebewaking; o.a. ongediagnostiseerd vitamine D tekort gesuppleerd en vervolgd, sommige mensen geven aan dat ze zich duidelijk beter en fitter voelen dan voorheen.

- Vanuit het perspectief van de huisartsen zijn de geïncludeerde ouderen nu beter in zicht. Het verschil met voorheen is nu dat er meer continuïteit in de zorg is ingebouwd en gewaarborgd door inclusie in regulier ouderenzorg project.

## Conclusies en toekomst

Veertig nieuwe ouderen zijn geselecteerd op afkomst, vermoeden kwetsbaarheid op basis van leeftijd >65 jaar. In enkele gevallen ook op case-finding door de huisartsen. Samenvattend hebben we geconstateerd dat 55% van de bezochte ouderen kwetsbaar zijn (score > 4 ). Het is weliswaar lager dan 85% in de kleinere initiële groep van de eerste pilot, maar wel nog steeds erg hoog te noemen, zeker in vergelijking met de landelijke percentage kwetsbaarheid bij 65+ van 26% bij autochtone ouderen. Volgens TRAZAG scoren de meeste ouderen rond de 8 in kwetsbaarheid. Er zijn zelfs 15 patiënten die 9 of hoger scoorden in de TRAZAG screening lijst. Deze cijfers bevestigen dat de initiële bevindingen in eerste pilot structureel zijn en dat deze groep allochtone ouderen met grote gezondheid en welzijnsproblematiek kampen, al op relatief jongere leeftijd.

Wij denken dat onze proactieve benadering en inzet van zorgconsulenten enorm heeft bijgedragen om deze kwetsbaarheid aan het licht te brengen. Wij denken dat deze groep patiënten blijvend onder de aandacht moet blijven in onze praktijk. Inzet van een zorgconsulent zal in meer of mindere mate en situatie afhankelijk essentieel zijn om zorg op maat te kunnen leveren.

Gezien de aard van de problematiek die we aantreffen, waarvan sociale problemen als eenzaamheid, laaggeletterdheid en armoede een grote rol spelen, denken wij dat optrekken met gemeentelijke instanties en wijkteams een grote meerwaarde kan hebben in toekomstige projecten. Wij hebben initieel ook overwogen om een gemeentelijk WMO consulent onderdeel te laten maken van de kernteam die ouderen bezoekt. Echter de tijd van het project kwam te vroeg voor de gemeente om deel te nemen. Men was nog druk bezig met invulling geven aan de grote transitie plannen van zorg 2014-2015.

De doelstelling om de zorgbehoefte beter en hopelijk tijdig in beeld te brengen van allochtone (kwetsbare) ouderen is wat ons betreft gelukt. De actuele gezondheidsklachten zijn in kaart gebracht en behandeld in de huisartsenpraktijk of doorverwezen naar een andere hulpverlener. De gegevens zijn opgenomen in CareSharing (KIS) en vastgelegd in een individueel behandelplan. De kwetsbare allochtone ouderen worden meegenomen in reguliere ouderenzorg.

Middels dit project hebben we meer dan voorheen inzicht gekregen in de ziekte- en gezondheid beleving bij kwetsbare allochtone ouderen. De drempel naar paramedici en thuiszorginstellingen en ondersteunende faciliteiten zoals `Hulp bij dementie` is duidelijk en objectief verlaagd. Wij denken dat de continuïteit van de zorg nu goed is geregeld. Het inzetten van zorgconsulenten in eigen taal hebben er toe bijgedragen dat we makkelijker binnenkwamen, dat er meer vertrouwen is naar de hulpverleners (bij de meeste dan!) en dat er goede informatie is verzameld om goede zorg te leveren. De kwetsbare ouderen zullen in de reguliere ouderenzorg meegenomen worden. Wij denken dat ze zullen profiteren van veel voordelen die gestructureerde ouderenzorg projecten bieden. Echter het probleem van de beperkte communicatie mogelijkheden zal voor deze groep altijd blijven bestaan. Wij zijn overtuigd dat met behulp van familie en kennissen veel zaken opgepakt en geregeld kunnen worden, maar toch is de inzet van autonome professionele consulenten van essentieel belang in bepaalde onderdelen en communicatie momenten. Denk hierbij aan initiële verkennende

gesprekken, diepgaande gesprekken om de zorgvraag beter in beeld te krijgen, het voeren van ronde tafelgesprekken en soms ook deelname aan multidisciplinair overleg (MDO).

Het is dus zeer wenselijk dat de allochtone zorgconsulenten in de reguliere ouderenprojecten worden ingebed. Hiervoor vragen wij structureel extra middelen om de allochtone zorgconsulenten incidenteel en situatie afhankelijk in te kunnen zetten.

Wij denken dat we hier een goede format hebben om zorg op maat te leveren voor (pre)ouderen van allochtone afkomst. Een format waar zowel de huisarts als de patiënt zeer gebaat is. Wij denken dat elke praktijk in staat zou zijn om dit te hanteren als een sub project onder zijn reguliere ouderenzorg. De reguliere PO' ers ouderenzorg moeten goed in staat zijn om hier als casemanager en coördinator te fungeren met ondersteuning van een zorgconsulent. Deze format is uitstekend geschikt om gebruikt te worden in de werving van allochtone ouderen in reguliere ouderenzorg projecten. Wij beseffen dat inzet van consulenten in eigen taal niet altijd financieel en organisatorisch haalbaar is, maar we denken wel dat inzet ervan essentieel en misschien onmisbaar is in de initiatie/wervingsfase (eerste 6 maanden) en op onderdelen ook zeer wenselijk in de follow up van kwetsbare allochtone ouderen (zie eerder).

Gezien de ontwikkelingen in de financiering in huisartsenzorg en belang van innovatie, denken wij dat S3 segment gelden (innovatieve projecten) aangeboord kunnen worden om dit soort projecten verder structureel te ontwikkelen en in te bedden in de reguliere ouderenzorg.