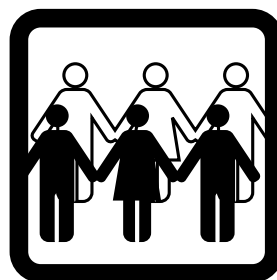


Huisartsenpraktijk 'de Straatdokter'

Sociaal Medische Zorg in Rotterdam:
bereikbaarheid, continuïteit en samenwerking



Agnes van der Poel

Luuk Krol



In opdracht van het cluster
Persoonsgerichte Zorg van de GGD Rotterdam-Rijnmond

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Sociaal Medische Zorg aan dak- en thuislozen	8
1.1 Algemeen	8
1.2 De Straatdokter in Rotterdam	9
2 Onderzoeksvragen en -methoden	14
3 Patiënten en zorggebruik	18
3.1 Toeleiding naar het artsenspreekuur	18
3.2 Patiënten en verrichtingen	21
3.3 Klachten	26
3.4 Veranderingen	28
3.5 Alcohol-, drugs- en psychiatrische problemen	30
3.6 Medicatie en doorverwijzing	33
3.7 Samenvatting	38
4 Bereik	42
4.1 Bereik uit de registraties	42
4.2 Bereik in perspectief	43
4.3 Samenvatting	45
5 Zorgprotocollen	48
5.1 Algemeen	49
5.2 Evaluatie vijf protocollen	50
5.3 Andere protocollen	52
5.4 Samenvatting	52
6 Succesfactoren en knelpunten	54
6.1 MicroHIS en registreren	54
6.2 Samenwerking (binnen SMZ)	56
6.3 Perspectief van patiënten	58
6.4 Succesfactoren en knelpunten	58
6.5 Rotterdamse MO en SMZ	60
6.6 Samenvatting	61

Huisartsenpraktijk 'de Straatdokter', Sociaal Medische Zorg in Rotterdam:
bereikbaarheid, continuïteit en samenwerking

Agnes van der Poel en Luuk Krol

Oktober 2007

IVO

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T 010 425 33 66

secretariaat@ivo.nl

ISBN 978-90-74234-72-6

Ontwerp en druk: Basement Grafische Producties, Den Haag

7 Functioneren Straatdokter: conclusie en discussie	64
7.1 Onderzoeksmethoden	64
7.2 Conclusie en discussie	65
7.3 Tot slot	72
Referenties	73
Bijlagen	77
1 Spreekuren en locaties	78
2 Vragen in de schriftelijke vragenlijst	80

Voorwoord

Met trots presenteren wij het rapport over huisartsenpraktijk 'de Straatdokter'. De 'straatdokers' zijn zeven huisartsen die naast hun reguliere praktijk spreekuur houden op tien locaties van de dag- en nachtopvang voor dak- en thuislozen. De Straatdokter is een vangnetvoorziening, want het is uiteindelijk de bedoeling dat mensen die in 24-uurs woonvoorzieningen verblijven zoveel mogelijk gebruik maken van de reguliere huisarts in de eigen buurt, en van de andere reguliere zorgvoorzieningen.

Verpleegkundigen zijn de ogen van de Straatdokter. De verpleegkundige maakt contact, wint vertrouwen en leidt toe naar de Straatdokter. De Straatdokter ziet, behandelt, verwijst, motiveert, wijst terecht en geeft aandacht. De verpleegkundige levert zonodig de vervolgzorg of zorgt voor de toeleiding naar andere hulpverleners. De Straatdokter kan niet zonder de verpleegkundige en de verpleegkundige kan niet zonder de Straatdokter. Deze mix van zorg en aandacht levert in een aantal gevallen structurele verbetering van de gezondheidssituatie op. In andere gevallen wordt basale medische zorg geleverd.

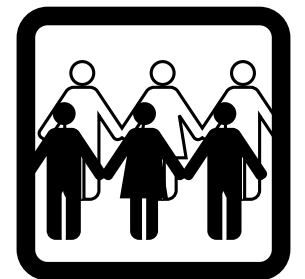
In de stuurgroep van de Straatdokter werken het Zorgkantoor, de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid, CVD, Leger des Heils, Stichting Ontmoeting, Nico Adriaan Stichting en Basisberaad Rijnmond samen. De coördinatie van de Straatdokter ligt bij de GGD.

In dit rapport vindt u de bevindingen van het onderzoek dat in opdracht van de GGD is uitgevoerd door het IVO. Uit het onderzoek blijkt dat de Straatdokter in een behoefte voorziet. Het functioneren van de Straatdokter wordt gekenmerkt door bereikbaarheid, continuïteit en samenwerking. Het onderzoek geeft daarnaast diverse aanknopingspunten voor verbetering. De GGD neemt de bevindingen ter harte en gaat er mee aan de slag.

Prof.dr. M.C.H. Donker
Hoofd van Dienst GGD Rotterdam-Rijnmond

oktober 2007

hoofdstuk 1
sociale zorg
**Sociaal Medische Zorg
aan dak- en thuislozen**



Hoofdstuk 1

Sociaal Medische Zorg aan dak- en thuislozen

1.1 Algemeen

Omdat de gezondheidsproblemen van dak- en thuislozen complex en talrijk zijn en omdat hun medische consumptie en zorgzoekgedrag afwijkt van die van de 'gewone' Nederlander (o.a. Bronsveld, 2004), pleitte de Gezondheidsraad in 1995 voor het opzetten van sociaal medische zorg specifiek voor deze doelgroep. Deze zorg voor dak- en thuislozen zou moeten bestaan uit laagdrempelige sociaal medische spreekuren, huisartsenzorg op consultatiebasis en verpleegbedafdelingen. In een aantal steden zijn deze voorzieningen in het leven geroepen omdat de toegankelijkheid van de reguliere voorzieningen te wensen overliet: vraag en aanbod waren niet goed op elkaar afgestemd (vgl. Van Laere & Buster, 2001; Van Laere, 2002, 2000).

Gezondheid

Dak- en thuislozen zijn relatief ongezond. Redenen daarvoor zijn:

- een behoorlijk deel van de doelgroep is verslaafd aan alcohol en/of harddrugs – behalve dat de verslaving zelf als een ziekte gezien wordt, leidt langdurig gebruik van middelen op enig moment tot gezondheidsproblemen;
- het leven op straat brengt logischerwijs gezondheidsproblemen met zich mee;
- een groot deel van de doelgroep ervaart psychische problemen;
- uit het voorgaande blijkt al dat vele dak- en thuislozen kampen met meerdere problemen tegelijkertijd.

Klachten waarvan dak- en thuislozen meer dan gemiddeld last hebben, zijn: huidklachten, wondjes, gebitsklachten, slechte voedingstoestand, problemen met de luchtwegen, problemen met het bewegingsstelsel, maagaandoeningen en (post)traumatische aandoeningen (Jansen & Karaköse, 2003; Wolf et al., 2002; Jansen et al., 2002; Van Laere & Buster, 2001; Van Laere, 2000, 1997; Roorda-Honée & Heydendaal, 1997). Onderzoek in Rotterdam, Den Haag en Utrecht wijst uit dat psychische stoornissen en verslavingsproblemen veel voorkomen onder daklozen (Van Rooij et al., 2007; Wolf et al., 2002; Reinking et al., 2001).

Medische consumptie

Dak- en thuislozen gaan minder vaak naar de huisarts dan de gemiddelde Nederlander. De gemiddelde Nederlander gaat drie tot vier keer per jaar naar de huisarts en in Nederlandse achterstandswijken kan dat oplopen tot zes tot acht keer per jaar. Dak- en thuislozen gaan nog geen twee keer per jaar (Bronsveld, 2004). Uit eerder onderzoek bij de Rotterdamse Straatdokter blijkt dat dak- en thuisloze patiënten gemiddeld 2,4 keer bij een arts zijn geweest in een periode van drie maanden (september, oktober en november) van 2004 (van der Poel et al., 2005). Eerder onderzoek in Amsterdam wijst uit dat 63% van de dak- en thuislozen naar een arts gaat 'als het echt niet meer gaat' (Barends, 1995). In Rotterdam ging 76% van de dak- en thuislozen in het voorafgaande jaar naar een arts, waaronder een huisarts, een ziekenhuisarts, een arts van de verslavingszorg of een arts voor daklozen (Jansen et al., 2002) en in Amsterdam ging 54% in de afgelopen maand (Korf et al., 1999). Gezien de gezondheidssituatie van dak- en thuislozen (zie hierboven) zouden zij vaker naar een arts moeten gaan. Als dak- en thuislozen wel een artsenspreekuur bezoeken, dan is de behandelingsbelasting voor de huisarts in de regel hoog, wat wil zeggen dat er meer ingrepen gedaan worden (Bronsveld, 2004). Dit hangt weer samen met de relatief slechte gezondheidssituatie van de doelgroep. Ook blijkt dat 20-31% van de Rotterdamse dak- en thuislozen niet verzekerd zegt te zijn voor ziektekosten (Van der Poel et al., 2005; Krol, 2003; Jansen et al., 2002).

Daarnaast lijkt contact- en therapietrouw niet vanzelfsprekend te zijn (Gezondheidsraad, 1995). Eenmaal begonnen aan een behandeling, is het voor een deel van de dak- en thuislozen lastig om daarin te volharden, omdat zij andere prioriteiten stellen, zoals overleven in het circuit en het kopen en gebruiken van drugs en alcohol. Zelfmedicatie door het gebruik van 'pillen' en alcohol en/of drugs komt veel voor (o.a. Van der Poel et al., 2003).

Sociaal Medische Zorg

Om de toegankelijkheid van de medische zorg voor dak- en thuislozen te vergroten, zijn in verschillende steden huisartsensprekuren 'op locatie' – binnen de maatschappelijke opvang – gerealiseerd. De artsen die de zorg bieden aan de doelgroep moeten in staat zijn hen te benaderen met aandacht voor verslaving, psychiatrische aandoeningen, gedragsstoornissen, meervoudige lichamelijke aandoeningen en sociale problemen (zie: Van Laere & Buster, 2001). De volksgezondheid speelt ook een rol, vanwege het verhoogde risico op infectieziekten bij dak- en thuislozen (De Vries et al., 2004, 2003; Van Laere & Buster, 2001; Van Laere et al., 2002).

1.2 De Straatdokter in Rotterdam

In Rotterdam is de sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in de afgelopen twintig jaar gedeeltelijk uitgevoerd op basis van initiatieven van artsen en de maatschappelijke opvang. In 1985 publiceerden Quispel & Stockers een eerste artikel over de medische zorg voor daklozen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang. Eind 2000 uitten artsen en maatschappelijke opvang een noodkreet richting de gemeente en zorgverzekeraars dat de druk op de bestaande zorg in capaciteit en financiering sterk was toegenomen. Oorzaken daarvan waren de toenemende verslechtering van de gezondheidstoestand van dak- en thuislozen, de oplopende kosten van het niet-verzekerd zijn van dak- en thuislozen, en de toename van het aantal dak-

en thuislozen. De geuite noodkreet heeft geleid tot het project 'Sociaal Medische Zorg' dat op 1 april 2003 van start ging. Dit project biedt een oplossing voor het gesignaleerde probleem dat "door het gebrek aan visie, afstemming, samenwerking en organisatie het aanbod van medische zorg versnipperd is, waardoor de continuïteit van de medische zorg niet optimaal is". Verpleegkundigen en artsen zijn binnen het project Sociaal Medische Zorg werkzaam op de verschillende locaties van de maatschappelijke opvang. De verpleegkundigen moeten de continuïteit in zorg waarborgen en de artsen moeten de versnippering in zorg tegen gaan. De artsen zijn sinds 1 maart 2004 werkzaam in huisartsenpraktijk 'de Straatdokter'. Artsen, verpleegkundigen en patiënten zijn tevreden over het functioneren van de praktijk. De praktijk loopt goed en voldoet in een behoefte: door de actieve toeleiding van de verpleegkundigen zitten de spreekuren vol en er worden medische dossiers opgebouwd waardoor er meer continuïteit in zorg is (Van der Poel et al., 2005).

De Straatdokter

De Straatdokter is een huisartsenpraktijk voor dak- en thuislozen op locaties van de maatschappelijke opvang (MO). Aanvankelijk was het onderdeel van de afdeling Vangnet & Advies van de GGD Rotterdam e.o., sinds de reorganisatie van de GGD in 2005 is het ondergebracht bij het cluster Persoonsgerichte Zorg.

Op de startdatum 1 april 2003 waren er zes locaties waar een arts spreekuur hield. Gestaag kwamen er locaties en artsen bij. Op 1 mei 2004 houdt de praktijk spreekuur op tien locaties van de dag- en nachtopvang van de MO. Deze tien worden beheerd door een viertal organisaties: CVD, Leger des Heils, Nico Adriaan Stichting (NAS) en Stichting Ontmoeting (zie schema 1). Door de jaren heen is dit onveranderd gebleven. In 2005 is een samenwerkingsverband aangegaan met het ACT-team van de BAVO Europoort en CVD. Elke week is een straatdokter twee uur aanwezig op de ACT-locatie Carnissesingel.

Schema 1: Aantal spreekuren, per locatie

Organisatie en locatie	2004	2005	2006
CVD			
De Hille (dag- en nachtopvang, pension)	2 uur per week	1 uur per week	1 uur per week
Havenzicht (nachtopvang + ziekenboeg/verpleegbedden)	4 uur per week	4 uur per week	4 uur per week
Van Speyk (dagopvang)	2 uur per 2 weken	2 uur per 2 weken	2 uur per 2 weken
De Zon (pension)	4 uur per week	3 uur per week	3 uur per week
Leger des Heils			
Het Baken (dagopvang)	1 uur per week	1 uur per week	1 uur per week
De Kajuit (dagopvang)	2 uur per week	2 uur per week	2 uur per week
Het Dok (dagopvang)	alleen op afspraak	1 uur per week	1 uur per week
De Sluis (dag- en nachtopvang)	alleen op afspraak	1 uur per week	1 uur per week
Nico Adriaan Stichting (NAS)			
- Pauluskerk (dag- en nachtopvang)	2 uur per 2 weken	2 uur per 2 weken	2 uur per 2 weken
Stichting Ontmoeting			
Dienstencentrum Ontmoeting (dagopvang)	1 uur per week	1 uur per week	1 uur per week

Visie

De reguliere huisartsenzorg zou voor iedere dak- en thuisloze in principe beschikbaar en bereikbaar moeten zijn. Omdat dit door omstandigheden niet het geval is, is het noodzakelijk dat hen extra reguliere zorg wordt aangeboden. Vanuit deze gedachte hebben de verschillende deelnemende organisaties en partijen een gezamenlijke visie op de sociaal-medische zorg geformuleerd (Krol 2004, 2003):

- 1 De cliënt moet waar het kan gestimuleerd worden om gebruik te maken van de reguliere huisartsenzorg.
- 2 De cliënt zal de zorgvraag eerder uiten als de cliënt vertrouwen heeft in de zorgaanbieder.
- 3 De cliënt zal het zorgaanbod eerder aan kunnen nemen als de cliënt bereikbaar is.
- 4 De cliënt vertoont dynamisch verblijfgedrag, waardoor centrale organisatie en aansturing van het zorgaanbod noodzakelijk zijn.
- 5 De cliënt vertoont dynamisch verblijfgedrag, waardoor toeleiding door veldwerkers en verpleegkundigen naar het spreekuur van de artsen noodzakelijk is.
- 6 De cliënt heeft een dermate grote zorgvraag, dat, indien verzekerd, de kosten hoger zijn dan in een reguliere situatie.
- 7 De cliënt wordt, naast een gebrek aan zorg op medisch gebied, ook gekenmerkt door problemen met wonen, inkomen, gebruik en tijdsbesteding. Mede door deze tekorten in zorg, wordt de slechte situatie bepaald van de gezondheidstoestand van dak- en thuislozen. De extra reguliere huisartsenzorg voor dak- en thuislozen is één van de aangrijppunten ter stabilisatie van de gezondheidsproblematiek.

Doel en doelgroep

Het doel van huisartsenpraktijk de Straatdokter is het leveren van geneeskundige zorg in de maatschappelijke opvang aan dak- en thuislozen in Rotterdam, door (huis)artsen. Door de zorg kan de gezondheid van de dak- en thuisloze mogelijk stabiliseren, dan wel verbeteren. Met een gestabiliseerde gezondheid wordt de kans op verbetering of herstel op het terrein van onderdak, inkomen, zorg, dagbesteding en middelen-gebruik groter. Dit heeft als gevolg dat reïntegratie in de maatschappij mogelijk wordt. De zorg heeft een somatische insteek, aangevuld met aandacht voor de psychische, sociale en maatschappelijke problemen. Doelen die impliciet in Straatdokter-documenten staan zijn: het voorkomen van ernstige ziekten bij de daklozen en de omgeving, minder druk op de eerstelijnsopvang, minder druk op de niet-reguliere medische zorg, en mogelijk minder overlast in de stad. De doelen van de Straatdokter gericht op gezondheid worden door betrokkenen breed gedragen; bij de andere doelen worden kanttekeningen geplaatst bij de haalbaarheid ervan (Van der Poel et al., 2005).

De doelgroep bestaat uit buitenslapers en uit dak- en thuislozen waarmee de maatschappelijke opvang contact heeft in de locaties voor dag- en nachtopvang inclusief de verpleegbedden. Relevante subgroepen zijn verslaafden, psychiatrisch patiënten en illegalen.

Aanbod en organisatie

De belangrijkste activiteiten die aangeboden worden door de (huis)artsen zijn:

- huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang;
- opbouw en een medisch dossier van dak- en thuislozen via huisartseninformatiesysteem microHIS;

- afstemming en begeleiding van medische zorg door verpleegkundige zorg in de locaties voor dag- en nachtopvang.

De centrale organisatie van de Straatdokter is ondergebracht bij de GGD Rotterdam-Rijnmond. De taak van de coördinator is de organisatie en afstemming tussen de verschillende betrokkenen:

- op inhoudelijk niveau met artsen en verpleegkundigen over werkwijze, cliëntoverleg, methode, knelpunten en ervaringen;
- op maatschappelijk niveau met de MO, verslavingszorg en de gemeenten over capaciteit, ketenzorg en uitvallers;
- op bestuurlijk niveau met de gemeente en zorgverzekeraars over organisatie, financiering en toekomstige ontwikkelingen.

De stuurgroep, bestaande uit GGD Rotterdam-Rijnmond, dienst SoZaWe, Zorgkantoor, CVD, Leger des Heils, Stichting Ontmoeting, Nico Adriaan Stichting en Basisberaad Rijnmond, heeft als doel het draagvlak in het veld te bevorderen, te dienen als bron over ontwikkelingen in het veld en de GGD-coördinator met raad en daad te adviseren.

hoofdstuk 2

Onderzoeksvragen en -methoden



Hoofdstuk 2

Onderzoeksvragen en -methoden

De Straatdokter was al eerder onderwerp van onderzoek. Eind 2004 en begin 2005 is het functioneren van de huisartsenpraktijk in kaart gebracht door registratiegegevens te analyseren en artsen, verpleegkundigen, managers en patiënten te interviewen. De resultaten van dit onderzoek zijn gepubliceerd in een rapport (Van der Poel et al., 2005) en in een artikel in Medisch Contact (Van der Poel, Krol & De Jong, 2005). Het huidige onderzoek heeft dezelfde centrale vraag:

Hoe functioneert huisartsenpraktijk 'de Straatdokter' en waar zijn verbeteringen in aan te brengen?

Het eerdere onderzoek wordt beschouwd als nulmeting. Dat betekent dat de resultaten van het huidige onderzoek tegen de nulmeting worden afgezet.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen zijn de volgende:

- 1 Wat zijn kenmerken van patiënten?
Het gaat om sociaal-demografische kenmerken (sekse, leeftijd) en om de categorisatie in ICPC-codering (alcohol-, drugs-, psychiatrische problematiek).
- 2 Wat is de instroom (cijfermatig)?
Er wordt gekeken naar het aantal nieuwe patiënten en het aantal reeds bekende patiënten, gedifferentieerd naar sociaal-demografische kenmerken en ICPC-codering.
- 3 Wat is het zorggebruik van patiënten?
Onder zorggebruik wordt verstaan: aantal contacten, type klachten, of er medicatie wordt voorgeschreven en de locaties waar patiënten een huisartsenspreekuur bezoeken.
- 4 Wat is het cijfermatige bereik van de Straatdokter?

- 5 a) Hoe tevreden zijn artsen en verpleegkundigen over de Straatdokter (inhoudelijk over toeleiding, behandeling en nazorg, maar ook over communicatie en afstemming)?
- b) Maken de artsen en verpleegkundigen gebruik van de vijf zorgprotocollen die in 2005 zijn ontwikkeld?
- c) Wat zijn succesfactoren en knelpunten van huisartsenpraktijk de Straatdokter?
- d) Wat zijn oplossingsrichtingen voor verbetering (indien nodig)?

Onderzoeksmethoden

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn twee onderzoeksmethoden gebruikt: analyse van registratiegegevens en een schriftelijke vragenlijst.

De eerste, tweede en derde onderzoeksvraag zijn beantwoord door registratiegegevens uit het huisartsen-informatiesysteem (microHIS) te analyseren. Van drie jaren - 2004, 2005 en 2006 - zijn gegevens van de periode september, oktober en november geanalyseerd. In microHIS worden verschillende gegevens geregistreerd: persoonlijke gegevens zoals naam en geboortedatum, en medische gegevens zoals klachten en medicijnvoorschriften. MicroHIS wordt ook als cliëntvolgsysteem gebruikt. Als een patiënt bij verschillende spreekuren komt, dan is dat terug te zien in de registratie. De resultaten zijn zodanig weergegeven dat deze niet te herleiden zijn naar individuele personen.

De vierde onderzoeksvraag naar het bereik van de Straatdokter volgt uit het antwoord op de tweede onderzoeksvraag, afgezet tegen het totaal aantal personen dat de betreffende locaties voor maatschappelijke opvang bezocht heeft. Hiervoor hebben CVD, Leger des Heils en Ontmoeting bezoekersgegevens aangeleverd.

De vijfde onderzoeksvraag is beantwoord met een schriftelijke vragenlijst onder de zeven artsen en elf verpleegkundigen die betrokken zijn bij de Straatdokter. Deze is in mei 2007 verspreid. Van de achttien uitgezette vragenlijsten zijn er vijftien ingevuld teruggestuurd (zes artsen en negen verpleegkundigen). In deze vragenlijst staat het algemene functioneren van de Straatdokter centraal. De vragenlijst heeft de volgende onderdelen:

- kenmerken respondent
- toeleiding naar artsenspreekuur
- op het artsenspreekuur: contact, behandeling en doorverwijzing / veranderingen in groep patiënten, type klachten, aandoeningen, medicatie voor onverzekerden / maaltijden op medische indicatie (MOMI)
- microHIS en registreren
- resultaten van analyse: groep patiënten, bereik, ICPC
- samenwerking: GGD en dokters- c.q. verpleegkundigenoverleg
- evaluatie zorgprotocollen
- inschatting oordeel van patiënten
- succesfactoren en knelpunten huisartsenpraktijk Straatdokter
- Rotterdamse maatschappelijke opvang en sociaal-medische zorg

Bij bijna elk onderdeel is een aantal stellingen geformuleerd waarop artsen en verpleegkundigen met negatief (-), neutraal (+/-) of positief (+) kunnen antwoorden. Tevens zijn bij elk onderdeel open vragen gesteld (positieve punten, negatieve punten, toelichting). Ook deze resultaten zijn zoveel mogelijk weergegeven dat deze niet te herleiden zijn naar individuele artsen en verpleegkundigen. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 2.

Afhankelijk van hun voorkeur, spreken artsen en verpleegkundigen over cliënten, patiënten, bewoners, bezoekers. In de vragenlijst en in dit rapport is gekozen voor gebruik van het woord 'patiënten', om de eenvoudige reden dat in een 'normale' huisartsenpraktijk ook over patiënten gesproken wordt. In de citaten is uiteraard de woordkeuze van verpleegkundigen en artsen gevolgd.

Analyse microHIS

De kwantitatieve gegevens uit microHIS zijn ingevoerd in analyseprogramma SPSS. Soms zijn variabelen met elkaar in verband gebracht, bijvoorbeeld om te kijken naar de leeftijdsverdeling van nieuwe patiënten (zijn nieuwe patiënten vooral jongeren?) of naar het gemiddeld aantal bezoeken per jaar (komen patiënten in 2006 gemiddeld vaker dan in 2004?). Wanneer gekeken wordt naar een verband of samenhang, dan wordt een toets uitgevoerd om de statistische significantie te bepalen. Wanneer een verband statistisch significant is, wil dat zeggen dat dat verband niet op toeval berust. Hierbij wordt een betrouwbaarheidsmarge van 95% aangehouden (zodat met 95% zekerheid gezegd kan worden dat het gevonden verband niet op toeval berust).

hoofdstuk 3

Patiënten en zorggebruik



Hoofdstuk 3

Patiënten en zorggebruik

“Daklozen zijn net binnenvaartschippers. Ze gaan niet snel naar de dokter, maar als ze gaan, hebben ze heel wat.” (arts)

In dit hoofdstuk worden de resultaten over de patiënten en hun zorggebruik weergegeven. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de toeleiding naar het artsenspreekuur (§3.1), op het aantal patiënten en verrichtingen (§3.2), op de klachten die patiënten uiten op het spreekuur (§3.3), op de veranderingen in populatie en klachten/aandoeningen zoals ervaren door artsen en verpleegkundigen (§3.4), op de diagnosticering van alcohol-, drugs- en psychische/psychiatrische problematiek (§3.5) en, als laatste, op medicatie en doorverwijzing (§3.6).

3.1 Toeleiding naar het artsenspreekuur

Het geheel van activiteiten dat ondernomen wordt om cliënten naar het spreekuur van de arts te leiden als daar aanleiding toe is, wordt 'het systeem van toeleiding' genoemd. Doel is dat mensen die gezien zouden moeten worden, ook daadwerkelijk gezien worden door een arts. De meeste patiënten worden doorverwezen naar de arts door de verpleegkundige, maar sommigen komen op eigen initiatief naar een artsenspreekuur. Patiënten¹ zelf geven ook aan dat “als er wat is of als je wat hebt, dan ga je naar de verpleegkundige of de dokter”.

Op de locaties waar een arts spreekuur houdt, zijn ook verpleegkundigen aanwezig. Per locatie is het aantal uur per week dat er een verpleegkundige aanwezig is verschillend: op de ene locatie is dat 4 uur, en op een andere 32 uur per week. In het algemeen geldt dat des te meer uren er een verpleegkundige aanwezig is, des te beter het systeem van toeleiding werkt, en des te beter het bereik (zie Van der Poel et al., 2005).

¹ Patiënten die geïnterviewd zijn voor het eerdere onderzoek (Van der Poel et al., 2005).

De meeste verpleegkundigen verzorgen zelf verpleegkundigensprekuren voor de patiënten. Deze spreekuren zijn belangrijk in de toeleiding van patiënten naar de artsensprekuren. Immers, verpleegkundigen zetten mensen op de lijst als zij het nodig achten dat een arts de patiënt ziet. Vlak voor en tijdens de artsensprekuren zijn verpleegkundigen ook belangrijk: als het artsenspreekuur begint, dan halen zij mensen op uit bijvoorbeeld de recreatieruimten om naar de arts te gaan. Bovendien zijn zij aanwezig bij de consulten. Dat betekent dat arts en verpleegkundige beiden de patiënt zien en weten wat er met hem of haar wordt afgesproken, bijvoorbeeld over medicatie of bloedprikken.

De verpleegkundigen sturen mensen door naar de arts:

- als zij zelf niet weten wat de aandoening is, of als ze twijfelen over wat die zou kunnen zijn (bijvoorbeeld plekjes of bultjes op de huid);
- als er medicatie moet worden voorgeschreven, of voor herhalingsrecepten;
- in geval van een verwijzing, bijvoorbeeld naar de time-out of een kliniek;
- als verder onderzoek nodig is, bijvoorbeeld bij problemen met plassen, of als er sprake is van aanhoudende klachten (hoge bloeddruk of problemen met een voet);
- als zij willen dat een arts iets directiefs zegt om iemand te motiveren om bijvoorbeeld gedrag te veranderen (arts = status).

Als verpleegkundigen tijd hebben, dan zijn zij aanwezig in de huiskamers, op de gangen et cetera van de opvang om contact te maken met de dan aanwezige mensen. Contact hebben is een voorwaarde voor het winnen van vertrouwen van (potentiële) patiënten, en vertrouwen is weer een voorwaarde voor het welslagen van de sociaal-medische zorg.

De verpleegkundigen worden regelmatig aangesproken door anderen die werkzaam zijn in de opvang, of zelfs door andere bezoekers, over een bezoeker die de verpleegkundige zou moeten zien. Andersom vraagt de verpleegkundige ook aan de andere professionals in de opvang om alert te zijn op gezondheidsklachten van de bezoekers.

Op alle locaties staat aangegeven wanneer welk spreekuur is. Overal waar verpleegkundigen- en artsensprekuren zijn, worden die aangekondigd op mededelingenborden, op A4-tjes die in de gangen hangen enzovoorts. Ook heeft de GGD handige 'visitekaartjes' gemaakt die dak- en thuislozen bij zich kunnen steken, met daarop alle locaties, dagen en tijdstippen van de artsensprekuren.

Stellingen toeleiding

In de vragenlijst is aan artsen en verpleegkundigen gevraagd hoe zij de toeleiding beoordelen (tabel 1). Geen van hen is ontevreden over de toeleiding naar de artsensprekuren. Een deel van de artsen en verpleegkundigen geeft aan dat de spreekuren (bijna) altijd vol zijn. Alle artsen zijn positief over de toeleiding door de verpleegkundigen. Verpleegkundigen zelf geven ook aan dat het hen meestal wel lukt om de patiënten die dat nodig hebben door een arts te laten zien. Of er meer patiënten gemotiveerd kunnen worden om naar een arts te gaan als er meer verpleegkundigen-uren zouden zijn, verschillen de verpleegkundigen van mening: sommigen vinden van niet, anderen van wel (en dat zijn niet persé degenen met een laag aantal uren per week).

Naast de toeleiding door de verpleegkundigen, kunnen patiënten ook op eigen initiatief naar een artsenspreekuur gaan. Eén arts zegt dat steeds meer patiënten op eigen initiatief komen. Twee artsen zijn het hier mee oneens. Over de mogelijkheid dat patiënten steeds vaker op meerdere locaties naar een spreekuur gaan, zijn de meningen verdeeld: de ene arts ziet dat wel gebeuren, een andere niet. Verpleegkundigen zeggen dat de dagen en tijden van de artsensprekuren op de verschillende locaties goed staan aangegeven.

Toeleiding positief

Verpleegkundigen en artsen hebben beide positieve (en negatieve) punten benoemd over de huidige gang van zaken rondom de toeleiding van patiënten. Wat gaat nu goed? Artsen beoordelen vooral de assistentie - in de breedste zin van het woord - van de verpleegkundigen als positief. Verpleegkundigen benoemen de toeleiding en alles wat daarbij komt kijken als positief.

“Indicatie van de verpleegkundige is eigenlijk altijd goed.” (arts)

“Mensen die in ieder geval moeten worden gezien, worden ook gezien.” (arts)

“Zorgmijders sneller naar dokter.” (arts)

“Door de informatie van de verpleegkundige vooraf kun je meer diepgang, effectiviteit en resultaat bereiken.” (arts)

“Door de tijdelijke afwezigheid van een verpleegkundige lag de toeleiding praktisch stil. Loopt nu steeds beter. Kost dagelijkse investering. Zinvol werk, komen nu zelf.” (verpleegkundige)

“Mensen zijn goed geïnformeerd over waar en wanneer er een arts spreekuur houdt. En je bouwt met bezoekers een vertrouwensband op, waardoor ze makkelijker naar het spreekuur komen.” (verpleegkundige)

“Collega's op de locatie werken goed mee om patiënten op het spreekuur te krijgen. Positief is ook dat het spreekuur op een vast moment in de week plaatsvindt.” (verpleegkundige)

Toeleiding negatief

En uiteraard zijn er ook negatieve punten genoemd. Wat zou beter kunnen? Artsen en verpleegkundige noemen vooral zaken rondom de toeleiding van patiënten (niet over toeleiding zelf) en de toegankelijkheid van de zorg.

“Te weinig uren verpleegkundige op de locatie. Vluchtige populatie, heeft tijd nodig.” (arts)

“Soms laten patiënten het toch afweten.” (arts)

“Als je iemand ziet op een dag dat er op die locatie geen arts aanwezig is, is het altijd maar afwachten of die persoon er weer is als de arts er ook is. Doorsturen naar een andere locatie is ook niet altijd een optie, omdat ze er dan niet aankomen door bijvoorbeeld geen vervoer of geen geld.” (verpleegkundige)

“Toeleiding werkt alleen als er dagelijks een verpleegkundige is. Patiënten hebben weinig tot geen geduld; spreekuur mag niet uitlopen. Je moet een pro-actieve houding hebben. En patiënten soms zelf naar binnen brengen.” (verpleegkundige)

“Betere screening wie waarom de dokter moet zien. Plus: complexe gevallen zonder enige achtergrondinformatie blijven moeilijk.” (verpleegkundige)

Tabel 1. Beoordeling toeleiding door artsen (n=6) en verpleegkundigen (n=9)*

Stellingen	Artsen			Vpk'en		
	-	+/-	+	-	+/-	+
Door de toeleiding van de verpleegkundigen zie ik patiënten op het spreekuur die echt door een arts gezien moeten worden.	-	-	6			
Er komen steeds meer patiënten op eigen initiatief naar het spreekuur.	1	4	1			
Het gebeurt steeds vaker dat patiënten op meerdere locaties naar een spreekuur gaan.	2	3	1			
Het lukt me meestal wel om de patiënten die ik wil doorverwijzen naar het artsenspreekuur daadwerkelijk door een arts te laten zien.				-	3	6
Als ik meer verpleegkundigen-uren zou hebben, dan zou ik meer patiënten kunnen motiveren om naar een arts te gaan.				3	2	4
De dagen en tijden van de artsensprekuren staan op de locatie waar ik werk goed aangegeven.**				-	2	6
De spreekuren zijn (bijna) altijd vol.**	-	3	2	1	5	3
Over het algemeen ben ik tevreden over de toeleiding van patiënten naar het artsenspreekuur.**	-	2	3	-	3	6

* Een aantal stellingen is - zoals bedoeld - alleen ingevuld door artsen, een aantal alleen door verpleegkundigen en een aantal door beide. Dit verklaart de lege ruimtes in de laatste kolommen van deze tabel.

** Eén arts of verpleegkundige vulde deze vraag niet in.

3.2 Patiënten en verrichtingen

In 2004, 2005 en 2006 zijn in de periode september t/m november tussen de 245 en 276 unieke patiënten gezien door de artsen (tabel 2, eerste rij). Met deze patiënten is tussen de 600 en 700 keer contact geweest. Het gemiddeld aantal contacten per patiënt neemt toe in de loop van de jaren van 2,4 naar 2,7.

Een contact, of verrichting, kan zijn een consult, een dubbelconsult, een consult met recept, een telefonisch consult of een visite. Elk van de verrichtingen telt een aantal consulteenheden. Zo is een consult één consulteenheid, een dubbelconsult telt twee consulteenheden en een telefonisch consult telt voor de helft mee. Gekeken naar het aantal consulteenheden, dan liggen die tussen de 650 en 735 voor ieder jaar. Als het aantal consulteenheden gedeeld wordt door het aantal unieke patiënten, dan wordt inzicht verkregen in de tijd die een patiënt gemiddeld gebruikt. In september t/m november 2004 gebruikte een patiënt gemiddeld 2,6 consulteenheden en voor 2005 en 2006 ligt dit op 2,7.

Tabel 2. Gegevens uit microHIS: verrichtingen, patiënten, bezoeken (september t/m november)

	2004	2005	2006
Aantal unieke patiënten	250	276	245
Aantal contacten/verrichtingen	609	687	668
Aantal contacten per patiënt (gemiddeld)	2,4	2,5	2,7
Aantal consulteenheden	653	734	673
Consulteenheden per patiënt (gemiddeld)	2,6	2,7	2,7
Sekse			
- man	87%	89%	89%
- vrouw	13%	11%	11%
Leeftijd: *			
- t/m 30 jaar	12%	11%	9%
- 31 - 40 jaar	28%	25%	23%
- 41 - 50 jaar	31%	34%	32%
- 51 - 60 jaar	20%	19%	22%
- 61 jaar en ouder	11%	11%	14%
Verzekering ziektekosten			
- verzekerd	78%	70%	73%
- niet verzekerd	13%	16%	17%
- illegaal (Koppelingsfonds)	9%	14%	10%
Bezoek**			
- eerste keer op spreekuur	44%	44%	35%
- eerder op spreekuur geweest	56%	56%	65%
Aantal bezoeken: ***			
- 1 bezoek	50%	49%	41%
- 2 bezoeken	19%	19%	26%
- 3-6 bezoeken	25%	26%	24%
- 7 of meer bezoeken	6%	6%	8%

* Door afronding telt het percentage van 2004 op tot 102.

** Aantal patiënten dat in die drie maanden voor het eerst (bekeken vanaf januari 2004) bij de Straatdokter kwam.

*** Door afronding telt het percentage van 2006 op tot 99.

Wat sociaal-demografische kenmerken betreft, zijn er wat sekse betreft nauwelijks verschillen in de groep patiënten door de jaren heen: de meerderheid is man (87-89%). Wat leeftijd betreft, zijn in 2004 ruim zes op de tien patiënten 41 jaar of ouder. In 2006 zijn dit er bijna zeven op de tien.

In 2004 was 78% van de patiënten verzekerd voor ziektekosten bij het Ziekenfonds, 13% was niet verzekerd voor ziektekosten en voor 9% werden de gedeelde inkomsten vergoed door het Koppelingsfonds (die ziektekosten voor illegaal in Nederland verblijvende personen vergoed). In 2005 en 2006 zijn minder patiënten verzekerd voor ziektekosten (resp. 70% en 73%), zijn er meer onverzekerden (16-17%) en is voor meer patiënten vergoeding bij het Koppelingsfonds gevraagd (resp. 14% en 10%).

In 2004 en 2005 kwam 44% van de patiënten voor het eerst op een spreekuur van de Straatdokter, de overige 56% was al eerder op consult geweest. In 2006 kwam een kleiner deel van de patiënten voor het eerst, namelijk 35%. Er is geen verschil in sekseverdeling binnen de groep patiënten die voor het eerst

kwam en de al bekende groep patiënten (86-90% is man). Wel is er een significant verschil in leeftijd in 2005 en 2006: nieuwe patiënten zijn jonger. Van de nieuwe patiënten heeft 47% (2005) en 44% (2006) een leeftijd tot en met 40 jaar, terwijl van de reeds bekende patiënten 26-27% in deze leeftijdscategorie valt².

Het percentage patiënten dat in de onderzoeksperioden slechts één keer door een arts werd gezien lag in 2004 en 2005 rond de 50, in 2006 ligt dat rond de 40. In ieder jaar is 6-8% van de patiënten zeven keer of vaker door een arts gezien.

Vergelijking met 'normale' praktijk

Een 'normale' huisartsenpraktijk heeft gemiddeld 2.350 ingeschreven patiënten (www.nivel.nl). Ongeveer drie kwart van de Nederlanders (73%) rapporteert jaarlijks de huisarts te bezoeken (www.cbs.nl). Een gemiddelde huisarts ziet dus ruim 1.700 unieke patiënten per jaar. Deze getallen kunnen niet een-op-een vergeleken worden met de Straatdokter, omdat onduidelijk is hoeveel patiënten er 'ingeschreven' staan bij deze huisartsenpraktijk. Immers, de spreekuren zijn toegankelijk voor alle dak- en thuislozen die de Rotterdamse MO bezoeken. Wel is bekend dat 1.196 unieke patiënten op consult zijn geweest vanaf het jaar 2004.

Vergeleken met gemiddelde patiënten, is de zorgconsumptie van dakloze patiënten hoog³. Een gemiddelde Nederlander heeft op jaarbasis ongeveer 3,5 keer contact met de huisarts⁴ (Verheij et al., 2006; www.linh.nl, www.cbs.nl). Echter, in deze cijfers zijn ook de Nederlanders verdisconteerd die geen contact hebben gehad met de huisarts. Als gekeken wordt naar alleen degenen met contact, dan blijkt dat deze groep jaarlijks 5,0 keer contact heeft gehad met de huisarts (zowel in 2005 als in 2006; www.cbs.nl). De dakloze patiënt die contact heeft met de Straatdokter heeft in drie maanden in 2006 gemiddeld 2,7 keer contact gehad (zie tabel 3). Het is moeilijk om deze twee groepen (algemene bevolking en daklozen) met elkaar te vergelijken, omdat het niet juist is om te veronderstellen dat dakloze patiënten ongeveer tien keer per jaar naar de Straatdokter gaan (2,7 x 4) en daarmee dus twee keer zo vaak als de algemene bevolking. Immers, het contact met de Straatdokter is gebonden aan de maatschappelijke opvang, en een deel van de daklozen, vooral de 'vluchtige' bezoekers, verblijft daar niet een heel jaar.

Behalve dit verschil in het aantal contacten, duren de contacten bij de Straatdokter ook langer. Een spreekuurconsult in een 'normale' praktijk duurde in 2001 gemiddeld bijna tien minuten (Van den Berg et al., 2004; Van den Brink-Muinen et al., 2004). Als de andere typen consulten (visite, telefonisch) meegerekend

² Leeftijd in vijf categorieën van nieuwe en bekende patiënten in september t/m november. 2005: Pearson's Chi² = 18,8 (df=4) p=0,001. 2006: Pearson's Chi² = 9,9 (df=4) p=0,042.

³ Hoewel de vergelijking op een aantal punten scheef loopt, met name in leeftijdsopbouw van de patiënten. Zo komen jonge kinderen relatief vaak op een 'normaal' artsenspreekuur en ziet de Straatdokter slechts af en toe een kind. Mannen van rond de 45 jaar zijn oververtegenwoordigd in de patiëntengroep van de Straatdokter.

⁴ Gegevens vanuit huisartsen (LINH-data): 2004 = gemiddeld 3,4 contacten (2,5 consult, 0,2 visite en 0,7 telefonisch consult); 2005 = gemiddeld 3,5 contacten (2,6 consult, 0,2 visite en 0,7 telefonisch consult).

Gegevens vanuit Nederlanders (CBS-data): 2004 = 3,5 contacten, 2005 = 3,6 contacten en 2006 = 3,6 contacten (spreekuurconsult, visite, telefonisch consult; niet uitgesplitst).

worden, dan duurt een gemiddeld consult zo'n zestien minuten (tabel 3). Voor huisartsenpraktijk de Straatdokter ligt ook dit getal hoger: hier duurt een consult gemiddeld ruim anderhalf keer zo lang (rond de 25 minuten).

Tabel 3. Normpraktijk en praktijk de Straatdokter 2004-2006

	2004	2004	2005	2006
	Normpraktijk (jaar)	Straatdokter (3 maanden)	Straatdokter (3 maanden)	Straatdokter (3 maanden)
Uren arts	2.115 uur	288 uur*	288 uur*	288 uur*
Aantal consulteenheden	7.740	653	734	673
Aantal minuten per consulteenheid	16,4 minuten = 100%	26,5 minuten = 162%	23,5 minuten = 143%	25,7 minuten = 157%

* Normpraktijk: uitgangspunt is een 45-urige werkweek, 47 werkweken. Voor de Straatdokter wordt aangehouden:
16 uur per week x 1,5 (indirect voorwaardenscheppende tijd) x 12 weken = 288 uur.

Locaties

In theorie kunnen patiënten op alle locaties van de MO door de aldaar dienstdoende Straatdokter gezien worden; zij hebben geen 'vaste' arts. Echter, in de praktijk blijkt dat patiënten nogal honkvast zijn. Slechts een handvol patiënten wordt door twee of drie verschillende artsen gezien. Dit is onder andere het geval als een patiënt bij een MO-locatie geschorst is en zich op een andere locatie meldt, maar ook als hij/zij wordt doorverwezen naar een verpleegbed in Havenzicht of vanuit de opvang gaat wonen bij de Zon. Soms is er geen reden aangegeven in microHIS. In het kader op de volgende pagina's is een aantal voorbeelden opgenomen.

Met een klein voorbehoud (een klein aantal patiënten is op twee of drie locaties gezien) kan per locatie gekeken worden hoeveel cliënten daar 'vast' geholpen worden (zie tabel 4). In 2004 en 2005 heeft ongeveer twee derde deel van de patiënten één van de locaties van het CVD als vaste locatie, met Havenzicht als historische koploper. De arts die spreekuur in Havenzicht verzorgt ziet wekelijks zowel passanten uit de nachtopvang als mensen die op één van de tien verpleegbedden liggen. In 2006 is dit percentage afgenomen van 67% naar 58%. Steeds meer nieuwe patiënten komen bij locaties van het Leger des Heils (van één op de zes in 2004 naar één op de vier in 2006). Bij Ontmoeting komt één op de acht patiënten, en bij de Pauluskerk één op de twintig. Deze percentages komen redelijk goed overeen met het aantal contacten per arts en indirect met het aantal contacten per locatie. Al met al is er door de jaren heen meer spreiding van patiënten over de verschillende locaties zichtbaar.

In 2004 gaven verpleegkundigen aan dat zij patiënten soms doorverwijzen naar een andere locatie (bijvoorbeeld als een week wachten voor een volgend consult te lang is); tegelijkertijd gaven artsen aan dat zij zien dat patiënten vooral naar de arts op hun 'eigen' locatie gaan. Deze situatie is door de jaren heen nauwelijks veranderd. Slechts één arts reageert positief op de stelling dat het steeds vaker gebeurt dat patiënten op meerdere locaties naar een spreekuur gaan (zie tabel 1), en verpleegkundigen zien dat patiënten die zij doorverwijzen naar een andere locatie daar veelal niet aankomen (§3.1).

Tabel 4: 'Vaste' locatie van patiënten (september t/m november)

Locatie	2004	2005	2006
	n=250	n=276	n=245
CVD	67%	63%	58%*
- Havenzicht	39%	37%	34%
- De Hille	13%	13%	10%
- De Zon	13%	11%	10%
- Van Speyk	2%	2%	3%
Leger des Heils	16%	19%	23%
- De Kajuit	8%	7%	9%
- Het Bakken	4%	6%	6%
- De Sluis	3%	6%	7%
- Het Dok	1%	>1%	2%
Stichting Ontmoeting	13%	15%	12%
NAS / Pauluskerk	4%	3%	5%
ACT-team Carnissessingel	**	>1%	2%

* Door afrondingen tellen de afzonderlijke percentages van het CVD op tot 57%, maar het gaat om 141 patiënten (58% van 245).

** Vanaf 2005 is een Straatdokter wekelijks beschikbaar voor de ACT-locatie Carnissessingel.

Een klein aantal patiënten komt op artsensprekuren op verschillende MO-locaties

Deze patiënt heeft al jaren last van zijn been en rug, en wordt in 2002 regelmatig gezien door dokter Slockers. Vanaf augustus 2004 is hij weer in beeld bij de Kajuit en is hij onder behandeling van dokter Goedhart. Eind oktober wordt hij voor een periode van een half jaar geschorst bij de Kajuit. Hij heeft onder andere pijn bij het lopen, en wordt nu behandeld door dokter Slockers (in Havenzicht of Van Speyk). (voorbeeld 2004)

Deze magere en hoestende patiënt wordt in september 2004 voor het eerst gezien in de Pauluskerk door dokter Sikken. In oktober wordt hij één keer gezien door dokter Slockers en in november twee keer. Zijn oren worden uitgespoten. (voorbeeld 2004)

Deze man staat sinds 2002 als patiënt ingeschreven en in 2004 en 2005 is hij enige malen bij een van de artsen op het spreekuur geweest. In september 2005 komt hij bij dokter Karstanje (bij de Hille) met hoofdpijn, hoesten en koude rillingen. Hij krijgt hiervoor medicatie voorgeschreven. Twee dagen later komt hij bij dokter Slockers op het spreekuur met pijn in zijn pols. In november komt hij nog een paar keer bij dokter Karstanje met bronchitis waarvoor hij een Prednisonkuur krijgt. (voorbeeld 2005)

In 2005 komt deze vrouw voor het eerst bij de Straatdokter. Eind september wordt zij een paar keer gezien door de dokters Slockers en Karstanje. De patiënt heeft wondjes op haar arm en krijgt hier medicatie voor. Eind oktober komt zij op het spreekuur van dokter Slockers met een snijwond aan haar duim. (voorbeeld 2005)

In 2006 is deze patiënt zeven keer gezien door vier verschillende artsen. Begin september 2006 komt hij voor een bepaalde maagzuurremmer bij dokter Karstanje bij de Hille. Hij lijkt wat paranoïde. De dag erna gaat hij naar dokter Van der Gaarden (bij het Dok of de Sluis) en zegt dat de medicatie niet helpt. Zij verwijst hem door naar het ErasmusMC. Twee dagen daarna komt hij bij dokter Nieuwenhuis (bij de Zon), wederom met maagklachten. De arts constateert dat de patiënt allerlei medicatie door elkaar heen gebruikt. De dag daarna komt de patiënt bij dokter Chavannes (het Baken), omdat hij zijn medicatie kwijt is geraakt en nieuwe wil. Twee weken later ziet dokter Nieuwenhuis (bij de Zon) hem weer, net als half november; inmiddels is patiënt naar het ziekenhuis geweest voor onderzoek. Patiënt lijkt nu het verband tussen alcohol drinken, blowen en maagklachten te gaan zien. Eind november schrijft dokter Karstanje (de Hille) dat de man weg is uit het begeleid-wonenproject en gestopt is met zijn medicatie, waaronder een antipsychoticum. (voorbeeld 2006)

Deze vrouw komt eind september 2006 bij dokter Chavannes (het Baken) met klachten over frequent plassen, pijn in de onderbuik en viezige vaginale afscheiding. Zij laat zich testen op soa. De uitslag krijgt ze ongeveer twee weken later van dokter Van der Gaarden (bij het Dok of de Sluis), die een antibioticum voorschrijft. Een maand later komt de patiënt bij haar terug omdat de klachten nog niet zijn verdwenen. (voorbeeld 2006)

3.3 Klachten

Patiënten komen op het artsensprekuren terecht als zij zijn doorverwezen door de verpleegkundige. Ook komen zij op eigen initiatief, bijvoorbeeld als zij pijn of hinder ervaren of voor een recept. Eenmaal op spreekuur bij de arts uiten zij hun klachten aan de arts⁵. Door de jaren heen blijven gewrichtsklachten, longklachten, huidklachten en maagklachten veelgenoemd (tabel 5). Het aantal patiënten dat psychische klachten uit is in 2006 gehalveerd, net als het aantal patiënten met loopvoeten. Opvallend is dat het aantal 'andere' klachten door de jaren heen toeneemt. Het gaat dan met name over instelling van medicatie, vragen over anticonceptie en zwangerschap, moeheid en pijn bij het plassen. Overigens zegt het aantal klachten niets over de ernst of de complexiteit van de klachten; het is alleen een indicatie van met welke klachten dak- en thuislozen te maken hebben.

In hoeverre de klachten die geuit worden acute problemen vertegenwoordigen is eveneens niet uit microHIS op te maken. De klachten die veel genoemd worden kunnen acuut zijn, maar dragen ook een chronische component in zich. Immers, een groot deel van de klachten kan - mede - het gevolg zijn van het alcohol-en/of druggebruik en de leefstijl van patiënten. Het nuttigen van grote hoeveelheden alcohol kan maagklachten tot gevolg hebben, basecoke roken is slecht voor de longen en veel buiten lopen (vooral met slecht

⁵ De onderzoeker heeft zich zoveel mogelijk gebaseerd op de S-codes in microHIS: de subjectieve klacht die een patiënt uit. Dit komt veelal overeen met de E-codes die de artsen vervolgens toekennen (evaluatie van de klacht; wat er volgens de arts aan de hand is).

weer) is niet goed voor gewrichten en voeten. Met het voortzetten van gebruik van alcohol en drugs, en met de continuering van de leefstijl in het algemeen, zijn bijvoorbeeld gewrichts-, long- en maag- en huidklachten veelal niet onmiddellijk op te lossen met medicatie, net als psychische klachten en loopvoeten. In 2004 gaven artsen en verpleegkundigen al aan dat zij het als hun taak zien om deze oorzaak- en gevolgrelaties duidelijk te maken aan hun patiënten.

Tabel 5. Geuite klachten door patiënten* (september t/m november)

	2004	2005	2006
Aantal patiënten	n=250	n=274 ^a	n=244 ^b
Gewrichtsklachten: rug (ook spit), knieën, schouders, enkels, heupen	18% (45)	14% (38)	16% (38)
Psychische klachten: depressief gevoel, onrustig in het hoofd, veel denken aan nare dingen enz.	18% (44)	18% (48)	9% (22)
Longklachten: ophoesten, pijn, dyspneu enz.	16% (40)	19% (51)	15% (36)
Voeten: loopvoeten, schimmelinfecties, kapotte hiel enz.	16% (39)	11% (30)	10% (24)
Huidklachten: jeuk/krabben, eczeem, pukkeltjes, schimmel enz. (niet op voeten)	14% (35)	11% (29)	18% (43)
Maagklachten: pijnlijke maag/darmen, obstipatie enz.	10% (24)	9% (25)	11% (27)
Been: trombosebeen, oedeem aan been, erysipelas	4% (11)	7% (18)	4% (10)
Oor: slecht horen, uitspuiten	4% (10)	5% (15)	4% (10)
Wond (elders)	4% (9)	4% (10)	5% (12)
Tanden: wens naar tandarts, tandpijn, kiespijn	4% (9)	5% (14)	3% (8)
Last van borst, druk op borst (hart)	3% (7)	4% (12)	5% (12)
Grieperig	3% (7)	1% (3)	3% (7)
Oog: vuil, pijn	2% (6)	3% (9)	3% (7)
Keel en/of neus	2% (5)	5% (13)	6% (15)
Duizelig	2% (5)	-	-
Hoofdpijn	2% (4)	3% (8)	2% (5)
Afkick van alcohol of van drugs	2% (4)	1% (2)	1% (2)
HIV: vragen om test, vragen over medicatie, therapietrouw	2% (4)	<0,5% (1)	1% (2)
Andere klachten: o.a. aambeien, gebroken neus, spierpijn, incontinentie, soa, overdosis, collaps, epilepsie, nierstenen, zere mond, verkouden, pijn in zij, anticonceptie, zwangerschap, instellen van medicatie, moeheid, moeite met plassen	14% (35)	20% (56)	38% (93)
Totaal aantal klachten geuit door patiënten	343	382	373
Gemiddeld aantal klachten per patiënt	1,4	1,4	1,5

* Een patiënt kan op meer dan één consult dezelfde klacht uiten; deze klacht is dan geteld als één klacht. Voorbeeld: een cliënt die vier keer bij een arts is geweest voor zijn longen = 1 klacht longen. Een patiënt kan ook meerdere klachten uiten op één consult. Voorbeeld: een patiënt heeft last van haar voeten en een vraag over anticonceptie = 1 klacht voeten en 1 klacht 'anders'.

^a Van twee patiënten is onduidelijk of en zo ja, met hoeveel klachten zij op het spreekuur kwamen. Zij worden hier niet meegeteld. (Het totaal aantal patiënten is 276.)

^b Van één patiënt is onduidelijk of en zo ja, met hoeveel klachten hij op het spreekuur kwam. Hij wordt hier niet meegeteld. (Het totaal aantal patiënten is 245.)

Tabel 6 laat zien dat het merendeel van de patiënten (in september t/m november) met één of twee klachten op het artstenspreekuur kwamen. Door de jaren heen is dit percentage stabiel (80-81%). Een klein deel is wel gezien door een arts, maar heeft geen klacht geuit, bijvoorbeeld omdat zij alleen voor controle kwamen. De totale groep patiënten heeft in ieder jaar gemiddeld ongeveer 1,5 klacht geuit.

Tabel 6. Aantal klachten geuit op de artsensprekuren (september t/m november)

Aantal klachten	2004	2005	2006
	% (n)	% (n)	% (n)
0	10% (26)	9% (25)	7% (16)
1	54% (136)	57% (156)	54% (131)
2	26% (66)	24% (65)	27% (65)
3	6% (16)	7% (19)	7% (18)
4	1% (3)	2% (6)	2% (6)
5	1% (3)	1% (3)	1% (2)
6	-	-	<0,5% (1)
7	-	-	1% (2)
Totaal	100% (250)	100% (n=274) ^a	100% (n=244) ^b

^a Van twee patiënten is onduidelijk of en zo ja, met hoeveel klachten zij op het spreekuur kwamen. Zij worden hier niet meegeteld. (Het totaal aantal patiënten is 276.)

^b Van één patiënt is onduidelijk of en zo ja, met hoeveel klachten hij op het spreekuur kwam. Hij wordt hier niet meegeteld. (Het totaal aantal patiënten is 245.)

3.4 Veranderingen

Om iets te kunnen zeggen over ernst en complexiteit van gezondheidsklachten is in de vragenlijst voor artsen en verpleegkundigen gevraagd of zij van mening zijn dat de groep patiënten en het type klachten die patiënten uiten c.q. de aandoeningen die gediagnosticeerd worden door de jaren heen veranderd zijn. Het beeld dat geschetst wordt is niet eenduidig. De één ziet duidelijke veranderingen, de ander zegt dat de situatie over het algemeen niet veranderd is.

Groep patiënten

Twee artsen en zes verpleegkundigen zijn van mening dat de groep patiënten veranderd is. Veranderingen die zij zien, hebben te maken met de toenemende leeftijd van de patiënten, meer psychiatrie, meer illegale patiënten, meer onverzekerden en betere conditie c.q. verzorging. Op sommige locaties zien verpleegkundigen juist minder illegale patiënten (het Baken, de Sluis) en minder complexiteit (de Zon).

“Patiënten worden ouder, krijgen dus meer bijbehorende klachten. Meer cocaïnegebruikers, moeilijker groep met meer lichamelijke problematiek, moeilijker te binden.” (verpleegkundige)
“Voorheen zag ik veel meer mensen met loopvoeten e.d. Mensen zagen er onverzorgd uit en waren in een slechtere conditie dan nu. Ik heb het idee dat er meer illegale mensen zijn.” (verpleegkundige)
“Meer psychiatrie.” (arts)

De overige artsen en verpleegkundigen zijn van mening dat de groep patiënten niet veranderd is.

“Redelijk bekende groep. Groep illegale patiënten vertoont meer schommelingen – soms hypes. Bulgaren, Roemenen, Polen, verdwijnen weer.” (verpleegkundige)

Type klachten en aandoeningen

Als het gaat om specifieke veranderingen in het type klachten die de patiënten uiten door de jaren heen en de aandoeningen die gediagnosticeerd worden, dan zijn de meningen ook verdeeld. Twee artsen zien veranderingen in zowel het type klachten als de gediagnosticeerde aandoeningen: minder wondproblemen en klierluis (door betere hygiëne/verzorging) en meer chronische aandoeningen (door ouderdom, druggebruik, psychiatrie). De verpleegkundigen die van mening zijn dat er veranderingen zijn opgetreden in het type klachten (vijf) en/of de aandoeningen (drie) geven dezelfde veranderingen aan als de artsen.

“Minder tbc e.d., meer copd, meer vasculaire problemen c.q. meer ouderdomsproblemen. Minder ernstige voetproblemen, minder klierluis.” (arts)

“Minder wonden, meer hygiëne, minder verwaarlozing: mensen worden al veel meer door medewerkers/verpleegkundigen aangesproken. Bijna geen schurft, klierluis meer, meer leren leven met ‘cokelong’, hun aids, hun psychiatrische stoornis.” (arts)

“Chronische zieken. Meer cliënten die begeleiding nodig hebben bij gebruiken van medicatie. Door bijvoorbeeld aidsmedicatie gaan mensen hier niet meer aan dood, maar ontwikkelen andere klachten. Door de maagtabletten bij alcoholisten gaan ze niet meer dood aan maagbloeding, maar krijgen zij neuropathie en diabetes. Door meer cocaïnegebruik krijgen wij vaak mensen die extreem mager zijn bij wie de spiergroepen opgesoupeerd zijn waardoor er veel bewegingsklachten ontstaan.” (verpleegkundige)

“Minder ernstig verwaarloosde cliënten, minder illegale cliënten, meer cliënten met psychiatrische problematiek. Minder loopvoeten, pneumonie, infectieziekten.” (verpleegkundige)

De overige artsen en verpleegkundigen geven aan dat zij geen veranderingen zien.

“Voornamelijk ging het en gaat het nog steeds om dezelfde problematiek. Er wordt meer tijd en aandacht aan de patiënt besteed, daar is ook meer ruimte om een juiste (goede) diagnose te stellen.” (verpleegkundige)

3.5 Alcohol-, drugs- en psychiatrische problemen

Artsen kennen codes toe aan patiënten, en deze codes staan voor een bepaald probleem. Het betreft ICPC-codes, waarbij ICPC staat voor **International Classification of Primary Care**. Er is gekeken naar codes in de categorie P (van psychische problemen):

- problemen met alcohol: chronisch alcoholmisbruik, P15
- problemen met harddrugs: drugsmisbruik, P19.02
- problemen met softdrugs: drugsmisbruik, P19.01
- psychiatrische problemen: met name psychosen, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen, p71 t/m p99

In tegenstelling tot de overige gegevens die geanalyseerd zijn voor de periodes september t/m november van de drie jaren, is bij de bepaling van de ICPC gekeken naar **alle** patiënten die vanaf januari 2004 door een arts gezien zijn. Reden hiervoor ligt in het feit dat toekenning van een code in categorie P niet gebonden is aan een uniek tijdstip. Een patiënt die, bijvoorbeeld, in mei een P15 (voor chronisch alcoholmisbruik) kreeg, zal in september met grote waarschijnlijkheid nog steeds veel drinken. Hetzelfde geldt voor drugsmisbruik en psychische/psychiatrische problematiek. Voor een deel van de patiënten die in september t/m november gezien zijn, moest - ver - teruggekeken worden in microHIS of bij hen ooit deze problematiek is geregistreerd. Andere patiënten zijn jaarlijks geregistreerd als bijvoorbeeld harddruggebruiker. Het bleek eenvoudiger om van alle patiënten (vanaf 2004) te bekijken of zij kampen met alcohol-, softdrugs-, harddrugs- en/of psychiatrische problematiek. In theorie is het mogelijk dat een patiënt scoort op alle vier de problemen.

Sinds 2004 zijn er in totaal 1.196 unieke patiënten op een artsenspreekuur geweest (dit is het totaal van de jaren 2004, 2005 en 2006). Voor deze 1.196 patiënten is gekeken of zij een ICPC toegekend kregen⁶ - vanaf het jaar 2000. Patiënten kunnen in meerdere jaren dezelfde (en andere) ICPC's toegekend krijgen. In tabel 7a staat het aantal patiënten dat een bepaalde ICPC heeft gekregen, waarbij steeds het **meest recente jaar** als uitgangspunt is genomen. Dat betekent dat het kan zijn dat een patiënt die in 2005 bijvoorbeeld de code P15 kreeg, diezelfde code ook in 2004 en 2003 kreeg; deze patiënt staat in tabel 7a in de kolom van 2005. In totaal is aan 641 patiënten (54%) minimaal eenmaal een ICPC-code toegekend op één of meerdere van de vier problemen.

In tabel 7a staan de vier problemen onder elkaar. Bij 31% van de 1.196 patiënten die in 2004-2006 zijn gezien, worden problemen met harddrugs door de artsen signaleerd. Vanaf 2004 hebben jaarlijks meer dan negentig patiënten - wederom - een ICPC gekregen voor chronisch gebruik van harddrugs. Bijna een kwart van alle patiënten (23%) kampt met alcoholproblematiek. Jaarlijks krijgen steeds meer patiënten

⁶ Eerst is gekeken naar de toekenning van de ICPC door de artsen; vervolgens heeft de onderzoeker zelf een aantal patiënten een ICPC gegeven, bijvoorbeeld wanneer er herhaaldelijk sprake was van alcoholgebruik in zeer grote hoeveelheden, of deelname aan een methadonprogramma. Bij de psychiatrische problematiek zijn bijvoorbeeld ook P03 (depressief gevoel) en P06 (slaapstoornis) opgenomen.

een ICPC voor chronisch alcoholgebruik. Het chronisch gebruik van softdrugs wordt geconstateerd bij 5% van de patiënten. Bij één op de vijf patiënten (18%) zien artsen psychiatrische problematiek. Ook bij deze problematiek zit er een stijgende lijn in het aantal patiënten dat jaarlijks een ICPC krijgt.

Tabel 7a. ICPC-codes aan patiënten (n=1.196)

Laatste jaar waarin ICPC is toegekend aan patiënten voor:	2006	2005	2004	2000 t/m 2003	totaal	% van 1.196
Harddrugsproblematiek	94	123	93	*64	373	31%
Alcoholproblematiek	94	86	63	30	273	23%
Psychiatrische problematiek	61	74	42	34	211	18%
Softdrugsproblematiek	11	38	10	4	63	5%

* Bij 8 van deze 64 patiënten is de ICPC in een later jaar komen te vervallen.

Vervolgens is gekeken naar de combinaties van ICPC-codes. Zoals aangegeven, heeft 54% van de patiënten die vanaf 2004 gezien zijn één of meer codes toegekend gekregen. Van deze groep patiënten heeft 66% een probleem met alleen middelengebruik (tabel 7b), waarbij gebruik van enkel harddrugs het vaakst geconstateerd is, en 10% alleen een psychiatrisch probleem. Een gecombineerd probleem - dubbele diagnose, oftewel een ICPC-code voor middelengebruik en psychiatrische problematiek - heeft ruim een vijfde deel (23%).

Van de groep patiënten die geen geen ICPC-codes toegekend heeft gekregen (46%), zou gezegd kunnen worden dat zij alleen lichamelijke klachten hebben. Beter is het om een slag om de arm te houden, om twee redenen. De eerste is dat dat zich misschien met alleen lichamelijke klachten hebben gemeld bij de artsen. Zo staat een aantal keer in microHIS geschreven: 'ontkent drugs, alcohol, psychiatrie'. Als een arts zeker weet dat er geen problemen zijn, dan staat er meestal: 'geen middelengebruik' of 'geen psychiatrie'. Echter, het is niet eenduidig. De tweede reden om voorzichtig te zijn is dat artsen misschien niet gevraagd hebben naar problemen met middelen en psychische gesteldheid, of dat zij verzuimd hebben problemen te noteren die geen verband houden met de geuite klacht.

Tabel 7b. Patiënten en (gecombineerde) ICPC-codes (n=641)

Problematiek	patiënten met ICPC
Problemen met middelengebruik	66%
- alleen harddrugs	31%
- alleen alcohol	19%
- alleen softdrugs	2%
- harddrugs + alcohol	10%
- harddrugs + alcohol + softdrugs	1%
- harddrugs + softdrugs	2%
- alcohol + softdrugs	1%
Psychische problemen	10%
Dubbele diagnose	23%*
- psychiatrie + harddrugs	9%
- psychiatrie + alcohol	7%
- psychiatrie + softdrugs	1%
- psychiatrie + harddrugs + alcohol	3%
- psychiatrie + harddrugs + alcohol + softdrugs	1%
- psychiatrie + harddrugs + softdrugs	1%
- psychiatrie + alcohol + softdrugs	<0,5%
Totaal met ICPC	99%*

* Afrondingsverschillen.

Reacties artsen en verpleegkundigen

Een aantal artsen en verpleegkundigen heeft gereageerd op de cijfers in tabel 7a. Veel van hen zijn van mening dat psychiatrische problematiek veel vaker voorkomt, net als problemen met het gebruik van softdrugs.

“Onderdiagnostiek van de psychiatrische problematiek, 18% is absoluut te laag!” (arts)

“Softdrugs komt waarschijnlijk veel vaker voor, maar wordt niet als probleem geregistreerd.

Psychiatrie wordt, denk ik, ook secundair aan andere medische problemen geregistreerd.” (arts)

“Dit is een onderrapportage. Soms vermoed je een diagnose, maar wil je iemand het voordeel van de twijfel geven en hem zo nog niet coderen. Softdrugs codeer ik niet als harddrugs al duidelijk is.

Er wordt wel gecodeerd, maar nog dik onvoldoende.” (arts)

Sommige artsen en verpleegkundigen vragen zich af of artsen door de jaren heen beter zijn gaan registreren. Op die vraag kan hier geen direct antwoord gegeven worden. Een manier om indirect te bepalen of er beter geregistreerd wordt, is te kijken of er een verschil is in toekenning van het aantal ICPC-codes aan nieuwe patiënten en reeds bekende patiënten. Als artsen in de loop van de jaren beter zijn gaan registreren, dan zijn nieuwe patiënten niet oververtegenwoordigd in de groep patiënten zonder ICPC. Voor 2005 is dit niet het geval: ongeveer evenveel nieuwe patiënten als bekende patiënten hebben een ICPC voor middelengebruik, psychiatrie en dubbele diagnose (tabel 8). Voor 2006 is wel een significant verschil gevonden, echter, in de tegengestelde richting. Van elke tien nieuwe patiënten hebben er zes geen ICPC (59%), tegen

ongeveer vier van de al bekende patiënten (38%). Daarnaast hebben twee keer zoveel reeds bekende patiënten een ICPC voor psychiatrie en dubbele diagnose⁷.

Tabel 8. Toekenning ICPC-codes aan nieuwe en bekende patiënten

ICPC	sep-nov 2005 (n=276)		sep-nov 2006 (n=245)	
	nieuw (56%)	bekend (44%)	nieuw (35%)	bekend (65%)
Geen	44%	32%	59%	38%
Middelengebruik	36%	37%	26%	30%
Psychiatrie	7%	9%	6%	13%
Dubbele diagnose	13%	22%	9%	20%

3.6 Medicatie en doorverwijzing

Voorgeschreven medicatie

In september t/m november 2004 is aan 44% van de patiënten die gezien zijn door een arts medicatie voorgeschreven, in die periode van 2005 en 2006 ligt dat percentage lager, namelijk op 26-28% (tabel 9). Onveranderd is dat de meeste patiënten één recept kregen (60-64%).

Voor alle jaren geldt dat er zijn veel recepten voor antibiotica zijn uitgeschreven (onder andere Augmentin, Flammazine, Fucidin, Doxycycline en Tetracycline). Voor pijnklachten is vooral Diclofenac en Naproxen voorgeschreven. Voor longklachten is onder andere Ventolin, Atrovent, Sprivia en Seretide voorgeschreven en voor maagklachten Ranitidine en Omeprazol. Voor de huid zijn Daktakort en Daktarin veel voorgeschreven medicijnen. Bij psychische klachten is een aantal keren Zyprexa en Remeron voorgeschreven. Opvallend is dat in 2005 en 2006 vaker medicatie voor diabetes mellitus is uitgeschreven (Glucophage, Amaryl). In 2006 valt op dat een aantal keer medicatie voor hoge bloeddruk is voorgeschreven (Spironolacton, Norvasc, Furosemidum).

Tabel 9. Voorgeschreven medicatie (september t/m november)

Patiënten	2004	2005	2006
	n=250	n=276	n=245
Medicatie voorgeschreven	44%	26%	28%
Totaal aantal recepten	244	137	119
Aantal recepten			
- 1 recept	60%	63%	64%
- 2 of meer	40%	37%	36%

⁷ ICPC in vier categorieën van nieuwe en bekende patiënten in september t/m november. 2005: Pearson's Chi² = 6,1 (df=3) p=0,107. 2006: Pearson's Chi² = 11,6 (df=3) p=0,009.

Overigens worden in deze periode ook grieprikken gegeven, en komt ook een aantal dak- en thuislozen voor de gratis hepatitis B-vaccinatie. Grieprikken en hepatitis B-vaccinaties zijn niet meegenomen in de analyse van voorgeschreven medicatie.

Medicatie voor onverzekerden

Bij patiënten met een ziektekostenverzekering is er geen probleem bij het voorschrijven van medicatie; zij krijgen de kosten voor een groot deel vergoed. Een aantal patiënten is onverzekerd, hetzij omdat zij dat niet geregeld hebben (zij hebben bijvoorbeeld geen uitkering), hetzij omdat zij illegaal in Nederland verblijven. Als een arts medicatie voorschrijft aan illegalen, dan wordt dat door het Koppelingsfonds vergoed (de arts zet 'Koppelingsfonds' op het recept, de patiënt krijgt de medicatie van de apotheek en de apotheek stuurt de rekening naar het fonds dat deze vervolgens betaalt). Voor de legale onverzekerden geldt dat zij moeten betalen voor de medicatie bij de apotheek, en dat is voor (verslaafde) patiënten veelal te veel gevraagd omdat hun prioriteit niet bij hun gezondheid ligt. Het regelen van een uitkering waar ze misschien wel recht op hebben, en dus de ziektekostenverzekering, komt veelal niet zonder hulp van bijvoorbeeld maatschappelijk werk van de grond. Voor beide groepen onverzekerden wordt ongebruikte medicatie in de spreekkamers 'opgespaard' om hen te helpen.

Dit knelpunt - rondom medicatie voor onverzekerden - werd in het onderzoek van 2004 geconstateerd. In de vragenlijst is de vraag opgenomen hoe de situatie op dit moment is rondom onverzekerden. Alle artsen en op één na alle verpleegkundigen reageren dat het verkrijgen van medicatie en de vergoeding van medicatie voor onverzekerden nog steeds een knelpunt vormt.

“De artsen moeten nog steeds zelf noodvoorradjes medicatie aanleggen of op andermans naam voorschrijven, omdat de GGD niet structureel een oplossing aanbiedt; met name bij acute pathologie (longontsteking, astma-aanval, acute pijn) is dit zeer onwenselijk en zeer onprofessioneel.” (arts)

“Voor illegale onverzekerden in eerste lijn geen probleem (Koppelingsfonds). Voor andere onverzekerden is er een groot probleem.” (verpleegkundige)

“Voor onze Nederlandse onverzekerde cliënten blijven we afhankelijk van de medicatie die we misschien in de kast hebben staan.” (verpleegkundige)

“Dit was en blijft een groot probleem. Hoe kun je een patiënt behandelen als medicatie niet toegankelijk is?” (verpleegkundige)

Maaltijden op medische indicatie (MOMI)

In Rotterdam is in 2004 gestart met de maaltijden op medische indicatie (MOMI). Patiënten komen in aanmerking voor MOMI als hun **body mass index** 21 of lager is (BMI = gewicht / lengte²). Als een arts MOMI voorschrijft, dan mag de patiënt zes weken lang iedere dag een gratis warme maaltijd eten bij de MO-locaties van CVD, Leger des Heils, Ontmoeting en NAS. MOMI is ingesteld omdat artsen in de maatschappelijke opvang het weinig zinvol achten om een magere patiënt voor sommige klachten te behandelen. De kans dat bepaalde medicatie aanslaat bij te magere mensen is gering; zij missen bijvoorbeeld een eiwit dat het medicijn nodig heeft om te kunnen werken. Gratis maaltijden bieden dan uitkomst. Een ander belangrijk doel van MOMI is bezoekers/patiënten te binden aan de MO.

In 2004 (april t/m december) werden door Ontmoeting, Leger des Heils, CVD en NAS in totaal ruim 2.300 maaltijden verstrekt, in 2005 waren dat er ruim 9.600. In 2006 hebben Leger des Heils en CVD samen ongeveer 5.000 maaltijden verstrekt⁸. In het eerste half jaar van 2007 hebben de vier organisaties in totaal ruim 3.000 maaltijden verstrekt.

Van de artsen zeggen er twee 'af en toe' gebruik te maken van de mogelijkheid om MOMI voor te schrijven, drie doen dat 'regelmatig' en één doet dat 'heel vaak'. Alle artsen staan positief ten opzichte van de MOMI, net als over de effecten die zij de MOMI toeschrijven.

“Niet alleen dokter en verpleegkundige, maar vooral bezoekers en medewerkers leren hoe belangrijk goed eten is door dit signaal.” (arts)

“Mensen krijgen een betere conditie, snellere genezing, minder infecties. De verpleging heeft dagelijks contact met de patiënten. Dit speelt vooral bij psychische problematiek.” (arts)

Zeven van de acht verpleegkundigen die deze vraag invulden⁹ staan positief ten opzichte van de MOMI, één staat er neutraal tegenover. Echter, over de effecten van de MOMI staat de meerderheid (vijf) neutraal, de overigen zien positieve effecten ervan.

“Positieve is dat gewicht niet daalt, negatieve is dat het gewicht ook niet stijgt. Ook zie je soms dat, als mensen toch op gewicht gekomen zijn, en je stopt de MOMI, dat ze dan weer zakken. Ook wordt er nog altijd eten weggegooid omdat het niet lekker genoeg is...” (verpleegkundige)

“De MOMI kan helpen wanneer cliënten deze trouw komen halen. In de praktijk blijkt dat niet altijd te gebeuren, soms worden maaltijden maar een- of tweemaal per week gehaald. Daarnaast komen cliënten na zes weken niet altijd terug om te wegen, maar wel bijvoorbeeld een maand of twee later.” (verpleegkundige)

“Gewicht stijgt vaak en zakt in ieder geval niet verder. Eten dagelijks brengt ook structuur in leven aan.” (verpleegkundige)

“Een manier om cliënten te binden aan de opvang waardoor je kan monitoren. Cliënten die een hoger gewicht krijgen zijn minder ziek of vatbaar voor ziekten.” (verpleegkundige)

Op de vraag wat de van de ervaring van dak- en thuislozen van de MOMI, antwoorden artsen en verpleegkundigen: positief.

“Ze weigeren nooit als je het voorstelt, de meesten maken er ook daadwerkelijk gebruik van en daarvan nemen de meesten goed tot redelijk in gewicht toe (is mijn indruk, heb het niet geturfd).” (arts)

“Ze vinden het fijn om gezonde maaltijden te krijgen. Ik heb het idee dat als ze zelf moeten kopen dat ze dan voor het goedkoopste kiezen en dat is met name dan alleen een tosti. Al die soep is op den duur ook niet prettig. Ik heb het idee dat ze de gesprekken tijdens het wegen e.d. ook als prettig ervaren.” (verpleegkundige)

⁸ Voor 2005 ontbreken cijfers van Ontmoeting en NAS in het overzicht van SoZaWe.

⁹ Eén verpleegkundige heeft bij deze vragen ingevuld: n.v.t.

“Verzamelen soms zelfs medebezoekers om te kijken of zij ook in aanmerking komen voor MOMI.”
(verpleegkundige)

“Het lijkt alsof cliënten het makkelijk vinden om zo een maaltijd te krijgen en hem alleen halen als ze er trek in hebben.” (verpleegkundige)

Stellingen tijd en doorverwijzing

Alle artsen zijn van mening dat zij voldoende tijd hebben voor hun patiënten (zie tabel 10). Bijna alle artsen en verpleegkundigen zijn tevreden over de hoeveelheid tijd die er is voor patiënten tijdens de spreekuren. Eveneens bijna alle verpleegkundigen en artsen vinden het belangrijk dat er altijd een verpleegkundige aanwezig is op het spreekuur, en dat therapietrouw – in de zin van medicatie en terugkomen op het spreekuur – grotendeels afhankelijk is van de aanwezigheid van de verpleegkundige.

Artsen kunnen patiënten doorverwijzen naar de GGD om zich te laten testen op tbc of infectieziekten, of om longfoto's te laten maken. Alle artsen geven aan dat de patiënten die zij doorverwijzen zich ook daadwerkelijk laten testen. Minder artsen zijn positief over de 'aankomst' van patiënten bij BoumanGGZ, de instelling voor verslavingszorg in Rotterdam, en de GGZ als zij daarnaartoe verwezen worden. Eén arts geeft aan patiënten die multidisciplinaire zorg nodig hebben te kunnen doorverwijzen.

Aan verpleegkundigen is nog gevraagd of zij voldoende tijd hebben, buiten de artsenspreekuren om, om wonden te verzorgen of voeten te wassen, medicatie uit te zetten en mensen te begeleiden bij doorverwijzingen. Voor de eerste twee handelingen geeft de meerderheid aan hier voldoende tijd voor te hebben. Voor de begeleiding van patiënten bij doorverwijzingen naar andere instellingen geeft nog niet de helft aan hier tijd voor te hebben.

Tijd en doorverwijzing positief

De positieve punten die artsen en verpleegkundigen noemen betreffen vooral samenwerking. Artsen noemen nog dat de toeleiding naar de verslavingszorg, ggz en/of psychiatrie beter gaat. Verpleegkundigen benoemen verder de kwaliteit van de hulpverlening van de artsen als positief.

“Verwijzingen zijn goed en altijd geïndiceerd. Samenwerking met verpleegkundige en BoumanGGZ op de Spanjaardstraat is heel goed.” (arts)

“Goede samenwerking met verpleegkundige. Eén keer per twee weken is er een ggz-medewerker bij het spreekuur.” (arts)

“Patienten goed voorlichten over wat er gaat gebeuren.” (arts)

“Artsen zijn ingesteld op de doelgroep (dus geen irreële doelstellingen of adviezen). Artsen werken goed samen met verpleegkundigen, altijd tijd voor achtergrondinformatie of advies of overleg.” (verpleegkundige)

“Klachten- diagnose- behandeling is compleet. Vertrouwenspersoon, verwijzing.” (verpleegkundige)

“Artsen bouwen een goede relatie met de cliënten op. Cliënten komen terug.” (verpleegkundige)

“Er is tijd en persoonlijke aandacht. Sfeer is makkelijk, er kan veel.” (verpleegkundige)

Tabel 10. Tijd en doorverwijzing door artsen (n=6) en verpleegkundigen (n=9)*

Stellingen	Artsen			Vpk'en		
	-	+/-	+	-	+/-	+
Ik heb voldoende tijd om iedere patiënt de aandacht te geven die hij/zij nodig heeft.	-	-	6			
Patiënten die ik doorverwijs naar de GGD (tbc of infectieziekten) laten zich daar ook daadwerkelijk testen.	-	-	6			
Patiënten die ik doorverwijs naar BoumanGGZ (verslavingszorg) “komen daar ook aan”.	2	1	3			
Patiënten die ik doorverwijs naar de ggz “komen daar ook aan”.	-	2	4			
Patiënten die ik doorverwijs naar het ziekenhuis “komen daar ook aan”.	-	1	5			
Patiënten die multidisciplinaire zorg nodig hebben kan ik doorverwijzen.	2	3	1			
Het is belangrijk dat er altijd een verpleegkundige op het spreekuur aanwezig is.	-	-	6	-	1	8
Therapietrouw (medicatie, terugkomen) is voor een groot deel afhankelijk van de aanwezigheid van de verpleegkundige.	-	-	6	-	2	7
Over het algemeen ben ik tevreden over de hoeveelheid tijd die er is voor de patiënten op het artsenspreekuur.	-	1	5	1	2	6
Ik heb voldoende tijd om wonden te verzorgen of voeten te wassen.**				1	3	5
Ik heb voldoende tijd om medicatie uit te zetten.**				-	1	8
Ik heb voldoende tijd om mensen te begeleiden bij doorverwijzingen.**				3	2	4

* Een aantal stellingen is - zoals bedoeld - alleen ingevuld door artsen, een aantal alleen door verpleegkundigen en een aantal door beide. Dit verklaart de lege ruimtes in de laatste kolommen van deze tabel.

** Buiten de artsenspreekuren om.

Tijd en doorverwijzing negatief

Als negatief beoordelen artsen organisatorische aspecten van de spreekuren (planning, tijdstip, computer). Sommige verpleegkundigen zouden willen werken onder betere omstandigheden (minder tijdsdruk, betere behuizing). Verder is een aantal verpleegkundigen negatief over de continuïteit van de spreekuren tijdens de vakantie van artsen.

“Toeleiding psychiatrie (gaat sinds kort wat beter door contact met ACT MO). Planning aantallen.” (arts)

“De computer is erg traag, daardoor nauwelijks werkbaar. Tijdstip van spreekuur zou handiger gekozen kunnen worden, nl. als er meer mensen in huis zijn.” (arts)

“Communicatie met de patiënt vaak moeizaam.” (arts)

“Meer tijd voor een patiënt. Meer spreekuren per week.” (verpleegkundige)

“Pand (kerk) valt bijna uit elkaar. Er is geen goede wachtruimte. Nazorg wel problematisch.” (verpleegkundige)

“Rapportagesysteem voor verpleegkundigen niet aanwezig – is nu erg versnipperd.” (verpleegkundige)

“Als een arts op vakantie is, is er geen spreekuur op de locatie. Een vervanger komt niet.” (verpleegkundige)

3.7 Samenvatting

De meeste artsen en verpleegkundigen zijn over het algemeen tevreden over de toeleiding van patiënten naar de artsensprekuren. Artsen zijn met name positief over de rol van de verpleegkundige daarin. Negatiever zijn artsen en verpleegkundigen over zaken rondom de toeleiding (zoals het aantal verpleegkundigen-uren, ongeduld van patiënten).

In drie maanden tijd zijn er tussen de 245 en 276 unieke patiënten gezien door een Straatdokter. Patiënten zijn man (87-89%), 41-60 jaar (51-54%) en verzekerd tegen ziektekosten (70-73%).

Het gemiddeld aantal contacten per patiënt neemt toe van 2,4 in 2004 naar 2,7 in 2006. De meesten komen 1-2 keer (67-69%). In 2004 en 2005 kwam 44% voor het eerst op het spreekuur, in 2006 was dat 35%. Nieuwe patiënten zijn jonger dan reeds bekende patiënten.

Veel patiënten zijn honkvast en gaan naar de Straatdokter op één locatie. Wel is het zo dat er in de loop van de jaren meer spreiding van patiënten zichtbaar is over de verschillende locaties.

Gewrichtsklachten, longklachten, huidklachten en maagklachten worden in alle jaren door 10-20% van de patiënten geuit aan de artsen. Het aantal patiënten dat psychische klachten uit is in 2006 gehalveerd. Het aantal patiënten met loopvoeten is eveneens afgenomen. Steeds meer patiënten komen met 'andere' klachten op het spreekuur (zoals instellen medicatie, anticonceptie, moeheid). Overigens geven deze aantallen alleen een indicatie van het type klachten waarmee dak- en thuislozen te maken hebben; ze zeggen niets over de **ernst** of de **complexiteit** van de klachten. Wel geven alle artsen aan dat de klachten reëel zijn en dat de patiënten die zij zien ook daadwerkelijk door een arts gezien moeten worden.

Vooraf verpleegkundigen geven aan veranderingen in de groep patiënten te zien: de groep wordt ouder, meer psychiatrie, meer illegale c.q. onverzekerde patiënten en een betere conditie c.q. verzorging. Op sommige locaties geven verpleegkundigen aan juist minder illegale patiënten te zien. Uit microHIS blijkt dat in september t/m november 2006 voor zo'n tien procent van de patiënten vergoeding is gevraagd aan het Koppelingsfonds (ongeveer net zoveel als in 2004).

Sommige artsen en verpleegkundigen geven aan veranderingen in het type klachten te zien: minder wondproblemen en kleepluis (door betere hygiëne/verzorging) en meer chronische aandoeningen (door ouderdom, druggebruik, psychiatrie).

Sinds 2004 zijn er 1.196 unieke patiënten op een artsensprekuren geweest (dit is het totaal van de jaren 2004, 2005 en 2006). In totaal hebben artsen bij 641 van hen (54%) een probleem op het gebied van middelengebruik (alcohol, softdrugs, harddrugs) en/of psychiatrie toegekend. Uitgesplitst: 31% problemen met harddruggebruik, 23% met alcohol, 5% met softdrugs en 18% psychiatrische problematiek.

Gecombineerd ontstaat het volgende beeld: 66% heeft alleen een probleem met middelengebruik, 10% alleen psychiatrische problematiek en 23% heeft een dubbele diagnose.

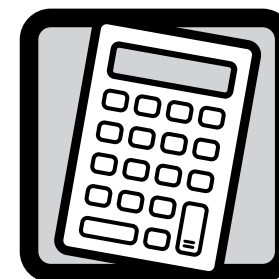
Artsen en verpleegkundigen zijn van mening dat er sprake is van onderregistratie als het gaat om psychiatrie en problematisch gebruik van softdrugs.

In 2005 en 2006 hebben artsen aan 26-28% van de patiënten medicatie voorgeschreven, in 2004 was dat aan 44%. Zo'n zes van de tien kregen één recept. Antibiotica, pijnstillers, medicatie voor long-, maag-, en huidklachten zijn vaak voorgeschreven. In 2005 en 2006 is vaker dan in 2004 medicatie voorgeschreven voor diabetes en hoge bloeddruk. Medicatie voor onverzekerden blijft een problematisch. Zo wordt - nog steeds - ongebruikte medicatie opgespaard voor patiënten die geen ziektekostenverzekering hebben. Patiënten die worden doorverwezen naar de GGD (tbc, infectieziekten, longfoto's) komen daar ook daadwerkelijk aan. Dat ligt anders bij de verslavingszorg en de ggz, waarvan artsen aangeven dat niet alle doorverwezen patiënten daar 'aankomen'.

Artsen staan positief ten opzichte van de maaltijden op medische indicatie (MOMI) en maken gebruik van de mogelijkheid om MOMI voor te schrijven aan patiënten met een **body mass index** van 21 of lager. Ook verpleegkundigen zijn er in het algemeen positief over. Dak- en thuislozen ervaren de MOMI eveneens als positief, aldus artsen en verpleegkundigen.

hoofdstuk 4

Bereik



Hoofdstuk 4

Bereik

“De Straatdokter is laagdrempelig, waardoor de stap om te komen niet te groot is.” (arts)

In dit hoofdstuk wordt het bereik van de Straatdokter cijfermatig bepaald en wordt dit getal in perspectief gezet.

4.1 Bereik uit de registraties

Het bereik van de Straatdokter is gedefinieerd als het aantal mensen dat bij de Straatdokter is geweest afgezet tegen het aantal mensen dat de maatschappelijke opvang heeft bezocht. Het gaat dan om de locaties waar ook huisartsensprekken gehouden worden. Het betreft de perioden september t/m november van de jaren 2005 en 2006 (het bereik in 2004 is niet gemeten).

Om het bereik van de Straatdokter te kunnen bepalen, hebben CVD, Leger des Heils en Ontmoeting inzicht gegeven in hun bezoekersregistraties¹⁰. De Pauluskerk voert geen actieve registratie, waardoor hun gegevens niet zijn meegenomen. Echter, slechts een klein deel van de mensen c.q. patiënten komt enkel en alleen in de Pauluskerk (zie §3.2, locaties).

In de maanden september, oktober en november van 2005 en van 2006 (in totaal dus zes maanden) zijn er 3.057 unieke personen in de Rotterdamse dag- en nachtopvang geregistreerd (tabel 11). Deze personen hebben in die zes maanden minimaal één keer minimaal één opvang bezocht. In die zes maanden zijn er 460 unieke personen op een spreekuur van de Straatdokter geweest. De Straatdokter heeft hiermee een bereik van 15%. Dat wil zeggen dat - in de onderzoeksperiode - één op de zes à zeven bezoekers van de Rotterdamse maatschappelijke opvang naar een artsensprekuren van de Straatdokter is geweest.

¹⁰ Dagopvang = Ontmoeting, Van Speijk, de Kajuit, het Dok en het Baken. Nachtopvang = Havenzicht. Dag- en nachtopvang = de Hille en de Sluis.

Het bereik in de afzonderlijke jaren is lager (12-13%). Het bereik voor beide jaren is hoger (nl. 15%) omdat een deel van de mensen in beide perioden de MO en/of de Straatdokter hebben bezocht (resp. 36% en 13%).

Tabel 11. Bereik van de Straatdokter op MO-locaties

Aantal unieke bezoekers	Ontmoeting	Leger des Heils	CVD	overlap	totaal MO	Straatdokter	bereik
Sep t/m nov 2005	657	1.464	782	600	2.303	276	12%
Sep t/m nov 2006	565	984	733	419	1.863	245	13%
Overlap	332	529	391	143	1.109	61	-
Totaal perioden	890	1.919	1.124	876	3.057	460	15%

Veel artsen en verpleegkundigen beoordelen het bereik van 15% als laag.

“Gezien de somatische problematiek zou je een hoger percentage verwachten binnen deze groep.” (arts)

“15% komt mij in eerste instantie redelijk over. Maar zij behoeven meer zorg. Aangezien het een speciale groep is bezoeken zij weinig een arts.” (arts)

“Laag. Mede door de tijdsdruk [spreekuur zit vol], denk ik dat er wekelijks mensen de dokter mistopen.” (verpleegkundige)

4.2 Bereik in perspectief

Of het percentage van 15 daadwerkelijk laag is, kan niet vastgesteld worden. Wel kan het in een breder perspectief geplaatst worden. Hieronder een drietal kanttekeningen.

Vast vs. vluchtig

De populatie MO-bezoekers bestaat grofweg uit twee groepen. Enerzijds is er de groep 'vaste' bezoekers die de MO vaak bezoekt (een kwart tot de helft van de totale groep) en anderzijds is er de groep 'vluchtige' bezoekers (Jansen et al., 2002). Vaste bezoekers zijn ook degenen die de MO voor langere tijd (oplopend tot tientallen jaren) bezoeken. Daarentegen zijn vluchtige bezoekers degenen die gedurende een korte tijd gebruik maken van de MO. Zij zijn bijvoorbeeld voor het eerst dakloos en - als zij hun zaken weer op orde hebben - de MO vaarwel zeggen. Het is aannemelijk dat de mensen die de maatschappelijke opvang langere tijd regelmatig bezoeken, een grotere kans hebben om ook een bezoek te brengen aan de Straatdokter. Hiermee is het bereik van de Straatdokter het grootst is onder de groep vaste bezoekers.

Eigen huisarts

Een onbekend aantal dak- en thuislozen c.q. bezoekers van de MO heeft een eigen huisarts, en gaat daarom niet naar de Straatdokter. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die voor het eerst dakloos zijn geworden (vluchtige bezoekers) en om wonende mensen die de om diverse redenen de dagopvang bezoeken (vaste bezoekers).

De verhouding tussen degenen met en zonder eigen huisarts lijkt per locatie te verschillen. Een verpleegkundige zegt er het volgende over:

“Als ik kijk naar de Hille [dag- en nachtopvang, pension], dan zijn daar een hoop cliënten die nog een eigen huisarts hebben en daarom geen gebruik hoeven te maken van de Straatdokter. In tegenstelling tot Havenzicht [nachtopvang] waar, denk ik, veel meer cliënten afhankelijk zijn van de Straatdokter.”
(verpleegkundige)

Aan de andere kant zijn er in de afgelopen jaren veel daklozen in Rotterdam onder dak gekomen, bijvoorbeeld in (z)Onderdak-woningen. Een deel van deze mensen bezoekt nog steeds de dagopvang. Sommigen van hen prefereren de Straatdokter boven een eigen huisarts.

Verpleegkundigensprekuren

Het zijn de verpleegkundigen die de bezoekers van de MO toeleiden naar de Straatdokter. Alleen degenen die daadwerkelijk door een arts gezien moeten worden, komen op het artsensprekuren.

In 2004 zijn twintig patiënten geïnterviewd en zij zeggen allemaal dat “als er wat is of als je wat hebt, dan ga je naar de verpleegkundige of de dokter” (Van der Poel et al., 2005). Hoe dat zit bij niet-patiënten en welke redenen zij mogelijk hebben voor het niet bezoeken van de Straatdokter is geen informatie verzameld. Eveneens in 2004 hebben artsen en verpleegkundigen de mening geuit dat iedereen die medische hulp nodig heeft én op een MO-locatie komt, de benodigde medische hulp krijgt. Wel voegen zij daaraan toe dat het bij de ene patiënt wat langer duurt voordat hij of zij bij de arts terecht komt, omdat de problematiek wat tijd moet krijgen, omdat zij er nog niet aan toe zijn om zich te laten bekijken of zich open te stellen. Maar uiteindelijk komt iedereen die het nodig heeft bij de dokter. Het systeem van toeleiding speelt hier een belangrijke rol bij. Verpleegkundigen, maar ook groeps werkers, maatschappelijk werkers, portiers en vrijwilligers, hebben contact met de bezoekers van de opvang. Zij hebben een signalerende rol. De verpleegkundigen worden regelmatig aangesproken door anderen die werkzaam zijn in de opvang, of zelfs door andere bezoekers, over een bezoeker die de verpleegkundige zou moeten zien. Maar ook de verpleegkundigen vragen de andere professionals in de opvang om oplettend te zijn op gezondheidsklachten van bezoekers.

Hiermee is het bereik van de verpleegkundige zorg (veel) groter dan het bereik van de Straatdokter. Verpleegkundigen zien op hun verpleegkundigensprekuren - en daarbuiten - veel meer bezoekers/patiënten dan artsen op de artsensprekuren. Echter, hoeveel bezoekers c.q. patiënten alleen op een verpleegkundigensprekuren zijn geweest, is niet onderzocht.

Suggesties

Desalniettemin geven artsen en verpleegkundigen een aantal suggesties om het bereik te vergroten, zoals de spreekuren meer bekendheid te geven of een (verplichte) screening bij de intake.

“Maar misschien doen we echt niet goed en hoort bij de centrale intake een oordeel van een medicus?”
(arts)

“Kennelijk toch veel zorgmijders of tekortschietende PR?” (arts)

“Weten ze ons niet te vinden?” (verpleegkundige)

4.3 Samenvatting

De Straatdokter heeft een bereik van 15%, dat wil zeggen dat op de zes à zeven bezoekers van de Rotterdamse MO naar een artsensprekuren van de Straatdokter is geweest. In september t/m november van 2005 en 2006 zijn 460 unieke personen gezien door een Straatdokter. In diezelfde periode hebben 3.057 personen een MO-locatie (waar ook de Straatdokter spreekuren houdt) bezocht van het CVD, het Leger des Heils en/of de Ontmoeting. Veel artsen en verpleegkundigen beoordelen het bereik van 15% als laag. Of dat ook echt laag is kan niet vastgesteld worden. Een drietal kanttekeningen kan gemaakt worden. Ten eerste is het aannemelijk dat het bereik van de Straatdokter het grootst is onder de groep 'vaste' MO-bezoekers. Ten tweede heeft een onbekend aantal MO-bezoekers een eigen huisarts, en gaat daarom niet naar de Straatdokter. Ten derde wordt door artsen en verpleegkundigen aangegeven dat die patiënten die door een arts gezien zouden moeten worden, ook daadwerkelijk op een artsensprekuren terecht komen.

hoofdstuk 5

Zorgprotocollen



Hoofdstuk 5

Zorgprotocollen

In 2005 zijn vijf zorgprotocollen ontwikkeld en geïmplementeerd in de Rotterdamse sociaal medische zorg (zie Rodenburg & Wits 2006). De protocollen zijn toegesneden op de doelgroep dak- en thuislozen en behelzen bij hen veelvoorkomende gezondheidsproblemen. De vijf protocollen betreffen:

- Wondverzorging / Brandwonden
- Longaandoeningen
- Voeten
- Huidafwijkingen
- Aandachtspunten bij zwangere vrouwen met klachten / Bevalling kraamzorg

De protocollen zijn in de praktijk gefundeerd en getoetst, dat wil zeggen dat een aantal artsen en verpleegkundigen betrokken is geweest bij de ontwikkeling van de protocollen. Vervolgens zijn alle verpleegkundigen getraind in het werken met de protocollen. Eind 2005 zijn de protocollen geïmplementeerd in de gehele Rotterdamse sociaal medische zorg.

Doel van het werken met de protocollen is dat de continuïteit in zorg en de effectiviteit en efficiëntie van zorg verbetert. De protocollen moeten leiden tot eenduidigheid in behandeling en terminologie over de verschillende locaties van de maatschappelijke opvang heen. Bijkomend voordeel kan zijn dat het hulpverleningscontact met patiënten verbetert (Rodenburg & Wits 2006).

De GGD Rotterdam Rijnmond is benieuwd hoe artsen en verpleegkundigen de protocollen een jaar na de implementatie beoordelen. Om dat te bepalen zijn in de vragenlijst vragen opgenomen over het werken met de protocollen (zie bijlage 2).

5.1 Algemeen

In het doktersoverleg en in het verpleegkundigenoverleg is aandacht besteed aan het werken met de protocollen. Drie artsen en zes verpleegkundigen reageren positief op de stelling dat de introductie van de zorgprotocollen goed is besproken in het dokters- dan wel verpleegkundigenoverleg. Drie artsen en twee verpleegkundigen zijn daarover neutraal tot negatief. Eén verpleegkundige werkte nog niet in de Rotterdamse sociaal medische zorg en heeft de officiële introductie niet meegemaakt. Vervolgens reageren drie artsen en vier verpleegkundigen positief op de stelling dat er aandacht is voor het werken met de protocollen in het dokters- c.q. verpleegkundigenoverleg. De anderen neutraal tot negatief.

De zes artsen en zes van de negen verpleegkundigen zijn getraind in het werken met de zorgprotocollen¹¹. Drie van de negen verpleegkundigen geven aan niet getraind te zijn in het werken met de protocollen. In tabel 11 staan de vijf zorgprotocollen in de kolommen en voor artsen en verpleegkundigen apart wordt aangegeven hoeveel van hen de protocollen kennen en er mee werken.

In het algemeen wordt een aantal keer opgemerkt dat de training (vaker) herhaald moet worden, omdat de kennis 'wegzakt' of naar 'de vergeethoek' verdwijnt.

Tabel 12. Protocollen kennen en er mee werken (n=15)

	Wondverzorging	Longaandoeningen	Voeten	Huidafwijkingen	Zwangeren
Artsen (n=6)					
Kennen / niet kennen	6 / -	6 / -	6 / -	6 / -	5 / 1
Er mee werken:					
- altijd	2	2	2	1	1
- soms	4	4	4	5	4
- nee	-	-	-	-	1
Verpleegkundigen (n=9)					
Kennen / niet kennen	9 / -	7 / 2	8 / 1	8 / 1	8 / 1*
Er mee werken:					
- altijd	2	1	1	1	1
- soms	6	5	6	7	1
- nee	-**	3	2	1	6

* Deze verpleegkundige geeft aan dat dit protocol niet van toepassing is op de locatie (de Zon) waar zij werkt.

** Eén verpleegkundige heeft hier geen antwoord gegeven.

¹¹ Waarbij één arts aangeeft: "volgens LHV" (Landelijke Huisartsen Vereniging).

5.2 Evaluatie vijf protocollen

Richtlijn Wondverzorging / Protocol Brandwonden

Alle artsen en verpleegkundigen kennen dit protocol. De artsen geven aan er ook mee te werken. De verpleegkundigen werken er ook mee, maar een aantal van hen plaatst een kanttekening.

“Erg jammer dat de arts (ook vaak vanuit het ziekenhuis) een andere wondbehandeling voorschrijft waardoor je niet volgens protocol kan werken.” (verpleegkundige)

“Artsen schrijven toch vaak andere verbandmiddelen voor. Zelf kies ik ook wel eens voor een ander verbandmiddel dan wat in het protocol aangegeven staat. Dit komt door de ervaring als wijkverpleegkundige, en wat er op dat moment voorradig is.” (verpleegkundige)

De artsen en verpleegkundigen beoordelen het protocol als bruikbaar, praktisch en eenvoudig. Enkelen geven nog aan dat patiënten baat hebben bij het werken met dit protocol en dat het hulpverleningscontact ermee gediend is. Een aantal verpleegkundigen zegt graag met het protocol te werken en nu zeker te weten dat zij wonden nu goed behandeld. Eén arts vindt het protocol te gedetailleerd.

“Het is heel erg praktisch om het protocol altijd bij de hand te hebben.” (verpleegkundige)

Protocol Longaandoeningen

Alle artsen kennen het protocol Longaandoeningen en zij werken er allemaal altijd of soms mee. Zeven van de negen verpleegkundigen kennen het protocol en zes van hen werken er altijd of soms mee. Drie verpleegkundigen geven aan niet met het protocol Longaandoeningen te werken.

“Het is niet helemaal realistisch.” (verpleegkundige)

Degenen die er mee werken, beoordelen het protocol als bruikbaar, adequaat en praktisch. Zowel artsen als verpleegkundigen geven aan dat de patiënt baat heeft bij het werken met dit protocol. Een enkele arts en verpleegkundige zegt het protocol uit het hoofd te kennen.

“Ik stuur alleen zelf nooit iemand door naar de GGD voor longX; laat het altijd nog beoordelen door arts.” (verpleegkundige)

Voetprotocol

Ook met dit protocol zijn alle vijf de artsen en acht van de negen verpleegkundigen bekend.

“Was niets nieuws.” (verpleegkundige)

Alle artsen geven aan er mee te werken. Eén van de verpleegkundigen die het protocol wel kent, zegt er niet mee te werken, maar:

“Acties, zoals genoemd op het protocol, worden wel zo uitgevoerd.” (verpleegkundige)

Het Voetprotocol wordt beoordeeld als bruikbaar, praktisch en eenvoudig. De patiënt heeft er baat bij, zo zeggen zowel artsen als verpleegkundigen. Eén arts en één verpleegkundige geven aan dat zij nu zeker weten dat zij voeten goed behandelen. Een verpleegkundige geeft nog als aanvulling:

“Loopvoeten meenemen + voetbadjes + schimmelbehandeling.” (verpleegkundige)

Protocol Huidafwijkingen

Eén verpleegkundige kent het protocol Huidafwijkingen niet en werkt er ook niet mee. Deze verpleegkundige geeft aan het protocol kwijt te zijn. Alle anderen (zowel artsen als verpleegkundige) kennen het protocol en werken er ook mee. Velen beoordelen dit protocol als praktisch en bruikbaar. Enkelen geven nog aan dat de patiënt baat heeft bij het werken met dit protocol.

“Ik merk dat ik er weinig mee werk [met alle protocollen]. Ik beschrijf eigenlijk nooit al die stappen. Ik denk er pas aan als ik iets niet weet. Zolang ik zelf kan bedenken wat ik moet doen, dan gebruik ik het niet. Kortom, ik werk niet mee aan de eenduidigheid en continuïteit.” (verpleegkundige)

Protocol Aandachtspunten bij zwangere vrouw met klachten / Protocol Bevalling kraamzorg

Dit protocol is bekend bij een groot deel van de artsen en verpleegkundigen, maar zeker niet bij iedereen: één arts en drie verpleegkundigen geven aan het protocol niet te kennen. Eén verpleegkundige geeft aan dat dit protocol bij de locatie waar zij werkt niet van toepassing is (locatie de Zon is enkel voor mannen). De meeste andere verpleegkundigen zeggen niet met het protocol te werken, omdat ze geen zwangere vrouwen tegenkomen.

“Op de vrouwenopvang verblijven geen kraamvrouwen en vrouwen met zwangerschapsduur van korter dan zeven maanden.” (verpleegkundige)

“Nog nooit bij de hand gehad, en zal dat bij deze setting ook niet zien.” (verpleegkundige)

“Zie eigenlijk nooit zwangere vrouwen.” (arts)

Degenen die soms met het protocol werken, geven aan dat het protocol bruikbaar en adequaat is. Artsen geven nog aan dat de patiënt baat heeft bij het werken met dit protocol.

5.3 Andere protocollen

Als laatste is gevraagd of de artsen en verpleegkundigen behoefte hebben aan protocollen voor de behandeling van andere aandoeningen, en zo ja, welke. Eén arts geeft aan behoefte te hebben aan protocollen op het gebied van diabetes en hepatitis B in de setting van de maatschappelijke opvang. Twee verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan protocollen op het gebied van geslachtsziekten, eerste hulp bij overdosis-ongevallen (medicatie, drugs) en obstipatieklachten.

5.4 Samenvatting

In 2005 zijn vijf zorgprotocollen ontwikkeld en geïmplementeerd in de Rotterdamse sociaal medische zorg: wondverzorging, longaandoeningen, voetproblemen, huidafwijkingen en zwangeren. Bijna alle artsen en verpleegkundigen kennen de protocollen en werken er soms of altijd mee (behalve met het protocol rondom zwangeren omdat die situatie zich niet vaak voordoet). De protocollen worden beoordeeld als bruikbaar, praktisch, eenvoudig en adequaat. Ook wordt aangegeven dat patiënten baat hebben bij het werken met de protocollen.

Opgemerkt wordt dat de training hoe te werken met de protocollen (vaker) herhaald moet worden, omdat de kennis 'wegzakt'.

hoofdstuk 6

Succesfactoren en knelpunten



Hoofdstuk 6

Succesfactoren en knelpunten

“Prettige benadering van arts en verpleegkundige. Alles is bespreekbaar en de persoon zal altijd serieus genomen worden.” (verpleegkundige)

“Mensen zijn omringd door meer hulpverleners dan in het verleden, echter nog weinig samenwerking.” (arts)

In dit hoofdstuk worden randvoorwaarden besproken die functioneren van de Straatdokter kunnen beïnvloeden: registreren en microHIS (§6.1) en samenwerking, zowel met de GGD als onderling (§6.2). Daarna schetsen artsen en verpleegkundigen het perspectief van patiënten (§6.3) en benoemen zij succesfactoren en knelpunten van de artsensprekuren (§6.4). Als laatste geven zij hun mening over de kwantiteit en kwaliteit van de Rotterdamse maatschappelijke opvang en Sociaal Medische Zorg (§6.5).

6.1 MicroHIS en registreren

Zoals gezegd, de gegevens over patiënten worden in een elektronisch patiëntdossier bewaard. Het systeem dat gebruikt wordt is huisartseninformatiesysteem 'microHIS'. In 2004 is geconstateerd dat enkele artsen het registreren in microHIS als knelpunt ervaren. Om de huidige situatie te kunnen bepalen is aan de artsen en verpleegkundigen een aantal stellingen voorgelegd (zie tabel 13).

Vijf stellingen zijn alleen aan artsen voorgelegd. Vier van de zes artsen geven aan dat registreren in microHIS hen weinig moeite kost, voor één arts geldt het tegenovergestelde. Dezelfde vier artsen ervaren de computer en microHIS niet als storend tijdens het spreekuur. Een klein aantal artsen ervaart problemen met de techniek als storend, en een klein aantal (deels dezelfde) vindt dat er nog te vaak technische problemen voorkomen. De toekenning van ICPC-codes (zie ook §3.5) ervaart de ene helft niet als belastend, de andere helft denkt daar anders over.

Tabel 13. Mening microHIS en registreren van artsen (n=6) en verpleegkundigen (n=9)*

Stellingen	Artsen			Vpk'en		
	-	+/-	+	-	+/-	+
Registreren in microHIS tijdens het spreekuur kost me weinig moeite.	1	1	4			
Ik ervaar de computer en microHIS soms als storend tijdens het spreekuur.	4	-	2			
De techniek rondom microHIS (storingen, printer-problemen e.d.) ervaar ik als storend.	1	3	2			
Het komt nog te vaak voor dat er technische problemen zijn rondom microHIS.	3	2	1			
Ik ervaar de toekenning van ICPC-codes als een belasting.**	3	1	1			
Ik kan goed uit de voeten met microHIS.**	1	1	4	1	2	5
Registratie in microHIS is een voorwaarde voor continuïteit.	1	-	5	-	3	6
Ook de verpleegkundigensprekuren zouden altijd in microHIS geregistreerd moeten worden.	1	-	5	3	2	4
Over het algemeen ben ik tevreden over microHIS.	-	2	4	-	1	8

* Een aantal stellingen is - zoals bedoeld - alleen ingevuld door artsen en een aantal door zowel artsen als verpleegkundigen. Dit verklaart de lege ruimtes in de laatste kolom van deze tabel.

** Eén arts of verpleegkundige vulde deze vraag niet in.

Het merendeel van de artsen en de verpleegkundigen oordeelt positief over microHIS: zij kunnen er mee uit de voeten en zijn er over het algemeen positief over. Ook zien zij dat registratie in microHIS een voorwaarde is voor de continuïteit van de sociaal medische zorg. Over of ook de informatie (verrichtingen, klachten, afspraken) van de verpleegkundigensprekuren in microHIS geregistreerd zouden moeten worden zijn de artsen en verpleegkundigen het niet helemaal eens. Bijna alle artsen zouden het een goed idee vinden, tegen de helft van de verpleegkundigen.

Registreren positief

Gevraagd naar een toelichting op hun oordeel, geven artsen en verpleegkundigen aan dat continuïteit het grote voordeel is van het gezamenlijk registreren in microHIS.

“Registratie leidt tot betere zorg door inzicht in elkaars handelingen. Patiënt is completer in beeld.” (arts)

“Medische geschiedenis. Overzichtelijkheid.” (arts)

“Goede medicatiebewaking. Gebruiksvriendelijk.” (arts)

“Dat helder is waar een cliënt al is geweest en wat er toen is afgesproken. Je bouwt een dossier op en ziet meer dan alleen het moment.” (verpleegkundige)

Registreren negatief

Negatieve punten rondom microHIS betreffen vooral de technische problemen met computer en/of printer. Sommige verpleegkundigen vinden het systeem niet zo gebruiksvriendelijk en zouden getraind willen worden in het werken ermee.

“Te vaak technische mankementen, slechte en trage ondersteuning. Correspondeert matig met andere systemen, loopt te vaak vast door slechte softwarestructuur.” (arts)

“Printer probleem recepten (doe ik nu maar op A4 met stempel).” (arts)

“Wat kan beter? Dat de verpleging nieuwe cliënten vóór het spreekuur invoert. En dat informatie van verpleging en bijvoorbeeld van de GGZ in het systeem komt, voor meer continuïteit bij de begeleiding en koers die uitgezet is/wordt.” (arts)

“Printen van recepten. Instellingen zijn al enkele malen aangepast, maar blijft niet goed. Daarnaast: kennis van het programma. Dit geldt zowel voor mijzelf als de arts op de locatie. Ik weet alleen het hoogst-noodzakelijke.” (verpleegkundige)

“Is gecompliceerd. Er is geen echte cursus aangeboden.” (verpleegkundige)

“Ik zou het fijn vinden als er bijvoorbeeld ook ingezet zou worden als iemand ergens is opgenomen e.d. Het zou ook fijn zijn als de spreekuren van de Bouman-artsen erin komen. De Huiskamer bijvoorbeeld heeft dezelfde groepen cliënten als die van de MO.” (verpleegkundige)

6.2 Samenwerking (binnen SMZ)

Er is gevraagd naar de evaluatie van de coördinatie door de GGD en van het dokters- c.q. verpleegkundigen-overleg.

Bijna alle artsen en verpleegkundigen beoordelen de coördinatie van de Sociaal Medische Zorg door de GGD Rotterdam-Rijnmond als goed of heel goed. Eén arts vindt die matig. Er zijn een paar toelichtingen gegeven:

“Snel en alert reageren op problemen of noodzakelijke voorzieningen.” (arts)

“Altijd bereikbaar voor vragen en/of overleg, altijd ruimte voor eigen inbreng.” (verpleegkundige)

In tabel 14 zijn de reacties op de stellingen over het dokters- c.q. verpleegkundigenoverleg opgenomen. In totaal zijn tien artsen en verpleegkundigen positief over het overleg waar ze aan deelnemen, de rest is neutraal. Het doktersoverleg vindt vier keer per jaar plaats, het verpleegkundigenoverleg zes keer. Bijna geen van de artsen en verpleegkundigen vindt deze frequentie te laag. Alle artsen en veel verpleegkundigen geven aan nog wel eens wat te leren van hun collega's. De meerderheid reageert niet positief en niet negatief op mogelijkheid om actiever in het overleg te zijn. Ook vindt de meerderheid dat de coördinator van de GGD momenteel voldoende actief is in de organisatie van de overleggen.

Tabel 14. Mening over doktersoverleg (n=6) en over verpleegkundigenoverleg (n=9)

Stellingen	Artsen			Vpk'en		
	-	+/-	+	-	+/-	+
De frequentie van het overleg is te laag. We zouden vaker moeten overleggen.	3	3	-	3	5	1
Ik leer nog wel eens wat van mijn collega's in het overleg.	-	-	6	-	4	5
Ik zou zelf actiever kunnen zijn in het overleg.	1	4	1	2	6	1
De coördinator van de GGD zou een actievere rol kunnen spelen in de organisatie van het overleg.	2	3	1	5	4	-
Over het algemeen ben ik tevreden over het overleg.	-	1	5	-	4	5

Overleg positief

Als positieve punten worden genoemd: ervaringen uitwisselen en de inhoud (casuïstiek, bijscholing, verdieping van kennis).

“Prettige sfeer, onderling contact is goed en nuttig. Inhoudelijk goede onderwerpen.” (arts)

“Aandacht voor elkaars ervaringen. Kansen op zorginnovatie.” (arts)

“Stimuleert. Afwisseling van nascholing, intervisie en bemoediging.” (arts)

“Overleg met collega's van andere instellingen. Je kunt leren van elkaar, tips, ideeën en adviezen uitwisselen.” (verpleegkundige)

“Ruimte voor inbreng onderwerpen. Heel fijn om met andere verpleegkundigen ervaringen uit te wisselen over cliënten en werk.” (verpleegkundige)

“Organisatie bijscholing, inhoudelijke kennis.” (verpleegkundige)

Overleg negatief

Als negatieve punten noemen artsen de hoge frequentie van het overleg en de lage opkomst. Verpleegkundigen geven aan dat frequentie van het overleg niet hoog is (ook verpleegkundigen die op de eerste stelling in tabel 14 neutraal aangeven) en dat het overleg inhoudelijk beter en concreter kan.

“Het komt door tijdsdruk nogal eens voor dat er weinig artsen zijn. Er mag wat mij betreft meer inhoudelijke input in.” (arts)

“Inhoudelijk wat dingen beter voorbereiden.” (arts)

“Weinig raakvlakken omdat werkplek en manier van werken erg verschillend is. En het gaat vaak over beleid of organisatorische dingen en niet specifiek over de inhoud van het werk van de verpleegkundige.” (verpleegkundige)

“Verpleegkundigenoverleg zou vaker plaats kunnen vinden. Meer thema's voor het overleg, informatie-bijeenkomsten, meer cursussen.” (verpleegkundige)

“Er zouden meer praktische handelingen geoefend of besproken kunnen worden.” (verpleegkundige)

6.3 Perspectief van patiënten

In 2004 zijn twintig patiënten geïnterviewd over de Straatdokter. Zij beoordeelden toen de Sociaal Medische Zorg in het algemeen en de Straatdokter in het bijzonder als positief (zie Van der Poel et al., 2005). In het vervolgonderzoek is aan de artsen en verpleegkundigen de vraag gesteld hoe zij denken dat patiënten de artsensprekuren beoordelen. Veelgenoemde positieve elementen zijn de laagdrempeligheid (en toegankelijkheid, beschikbaarheid), aandacht, serieus genomen worden en de kwaliteit van de zorg.

“Bereikbaarheid en laagdrempeligheid.” (arts)

“Continuïteit, persoonlijke aandacht, serieus genomen worden.” (arts)

“Het feit dat ze altijd geholpen worden ook al hebben ze geen verzekering. Fijn dat het een bekende plek is met een bekend gezicht van arts en verpleegkundige. Ze zijn vaak gerust gesteld als ze gezien zijn. Ze voelen zich serieus genomen met hun kwaal.” (verpleegkundige)

“Dat de arts op de locatie zelf aanwezig is. Vriendelijkheid van de arts, cliënten voelen zich op hun gemak.” (verpleegkundige)

“De prettige benadering van arts en verpleegkundige. Alles is bespreekbaar en de persoon zal altijd serieus genomen worden.” (verpleegkundige)

Wat vinden patiënten minder positief of negatief aan de artsensprekuren? Negatieve elementen, zoals ingeschat door de artsen en verpleegkundigen, zijn onder andere het wachten, de gesprekken over oorzaak-/gevolgrelaties met betrekking tot hun leefstijl c.q. middelengebruik op hun gezondheidssituatie, de continuïteit/frequentie van de spreekuren, en de regels (bijvoorbeeld geen benzodiazepinen).

“Lastige vragen en opmerkingen van de arts, bijvoorbeeld dat alcohol de oorzaak is van de klachten, willen ze meestal niet horen.” (arts)

“Aandringen op behandeling waarvan zij misschien de zin niet inzien.” (arts)

“Maar eenmaal één uur per week.” (arts)

“Contact met de verpleegkundigen gaat iets soepeler dan met de artsen, vaak zijn patiënten bang om de diagnose te horen.” (verpleegkundige)

“Dat er geen continuïteit op de locatie is. Cliënten blijven daardoor sneller weg. Ook hebben cliënten regelmatig moeite met de (volgens hun soms arrogante) houding van de arts.” (verpleegkundige)

“Arts schrijft geen slaapmiddelen en kalmerende middelen voor.” (verpleegkundige)

“Wachten tot zij aan de beurt zijn.” (verpleegkundige)

6.4 Succesfactoren en knelpunten

Alle artsen en verpleegkundigen zijn tevreden of zelfs zeer tevreden over de artsensprekuren in het algemeen. De belangrijkste succesfactoren van huisartsenpraktijk de Straatdokter liggen volgens hen in de toeleiding, bereikbaarheid en toegankelijkheid, in de continuïteit (zowel medisch als in tijd: wekelijks) en in de samenwerking tussen arts en verpleegkundige.

“Het feit dat er vier dagen per week een verpleegkundige is die bezoekers naar spreekuur leidt.

Laagdrempelig / toegankelijk.” (verpleegkundige)

“Het wekelijkse spreekuur en aandacht. Laagdrempelig.” (verpleegkundige)

“Een arts bereikbaar voor onverzekerde cliënten en illegale cliënten. Een arts die op de locatie zelf komt.” (verpleegkundige)

“Laagdrempelig, specifieke kennis, kwaliteit.” (verpleegkundige)

“Toeleiding, bekende gezichten, medische continuïteit, goede bereikbaarheid.” (arts)

“Een redelijke behandeling en vooral continuïteit, betrouwbaarheid voor de patiënt. Je moet er zijn als hulpverlener en de tijd nemen voor de patiënt.” (arts)

“Automatiseringssysteem, ondersteuning verpleegkundigen.” (arts)

“Directe bereikbaarheid en samenwerking met maatschappelijke hulpverlening. Oplossingen voor dak- en thuislozen moeten vanuit een geïntegreerd concept komen.” (arts)

Bij de inventarisatie van de belangrijkste knelpunten is ook gevraagd naar mogelijke oplossingen. Artsen en verpleegkundigen noemen hier beide dat er te weinig uren zijn voor de verpleegkundigen: de toeleiding (screening) zou - nog - beter kunnen als op sommige locaties de verpleegkundigen meer uren zouden krijgen. Verpleegkundigen geven daarbij wel aan dat de screening en toeleiding toch altijd een punt zal blijven. De doelgroep is immers niet de makkelijkste als het gaat om (therapie)trouw en wachten. Een ander gezamenlijk ervaren knelpunt is de samenwerking met andere betrokken organisaties en de informatie (registratie) van die organisaties. Een betere afstemming en delen van informatie zou de kwaliteit van de zorg aan de doelgroep ten goede komen. Artsen benoemen nog als knelpunt de medicatie voor onverzekerden en de technische problemen die zij ondervinden. Verpleegkundigen benoemen nog als knelpunt de niet goed geregelde waarneming van artsen bij vakanties.

“Bezoekers zijn niet therapietrouw en kunnen slecht wachten. Planning van het spreekuur is dus lastig en er is veel nazorg nodig om spreekuur effectief te maken.” (verpleegkundige)

“Moeilijke doelgroep, daar kan je niets aan veranderen, denk ik. Meer uren aanwezigheid van de verpleegkundige zou wel de effectiviteit ten goede komen.” (arts)

“Straatdokter zou meer ingangen/connecties bij andere organisaties moeten hebben, bijvoorbeeld bij ziekenhuizen of drugshulpverlening of psychiatrie, zodat een cliënt makkelijker en eerder doorgestuurd zou kunnen worden. Of dat belangrijke informatie gedeeld kan worden zodat het wiel niet steeds opnieuw hoeft te worden uitgevonden.” (verpleegkundige)

“Doordat Straatdokter-concept helder en duidelijk vanuit verschillende partijen met een computersysteem werkt, valt het op hoe chaotisch het dossier bij verslaving en ambulante psychiatrie in elkaar zit.

Willen we vooruitgang boeken voor de totale populatie, dan moeten die partijen doen wat wij al doen: een patiëntensysteem in computer.” (arts)

“Onverzekerden problematiek, met name financiering medicatie en verwijzing.” (arts)

6.5 Rotterdamse MO en SMZ

Als laatste is in de vragenlijst een tiental stellingen opgenomen over de kwantiteit en kwaliteit van de Rotterdamse maatschappelijke opvang (MO) en de Rotterdamse Sociaal Medische Zorg (SMZ). Artsen en verpleegkundigen zijn het in grote lijn met elkaar eens: neutraal tot negatief over de kwantiteit en neutraal tot positief over de kwaliteit (tabel 15).

Eén arts is van mening dat Rotterdam onvoldoende opvang voor dak- en thuislozen heeft. De anderen zijn neutraal of positief over de hoeveelheid opvang. Als het gaat om de hoeveelheid opvang voor specifieke groepen (jongeren, ouderen, illegalen), dan is slechts een klein aantal artsen en verpleegkundigen hier positief over. Niemand is negatief over algemene kwaliteit van de Rotterdamse MO.

In totaal zijn drie artsen en verpleegkundigen negatief over de hoeveelheid SMZ die er is in Rotterdam. De meerderheid van de artsen en verpleegkundigen is van mening dat er in het algemeen voldoende SMZ is. Voor specifieke groepen (jongeren, ouderen, illegalen) zeggen in totaal vijf artsen en verpleegkundigen dat er onvoldoende SMZ is. De anderen staan hier neutraal of positief tegenover. De kwaliteit van de SMZ wordt door de helft positief beoordeeld, de andere helft is neutraal.

Tabel 15. Mening MO en SMZ van artsen (n=6) en verpleegkundigen (n=8)*

Stellingen	Artsen			Vpk'en		
	-	+/-	+	-	+/-	+
Over de Maatschappelijke Opvang						
In Rotterdam is er - in het algemeen - voldoende opvang voor dak- en thuislozen.	1	2	3	-	2	6
De Rotterdamse opvang heeft voldoende plaats - voor jongeren (<24 jaar).	1	4	1	4	3	1
- voor ouderen (>60 jaar).**	1	3	1	4	2	1
- voor illegalen.	4	1	1	7	-	1
De kwaliteit van de Rotterdamse opvang is - in het algemeen - goed.	-	4	2	-	4	4
Over de Sociaal Medische Zorg						
In Rotterdam is er - in het algemeen - voldoende (sociaal) medische zorg voor dak- en thuislozen.	1	2	3	2	2	4
De Rotterdamse SMZ heeft voldoende aandacht - voor jongeren (<24 jaar).	1	4	1	1	5	1
- voor ouderen (>60 jaar).	1	3	2	2	4	2
- voor illegalen.	2	1	3	3	3	2
De kwaliteit van de Rotterdamse SMZ is - in het algemeen - goed.	-	3	3	-	4	4

* Eén verpleegkundige heeft geen mening gegeven.

** Eén arts vulde deze vraag niet in.

Eén arts en twee verpleegkundigen lichten hun oordeel (vooral negatief/neutraal) als volgt toe:

“Er ontbreekt in Rotterdam vooral sociale zorg, gebrek primaire levensbehoefte.” (arts)

“Er is geen opvang voor illegalen! Er is te weinig opvang voor jongeren en het is een slechte zaak als een 22-jarige tussen notoire drugsgebruikers opgevangen moet worden. En een nachtopvang waarbij mensen 's morgens vroeg het pand moeten verlaten, voldoet niet voor 60+-ers; deze mensen hebben vaak chronische klachten en hebben meer rust en stabiliteit nodig.” (verpleegkundige)

“Jongeren zouden eigen MO moeten hebben. En ouderen behoeven ook specifieke zorg en MO.

Meer differentiatie.” (verpleegkundige)

6.6 Samenvatting

Over het algemeen zijn artsen en verpleegkundigen tevreden over microHIS. Zo geven zij aan dat registratie een voorwaarde voor continuïteit is. Het registreren in microHIS kost de artsen weinig moeite en zij ervaren de computer niet als storend tijdens het spreekuur. Sommige artsen ervaren de toekenning van ICPD-codes als belastend. Technische problemen komen volgens sommigen nog te vaak voor. Artsen en een deel van de verpleegkundigen reageren positief op de stelling dat ook de verpleegkundigensprekuren in microHIS geregistreerd zouden moeten worden. Sommige verpleegkundigen zouden getraind willen worden in het werken met microHIS.

De coördinatie van de Sociaal Medische Zorg door de GGD wordt over het algemeen als goed beoordeeld. De meeste artsen en verpleegkundigen zijn tevreden over het dokters- c.q. verpleegkundigenoverleg waar zij aan deelnemen. Zij zijn positief over het uitwisselen van ervaringen en de inhoud (casuïstiek, bijscholing, verdieping van kennis) van de overleggen. Artsen beoordelen de hoge frequentie van het overleg en de lage opkomst als negatief. Verpleegkundigen beoordelen de lage frequentie van het overleg als negatief. Ook zou het verpleegkundigenoverleg inhoudelijk beter en concreter kunnen.

Verpleegkundigen en artsen is gevraagd hoe patiënten de artsensprekuren beoordelen. Als positief geven zij aan: laagdrempelig, aandacht, serieus genomen worden en de kwaliteit van de zorg. Als negatief geven zij aan: wachten, de gesprekken over oorzaak (leefstijl, middelengebruik) en gevolg (slechtere gezondheid), de frequentie van de spreekuren en de strikte regels over bijvoorbeeld voorschrijven van benzodiazepinen.

Artsen en verpleegkundigen zijn (zeer) tevreden of zelfs zeer tevreden over de artsensprekuren in het algemeen. Succesfactoren zijn de toeleiding, de bereikbaarheid en toegankelijkheid, de continuïteit (zowel medisch als in tijd: wekelijks) en de samenwerking tussen arts en verpleegkundige.

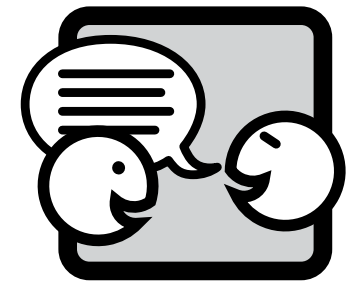
Op sommige locaties zou de toeleiding en screening van patiënten (nog) beter kunnen zijn als er meer uren voor verpleegkundigen waren. Andere knelpunten zijn de niet voorhanden zijnde medicatie voor onverzekerden, technische problemen (printer e.d.) en niet goed geregelde waarneming bij vakantie van artsen. Ook de samenwerking met andere organisaties en de informatie (registratie) van die organisaties zou beter kunnen.

Over de kwantiteit van de Rotterdamse MO en SMZ staan artsen en verpleegkundigen neutraal tot negatief, over de kwaliteit ervan staan zij neutraal tot positief.

functioneren

hoofdstuk 7

Functioneren Straatdokter: conclusie en discussie



Hoofdstuk 7

Functioneren Straatdokter: conclusie en discussie

De Straatdokter is een huisartsenpraktijk voor dak- en thuislozen op tien locaties van de Rotterdamse maatschappelijke opvang (MO). Zeven artsen bieden tezamen zestien uur huisartsenzorg per week. De patiëntendossiers worden elektronisch bijgehouden in informatiesysteem microHIS. Patiënten worden naar het artsensprekeuur toegeleid door verpleegkundigen.

De centrale vraag van het onderzoek luidt: hoe functioneert huisartsenpraktijk 'de Straatdokter' en waar zijn verbeteringen in aan te brengen? Een antwoord op deze vraag volgt uit de beantwoording van de onderzoeksvragen.

Eerst worden eerst enkele opmerkingen gemaakt over de onderzoeksmethoden en daarna worden de onderzoeksvragen beantwoord en bediscussieerd.

7.1 Onderzoeksmethoden

Om het functioneren van de Straatdokter in kaart te brengen is gebruik gemaakt van een aantal verschillende onderzoeksmethoden. Ten eerste zijn registratiegegevens uit microHIS geanalyseerd van patiënten die in september, oktober en/of november van 2004, 2005 en/of 2006 de Straatdokter hebben bezocht. Doordat voor elk van de jaren dezelfde drie maanden zijn bekeken, kunnen cijfermatige ontwikkelingen zichtbaar worden. Ten tweede hebben betrokkenen hun mening gegeven over het functioneren van de Straatdokter. In 2004 zijn zes artsen, vijf verpleegkundigen, vier managers en twintig patiënten geïnterviewd. In 2007 hebben alle artsen en verpleegkundigen een schriftelijke vragenlijst opgestuurd gekregen en, op drie na, stuurden zij de vragenlijst ingevuld terug. In 2007 zijn geen patiënten gevraagd naar hun oordeel. Ook zijn geen MO-bezoekers gesproken die geen gebruik (willen) maken van de Straatdokter. Wel zijn in de

schriftelijke vragenlijst vragen opgenomen over hoe artsen en verpleegkundigen het oordeel van patiënten inschatten. Doordat veel artsen en verpleegkundigen de vragenlijst ingevuld terugstuurden, is een vrij compleet beeld verkregen van de ervaring van het functioneren van de Straatdokter als geheel.

Eén van de pijlers van de Straatdokter is de gezamenlijke elektronische dossiervorming in microHIS. Echter, uit de resultaten blijkt dat niet elke arts even handig is met computers en registreren. Dit betekent dat de cijfermatige informatie met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden.

7.2 Conclusie en discussie

Vraag 1: Wat zijn kenmerken van patiënten?

In de maanden september t/m november van 2004, van 2005 en van 2006 zijn resp. 250, 276 en 245 patiënten gezien door een Straatdokter. Het betreft vooral mannen (in elk van de jaren tussen de 87-89%), en het aantal 40-plussers neemt toe (naar 68%).

Het merendeel is verzekerd voor ziektekosten (in elk van de jaren tussen de 70-78%), een deel is niet verzekerd (13-16%) en de rest kan zich niet verzekeren vanwege hun illegaliteit (9-14%). Dit ligt in de lijn met eerder onderzoek waarin 20-31% van de Rotterdamse dak- en thuislozen, inclusief illegalen, onverzekerd zegt te zijn voor ziektekosten (Van der Poel et al., 2005; Krol, 2003; Jansen et al., 2002).

Artsen kennen codes toe aan patiënten die problemen hebben met alcohol, softdrugs, harddrugs en/of psychiatrische problemen hebben. Het gaat om ICPC-codes (**International Classification of Primary Care**). Een patiënt kan op alle vier de probleemgebieden scoren. Er is gekeken naar alle patiënten die vanaf 2004 door een arts gezien zijn; dat zijn er 1.196. Van hen heeft 23% een geregistreerd probleem met alcohol, 5% met softdrugs, 31% met harddrugs en 18% heeft geregistreerde psychiatrische problemen. Gekeken naar combinaties, dan blijkt dat ruim de helft van de patiënten (54%) één of meer ICPC-codes heeft. Van hen heeft 66% een probleem met alleen middelengebruik, 10% heeft alleen psychiatrische problematiek en 23% heeft een dubbele diagnose.

Artsen en verpleegkundigen geven aan dat er sprake is van onderdiagnostiek, omdat zij meer verslaving c.q. problematisch middelengebruik en meer psychiatrie zien in de praktijk. De registratie van diagnostiek laat dus (soms) te wensen over.

Is er daadwerkelijk sprake van onderdiagnostiek? Om dit te achterhalen, wordt de groep patiënten vergeleken met andere groepen daklozen (zie tabel 16). Hoewel er verschillen zijn tussen de groepen qua doelgroep, referentieperiode en methode, geeft de vergelijking toch enig inzicht. Erg grote verschillen lijken er niet te zijn op het gebied van alcohol- en drugsproblematiek. Toch geven artsen zelf aan dat zij met name onderregistreren op problematisch softdruggebruik. Bij de psychiatrische problematiek is wel een verschil te zien. Van de Straatdokter-populatie heeft 18% een geregistreerd psychiatrisch probleem, bij de andere groepen dak- en thuislozen is dat percentage hoger (minimaal rond 30%). Artsen en verpleegkundigen van de Straatdokter merken dus terecht op dat er sprake is van onderdiagnostiek bij de Straatdokter-populatie. De groep patiënten komt completer en juist in beeld als artsen en/of verpleegkundigen beter gaan

registreren. Zij zouden bijvoorbeeld bij elk eerste contact kunnen uitvragen - en registreren - of patiënten (regelmatig, veel) alcohol drinken, softdrugs en/of harddrugs gebruiken, en of zij kampen met psychiatrische problematiek. Wellicht kan het screeningsinstrument Verslaving en Psychiatrie voor de maatschappelijke opvang (Van Rooij et al., 2007) hierbij behulpzaam zijn.

Tabel 16. Problematiek bij dak- en thuislozen^a

	Rotterdam	Rotterdam	Den Haag	Utrecht
Diagnoses	patiënten Straatdokter	dak- en thuislozen* c.q. MO-bezoekers	feitelijk daklozen*	feitelijk daklozen*
Populatie	n=1.196	n=293	n=103	n=150
Referentieperiode	2004-2006	afgelopen jaar	actueel	actueel
Methode	toekenning door arts	vragenlijst onder daklozen	vragenlijst onder daklozen	vragenlijst onder daklozen
Alcoholproblematiek	23%	32%	22%	22%
Drugsproblematiek	31% harddrugs 5% softdrugs	30% opiaten 5% cocaïne 5% cannabis	53% (zonder specificatie)	54% (zonder specificatie)
Psychiatrische problematiek	18% (psychosen, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen, depressie)	28% depressie 5% psychotische stoornissen	29% depressie 5% psychotische stoornissen	32% depressie 15% psychotische stoornissen

^a Rotterdam: Van Rooij et al. (2007); Den Haag: Wolf et al. (2002); Utrecht: Reinking & Kroon (1998).

* De dak- en thuislozenpopulatie bestaat uit residentieel daklozen (begeleid wonen, sociale pensions) en feitelijk daklozen (nachttopvang).

Vraag 2: Wat is de instroom (cijfermatig)?

Instroom is gedefinieerd als het aantal nieuwe patiënten, oftewel patiënten die voor het eerst op het artsensprekuren komen. Het aandeel nieuwe patiënten neemt in de loop van de jaren af: in de periode september t/m november van 2004, van 2005 en van 2006 kwam resp. 44%, 44% en 35% van de patiënten voor het eerst. Er zijn geen sekseverschillen gevonden, wel zijn nieuwe patiënten jonger dan de reeds bekende patiënten. Ongeveer een kwart van de bekende patiënten is 40 jaar of jonger, tegen ruim 40% van de nieuwe patiënten. Voor 2006 geldt nog dat twee keer zoveel reeds bekende (dan nieuwe) patiënten geregistreerd staan als psychiatrisch patiënt of als dubbele diagnose-patiënt.

Dat er minder nieuwe patiënten gezien worden, kan een teken zijn dat de Straatdokter meer en meer 'ingeburgerd' raakt in de Rotterdamse MO. Een andere verklaring kan zijn dat in de afgelopen jaren daklozen korter in de MO verblijven (sneller gaan wonen, hetzij in een voorziening, hetzij zelfstandig) en dat zij naar een eigen huisarts gaan. Een derde verklaring kan zijn dat het in Rotterdam moeilijker wordt om 'nieuw' te zijn in de MO. Sinds 2006 moet iedereen die gebruik wil maken van de nachttopvang langs het loket van Centraal Onthaal. Als zij voldoen aan de criteria (dakloos zijn, minimaal 23 jaar oud zijn, legaal in Nederland verblijven en binding met de regio Rotterdam hebben), dan krijgen zij een pasje waarmee zij toegang hebben tot de nachttopvang. Hiermee wordt het voor illegale daklozen en daklozen zonder regiobinding

moeilijker om bij de Straatdokter te komen. Kanttekening hierbij is dat de Straatdokter vooral spreekuur houdt in de dagopvang, die zonder tussenkomst van Centraal Onthaal voor iedereen toegankelijk is.

Centraal Onthaal kan ook kansen bieden, zo geven artsen en verpleegkundigen aan. In de intake kan wellicht een medische geschiedenis (verslaving, psychiatrie) opgenomen worden. Het zou goed zijn wanneer deze informatie toegankelijk zou zijn voor verpleegkundigen en artsen binnen de Sociaal Medische Zorg. Het screeningsinstrument "Psychiatrie en verslaving" dat ontwikkeld is om psychiatrische en verslavingsproblemen op te sporen bij dak- en thuislozen - zodat zij vervolgens de juiste hulp aangeboden kunnen krijgen - kan hierbij behulpzaam zijn (Van Rooij et al., 2007). Dit instrument wordt vanaf 2007 geïmplementeerd bij Centraal Onthaal.

Vraag 3: Wat is het zorggebruik van patiënten?

Ook hier is gekeken naar de perioden september t/m november van 2004, van 2005 en van 2006, en zoals aangegeven, zijn resp. 250, 276 en 245 patiënten gezien door een arts. De overgrote meerderheid van de patiënten gaat op één 'vaste' locatie naar het spreekuur.

In de loop van de jaren is het gemiddeld aantal contacten per patiënt toegenomen van 2,4 naar 2,7 (in drie maanden). Het deel van de patiënten dat één keer op het spreekuur komt is afgenomen van ongeveer de helft naar ongeveer 40%. Een contact duurt gemiddeld zo'n 25 minuten. Ter vergelijking: een Nederlander die naar de huisarts gaat, doet dit gemiddeld 5,0 keer **per jaar** en een spreekuurcontact duurt hier gemiddeld een kleine tien minuten (www.cbs.nl; www.nivel.nl).

Zo'n 80% van de patiënten meldt één of twee klachten op het spreekuur. Patiënten komen met huidklachten (in elk van de jaren tussen de 8-12%), longklachten (10-13%), gewrichtsklachten (10-13%) en maagklachten (7%). Het aantal patiënten dat met voetklachten en psychische klachten op het spreekuur komt is met de helft verminderd tussen 2004 en 2006 (naar 6% ieder). Opvallend is dat het aantal 'andere' klachten door de jaren heen toeneemt. Het gaat dan met name over instelling van medicatie, vragen over anticonceptie en zwangerschap, moeheid en pijn bij het plassen. Deze percentages geven een indicatie van de klachten waarmee dak- en thuislozen te maken hebben en zeggen weinig over de **ernst** of de **complexiteit** ervan. Het lijkt er echter wel op te duiden dat de Straatdokter meer en meer een 'normale' huisartsenpraktijk wordt.

Wat lichamelijke klachten betreft, lijkt het erop dat er een verschuiving optreedt van acute klachten met een chronische component, naar chronische klachten met acute elementen. Deze verschuiving kan een gevolg zijn van een meer stabiele (zelf)verzorging en een betere lichamelijke conditie van dak- en thuislozen, maar ook doordat individuele dak- en thuislozen omringd worden door steeds meer verschillende hulpverleners. Belangrijk in deze ontwikkeling is de huisvesting van een groot aantal daklozen in de afgelopen jaren in het kader van het Plan van Aanpak MO. Een voorbeeld van de verschuiving is dat loopvoeten en scabiës minder voorkomen, volgens artsen en verpleegkundigen omdat de hygiëne is toegenomen onder dak- en thuislozen. Ook wordt de groep als geheel ouder en daarmee krijgen zij te maken met (chronische) ouderdomsklachten, zoals diabetes. Daarnaast zal de chroniciteit van klachten die samenhangen met langdurig alcohol- en/of druggebruik, zoals chronische maag- en longklachten, eerder toe-

dan afnemen. Therapietrouw, zeker als het gaat om inname van medicatie, zal in de toekomst alleen maar belangrijker worden. De rol van verpleegkundigen hierbij is van groot belang.

Opvallend is dat minder patiënten psychische klachten uiten op het artsenspreekuur, terwijl artsen en verpleegkundigen aangeven dat het aantal psychiatrische patiënten toeneemt. Echter, het een sluit het ander niet uit. Net als bij andere chronische aandoeningen is het belangrijk dat artsen psychiatrische problematiek (en medicatie) goed registreren.

Alles wijst er op dat de Straatdokter een steeds groter wordend deel van de huisartsenzorg biedt aan reeds bekende, oudere dak- en thuislozen. Immers, er komen minder nieuwe gezichten op het spreekuur, het aantal contacten per patiënt neemt toe, de groep als geheel wordt ouder, en zij komen meer en meer met chronische gezondheidsklachten.

Wat medicatie betreft is het aantal patiënten afgenomen dat een of meer voorschriften krijgt, van 44% in 2004 naar 28% in 2006. De meerderheid krijgt één recept. Recepten worden uitgeschreven voor antibiotica, pijnstillers, medicatie voor long-, maag- en huidklachten. In 2005 en 2006 is vaker (dan in 2004) medicatie voorgeschreven voor diabetes en hoge bloeddruk.

Door de jaren heen is het verkrijgen van medicatie voor onverzekerden, waaronder illegalen, problematisch gebleven. Voor illegale (en dus onverzekerde) patiënten is er het Koppelingsfonds dat de kosten voor medische zorg vergoed. Voor legale onverzekerden is er geen oplossing, behalve dat bijvoorbeeld maatschappelijk werkers zich in kunnen zetten om uitkering en ziektekostenverzekering samen met de dakloze te regelen. Het verkrijgen van medicatie vormt voor beide groepen onverzekerden toch een probleem. Op alle MO-locaties wordt niet-gebruikte medicatie 'opgespaard' voor onverzekerden.

Vraag 4: Wat is het cijfermatige bereik van de Straatdokter?

In de maanden september t/m november van 2005 en 2006 hebben in totaal 3.057 unieke bezoekers de dag- en nachtopvang van CVD, Leger des Heils en Ontmoeting bezocht (geen gegevens van 2004 beschikbaar). In diezelfde zes maanden zijn 460 unieke patiënten bij de Straatdokter geweest. Deze cijfers tegen elkaar afgezet, bereikt de Straatdokter 15% van de bezoekers van de MO. (De Pauluskerk voerde geen bezoekersregistratie, echter, dit is van weinig invloed op het bereik, omdat slechts weinig MO-bezoekers c.q. patiënten uitsluitend in de Pauluskerk komen.)

Veel artsen en verpleegkundigen zijn van mening dat dit percentage van 15 laag is. Een aantal kanttekeningen is op zijn plaats om dit percentage in perspectief te zetten. Ten eerste hebben 'vaste' (langdurige, regelmatige) MO-bezoekers, ten opzichte van 'vluchtige' (tijdelijke) MO-bezoekers, een grotere kans om op consult bij de Straatdokter te komen. Bovendien is de groep vaste bezoekers kleiner dan de groep vluchtige bezoekers. Ten tweede heeft een onbekend aantal MO-bezoekers een eigen huisarts. Het is dus zeer aannemelijk dat het bereik van de Straatdokter veel groter is onder vaste bezoekers van de maatschappelijke opvang. Hiernaast is het bereik van de verpleegkundigen groter dan het bereik van de artsenspreekuren. Verpleegkundigen leiden alleen patiënten toe naar de artsenspreekuren die door een arts gezien moeten

worden, en zij geven aan dat het hen vrijwel altijd lukt om de patiënt ook daadwerkelijk door een arts te laten zien. Hoe groot het bereik is van de verpleegkundigen is niet onderzocht. Wanneer ook verpleegkundigen hun handelingen in microHIS zouden registreren, dan zou de sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen volledig in kaart gebracht kunnen worden - zowel inhoudelijk als cijfermatig.

Vraag 5a: Hoe tevreden zijn artsen en verpleegkundigen over de Straatdokter?

Voor de beantwoording van vraag 5a-d worden gegevens gebruikt van de schriftelijke vragenlijst die verpleegkundigen en artsen in 2007 hebben ingevuld. Hiermee wordt de huidige situatie in kaart gebracht.

Het grootste deel van de patiënten op de artsenspreekuren worden door een verpleegkundige doorverwezen of toegeleid. Verpleegkundigen zijn over het algemeen tevreden over de toeleiding. Zij zijn het die in eerste instantie het vertrouwen van de bezoekers winnen. Doel van de toeleiding is dat bezoekers die door een arts gezien zouden moeten worden, ook daadwerkelijk naar een spreekuur gaan. Artsen geven aan dat zij inderdaad patiënten zien op hun spreekuren die door een arts gezien moeten worden. In het algemeen geldt dat des te meer uren er een verpleegkundige aanwezig is, des te beter de toeleiding werkt (zie ook Van der Poel et al., 2005). Patiënten kunnen ook op eigen initiatief naar een Straatdokter gaan, echter, in de praktijk komt dit niet veel voor.

Artsen en verpleegkundigen beoordelen hun samenwerking tijdens het spreekuur als goed. Daarnaast hebben zij over het algemeen voldoende tijd om de patiënten de aandacht te geven die zij nodig hebben. In meerderheid zijn zij positief over de persoonlijke benadering van en aandacht voor de patiënten.

Artsen zijn merendeels tevreden over doorverwijzingen naar de GGD, het ziekenhuis en de ggz. Zij zijn niet onverdeeld tevreden over doorverwijzingen naar de verslavingszorg. Lastiger is het patiënten die multidisciplinaire zorg nodig (en dat worden er steeds meer) hebben goed door te verwijzen.

Negatieve zaken die spelen tijdens het spreekuur zijn vooral van technische aard (computer is traag, printer doet het niet). Ook het werken onder tijdsdruk wordt genoemd als negatief punt; oplossingsrichtingen die genoemd worden zijn een betere voorbereiding/screening, meer spreekuren (voor zowel artsen als verpleegkundigen) en verbeteren van continuïteit doordat patiënten ook naar artsenspreekuren op andere locaties gaan.

Na het spreekuur zijn verpleegkundigen wederom belangrijk, bijvoorbeeld in het uitzetten van medicatie voor MO-bezoekers c.q. patiënten. Zij geven aan hier voldoende tijd voor te hebben. Ook zijn zij belangrijk bij de begeleiding van - sommige - patiënten naar andere medische instanties (zoals het ziekenhuis). Verpleegkundigen zijn verdeeld over de hoeveelheid tijd die zij hiervoor hebben.

Zes keer per jaar is er het verpleegkundigenoverleg en vier keer per jaar het doktersoverleg, georganiseerd door de GGD. Het merendeel is over het algemeen tevreden over de overleggen. Gewaardeerd wordt vooral de uitwisseling van ervaringen en de inhoud (casuïstiek, bijscholing). Tegelijkertijd zien artsen en verpleeg-

kundigen ook dat de inhoud nog beter kan (door betere voorbereiding, meer en concretere opbrengsten). De coördinatie van de Sociaal Medische Zorg van de GGD Rotterdam-Rijnmond wordt door artsen en verpleegkundigen als goed en deskundig ervaren.

Vraag 5b: Maken de artsen en verpleegkundigen gebruik van de vijf zorgprotocollen die in 2005 zijn ontwikkeld?

In 2005 zijn vijf zorgprotocollen ontwikkeld en geïmplementeerd in de Rotterdamse sociaal medische zorg (zie Rodenburg & Wits, 2006). Vier protocollen gaan over behandeling van wonden, longaandoeningen, voeten en huidafwijkingen. Deze protocollen worden door de meerderheid van de artsen en verpleegkundigen gebruikt. Zij ervaren de protocollen als bruikbaar, praktisch en adequaat. Het vijfde protocol betreft aandachtspunten bij zwangere vrouwen en bevallingen. Artsen en verpleegkundigen geven aan nauwelijks zwangere vrouwen te zien en dat zij daardoor niet werken met dit protocol.

Een punt van aandacht is de continuïteit. Veel artsen en verpleegkundigen kennen de protocollen en zijn getraind om ermee te werken. Een aantal verpleegkundigen is hierin niet getraind. Net als bij de implementatie geven artsen en verpleegkundigen aan dat de training (vaker) herhaald moet worden, zodat nieuwe professionals geleerd wordt ermee te werken en zodat de kennis bij reeds getrainde professionals geen kans krijgt om weg te zakken. Rodenburg & Wits (2006) hebben al aangegeven dat de continuïteit in het gebruik van de protocollen gewaarborgd kan worden door nieuwe medewerkers een standaardtraining te laten volgen en door blijvend aandacht te besteden aan de protocollen in het artsen- en verpleegkundigenoverleg. Deze aanbevelingen worden hier herhaald.

Een klein aantal artsen en verpleegkundigen geeft aan behoefte te hebben aan protocollen op het gebied van diabetes, hepatitis B, geslachtsziekten, eerste hulp bij overdosis-ongevallen (medicatie, drugs) en obstipatieklachten. In het artsen- en verpleegkundigenoverleg kan erover gesproken worden of het de moeite loont om dergelijke protocollen te ontwikkelen specifiek voor dak- en thuislozen.

Vraag 5c: Wat zijn succesfactoren van huisartsenpraktijk de Straatdokter?

Over de artsensprekuren in het algemeen zijn de artsen en verpleegkundigen tevreden of zelfs zeer tevreden. Zij benoemen drie belangrijke succesfactoren. De eerste is dat de Straatdokter op locaties van de maatschappelijke opvang huisartsenzorg biedt en daarmee bereikbaar en toegankelijk is, niet in de laatste plaats door de goede toeleiding van de verpleegkundigen. De tweede is de continuïteit. Enerzijds wordt door de registratie in microHIS een medisch dossier opgebouwd dat overal ingezien kan worden. Anderzijds is ook de continuïteit in de tijd belangrijk, immers, er is dagelijks ergens een spreekuur en - bijna - wekelijks op dezelfde locatie. De derde succesfactor is de samenwerking tussen arts en verpleegkundige. De verpleegkundige kennen de patiënten en leiden hen - indien nodig - toe naar de Straatdokter. Op het spreekuur werken arts en verpleegkundige samen. Na het spreekuur heeft de verpleegkundige wederom een taak in bijvoorbeeld het schoonhouden van wonden en het uitzetten van medicatie. Kortom: het (goed) functioneren van de Straatdokter is grotendeels afhankelijk van het (goed) functioneren van de verpleegkundigen.

Vraag 5d: Wat zijn knelpunten van huisartsenpraktijk de Straatdokter, en wat zijn oplossingsrichtingen voor verbetering?

Al met al zijn artsen en verpleegkundigen het erover eens dat de Straatdokter goed functioneert. Maar het kan altijd beter.

Het eerste verbeterpunt ligt in het aantal uren van de verpleegkundigen. Als zij meer uren zouden hebben, dan zou de toeleiding naar de artsensprekuren en de screening van patiënten (nog) beter verlopen. Tegelijkertijd geven verpleegkundigen aan dat de screening en toeleiding nooit vlekkeloos zal verlopen, omdat de groep dak- en thuislozen nu eenmaal niet bekend staat om hun stiptheid en geduld. Een ander aanvullend argument om verpleegkundigen meer uren te willen geven, is dat er een toename is van ouderdomsproblemen, psychiatrische en chronische klachten onder de dak- en thuisloze patiënten. Hiermee wordt de taak van de verpleegkundige voorafgaand aan én na afloop van het artsensprekuur alleen maar belangrijker (vertrouwen winnen, toeleiding, screening, medicatie uitzetten, medische begeleiding et cetera). Met name over psychiatrische aandoeningen geven verpleegkundigen aan dat zij zelf meer kennis en kunde zouden willen hebben.

Samenhangend met de toenemende importantie van de verpleegkundigen, komt de vraag op of zij niet ook hun contacten en handelingen in microHIS zouden moeten registreren. Een groot deel van de artsen en verpleegkundigen is vóór. Mocht ervoor gekozen worden dat ook verpleegkundigen in microHIS gaan registreren, dan moeten zij goed getraind worden in de ins en outs van het systeem.

Het tweede verbeterpunt ligt in de samenwerking met andere organisaties (psychiatrie, verslavingszorg, ziekenhuizen) die betrokken zijn bij de gezondheid van dak- en thuislozen. Artsen en verpleegkundigen zouden graag zien dat de voorhanden zijnde informatie beter wordt afgestemd en eerder met elkaar wordt gedeeld. De kwaliteit van de zorg kan hiermee verbeterd worden.

Een knelpunt in het functioneren van de Straatdokter ligt in de ontoegankelijkheid van medicatie voor onverzekerden. Sinds 2006 zijn mensen zelf verantwoordelijk voor het afsluiten van een ziektekostenverzekering. Ongeveer driekwart van de patiënten is verzekerd, ongeveer een kwart is dat niet. Voor illegalen kan de Straatdokter de kosten vergoed krijgen via het Koppelingsfonds, voor de andere onverzekerden - zo'n één op de zes patiënten - niet. Voor hen wordt ongebruikte medicatie opgespaard, wat betekent dat een patiënt meestal niet precies krijgt wat hij nodig heeft.

Van een andere orde zijn de technische problemen (zoals niet-functionerende printers) en de niet goed geregelde waarnemingen van artsen in vakanties. Deze knelpunten zouden relatief eenvoudig verholpen moeten kunnen worden.

7.3 Tot slot

Door dit onderzoek is inzicht verkregen in het functioneren van huisartsenpraktijk de Straatdokter. Hoewel er altijd verbeterpunten zullen zijn, luidt de conclusie dat deze praktijk in het algemeen goed functioneert. Dak- en thuislozen die door een arts gezien moeten worden, komen (soms na verloop van tijd) op een artsenspreekuur terecht. Verpleegkundigen spelen een belangrijke positieve rol in het goed functioneren van de Straatdokter.

Het zijn - uiteindelijk - de artsen en verpleegkundigen die de praktijk tot een succes maken. Hun betrokkenheid spreekt dan ook uit het feit dat velen van hen al (heel) lang bij de Sociaal Medische Zorg betrokken zijn.

Gezondheid is een groot goed, ook voor dak- en thuislozen. Het is daarom belangrijk te constateren dat huisartsenpraktijk de Straatdokter wordt gekenmerkt door bereikbaarheid, continuïteit en samenwerking.

Referenties

Onderzoeksliteratuur

- Barends W (1995). AHV Valckenier, een papieren huisarts. Onderzoek naar gezondheid en gezondheidsconsumptie van dak- en thuislozen in Amsterdam. Utrecht, NSPH.
- Bronsveld C (2004). 'Het kan altijd beter...' De sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in Rotterdam. Rotterdam, dienst SoZaWe, Sociaal-wetenschappelijke afdeling.
- Gezondheidsraad. Daklozen en thuislozen (1995). Advies van een commissie van de Gezondheidsraad. Den Haag.
- Jansen H & T Karaköse (2003). Gezondheidsproblemen van gemarginaliseerde druggebruikers. Rotterdam, IVO (IVO-Bulletin, 6(2): p.19-24).
- Jansen H, R Kolk, J Maaskant & M Stoele (2002). Dak- en thuislozenmonitor 2001-2002. Rotterdam, IVO en dienst SoZaWe, Sociaal-wetenschappelijke afdeling.
- Korf DJ, L Deben, S Diemel, P Rensen & H Riper (1999). Een sleutel voor de toekomst. Tel- en consumentenonderzoek onder daklozen in Amsterdam. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Thela Thesis.
- Krol L (2003). Sociaal-medische zorg dak- en thuislozen in Rotterdam en omstreken, situatie 2003 (versie 2.0, december 2003).
- Laere IRAL van (1997). 'Loopvoeten' bij zwervers. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 141(51): p.2481-2483.
- Laere IRAL van (2002). De zwervende alcoholist: voor wie een zorg? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 146(42): p.1965-1968.
- Laere IRAL van (2000). Zorg voor zieke zwervers. Specifieke medische zorg voor daklozen noodzakelijk. Medisch Contact, 55(44): p.1567-1569.
- Laere IRAL van & MCA Buster (2001). Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr. Valckeniersprekuren in Amsterdam. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 145(24): p.1156-1160.
- Laere IRAL van, MCA Buster & CEA Lindenburg (2002). Preventie van luchtweginfecties bij druggebruikers en daklozen. Infectieziekten Bulletin, 13(4): p.144-149.

Poel A van der, C Barendregt, M Schouten & D van de Mheen (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene (Resultaten van de survey 2003). Rotterdam, IVO.

Poel A van der, L Krol, W de Jong & H Jansen (2005). Huisartsenpraktijk 'de Straatdokter', Sociaal Medische Zorg aan dak- en thuislozen in Rotterdam. Verslag van een onderzoek naar het functioneren van de Straatdokter. Rotterdam, IVO.

Poel A van der, L Krol & W de Jong (2005). De Rotterdamse Straatdokter. Huisartsenpraktijk voor dak- en thuislozen waarborgt toegankelijkheid van zorg. Medisch Contact, 60(23), p.973-976.

Quispel F & MT Slockers (1985). Medische zorg voor daklozen. Een zorg voor artsen. Medisch Contact, 40(51/52): p.1593.

Reinking D & H Kroon (1998). Opgevangen in Utrecht. Dakloosheid en zelfverwaarlozing in de regio Midden-Westelijk Utrecht. Utrecht, Trimbos-instituut.

Reinking D, JRLM Wolf & H Kroon (2001). Hoge prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen bij daklozen in de stad Utrecht. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 145: p.1161-1166.

Rodenburg G & E Wits (2006). Implementatie van zorgprotocollen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang. Procesevaluatie. Rotterdam, IVO.

Rooij T van, N Mulder, E Wits, A van der Poel & D van de Mheen (2007). Screeningsinstrument Verslaving en Psychiatrie voor de maatschappelijke opvang. Rotterdam, IVO en O3.

Roorda-Honée JGMTh, & PHJM Heydendaal (1997). De gezondheidstoestand van dak- en thuislozen. In: Mackenbach JP & H Verkleij (red). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Deel II, Gezondheidsverschillen (p.241-246). Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom.

Verheij RA, JHM te Brake, H Abrahamse, H van den Hoogen, J Braspenning, L Jabaaij & T van Althuis (2006). Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht, NIVEL / Nijmegen, WOK. Via www.LINH.nl (laatste update 17 augustus 2006).

Vries G de, NAH van Hest & MMGG Sebek (2003). Tuberculose bij drugsverslaafden en dak- en thuislozen in Rotterdam. Infectieziekten Bulletin, 14(10): p.357-362.

Vries J de, H Götz & O de Zwart (2004). Hepatitis A uitbraak onder dak- en thuislozen. Infectieziekten Bulletin, 15(6); p. 212-214.

Wolf J, M Zwikker, S Nicholas, H van Bakel, D Reinking & I van Leiden (2002). Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag. Utrecht, Trimbos-instituut.

Projectdocumenten van de Straatdokter

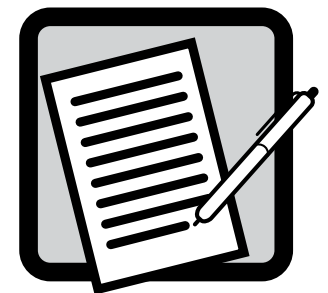
Geschreven door Luuk Krol, geaccordeerd door de stuurgroep Straatdokter:

- Huisartsenzorg aan dak- en thuislozen in Rotterdam en omstreken (2004);
- Sociaal Medische Zorg (augustus/september 2004);
- Aanvraag financiële garantiestelling Sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in Rotterdam en omstreken (januari 2004);
- Sociaal Medische Zorg dak- en thuislozen in Rotterdam en omstreken, situatie 2003 (december 2003);
- Definitief werkplan HDTR (mei 2003).

Bijlagen

bijlagen

1 en 2



Bijlage 1

Spreekuren en locaties, situatie 2006

Maandag

De Hille (CVD)
Lange Hilleweg 256
3073 BZ Rotterdam
010 - 486 66 25

Multifunctionele opvang voor dak- en thuislozen

- nachtopvang met 28 bedden, dagopvang met 75 plaatsen, pension met 18 kamers
- dagactiviteiten
- gebruikruimte

Het Dok (Leger des Heils)
Spanjaardstraat 11
3025 TE Rotterdam
010 - 425 02 55

Dagopvang voor ca. 30 dakloze harddruggebruikers verblijvend in Delfshaven (+ gebruikruimte)

- douchen, kleding wassen, maaltijden, activiteiten
- maatschappelijk werk, postadres

Dinsdag

De Sluis (Leger des Heils)
Westzeedijk 493
3024 EL Rotterdam
010 - 244 03 56

De Sluis is een dagopvang voor daklozen (75 plaatsen)

- douchen, kleding wassen, lunchpakket, maaltijden, activiteiten
- maatschappelijk werk, postadres- inschrijving voor nachtopvang WB-huis

Woensdag

Sociaal Pension De Zon (CVD)
H. de Keyserstraat 72
3034 CN Rotterdam
010 - 404 69 22

De Zon is een woonvoorziening met begeleiding voor dak- en thuislozen met een psychiatrische achtergrond en/of alcoholproblematiek (ca. 40 bewoners)

De Kajuit (Leger des Heils)
Schiedamsedijk 3
3011 EB Rotterdam
010 - 433 23 57

Dagopvang met 25 plaatsen voor dak- en thuislozen (50+)

- douchen, kleding wassen, lunchpakket, maaltijden, activiteiten
- maatschappelijk werk, postadres
- inschrijving voor nachtopvang de Brug

Woensdag (vervolg)

Van Speyk (CVD)
Heer Vrankestraat 26
3036 LE Rotterdam
010 - 243 01 55

Van Speyk richt zich op dak- en thuislozen, kamerbewoners, pensionzoekers en bezoekers van passantenverblijven (150 plaatsen dagopvang en 30 plaatsen nachtopvang)

- maaltijden, kleding
- activiteiten: koken, sport, muziek, fitness, computers, schilderen, Voor wat hoort wat, vegen

Havenzicht (CVD)
Willem Ruyslaan 10
3061 TV Rotterdam
010 - 411 71 60

Havenzicht is een passantenverblijf voor daklozen (42 plaatsen)

- bed-bad-brood
- verpleegafdeling, 10 bedden
- Voor wat hoort wat

Donderdag

Pauluskerk
Mauritsweg 19-20
3012 JR Rotterdam
010 - 411 81 32

Opvang voor o.a. druggebruikers en daklozen

- dagopvang, nachtopvang (60 plaatsen), huisvesting met woonbegeleiding
- gebruikruimte
- maaltijden, activiteiten

Vrijdag

Dienstencentrum Ontmoeting
's Gravendijkwal 95
3021 EH Rotterdam
010 - 425 33 03

Stichting Ontmoeting is een christelijke instelling die hulp biedt aan dak- en thuislozen en ex-gedetineerden

- maaltijd, douche, kleding
- activiteiten
- maatschappelijk werk, postadres

Het Bakken (Leger des Heils)
Sliedrechtstraat 4
3086 JM Rotterdam
010 - 293 00 35

Dagopvang voor 75 daklozen mannen en vrouwen

- douchen, kleding wassen, lunchpakket, maaltijden, activiteiten
- maatschappelijk werk, postadres
- vrouwenafdeling
- inschrijving voor nachtopvang De Meerpaal

Bijlage 2

Vragen in de schriftelijke vragenlijst

A Vragen over uzelf

Binnen de Straatdokter, bent u arts of verpleegkundige?

Hoeveel uur per week werkt u als arts of verpleegkundige voor de Straatdokter?

Op welke locatie(s) van de maatschappelijke opvang werkt u?

Hoe lang werkt u als arts of verpleegkundige voor de Straatdokter?

B Toeleiding naar het artsenspreekuur

Stellingen voor artsen (negatief, neutraal, positief)

- Door de toeleiding van de verpleegkundigen zie ik patiënten op het spreekuur die echt door een arts gezien moeten worden.
- Er komen steeds meer patiënten op eigen initiatief naar het spreekuur.
- Het gebeurt steeds vaker dat patiënten op meerdere locaties naar een spreekuur gaan.
- De spreekuren zijn (bijna) altijd vol.
- Over het algemeen ben ik tevreden over de toeleiding van patiënten naar het artsenspreekuur.

Stellingen voor verpleegkundigen (negatief, neutraal, positief)

- Het lukt me meestal wel om de patiënten die ik wil doorverwijzen naar het artsenspreekuur daadwerkelijk door een arts te laten zien.
- Als ik meer verpleegkundigen-uren zou hebben, dan zou ik meer patiënten kunnen motiveren om naar een arts te gaan.
- De dagen en tijden van de artsenspreekuren staan op de locatie waar ik werk goed aangegeven.
- De spreekuren zijn (bijna) altijd vol.
- Over het algemeen ben ik tevreden over de toeleiding van patiënten naar het artsenspreekuur.

Voor artsen en verpleegkundigen (open vragen)

- Kunt u twee positieve punten noemen over de toeleiding van patiënten? Wat gaat nu goed?
- Kunt u twee negatieve punten noemen over de toeleiding van patiënten? Wat zou beter kunnen?

C Op het artsenspreekuur: contact, behandeling en doorverwijzing

Stellingen voor artsen (negatief, neutraal, positief)

- Ik heb voldoende tijd om iedere patiënt de aandacht te geven die hij/zij nodig heeft.
- Patiënten die ik doorverwijs naar de GGD (tbc of infectieziekten) laten zich daar ook daadwerkelijk testen.
- Patiënten die ik doorverwijs naar BoumanGGZ (verslavingszorg) "komen daar ook aan".
- Patiënten die ik doorverwijs naar de ggz "komen daar ook aan".
- Patiënten die ik doorverwijs naar het ziekenhuis "komen daar ook aan".
- Patiënten die multidisciplinaire zorg nodig hebben kan ik doorverwijzen.
- Het is belangrijk dat er altijd een verpleegkundige op het spreekuur aanwezig is.
- Therapietrouw (medicatie, terugkomen) is voor een groot deel afhankelijk van de aanwezigheid van de verpleegkundige.
- Over het algemeen ben ik tevreden over de hoeveelheid tijd die er is voor de patiënten op het artsenspreekuur.

Stellingen voor verpleegkundigen (negatief, neutraal, positief)

- Ik heb voldoende tijd om wonden te verzorgen of voeten te wassen.
- Ik heb voldoende tijd om medicatie uit te zetten.
- Ik heb voldoende tijd om mensen te begeleiden bij doorverwijzingen.
- Het is belangrijk dat er altijd een verpleegkundige op het spreekuur aanwezig is.
- Therapietrouw (medicatie, terugkomen) is voor een groot deel afhankelijk van de aanwezigheid van de verpleegkundige.
- Over het algemeen ben ik tevreden over de hoeveelheid tijd die er is voor de patiënten op het artsenspreekuur.

Voor artsen en verpleegkundigen (open vragen)

- Kunt u twee positieve punten noemen over het artsenspreekuur in het algemeen (inhoudelijk, organisatorisch)? Wat gaat nu goed?
- Kunt u twee negatieve punten noemen over het artsenspreekuur in het algemeen (inhoudelijk, organisatorisch)? Wat zou beter kunnen?

Vragen voor artsen en verpleegkundigen

- Bent u van mening dat de groep patiënten door de jaren heen (sinds een aantal jaar) veranderd is? (ja, nee)
Kunt u uw antwoord toelichten?
- Bent u van mening dat het type klachten die de patiënten uiten door de jaren heen (sinds een aantal jaar) veranderd is? (ja, nee)
Kunt u uw antwoord toelichten?
- Bent u van mening dat de aandoeningen die gediagnosticeerd worden bij patiënten door de jaren heen (sinds een aantal jaar) veranderd is? (ja, nee)
Kunt u uw antwoord toelichten?

- Een knelpunt dat uit het onderzoek van 2004 bleek is dat er te weinig medicatie is voor onverzekerden. Hoe is de situatie op dit moment rondom onverzekerden?
 - nog steeds vormt het verkrijgen van medicatie en de vergoeding van medicatie voor onverzekerden een knelpunt
 - dit knelpunt is - volgens mij - opgelost
 Kunt u uw antwoord toelichten?

Vraag voor artsen over maaltijden op medische indicatie - MOMI

- Hoe vaak maakt u gebruik van de mogelijkheid om MOMI voor te schrijven? (niet tot nauwelijks, af en toe, regelmatig, vaak of heel vaak)

Vragen voor artsen en verpleegkundigen

- Hoe denkt u over de MOMI? (negatief, neutraal, positief)
- Wat is volgens u het effect van de MOMI? (negatief, neutraal, positief)
Kunt u uw antwoorden toelichten?
- Wat is uw inschatting van de ervaring van de dak- en thuislozen van de MOMI?
Dak- en thuislozen ervaren de MOMI als: (negatief, neutraal, positief)
Kunt u uw antwoord toelichten?

D MicroHIS en registreren

Stellingen voor artsen (negatief, neutraal, positief)

- Registreren in microHIS tijdens het spreekuur kost me weinig moeite.
- Ik ervaar de computer en microHIS soms als storend tijdens het spreekuur.
- De techniek rondom MicroHIS (storingen, printer-problemen e.d.) ervaar ik als storend.
- Het komt nog te vaak voor dat er technische problemen zijn rondom microHIS.
- Ik ervaar de toekenning van ICPC-codes als een belasting.
- Ik kan goed uit de voeten met microHIS.
- Registratie in microHIS is een voorwaarde voor continuïteit.
- Ook de verpleegkundigensprekuren zouden altijd in microHIS geregistreerd moeten worden.
- Over het algemeen ben ik tevreden over microHIS.

Stellingen voor verpleegkundigen (negatief, neutraal, positief)

- Ik kan goed uit de voeten met microHIS.
- Registratie in microHIS is een voorwaarde voor continuïteit.
- Ook de verpleegkundigensprekuren zouden altijd in microHIS geregistreerd moeten worden.
- Over het algemeen ben ik tevreden over microHIS.

Voor artsen en verpleegkundigen (open vragen)

- Kunt u twee positieve punten noemen over microHIS? Wat gaat nu goed?
- Kunt u twee negatieve punten noemen over microHIS? Wat zou beter kunnen?

E Voorlopige resultaten van analyse microHIS

Voor artsen en verpleegkundigen: reactie op 1) patiënten, 2) bereik en 3) ICPC.

1) Patiënten

De gegevens uit microHIS van de maanden september, oktober en november van 2004, 2005 en 2006 zijn geanalyseerd. Hieronder leggen we u alvast een paar (voorlopige) resultaten voor.

	2004	2005	2006
Aantal verrichtingen (september t/m november)	609	687	668
Aantal patiënten dat in september t/m november minimaal 1x op het artsensprek uur kwam	250	276	245
Mannen : vrouwen	87% : 13%	89% : 11%	89% : 11%
Aantal patiënten ouder dan 60 jaar	11%	11%	14%
Aantal patiënten dat in die drie maanden voor het eerst* bij de straatdokter kwam * voor het eerst = bekeken vanaf januari 2004	44%	44%	35%
Aantal patiënten dat in die drie maanden één keer bij de Straatdokter kwam	50%	49%	41%
Aantal patiënten dat in die drie maanden 7 keer of vaker bij de Straatdokter kwam	6%	6%	8%

2) Over het bereik van huisartsenpraktijk de Straatdokter

In de maanden september, oktober en november van 2005 en van 2006 (in totaal dus zes maanden) zijn er 3.057 unieke personen in de Rotterdamse dag- en nachtopvang geregistreerd (Leger des Heils, CVD en Ontmoeting). Deze personen hebben in die zes maanden minimaal één keer minimaal één opvang bezocht. In die zes maanden zijn er 460 unieke personen op een spreekuur van de Straatdokter geweest. Als we deze getallen tegen elkaar afzetten ((460 / 3.057) x 100%), dan blijkt dat de Straatdokter een bereik heeft van 15%.

3) Over de ICPC

Sinds 2004 zijn er in totaal 1.196 unieke patiënten op een artsensprek uur geweest (totaal van de jaren 2004, 2005 en 2006). Voor deze 1.196 patiënten hebben we gekeken of zij een ICPC toegekend kregen (vanaf het jaar 2000). In de tabel hieronder staat het aantal patiënten dat een bepaalde ICPC heeft gekregen, waarvan we steeds het **meest recente jaar** als uitgangspunt hebben genomen. Dat betekent dat het dus kan zijn dat een patiënt die in 2005 de code P15 kreeg, diezelfde code ook in 2004 en 2003 kreeg; in onderstaande tabel staat deze patiënt dan in de kolom 2005.

In de laatste kolom zetten we het totaal aan patiënten met een bepaalde problematiek af tegen het totaal aantal patiënten.

laatste jaar waarin ICPC* is toegekend aan patiënten voor:	2006	2005	2004	2000-2003	totaal	% van 1.196
alcoholproblematiek (m.n. P15)	94	86	63	30	273	23%
softdrugsproblematiek (m.n. P19.01)	11	38	10	4	63	5%
harddrugsproblematiek (m.n. P19, P19.02)	94	123	93	**64	373	31%
psychiatrische problematiek (m.n. P71 t/m P99)	61	74	42	34	211	18%

* Eerst is gekeken naar de toekenning van de ICPC door de artsen; vervolgens heeft de onderzoeker zelf een aantal patiënten een ICPC gegeven, bijvoorbeeld wanneer er herhaaldelijk sprake was van alcoholgebruik in zeer grote hoeveelheden, of deelname aan het methadonprogramma. Bij de psychiatrische problematiek zijn bijvoorbeeld ook PO3 (depressief gevoel) en PO6 (slaapstoornis) opgenomen.

** Bij 8 van deze 64 patiënten is de ICPC in een later jaar komen te vervallen.

F Samenwerking

Vraag voor artsen en verpleegkundigen

- Hoe beoordeelt u de coördinatie (door de GGD) van de sociaal medisch zorg? (heel goed, goed, matig, slecht of heel slecht)
Kunt u uw antwoord toelichten?

Stellingen voor artsen (negatief, neutraal, positief)

- De frequentie van het doktersoverleg is te laag. Als artsen zouden we vaker moeten overleggen.
- Ik leer nog wel eens wat van mijn collega's in het doktersoverleg.
- Ik zou zelf actiever kunnen zijn in het doktersoverleg.
- De coördinator van de GGD zou een actievere rol kunnen spelen in de organisatie van het doktersoverleg.
- De introductie van de zorgprotocollen is goed besproken in het overleg.
- In het overleg is er aandacht voor het werken met de zorgprotocollen.
- Over het algemeen ben ik tevreden over het doktersoverleg.

Stellingen voor verpleegkundigen (negatief, neutraal, positief)

- De frequentie van het verpleegkundigenoverleg is te laag. Als vp'en zouden we vaker moeten overleggen.
- Ik leer nog wel eens wat van mijn collega's in het overleg.
- Ik zou zelf actiever kunnen zijn in het verpleegkundigenoverleg.
- De coördinator van de GGD zou een actievere rol kunnen spelen in de organisatie van het verpleegkundigenoverleg.
- De introductie van de zorgprotocollen is goed besproken in het overleg.
- In het overleg is er aandacht voor het werken met de zorgprotocollen.
- Over het algemeen ben ik tevreden over het verpleegkundigenoverleg.

Voor artsen en verpleegkundigen (open vragen)

- Kunt u twee positieve punten noemen over het dokters- of verpleegkundigenoverleg? Wat gaat nu goed?
- Kunt u twee negatieve punten noemen over het dokters- of verpleegkundigenoverleg? Wat zou beter kunnen?

G Zorgprotocollen

Voor artsen en verpleegkundigen

- Bent u getraind in het werken met de vijf zorgprotocollen? (ja, nee)

- Kent u de Richtlijn Wondverzorging / Protocol Brandwonden? (ja, nee)
- Werkt u met dit protocol? (ja, altijd; ja, soms; nee)
- Wat is volgens u van toepassing op dit protocol? Kruis aan wat van toepassing is (u kunt meerdere antwoorden aankruisen):

<input type="radio"/> bruikbaar	<input type="radio"/> ik werk er graag mee
<input type="radio"/> praktisch	<input type="radio"/> ik weet nu zeker dat ik wonden goed behandel
<input type="radio"/> te gedetailleerd	<input type="radio"/> de patiënt heeft er baat bij
<input type="radio"/> eenvoudig	<input type="radio"/> het hulpverleningscontact is ermee gediend
<input type="radio"/> adequaat	<input type="radio"/> ik ken het uit mijn hoofd

Wilt u uw antwoord toelichten? Of wilt u iets anders kwijt over dit protocol?

- Kent u het Protocol Longaandoeningen? (ja, nee)
- Werkt u met dit protocol? (ja, altijd; ja, soms; nee)
- Wat is volgens u van toepassing op dit protocol? Kruis aan wat van toepassing is (u kunt meerdere antwoorden aankruisen):

<input type="radio"/> bruikbaar	<input type="radio"/> ik werk er graag mee
<input type="radio"/> eenvoudig	<input type="radio"/> de patiënt heeft er baat bij
<input type="radio"/> adequaat	<input type="radio"/> het hulpverleningscontact is ermee gediend
<input type="radio"/> te gedetailleerd	<input type="radio"/> ik ken het uit mijn hoofd
<input type="radio"/> praktisch	<input type="radio"/> ik weet nu zeker dat ik longaandoeningen goed behandel

Wilt u uw antwoord toelichten? Of wilt u iets anders kwijt over dit protocol?

- Kent u het Voetprotocol? (ja, nee)
- Werkt u met dit protocol? (ja, altijd; ja, soms; nee)
- Wat is volgens u van toepassing op dit protocol? Kruis aan wat van toepassing is (u kunt meerdere antwoorden aankruisen):

<input type="radio"/> adequaat	<input type="radio"/> ik weet nu zeker dat ik voeten goed behandel
<input type="radio"/> te gedetailleerd	<input type="radio"/> ik werk er graag mee
<input type="radio"/> praktisch	<input type="radio"/> ik ken het uit mijn hoofd
<input type="radio"/> eenvoudig	<input type="radio"/> het hulpverleningscontact is ermee gediend
<input type="radio"/> bruikbaar	<input type="radio"/> de patiënt heeft er baat bij

Wilt u uw antwoord toelichten? Of wilt u iets anders kwijt over dit protocol?

- Kent u het Protocol Huidafwijkingen? (ja, nee)
 - Werkt u met dit protocol? (ja, altijd; ja, soms; nee)
 - Wat is volgens u van toepassing op dit protocol? Kruis aan wat van toepassing is (u kunt meerdere antwoorden aankruisen):

<input type="radio"/> te gedetailleerd	<input type="radio"/> ik ken het uit mijn hoofd
<input type="radio"/> eenvoudig	<input type="radio"/> de patiënt heeft er baat bij
<input type="radio"/> praktisch	<input type="radio"/> ik werk er graag mee
<input type="radio"/> bruikbaar	<input type="radio"/> het hulpverleningscontact is ermee gediend
<input type="radio"/> adequaat	<input type="radio"/> ik weet nu zeker dat ik huidafwijkingen goed behandel
- Wilt u uw antwoord toelichten? Of wilt u iets anders kwijt over dit protocol?

- Kent u het Protocol Aandachtspunten bij zwangere vrouw met klachten / Protocol Bevalling kraamzorg? (ja, nee)
 - Werkt u met dit protocol? (ja, altijd; ja, soms; nee)
 - Wat is volgens u van toepassing op dit protocol? Kruis aan wat van toepassing is (u kunt meerdere antwoorden aankruisen):

<input type="radio"/> bruikbaar	<input type="radio"/> ik werk er graag mee
<input type="radio"/> te gedetailleerd	<input type="radio"/> ik ken het uit mijn hoofd
<input type="radio"/> adequaat	<input type="radio"/> de patiënt heeft er baat bij
<input type="radio"/> eenvoudig	<input type="radio"/> het hulpverleningscontact is ermee gediend
<input type="radio"/> praktisch	<input type="radio"/> ik weet nu zeker dat ik zwangeren goed behandel
- Wilt u uw antwoord toelichten? Of wilt u iets anders kwijt over dit protocol?

Heeft u behoefte aan protocollen voor de behandeling van andere aandoeningen? Zo ja, welke?
Wilt u in het algemeen nog iets kwijt over de protocollen of over het werken met de protocollen?

H Patiënten

Voor artsen en verpleegkundigen (open vragen)

- Wat denkt u dat patiënten positief vinden aan de artsensprekuren? Licht uw antwoord toe.
- Wat denkt u dat patiënten minder positief of negatief vinden aan de artsensprekuren?
Licht uw antwoord toe.

I Algemeen over de artsensprekuren

Voor artsen en verpleegkundigen

- Hoe tevreden bent u (op dit moment) over de artsensprekuren in het algemeen? (zeer ontevreden, ontevreden, niet tevreden en niet ontevreden, tevreden of zeer tevreden)
- Wat zijn - volgens u - de twee belangrijkste succesfactoren van huisartsenpraktijk "de Straatdokter"? Licht uw antwoord toe.
- Wat zijn - volgens u - op dit moment de twee belangrijkste knelpunten binnen huisartsenpraktijk "de Straatdokter"? En wat zouden oplossingen kunnen zijn? Licht uw antwoord toe.

J Algemeen over de opvang en de sociaal medische zorg

Stellingen voor artsen en verpleegkundigen (negatief, neutraal, positief)

- In Rotterdam is er - in het algemeen - voldoende opvang voor dak- en thuislozen.
- De Rotterdamse opvang heeft voldoende plaats voor jongeren (<24 jaar).
- De Rotterdamse opvang heeft voldoende plaats voor ouderen (>60 jaar).
- De Rotterdamse opvang heeft voldoende plaats voor illegalen.
- De kwaliteit van de Rotterdamse opvang is - in het algemeen - goed.
- In Rotterdam is er - in het algemeen - voldoende (sociaal) medische zorg voor dak- en thuislozen.
- De Rotterdamse sociaal medische zorg heeft voldoende aandacht voor jongeren (<24 jaar).
- De Rotterdamse sociaal medische zorg heeft voldoende aandacht voor ouderen (>60 jaar).
- De Rotterdamse sociaal medische zorg heeft voldoende aandacht voor illegalen.
- De kwaliteit van de Rotterdamse sociaal medische zorg is - in het algemeen - goed.

Voor artsen en verpleegkundigen

- Kunt u uw antwoorden toelichten?

