



**IMPLEMENTATIE VAN ZORGPROTOCOLLEN IN DE  
ROTTERDAMSE MAATSCHAPPELIJKE OPVANG**

PROCESEVALUATIE

Gerda Rodenburg

Elske Wits

**IMPLEMENTATIE VAN ZORGPROTOCOLLEN IN DE  
ROTTERDAMSE MAATSCHAPPELIJKE OPVANG**

PROCESEVALUATIE

Gerda Rodenburg  
Elske Wits

IVO

Januari 2006

Met subsidie van het Zorgkantoor Rotterdam en Resultaten Scoren, onderdeel van GGZ Nederland

Implementatie van zorgprotocollen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang. Procesevaluatie /  
Rodenburg G. & E. Wits.

IVO, Heemraadssingel 194, 3021 DM Rotterdam

Tel.: 010- 425 3366

E-mail: [secretariaat@ivo.nl](mailto:secretariaat@ivo.nl)

ISBN 90-74234-54-2

## **INHOUDSOPGAVE**

1	Inleiding	3
2	Methode van onderzoek	7
3	Resultaten	11
	3.1 Resultaten voorbereidingsfase	11
	3.2 Resultaten training	14
	3.3 Resultaten implementatiefase	15
4	Conclusies en aanbevelingen	21
	Literatuur	23
	Bijlage: geïmplementeerde zorgprotocollen, inclusief efflorescentielijst	25



## 1 INLEIDING

In de Nederlandse gezondheidszorg is het gebruik van protocollen een bekend verschijnsel. Zo werken specialisten en verpleegkundigen in ziekenhuizen veelal volgens vooraf vastgestelde protocollen en kennen de Nederlandse huisartsen de NHG-standaarden. In protocollen of richtlijnen worden onder andere behandelmethodieken vastgelegd. De protocollen leiden tot een systematische manier van werken met als doel een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Hoewel ook binnen de maatschappelijke opvang het gebruik van protocollen of richtlijnen tot een verbetering van de kwaliteit van zorg voor de doelgroep kan leiden, is het werken met protocollen hier minder gebruikelijk. In Rotterdam wordt implementatie van protocollen in deze sector wel als wenselijk gezien. Daarom is besloten om enkele zorgprotocollen voor dak- en thuislozen en gemarginaliseerde alcohol- en drugsverslaafden in te voeren in de maatschappelijke opvang.

### ***Kwaliteitsimpuls***

De invoering van zorgprotocollen vindt plaats in het kader van het zorgvernieuwingsproject Sociaal Medische Zorg in Rotterdam. Onder leiding van de GGD Rotterdam e.o. wordt hierin door de diverse aanbieders van maatschappelijke opvang gewerkt aan versterking van de kwaliteit van zorg voor dak- en thuislozen en gemarginaliseerde alcohol- en drugsverslaafden. De laatste jaren is onder andere geïnvesteerd in versterking van de laagdrempelige huisartsen- en verpleegkundige zorg. Er is een huisartsenpraktijk opgericht – praktijk de Straatdokter – die uit (huis)artsen bestaat die een deel van hun functie in de maatschappelijke opvang uitoefenen. Deze ‘straatdokters’ houden meerdere keren per week op verschillende locaties voor maatschappelijke opvang spreekuur. Zij worden hierbij geassisteerd door verpleegkundigen die op de verschillende locaties werkzaam zijn, en naast assistentie bij het artsenspreekuur zelfstandig verpleegkundige zorg aan de doelgroep bieden. In het kader van een goede coördinatie en samenwerking heeft de GGD een straatdokersoverleg en een verpleegkundig overleg ingesteld. In het straatdokersoverleg komen de straatdokters periodiek bijeen. In het verpleegkundig overleg participeren verpleegkundigen van de verschillende Rotterdamse instellingen voor maatschappelijke opvang, te weten het Leger des Heils, het Centrum voor Dienstverlening, Stichting Ontmoeting en de Rotterdamse Pauluskerk. Het straatdokersoverleg en verpleegkundig overleg bieden een goed organisatorisch kader voor zorgvernieuwing, waaronder de implementatie van zorgprotocollen.

### ***Eenduidigheid in behandeling***

In de Rotterdamse maatschappelijke opvang wordt de wens tot implementatie van zorgprotocollen gevoeld, omdat hiermee een verbetering van de *continuïteit* in zorg bereikt kan worden en vergroting van *effectiviteit* en *efficiëntie* van zorg. Door protocolgebruik kan men komen tot eenduidigheid in behandeling en terminologie over de verschillende spreekuurlocaties heen. Het is bekend dat de doelgroep vaak wisselt van locatie. Wanneer op alle locaties op dezelfde wijze wordt gewerkt – op dezelfde manier wordt gescreend en behandeld – is de wisseling van locatie minder problematisch.

Bovendien kunnen de protocollen toegesneden worden op de doelgroep, die anders is dan de doorsnee huisartsenpatiënt. Naast dergelijke kwaliteitsverbeteringen in de maatschappelijke opvang heeft implementatie van protocollen mogelijk een bijkomend voordeel, namelijk verbetering van het hulpverleningscontact met de doelgroep. Door de beter op de doelgroep afgestemde zorg kan het contact verbeteren en kan mogelijk de stap naar andere vormen van hulp, zoals sociaal-maatschappelijke, juridische of psychische hulp, verkleind worden.

### ***Implementatie en evaluatie***

Om de wens tot implementatie van zorgprotocollen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang tot uitvoering te brengen, heeft het IVO in samenwerking met de GGD Rotterdam e.o. en BoumanGGZ twee projectvoorstellen geschreven. Binnen BoumanGGZ was reeds een wondprotocol voor de doelgroep van de maatschappelijke opvang ontwikkeld. Bij Resultaten Scoren, onderdeel van GGZ Nederland, is een voorstel ingediend ter implementatie en evaluatie van dit protocol, en training van verpleegkundigen in de maatschappelijke opvang om hiermee te werken. Daarnaast is een voorstel ingediend bij het Zorgkantoor Rotterdam voor de ontwikkeling en implementatie van vier nieuwe protocollen met bijbehorende training. Beide projectvoorstellen zijn vervolgens geïntegreerd tot één project, waarbij het IVO het gehele ontwikkelings-, implementatie- en trainingstraject van de zorgprotocollen heeft begeleid en procesmatig geëvalueerd.

### ***Doel en vraagstelling procesevaluatie***

Een procesevaluatie is een vorm van evaluatie waarin de interventie – in dit geval de ontwikkeling, training en implementatie van de zorgprotocollen – op de voet wordt gevolgd en indien nodig wordt bijgestuurd. Procesevaluatie is in eerste instantie nodig, omdat er nogal eens onzekerheid bestaat over de vraag of de voorgestelde interventie wel realiseerbaar is en deze zal werken in de specifieke context waarmee we te maken hebben (Swanborn, 1999). In ons geval gaat het om de vraag of het praktisch haalbaar is zorgprotocollen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang te implementeren. Twee centrale vragen hierbij zijn of medische hulpverleners (artsen en verpleegkundigen) achter protocolgebruik staan en of de ontwikkelde protocollen aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Door het proces te begeleiden en evalueren ontstaan uiteindelijk vijf in de praktijk gefundeerde en getoetste protocollen, die tevens geïmplementeerd zijn in de Rotterdamse maatschappelijke opvang. Implementatie van de gefundeerde en getoetste protocollen moet leiden tot een gestandaardiseerde praktijk van behandeling van veelvoorkomende gezondheidsproblemen bij gemarginaliseerde verslaafden en dak- en thuislozen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang, waarbij alle medische hulpverleners dezelfde regels hanteren en dezelfde terminologie gebruiken. Deze eenheid in behandeling vergroot de kwaliteit van zorg.

Een vervolgstap is verspreiding van de protocollen, zodat zij ook elders in Nederland in de maatschappelijke opvang ingezet kunnen worden.

### ***Fasering onderzoek***

De procesevaluatie valt uiteen in drie fasen: een voorbereidingsfase, een trainingsfase en een implementatiefase. In de voorbereidingsfase, die plaatsvond van juni tot en met september 2005, stond de ontwikkeling van zorgprotocollen centraal, evenals het creëren van draagvlak voor het project. In de trainingsfase zijn verpleegkundigen uit de Rotterdamse maatschappelijke opvang getraind. Dit was in september 2005. De implementatiefase vond plaats van oktober tot en met december 2005. Naast implementatie heeft in deze fase bijstelling van de protocollen op basis van praktijkervaringen plaatsgevonden.

### ***Verantwoording keuze protocollen***

Het uitgangspunt bij de bepaling van te ontwikkelen protocollen was dat de protocollen gericht moesten zijn op veelvoorkomende gezondheidsproblemen bij de doelgroep van de maatschappelijke opvang. Het reeds door BoumanGGZ ontwikkelde wondprotocol sloot hierbij aan. Door hun leefwijze (intoxicatie, gebrek aan hygiëne) hebben gemarginaliseerde verslaafden en dak- en thuislozen immers een hoog risico op verwondingen en abscessen, en op de ontwikkeling van complicaties daarbij. In het verlengde van het wondverzorgingsprotocol is een protocol voor brandwonden ontwikkeld. Naast het (brand)wondenprotocol zijn nog vier zorgprotocollen geïmplementeerd. Drie ervan zijn gericht op veelvoorkomende gezondheidsproblemen, namelijk:

- een protocol voor longaandoeningen.  
Bij inhalerende cocaïnegebruikers komen vaak luchtwegaandoeningen voor met een verhoogd risico op TBC. Het gebruik van ammoniak als base is daarbij een belangrijke oorzaak. Adequate behandeling van luchtwegaandoeningen is zowel voor henzelf als voor anderen in hun omgeving van groot belang.
- een protocol voor voetproblemen.  
Door langdurig lopen, veronachtzaming van hygiëne en ontbreken van goed materiaal hebben dak- en thuislozen en gemarginaliseerde verslaafden veelvuldig voetproblemen in de vorm van schimmels, eksterogen, slijtage, uitslag en wonden. Surveillance, voetverzorging en verstrekking van goed schoeisel en schone sokken zijn essentieel in de behandeling.
- een protocol voor huidproblemen.  
Huidproblemen zoals scabiës en (kleer)luis komen bij dak- en thuislozen relatief vaak voor. Een ander huidprobleem dat veelvuldig bij de doelgroep voorkomt is jeuk door cocaïne- en excessief alcoholgebruik.

Het vijfde protocol is een protocol rond bevalling en zwangerschap bij het vrouwelijke deel van de doelgroep. Hoewel het hier niet om een veelvoorkomend gezondheidsprobleem gaat is het protocol meegenomen bij de implementatie, omdat het reeds ontwikkeld was door een huisarts van BoumanGGZ in samenwerking met het Erasmus MC.

### ***Opbouw rapportage***

In hoofdstuk 2 van deze rapportage wordt stilgestaan bij de onderzoeksmethoden die gebruikt zijn om de vraagstelling te beantwoorden. Hoofdstuk 3 staat in het teken van de onderzoeksresultaten. In



paragraaf 3.1 worden de resultaten uit de voorbereidingsfase beschreven en in paragraaf 3.2 de resultaten uit de trainingsfase. Hoofdstuk 3 wordt in paragraaf 3.3 afgesloten met de resultaten uit de implementatiefase. In het slothoofdstuk, hoofdstuk 4, worden conclusies naar aanleiding van het onderzoek getrokken en enkele aanbevelingen gedaan.

## 2 METHODE VAN ONDERZOEK

In dit tweede hoofdstuk worden de dataverzamelingmethoden, de manier van dataverwerking en de manier van data-analyse beschreven.

### *Dataverzamelingmethoden*

Gedurende het gehele proces zijn de volgende dataverzamelingmethoden gebruikt:

#### 1. Literatuuronderzoek

In de voorbereidingsfase heeft een literatuuronderzoek plaatsgevonden naar reeds ontwikkelde protocollen binnen de Nederlandse maatschappelijke opvang. Er is gezocht met behulp van het zoekprogramma 'Google'. Daarnaast zijn websites bezocht van instanties voor maatschappelijke opvang en hieraan gerelateerde instanties, GGZ Nederland, Federatie Opvang, Trimbos-instituut, GGD Nederland en de thuiszorg.

#### 2. Interviews

Interviews hebben plaatsgevonden in verschillende fasen, in verschillende vormen en met verschillende doelen.

In de voorbereidingsfase hebben *face-to-face interviews* plaatsgevonden met straatdokters en verpleegkundigen in de maatschappelijke opvang. De interviews vonden in de tweede helft van september plaats, en zijn afgerond vóór de start van de implementatie van de zorgprotocollen. De centrale thema's in het face-to-face interview waren de werkwijze van artsen en verpleegkundigen in de maatschappelijke opvang en hun houding ten opzichte van protocolgebruik. Zowel voor artsen als verpleegkundigen is dezelfde topiclijst gebruikt. Het interview duurde gemiddeld 20 minuten. Uiteindelijk is bij vijf van de zeven straatdokters en bij tien verpleegkundigen in de maatschappelijke opvang een face-to-face interview afgenomen. Twee straatdokters waren vóór de start van de implementatiefase niet bereikbaar. Bij verpleegkundigen is ervoor gekozen in principe van elke spreekuurlocatie één verpleegkundige te interviewen die hier al enige tijd spreekuur draait. Aangezien sommige verpleegkundigen spreekuur houden op meerdere locaties, werden zo acht verpleegkundigen bereikt. Van spreekuurlocatie Havenzicht zijn twee extra personen geïnterviewd, omdat deze locatie ook een verpleegafdeling heeft en daarmee een groot aantal verpleegkundigen/verzorgenden kent. Daarmee kwam het totaal op tien verpleegkundigen.

In de tweede helft van de eerste maand van de implementatiefase (oktober 2005) hebben twaalf korte *telefonische interviews* met vier artsen en acht verpleegkundigen plaatsgevonden, verspreid over de verschillende spreekuurlocaties. In de interviews stonden de eerste praktijkervaringen met het werken met de protocollen centraal, waarbij speciale aandacht was voor mogelijke knelpunten in de praktijk.

In de tweede helft van november heeft een *groepsinterview* plaatsgevonden waarvoor twee straatdokters en vijf verpleegkundigen waren uitgenodigd. Op het laatste moment waren één arts en één verpleegkundig verhinderd, waardoor vijf personen bij het groepsinterview aanwezig

waren. In het groepsinterview stonden ook de praktijkervaringen en mogelijke knelpunten centraal, evenals de mogelijke invloed van het werken met protocollen op de samenwerking tussen arts en verpleegkundige, en opties voor nieuw te ontwikkelen protocollen.

Tot slot heeft begin januari 2006 een laatste meting plaatsgevonden onder vijf straatdokters en zes verpleegkundigen. Hierin stonden praktijkervaringen en een eventuele wijziging in de werkwijze door invoering van de protocollen centraal. Voor vier van de vijf straatdokters vond de laatste meting groepsgewijs plaats gedurende een artsenoverleg, eind december 2005. De vijfde arts en de verpleegkundigen zijn begin januari 2006 telefonisch of per e-mail benaderd. Drie van de zes benaderde verpleegkundigen hebben gegevens verschaft.

### 3. Observaties

Om alle verpleegkundigen in de maatschappelijke opvang te trainen, zijn drie trainingdagen georganiseerd. Tijdens de gehele eerste trainingdag is geobserveerd. Van de tweede en derde trainingdag zijn alleen de start en afsluiting bijgewoond, en is tijdens het inhoudelijke gedeelte niet geobserveerd.

Naast observaties tijdens de training heeft observatie gedurende artsensprekken plaatsgevonden. Dit om inzicht te krijgen in de praktische bruikbaarheid van de protocollen en in de mate waarin de protocollen toegepast kunnen worden (hoe vaak komen klachten waarvoor protocollen zijn ontwikkeld voor?). Verspreid over de implementatiefase zijn in totaal vier artsensprekken bijgewoond, waarbij tevens een verpleegkundige aanwezig was. Het ging om gesprekken op verschillende opvanglocaties.

### 4. Bijwonen straatdokersoverleg en verpleegkundig overleg

Zowel in de voorbereidings- als in de implementatiefase zijn bijeenkomsten van het straatdokersoverleg en het verpleegkundig overleg bijgewoond. In de voorbereidingsfase, begin september 2005, is zowel het straatdokers- als het verpleegkundig overleg bezocht om een presentatie over het zorgprotocollenproject te geven. In het straatdokersoverleg zijn tevens conceptprotocollen voorgelegd en inhoudelijk besproken.

Eind oktober 2005, een maand na de start van de implementatiefase, vond een verpleegkundig overleg plaats. Hierin heeft terugkoppeling van de resultaten van de face-to-face interviews en de eerste telefonische interviews plaatsgevonden. Tevens was er de mogelijkheid tot inbreng in het kader van bijstelling van de protocollen. Het verslag dat naar aanleiding hiervan is gemaakt, is onder de straatdokers verspreid met de mogelijkheid te reageren bij onduidelijkheden of noodzakelijke bijstellingen van hun zijde.

Eind december 2005, aan het einde van de implementatiefase, vond een artsenoverleg plaats. Hierin stond – naast het houden van een laatste meting (zie punt 2) - bespreking van het conceptrapport van de procesevaluatie centraal. Centrale vragen daarbij waren: 1) worden de resultaten herkend? en 2) is aanpassing van de protocollen nodig? De conceptrapportage is tevens toegestuurd naar verpleegkundige aanspreekpunten van de verschillende Rotterdamse instellingen voor maatschappelijke opvang, met het verzoek het rapport intern te bespreken. Zij konden hun commentaar schriftelijk of telefonisch doorgeven.

### ***Dataverwerking en -analyse***

Van de verschillende interviews (face-to-face, telefonisch en groeps) is na het interview een interviewverslag gemaakt aan de hand van gemaakte aantekeningen. De face-to-face interviews zijn bovendien zoveel mogelijk digitaal opgenomen (10 van de 15 interviews), zodat achteraf de mogelijkheid bestond de interviews na te luisteren. Observaties zijn vastgelegd aan de hand van een vooraf opgesteld registratieformulier. Van vergaderingen zijn verslagen gemaakt. De aldus verkregen kwalitatieve gegevens zijn handmatig geanalyseerd.



### 3 RESULTATEN

In dit derde hoofdstuk worden de resultaten van de procesevaluatie beschreven. In paragraaf 3.1 wordt het proces van de eerste fase van het onderzoek, de voorbereidingsfase, beschreven. Paragraaf 3.2 staat in het teken van de training. In paragraaf 3.3 wordt de laatste fase van het onderzoek, de implementatiefase, beschreven.

#### 3.1 Resultaten voorbereidingsfase

De voorbereidingsfase omvat drie deelprocessen: 1) de inhoudelijke ontwikkeling van de protocollen, 2) het creëren van draagvlak voor het project bij de direct betrokkenen en 3) het afnemen van face-to-face interviews bij straatdokters en verpleegkundigen in de maatschappelijke opvang. De deelprocessen worden hieronder beschreven.

##### *Inhoudelijke protocolontwikkeling*

Uit het team van straatdokters is één arts aangesteld als inhoudelijk trekker bij de protocolontwikkeling. Het gaat om een arts met ervaring op het gebied van protocolontwikkeling voor de doelgroep van de maatschappelijke opvang. Vanuit het IVO is daarnaast gekeken naar wat er in de literatuur en in de praktijk voorhanden is op het gebied van protocollen voor de doelgroep, zowel in Rotterdam als daarbuiten. Uit de literatuursearch kwam het volgende naar voren:

- op internet zijn veel verpleegkundigenprotocollen terug te vinden (o.a. Verpleegplannen, 2005), maar deze zijn over het algemeen niet toegesneden op de doelgroep van de maatschappelijke opvang;
- richtlijnen in de verslavingszorg en GGZ zijn vaak niet op verpleegkundigen- en artsenzorg gericht, maar op diagnostiek (GGZ, 2005);
- een gevonden site met richtlijnen en protocollen in de dermatologie gaat heel diep in op dit specifieke terrein en is daarmee niet globaal genoeg voor de te ontwikkelen protocollen voor de doelgroep (Huidziekten.nl, 2005);
- op de website van de Federatie Opvang is een protocol rond bemoeizorg terug te vinden (uitwisseling van privacygegevens), maar geen relevante verpleegkundige protocollen voor de doelgroep (Federatie Opvang, 2005);
- op de website van Thuiszorg Nederland zijn geen protocollen gevonden (Thuiszorg, 2005);
- op de website van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI, 2005) zijn veel protocollen op het gebied van infectieziekten voorhanden, waaronder hoofdluis en scabiës. Hoofdluis en scabiës komen aan de orde in het protocol voor huidafwijkingen. De protocollen op de site zijn echter algemene protocollen en dus niet specifiek voor de doelgroep;

- op de website van GGD Nederland staat een protocol voor hoofdluis, toegesneden op hoofdluis bij kinderen (GGD Nederland, 2005). Relevantie informatie hieruit is terug te vinden in het ontwikkelde protocol 'huidafwijkingen';
- via het kennisnet van GGD Nederland (GGD Nederland, 2005) is in contact getreden met de GG&GD Amsterdam. De GG&GD Amsterdam heeft in 2002 een publicatie uitgegeven voor artsen en verpleegkundigen die te maken krijgen met druggebruikers in de politieel of binnen Justitie (Laere & Barends, 2002). In de bijlagen van de publicatie zijn drie protocollen opgenomen, te weten een protocol tuberculose, een protocol loopvoeten en een protocol wond-/abcesbehandeling. Het TBC-protocol is een richtlijn voor arrestantenbewaarders en penitentiair medewerkers: welke stappen moeten ondernomen worden bij verdenking van TBC? Het protocol is specifiek dan het te ontwikkelen protocol voor longaandoeningen, zowel qua 'kwaal' als qua toepassingsgebied (gericht op gedetineerden). Het protocol abces- en wondbehandeling is opgesteld voor de patiëntenpopulatie van de drugsafdeling van de GG&GD Amsterdam. Wat wondbehandeling betreft wordt – net als bij het reeds door BoumanGGZ ontwikkelde wondprotocol – een onderscheid gemaakt in zwarte wonden, gele wonden en rode wonden. De behandeling van de wonden wijkt iets van elkaar af, mede onder invloed van nieuw op de markt gekomen verbandmiddelen. Het protocol voor loopvoeten biedt aanknopingspunten voor het te ontwikkelen voetprotocol.

De conclusie die uit de literatuursearch getrokken kan worden is dat er nauwelijks zorgprotocollen voorhanden zijn die toegesneden zijn op de doelgroep van de maatschappelijke opvang. De protocollen van de GG&GD Amsterdam bieden de beste aanknopingspunten.

Om inzicht te krijgen in bestaande zorgprotocollen voor de doelgroep die reeds in de praktijk worden toegepast, is een e-mail verzonden naar contactpersonen in Nederland. Hen is gevraagd bij aanwezigheid van zorgprotocollen contact op te nemen. Dit leverde geen resultaat op. De vraag is ook voorgelegd aan de Rotterdamse instellingen voor maatschappelijke opvang. Hierop kwam één reactie in de vorm van een protocol voor longaandoeningen. Dit protocol bleek echter te specifiek voor de instelling waar het reeds gebruikt wordt om breder binnen de maatschappelijke opvang toe te passen. De inhoudelijk trekker voor de protocolontwikkeling is in de maanden juli, augustus en september 2005 – in overleg met de overige artsen van huisartsenpraktijk de Straatdokter, en met het IVO en de GGD – bezig geweest met de ontwikkeling van de protocollen. Belangrijk aandachtspunt daarbij was toespitsing van de protocollen op de doelgroep: de behandeling en het te volgen beleid moeten op de doelgroep afgestemd zijn.

Door de vraag of toepassing van spirometrie wel of niet in het longprotocol opgenomen moet worden, was de ontwikkeling van dit protocol het meest ingewikkeld. Een speciaal overleg hieromtrent is vanuit de GGD georganiseerd. Als inhoudelijk deskundigen waren hierbij – naast de inhoudelijk trekker – vier straatdokters aanwezig en een verpleegkundige die bekend is met toepassing van spirometrie. Er is een dusdanig protocol ontwikkeld, dat zowel bruikbaar is wanneer spirometrie toegepast kan worden – wat wil zeggen dat apparatuur voor spirometriemetingen op de spreekuurlocatie aanwezig is - als ook wanneer dit niet het geval is. Voorlopig werd afgesproken dat de verpleegkundige die deskundig is in het uitvoeren van spirometriemetingen dit in het vervolg voor alle locaties gaat doen. Goede

spirometrietoepassing vraagt namelijk een training, gecombineerd met ervaringsdeskundigheid. Door de kennis en kunde van de deskundige verpleegkundige in te zetten is het niet nodig alle verpleegkundigen in spirometrietoepassing te trainen. De beoordeling van de spirometriemetingen wordt voorlopig door een straatdokter gedaan die hier veel ervaring mee heeft, zodat ook andere artsen hierin niet getraind hoeven te worden.

De ontwikkelde protocollen zijn besproken in het artsenoverleg van 1 september 2005, waarbij vijf artsen aanwezig waren. Naar aanleiding hiervan zijn aanpassingen gedaan, waarmee een set protocollen klaar lag voor training en implementatie.

### ***Creëren draagvlak onder direct betrokkenen***

In de voorbereidingsfase is op meerdere manieren bekendheid gegeven aan het project. Zo heeft de GGD-coördinator van het zorgvernieuwingsproject Sociaal Medische Zorg in een artsen- en verpleegkundig overleg in de zomermaanden het project aangekondigd en een samenvattende tekst over het project onder de aanwezigen verspreid. Daarnaast heeft een onderzoeker van het IVO in het artsen- en verpleegkundig overleg van begin september 2005 een presentatie over het project gegeven. Tot slot is e-mailcontact met betrokken verpleegkundigen geweest in het kader van de trainingdagen rond de zorgprotocollen.

### ***Face-to-face interviews***

In de tweede helft van september – voor aanvang van de implementatiefase - is bij de meeste verpleegkundigen en straatdokters een face-to-face interview afgenomen over de manier van werken in de maatschappelijke opvang, en hun ervaring met en houding ten opzichte van het werken met protocollen. Wat de *ervaring met protocolmatig werken* betreft werd door de geïnterviewden vooral gewezen op het gebruik van algemene protocollen, die niet toegesneden zijn op de doelgroep. Artsen noemden bijvoorbeeld de NHG-standaarden en verpleeghuisprotocollen. Verpleegkundigen hadden ervaring met het werken met protocollen vanuit de thuiszorg of vanuit algemene ziekenhuizen. Daarnaast werd echter ook melding gemaakt van enkele concrete protocollen die binnen de maatschappelijke opvang voorhanden zijn en wel toegesneden zijn op de doelgroep. De belangrijkste die genoemd werden waren een protocol voor klerluis, een protocol voor scabiës, een wondprotocol en een protocol infectieziekten. Bij het protocol voor infectieziekten werd opgemerkt dat dit weinig werd toegepast, omdat het te ingewikkeld is voor gebruik in de praktijk.

In de interviews is ook aandacht besteed aan protocollen die voor aanvang van de implementatie werden gemist. De voorbeelden die genoemd werden laten duidelijk zien dat de geïnterviewden protocollen missen die toegesneden zijn op de specifieke doelgroep van de maatschappelijke opvang. Een onderdeel van de interviews ging ook over *knelpunten* in de werkwijze in de gangbare praktijk van de sociaal-medische zorg, voorafgaande aan de implementatiefase. Uit de interviews kwamen twee belangrijke knelpunten naar voren. Enerzijds ging het om het gemis van een ‘kapstok’ voor typische daklozenaandoeningen. Dit punt duidt weer op het ontbreken van protocollen die toegesneden zijn op de doelgroep van de maatschappelijke opvang. Anderzijds werd gewezen op het ontbreken van eenheid en eenduidig handelen. Dit duidt op een gebrek aan overeenstemming in de groep van artsen en



verpleegkundigen binnen de maatschappelijke opvang; dat er niet één lijn wordt getrokken. Oplossing van beide knelpunten zijn doelen die met het zorgprotocollenproject worden nagestreefd.

Wat betreft de *houding* ten opzichte van het werken met protocollen kwam uit de interviews naar voren dat deze voor aanvang van de implementatiefase over het algemeen positief was, zowel bij artsen als bij verpleegkundigen. Positieve elementen die aan het werken met protocollen werden toegekend hangen alle samen met kwaliteitsverbetering van de zorg. Genoemd werden:

- een eenduidige manier van werken / eenheid in behandeling, zowel binnen als tussen instellingen;
- bundeling van kennis;
- het biedt houvast, waardoor bijvoorbeeld minder snel dingen vergeten worden.

Er werd ook op mogelijke nadelen gewezen. Een eerste was dat toepassen van een protocol niet gelijk moet staan aan stoppen met nadenken. Er moet niet klakkeloos volgens het protocol gewerkt worden; men moet blijven nadenken over de optimale behandeling van specifieke patiënten. Het protocol moet gezien worden als richtlijn. Als tweede mogelijk nadeel werd gewezen op bedreiging van de autonomie van artsen en verpleegkundigen. Dit is slechts een nadeel als gebruikers het protocol zien als een instrument waarvan niet afgeweken mag worden. Tijdens de training voor verpleegkundigen is duidelijk gemaakt dat het de bedoeling is de protocollen te zien als richtlijn, waar men bij gegronde redenen zeker van af kan wijken.

Tot slot werd in de interviews gewezen op de noodzaak de protocollen up-to-date te houden. De protocollen moeten bijgesteld worden naar de ontwikkelingen die er zijn, en als de protocollen in de praktijk niet werkbaar blijken, moeten ze aangepast worden.

### **3.2 Resultaten training**

Aan verpleegkundigen en verzorgenden in de maatschappelijke opvang is de mogelijkheid geboden een trainingsdag te volgen<sup>1</sup>. Artsen zijn niet getraind, omdat zij nauw betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de protocollen. De training werd gegeven door de arts die inhoudelijk trekker bij de protocolontwikkeling was. Om zoveel mogelijk verpleegkundigen en verzorgenden in de maatschappelijke opvang de training te kunnen laten volgen, zijn in de maand september 2005 drie trainingsdagen gepland. In totaal hebben 29 verpleegkundigen/verzorgenden uit de Rotterdamse maatschappelijke opvang aan de training deelgenomen.

Centraal tijdens de trainingsdag stond de achterliggende gedachte bij de protocollen: Waarom zijn bepaalde aspecten in het protocol opgenomen? Waarom vinden artsen het van belang dat naar bepaalde zaken wordt gevraagd of gekeken?

Een belangrijk punt dat aan het begin van elke trainingsdag werd aangestipt was het gebruik van de term 'protocol'. Deze kan vervangen worden door de term 'richtlijn', als daarmee duidelijker tot uiting wordt gebracht dat een protocol geen vaststaand iets is, maar een leidraad waar bij gegronde redenen vanaf geweken kan worden.

---

<sup>1</sup> Bij verzorgenden gaat het om verzorgenden van de verpleegafdeling van het Centrum voor Dienstverlening. Ook het Leger des Heils in Rotterdam kent een verpleegafdeling. De verzorgenden van het Leger des Heils zijn echter te laat benaderd voor de training. Zij zullen betrokken worden bij een eventuele follow-up training.

De eerste trainingsdag is afgesloten met een mondelinge evaluatie. Hieruit kwam naar voren dat:

- de interactieve trainingsstijl van de trainer als positief werd ervaren;
- de uitlegstijl van de trainer duidelijk werd gevonden;
- sommige elementen uit de training bekend waren, maar als een goede opfrissing werden gezien.

Ook de deelnemers aan de overige trainingsdagen beoordeelden de training positief.

Op de trainingsdagen zijn de deelnemers door de onderzoeker van het IVO ingelicht over de startdatum van de implementatiefase, zijnde maandag 3 oktober 2005. Op 29 september 2005, de laatste trainingsdag, is aan contactpersonen van alle instellingen en locaties waar verpleegkundige zorg wordt geboden een set geplastificeerde, gekleurde protocollen meegegeven, inclusief een brief met de startdatum van de implementatie. Aan de straatdokter is een set protocollen toegestuurd met een begeleidende brief waarin de startdatum van de implementatiefase werd aangekondigd en hen gevraagd werd vanaf die datum de protocollen bij de artsensprekuren in de maatschappelijke opvang toe te passen.

### **3.3 Resultaten implementatiefase**

In de implementatiefase stond naast implementatie van de protocollen bijstelling van de protocollen op basis van praktijkervaringen centraal. Op verschillende momenten tijdens de implementatiefase hebben dan ook activiteiten plaatsgevonden waarin de praktijkervaringen en eventuele bijstelling van de protocollen aan de orde kwamen. In deze paragraaf worden de bevindingen hierover gerapporteerd. Op basis hiervan zijn begin januari 2006 de definitieve protocollen vastgesteld (zie bijlage).

#### ***Terugkoppeling telefonische interviews***

In paragraaf 3.1 zijn de bevindingen uit de face-to-face interviews met verpleegkundigen en straatdokter weergegeven. Deze resultaten zijn in het verpleegkundig overleg van 31 oktober 2005 aan de verpleegkundigen teruggekoppeld. Daarnaast was in het verpleegkundig overleg aandacht voor terugkoppeling van de bevindingen uit de korte telefonische interviews die tussen twee en vier weken na de start van de implementatie bij straatdokter en verpleegkundigen in de maatschappelijke opvang zijn afgenomen. In de korte telefonische interviews stond de vraag centraal of in de dagelijkse praktijk knelpunten werden ervaren bij het toepassen van de protocollen. De twee belangrijkste knelpunten die werden genoemd waren:

- 1) het niet op alle spreekuurlocaties voorhanden zijn van alle middelen en medicatie die in de protocollen worden voorgeschreven. Het probleem doet zich voornamelijk voor bij verbandmiddelen;
- 2) onduidelijkheid over het toepassen van spirometrie.

Wat het eerste knelpunt betreft kwam uit de interviews naar voren dat dit knelpunt zich niet op alle locaties in gelijke mate voordoet. Sommige locaties kunnen gebruik maken van een voorraad verbandmiddelen van BoumanGGZ, omdat deze instelling reeds enige tijd werkt met het

wondprotocol, en op een enkele andere locatie is reeds een voorraad van ‘oude’ spullen aangelegd. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om overgebleven verbandmiddelen van cliënten uit de thuiszorg, die nu in de maatschappelijke opvang gebruikt kunnen worden. Hoewel het eerste knelpunt dus niet voor elke locatie even nijpend is, is het zeker een belangrijk punt dat opgelost moet worden. In de face-to-face interviews werd namelijk ook door meerdere geïnterviewden gewezen op de noodzakelijke voorwaarde van een basisvoorraad middelen op *alle* locaties. Een start met de oplossing is reeds gemaakt. Vanuit het zorgvernieuwingsproject Sociaal Medische Zorg wordt al langere tijd aandacht besteed aan een centrale inkoop van middelen en medicatie voor alle spreekuurlocaties. Indertijd is door een projectgroep, bestaande uit meerdere verpleegkundigen en de GGD-coördinator een inventarisatielijst van benodigde middelen gemaakt. De middelen van deze lijst komen echter niet overeen met de middelen die in de protocollen zijn opgenomen. Besloten wordt de samenstelling van de projectgroep ‘centrale inkoop’ iets te wijzigen en de inhoudelijk trekker bij de protocolontwikkeling eraan toe te voegen. De eerder opgestelde inventarisatielijst zal op korte termijn nogmaals kritisch doorlopen worden.

Wat het tweede knelpunt betreft, het punt van onduidelijkheid over het toepassen van spirometrie, komt uit de interviews naar voren dat bekend is dat er één verpleegkundige is die deskundig is op het gebied van spirometrie en ervaren met het doen van metingen. Ook is bekend dat op de locatie waar deze deskundige werkt apparatuur voorhanden is. Voor andere locaties is doorverwijzing naar deze ‘spirometrie-locatie’ een optie. Een andere mogelijkheid is om op elke locatie één keer per maand een ‘spirometrie’-spreekuur te houden door de spirometrie-deskundige. Er is voorheen reeds kort over dit punt gesproken, maar het is nog onvoldoende uitgewerkt.

In het verpleegkundig overleg van 31 oktober 2005 is naast terugkoppeling van resultaten aandacht besteed aan eventuele bijstelling van de protocollen, zowel inhoudelijk als tekstueel. Tekstueel werden geen aanpassingen genoemd. Inhoudelijk werd bij het voetprotocol gewezen op het ontbreken van een behandeling voor blaarvorming ten gevolge van lopen. Dit wordt in de definitieve versie van de protocollen toegevoegd. Complicerende factor daarbij is dat geen eenduidige werkwijze voor de behandeling van dergelijke blaren bestaat. Het voorlopige idee voor behandeling is jodering. Het doorprikken van de blaren is twijfelachtig. Naast deze aanpassing zijn in het verpleegkundig overleg twee mogelijke aanvullingen op de protocollen besproken. Tijdens de eerste trainingsdag werd gesproken over een efflorescentielijst bij onder andere het voetprotocol. Hierover wordt besloten dat het in het kader van eenduidigheid nuttig is een efflorescentielijst aan de protocollen toe te voegen. De inhoudelijk trekker bij de protocolontwikkeling maakt een aangepaste versie van de bestaande efflorescentielijst.

In een face-to-face interview werd gewezen op de behoefte aan een A4 met achtergrondinformatie bij een reeds langer bestaand protocol. Geïnterviewd is of dit ook wenselijk is voor de nieuw ontwikkelde protocollen. Voor de meeste verpleegkundigen bleek dit niet het geval te zijn, hoewel wel werd gewezen op problemen die kunnen ontstaan met nieuwe medewerkers of tijdelijke invalkrachten. Geopperd werd de protocollen aan enkele van dergelijke ‘vreemden’ voor te leggen als testcase. Een ander idee is het aanstellen van een aanspreekpunt voor de protocollen; een persoon die goed op de hoogte is van de protocollen en benaderd kan worden als behoefte is aan een toelichting bij of

verduidelijking van de protocollen. Aanhakend op het punt van nieuwe medewerkers werd kort ingegaan op de noodzaak van een opfriscursus voor verpleegkundigen en/of een training voor nieuwe medewerkers. Volgens de inhoudelijk trekker bij de protocolontwikkeling is dit een voorwaarde voor het instandhouden van het project. Vooral nog wordt besloten in ieder geval de protocollen als terugkerend punt tijdens het verpleegkundig overleg aan de orde te stellen.

Er is een verslag gemaakt van het verpleegkundig overleg van 31 oktober. Dit is onder de afwezige verpleegkundigen en de straatdokter verspreid met de mogelijkheid te reageren bij onduidelijkheden of noodzakelijke bijstellingen van de protocollen van hun zijde. Op deze manier zijn de resultaten van de face-to-face interviews en de korte telefonische interviews ook aan de artsen van huisartsenpraktijk de Straatdokter teruggekoppeld.

### ***Praktijkobservaties***

Bij verschillende artsensprekken is geobserveerd, waarbij werd geregistreerd om wat voor type cliënt het ging, met welke klachten de cliënt kwam, of één van de ontwikkelde protocollen hiervoor te gebruiken was en zo ja, of het protocol werd toegepast. De belangrijkste resultaten die uit de observaties naar voren kwamen waren dat:

- veel cliënten met klachten komen waarvoor het protocol niet is toe te passen. Het gaat dan bijvoorbeeld om klachten die samenhangen met psychische problematiek, verzoeken tot een vervolgrecept en controlebezoeken;
- niet overal de verbandmiddelen voorhanden zijn die in de protocollen worden voorgeschreven.

Verder bleek bij observaties in december dat het longprotocol verhoudingsgewijs vaak was toe te passen. Mogelijk is hier sprake van een seizoensinvloed.

### ***Groepsinterview***

Half november 2005 heeft een groepsinterview met vier verpleegkundigen en een straatdokter plaatsgevonden. In het groepsinterview stonden praktijkervaringen en mogelijke knelpunten centraal, evenals de mogelijke invloed van het werken met protocollen op de samenwerking tussen arts en verpleegkundige, en de wenselijkheid van nieuwe te ontwikkelen protocollen voor bepaalde (veelvoorkomende) gezondheidsproblemen bij de doelgroep.

Een belangrijke bevinding uit het groepsinterviews was dat er nog weinig ervaring met het toepassen van de protocollen is. Dit omdat artsensprekken bijvoorbeeld één keer per week of soms zelfs één keer per twee weken op een bepaalde locatie worden gehouden, en omdat de protocollen niet voor alle klachten waar patiënten mee komen te gebruiken zijn. De meest gebruikte protocollen zijn de protocollen die zich richten op de meest voorkomende klachten waarmee patiënten op het spreekuur komen. Dit kan per spreekuurlocatie verschillen, maar over het algemeen gaat het om het voetprotocol, het huidprotocol, het wondprotocol en het longprotocol.

Tijdens het groepsinterview is gebrainstormd over gewenste nieuw te ontwikkelen protocollen. Allereerst is ingegaan op een protocol voor cliënten met psychische problematiek. Vaak wordt in dergelijke gevallen doorverwezen. Als eventuele mogelijkheid werd geopperd een lijst op te stellen met alarmsignalen die om directe actie vragen. Die directe actie zal dan vaak weer doorverwijzing zijn. Na

enig doorpraten bleek vooral behoefte te zijn aan structurering bij doorverwijzing, oftewel een betere en duidelijkere logistiek in de keten. Nu worden verpleegkundigen vaak van het kastje naar de muur gestuurd en is men afhankelijk van de persoon die men spreekt of doorverwijzing naar een bepaalde instantie al dan niet lukt. Een andere behoefte bij psychische problematiek is de behoefte aan passende gesprekstechnieken voor de verschillende aandoeningen. Nu is het vaak persoonsafhankelijk of aansluiting bij de cliënt wordt gevonden.

Een tweede protocol waarover is gesproken is een standaard intakeformulier. Dit kan ook zijn meerwaarde hebben in de preventieve sfeer. Hierin opgenomen zou kunnen worden het gebruik van zorg bij andere instanties, zodat daar eventueel navraag gedaan kan worden, en men op de hoogte is van wat verschillende instanties voor een cliënt doen. Microhis is wat dit betreft al een vooruitgang. Een derde mogelijk protocol is een protocol infectieziekten. Echter, hier bestaat er al één van en die wordt in de praktijk nauwelijks gebruikt omdat deze niet werkbaar is. Het is waarschijnlijk moeilijk een wel goed werkbaar protocol op te stellen.

Tot slot werd gewezen op een protocol voor ‘wat te controleren bij hoofdpijn/duizeligheid?’ Wat dit punt betreft valt veel te halen uit de NHG-standaarden en uit de telefoonkaarten voor doktersassistenten. Ook werd gewezen op de protocollen die op dit gebied bestaan voor asielzoekers.

Tijdens het groepsinterview is ook ingegaan op de invloed van protocolgebruik op de samenwerking arts – verpleegkundigen en op voordelen die mogelijk nu al zichtbaar zijn in de praktijk. De aanwezige arts kon wat dit betreft iets zeggen over de toepassing van het wondprotocol binnen BoumanGGZ. Binnen BoumanGGZ wordt het wondprotocol namelijk reeds langer toegepast. Als voordelen ziet de arts dat het overleg tussen arts en verpleegkundigen simpeler is geworden door introductie van het wondprotocol. Eén verpleegkundige noemt als zichtbaar voordeel in de praktijk sinds het gebruik van de protocollen dat – met name bij behandeling van wonden - meer gebruik wordt gemaakt van standaardmiddelen. Op de locatie waar deze verpleegkundige werkt zijn verbandmiddelen redelijk voorhanden. De overige verpleegkundigen konden vanwege de beperkte praktijkervaringen niet ingaan op de invloed van protocolgebruik op de samenwerking arts – verpleegkundige. Op langere termijn – als er meer praktijkervaringen zijn – is mogelijk meer te zeggen over voor- en nadelen in de praktijk en de invloed van de protocollen op de samenwerking arts - verpleegkundige.

Uit het groepsinterview werd ook duidelijk dat inmiddels hard wordt gewerkt aan het oplossen van het knelpunt van het niet voorhanden zijn van (verband)middelen op alle spreekuurlocaties. Door de verkleinde werkgroep ‘centrale inkoop’ is inmiddels een beperkte middelen- en medicatielijst opgesteld, afgestemd op het gebruik van de zorgprotocollen. Vanuit de GGD wordt nu vervolgactie ondernomen, zoals het opvragen van offertes bij leveranciers om uiteindelijk tot een centrale inkoop te komen.

Tot slot kwam men tijdens het groepsinterview tot de conclusie dat het van belang is het protocollenproject continu onder de aandacht van artsen en verpleegkundigen te houden, zodat het niet verwatert. Het artsen- en verpleegkundig overleg zijn hiervoor uitermate geschikt.

### ***Laatste meting en bespreking conceptrapportage***

Eind december 2005, aan het einde van de implementatiefase, vond een artsenoverleg plaats. Tijdens het overleg heeft zowel een laatste meting onder artsen als een bespreking van het conceptrapport van de procesevaluatie tot dan toe plaatsgevonden. In de groepswijze laatste meting stonden praktijkervaringen van artsen en een eventuele wijziging in de werkwijze door invoering van de protocollen centraal. Het algemene beeld dat hieruit naar voren kwam is dat de artsen de protocollen op dezelfde wijze gebruiken als bijvoorbeeld de NHG-standaarden. De protocollen zitten in het hoofd en worden er alleen bij gepakt als men het even niet meer weet. De protocollen schrijven geen schokkend andere werkwijze voor dan men reeds gewend was. De artsen zien wel dat verpleegkundigen de protocollen er vaker bijpakken.

Bij de bespreking van het conceptrapport van de procesevaluatie stonden de volgende twee vragen centraal:

- 1) Worden de resultaten herkend?
- 2) Is aanpassing van de protocollen nodig?

Voor de artsen waren de resultaten uit de conceptrapportage herkenbaar. Zij vonden het logisch dat er weinig praktijkervaringen zijn met het werken met de nieuwe protocollen. Zij menen dat het eigenlijk nog te vroeg is voor een evaluatie. Zo heeft het ook heel lang geduurd voordat de NHG-standaarden werkelijk tot op de werkvloer waren doorgesijpeld. Om een bredere toepassing van de protocollen te realiseren wordt voorgesteld nieuwe protocollen te ontwikkelen. Net als bij de NHG-standaarden zou het zo moeten zijn dat voor de meeste klachten van patiënten een protocol voorhanden is waarop teruggevallen kan worden. De belangrijkste protocollen waaraan gewerkt zou moeten worden, zijn twee van de vier protocollen die uit het groepsinterview naar voren zijn gekomen, namelijk een protocol rond psychische en psychiatrische problematiek, en een protocol voor 'wat te controleren bij hoofdpijn/duizeligheid?'. In het protocol rond psychische/psychiatrische problematiek moet zeker aandacht zijn voor het faciliteren van doorverwijzing. Ook kan op dit terrein gedacht worden aan een 'suicideprotocol'.

Wat het knelpunt van het niet op alle locaties voorhanden zijn van middelen betreft wees een arts erop dat dit probleem zich vooral voordoet bij verbandmiddelen en in mindere mate bij medicatie. Medicatie is alleen een probleem bij onverzekerden. Verzekeerenden kunnen medicatie op recept bij de apotheek krijgen.

De aanwezige artsen waren tevreden over de ontwikkelde protocollen en zagen geen noodzaak tot aanpassing. De niet-aanwezige artsen zijn nagebeld. Zij hadden geen aanpassingen of aanvullingen bij het rapport en de protocollen.

Tot slot waren de artsen benieuwd naar het vervolgtraject voor protocolontwikkeling en of de Rotterdamse bevindingen naar andere steden gecommuniceerd worden. De mogelijkheid tot ontwikkeling van nieuwe protocollen is afhankelijk van financiering. Dit punt zal door het IVO en de GGD ter hand worden genomen. Communicatie van de bevindingen naar andere steden wordt door het IVO verzorgd.

De laatste meting onder verpleegkundigen heeft begin januari 2006 plaatsgevonden. De belangrijkste punten die hieruit naar voren kwamen waren dat het wondprotocol tot nu toe het meest gebruikt wordt en dat als belangrijk voordeel van protocolgebruik het eenduidig handelen gezien wordt. Door invoering van de protocollen is de zorg beter op elkaar afgestemd. Bovendien kunnen verpleegkundigen aan de hand van de protocollen een eerste screening doen, waar de arts zijn voordeel mee kan doen.

Naast bespreking van de conceptrapportage van de procesevaluatie met artsen, is de conceptrapportage in december ook toegestuurd naar verpleegkundige aanspreekpunten van de verschillende Rotterdamse instellingen voor maatschappelijke opvang, met het verzoek het rapport intern te bespreken. Zij konden hun commentaar schriftelijk of telefonisch doorgeven. Van hieruit zijn geen aanpassingen of aanvullingen bij het rapport en de protocollen gekomen.

#### 4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In deze evaluatie stond de vraag centraal of het praktisch haalbaar is zorgprotocollen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang te implementeren. De twee hiervan afgeleide vragen zijn of medische hulpverleners (artsen en verpleegkundigen) achter protocolgebruik staan en of de ontwikkelde protocollen aansluiten bij de dagelijkse praktijk.

De evaluatie heeft duidelijk gemaakt dat de Rotterdamse medische hulpverleners achter protocolgebruik staan. Er was gedurende het gehele proces veel commitment onder betrokken verpleegkundigen en artsen. De aansluiting van de ontwikkelde protocollen bij de dagelijkse praktijk werd in eerste instantie beperkt door het niet op alle spreekuurlocaties voorhanden zijn van verbandmiddelen. Aan oplossing van dit knelpunt is gedurende het proces echter hard gewerkt. Een ander knelpunt dat gesignaleerd werd hing samen met het uitvoeren van spirometriemetingen. Het logistieke proces hieromtrent heeft nog verdere uitwerking.

Inhoudelijk bleken de protocollen goed aan te sluiten bij de dagelijkse praktijk. Slechts op twee punten heeft aanpassing van de conceptprotocollen plaatsgevonden. Aan het voetprotocol is de behandeling van blaarvorming toegevoegd. Daarnaast is een efflorescentielijst opgesteld, die bruikbaar is bij het voetprotocol en het protocol voor huidafwijkingen. De definitieve versies van de protocollen, inclusief de efflorescentielijst zijn opgenomen in de bijlage en worden geplastificeerd verspreid onder artsen en verpleegkundigen uit de Rotterdamse maatschappelijke opvang.

In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat het praktisch zeer goed haalbaar is zorgprotocollen in de Rotterdamse maatschappelijke opvang te implementeren.

Daarnaast bleek uit de evaluatie dat de duur van de implementatieperiode te kort was voor het opdoen van veel praktijkervaring. Achteraf gezien is dit logisch, aangezien spreekuren per locatie hooguit één keer per week plaatsvinden, en niet voor alle klachten waar patiënten mee komen een protocol ontwikkeld is. De beperkte praktijkervaringen hebben ertoe geleid dat nog niet zoveel te zeggen valt over de mogelijke voordelen van protocolgebruik in de dagelijkse praktijk. De eerste tekenen zijn echter gunstig. Zo werd op een locatie waar voldoende verbandmiddelen aanwezig zijn geweest op een toename in het gebruik van standaardmiddelen bij de behandeling van wonden. Een arts die reeds langer met het wondprotocol werkt wees op versimpeling van het overleg tussen arts en verpleegkundige sinds introductie van het protocol.

Er blijkt verder behoefte aan ontwikkeling van nieuwe protocollen binnen de Rotterdamse maatschappelijke opvang. De twee protocollen die het belangrijkste worden gevonden zijn een protocol rond (doorverwijzing bij) psychische en psychiatrische problematiek en een protocol voor wat te controleren bij vage klachten als hoofdpijn en duizeligheid.

#### ***Aanbevelingen***

Uit de evaluatie blijkt dat protocolgebruik en protocolontwikkeling binnen de Rotterdamse maatschappelijke opvang potentie hebben. Het is dan ook aanbevelenswaardig aandacht te besteden



aan de continuïteit van het gebruik van de reeds ontwikkelde protocollen en de ontwikkeling van nieuwe protocollen. Dit geldt zowel voor Rotterdam als op landelijk niveau. Continuïteit in het gebruik van de ontwikkelde protocollen in Rotterdam kan gewaarborgd worden door protocolgebruik als standaard agendapunt bij het artsen- en verpleegkundig overleg op te nemen. Speciale aandacht moet besteed worden aan overdracht van protocollen naar nieuwe medewerkers. Er moet over nagedacht worden of nieuwe medewerkers standaard een training volgen of dat overdracht bijvoorbeeld van collega op collega plaatsvindt. Volgens de inhoudelijk trekker bij de protocolontwikkeling is een standaardtraining voor nieuwe medewerkers een noodzakelijke voorwaarde voor het instandhouden van het protocolgebruik.

Tijdens een artsenoverleg is voorgesteld nieuwe protocollen te ontwikkelen om een bredere toepassing van protocollen in de maatschappelijke opvang te realiseren. Net als bij de NHG-standaarden zou het zo moeten zijn dat voor de meeste klachten van patiënten een protocol voorhanden is waarop teruggevallen kan worden. Voor protocolontwikkeling is echter financiering nodig. Het IVO en de GGD Rotterdam e.o. zullen voor Rotterdam kijken naar de mogelijkheden op dit gebied.

Om de bekendheid van protocolgebruik binnen de maatschappelijke opvang te vergroten verspreidt het IVO de procesevaluatie, inclusief de protocollen, landelijk onder GGD-en en instellingen voor maatschappelijke opvang.

## LITERATUUR

Federatie Opvang (2005). [http://www.fo-stvkennisnet.nl/kr\\_fo](http://www.fo-stvkennisnet.nl/kr_fo)

GGD Nederland (2005). [http://www.ggdnederland.nl/kennisnet/statpagina/show\\_pagina.asp?  
dmod=statpagina&paginanr=102&style=1&headerparam=1018](http://www.ggdnederland.nl/kennisnet/statpagina/show_pagina.asp?dmod=statpagina&paginanr=102&style=1&headerparam=1018)

GGZ (2005). <http://www.ggzrichtlijnen.nl>

Huidziekten.nl (2005). <http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/richtlijnen.htm>

Laere, I.R.A.L. van & W. Barends (2002). De druggebruiker in de politiecel. Amsterdam: GG&GD  
Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam.

LCI (2005). [http://www.infectieziekten.info/index.php3?lokatie=http%3A//  
www.infectieziekten.info/standaard.php3%3Fpagid%3D633](http://www.infectieziekten.info/index.php3?lokatie=http%3A//www.infectieziekten.info/standaard.php3%3Fpagid%3D633)

Thuiszorg (2005). <http://www.thuiszorg.nl/>

Verpleegplannen (2005). [www.verpleegplannen.nl](http://www.verpleegplannen.nl)



**BIJLAGE: GEÏMPLEMENTEERDE ZORGPROTOCOLLEN, INCLUSIEF EFFLORESCENTIELIJST**

- 1a. Richtlijn Wondverzorging<sup>2</sup>
- 1b. Protocol Brandwonden
  
2. Protocol Longaandoeningen
  
3. Voetprotocol
  
4. Protocol Huidafwijkingen
  
- 5a. Protocol Aandachtspunten bij zwangere vrouw met klachten
- 5b. Protocol Bevalling kraamzorg
  
6. Efflorescentielijst

---

<sup>2</sup> Een nieuwe versie van het protocol is in ontwikkeling en verschijnt op korte termijn.