

Huisartsenpraktijk ‘de Straatdokter’, Sociaal Medische Zorg aan dak- en thuislozen in Rotterdam

**Verslag van een onderzoek naar het functioneren van de
Straatdokter**

Agnes van der Poel
Luuk Krol
Wouter de Jong
Harrie Jansen

2005

© IVO, Rotterdam



COLOFON

© IVO

IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
t: 010 – 425 3366
f: 010 – 2763988
e: secretariaat@ivo.nl
w: www.ivo.nl



2005

Tekst

Agnes van der Poel (onderzoeker IVO)
Luuk Krol (coördinator GGD)
Wouter de Jong (projectleider GGD)
Harrie Jansen (projectleider IVO)

Opdrachtgever
GGD Rotterdam e.o.



GGD

Rotterdam en omstreken

Druk
drukkerij Cachet b.v., Rotterdam

ISBN:
90-74234-49-6

Inhoud

	Voorwoord	5
1	Gezondheid van dak- en thuislozen in Nederland Gezondheid – Medische consumptie – Sociaal Medische Zorg	9
2	De Straatdokter in Rotterdam De Straatdokter – Visie – Doel – Doelgroep – Aanbod – Organisatie	13
3	Onderzoeksvragen en –methoden Onderzoeksvragen – Onderzoeksmethoden	19
4	Doelen, toeleiding & bereik Doelen van de Straatdokter – Systeem van toeleiding – Bereik – Locaties	23
5	Zorggebruik Cliëntenbestand en samenstelling – Consulten / contacten – Locaties – Motivatie / klachten – Medicatie – Invloed spreekuren op gezondheid	31
6	Therapietrouw & continuïteit Therapietrouw & continuïteit – Doorverwijzing / samenwerking – Doorstroming	43
7	Tevredenheid Cliënten – Verpleegkundigen – Artsen – Functionarissen in de MO	49
8	Samenvatting, conclusie & aanbevelingen: het functioneren van de Straatdokter Doelen, toeleiding & bereik – Zorggebruik – Therapietrouw & continuïteit – Tevredenheid – Succesfactoren – Bereik – Knelpunten of: wat kan beter?	55
	Referenties Onderzoeksliteratuur – Projectdocumenten van de Straatdokter	61
	Bijlagen	65
	1 Spreekuren (2005) en locaties (sociale kaart)	
	2 Schema: onderzoeksvragen en –methoden	
	3 Lijst met geïnterviewde personen	

Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Huisartsenpraktijk de Straatdokter', een praktijk die zorg verleent aan dak- en thuislozen. Helaas is in Rotterdam een dergelijke voorziening nodig, maar we zijn er wel degelijk trots op dat artsen en verpleegkundigen zorg leveren aan deze kwetsbare groep.

'De Straatdokter' is er voor de dak- en thuislozen die gebruikmaken van de maatschappelijke opvang en voor daklozen die door veldwerkers van verschillende bemoeizorgteams worden binnengebracht. Reguliere artsen voeren binnen hun reguliere werkzaamheden de spreekuren uit, op tien locaties van de dag- en nachtopvang. Tijdens de spreekuren worden medische dossiers opgebouwd. Via een netwerk kunnen de artsen en verpleegkundigen de dossiers raadplegen, zodat snel en efficiënt gewerkt kan worden. De mensen die in 24-uurs woonvoorzieningen verblijven, maken gebruik van de huisarts in de buurt. Uiteindelijk is het doel mensen terug te brengen in het reguliere zorgcircuit.

Verpleegkundigen zijn de ogen van de Straatdokter. De verpleegkundige maakt contact, wint vertrouwen en leidt toe naar de Straatdokter. De verpleegkundige levert ook 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.

De Straatdokter ziet, behandelt, verwijst, motiveert, wijst terecht en geeft aandacht. Deze mix van zorg en aandacht levert in een aantal gevallen verbetering van de situatie op. In een aantal andere gevallen is het basale zorg die geleverd wordt.

De Straatdokter is tot stand gekomen in samenwerking met zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea, het Zorgkantoor, de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de District Huisartsen Vereniging, de Maatschappelijke Opvang en diverse artsen. De coördinatie van de Straatdokter wordt uitgevoerd door de GGD, cluster Persoonsgerichte Zorg. De zorg wordt uitgevoerd door reguliere (huis)artsen.

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, zowel bij bezoekers als bij medewerkers van de maatschappelijke opvangvoorzieningen. 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 e.o.

Hoofdstuk 1

1 Sociaal-medische zorg aan dak- en thuislozen in Nederland

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 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 logischerwijze 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; Jansen et al. 2002; Van Laere & Buster 2001; Reinking et al 2001a; Van Laere 2000, 1997; Roorda-Honée & Heydendaal 1997). Onderzoek in Utrecht wijst uit dat psychische stoornissen en verslavingsproblemen veel voorkomen onder daklozen (Reinking et al. 2001b).

Medische consumptie

Dak- en thuislozen gaan veel minder vaak naar de huisarts dan de gemiddelde Nederlander. De gemiddelde Nederlander gaat 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). 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 (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/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).

In Rotterdam wordt de sociaal-medische zorg uitgevoerd binnen de maatschappelijke opvang. Daarover meer in het volgende hoofdstuk.

Hoofdstuk 2

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 opvang¹. In 1985 publiceerden Quispel & Slockers 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. De probleemstelling van het project luidt: "Door het gebrek aan visie, afstemming, samenwerking en organisatie is het aanbod van medische zorg versnipperd, 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 tegengaan. Op 1 januari 2005 moet het project structureel opgezet zijn.

Sinds 1 maart 2004 zijn de artsen werkzaam in huisartsenpraktijk 'de Straatdokter'. Nu de praktijk een tijd 'draait' is het opportuun om het functioneren van de praktijk onder de loep te nemen en te kijken waar er verbeteringen mogelijk zijn. Dat is dan ook het doel van het onderhavige onderzoek.

De Straatdokter

De Straatdokter is een huisartsenpraktijk voor dak- en thuislozen op locaties van de maatschappelijke opvang (MO), en is onderdeel van afdeling Vangnet & Advies van de GGD Rotterdam e.o.² 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, Pauluskerk en Stichting Ontmoeting (zie schema 1).

Tezamen bieden acht (huis)artsen minimaal 16 uur huisartsenzorg per week. Iedere werkdag is er op minimaal één locatie een spreekuur zodat de toegankelijkheid gewaarborgd is. De dossiers worden elektronisch bijgehouden. Bijlage 1 bevat een sociale kaart van deze tien locaties.

¹ De informatie die gebruikt is voor hoofdstuk 1 is afkomstig uit projectbeschrijvingen. Zie referentielijst.

² In 2005 is Vangnet & Advies en dus de Straatdokter ondergebracht bij het nieuwe cluster Persoonsgerichte Zorg van de GGD.

Schema 1: Spreekuren (2004)³

<i>Organisatie en locatie</i>	<i>Uren per week spreekuur</i>
CvD	
- De Hille (dag- en nachtopvang, pension)	2 uur
- Havenzicht (nachtopvang + ziekenboeg)	4 uur (passanten + verpleegbedden)
- Van Speyk (dagopvang)	2 uur per 2 weken
- De Zon (pension voor dakloze alcoholisten)	4 uur
Leger des Heils	
- Het Bakken (dagopvang)	1 uur
- De Kajuit (dagopvang voor 50+-ers)	2 uur
- Het Dok (dagopvang)	alleen op afspraak
- De Sluis (dag- en nachtopvang)	alleen op afspraak
Pauluskerk	
- Pauluskerk (dag- en nachtopvang)	2 uur per 2 weken
Stichting Ontmoeting	
- Dienstencentrum Ontmoeting (dagopvang)	1 uur

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.

³ De situatie in 2005 is veranderd. Zie bijlage 1: situatie 2005.

Doel

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 middelengebruik 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:

- voorkomen van ernstige ziekten bij de daklozen en de omgeving;
- minder druk op de eerstelijnsopvang;
- minder druk op de niet-reguliere medische zorg;
- mogelijk minder overlast in de stad.

Doelgroep

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

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.

Organisatie

Ten behoeve van de Straatdokter is een stuurgroep in het leven geroepen, bestaande uit de GGD Rotterdam e.o., de dienst SoZaWe, zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea, het Zorgkantoor, District Huisartsen Vereniging (DHV), CvD, Leger des Heils, Zorggroep Rijnmond en diverse (huis)artsen. De stuurgroep 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.

Zoals gezegd is de centrale organisatie van de Straatdokter ondergebracht bij de GGD Rotterdam e.o. 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.

Hoofdstuk 3

3 Onderzoeksvragen en –methoden

Dit onderzoek brengt het functioneren van huisartsenpraktijk de Straatdokter in kaart, zowel vanuit het perspectief van de cliënten als van de artsen, verpleegkundigen en functionarissen binnen de maatschappelijke opvang. Bovendien wordt onderzocht waar mogelijkheden voor verbetering in het functioneren zitten. De centrale vraag is dan ook: *Hoe functioneert de sociaal medische zorg (spreekuren van huisartsenpraktijk 'de Straatdokter') en waar zijn verbeteringen aan te brengen?*

Onderzoeksvragen

Het functioneren van de Straatdokter wordt beschreven aan de hand van: 1) doelen, toeleiding en bereik, 2) zorggebruik van cliënten, 3) therapietrouw en continuïteit in de behandeling en 4) mogelijkheden tot verbetering.

1. Doelen, toeleiding & bereik
 - In hoeverre worden doelen van de Straatdokter bereikt?
 - Hoe werkt het systeem van toeleiding in de praktijk?
 - Wat is het bereik van de Straatdokter?
2. Zorggebruik
 - Hoe groot is het cliëntenbestand en wat is de samenstelling daarvan (leeftijd, sekse)?
 - Met welke motivatie/klachten komen cliënten op de spreekuren?
 - Wat is het zorggebruik (contacten, locaties, klachten, medicatie) van cliënten?
 - Welke invloed (positief, neutraal of negatief) hebben de spreekuren (behandeling) op de (ervaren) gezondheidstoestand van cliënten?
3. Therapietrouw & continuïteit
 - Zijn cliënten therapietrouw?
 - Is er sprake van doorverwijzing of doorstroming, en zo ja, waar naartoe?
4. Mogelijkheden voor verbetering van de Straatdokter
 - Hoe tevreden zijn cliënten, artsen, verpleegkundigen en functionarissen over de spreekuren en de organisatie ervan (toeleiding, behandeling, nazorg)? Voor de professionals gaat het hier ook om arbeidssatisfactie, communicatie en afstemming.
 - Wat zijn succesfactoren en knelpunten van de Straatdokter?
 - Wat zijn oplossingsrichtingen voor verbetering (indien nodig)?

Onderzoeksmethoden

De onderzoeksvragen worden beantwoord met behulp van a) documentanalyse, b) analyse van gegevens uit het microHIS, c) interviews met professionals en d) interviews met cliënten⁴.

⁴ In bijlage 2 is een schema opgenomen waarin de onderzoeksmethoden zijn gekoppeld aan de onderzoeksvragen.

Ad a) documentanalyse

Om de huisartsenpraktijk de Straatdokter te kunnen beschrijven worden relevante documenten (startnotities, werkplannen, protocollen en dergelijke) verzameld en bestudeerd.

Ad b) analyse op gegevens uit het huisartseninformatiesysteem (microHIS)

Vanaf 1 maart 2004 wordt er centraal geregistreerd in microHIS. In microHIS worden verschillende gegevens geregistreerd: persoonlijke gegevens zoals naam en geboortedatum en medische gegevens zoals klachten en medicijngebruik. MicroHIS wordt ook als cliëntvolgsysteem gebruikt: als een cliënt bij verschillende spreekuren komt, dan is dat bekend. Voor het onderzoek worden data over september, oktober en november 2004 geanalyseerd. Het gaat om onder andere het aantal (nieuwe) cliënten, het aantal contacten, het soort klachten en medicatie. Ook wordt gekeken wat het zorggebruik, toeleiding en verloop van de gehele groep cliënten per locatie is en of die per locatie van elkaar verschillen. De gegevens uit microHIS zijn anoniem geanalyseerd, wat betekent dat de resultaten niet naar individuele personen herleid kunnen worden.

Ad c) interviews met professionals: artsen, verpleegkundigen en MO-functionarissen

Aan de hand van een itemlijst worden vijftien semi-gestructureerde interviews gehouden met zes artsen, vijf verpleegkundigen en vier functionarissen (dat zijn personen met coördinerende taken binnen de MO-instelling). De interviews gaan over succesfactoren, knelpunten en oplossingsrichtingen in de toeleiding, behandeling en nazorg van (potentiële) cliënten. Andere onderwerpen zijn arbeidssatisfactie, communicatie en afstemming tussen de verschillende professionals (ook op de verschillende locaties), bereikbaarheid en beroepshouding. De interviews worden letterlijk uitgetypt en vervolgens geanalyseerd.

Ad d) interviews met cliënten

Er worden semi-gestructureerde interviews (met behulp van een itemlijst) gehouden met vijftien cliënten van de Straatdokter over hun gezondheidstoestand, klachten en leefpatroon. Binnen elk van de vier participerende instellingen (CvD, Leger des Heils, Stichting Ontmoeting en de Pauluskerk/KSA) wordt een aantal daklozen die gebruik maken van het spreekuur geïnterviewd. Meestal maakt de verpleegkundige de selectie van te interviewen cliënten. Te interviewen cliënten moeten wel eens bij de arts zijn geweest, en liever geen 'zwijger' zijn (dat de interviewer de woorden 'eruit moet trekken'). Soms interviewt de onderzoeker cliënten direct nadat zij bij de arts op consult zijn geweest. Naast de genoemde algemene onderwerpen, komen in het interview aan bod: redenen om gebruik te maken van het huisartsenspreekuur, eerder of gelijktijdig gebruik van de (eigen) huisarts en meer algemeen de gezondheidszorg, bereikbaarheid van en tevredenheid met de spreekuren, en de organisatie ervan. Daarnaast wordt gevraagd welke invloed (positief, neutraal of negatief) het spreekuur heeft of heeft gehad op de (ervaren) gezondheidstoestand. De interviews worden letterlijk uitgetypt en geanalyseerd.

Hoofdstuk 4

Geïnterviewde cliënten

Meneer C is halverwege de 60 en woont ruim een half jaar bij de Zon. Hij drinkt een paar biertjes per dag. De dokter "heeft goed werk van me gemaakt": C heeft wekenlang in het ziekenhuis gelegen vanwege hartritme stoornissen en vochtophopingen. Hij neemt trouw zijn medicatie. In de nabije toekomst wordt zijn hart en bloed weer onderzocht. C is wantrouwig over mensen. In tegenstelling tot zijn eigen huisarts waar hij al jaren geen contact meer mee had, heeft de dokter snel zijn vertrouwen gewonnen. "En voor de rest niks dan goeds over die man, je kan je hart bij hem luchten over je gezondheid, en hij heeft daar ook een mening over en dat geeft een mens toch wel een geruststelling, die steun in de rug."

De 36-jarige M komt overdag in de Pauluskerk en 's avonds werkt zij als prostituee op de Keileweg. Sinds een paar weken is zij dakloos, maar een huisarts heeft ze al jaren niet meer. Haar lichamelijke gezondheid is redelijk. M heeft hepatitis C en ze gebruikt medicatie voor epilepsie. Deze medicatie krijgt ze "via daar en via daar". Twee keer kwam zij bij de Straatdokter in de kerk: de eerste keer in bewusteloze toestand vanwege een insult en de tweede keer had ze dringend epilepsie-medicatie nodig. "Hij is wel okee", omdat hij haar goed geholpen heeft en omdat hij geen "hete aardappel in de keel heeft". Voor haar psychische klachten gebruikt ze dagelijks medicatie in de vorm van harddrugs. Ze denkt er aan om binnenkort naar de dokter te gaan om legale medicatie voor haar psychische problemen te vragen.

B is een oudere dakloze man die op kartonnen dozen buiten slaapt. Alcoholist. Soms een blowtje. Soms wat wit. Astma, bronchitis. B krijgt af en toe een "grondige opknapbeurt" in het ziekenhuis. Hij is vaste klant bij de Ontmoeting, en ook bij de dokter. "Ik ga nooit met hem praten. Ik hou het meer bij: dat mankeer ik en dat moet ik hebben. Ja, de dokter babbelt graag, maar als ik buiten ben, dan ben ik alles vergeten, dokter erbij." Toch luistert hij goed naar wat de dokter zegt, bijvoorbeeld over zijn longen. Hij voelt zich serieus genomen, altijd rustig praten. Hij waardeert de verpleegkundige misschien nog wel meer. Hij neemt wel eens iemand mee: "even naar Debby, Debby helpt je wel, want ja, de dokter komt maar één keer in de week".

K (man, begin 30) slaapt bij de Hille en zit overdag voor de televisie na te denken over zijn situatie. Pas was hij nog in het ziekenhuis voor hartproblemen, vocht, astma; noem maar op. Hij heeft medicatie voor cholesterol, bloeddruk en suiker. De verpleegkundige helpt hem met deze zaken, en dat vindt hij fijn. Over de dokter: "ik vertel hem al mijn problemen" en "ik doe wat hij zegt". Duidelijk is dat K zich psychisch niet goed voelt.

4 Doelen, toeleiding & bereik

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de doelen van de Straatdokter, het systeem van toeleiding naar en het bereik van de artsensprekuren. Daartoe wordt gebruik gemaakt van gegevens uit de interviews met professionals en met cliënten.

Doelen van de Straatdokter

De geïnterviewde artsen hebben gereageerd op een tweetal stellingen waarin de doelen van de Straatdokter verwoord zijn. Hun reacties worden hieronder weergegeven.

Doel: het leveren van geneeskundige zorg in de maatschappelijke opvang aan dak- en thuislozen.

Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat medische zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn, dus ook voor daklozen. De toegankelijkheid wordt sterk vergroot door de medische zorg 'op locatie' aan te bieden. Het gaat om gestructureerde en continue zorg, en dossiervorming geeft structuur en continuïteit. Dat wat de artsen zelf constateren en voorschrijven wordt geregistreerd, maar ook uitslagen van testen en onderzoeken in bijvoorbeeld ziekenhuizen en bij de GGD komen in het informatiesysteem. Dit doel wordt breed onderschreven.

Doel: via somatische zorg kan de situatie op andere leefgebieden (onderdak, inkomen, dagbesteding, gebruik) verbeteren.

Artsen geven aan dat dit het geval kan zijn vooral bij cliënten die zij regelmatig zien. Sommige van die cliënten staan op een keerpunt in hun leven, bijvoorbeeld vanwege hun gezondheidsproblemen. Sommige anderen worden door de arts, en door de verpleegkundige, naar een keerpunt 'geleid'.

“Maar als ik het gevoel heb: hé, die jongen is echt op een keerpunt in zijn leven, ja, dan pik ik hem ertussenuit. Dan probeer ik te zeggen: ga jij daar eens naartoe, of ik loop meteen naar maatschappelijk werk. Zoiets doe ik wel, daar ben ik wel een beetje op gespitst.” (arts Pauluskerk)

“De somatische zorg is een handige entree, vooral bij de Zon omdat de mensen daar blijven en via contact, wat somatiek, wat psychiatrie, leefperspectief – dat gaat allemaal geleidelijk. Bij de Hille en de Ontmoeting is het allemaal vluchtiger, omdat daar meer passanten komen en soms lukt het wel in één gesprekje, maar meer moet je het hebben van het terugbestellen. Er zijn er die komen heel doelgericht voor bijvoorbeeld een spray, maar anderen zie je tien keer en dan heb je ook contact opgebouwd. (...) Het is teamwerk, met de medewerkers. (...) We laten mensen zien dat wij hen de moeite waard vinden, zodat ze ook zichzelf de moeite waard gaan vinden, qua gezondheid, en iets aan hun lijf gaan doen, bijvoorbeeld sporten. Als mensen zich prettiger voelen, dan komt soms de vraag ‘wil ik dit eigenlijk wel?’ Het voortraject met de verpleegkundigen is erg belangrijk, zo niet belangrijker. In het voetensprekuren of als een verpleegkundige een wond behandelt is er fysiek contact, en dat betekent vertrouwen, communicatie, contact, en dat is goed op korte maar ook op langere termijn.” (arts de Hille, Ontmoeting en de Zon)

We weten dat als een huisarts zegt: 'volgens mij is het niet goed als je rookt, volgens mij zou het een goed moment zijn om te stoppen', dat 4% dan stopt, en dat is veel: 4%. Dat voorrecht heb je, dat je iets kunt mompelen wat veel beter beklijft. Ze zullen niet allemaal standaard Rotterdamse burgers worden, maar wel mensen die in mijn beleving toch iets prettiger in hun lijf zitten. (...) Het positief labelen, complimenten geven als iemand zich gezond gedraagt, is iets wat die mensen niet gewend zijn. Dus dat moet ook de kracht van de hulpverlening zijn. (...) Binnen de huisartsgeneeskundige setting is dat een veel gebruikt therapeutisch middel. Het is vaak krachtiger dan allerlei andere interventies. (...) Maar als het gaat om wonen enzo, dan zijn mensen pas bij de 2^e of 3^e opname [op verpleegbed] er aan toe om andere mogelijkheden dan het leven op straat te bekijken, eerder niet. (arts Havenzicht)

Artsen zien uiteraard hun positieve rol in de verbetering van de gezondheidssituatie van hun cliënten. Maar de artsen zien ook dat hun rol beperkt is in de verbetering van de leefsituatie op de andere leefgebieden.

"Nou, ik denk dat een bed belangrijker is dan mijn rol, dat ze een dak boven hun hoofd hebben, dat ze een bed hebben, dat ze eten hebben. Mijn plaats zie ik wel, maar het valt ook wel mee." (arts de Hille)

"Voor de echte verslaafden, de rasechte dak- en thuislozen is dat illusionair. Hij gaat door in zijn leven, ik kan daar weinig invloed op uitoefenen. Je wordt niet zomaar dakloos, je wordt niet zomaar verslaafd. (...) Nee, ik help hem even aan die pijn in zijn voet of ... Veel daklozen lopen hun voeten kapot, ze slapen te weinig, ze staan teveel rechtop, ze krijgen oedeem in de benen, hun huid gaat kapot, vieze schoenen met schimmels. Je helpt ze even. Maar om echt aan hun, zeg maar, hun totale psychosociale situatie, of ik daar wat aan bijdraag, nee, dat is een illusie." (arts Pauluskerk)

"Ik denk dat het te pretentius is om te zeggen dat wij al die leefgebieden aanpakken, maar het kan wel eens een ingangetje zijn om iemand verder de zorg in te sluizen. (...) Ik zie veel mensen die lang niet bij een huisarts zijn geweest en die gaan zo vrolijk de deur uit: mijn hart klopt nog goed en mijn longen klonken goed en ondanks mijn levensstijl is het niet helemaal een hopeloze zaak, dus wie weet kan ik ook nog wel eens wat anders aanpakken. En dat motiveer ik dan altijd. (...) Ik heb ook mensen die binnenlopen en last van hun oor hebben, en dan spuit ik dat uit en die gaan dan zingend de deur uit. Zo simpel, zo leuk. Het zijn maar kleine dingetjes, en ja, dan moet je niet van mij verwachten dat ik dan ook over iemands leven verder ga praten ofzo. En de volgende keer zie ik ze weer voor wat anders." (arts de Sluis)

"Ja, dat belletje gaat rinkelen als ze weten dat nog maar de helft van hun longen het doet. Dat betekent niet dat ze ophouden met roken, en zeker niet met crack gebruiken, maar het betekent wel dat je helder bent geweest en dat je weer een oorzaak/gevolg-relatie hebt gelegd. En dat ze misschien wat meer openstaan voor medicatie. En soms zit er een vreemde vogel tussen die zegt: nu is het mooi geweest, nu ga ik er echt mee ophouden. Voor wat het waard is, maar dan heb je in ieder geval weer een poging gewaagd." (arts het Bakken)

De geïnterviewde verpleegkundigen en artsen geven nog aan dat zij binnen hun werk rust, veiligheid en vertrouwen bieden aan cliënten.

Systeem van toeleiding

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 cliënten worden doorverwezen naar de arts door de verpleegkundige, maar sommigen komen op eigen initiatief naar een artsenspreekuur.

Op de tien 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. De meeste verpleegkundigen verzorgen zelf verpleegkundigenspreekuren voor de cliënten. Zij zijn belangrijk in de toeleiding van cliënten naar de artsenspreekuren: zij zetten mensen op de lijst, en als het artsenspreekuur begint, dan halen zij mensen op uit bijvoorbeeld de recreatieruimten om naar de arts te gaan. De verpleegkundigen zijn ook aanwezig bij de consulten. Dat betekent dat arts en verpleegkundige beiden de cliënt zien en weten wat er met hem of haar wordt afgesproken, bijvoorbeeld over medicatie of bloedprikken.

De geïnterviewde 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 de verpleegkundigen het niet druk hebben met spreekuren of mensen die zich onaangekondigd melden met een probleem, 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) cliënten, zo benadrukken de verpleegkundigen, en vertrouwen is weer een voorwaarde voor het welslagen van de sociaal-medische zorg.

Op alle locaties staat aangegeven wanneer welk spreekuur is. Overal waar verpleegkundigen- en artsenspreekuren zijn, worden die aangekondigd op mededelingenborden, op A4-tjes die in de gangen hangen enzovoorts. Verpleegkundigen en groeps werkers spreken er ook over, als dat nodig is. De bekendheid met beide spreekuren is hoog, zo zeggen ook de geïnterviewde cliënten.

Bereik

De geïnterviewde cliënten van de Straatdokter zeggen allemaal dat "als er wat is of als je wat hebt, dan ga je naar de verpleegkundige of de dokter". Hoe dat zit bij niet-clieënten en welke redenen zij mogelijk hebben voor het niet bezoeken van de Straatdokter is geen objectieve informatie verzameld. Artsen, verpleegkundigen en functionarissen in de MO zijn van mening

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 cliënt wat langer duurt voordat hij of zij bij de arts terechtkomt, 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 groepswerkers, 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. Andersom vraagt de verpleegkundige ook aan de andere professionals in de opvang om alert te zijn op gezondheidsklachten van de bezoekers.

Locaties

Er zijn verschillen in het bereik en de toeleiding per locatie. In het algemeen geldt dat des te meer uren er een verpleegkundige aanwezig is, des te beter is het systeem van toeleiding en daarmee het bereik. Hieronder worden de locaties een voor een nagelopen.

Van Speyk – CvD

Eens in de twee weken is er bij Van Speyk een artsenspreekuur. De arts en de verpleegkundige (die er wekelijks is) zeggen dat de bekendheid met de medische zorg en het bereik goed is: “Iedereen die medische hulp nodig heeft, krijgt die ook wel.” Het spreekuur is vroeg in de middag, en de arts merkt hierover op dat dat niet altijd een toegankelijk moment is: de bezoekers moeten immers nog van alles regelen voor die dag (drugs of spullen of een klus).

De Hille – CvD

De Hille heeft ten tijde van het onderzoek twee spreekuren (in 2005 is het spreekuur op woensdag vervallen), die gehouden worden door twee artsen en twee verpleegkundigen. De Hille heeft voor 32 uur per week een verpleegkundige in dienst. Het systeem van toeleiding werkt goed en het bereik is groot. Eén arts merkt op dat de mensen die in het pension verblijven heel gemakkelijk een afspraak maken voor het artsenspreekuur. De verpleegkundige is vooral belangrijk voor de passanten; dat zijn de mensen die in de nachtopvang verblijven. Zij zet de mensen die door een arts gezien moeten worden op de lijst en zorgt ervoor dat zij gezien worden (door hen desnoods uit de recreatieruimte te halen).

Havenzicht – CvD

In de drugs- en daklozencircuits is de bekendheid met Havenzicht en met de medische zorg aldaar groot. Al ruim twintig jaar is er een wekelijks spreekuur in Havenzicht dat al die tijd door dezelfde arts wordt verzorgd. Ook heeft Havenzicht al jarenlang een tiental verpleegbedden voor daklozen met de daarbij behorende dagelijkse verpleegkundige zorg. Medewerkers/ groepswerkers zijn handig genoeg om passanten naar de arts te bewegen als dat nodig is. Mensen uit de doelgroepen komen uit eigen beweging als ze “niet lekker zijn” en ook veldwerkers of buitenmedewerkers weten Havenzicht te vinden. Het systeem van toeleiding werkt hier dus goed. “Voor mij onbekenden in de opvang hebben meestal een eigen huisarts”, aldus de arts. Bezoekers staan op de lijst om door de arts gezien te worden, en de verpleegkundige haalt hen op uit de opvang als zij aan de beurt zijn. De arts en de

verpleegkundige die het artsenspreekuur houden nemen ook vaak de weeklijst met slapers door om te kijken of er personen op staan die misschien weer eens gezien moeten worden. Gezegd wordt dat de avond een geschikt moment is voor het spreekuur, omdat de cliënten de dag achter de rug hebben en er niks meer geregeld hoeft te worden.

De Zon – CvD

De Zon is een woonvoorziening, en daarmee een vreemde eend in de bijt. Bij de Zon verblijven mannen met alcoholproblemen. Een nieuwe bewoner komt automatisch langs de arts, en daarmee is de bekendheid met en het bereik van de arts groot. Deze ziet een nieuwe bewoner het liefst wekelijks of tweewekelijks om een relatie te leggen, vertrouwen te krijgen en te motiveren (wie ben je, wat doe je, wat wil je?). Een verpleegkundige is drie dagdelen per week aanwezig. De verpleegkundige, maar soms ook de groeps werkers, zetten een bewoner op de lijst.

Pauluskerk

In de Pauluskerk is er eens in de twee weken een artsenspreekuur voor dak- en thuislozen. Ook zijn er artsenspreekuren voor illegalen. In de praktijk ligt de scheidslijn tussen de doelgroepen niet zo duidelijk. Illegalen worden niet zomaar weggestuurd als zij op een daklozenspreekuur komen en v.v. Alleen de dak- en thuislozen die op het dak- en thuislozenspreekuur komen worden ingevoerd in microHIS. Toeleiding door een verpleegkundige gebeurt niet zoveel, omdat zij ook veel andere taken heeft. Overal in de kerk hangen posters met de dagen en tijden van de spreekuren, en de bezoekers komen dus vooral op eigen initiatief. Ook vrijwilligers en bijvoorbeeld de portier zijn alert op gezondheid en laten een bezoeker weten wanneer de arts er weer is. Al met al is de toeleiding weinig gestructureerd en kan het bereik hoger zijn dan het nu is.

De Kajuit – Leger des Heils

De bekendheid met de sociaal-medische zorg is hier goed. Het systeem van toeleiding naar het wekelijkse spreekuur werkt ook goed. Drie dagdelen per week is er een verpleegkundige: “Je bent de ogen van de huisarts, je kan al veel voorwerk doen, zeker bij chronische patiënten”.

Het Dok – Leger des Heils

Bij het Dok is er een wekelijks artsenspreekuur en is er twee dagdelen per week een verpleegkundige aanwezig. Als er geen bezoekers met medische problemen zijn, dan vertrekt de verpleegkundige naar een andere locatie en is zij de rest van de werkweek op afroepbasis beschikbaar. De reden die daarvoor gegeven wordt is dat de groep, bestaande uit langdurig harddrugverslaafden, vluchtig gedrag vertoont en geen afspraken nakomt. Het systeem van toeleiding werkt daardoor slecht. Investeren in contact met de doelgroep verloopt moeizaam: “De dope gaat altijd voor. Komt er iemand met een buit binnen, dan betekent dit dat je als verpleegkundige aan het kortste eind trekt. Het gebruik gaat voor, waardoor de klachten ook weer onderdrukt worden”. Bovendien organiseert DeltaBouman activiteiten waarmee bezoekers geld kunnen verdienen, en geld betekent drugs.

De Sluis – Leger des Heils

Het systeem van toeleiding werkt hier niet goed. De belangrijkste reden daarvoor is dat de verpleegkundige slechts vier uur per week aanwezig is, inclusief het artsenspreekuur⁵. Zij signaleert dat de communicatie met groeps werkers (bijvoorbeeld over medicatie van bezoekers) lastig is omdat zij maar weinig aanwezig is. De arts merkt verder op: “als er écht wat is dan zien we ze wel, maar over het algemeen ziet deze groep verslaafden hun gezondheid niet als prioriteit”.

Het Baken – Leger des Heils

Ook hier is een beperkt aantal uur per week een verpleegkundige aanwezig⁴. De meeste bezoekers komen naar het artsenspreekuur op afspraak (via de verpleegkundige), maar er komen ook altijd cliënten binnenlopen zonder afspraak. Dat betekent dat de bekendheid met het artsenspreekuur goed is. Het systeem van toeleiding kan wat beter, maar de verwachting is dat dat vanzelf gaat als de verpleegkundige meer uren bij het Baken gaat werken.

Stichting Ontmoeting

Persoonlijk contact is belangrijk bij de Ontmoeting. Het systeem van toeleiding naar de arts werkt goed omdat er bijna altijd een verpleegkundige aanwezig is. Zij verwijst bezoekers door naar de arts als dat nodig is en probeert ervoor te zorgen dat diegene dan ook naar het artsenspreekuur gaat, wat redelijk goed lukt.

Doelen, toeleiding & bereik

- De doelen van de Straatdokter worden over het algemeen breed gedragen. Er worden wel kanttekeningen geplaatst bij de haalbaarheid van het doel om ook op andere gebieden dan de lichamelijke gezondheid een verbetering te bewerkstelligen. Toch pakken artsen en verpleegkundigen in een kader van rust en vertrouwen “het moment” om de cliënt een (kleine) verandering voor te stellen en dingen te regelen.
- Bezoekers van de MO die een arts (of medische hulp) nodig hebben, komen – uiteindelijk – wel bij de verpleegkundige en/of de arts terecht, hetzij uit zichzelf, hetzij via anderen zoals verpleegkundigen, groeps werkers, portiers en collega-daklozen.
- Het systeem van toeleiding en daarmee het bereik is redelijk tot goed op de meerderheid van de locaties. Op deze locaties zijn de verpleegkundigen de “spin in het web”. Bij de locaties waar de toeleiding niet zo goed werkt, is dat terug te voeren op het kleine aantal uren dat verpleegkundigen werken. Soms wordt het slechter werken van de toeleiding en het kleine bereik teruggevoerd op kenmerken van de doelgroep (vluchtig en moeilijk). Echter, op andere locaties komen bezoekers met dezelfde kenmerken, en daar werkt de toeleiding wel. Geconcludeerd wordt dat de toeleiding en het bereik positief samenhangen met het aantal verpleegkundigenuren; in die zin is de inzet van verpleegkundigen een voorwaarde voor het welslagen van het huisartsenspreekuur.

⁵ Per 1 februari 2005 is het aantal uren van de verpleegkundige uitgebreid naar 16 uur per week bij de Sluis en 16 uur per week bij het Baken.

Hoofdstuk 5

Geïnterviewde cliënten

F (vrouw, 36 jaar) komt net bij de arts (Havenzicht) vandaan omdat haar oorspijn van vorige week nog niet over is. Nu zijn haar oren (weer) uitgespoten. Zij heeft ook artrose, maar op dit moment heeft ze daar weinig last van omdat ze veel kilo's is afgevallen. Met de medicatie die ze vorig jaar van deze dokter kreeg gaat ze spaarzaam om. F is erg te spreken over de dokter: "Hij is heel persoonlijk en zet allerlei gegevens in de computer. Het is goed georganiseerd. Ik ben gewoon heel tevreden over hem. Hij is beter dan de huisarts die ik voor hem heb gehad. Heel begaan met de mensen."

D (man, 52) is een Korsakof-patiënt en door zijn ziekte is zijn geheugen slecht. De verpleegkundige vult wekelijks zijn medicijndoos. Hij drinkt geen alcohol meer, omdat de Straatdokter hem duidelijk maakte dat het zo niet langer ging. De dokter heeft hem goed op medicatie ingesteld toen hij bij de Zon kwam wonen. Hij gaat binnenkort verhuizen. Over de dokter: "Ik heb geen angst voor hem of wat dan ook, in tegendeel zelfs. Hij neemt de tijd voor je en luistert. De dokter is sympathiek en er wordt goed naar je gekeken en hij schroomt niet om je meteen door te sturen naar het ziekenhuis voor onderzoek. En ook niet om medicijnen voor te schrijven. Ik heb ook spit, maar het gaat al beter, doordat hij zei: medicijnen dagelijks innemen. Alle lof."

Bij de Kajuit is de heer I (61) een vaste bezoeker. "Ik zeg ook eerlijk, ik voel me goed als ik een paar biertjes ophab en dat doe ik dan." Met zijn gezondheid gaat het goed, hoewel hij in het verleden een epileptische aanval heeft gehad en hij is eens in het water gevallen. Zijn geestelijke gezondheid is naar eigen zeggen "wel goed, ik dacht het wel hoor, nou, soms ben ik wel eens depressief, zeker met de feestdagen". De dokter heeft zijn prostaat nagekeken en hij heeft een leveronderzoek gehad. Allebei niks aan de hand. De dokter is een aardige vent.

A is een weekendrinker van 30 jaar. Hij huurt sinds kort een kamer vlakbij de Ontmoeting, waar hij elke dag komt. Hij heeft nog geen eigen huisarts, want er is een lange wachttijd, maar "als de dokter hier mijn huisarts zou kunnen worden; met alle plezier". Hij wist van het spreekuur omdat er in de gang een briefje hing. De dokter is "menselijk, het is niet zo van: hup snel naar binnen en binnen drie minuten weer buiten". Hij is bij de arts geweest voor een ingegroeide teennagel. Op de vraag of hij doet wat de dokter hem zegt, antwoordt A: "hangt er vanaf, een watje onder mijn teen, ja, dat doe ik wel, maar minder drinken, nee".

5 Zorggebruik

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen over het cliëntenbestand en het zorggebruik van cliënten beantwoord. Naast gegevens uit microHIS worden gegevens uit de interviews gebruikt.

Cliëntenbestand en samenstelling

Drie maanden microHIS, te weten september, oktober en november 2004, zijn geanalyseerd. In die periode zijn 250 unieke cliënten gezien door één of meer artsen van de Straatdokter. In totaal zijn 609 consulten/contacten geregistreerd, dat zijn 653 consulteenheden⁶. Een cliënt heeft gemiddeld 2,6 consulteenheden gebruikt bij een arts (653 consulteenheden/250 cliënten). Per week zijn ongeveer 50 consulteenheden geregistreerd (653 consulteenheden/13 weken). Per artsenspreekuur zijn dat dus ongeveer 3 consulteenheden (50 consulteenheden/16 uren spreekuur).

Als deze cijfers vergeleken worden met cijfers uit de normpraktijk⁷, dan blijkt dat een consult bij de Straatdokter bijna 29 minuten duurt; dat is bijna twee keer zo lang als een normconsult (schema 2). Uiteraard hangt dit samen met de gezondheidssituatie van dak- en thuislozen (zie hoofdstuk 1).

Schema 2. Normpraktijk en praktijk de Straatdokter

	<i>Normpraktijk (jaar)</i>	<i>Straatdokter (drie maanden)</i>
Uren arts	2.115 uur	312 uur*
Aantal consulteenheden	7740	653
Aantal minuten per consulteenheid	16,40 minuten = 100%	28,67 minuten = 175%

* Normpraktijk: uitgangspunt is een 45-urige werkweek, 47 werkweken. Voor de Straatdokter wordt aangehouden: 16 uur per week x 1,5 (indirecte voorwaarde scheppende tijd) x 13 weken = 312 uur.

Van de cliënten die in september-november 2004 door een Straatdokter gezien zijn, is 13% vrouw en 87% man. De meesten zijn de 40 gepasseerd. Elf procent van de cliënten is ouder dan 60 jaar (zie tabel 1).

Ruim de helft (56%) was al bekend bij de Straatdokter en 44% kwam in de onderzoeksperiode voor het eerst (zie tabel 2). Er zijn geen verschillen in type klachten tussen de degenen die voor het eerst kwamen en degenen die al bekend waren. Hoewel er meer jongeren (t/m 25 jaar) voor het eerst kwamen, komt de leeftijdsopbouw in het algemeen overeen.

⁶ Eén consult is 1 consulteenheid, een consult met recept en een telefonisch consult is 0,5 consulteenheid en een visite is 1,5 consulteenheid. In de onderzoeksperiode zijn 653 consulteenheden geteld, vgl. tabel 4.

⁷ Zie www.ctg-ziao.nl en www.lhv.nl.

⁸ In de periode mei – december 2004 ligt de verdeling als volgt: 70% ziektekostenverzekerd, 10% illegaal en 20% niet verzekerd.

De meerderheid van de cliënten (78%) is verzekerd voor ziektekosten bij het Ziekenfonds, 9% krijgt de kosten vergoed van het Koppelingsfonds (voor illegalen) en 13% is niet verzekerd⁹. Bij onverzekerden is het zaak dat het maatschappelijk werk gaat kijken waarom iemand geen ziektekostenverzekering heeft en wat daar aan gedaan kan worden. Alle locaties, behalve de Hille, hebben maatschappelijk werk in huis⁹. Bij de Hille neemt de verpleegkundige zelf deze taak op zich (als de tijd het toelaat en als de cliënt 'meewerkt'), of zij stuurt mensen door naar het maatschappelijk werk in de buurt (als de cliënt dat 'kan').

Tabel 1: Leeftijd (n=250)

<i>Leeftijd</i>	<i>% cliënten</i>
t/m 25 jaar	4%
26 - 30 jaar	7%
31 - 35 jaar	14%
36 - 40 jaar	15%
41 - 45 jaar	17%
46 - 50 jaar	14%
51 - 55 jaar	11%
56 - 60 jaar	7%
61 - 65 jaar	3%
66 - 70 jaar	6%
61 - 77 jaar	2%

Tabel 2: Eerste contact (n=250)

<i>Eerste contact</i>	<i>% cliënten</i>
2002 of eerder	19%
2003	12%
jan-aug 2004	25%
sep-nov 2004	44%

Consulten / contacten

De helft van de cliënten heeft één consult/contact gehad (zie tabel 3). Van de 22 personen die 7 keer of vaker gezien zijn, hebben er 12 op een verpleegbed in Havenzicht gelegen (een deel van de tijd in september, oktober en/of november 2004). Hun klachten zijn divers, maar longklachten en wondproblemen komen veel voor. De anderen zijn gezien in Havenzicht (als passant) en bij de Zon.

De 609 consulten/contacten hebben een verrichtingscode meegekregen. Ruim 80% van de consulten is geregistreerd als gewoon consult en 10% als een dubbelconsult (tabel 4). Een klein aantal van de contacten heeft telefonisch of op een andere plek plaatsgevonden.

Tabel 3: Aantal consulten (n=250)

<i>Aantal consulten</i>	<i>% cliënten</i>
1	50%
2	19%
3	11%
4 – 6	14%
7 – 9	4%
11 – 13	2%

Tabel 4: Verrichtingen (n=609)

<i>Verrichting (aantal)</i>	<i>%</i>
Consult (495)	81%
Dubbelconsult (62)	10%
Consult met recept (30)	5%
Telefonisch consult (13)	2%
Visite (6)	1%
Overig (3)	1%

⁹ Bij de Hille is het maatschappelijk werk wel intern in te kopen.

Locaties

In theorie kunnen cliënten op alle locaties door de aldaar dienstdoende Straatdokter gezien worden (zij hebben geen “vaste arts”). In de praktijk blijkt dat cliënten nogal honkvast zijn. Een handvol mensen is in 2004 en/of in de onderzoeksperiode door twee of drie verschillende artsen gezien. Dit is onder andere het geval als een cliënt door een arts wordt doorgestuurd naar een verpleegbed op Havenzicht, of als een cliënt bij een locatie geschorst is en zich op een andere locatie meldt. Soms is er geen reden aangegeven in microHIS.

Begin 2004 meldt een mannelijke cliënt zich bij dokter Slockers (Havenzicht of Van Speyk) met een open wond aan zijn voetzool. Hij slaapt bij de Hille. Na een paar maanden zwachtelen en het soms dragen van steunkousen wordt de cliënt tijdelijk opgenomen in Havenzicht. Cliënt vertrekt weer naar de Hille en wordt daar gezien door de doktoren Nieuwenhuis en Karstanje. De voet blijft problematisch. In september 2004 wordt hij weer opgenomen in Havenzicht, waar dokter Slockers hem ziet. In deze periode gaat hij ook eenmaal naar het Erasmus MC. Na Havenzicht wil de cliënt weer terug naar de Hille (deze cliënt heeft de Hille als inschrijfadres).

Cliënt 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).

Deze magere en hoestende cliënt 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.

Zoals gezegd zijn verreweg de meeste cliënten op één locatie gezien: hun “vaste” locatie. Deze locatie is in microHIS geregistreerd. Met een klein voorbehoud (een klein aantal cliënten is op twee of drie locaties gezien) kan per locatie gekeken worden hoeveel cliënten daar “vast” geholpen worden (zie tabel 5). Tweederde deel van de cliënten heeft één van de locaties van het CvD als vaste locatie, met Havenzicht als logische koploper. De arts die spreekuur verzorgt in Havenzicht ziet wekelijks zowel passanten uit de nachtopvang als mensen die op één van de tien verpleegbedden liggen. De Pauluskerk, de Sluis en het Dok is voor het kleinste aantal cliënten de vaste locatie. Deze percentages komen redelijk goed overeen met het aantal contacten per arts, en indirect met het aantal contacten per locatie.

Sommige artsen zijn van mening dat bezoekers van de MO (nog) niet echt bijtijds naar een arts gaan, terwijl er toch dagelijks gelegenheid is. De artsen zien ook dat bezoekers/cliënten vooral naar de arts gaan op hun ‘eigen’ locatie. Soms sturen verpleegkundigen een bezoeker door naar een andere locatie. Bezoekers en cliënten zouden gestimuleerd moeten worden om – als er wat is – direct naar een Straatdokter te gaan. Hiertoe zou aan de spreekuren een grotere bekendheid gegeven moeten worden; de flyers die gemaakt zijn dragen hieraan bij (kleine kaartjes waarop locaties, dagen en tijden staan worden uitgedeeld en zijn overal mee te nemen).

Tabel 5: "Vaste" locatie van cliënten (n=250)

Locatie	% cliënten
CvD	
- Havenzicht	67%
- De Hille	- 39%
- De Zon	- 13%
- Van Speyk	- 2%
Leger des Heils	16%
- De Kajuit	- 8%
- Het Baken	- 4%
- De Sluis	- 3%
- Het Dok	- 1%
Stichting Ontmoeting	13%
Pauluskerk	4%

Motivatie / klachten

De geïnterviewde artsen en verpleegkundigen geven aan dat cliënten op eigen initiatief naar het artsenspreekuur komen omdat zij pijn of hinder ervaren of omdat het nodig is voor bijvoorbeeld een recept. Soms komen cliënten met een oneigenlijke vraag, bijvoorbeeld naar slaap- en kalmeringsmiddelen, een verpleegbed (bij Havenzicht) of opname in de Time Out (bij de Sluis en het Dok).

Cliënten laten zich direct op de lijst plaatsen zodat er tijd ingeruimd is in het spreekuur of worden door de verpleegkundige doorgestuurd en komen dan ook op de lijst. Soms worden cliënten directief gestuurd door medewerkers: "als jij naar de dokter gaat, dan kijk ik wat ik wat ik aan iets anders kan doen" (en dat iets anders is dan iets wat gewenst wordt door de cliënt).

Volgens de artsen en verpleegkundigen komen aandoeningen aan longen en luchtwegen veel voor, net als huidaandoeningen. Cliënten komen met klachten van verkoudheden tot longproblemen, en van abscessen tot loopvoeten. Dit is ook terug te vinden in microHIS. Gekeken is naar de klachten waarmee cliënten zich melden bij de arts: waar hebben zij last van, waarover hebben zij een vraag? In tabel 6 staan de klachten gerangschikt¹⁰. De meest geuite klacht/vraag heeft betrekking op pijnlijke gewrichten (45 klachten), gevolgd door uitingen van depressiviteit, het niet zien zitten, zich psychisch niet lekker voelen (44 klachten). Longklachten, voetproblemen, huidklachten en maag-/darmklachten komen ook veel voor.

¹⁰ De onderzoeker heeft zich zoveel mogelijk gebaseerd op de S-codes in microHIS: de subjectieve klacht die een cliënt uit. Dit komt veelal overeen met de E-codes die de artsen vervolgens toekennen (E = evaluatie van de klacht: wat er volgens de arts aan de hand is).

Tabel 6: Klachten van 250 cliënten (sep-nov 2004)

	Aantal cliënten*
Gewrichtsklachten: rug (ook spit), knieën, schouders, enkels, heupen	45
Psychische klachten: depressief gevoel, veel denken aan nare dingen enz.	44
Longklachten: ophoesten, pijn etc.	40
Voeten: loopvoeten, schimmelinfecties, kapotte hiel enz.	39
Huidklachten: jeuk/krabben, eczeem, pukkeltjes, schimmel enz. (niet op voeten)	35
Maagklachten: pijnlijke maag/darmen	24
Been: trombosebeen, oedeem aan benen, erysipelas	11
Oor: slecht horen, vraag om uitspuiten	10
Wond (elders)	9
Tanden: wens naar tandarts, tandpijn, kiespijn	9
Last van borst, druk op borst	7
Griepelig	7
Oog: vuil, pijn	6
Duizelig	5
Keel en/of neus	5
Afkick: van alcohol, van drugs	4
HIV: vragen om/over medicatie, therapietrouw	4
Hoofdpijn	4
Andere klachten: o.a. aambeien, gebroken neus, spierpijn, incontinentie, soa, overdosis, collaps, epilepsie, nierstenen, zere mond, verkouden, pijn in zij	35
Totaal aantal klachten	343

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

In hoeverre de klachten die geuit worden “acute problemen” vertegenwoordigen is niet uit microHIS op te maken. De klachten die veel genoemd worden kunnen acuut zijn, maar dragen ook een chronische component in zich. Gewrichtsklachten zijn niet 1-2-3 met een medicijn op te lossen, net als long- en andere klachten.

“Als je je alleen maar met acute dingen bezig houdt, dan kijk je niet verder dan je neus lang is. Maar als je bijvoorbeeld longfuncties gaat meten, dan vind je een heleboel mensen met obstructie, en dat is een chronische ziekte en daar moet je wat mee. Het is dus ook een kwestie van je scope verbreden. Dus als je chronische ziekten constateert, suikerziekte of chronische bronchitis of een andere neurologische aandoening, dan moet je daar wel degelijk tijd voor uittrekken, maar het leeuwendeel van die tijd is weer verpleegkundig.” (arts het Baken)

Psychische klachten worden genoemd door 45 cliënten (18%). Dit percentage komt goed overeen met de bijna 19% van de cliënten die de artsen een ICPC-code voor psychische problemen hebben gegeven (zie tabel 8). In de interviews geven sommige artsen aan dat psychiatrie bij een groot deel van de cliënten latent aanwezig is.

Een flink deel van de klachten is – volgens artsen en verpleegkundigen – gevolg van het middelengebruik en de leefstijl van de cliënten. Alcohol drinken kan maagklachten tot gevolg hebben, basecoke roken is slecht voor de longen en veel buiten lopen is (vooral met slecht weer) niet goed voor gewrichten en voeten. De artsen en verpleegkundigen zien het als deel van hun taak om deze oorzaak/gevolg-relaties duidelijk te maken aan hun cliënten.

Volgens artsen en verpleegkundigen presenteren daklozen zich veelal met – acuut – lichamelijke klachten. Soms zijn die klachten het gevolg van psychiatrische problemen. Het gaat er om ook aandacht te hebben voor de latente zorgvraag.

“Het is vaak dat mensen komen met ‘sinds een paar dagen vreselijk kort van adem en vieze troep ophoesten’, en als je dat dan gaat navragen dan blijkt dat dat niet de eerste keer is, maar dat dat de laatste jaren veel vaker voorkomt. En dan is het handig om de longfunctie te meten, want dan vind je misschien wel de oorzaak van die toenemende infecties van de long. Of iemand komt met problemen aan zijn voeten en je ziet een beginnende loopvoet, en dan blijkt dat hij steeds vaker rondzwerft, dagen achter elkaar zonder structuur en dat zijn schoenen helemaal kapot zijn en dat hij in een psychose aan het afzakken is. Dus heel vaak zit er een verhaal achter en daarom is het belangrijk om niet alleen maar pillen te draaien, maar te kijken waar iets vandaan komt. Want die pil draaien dat is niet zo moeilijk, maar waar het om gaat is kijken wat het patroon is.” (arts het Bakken)

In tabel 7 is te lezen dat de meeste cliënten in de maanden september tot en met november 2004 met één of twee klachten op het artsenspreekuur zijn geweest. Een klein aantal cliënten is wel gezien door een arts, maar uitte geen klacht: zij kwamen alleen voor controle. Ook andere cliënten kunnen op controle zijn geweest, maar hebben daarnaast één of meer klachten geuit.

Tabel 7: Aantal klachten van 250 cliënten (sep-nov 2004)

<i>Aantal klachten geuit op spreekuur</i>	<i>Aantal cliënten</i>	<i>Totaal aantal klachten</i>
0 klachten	26	0
1 klacht	136	136
2 klachten	66	132
3 klachten	16	48
4 klachten	3	12
5 klachten	3	15
Totaal	250	343

Medicatie

In de onderzoeksperiode van drie maanden heeft bijna 45% van de cliënten medicatie voorgeschreven gekregen (111 cliënten). Hiervan kregen 67 cliënten één recept en 44 cliënten kregen twee tot negen recepten. In totaal zijn 244 recepten geschreven.

Er zijn veel recepten voor antibiotica geschreven (onder andere Augmentin, Flammazine en Fucidin). Voor rugklachten is Diclofenac en Naproxen voorgeschreven. Voor longklachten is onder andere Ventolin, Atrovent en Seretide voorgeschreven en voor maagklachten

Ranitidine. Voor de huid zijn Daktakort en Daktarin veel voorgeschreven medicijnen. Bij psychische klachten werd een aantal keer Zyprexa en Remeron voorgeschreven.

In september-november 2004 zijn acht (nieuwe) personen in aanmerking gekomen voor "maaltijden op indicatie". Dat wil zeggen dat diegene voor een periode iedere dag een gratis warme maaltijd mag eten bij bijvoorbeeld Van Speyk. Een cliënt komt in aanmerking voor de maaltijdverstrekking als zijn of haar *body mass index* (BMI = gewicht² / lengte) 19 of lager is¹¹. In Rotterdam is in 2004 gestart met de maaltijden op indicatie, omdat artsen in de MO hebben aangegeven dat het weinig zinvol is om een te magere cliënt 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 uitkomst.

Bij cliënten met een ziektekostenverzekering is er geen probleem bij het voorschrijven van medicatie; zij krijgen de kosten vergoed. Een aantal cliënten 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 cliënt krijgt de medicatie van de apotheek en de apotheek stuurt de rekening naar het fonds dat deze vervolgens betaalt). Op de ene locatie worden geen problemen ervaren met het Koppelingsfonds, op een andere locatie wel. Voor de legale onverzekerden geldt dat zij moeten betalen voor de medicatie bij de apotheek, en dat is voor (verslaafde) cliënten 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.

Een hiermee samenhangend – administratief – knelpunt is dat er steeds meer burgers uit landen van de Europese Unie door de Straatdokter worden gezien. Een deel van deze mensen is verzekerd voor ziektekosten, een ander deel niet. Het is echter onduidelijk wanneer iemand in aanmerking komt voor vergoeding van het Koppelingsfonds en hoe kosten verhaald kunnen worden bij buitenlandse verzekeringsmaatschappijen. De administratievoering kost veel tijd en moeite.

ICPC-codes

Artsen kennen codes toe aan cliënten, en deze codes staan voor een bepaald probleem (de codes zijn ICPC-codes = International Classification of Primary Care). Er is gekeken naar de codes in categorie P (van psychische problemen): problemen met alcohol, problemen met harddrugs en psychische problemen (waaronder psychiatrie). In tabel 8 is te zien dat problemen met middelen (alcohol en drugs) veelvoorkomend zijn: ruim 40% heeft een probleem alleen met alcohol en/of harddrugs, en nog eens 15% heeft zowel psychische problemen als problemen met middelengebruik. Van elf cliënten zijn alleen psychische klachten gecodeerd. Enige voorzichtigheid is geboden met de interpretatie van deze cijfers: sommige codes werden een paar jaar geleden toegekend en het is in voorkomende gevallen onbekend of cliënten bijvoorbeeld afgekickt zijn of hun psychische problemen hebben opgelost.

¹¹ Deze grens is in 2005 verhoogd naar 21.

Ook een flink deel (38%) heeft geen code(s) in de categorie P toegekend gekregen. Over hen 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 reden is dat zij zich misschien met alleen lichamelijke klachten hebben gemeld bij de artsen. Zo staat een aantal keer in microHIS geschreven: “ontkent drugs alc psych”. Als een arts zeker weet dat er geen problemen zijn, dan staat er meestal “geen problemen drugs alc”. Echter, het is niet eenduidig. De tweede reden om voorzichtig te zijn is dat artsen misschien verzuimd hebben te vragen naar problemen met middelen en psychische zaken, of verzuimd hebben problemen te noteren die geen verband houden met de geuite klacht. Hoe dan ook, tabel 8 moet met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden¹².

Tabel 8: Problemen van 245 cliënten, gecodeerd door artsen¹³

Probleem (ICPC)	Aantal cliënten	% cliënten
Middelen	105	43%
- alcohol	- 39	
- harddrugs	- 50	
- alcohol + harddrugs	- 16	
Psychische problemen	11	4%
Psychische problemen met:	36	15%
- met alcohol	- 12	
- met harddrugs	- 18	
- met alcohol + harddrugs	- 6	
Geen probleem	93	38%

Invloed spreekuren op gezondheid

De geïnterviewde cliënten geven aan dat de sociaal-medische zorg die op locatie geboden wordt een positieve invloed heeft op hun lichamelijke gezondheid. Een cliënt verwoordt het als volgt: “Je gaat naar een arts als het nodig is, en dan is dat goed voor je gezondheid”. Uit de interviews blijkt ook dat het artsenspreekuur (en het contact met de verpleegkundigen) goed is voor de geestelijke gezondheid. Bezoekers van de MO waarderen het één-op-één contact, de interesse, het doorvragen. Cliënten zijn van mening dat de arts goed luistert, goed doorvraagt en “doet wat nodig is zoals medicijnen voorschrijven”. Kortom, cliënten zijn positief over de verpleegkundigen en de artsen: over het werk dat zij doen, maar zeker ook over de personen. Dit wordt door de artsen ook als zodanig ervaren.

“Persoonlijke aandacht is natuurlijk een schaars goed als je op straat leeft. En dat is denk ik ook je voornaamste rol. Dat is de beste pil die je kunt voorschrijven, even oprecht kijken hoe het met iemand gaat. Gewoon professioneel, geïnteresseerd hoe het nou eigenlijk met iemand is. En om te kijken of je dingen kunt voorkomen, dat het

¹² In eerste instantie zou de totale groep cliënten in subgroepen verdeeld worden aan de hand van de ICPC-codes, en zouden analyses gedaan worden per subgroep. Deze analyses bleken echter niet verantwoord.

¹³ In een klein aantal gevallen had de arts een probleem wel duidelijk omschreven in de tekst binnen microHIS, maar geen ICPC-code aan toegekend. In deze gevallen heeft de onderzoeker (alleen voor het onderzoek) de betreffende code wel toegekend. Bij vijf cliënten was de informatie onvoldoende om een ICPC-code toe te kennen, vandaar n=245.

nog erger wordt. En dat wordt zeer gewaardeerd, want het is onafhankelijk, het betekent niet dat je iets van hun moet.” (arts het Baken)

Uiteraard zijn ook de artsen en verpleegkundigen van mening dat hun werk een positieve invloed heeft op de gezondheid van de cliënten. Ook zij benadrukken het bieden van zorg op locatie.

“De Straatdokter heeft ook voordelen ten opzichte van een eigen huisarts, en dan met name in de preventieve hoek. Een cliënt met bijvoorbeeld schurft krijgt van de Straatdokter de reguliere behandeling, maar kan ook direct douchen en schone kleding aantrekken; iets dat bij een reguliere huisarts onmogelijk is.” (arts Havenzicht)

Zorggebruik

- In drie maanden tijd zijn er 250 cliënten gezien, waarvan bijna de helft nog niet bekend was bij de Straatdokter.
- Veel cliënten hebben problemen met alcohol en drugs. Ook psychische / psychiatrische problemen komen voor.
- Het is onduidelijk of de ICPC-codes door alle artsen nauwkeurig worden toegekend. Als de codes nauwkeurig worden toegekend (voor psychische problemen waaronder middelengebruik, maar ook voor de andere categorieën, zoals bewegingsapparaat, luchtwegen en huid), dan is het eenvoudig om de problematiek van cliënten – in grote lijnen – uit microHIS te halen.
- Cliënten zijn “honkvast”: zij gaan naar de arts op hun “eigen” MO-locatie.
- Cliënten komen met reële klachten; veelal is het nodig dat een arts de situatie beoordeelt.
- Klachten worden het meest geuit over gewrichten, longen, voeten, huid, maag, benen en oren. Deze klachten zijn acuut lichamelijk, maar veel klachten omvatten een chronische component, ook door de leefstijl van de cliënten. Ook psychische klachten worden geuit. Door niet alleen aandacht te hebben voor acute problematiek wordt de kwaliteit van de sociaal-medische zorg verhoogd.
- Bijna de helft van de cliënten heeft medicatie voorgeschreven gekregen.
- Cliënten zijn van mening dat hun gezondheid positief beïnvloed wordt door de spreekuren.
- Het verkrijgen van medicatie voor onverzekerden en illegalen is soms/vaak problematisch.

Hoofdstuk 6

Geïnterviewde cliënten

De heer J (54 jaar) had de laatste weken veel contact met de Straatdokter vanwege een beenbreuk en gescheurde kruisbanden. Nadat hij op een verpleegbed van Havenzicht is hersteld, is hij weer terug bij de Kajuit. In de afgelopen jaren heeft hij een paar herseninfarcten gehad. Hij drinkt wel eens wat. Over de Straatdokter: "Met hulp van de Straatdokter heb ik het zover geschopt dat ik nu vrij ben van harddrugs" en "Hij luistert naar me. Hij neemt de tijd voor je, het is niet zo een sessie van twee minuten en het ene oor in en het andere oor uit. Hij stelt goede diagnoses." En ook: "Kijk, als je je op je gemak voelt, dan ben je veel opener. Dan ga je niet een muurtje om je heen bouwen. Want als je een muurtje om je heen bouwt, kan hij geen diagnose stellen." J waardeert de verpleegkundige ook zeer. Morgen gaat zij mee naar de revalidatie-arts voor een nieuwe brace.

De 58-jarige D slaapt bij Havenzicht en is ruim een jaar clean van de coke. Zijn longen zijn slecht; hij is erg kortademig en daarom mag hij naar een verpleegbed om op te knappen. Dan is het misschien ook handig om de uitkering en verzekering meteen met de maatschappelijk werkers te regelen. Over de dokter: "Altijd wanneer ik kom, zorgt hij goed voor mij".

N (56) slaapt sinds een paar weken buiten. Hij komt veel in de Pauluskerk en de Ontmoeting. Hij rookt wel eens een blowtje. Zijn lichamelijke en geestelijke gezondheid zijn goed. Voor zijn suikerziekte slikt hij twee keer per dag een tabletje die hij voorgeschreven krijgt van de Straatdokter in de Pauluskerk. N heeft die medicatie altijd bij zich en neemt het redelijk secuur in. Omdat N mager is, eet hij dagelijks een warme maaltijd op medische indicatie. "Dokter Frans is de beste. Hij is altijd aardig en vriendelijk en als je wat nodig hebt dan helpt hij je. Ik ken hem al een paar jaar." N gaat binnenkort weer wonen.

6 Therapietrouw & continuïteit

Of cliënten therapietrouw zijn, en of cliënten doorverwezen worden naar andere (medische) voorzieningen, zijn de vragen die in dit hoofdstuk aan de orde komen. Gegevens uit interviews met artsen, verpleegkundigen en cliënten zijn gebruikt.

Therapietrouw & continuïteit

De mate van therapietrouw en continuïteit is grotendeels afhankelijk van de aanwezigheid van een verpleegkundige. Behalve in het systeem van toeleiding spelen zij een belangrijke rol in de periode na het artsbezoek. Omdat de verpleegkundige aanwezig is bij het artsensprekuren weet zij wat er besproken en afgesproken is tussen arts, cliënt en haarzelf, bijvoorbeeld wat terugkomen en medicatie betreft. Het is ook de verpleegkundige die deze afspraken terugkoppelt naar andere medewerkers van de opvang.

“Omdat er een verpleegkundige bij is die de mensen volgt en de mensen nog eens ziet, kan je afspraken maken; stel nou dit of stel nou dat... over alarmsymptomen of over medicatie. Medicatie uitzetten, je weet dat het uitgezet wordt, en dan ben ik meer bereid om medicatie voor te schrijven. Terwijl anders denk ik toch: ja, antibiotica jongens, het zal best nodig zijn nu, maar ik weet van tevoren dat iemand het niet gaat nemen, of af en toe eens. En dat heeft geen zin, en daarom... Nu kan je heel goed dingen vervolgen en ook nog eens vragen hoe het met iemand is gegaan.” (arts de Sluis)

Het uitzetten van medicatie zien veel verpleegkundigen als een belangrijke taak en zij steken veel tijd in bijvoorbeeld het vullen van de medicijn-weekdozen. Immers, als de verpleegkundige er een dag of een paar dagen niet is, dan wordt de medicatie door de groeps werkers uitgegeven. Op sommige locaties zien verpleegkundigen dat groeps werkers de medicatie soms niet zo serieus nemen als zijzelf en dat vinden zij erg jammer en vervelend. Een hoog verloop van groeps werkers is hier ook debet aan.

Bij het terugbestellen of terugkomen van cliënten gelden dezelfde condities als bij het systeem van toeleiding. Als een arts de cliënt over bijvoorbeeld twee weken weer wil zien, dan wordt hij of zij door de verpleegkundige op de lijst gezet van die betreffende week. In de tussentijd houdt de verpleegkundige de cliënt in de gaten en leidt hem of haar toe naar het artsensprekuren. Ook hier geldt: des te meer de verpleegkundige aanwezig is, des te beter werkt het systeem (zie hoofdstuk 4).

“Diabeten en dergelijke, chronische klanten, niet een kuur van vier weken in één keer meegeven, maar terugbestellen. Net als wonden die je vaker zou willen zien. En als je ze weet te overtuigen van de noodzaak, dan komen ze ook terug. Met dank aan de verpleging die bijvoorbeeld medicatie in bewaring heeft en goed contact heeft. Afspraken maken en goed gedrag belonen, met bijvoorbeeld een bed of gratis maaltijd.” (arts de Hille, de Ontmoeting)

“De geneeskunde van dak- en thuislozen is meer een beetje acute geneeskunde. Je ziet ze vaak niet eens meer terug. Er heerst dan ook een te ideale voorstelling van wat een Straatdokter kan. Alleen als ze pijn hebben komen ze en voor de rest blijft hij

toch doorlopen. Het is niet mooi gestructureerd van: kom nog eens terug op je afspraak, want dan komt hij toch niet terug.” (arts Pauluskerk)

Doorverwijzing / samenwerking

Het is moeilijk om vanuit microHIS doorverwijzingen objectief vast te stellen. Artsen kunnen een cliënt doorverwijzen en de doorverwijzing in microHIS zetten, maar dat zegt nog niets over of de cliënt ook daadwerkelijk bij de betreffende instantie aankomt. Ook kunnen cliënten zonder tussenkomst van de Straatdokter naar een andere instantie (bijvoorbeeld een ziekenhuis) gaan of daar terechtkomen. Over de behandeling die de cliënt dan in het ziekenhuis gekregen heeft, krijgt de Straatdokter via microHIS wel correspondentie. Ook is het mogelijk dat anderen dan de Straatdokter (verpleegkundige, maatschappelijk werker) de cliënt doorverwijzen zonder dat dit in microHIS wordt geregistreerd. Kortom, de cijfers die uit microHIS te halen zijn, zijn niet erg betrouwbaar. Er worden hier dan ook geen cijfers over doorverwijzingen gepresenteerd.

Uit de interviews wordt wel duidelijk dat artsen en verpleegkundigen veel contacten in het medische veld en daarbuiten hebben. Zij noemen (in willekeurige volgorde): collega-organisaties (dagopvang, nachtopvang, pension et cetera), apotheken, afdelingen van ziekenhuizen, Spoedeisende Hulp, de thuiszorg, dienst Infectieziekten van de GGD, Tuberculosedienst van de GGD, GGD Vangnet & Advies, DeltaBouman verslavingszorg en psychiatrie, kliniek de Wending, het Riagg, de polikliniek voor forensische psychiatrie, Humanitas en organisaties “in de buurt” zoals het maatschappelijk werk. De artsen en verpleegkundigen, maar ook de andere werkers in de MO, hebben de sociale kaart van het dak- en thuislozencircuit goed in hun hoofd zitten. Echter, voordat artsen tot doorverwijzing overgaan willen zij een redelijke zekerheid hebben dat er gebruik wordt gemaakt van de doorverwijzing.

“Doorverwijzing naar fysiotherapie en dergelijke doe ik eigenlijk alleen bij een opname op een verpleegbed. Met een doorverwijzing naar een ziekenhuis moet er soms iemand mee om er zeker van te zijn dat een cliënt gaat.” (arts Havenzicht)

“Doorverwijzen vooral richting intramurale dingen: psychiatrie, interne opname in één van de huizen. Het zou goed zijn om ook door te verwijzen naar fysio, (...) maar heel vaak is het al erger dan normaal bij de huisarts. Normaal zeg je: beetje lage rugpijn, beetje trainen, beetje fysio, maar deze mensen hebben al 30 jaar rugpijn omdat ze op scheve schoenen door de straten slenteren. Dus de eerste stap is goede schoenen, bij wijze van spreken.” (arts het Baken)

Fysiotherapie zou meerwaarde hebben voor een deel van de doelgroep. Bij de Hille is de fysiotherapie intern georganiseerd. Op die manier wordt in die behoefte voorzien.

Op sommige locaties is de samenwerking met het Riagg of de psychiatrie naar tevredenheid. Bij de Hille en het Baken komt bijvoorbeeld wekelijks een medewerker van het Riagg langs om contact te maken met bezoekers. Bij Havenzicht is een psychiatrisch verpleegkundige regelmatig aanwezig om cliënten te spreken. Op andere locaties bestaat het idee dat het beter kan, bijvoorbeeld bij de Sluis waar de samenwerking met het Riagg niet goed van de grond komt.

Doorstroming

Bij sommige locaties stromen (sommige) cliënten door naar 'hoger niveau voorzieningen'. Voorbeelden zijn passanten in de nachtopvang die doorstromen naar een sociaal pension, of bewoners van de Zon die doorstromen naar begeleid of beschermd wonen. Doorstroming is alleen mogelijk als alle disciplines in een opvang goed samenwerken en er bovenop zitten. De arts kan in het traject een rol spelen vanwege diens status: als de dokter het zegt, dan is het misschien ook zo.

Een flink deel van de cliënten van de Straatdokter heeft nog een "eigen huisarts". Echter, voor de meeste cliënten geldt dat de relatie met de eigen huisarts verstoord is, hetzij doordat cliënten ontoelaatbaar gedrag in de praktijk vertoonden, hetzij doordat huisartsen niet goed weten om te gaan met dak- en thuisloze cliënten. Ook komt het voor dat cliënten staan ingeschreven bij een huisarts in een andere plaats dan Rotterdam. Hoe het ook zij, in het algemeen geldt dat deze cliënten liever naar de Straatdokter gaan omdat deze meer tijd uittrekt voor de cliënt en hem of haar meer serieus neemt. Wel is het zo dat cliënten met een eigen huisarts deze huisarts aanhouden. Mocht de cliënt weer reguliere huisvesting krijgen, dan is er in ieder geval een huisarts en een volledig medisch dossier.

Als mensen die geen eigen huisarts hebben doorstromen naar bijvoorbeeld een project voor begeleid wonen, dan is het de afspraak dat zij niet meer naar de Straatdokter gaan, maar een eigen huisarts zoeken. Van de geïnterviewde cliënten zijn er twee die binnenkort gaan doorstromen naar een andere woonvoorziening. Zij vinden het verlies van "hun" Straatdokter niet erg, maar wel jammer.

Therapietrouw & continuïteit

- Therapietrouw (medicatie nemen, terugkomen) en continuïteit zijn voor een – groot – deel afhankelijk van het toezicht door een verpleegkundige.
- Er is sprake van doorverwijzing naar GGD Infectieziekten, GGD Tuberculosedienst, DeltaBouman (verslavingszorg) en ziekenhuizen.
- Doorverwijzing naar andere vormen van medische hulp (fysiotherapie) loopt niet, maar het is onduidelijk of dat beter kan.
- Soms is er doorstroming naar andere (woon)voorzieningen, maar "doorstroming" is geen doel van het artsenspreekuur. Het wordt gezien als een mooie bijkomstigheid omdat artsen en verpleegkundigen het beste voor hebben met hun cliënten.

Hoofdstuk 7

Geïnterviewde cliënten

G is een man van 51 jaar. Hij is net een paar weken uit de gevangenis en momenteel wordt gekeken of hij begeleid kan gaan wonen. Tot die tijd slaapt hij in Havenzicht. Hij heeft pukkeltjes over zijn hele lijf en krijgt een recept voor zalf mee. Over de dokter: "Perfect. Moet altijd om hem lachen, omdat hij bijzondere uitspraken heeft ("G, fijn om je weer te zien, maar ik hoop je niet weer te zien"). En hij is niet arrogant, hij is gewoon heel warm, heel menselijk. Ja dat komt bij mij goed over. En ook goed dat hij direct is. Kijk als jij in het dagelijks verkeer, als jij mij zulke vragen zou stellen, zou ik het niet accepteren. Maar van een huisarts accepteer je dat, ik bedoel hij moet dat vragen. Anders kan hij mij niet helpen."

De heer O is een Surinaamse man van 45 jaar. Hij is veel in en rond de Pauluskerk te vinden. Hij heeft nu een griep die bijna op een longontsteking was uitgelopen, als hij later naar de Straatdokter was gegaan. Hij krijgt nu een antibioticumkuur die hij in bewaring heeft gegeven bij de kerk. Hoewel veel van zijn aderen kapot zijn, spuit hij toch een deel van zijn drugs, en hoewel zijn longen niet goed functioneren rookt hij de rest. Al vanaf zijn jeugd heeft hij astmatische bronchitis. Psychisch is er niets mis met O. Hij vindt dat de dokter te weinig aanwezig is: "Ik wil binnenkort een bloedonderzoek, maar de dokter heeft het vaak druk, en dan zegt hij; kom straks terug, en als ik dan terugkom, dan is de dokter meestal weer weg."

Meneer H is eind 30. Hij vindt het allemaal maar niks, maar beter dan op straat slapen (wat hij regelmatig doet als hij weer eens geschorst is). Hij heeft antidepressiva. "Hoe langer je hier zit, je wordt helemaal contactgestoord hier." Met de dokter van de Kajuit heeft hij prima ervaringen: hij neemt de tijd en neemt je serieus. Zo is eens de dosering van z'n medicijnen aangepast omdat H er slecht van sliep. "En het is makkelijk ook met afspraken en de zuster die hier hier loopt." Via de verpleegkundige is hij ook bij de dokter terecht gekomen.

L is in de 60 en bezoeker van de Hille. Hij gebruikt bloedverdunners en cholesterolmedicatie. In een half jaar tijd is hij twee keer bij de Straatdokter geweest: één keer voor een aanhoudende verkoudheid waarbij zijn longen "vol troep" zaten (toen kreeg hij antibiotica) en één keer voor bultjes op zijn huid (waarvoor hij een zalf heeft gekregen). Met die jeukende huid is hij niet meteen naar de verpleegkundige gegaan, maar toen hij ging werd hij doorverwezen naar de arts. Zijn bloed werd onderzocht omdat de bultjes misschien door de suiker veroorzaakt werden, maar dat bleek niet het geval. "De keren dat ik geweest ben werd er altijd naar je geluisterd en er werd voor de klacht een oplossing gezocht; ze doen goed hun werk."

7 Tevredenheid

Hoewel het uiteindelijk gaat om de gezondheid van dak- en thuislozen, is het voor het welslagen van huisartsenpraktijk de Straatdokter ook van belang dat de processen naar tevredenheid verlopen. De informatie is afkomstig uit de interviews.

Cliënten

De geïnterviewde cliënten zijn zeer te spreken over de kwaliteit en kwantiteit van de sociaal-medische zorg in het algemeen en de Straatdokter in het bijzonder. Zie de quotes elders in dit rapport.

Verpleegkundigen

De geïnterviewde verpleegkundigen zijn in het algemeen tevreden over de organisatie van de artsensprekuren. Zoals eerder gezegd zouden sommige verpleegkundigen meer uren willen werken, zodat de toeleiding en continuïteit beter gewaarborgd kan worden.

De verpleegkundigen zijn positief over hun werk. Zij vinden het leuk en waardevol om met dak- en thuislozen te werken. Dat geen dag hetzelfde is, en dat je altijd moet afwachten wat er gaat gebeuren wordt als positief bestempeld. Zij hebben bijna allemaal een duidelijke keuze gemaakt voor het werken met deze doelgroep.

Voor de verpleegkundigen is er – los van het artsensprekuren – een verpleegkundigenoverleg. Dit overleg wordt gewaardeerd. Echter, sommige verpleegkundigen zijn op zoek naar verdieping van hun kennis en functioneren, zodat de kwaliteit van het werk zou kunnen verbeteren. Het verpleegkundigenoverleg zou hierin een rol kunnen spelen.

“Ik denk dat soms om goede diepgang te krijgen is het net te weinig dat je elkaar ziet, aan de ene kant. Aan de andere kant wil ik niet teveel vergaderen enzo. We hebben nu een paar keer een onderwerp gehad, dat vind ik ook goed, dat vind ik leerzaam. Maar je zou ook als verpleegkundigen onderling soms elkaar kunnen aanscherpen door te overleggen met elkaar en dat bedoel ik met diepgang. (...) Met de verpleegkundige van de Ontmoeting heb ik dat wel, daar ben ik blij om. (...) Je werkt toch vrij solistisch en door feedback, door met elkaar dingen te bespreken gaat je kwaliteit al omhoog. Kijk, ik kan wel doen wat ik denk dat ik goed doe, maar ieder mens heeft zijn goede dingen en zijn minder goede dingen, en dan denk ik: je zou zoveel van elkaar kunnen leren.” (verpleegkundige De Hille)

Eén verpleegkundige geeft specifiek aan dat zij meer kennis zou willen hebben van psychiatrische ziektebeelden (of toegang tot kennis in de vorm van consultatie).

De inzet van de coördinator Sociaal Medische Zorg (GGD) wordt zeer gewaardeerd.

Artsen

De geïnterviewde artsen zijn tevreden over de organisatie van de artsensprekuren (toeleiding, behandeling, nazorg). Vooral over de inzet van de verpleegkundigen zijn zij te spreken, zowel voorafgaand aan het spreekuur, als tijdens en nadien. Ook hier geldt weer: hoe meer verpleegkundigenuren, des te positiever zijn de artsen. Met betrekking tot de behandeling is er het minpunt van het tekort aan medicatie voor onverzekerden.

Qua arbeidssatisfactie, communicatie en afstemming zijn sommige artsen over kleine punten wat ontevreden, zoals een printer die het niet doet of het ontbreken van materialen, maar in het algemeen zijn zij positief.

De artsen komen periodiek bijeen voor het doktersoverleg, en ook dit overleg wordt in het algemeen gewaardeerd, vooral de uitwisseling van ervaringen. Sommige artsen zien dat een kwaliteitsverbetering mogelijk is wanneer iedereen zou uitspreken waar hij of zij behoefte aan heeft. Iedere Straatdokter heeft een eigen specialisme, bijvoorbeeld alcoholproblematiek, harddrugsproblematiek en palliatieve zorg. Andere artsen zouden hier meer van kunnen profiteren.

Over praktische zaken als werkkamers/spreekkamers wordt door de artsen nauwelijks of niet geklaagd, hoewel daar (objectief gezien) soms wel aanleiding toe is. Ook de artsen waarderen de inzet van de GGD-coördinator.

Functionarissen in de MO

De vier geïnterviewde functionarissen zijn tevreden, zelfs trots, op de huisartsenpraktijk.

“Eén van de voordelen van dat het nu een straatdokterpraktijk is zit hem ook in kleine dingen; zaken die wij nooit konden regelen, namelijk verbandmiddelen, alcohol. Voor dat soort zaken is nu regulier budget. En dat gaat niet over wereldschokkende bedragen, maar het is er wel... Het zegt iets over de professionaliteit waarmee je naar die club kijkt. (...) En daarnaast adequaat kunnen optreden. Begin dit jaar hadden we een Hepatitis A-explosie in Rotterdam, en bij ons is dat een helder verhaal: met onze artsen op de locaties hebben we slagvaardigheid als zoiets zich voordoet, in samenwerking met de GGD.” (functionaris CvD)

Zij horen van de artsen, verpleegkundigen en anderen nauwelijks een klacht over bijvoorbeeld de organisatie van de spreekuren. De functionarissen zitten iets verder van de praktijk, maar ook op dit (beleids)niveau verloopt de samenwerking in het algemeen naar tevredenheid. Verder zijn functionarissen vooral op de toekomst gericht, bijvoorbeeld met de verbouwing van Havenzicht (met daklozenpoli) en het tandartsenspreekuur dat opgezet wordt.

“Dat zijn superontwikkelingen van de laatste anderhalf jaar, zowel de Straatdokter als straks de tandartsenzorg. Dat moet nog wel effect krijgen, maar dan gaat het weer een beetje om de missie: ik kan zo naar de tandarts stappen, de dokter is zo bereikbaar. Dat het recht op zorg-principe, dat dat ook voor dak- en thuislozen geldt. Dat vind ik schitterend.” (functionaris Ontmoeting)

Een klacht die wel genoemd wordt is het ontbreken van voldoende medicatie voor onverzekerden. In iedere spreekkamer is een voorraad medicatie te vinden voor deze groep cliënten, maar die voorraad is niet oneindig. Daarnaast speelt de zorg dat de groep onverzekerden en niet-declarabelen zal groeien, en de problemen rondom toegankelijkheid van zorg en medicatie groter zullen worden. Een ander punt van aandacht is dat de spreekuren nogal eens uitlopen (een spreekuur van één uur duurt soms wel twee uur). Dit is een belasting voor de artsen en verpleegkundigen.

“Wat ik uit eigen waarneming zie is volle spreekuren, mensen die in gangen zitten, dokters die druk zijn... Dus ik heb de indruk dat de behoefte groter is dan de capaciteit. Dat is één. Twee, mij is bekend dat medicatie niet altijd uit het Koppelingsfonds of iets anders vergoed wordt. Dat wordt dus een fiks probleem, want wie zal dat betalen als het nodig is?” (functionaris Pauluskerk)

“We zien dat de zorgvraag vanuit de klanten steeds groter wordt. En in dat opzicht zeg ik: het voldoet wel zeker in een behoorlijke behoefte, waarbij ik als kanttekening, als verbeterpunt heb: een stukje continuïteit en niet de continuïteit van ‘die zit hier één keer in de week’. Nee, de vraag is gewoon veel meer dan dat in het beperkte aantal uren dat er nu is kan worden gegeven. Uitbreiding zou wel zeer wenselijk zijn.” (functionaris Leger des Heils)

Tevredenheid

- Over het algemeen zijn cliënten, verpleegkundigen, artsen en functionarissen in de MO tevreden over de artsenspreekuren. Twee punten waar zij minder tevreden over zijn worden vaker genoemd, namelijk het tekort aan medicatie voor onverzekerden en het niet volledig benutten van het dokters- en verpleegkundigenoverleg. De professionals ervaren soms een hoge belasting omdat de spreekuren qua tijd uitlopen (veel cliënten en/of complexe zorgvraag).

Hoofdstuk 8

8 Samenvatting, conclusie & aanbevelingen: het functioneren van de Straatdokter

In dit afsluitende hoofdstuk wordt het functioneren van de Straatdokter bekeken in het licht van succesfactoren en knelpunten. Hoe functioneert de Straatdokter, en waar zitten mogelijkheden voor verbetering? Maar eerst worden de conclusies van de afzonderlijke hoofdstukken herhaald.

Doelen, toeleiding & bereik

- De doelen van de Straatdokter worden over het algemeen breed gedragen. Er worden wel kanttekeningen geplaatst bij de haalbaarheid van het doel om ook op andere gebieden dan de lichamelijke gezondheid een verbetering te bewerkstelligen. Toch pakken artsen en verpleegkundigen in een kader van rust en vertrouwen “het moment” om de cliënt een (kleine) verandering voor te stellen en dingen te regelen.
- Bezoekers van de MO die een arts (of medische hulp) nodig hebben, komen – uiteindelijk – wel bij de verpleegkundige en/of de arts terecht, hetzij uit zichzelf, hetzij via anderen zoals verpleegkundigen, groeps werkers, portiers en collega-daklozen.
- Het systeem van toeleiding en daarmee het bereik is redelijk tot goed op de meerderheid van de locaties. Op deze locaties zijn de verpleegkundigen de “spin in het web”. Bij de locaties waar de toeleiding niet zo goed werkt, is dat terug te voeren op het kleine aantal uren dat verpleegkundigen werken. Soms wordt het slechter werken van de toeleiding en het kleine bereik teruggevoerd op kenmerken van de doelgroep (vluchtig en moeilijk). Echter, op andere locaties komen bezoekers met dezelfde kenmerken, en daar werkt de toeleiding wel. Geconcludeerd wordt dat de toeleiding en het bereik positief samenhangen met het aantal verpleegkundigen uren; in die zin is de inzet van verpleegkundigen een voorwaarde voor het welslagen van het huisartsensprekeuur.

Zorggebruik

- In drie maanden tijd zijn er 250 cliënten gezien, waarvan bijna de helft nog niet bekend was bij de Straatdokter.
- Veel cliënten hebben problemen met alcohol en drugs. Ook psychische / psychiatrische problemen komen voor.
- Het is onduidelijk of de ICPC-codes door alle artsen nauwkeurig worden toegekend. Als de codes nauwkeurig worden toegekend (voor psychische problemen waaronder middelengebruik, maar ook voor de andere categorieën, zoals bewegingsapparaat, luchtwegen en huid), dan is het eenvoudig om de problematiek van cliënten – in grote lijnen – uit microHIS te halen.
- Cliënten zijn “honkvast”: zij gaan naar de arts op hun “eigen” MO-locatie.
- Cliënten komen met reële klachten; veelal is het nodig dat een arts de situatie beoordeelt.
- Klachten worden het meest geuit over gewrichten, longen, voeten, huid, maag, benen en oren. Deze klachten zijn acuut lichamelijk, maar veel klachten omvatten een chronische component, ook door de leefstijl van de cliënten. Ook psychische klachten worden geuit. Door niet alleen aandacht te hebben voor acute problematiek wordt de kwaliteit van de sociaal-medische zorg verhoogd.
- Bijna de helft van de cliënten heeft medicatie voorgeschreven gekregen.
- Cliënten zijn van mening dat hun gezondheid positief beïnvloed wordt door de spreekuren.

- Het verkrijgen van medicatie voor onverzekerden en illegalen is soms/vaak problematisch.

Therapietrouw & continuïteit

- Therapietrouw (medicatie nemen, terugkomen) en continuïteit zijn voor een – groot – deel afhankelijk van de aanwezigheid van een verpleegkundige.
- Er is sprake van doorverwijzing naar GGD Infectieziekten, GGD Tuberculosedienst, DeltaBouman (verslavingszorg) en ziekenhuizen.
- Doorverwijzing naar andere vormen van medische hulp (fysiotherapie) loopt niet, maar het is onduidelijk of dat beter kan.
- Soms is er doorstroming naar andere (woon)voorzieningen, maar “doorstroming” is geen doel van het artsenspreekuur. Het wordt gezien als een mooie bijkomstigheid omdat artsen en verpleegkundigen het beste voor hebben met hun cliënten.

Tevredenheid

- Over het algemeen zijn cliënten, verpleegkundigen, artsen en functionarissen in de MO tevreden over de artsensprekuren. Twee punten waar zij minder tevreden over zijn worden vaker genoemd, namelijk het tekort aan medicatie voor onverzekerden en het niet volledig benutten van het dokters- en verpleegkundigenoverleg. De professionals ervaren soms een hoge belasting omdat de spreekuren qua tijd uitlopen (veel cliënten en/of complexe zorgvraag).

Succesfactoren

Door sociaal-medische zorg aan te bieden aan dak- en thuislozen op locaties van de maatschappelijke opvang is het bereik van deze zorg (op het merendeel van de locaties) groot. Het bereik hangt positief samen met de toeleiding en daarmee met het aantal uren dat de verpleegkundige op de locatie aanwezig is. Hoe meer uren de verpleegkundige aanwezig is, des te beter kan de Straatdokter functioneren. Dit is niet alleen zo als het gaat om toeleiding naar het spreekuur, maar ook om vervolgspraken die op het spreekuur worden gemaakt. Doordat de verpleegkundige aanwezig is op het spreekuur (de arts en de verpleegkundige houden de spreekuren gezamenlijk), weet zij welke afspraken er worden gemaakt en welke medicatie wordt voorgeschreven. Zij kan de cliënt ‘volgen’.

Bezoekers van de MO zijn nogal honkvast; zij verblijven liever op één locatie. De meeste cliënten gaan dan ook naar de arts op de ‘eigen’ locatie. Dit betekent dat als er op die ‘eigen’ locatie slechts weinig uren een verpleegkundige aanwezig is, dat het bereik van de doelgroep op die locatie niet optimaal is.

De belangrijkste succesfactor is de verpleegkundige zorg op de locaties: zonder verpleegkundigen geen artsenspreekuur!

De opbouw van een medisch dossier is belangrijk in de continuïteit van de medische zorg. In de onderzoeksperiode van drie maanden zijn 250 cliënten gezien door de Straatdokter, waarvan bijna de helft nog niet bekend was bij de praktijk. Veel klachten waarmee cliënten zich melden bij de Straatdokter zijn – acuut – lichamelijk van aard (gewrichten, longen, voeten, huid, maag, benen, oren), maar ook psychische klachten worden geuit. Deze klachten zijn vergelijkbaar met de klachten die uit eerder onderzoek onder dak- en thuislozen naar voren kwamen – zie hoofdstuk 1. Bijna de helft van de cliënten heeft medicatie voorgeschreven gekregen. In de spreekuren is er uiteraard veel aandacht voor preventie,

uitleg (onder andere over oorzaken van klachten, en medicijngebruik) en doorverwijzing. Cliënten, verpleegkundigen, artsen en functionarissen in de MO zijn tevreden over de spreekuren. De invloed van de sociaal-medische zorg op de (ervaren) gezondheid van dak- en thuislozen wordt als positief ervaren. De conclusie is dan ook dat de Straatdokter duidelijk in een behoefte voorziet.

Bereik

In het voorgaande is in kwalitatieve zin iets gezegd over het bereik van de Straatdokter. In kwantitatieve zin heeft het onderhavige onderzoek ook iets opgeleverd als het gaat om bereik. Zo is nu bekend dat de Straatdokter 609 consulten heeft gegeven aan 250 unieke cliënten in de periode september, oktober en november van 2004. In hoeverre zeggen deze getallen iets over het bereik van de Straatdokter? Twee dingen daarover: 1) aantal nieuwe cliënten ten opzichte van het aantal reeds bekende cliënten, en 2) het bereik van de Straatdokter in de maatschappelijke opvang¹⁴.

Ad 1) Aantal nieuwe cliënten ten opzichte van aantal bekende cliënten

De Straatdokter registreert sinds 1 maart 2004 in microHIS. De microHIS-database bestaat al langer, namelijk vanaf 2002. Dertig procent van de cliënten die in de onderzoeksperiode gezien zijn, was vóór 2004 reeds bekend. In september-november 2004 zijn 110 cliënten voor het eerst gezien door een Straatdokter (44% van 250). Duidelijk is dat er altijd cliënten zullen zijn die voor het eerst bij de Straatdokter komen waardoor de praktijk een groeiend aantal cliënten bereikt (registreert).

Ad 2) Bereik Straatdokter in de maatschappelijke opvang

Rotterdam telde in 2001 ongeveer 4.600 dak- en thuislozen (Jansen et al. 2002). Echter, deze 4.600 is het aantal dak- en thuislozen op *jaarbasis*, dat wil zeggen dat 4.600 verschillende personen op minimaal één dagdeel in dat jaar gebruik hadden gemaakt van de dag- of nachtopvang in Rotterdam. Onbekend is hoeveel van deze 4.600 dak- en thuislozen een eigen huisarts hebben. Ook is op dit moment onbekend hoe groot het bereik van de Straatdokter is onder deze groep. In toekomstig onderzoek kan dit punt worden meegenomen door – binnen een bepaalde periode – het aantal unieke cliënten van de Straatdokter af te zetten tegen het aantal unieke bezoekers van de maatschappelijke opvang.

Duidelijk is wel dat de spreekuren bijna altijd vol zitten en dat de toeleiding door de verpleegkundigen ervoor zorgt dat iedereen die naar de arts wil naar een spreekuur kan gaan. Veel van de cliënten/bezoekers zijn 'honkvast'. Hieruit kan opgemaakt worden dat cliënten die de maatschappelijke opvang regelmatig bezoeken, een grotere kans hebben om een bezoek te brengen aan de Straatdokter. Dat betekent dat het bereik van de Straatdokter het grootst is onder de groep 'vaste kern' bezoekers. Dak- en thuislozen die vluchtiger verblijfsgedrag vertonen hebben dus een kleinere kans om een spreekuur van de Straatdokter te bezoeken.

¹⁴ Het bereik kan niet vergeleken worden met het bereik van sociaal-medische spreekuren in andere steden, vanwege verschillen in methoden.

Knelpunten, of: wat kan beter?

Hoewel positief gesproken is over het bereik van de Straatdokter, kan de sociaal-medische zorg geoptimaliseerd worden door – op sommige locaties – de verpleegkundigen meer uren te geven. De toeleiding, en dus het bereik van de Straatdokter, wordt daardoor verbeterd. Hetzelfde geldt voor veldwerkers en buitenmedewerkers die dak- en thuislozen als doelgroep hebben; als dat veldwerk uitgebreid zou worden, dan is dat ook goed voor de sociaal-medische zorg aan de doelgroep.

Ook de zorg op het spreekuur kan uitgebreid worden (zie ook Bronsveld 2004). Een manier waarop dat kan is door bijvoorbeeld systematisch longfuncties te meten, op suikerziekte te toetsen enzovoorts. Zo kunnen in een vroeg stadium chronische aandoeningen ontdekt en behandeld worden. In 2005 voert de GGD overleg met de gemeente Rotterdam en zorgverzekeraars om de Sociaal Medische Zorg te kunnen uitbreiden. Zo zijn er vergevorderde plannen om protocollen, bijvoorbeeld voor wondverzorging, op te stellen en te implementeren in de zorg aan dak- en thuislozen.

Twee knelpunten werden eerder al genoemd: er is te weinig medicatie voor onverzekerden en het niet volledig benutten van het dokters- en verpleegkundigenoverleg. Met betrekking tot de medicatie wordt door de Straatdokter-coördinator aangegeven dat dat vooral een financieel en bestuurlijk probleem is. In 2005/2006 wordt een GGD-project opgezet om hier meer inzicht in te krijgen en sturing aan te geven. Zowel het doktersoverleg en het verpleegkundigenoverleg wordt in 2005 structureel opgezet en vormgegeven. Dit punt wordt daarin meegenomen.

MicroHIS wordt door enkelen gezien als een knelpunt. Iedereen weet dat het nodig is om te registreren, maar de computer en microHIS zijn nog niet voor iedereen gesneden koek. Daarmee samenhangend is de feitelijke registratie in microHIS voor sommigen een probleem, zowel in de tekstregels (SOEP) als met de toekenning van ICPC-codes. De opbrengst van goed en nauwkeurig registreren is dat de medische dossiers volledig en betrouwbaar zijn. In de praktijk van de Straatdokter, waarvan de basis ligt in de voor iedere arts toegankelijke medische dossiers, liggen de voordelen van goed registreren voor de hand. Maar ook voor anderen, bijvoorbeeld beleidsmakers van instellingen en overheid, is nauwkeurig registreren van waarde. Op die manier kunnen betrouwbare gegevens – uiteraard anoniem – beschikbaar gemaakt worden waarop beleid gestoeld kan worden. Geadviseerd wordt om artsen en verpleegkundigen te blijven scholen over het gebruik van microHIS en over de registratie in microHIS. Het artsen- en verpleegkundigenoverleg zou hiervoor ruimte kunnen bieden.

Daarmee samenhangend zou het opportuun zijn als ook artsen die op andere locaties dak- en thuislozen behandelen, zouden registreren in microHIS. Hoopvol is dat de GGD in 2005 verder zal spreken met DeltaBouman over nadere samenwerking op dit terrein. De artsen van DeltaBouman verzorgen bijvoorbeeld spreekuren bij Keetje Tippel en op de Pieter de Hoochweg. En als ook de artsen op de Spoedeisende Hulp van het Dijkzigt ziekenhuis zouden registreren in microHIS, dan zou de gehele populatie dak- en thuislozen in beeld komen. Op die manier wordt de continuïteit binnen de totale medische zorg aan de doelgroep nog beter gegarandeerd.

Referenties

Referenties

Onderzoeksliteratuur

Barends W. AHV Valckenier, een papieren huisarts. Onderzoek naar gezondheid en gezondheidsconsumptie van dak- en thuislozen in Amsterdam. Utrecht, NSPH, 1995.

Bronsveld C. 'Het kan altijd beter...' De sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in Rotterdam. Rotterdam, dienst SoZaWe, Sociaal-wetenschappelijke afdeling, 2004.

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

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

Gezondheidsraad. Daklozen en thuislozen (1995/10). Advies van een commissie van de Gezondheidsraad. Den Haag, 1995.

Jansen H & T Karaköse. Gezondheidsproblemen van gemarginaliseerde druggebruikers. IVO-Bulletin 2003; 6(2): p. 19-24.

Jansen H, R Kolk, J Maaskant & M Stoele. Dak- en thuislozenmonitor 2001-2002. Rotterdam, IVO en dienst SoZaWe, Sociaal-wetenschappelijke afdeling, 2002

Korf DJ, L Deben, S Diemel, P Rensen & H Riper. Een sleutel voor de toekomst. Tel- en consumentenonderzoek onder daklozen in Amsterdam. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Thela Thesis, 1999.

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

Reinking D, S Nicholas, I van Leiden, H van Bakel, M Zwikker & J Wolf. Daklozen in Den Haag. Onderzoek naar de omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie. Utrecht, Trimbos-instituut, 2001a.

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

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

Van Laere IRAL. 'Loopvoeten' bij zwervers. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1997; 141(51): 2481-2483.

Van Laere IRAL. De zwerfende alcoholist: voor wie een zorg? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2002; 146(42): 1965-1968.

Van Laere IRAL. Zorg voor zieke zwervers. Specifieke medische zorg voor daklozen noodzakelijk. Medisch Contact 2000; 55(44): 1567-1569.

Van Laere IRAL & MCA Buster. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr. Valckenier-spreekuren in Amsterdam. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2001; 145(24): 1156-1160.

Van Laere IRAL, MCA Buster & CEA Lindenburg. Preventie van luchtweginfecties bij druggebruikers en daklozen. Infectieziekten Bulletin 2002; 13(4): 144-149.

Van der Poel A, C Barendregt, M Schouten & D van de Mheen. De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene (Resultaten van de survey 2003). IVO-Bulletin 2003; 6(4): p. 1-20.

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

Bijlage 1

Spreekuren (2005) en locaties (sociale kaart)

Maandag

De Hille (CvD)

Lange Hilleweg 256
3073 BZ Rotterdam
010 – 486 66 25

Multifunctionele opvang voor dak- en thuisloze mensen:

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

De Sluis (Leger des Heils)

Westzeedijk 493
3024 EL Rotterdam
010 – 244 03 56

De Sluis is een dagopvang voor dakloze mannen en vrouwen (75 plaatsen):

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

Dinsdag

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

Woensdag

De Kajuit (Leger des Heils)

Schiedamsedijk 3
3011 EB Rotterdam
010 – 433 23 57

Dagopvang met 25 plaatsen voor dakloze mannen en vrouwen (50+):

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

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, dus op alle mensen zonder vaste verblijfplaats (150 plaatsen):

- menselijk contact, veiligheid
- 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 (indicatie nodig van Vangnet & Advies van de GGD), 10 bedden
- Voor wat hoort wat

Donderdag

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 verslavingsproblematiek (ca. 40 bewoners).

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

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

Het Baken (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

Spreekuren (2005)

<i>Organisatie en locatie</i>	<i>Uren per week spreekuur</i>
<u>CvD</u>	
- De Hille (dag- en nachtopvang, pension)	1 uur
- Havenzicht (nachttopvang + ziekenboeg)	4 uur (passanten + verpleegbedden)
- Van Speyk (dagopvang)	2 uur per 2 weken
- De Zon (pension voor dakloze alcoholisten)	3 uur
<u>Leger des Heils</u>	
- Het Baken (dagopvang)	1 uur
- De Kajuit (dagopvang voor 50+-ers)	2 uur
- Het Dok (dagopvang)	1 uur
- De Sluis (dag- en nachtopvang)	1 uur
<u>Pauluskerk</u>	2 uur per 2 weken
<u>Stichting Ontmoeting</u>	1 uur

Bijlage 2

Schema: onderzoeksvragen en –methoden

Hoofdstuk / vraag	Methoden →	A	B	C	D
2 Inleiding: de Straatdokter		–			
4 Doelen, toeleiding & bereik					
– In hoeverre worden de doelen van de Straatdokter bereikt?				–	–
– Hoe werkt het systeem van toeleiding in de praktijk?				–	–
– Wat zijn gedachten over het bereik van de Straatdokter?				–	–
5 Zorggebruik					
– Hoe groot is het cliëntenbestand en wat is de samenstelling ervan (leeftijd, sekse)?			–	–	–
– Met welke motivatie/klachten komen cliënten op het spreekuur?			–	–	–
– Wat is het zorggebruik (contacten, locaties, klachten, medicatie) van cliënten?			–	–	–
– Welke invloed (positief, neutraal of negatief) hebben de spreekuren (behandeling) op de (ervaren) gezondheidstoestand van cliënten?				–	–
6 Therapietrouw & continuïteit					
– Zijn cliënten therapietrouw?				–	–
– Is er sprake van doorverwijzing, en zo ja, waar naartoe?				–	–
7 Tevredenheid					
– Hoe tevreden zijn cliënten, artsen, verpleegkundigen en medewerkers over de spreekuren en de organisatie ervan (toeleiding, behandeling, nazorg)? Voor de professionals gaat het hier ook om arbeidssatisfactie, communicatie en afstemming.				–	–
8 Samenvatting, conclusie & aanbevelingen: het functioneren van de Straatdokter					
– Wat zijn succesfactoren en knelpunten van de Straatdokter?		–	–	–	–
– Wat zijn oplossingsrichtingen voor verbetering (indien nodig)?		–	–	–	–

A = bestudering projectliteratuur

B = analyse gegevens microHIS (september, oktober en november 2004)

C = interviews met professionals: artsen, verpleegkundigen en MO-medewerkers

D = interviews met cliënten van de Straatdokter

Bijlage 3

Lijst met geïnterviewde personen

Artsen

- Niels Chavannes (Het Baken)
- Nelly van der Gaarden (De Sluis)
- John Karstanje (De Hille)
- Gerrit Nieuwenhuis (De Zon, De Hille, Dienstencentrum Ontmoeting)
- Frans Sikken (Pauluskerk)
- Marcel Slockers (Havenzicht, Van Speyk)

Verpleegkundigen

- Debby van Bijnen (Dienstencentrum Ontmoeting)
- Daniëlle de Jong (De Kajuit, Het Dok)
- Petra Koppejan (De Hille)
- Ella Mellema (De Zon)
- Hannie van der Staaij (Het Baken, De Sluis)

Functionarissen MO

- Jan Blankers (Pauluskerk)
- Ellard Brandenburg (CvD)
- Gert Kraaijveld (Leger des Heils)
- Maarten Tanis (Dienstencentrum Ontmoeting)

Cliënten

		locatie	woon-situatie	middelengebruik	lichamelijke gezondheid*	geestelijke gezondheid*
man	30	Ontmoeting	kamer	alcohol	+	+ / -
man	59	Ontmoeting	dakloos	alcohol, cannabis	-	+ / -
man	67	De Zon	kamer	alcohol	+ / -	+
man	52	De Zon	kamer	(vh alcohol)	+ / -	-
man	58	Havenzicht	dakloos	(vh basecoke)	-	+ / -
vrouw	36	Havenzicht	dakloos	-	+	+
man	51	Havenzicht	dakloos	-	+	+
man	61	De Kajuit	dakloos	alcohol	+ / -	-
man	40	De Kajuit	dakloos	alcohol	+ / -	-
man	54	De Kajuit	dakloos	alcohol (vh heroïne, methadon, basecoke)	-	+ / -
man	34	De Hille	dakloos	-	-	-
man	64	De Hille	dakloos	-	+	+
vrouw	36	Pauluskerk	dakloos	heroïne, methadon, basecoke	+ / -	-
man	56	Pauluskerk	dakloos	cannabis	+	+
man	45	Pauluskerk	dakloos	heroïne, basecoke	-	+

* Inschatting geïnterviewde

