

Het Utrechtse huisartsspreekuur voor dak- en thuislozen

Een inventarisatie van contactredenen, diagnoses en verrichtingen

JAAP R. VAN DER LAAN

In augustus 1990 is in Utrecht onder auspiciën van de GG&GD een laagdrempelige medische voorziening voor dak- en thuislozen opgezet. Wekelijks zijn er twee spreekuren van een sociaal-verpleegkundige en twee huisartssprekuren. De populatie die deze spreekuren bezoekt, verschilt in een aantal opzichten van een doorsnee huisartspopulatie: vrouwen zijn sterk ondervertegenwoordigd, kinderen en hoogbejaarden ontbreken, en er is weinig continuïteit. In een periode van tien maanden werden 247 consulten geregistreerd van 115 patiënten op 71 spreekuren. De bezoekers presenteerden relatief veel psychische en sociale problemen, vaak berustend op verslavingsproblematiek. De mogelijkheden tot diagnostiek en behandeling waren echter beperkt. De aangeboden somatische problematiek is over het algemeen goed door de huisarts te behandelen; voor verwijzingen bij psychische en sociale problemen zijn goede contacten vereist.

Van der Laan JR. Het Utrechtse huisartsspreekuur voor dak- en thuislozen. Een inventarisatie van contactredenen, diagnoses en verrichtingen Huisarts Wet 1992; 35(9): 342-4.

J.R. Van der Laan, huisarts, Predikherenkerkhof 13, 3512 TJ Utrecht.

Inleiding

Nederland telde in 1989 naar schatting 30.000 thuislozen; hun aantal neemt jaarlijks toe met circa 3 procent. Van deze mensen verblijven er 5000 in instellingen voor thuislozenzorg en 22.000 in voorzieningen als pensions en logementen. Ongeveer 3000 thuislozen zijn 'buitenlopers', die in passantenverblijven of in de open lucht slapen.¹

Het merendeel van de thuislozen is te vinden in de grote steden. Het aantal thuislozen in Utrecht wordt geschat op 700; 200 van hen zijn buitenlopers.²

Thuislozen hebben een slechte algemene lichamelijke en psychische gezondheid,³⁻⁵ en zij vinden moeilijk toegang tot de reguliere medische zorg.⁶⁻⁷ De meesten zijn niet verzekerd voor ziektekosten en hebben ook geen vaste huisarts.

In augustus 1990 is in Utrecht onder auspiciën van de GG&GD een laagdrempelige medische voorziening voor dak- en thuislozen opgezet. Wekelijks zijn er twee spreekuren van een sociaal-verpleegkundige en twee huisartssprekuren van twee huisartsen uit een duopraktijk. Deze spreekuren worden gehouden in een passantenverblijf, waar thuislozen maximaal 14 keer per maand kunnen overnachten, en in een dagopvang voor thuislozen. De dagopvang heeft een huiskamerfunctie en er zijn voorzieningen voor bewassing, douchen en maaltijden.

Er is een sober ingerichte spreekkamer beschikbaar en er is een kleine voorraad medicijnen en verbandmiddelen. De huisarts verstrekt geen benzodiazepinen, methadon en vergelijkbare middelen, en er wordt geen 24-uurs bereikbaarheid geboden. Wekelijks is er overleg tussen de sociaal-verpleegkundige en de beide huisartsen. Een psychiater van het Riagg is beschikbaar voor consultatie.

In deze bijdrage wordt een beeld gegeven van de contactredenen, diagnoses en verrichtingen bij de bezoekers van dit spreekuur in de periode augustus 1990 t/m mei 1991. Of alle bezoekers van het spreekuur tot de doelgroep behoorden, is niet gecontroleerd.

Methode

Van iedere patiënt worden tijdens het consult de volgende gegevens genoteerd: naam/schuilnaam, geslacht, geboortedatum of geschatte leeftijd en (vermoedelijke) nationaliteit, en eventueel ook (post) adres, verzekeringsvorm en naam eigen huisarts. Voor zover van toepassing of mogelijk worden gegevens over verslaving en de medische voorgeschiedenis genoteerd. Contactreden(en) en bijbehorende diagnose(n) worden genoteerd in de patiëntenadministratie en achteraf geregistreerd met de ICPC. Bij elke klacht wordt geregistreerd of medicatie wordt verstrekt; indien geen medicatie wordt verstrekt, wordt de voornaamste verrichting geregistreerd.

Indien een patiënt meer dan drie klachten heeft, wordt een tweede consult geteerd; dit is in de registratieperiode tweemaal gebeurd. Verder worden verwijzingen en een eventueel bijkomende psychiatrische diagnose geregistreerd.

Resultaten

Er werden 247 consulten geregistreerd van 115 patiënten op 71 spreekuren. Van deze consulten vonden er 26 buiten spreekuurtijd plaats in de eigen praktijk, na telefonisch overleg met de verpleegkundige of een medewerker van het passantenverblijf. Op de dagopvang werden 182 consulten geregistreerd, op het passantenverblijf 39.

De oudste patiënt was geboren in 1916, de jongste in 1973; 5 procent was ouder dan 60 jaar en 5 procent jonger dan 21 jaar (tabel 1).

De meeste patiënten waren mannen (82 procent) en ruim 80 procent was van Nederlandse afkomst. Van de overige 21 be-

Tabel 1 Leeftijdverdeling van de spreekuurbezoekers. Percentages (n=115).

Leeftijd in jaren	
10-20	5
21-30	23
31-40	30
41-50	17
51-60	20
61-70	3
71-80	2

zoekers waren er negen afkomstig uit een ander EG-land, zes uit Marokko, twee uit Suriname en vier uit andere landen. Bijna 40 procent had geen ziektekostenverzekering en 80 procent verklaarde geen eigen huisarts in Utrecht te hebben.

Bij 104 consulten werden twee contactredenen aan de orde gesteld en bij 33 consulten drie. Het totaal aantal contactredenen bedroeg 407, het aantal diagnoses eveneens. Een bijkomende diagnose werd 134 maal geregistreerd.

De meest geregistreerde contactredenen was A29, 'andere algemene symptomen/klach-

ten' (tabel 2); onder deze rubriek vallen verzoeken om benzodiazepinen. Daarnaast werd 'geneesmiddelmisbruik' in 3 procent van de gevallen als klacht gepresenteerd. Het ging daarbij meestal om oxazepam (Seresta forte®) en chloordiazepoxide (Librium®); flunitrazepam (Rohypnol®) werd niet genoemd. 'Geneesmiddelmisbruik' is ook de meest gestelde diagnose (tabel 3).

De tweede contactreden was 'hoesten', terwijl 'dyspnoe/benauwdheid' en 'abnormaal sputum/slijm' eveneens in de top-20 contactredenen voorkwamen.

Huidinfecties kwamen bij thuislozen veel

voor; bij 'voet/teen symptomen/klachten' ging het vaak om een huidaandoening van de voeten. Huidaandoeningen werden ook vaak gediagnostiseerd, meestal een infectie of dermatomycose.

Naast 'angstig, nerveus, gespannen gevoel' kwamen ook 'andere psychische klachten' en 'angst voor ziekte' komen regelmatig voor als contactredenen. 'Andere psychische stoornissen' en 'andere/niet specifieke psychosen' vormden samen 9 procent van de diagnoses.

Tijdens ongeveer de helft van de consulten werd een bijkomende diagnose gesteld (tabel 4).

Tabel 2 Top-20 contactredenen (ICPC). Percentages (n=417).

A29	Andere algemene symptomen/klachten	6
R05	Hoesten	5
S11	Andere lokale infecties huid	5
Z03	Problemen huisvesting/buurt	5
L17	Voet/teen symptomen/klachten	4
P18	Geneesmiddelmisbruik	3
P01	Angstig/nerveus/gespannen gevoel	3
L04	Borstkas symptomen/klachten	2
Z10	Probl. toegank./beschikb. gez. zorg	2
R02	Dyspnoe/benauwdheid	2
S18	Scheurwond/snijwond	2
Z08	Probl. soc. verzek./welzijnszorg	2
Z09	Juridische problemen	2
L15	Knie symptomen/klachten	2
L08	Schouder symptomen/klachten	1
R25	Abnormaal sputum/slijm	1
A27	Angst voor andere ziekte NAO NEG	1
L14	Been/dijbeen symptomen/klachten	1
P29	Andere psychische klacht./sympt.	1
R27	Angst v. andere ziekte luchtwegen	1
Totaal		51

Tabel 4 Bijkomende diagnoses (ICPC). Percentages (n=417).

P19	Drugsmisbruik/verslaving (andere)	10
P15	Chronisch alcoholmisbruik	9
P99	Andere psychische stoornissen	4
P18	Geneesmiddelmisbruik	2
P98	Andere/niet-specifieke psychosen	2
P85	Retardatie/intell. achterstand	2
P80	Persoonlijkheden/karakterstoornissen	1

Tabel 3 Top-20 diagnoses (ICPC). Percentages (n=417).

P18	Geneesmiddelmisbruik	8
P99	Andere psychische stoornissen	7
A97	Geen ziekte	6
S76	And. infectie huid/subc./erysipelas	5
Z03	Problemen huisvesting/buurt	5
R78	Acute bronchitis/bronchiolitis	3
S74	Dermatomycose	3
P98	Andere/niet-specifieke psychosen	2
R91	Chron. bronchitis/bronchiëctasieën	2
N88	Epilepsie	2
S99	Andere ziekten huid/subcutis	2
R96	Astma	2
Z08	Problemen soc. verzek./welzijnszorg	2
P85	Retardatie/intell. achterstand	2
Z09	Juridische problemen	2
L81	Andere traumata bewegingsapparaat	2
A77	Andere virusziekten NAO	2
L92	Schouder syndromen/PHS	2
R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	2
R76	Acute tonsillitis/peritons. abces	2
Totaal		63

Tabel 5 Verrichtingen bij 417 contactredenen. Aantallen.

-50	medicatie/recept/injectie	117
-45	advies/observatie/voorlicht./dieet	163
-31	lichamelijk onderzoek gericht	31
-56	verband/compressie/tamponade	22
-33	en -34 laboratoriumonderzoek	10
-41	Röntgen/beeldvormend onderzoek	5
-67	verwijzing specialist/ziekenhuis	6
-66	verwijz. 1e lijns hulpverlener	19
	verwijzing CAD	12
	verwijzing maatschappelijk werk	26

Bij 25 procent van de contactredenen werd medicatie verstrekt; bij 40 procent werd volstaan met een advies. Bij bijna 4 procent van de contactredenen werd laboratoriumonderzoek aangevraagd of verricht en bij 1 procent werd verwezen naar een specialist. In 5 procent van de gevallen werd verwezen naar de eigen huisarts, een tandarts of de sociaal-verpleegkundige (tabel 5).

Beschouwing

De bezoekers van het spreekuur voor dak- en thuislozen verschillen in een aantal opzichten van de bezoekers van een doorsnee huisartssprekuur: vrouwen zijn ondervertegenwoordigd, en kinderen en hoogbejaarden ontbreken. Patiënten onder de 21 jaar zijn vooral druggebruikers; weglopers komen waarschijnlijk terecht in andere circuits. Een belangrijk verschil met de huisartspraktijk is verder de geringere continuïteit. Een deel van de thuislozen trekt via een min of meer vaste route langs passantenverblijven in verschillende steden en raadpleegt ook elders artsen. Andere thuislozen verblijven gedurende kortere of langere tijd voornamelijk in Utrecht en komen dan soms vaker dan één keer. Met bepaalde thuislozen ontstaat een vertrouwensband, zodat zij weer anderen naar het spreekuur sturen. Thuislozen die huisvesting hebben gevonden, dienen zich in te schrijven bij een (andere) huisarts.

Psychische en sociale problemen komen veel voor. Diagnostiek en behandeling op psychiatrisch gebied blijven echter vaak beperkt: de patiënt heeft onvoldoende vertrouwen voor een uitgebreide anamnese, en de voor behandeling noodzakelijke continuïteit ontbreekt meestal. Overigens weigeren thuislozen bijna altijd antipsychotica. Veel thuislozen hebben onaangename ervaringen met opnamen in psychiatrische ziekenhuizen en koesteren een weerzin tegen medicatie. Sommige thuislozen met psychiatrische aandoeningen vertellen dat zij regelmatig grote afstanden te voet afleggen. Waarschijnlijk is dit een vorm van zelfbehandeling om spanning te reduceren. Anderen gebruiken heroïne of roken hasjiesj om angst en wanen te onderdrukken. Voor deze chronische psychiatrische patiënten ontbreken opvang- en verblijfs-

mogelijkheden. De zorg voor deze groep dient meer aandacht te krijgen. Deze mensen formuleren vaak geen adequate hulpvraag en kunnen daarom niet goed terecht bij de reguliere hulpverlening.⁸

Hoeveel spreekuurbezoekers verslaafd zijn aan alcohol of andere middelen, is niet nagegaan. Naar schatting is echter ten minste 20 procent verslaafd aan alcohol, 20 procent aan andere middelen en heeft ten minste 20 procent een psychiatrische aandoening. De omvang van de geregistreerde psychopathologie en verslaving komt overeen met de cijfers uit onderzoek onder thuislozen in internaten.^{9 10}

Huidaandoeningen van de voeten zoals (geïnfecteerde) verwondingen en 'loopvoeten' ontstaan door veel lopen, slecht schoeisel en slechte voethygiëne. Deze aandoeningen komen echter weinig voor in de registratie, doordat zij in de meeste gevallen worden behandeld door de sociaal-verpleegkundige.

In 2 procent van de gevallen werd epilepsie gediagnostiseerd. Als convulsies optreden, is dat meestal het gevolg van niet of slecht innemen van anti-epileptica. Differentieel-diagnostisch moet rekening worden gehouden met onthoudingsinsulten door abrupt staken van alcoholmisbruik.

De somatische problematiek waarvoor op het spreekuur hulp wordt gevraagd, is goed door een huisarts te behandelen. Daarnaast zijn goede contacten voor verwijzingen bij psychische en sociale problemen noodzakelijk. Een probleem vormt het onderbrengen van thuislozen die te uitgeput of te ziek zijn om op straat te lopen. Een opvangvoorziening voor deze groep, 'een ziekenboeg', ontbreekt in Utrecht. Hierdoor moet een enkele maal te vroeg en/of te langdurig een beroep worden gedaan op een ziekenhuis. Huisartsen zouden een belangrijk deel van de medische hulp aan deze groep kunnen verzorgen. Dat kan in de eigen praktijk, mits de betrokkenen verzekerd zijn voor ziektekosten, zich aan de regels van de praktijk aanpassen en voldoende lichaamshygiëne betrachten. In andere gevallen zijn aparte spreekuren voor deze groep nodig, bij voorkeur op een plaats waar veel thuislozen komen. Dergelijke spreekuren kunnen er toe bijdragen

dat (een deel van) deze groep weer in de huisartspraktijk hulp vraagt.

Dankbetuiging

Met dank aan Mw. M.A.J. Verdijk, huisarts, en Mw. M.J. Elting, sociaal-verpleegkundige.

Literatuur

- ¹ Heydendaal PHJM, Nuy MHR, Brouwers HG. PLOTT fase III. De bevindingen van het mentaal systeem. Eindresultaten van PLOTT. 2e dr. Nijmegen: Instituut Sociale Geneeskunde, 1991.
- ² Anoniem. Notitie gemeentelijk beleid dak- en thuislozen. Utrecht: Gemeente Utrecht, 1991.
- ³ Gelberg L, Linn LS. Assessing the physical health of homeless adults. JAMA 1989; 262: 1973-9.
- ⁴ Van Limbeek J, Van Alem V, Wouters L. Dak- en thuisloos in Amsterdam: een rapportage van de bevindingen uit onderzoek naar de eerste 246 dak en thuisloze cliënten van het project thuislozenzorg. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1990.
- ⁵ Weller BGA, Weller MPI, Coker E, Mahomed S. Crisis at Christmas 1986. Lancet 1987; i: 553-4.
- ⁶ Toon PD, Thomas K, Doherty M. Audit of work at a medical centre for the homeless over one year. J Coll Gen Pract 1987; 37: 120-2.
- ⁷ Brickner PW, Scanlan BC, Conanan B, et al. Homeless persons and health care. Ann Int Med 1986; 104: 405-9.
- ⁸ Schadé E. Zorg om de zorgzame samenleving. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 1090-2.
- ⁹ Spijker J, Van Limbeek J, Jonkers FJF, et al. Psychopathologie onder bewoners van internaten voor thuislozen in Amsterdam. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1991.
- ¹⁰ Van Waveren B, Kocken P, Van de Ven T. Onder dak, zonder thuis: dakloosheid en thuisloosheid in Rotterdam. Rotterdam: Gemeentelijke Sociale Dienst Rotterdam, 1990. ■

Abstract on page 364.

Richtlijnen, patiëntgerichte benadering

ken (ondanks de relatief eenvoudige hardware) vlot en foutloos. Het gebruik is snel te leren. Minpunten zijn het lastig achteraf koppelen van een consult aan een probleem en het ontbreken van een echte SQL-vraagtaal. Pluspunten zijn de automatische koppeling van ICPC-diagnosecodes aan KNMP contra-indicatiecodes en de geavanceerde mogelijkheden voor het ontsluiten van achtergrondinformatie.

De medische module van Elias voldoet aan de eisen gesteld aan de 'uitgebreide' medische module volgens het WCIA-HSI-referentiemodel 1990.

Vervolg

Vervolg literatuur pag. 354.

- ¹⁰ Van der Voort JPM. Standaarden, naar te koele zakelijkheid? *Huisarts Wet* 1989; 32: 547-8.
- ¹¹ Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. NHG-standaard (Dreigende) Miskraam. *Huisarts Wet* 1989; 32: 517-22.
- ¹² Van Balen FAM, Baselier PJAM, Van Pienbroek E, Winkens RAG. NHG-standaard Urineweginfecties. *Huisarts Wet* 1989; 32: 527-31.
- ¹³ Van den Bosch, WJHM, Coumans RHM, Verkerk S, et al. NHG-standaard Enkeldistorsie. *Huisarts Wet* 1989; 32: 523-6.
- ¹⁴ Van Binsbergen JJ, Grundmeijer HGLM, Van den Hoogen JPH, et al. NHG-standaard Hypertensie. *Huisarts Wet* 1991; 34: 389-95.
- ¹⁵ Van Binsbergen JJ, Brouwer A, Van Drenth BB, et al. NHG-standaard Cholesterol. *Huisarts Wet* 1991; 34: 551-7.
- ¹⁶ Boekhoorn HCM, Van Ree JW, Dubois V. Antibiotica bij acute keelpijn. Een inventariserend onderzoek naar de toepassing van een NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1992; 35: 70-1.
- ¹⁷ Harteloh PPM, Casparie AF, Touw PPJ. Het begrip 'kwaliteit van zorg'. Een analysekader. *Med Contact* 1991; 26: 18-20.
- ¹⁸ Van den Dool CWA. Naar een protocollaire huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1984; 27(suppl H&P8): 37-9.
- ¹⁹ Kastelein WR. Schriftelijke standaarden en de juridische positie van de arts. *Med Contact* 1990; 44: 521-3.
- ²⁰ Van Weel C. Protocolen en standaarden voor de huisartsgeneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 259-60. ■

Richtlijnen

De 'Call for abstracts' voor het WONCA/SIMG Congress 1993 (Den Haag, 13-17 juni) bevat onder meer de volgende richtlijnen voor het indienen van abstracts: 'Type the body of the abstract as one paragraph. (See the sample abstract on page 4.)' En: 'Use a typewriter with 12-pitch (elite) type'.

Op pagina 4 staat inderdaad een abstract, getiteld 'A good abstract is a joy forever' door JPM van der Voort. Het stuk is getypt met een 10-pitch letter en het bestaat uit vier (4) alinea's. De tekst wordt besloten met de mededeling dat 'submitters of incomplete or incorrect abstracts will not be admitted to the big Dutch Party on Tuesday'.

E.A. Hofmans

Naschrift

Het zal geen toeval zijn dat juist de eindredacteur de eerste is die de om educatieve redenen verwerkte fouten in het voorbeeld heeft opgemerkt. Jammer voor hem komen medewerkers aan H&W niet in aanmerking voor de uitgeloopte prijs, te weten: wél-gratis-toegang tot de Dutch Party! Intussen is bij deze het belang van goede richtlijnen en het ernaar handelen opnieuw onder de aandacht gebracht.

Hans van der Voort

Patiëntgerichte benadering

Met veel genoegen heb ik het artikel van *Hofmans-Okkes et al.* gelezen betreffende de paradox van de patiëntgerichte benadering.¹ Duidelijk is dat de methodisch opgezette consultvoering communicatie op bewust niveau is. De hulpvraag die op deze manier boven tafel is gebracht, kan dus uitsluitend binnen het bewuste kader van de patiënt verhelderd worden, met alle beperkingen van dien.

Alle artikelen zijn slechts woorden op papier en missen impliciet de nuances van de werkelijkheid. Zo zijn de intonatie in combinatie met de non-verbale uitingen onmisbare schakels bij de intermenselijke communicatie. En hoewel iedereen zijn feitelijke woorden kan kiezen, is het voor de meesten niet mogelijk zijn 'submodaliteiten' op bewust niveau te sturen. Het voorbeeld van mevrouw W illustreert dat: op het cruciale moment waarop zij antwoord gaf op de vraag van de dokter 'Gaat het allemaal?' moet zij non-verbaal en in toonzetting te kennen hebben gegeven dat zij hier nu niet over wilde praten.

Het onderkennen van deze signalen zou tot de bagage van iedere huisarts moeten behoren. Het verschil tussen de woorden en bedoelingen en de brug hiertussen zijn in mijn ogen onderbelichte kanten.

Daarom ben ik verheugd met het pleidooi voor flexibiliteit binnen de consultvoering. Ieder protocol voor een immens complex geheel als communiceren draagt het gevaar in zich dat het beperkend en invaliderend gaat werken.

J.W. Stuijzand

¹ Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. *Huisarts Wet* 1992; 35(7): 281-6.

Abstract

Van der Laan JR. A surgery for the homeless in Utrecht. An inventory of the reasons for encounter, diagnoses and interventions. *Huisarts Wet* 1992; 35(9): 342-4.

In August 1990 an open-door type medical service for the homeless was initiated in Utrecht under the auspices of the City Health Authority (GG&GD). A health visitor and a general practitioner each hold two surgeries per week. The people attending these consultations differ in a number of aspects from the people attending an average general practice surgery: females are markedly underrepresented, children and the very elderly are absent, and there is little continuity. In a ten-month period 115 patients made 247 consultations on 71 visits to the 'practice'. They presented with a relatively great number of psychiatric and social complaints, often in relation to addictions. Diagnostic and treatment possibilities were limited. The somatic problems presented could generally be treated effectively by the general practitioner; referral for psychiatric and social problems necessitates good contacts. **Key words** Family practice; Homeless.

Correspondence J.R. Van der Laan, 13 Predikherenkerkhof, 3512 TJ Utrecht, The Netherlands.