



Reach Out

Samenwerking OGGZ en Huisarts

Naam: Marieke Jansen

Opdrachtgever: GGD Drenthe en de OGGZ,
Overcingellaan 17 te Assen

Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan
de Christelijke Hogeschool Windesheim te
Zwolle

Begeleiders: Vanuit de opleiding -> Arnout Schuitema
Vanuit de GGD en OGGZ-> Madelon Berg

Mei 2009

Samenvatting

Binnen de GGD-Drenthe en de gemeentes van Drenthe is in 2005 een nieuwe vorm van hulpverlening ontstaan, de OGGZ (Openbare Geestelijke GezondheidsZorg). De OGGZ houdt zich bezig met het verlenen van bemoeizorg aan een kwetsbare groep cliënten, daarnaast verwijst de OGGZ deze bepaalde groep cliënten door naar de reguliere hulpverlening.

De hulp die wordt gegeven vanuit de OGGZ is min of meer opgedrongen aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. Deze problemen zijn dermate ernstig dat er in deze situaties niet wordt gewacht tot de cliënt zelf om hulp vraagt, maar gelijk wordt ingegrepen. Deze ernstige situaties zijn bijvoorbeeld ernstige vervuiling, deze ernstige vervuiling is dermate ernstig dat het de gezondheidstoestand van de cliënt schaadt. Deze cliënten worden ook wel zorgwekkende zorgmijders genoemd. Deze cliënten kunnen worden gemeld bij het OGGZ meldpunt. De meeste meldingen over zorgwekkende zorgmijders komen van familieleden, vrienden en burens. Maar 2% van de meldingen zijn afkomstig van huisartsen. De OGGZ heeft ervaren dat huisartsen niets of weinig van het bestaan van de OGGZ afweten. Veel huisartsen krijgen zorgwekkende zorgmijders op hun spreekuur of krijgen hier signalen over binnen van familieleden/burens. Het is voor de huisarts moeilijk en tijdrovend om veel energie in deze patiënt te steken, door bijvoorbeeld op huisbezoek te gaan. De huisarts heeft wel degelijk zorgen omtrent deze patiënt, maar weet niet bij welke hulpverleningsinstantie hij deze kan melden.

Het onderzoek richt zich op de mogelijkheden die er zijn om in contact te komen met huisartsen en de bekendheid van de OGGZ onder de huisartsen. Om een duidelijk beeld te krijgen van deze mogelijkheden en de bekendheid van de OGGZ heb ik enquêtes afgenomen onder 70 huisartsen in Zuid Oost Drenthe, waarvan 9 huisartsen de enquête hebben ingevuld. Naast de enquêtes zijn er 3 interviews gehouden met huisartsen. Uit de gegevens van het OGGZ meldpunt werd het duidelijk dat deze 3 huisartsen zelf een melding hebben gedaan over hun patiënt bij de OGGZ.

Uit de enquêtes en de interviews is gebleken dat de OGGZ onbekend is onder de huisartsen. Om de OGGZ wel bekend te maken onder de huisartsen zijn er verschillende mogelijkheden om met hen in contact te komen. De mogelijkheden om in contact te komen met huisartsen zijn bijvoorbeeld foldermateriaal, een standaard brief, een voorlichting op locatie enz.

Al deze vormen van informatie verstrekking moeten volgens de huisartsen zo min mogelijk gehouden worden. Huisartsen hebben tijdens het onderzoek aangegeven dat ze veel informatiemateriaal ontvangen van verschillende bedrijven en instellingen. Om de huisarts in te lichten over een onderwerp moet de informatie kort en bondig zijn.

Voorwoord

Dit is het verslag van het afstudeerproject 'Reach Out, samenwerking OGGZ en huisarts', dat in opdracht van GGD Drenthe en de OGGZ is uitgevoerd door Marieke Jansen, student van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.

In dit voorwoord neem ik de ruimte om een aantal mensen te bedanken die mij hebben geholpen bij het tot stand brengen van mijn afstudeeronderzoek.

Ten eerste wil ik Madelon Berg, mijn opdrachtgever, bedanken voor haar goede begeleiding, hulp, tijd en kritische blik die zij heeft gestoken in de samenwerking.

Ten tweede wil ik Arnout Schuitema, mijn begeleider vanuit school, bedanken voor zijn begeleiding, ondersteuning en het geven van feedback.

Ten derde wil ik alle mensen bedanken die mij hebben geholpen bij het verzamelen van informatie, afleggen van interviews en het opstellen van enquêtes.

Marieke Jansen

Coevorden, mei 2009

Inhoudsopgave

Samenvatting	Blz. 2
Voorwoord	Blz. 3
Inhoudsopgave	Blz. 4
Inleiding	
→ Probleemstelling	Blz. 5
→ Doelstelling	Blz. 7
→ Onderzoeksvraag	Blz. 7
→ Deelvragen	Blz. 8
Theoretisch kader	
→ Wat is de OGGZ?	Blz. 9
→ Wat doet het meldpunt?	Blz. 10
→ Wat is bemoeizorg?	Blz. 11
→ Hoe ziet de Drentsche huisartsenstructuur eruit?	Blz. 12
→ Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg	Blz. 14
→ Het Elaboration Likelihood Model	Blz. 15
→ Algemene aspecten van gedragsverandering door voorlichting	Blz. 16
→ Hoe zoekt de huisarts literatuurgegevens bij problemen van patiënten?	Blz. 18
Methode	
→ Onderzoeksgroep	Blz. 19
→ Onderzoeksontwerp	Blz. 19
→ Meetinstrumenten	Blz. 20
→ Analyse	Blz. 22
→ Betrouwbaarheid en validiteit	Blz. 22
Resultaten	
→ Wat weten de huisartsen al over de OGGZ?	Blz. 23
→ Op welke manieren kun je de huisartsen het beste benaderen?	Blz. 23
→ Wat vinden huisartsen belangrijk bij het uitwisselen van informatie/kennis?	Blz. 25
Conclusie	Blz. 26
Aanbevelingen	Blz. 27
Literatuurlijst	Blz. 29
Bijlagen 1,2,3	
1. Enquête, 2. interview, 3. verdieping resultaten	Blz. 30

Inleiding

Probleemstelling:

Binnen de GGD-Drenthe en de gemeentes van Drenthe is in 2005 een nieuwe vorm van hulpverlening ontstaan, de OGGZ (Openbare Geestelijke GezondheidsZorg). De OGGZ houdt zich bezig met het verlenen van bemoeizorg aan een kwetsbare groep cliënten, daarnaast verwijst de OGGZ deze bepaalde groep cliënten door naar de reguliere hulpverlening.

Bemoeizorg is een actieve vorm van hulpverlening, daarnaast is het ook outreachend. Het is actief, omdat de hulpverleners binnen de bemoeizorg bij de mensen langsgaan. Dit betekent dat ze zich gaan bemoeien met een situatie, gaan aanbellen tot iemand de deur open doet e.d.

Het is daarnaast outreachend, omdat de hulpverleners zoveel mogelijk middelen inzetten om de cliënten zo snel mogelijk te helpen. Dit houdt in dat ze allerlei hulp gaan regelen voor de cliënt en niet gaan afwachten tot een situatie een crisissituatie is geworden.

De hulp die wordt gegeven is min of meer opgedrongen aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. Deze problemen zijn dermate ernstig dat er in deze situaties niet wordt gewacht tot de cliënt zelf om hulp vraagt, maar gelijk wordt ingegrepen. Deze ernstige situaties zijn bijvoorbeeld ernstige vervuiling, deze ernstige vervuiling is dermate ernstig dat het de gezondheidstoestand van de cliënt schaadt. In dergelijke gevallen komt het vaak voor dat de hulp die hen geboden wordt, wordt geweigerd. Bij deze cliënten is er vaak onmacht, onvermogen en/of wilsonbekwaamheid aanwezig.

Binnen de bemoeizorg is het wel belangrijk dat er een balans is tussen het respecteren van iemands privacy en het bieden van goede zorg. Als een zorgwekkende zorgmijder niet reageert op de toenadering van de OGGZ, kan de OGGZ de zorg niet verder opdringen. Het kan wel zo zijn dat er een reële vrees bestaat omtrent deze cliënt. Als hij of zij een gevaar dreigt te zijn voor zichzelf of zijn omgeving kan de OGGZ alsnog bemoeizorg bieden door een RM (rechtelijke machtiging) aan te vragen of de politie in te lichten over de situatie. De politie gaat op dat moment de situatie beoordelen en kan ervoor kiezen om via wettelijke regels de deur te gaan forceren. Dit kan voor komen als er de vrees bestaat dat iemand bijvoorbeeld dood in zijn huis ligt of dat er een dermate overlast is dat men moet ingrijpen.

Binnen de bemoeizorg is er de ruimte om in contact te komen met deze mensen. Binnen de reguliere hulpverlening heb je een officiële indicatie nodig, waar in staat hoeveel uren je mag besteden aan een cliënt, zonder deze indicatie is het financieel niet mogelijk om hulpverlening te bieden. De reguliere hulpverlening wordt gefinancierd vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Om de werkzaamheden te verantwoorden binnen de reguliere hulpverlening is er dus een indicatie nodig om te starten met de hulpverlening. Een officiële indicatie is binnen de bemoeizorg niet nodig. De OGGZ en daarmee de bemoeizorg wordt gefinancierd vanuit de gemeente. Sinds 1 januari 2007 is de financiering voor de OGGZ

overgegaan van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid naar de WMO prestatieveld 8.

Om de bemoeizorg te kunnen verantwoorden, zodat de gemeente de zorg financiert moet er sprake zijn van maatschappelijke opvang, begeleiding, informatie en advies aan personen die door meerdere problemen niet in staat zijn om op eigen kracht zich te handhaven in de samenleving.

De gemeenten financieren de zorg, hierdoor zijn er geen indicaties nodig en kan de OGGZ direct beginnen met het verlenen van bemoeizorg.

(http://www.beleidsplanwmo.nl/prestatievelden/maatschappelijke_opvang)

De cliënten die worden behandeld binnen het kader van de bemoeizorg worden ook wel zorgwekkende zorgmijders genoemd. Er bestaan grote zorgen van bijvoorbeeld familieleden, vrienden, burens of de huisarts rondom deze cliënten. Deze bepaalde groep cliënten kunnen of willen niet zelf om hulp vragen.

Deze bepaalde groep cliënten hebben veelal verslavingsproblemen, zijn geïsoleerd geraakt van de maatschappij, wonen in ernstig vervuilde woningen/omgeving, maken veel huiselijk geweld mee, ze ervaren psychische klachten of hebben schuldproblematiek.

Deze cliëntensituaties kunnen gemeld worden bij verschillende meldpunten van de OGGZ, waaronder de GGD-Drenthe. De meldingen zijn veelal afkomstig vanuit de reguliere hulpverlening, burens of familieleden. Via het OGGZ netwerk en het meldpunt OGGZ is het duidelijk geworden dat er maar weinig meldingen van huisartsen binnenkomen, maar 2%. Door de registratie van alle meldingen wordt het duidelijk dat het percentage van meldingen afkomstig van huisartsen erg laag is. De OGGZ heeft ervaren dat huisartsen niets of weinig van het bestaan van de OGGZ afweten. Veel huisartsen krijgen zorgwekkende zorgmijders op hun spreekuur of krijgen hier signalen over binnen van familieleden/burens. Het is voor de huisarts moeilijk en tijdrovend om veel energie in deze patiënt te steken, door bijvoorbeeld op huisbezoek te gaan. De huisarts heeft wel degelijk zorgen omtrent deze patiënt, maar weet niet bij welke hulpverleningsinstantie hij deze kan melden.

Binnen de netwerken van de OGGZ is er ook weinig tot geen deelname van huisartsen. De huisartsen zijn geen kernpartner van het netwerk.

De OGGZ verpleegkundigen geven aan zelf weinig tot geen contact te leggen met de huisartsen over de OGGZ.

Huisartsen kunnen echter als goede hulp/ informatie bron fungeren voor de OGGZ.

Ze komen namelijk veel in contact met hun patiënten en doorlopen een lang hulpverleningstraject van een persoon of gezin. Huisartsen hebben hierdoor de mogelijkheid om mogelijke OGGZ cliënten vroegtijdig te signaleren. Vervolgens kunnen ze deze patiënt melden bij het OGGZ meldpunt.

Volgens de GGD Drenthe komen er momenteel weinig tot geen meldingen binnen van huisartsen.

De GGD zou graag meer interactie willen zien met de huisartsen om meerdere OGGZ cliënten vroegtijdig te signaleren. Door cliënten vroegtijdig te signaleren kan

er bemoeizorg ingezet worden bij deze cliënten om een verdere escalatie van de situatie te voorkomen.

Vanuit de OGGZ kunnen de huisartsen ook benaderd worden om toekomstige samenwerking te bevorderen. Bijvoorbeeld d.m.v. een officiële brief (zie bijlage). Deze brief brengt de huisarts op de hoogte van zijn/haar patiënt die in het OGGZ traject is aangemeld. De huisarts wordt op deze manier ingelicht, dat er een hulpverleningsnetwerk aan het ontwikkelen is rondom zijn patiënt. Hij kan dan contact leggen met de OGGZ voor vragen, maar hij kan ook eventueel informatie verstrekken over de patiënt aan de OGGZ.

Het onderzoek richt zich op de mogelijkheden die er zijn om in contact te komen met huisartsen. De mogelijkheden om in contact te komen met huisartsen zijn bijvoorbeeld foldermateriaal, een standaard brief (zie bijlage), een voorlichting op locatie enz.

Door het onderzoek te richten op de behoeften van de huisartsen t.a.v. het in contact komen met de huisartsen, bestaat er een grotere kans op interactie met de OGGZ. Daarnaast is er ook onderzoek verricht naar de bekendheid van de OGGZ onder de huisartsen in Zuid Oost Drenthe.

Door het onderzoek hier deels op te richten kan er een indicatie worden gegeven van de bekendheid van de OGGZ onder huisartsen. Vervolgens kan er een advies worden afgegeven aan de OGGZ. Met dit advies kan de OGGZ vervolgens zichzelf gaan promoten aan de huisartsen om een betere bekendheid te bewerkstelligen.

Doelstelling:

- Kennis krijgen over de bekendheid van de OGGZ onder huisartsen.
- Kennis krijgen over hoe de OGGZ huisartsen kunnen betrekken bij de OGGZ.
- Kennis krijgen over de verschillende aanpakken van informatie-uitwisseling die de huisartsen aanspreken.

Binnen het kader van het onderzoek is er gekeken naar de betrokkenheid van de huisartsen bij de OGGZ.

Aan de hand van dit onderzoek is er een advies gegeven aan de OGGZ om verdere stappen te ondernemen richting de huisartsen. Het is de bedoeling dat de huisartsen bekend worden met de OGGZ en uiteindelijk ook patiënten gaan doorverwijzen naar de OGGZ.

Doordat de huisartsen mogelijk gaan doorverwijzen ontstaat er een interactie tussen de OGGZ en de huisartsen. Deze interactie kan ten goede komen aan het hulpverleningsproces van de cliënt.

Onderzoeksvraag:

- Hoe kan de OGGZ huisartsen uit Drenthe bij de OGGZ betrekken?

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden heb ik de vraag opgesplitst in een aantal deelvragen.

Deelvragen:

- Wat weten de huisartsen al over de OGGZ?
- Op welke manieren kan de OGGZ de huisartsen het beste benaderen?
- Wat vinden huisartsen belangrijk bij het uitwisselen van informatie/kennis met de OGGZ?

Theoretisch Kader

Binnen dit theoretische kader worden er onderwerpen behandeld die van belang zijn geweest voor het onderzoek, voordat het onderzoek werd uitgevoerd.

Aan bod komt de betekenis van de OGGZ. Hierbij wordt ook vermeld wat het meldpunt doet en wat bemoeizorg inhoud. Door deze theorie te behandelen wordt er een breed beeld van de OGGZ weer gegeven.

Wat is de OGGZ?

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) richt zich op zorg voor kwetsbare groepen in onze samenleving. Deze zorg wordt verleend aan mensen die niet of onvoldoende in staat zijn om in hun eigen bestaansvoorwaarden te voorzien. Deze mensen zijn bijvoorbeeld dakloos of dreigen dakloos te worden, hebben geen geld om zichzelf van voedsel te voorzien, hebben geen inkomen of sociale contacten. Vaak hebben deze mensen te maken met meerdere problemen tegelijkertijd (multi-problematiek), zoals tekortschietende zelfzorg, sociaal isolement, vervuiling, huisvestingsproblemen, psychische problemen, verslavingsproblematiek en schuldproblematiek. Desondanks de grote problematiek van deze mensen krijgen zij niet de hulp die ze nodig hebben. Ze willen geen hulp of ze zijn wilsonbekwaam om de juiste zorg aan te vragen.

Deze situaties kunnen gemeld worden bij verschillende meldpunten van de OGGZ, waaronder de GGD-Drenthe. (57 vragen over de OGGZ, VNG uitgeverij, 2003)

Binnen verschillende hulpverleningsorganisaties en de gemeentes van Drenthe is in 2005 deze nieuwe vorm van hulpverlening ontstaan, de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg).

De OGGZ verleent bemoeizorg aan cliënten. Bemoeizorg is een eerste stap richting de reguliere hulpverlening. Deze zorg is kostenvrij en er is geen indicatie nodig. Cliënten binnen de OGGZ worden veelal door familieleden of buurtbewoners die zich zorgen maken aangemeld.

Vervolgens wordt er een casemanager aangesteld en volgt er een huisbezoek bij de desbetreffende cliënt. Door huisbezoeken af te leggen kan er bepaald worden welke vorm van hulpverlening nodig is in een situatie.

Zo ontstaat er de mogelijkheid om cliënten vrijwillig door te sluizen naar de reguliere hulpverlening. (Visiedocument GGD Drenthe en de OGGZ, juni 2008)

De basis van de organisatie is het OGGZ netwerk. Rondom dit OGGZ netwerk bestaat een groot aantal organisaties waar beroep op kan worden gedaan of die informatie kunnen leveren. Het geheel staat onder regie van de gemeente, die zich hierbij laat adviseren door een stuurgroep. De stuurgroep bestaat uit de directieleden of managers van de betrokken organisaties die zich aan het convenant hebben verbonden. (Visiedocument GGD Drenthe en de OGGZ, juni 2008/ 57 vragen over de OGGZ, VNG uitgeverij, 2003)

Het OGGZ netwerk bestaat uit deelnemers afkomstig uit de volgende organisaties (1^{ste} schil):

- Algemeen Maatschappelijk Werk
- Gemeente Sociale Dienst (Schulp hulpverlening)
- GGD Drenthe
- GGZ Drenthe
- Politie Drenthe
- RIBW Drenthe
- Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)
- Woningbouwcorporaties

Het *netwerk* (2^{de} schil) bestaat uit een groot aantal organisaties buiten het kernnetwerk. Met deze organisaties worden afspraken gemaakt over vaste contactpersonen. Deze contactpersonen zorgen voor de verdere interne communicatie, zodat duidelijk is wat er met signalen of doorverwijzingen is gebeurd.

Wat doet het meldpunt?

Het meldpunt OGGZ is tot stand gekomen, na een verzoek van een aantal gemeenten in Drenthe. Het meldpunt is voor mensen die meldingen willen doen over anderen in hun omgeving. Het gaat om mensen die problemen hebben, maar om verschillende redenen niet om de juiste zorg kunnen of willen vragen. Deze mensen vormen een risico voor zichzelf en/of hun omgeving. (Wolting, Aya, mei 2008)

Inwoners van de gemeenten die aangesloten zijn bij het meldpunt, maar ook professionals/hulpverleners die geconfronteerd worden met zorgwekkende situaties kunnen contact opnemen met het meldpunt. (Wolting, Aya, mei 2008)

Tijdens het meldgesprek legt de melder de situatie voor aan de medewerker van het meldpunt. De gegevens worden direct geregistreerd in de computer. De naam en telefoonnummer van de melder worden ook genoteerd, zodat er eventueel nog weer contact met de melder kan worden opgenomen. Er wordt tevens zorgvuldig omgegaan met de gegevens. Als melder kunt u erbij vermelden dat de melding anoniem blijft. Op deze manier wordt de relatie tot de desbetreffende cliënt niet geschaad. (Wolting, Aya, mei 2008)

De melding wordt besproken in het OGGZ netwerk van de desbetreffende gemeente. Daar wordt overlegd wat de beste aanpak is. Daarna wordt de cliënt thuis bezocht. Als de hulpverlener de situatie niet vertrouwt, kan de politie ingeschakeld worden om de woning te betreden. Verder wordt er in het netwerkoverleg de voortgang van de hulpverlening besproken. Als er meerder instanties tegelijk bij de hulp betrokken zijn vindt er afstemming plaats binnen het netwerkoverleg. (Wolting, Aya, mei 2008)

Wat is bemoeizorg?

Bemoeizorg is het bieden van hulp. Het kan voor komen dat deze hulp ongevraagd is. Deze hulp wordt geboden aan “zorgwekkende zorgmijders”. Rndom zorgwekkende zorgmijders bestaan grote zorgen. Zij kunnen of willen niet zelf om hulp vragen. Deze cliënten hebben veelal verslavingsproblemen, zijn geïsoleerd geraakt van de maatschappij, wonen in ernstig vervuilde woningen/omgeving, zijn slachtoffer van huiselijk geweld, ervaren psychische klachten en/of hebben schuldproblematiek.

Bemoeizorg is ‘zorg op maat’. Deze vorm van hulpverlening maakt gebruik van verschillende, op elkaar afgestemde methodieken en strategieën. (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005)

Binnen de bemoeizorg wordt er actief en outreachend gewerkt. Het OGGZ netwerk wacht niet af, maar zorgt ervoor dat geen enkele cliënt aan zijn of haar lot wordt overgelaten. Dat betekent: bemoeien, aanbellen, regelen, sturen en niet professioneel wachten tot het te laat is. Alle deelnemende partijen zijn bereid en in staat om outreachend te werken. (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005)

Bemoeizorg brengt ook dilemma’s met zich mee in de praktijk.

- Om vast te stellen of iemand tot de doelgroep zorgwekkende zorgmijder behoort wordt er informatie opgevraagd over de desbetreffende persoon met een groot aantal personen en instellingen. Omdat het nog niet vast staat of iemand een zorgwekkende zorgmijder is, kan het zijn dat de OGGZ informatie verzameld over iemand die helemaal geen zorgwekkende zorgmijder is.
- Om in contact te komen met een cliënt die is aangemeld bij het OGGZ netwerk worden er een flink aantal pogingen ondernomen. Deze flink aantal pogingen kunnen gaan lijken op het ‘stalken’ van iemand.
- Telefoonnummers van familieleden of vrienden worden opgezocht om enig contact mogelijk te maken.
- Als professioneel hulpverlener heb je een maatschappelijke verantwoording voor het welzijn van de mens. (Dr. Nuy, Marius, 2000)

Via de juridische weg kan de hulpverlening ook ingrijpen in een situatie van een zorgwekkende zorgmijder. Deze situaties zijn echter uitzonderlijk. Als het via de juridische weg nodig is om iemand in beeld te krijgen, wordt er een Rechterlijke Machtiging (RM) uitgesproken. De gevaren in de zin van RM zijn:

- Gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen.
- Gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat.
- Gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen.
- Gevaar dat betrokkene met zijn hinderlijke gedrag agressie van anderen zal oproepen.

Als er sprake is van een van deze gevaren, is er geen juridisch probleem aanwezig om onderzoek te doen naar de desbetreffende zorgmijder.

Binnen de bemoeizorg is het wel belangrijk dat er een balans is tussen het respecteren van iemands privacy en het bieden van goede zorg. Om deze balans te behouden moet de hulpverlener zich afvragen of er gevaren aanwezig zijn om een RM te kunnen aanvragen. Als deze gevaren aanwezig zijn mag de privacy van de cliënt geschaad worden. Als deze gevaren niet aanwezig zijn moet er worden gekeken of de cliënt aan de volgende drie criteria voldoet:

- Er is sprake van verloedering en verkommering als gevolg van een psychiatrische stoornis.
- De betreffende cliënt is tijdelijk zijn autonomie kwijt en er is hoop op herstel.
- De cliënt wil op geen enkele mogelijke manier samenwerken met de hulpverlening, terwijl de situatie zodanig ernstig is dat er hulpverlening nodig is.

Over het algemeen worden er weinig tot geen rechtelijke machtigingen aangevraagd voor een situatie. Maar als er sprake is van de drie bovenstaande criteria in een situatie mag de hulpverlening ook de privacy schenden. Desondanks blijft het schenden van de privacy een ethische kwestie. Verder zal er goed gerapporteerd moeten worden met wie er gesproken is en op welke manier er geen overeenkomst is met de cliënt. Als er acties worden ondernomen in een dergelijke situatie, moet er nauw overleg plaatsvinden met collega's, om je keuzes die je maakt te legitimeren.

(Dr. Nuy, Marius, 2000)

Hoe ziet de Drentse huisartsen structuur eruit?

Tijdens het onderzoek kwam ik erachter dat huisartsen in veel verschillende structuren werkzaam zijn. Deze structuren geven aan welke organisaties er zijn waarin huisartsen zoal werkzaam zijn. Door een duidelijk beeld te scheppen van de verschillende structuren is het overzichtelijk geworden met wie je contact op kunt nemen om in contact te komen met grote aantallen huisartsen.

Organisaties die bestaan binnen het werk veld van de huisartsen:

1. HOED, Huisartsen Onder Een Dak
2. Hagro, Huisartsengroep
3. DHV, District Huisartsenvereniging / RHV, Regionale Huisartsenvereniging
4. LHV, Landelijke Huisartsenvereniging

1. Een HOED is een samenwerkingsvorm van huisartsen. Er bestaan veel verschillende soorten HOED-en. Het is lastig om algemene kenmerken te noemen van een HOED. Meestal gaan huisartsen samen in een HOED uit praktische overwegingen zoals het kunnen delen van huisvesting, parkeerplaatsen en andere voorzieningen.

Huisartsen kunnen ook beslissen om samen te gaan in een HOED om zorginhoudelijke redenen. Huisartsen in een Hoed kunnen zich makkelijker specialiseren in een bepaald type zorg door de samenwerking met de andere huisartsen. Sommige huisartsen in HOED-en werken veel samen, anderen zijn alleen opzoek naar een gemeenschappelijke locatie. (64 vragen over de eerstelijnszorg, VNG uitgeverij, 2003)

2. Een Hagro is een organisatorisch verband van zelfstandig werkende huisartsenpraktijken. Deze huisartsenpraktijken zijn op verschillende locaties werkzaam. In een Hagro werken ongeveer 8 tot 10 huisartsen samen. Kerntaken van de huisartsengroep is de regeling van continuïteit van zorg in

geval van ziekte en vakantie van een huisarts. Ook voor de regeling van weekenddiensten om de medische inhoudelijke kwaliteit te bewaken. (64 vragen over de eerstelijnszorg, VNG uitgeverij, 2003)

3. Nederland is ingedeeld in 23 districten en in elk district is een DHV actief. De specifieke activiteiten per DHV verschillen, maar er zijn ook een aantal overeenkomsten. Een DHV is een vereniging die bestaat uit huisartsen die werkzaam zijn in hetzelfde district. De DHV is het eerste aanspreekpunt voor de individuele huisarts.
De huisartsen die werkzaam zijn in hetzelfde district bepalen samen het beleid van de DHV. De DHV biedt bijscholing aan de huisartsen en bieden facilitaire ondersteuning. Voor gemeenten is het erg belangrijk dat een goed aanbod aan huisartsenzorg in het district aanwezig is. De DHV speelt hierin een belangrijke rol. Zo hoort het ondersteunen bij samenwerking, opvolging en deskundigheidsbevordering tot de taken van de DHV.
De RHV heeft dezelfde doelstellingen als een DHV, maar dan toegespitst op hun regio.
De DHV en soms de RHV, is de voornaamste bron van informatie wanneer het gaat over de stand van zaken binnen de huisartsenzorg. Het is afhankelijk van de grootte van de gemeente of er sprake is van een DHV of een RHV. De DHV's hebben inzicht in zaken zoals praktijkgrootte van huisartsen in een gemeente. Verder hebben zij inzicht over bestaande samenwerkingswensen van huisartsen. (64 vragen over de eerstelijnszorg, VNG uitgeverij, 2003)
4. De LHV is een beroepsvereniging die zich sterk maakt voor belangen van de individuele huisarts en die van de beroepsgroep. De LHV staat voor een goede uitoefening van het huisartsenvak. Hiermee levert de LHV een bijdrage aan de kwaliteit en continuïteit van gezondheidszorg in Nederland. Het bestuur van de LHV bestaat uit de voorzitters van de 23 DHV's.
De beroepsvereniging heeft drie hoofdtaken:
 - Belangenbehartiging.
 - Dienstverlening aan haar leden.
 - Kwaliteitsbevordering.
 De meeste huisartsen, 90%, zijn lid van de LHV. (64 vragen over de eerstelijnszorg, VNG uitgeverij, 2003)

Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg.

De handreiking gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg is een belangrijk stuk theorie. Deze handreiking is van belang als je gegevens wilt uitwisselen over een cliënt/patiënt tussen verschillende hulpverleningsinstanties. In deze handreiking wordt er ook besproken wat je kunt doen als iemand geen toestemming geeft voor de gegevensuitwisseling. Om op een juiste manier gegevens uit te wisselen met huisartsen moet je op de hoogte zijn van deze handreiking.

Geen toestemming van de patiënt voor gegevensuitwisseling wat dan?

Binnen de bemoeizorg is de samenwerking tussen verschillende disciplines en organisaties belangrijk. Deze samenwerking kan ertoe leiden dat er persoonsgegevens worden uitgewisseld tijdens een overleg. (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005)

Het uitgangspunt van de gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg is dat de rechten van de cliënt, zoals deze in de wetgeving zijn neergelegd, worden gerespecteerd. Een beperking van de rechten van de cliënt wordt gezien als een uitzondering.

Er moet een goede reden zijn om in het kader van bemoeizorg over te gaan tot een tijdelijke beperking van de rechten van de cliënt. Als hulpverleners overgaan tot de beslissing om de rechten van de cliënt tijdelijk te beperken zal het altijd moeten gaan om een dringend gezondheidsbelang van de cliënt. In deze situaties kan het zijn dat het dringend gezondheidsbelang van de cliënt gepaard gaat met ernstige overlast die hij veroorzaakt voor anderen. Binnen de bemoeizorg wordt het gezondheidsbelang getypeerd als; ernstig nadeel voor de gezondheid van de cliënt of reële vrees daarvoor. Binnen de bemoeizorg kan het ook zijn dat cliënten wilsonbekwaam zijn. Als cliënten wilsonbekwaam zijn wordt er toestemming gevraagd aan een eventuele vertegenwoordiger van de cliënt, voor inzage en verstrekken van zijn/haar persoonsgegevens. (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005)

Instanties die persoonsgegevens verstrekken zonder toestemming van de cliënt, moeten er altijd voor zorgen dat er aantekeningen worden bijgehouden van de verstrekte informatie. Ze moeten er ook bij vermelden waarom ze de cliënt niet hebben geïnformeerd over de gegevensverstrekking. Deze aantekeningen worden in het dossier van de desbetreffende cliënt opgenomen. Als er gegevens worden verstrekt zonder dat de cliënt dit weet, mogen er alleen relevante gegevens worden verstrekt. (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005)

Het doel van de gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg:

“Het zo vroeg mogelijk signaleren en eventueel ingrijpen in een situatie. Dit om te voorkomen dat de problemen van een zorgwekkende zorgmijder en/of de overlast die

door hem wordt veroorzaakt niet zal toenemen. Om betrokkene adequaat te kunnen helpen, moeten de activiteiten van de betrokken instanties zo goed mogelijk op elkaar worden afgestemd en moeten afspraken worden gemaakt over de aanpak in een bepaalde situatie. Het uitwisselen van bepaalde persoonsgegevens is daarbij onvermijdelijk". (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005)

Soms is het belangrijk om dat een hulpverlener zich niet aan zijn zwijgplicht houdt, maar juist actie onderneemt. Als een hulpverlener zich niet aan zijn zwijgplicht houdt is de prioriteit van 'goede' zorg groter dan de prioriteit van de zwijgplicht. (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005)

Het model dat nader wordt beschreven kan van belang zijn bij het informeren van huisartsen over de OGGZ. Het model geeft weer wat de beïnvloeding van een boodschap kan doen met het gedrag van de ontvanger. (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005)

Het Elaboration Likelihood Model.

In dit model worden twee typen beïnvloeding onderscheiden: de centrale route en de perifere route.

Bij de centrale route wordt de ontvanger beïnvloedt door de boodschap. Hij beoordeelt alle argumenten die in de boodschap staan en slaat de boodschap op in zijn geheugen.

Bij de perifere route wordt de ontvanger niet beïnvloedt door de inhoud, maar wel door de vorm van de boodschap. De ontvanger is op dat moment niet gemotiveerd om de inhoud van de boodschap cognitief te verwerken. Het is ook mogelijk dat de ontvanger niet in staat is de inhoud van de boodschap cognitief te verwerken, doordat hij/zij wordt afgeleid door andere werkzaamheden.

De beïnvloeding via de centrale route blijft langer in het geheugen kleven dan de beïnvloeding via de perifere route. Bij de centrale route vindt er vaak een cognitieve verandering plaats. De boodschap wordt geaccepteerd en wordt opgeslagen in het geheugen. Of de boodschap perifeer of centraal wordt verwerkt kan situationeel bepaald zijn. Als de ontvanger op het moment van het ontvangen van de boodschap wordt afgeleid is de kans op perifere verwerking groter, want de ontvanger heeft niet de kans om aandacht te schenken aan de boodschap. Hierdoor wordt de boodschap niet opgeslagen in het geheugen.

Als je wilt dat een boodschap centraal wordt verwerkt door de ontvanger is het belangrijk dat de ontvanger enige persoonlijke relevantie heeft met het onderwerp van de boodschap. Door een grote mate van persoonlijke betrokkenheid van de ontvanger neemt de motivatie van de ontvanger toe tot het opslaan van de boodschap in zijn/haar geheugen. (Schellens, Peter Jan, e.a. 3de druk 2002)

Vanuit het Elaboration Likelihood Model wordt het duidelijk dat het belangrijk is om de aandacht te trekken van mensen zodat de boodschap die je brengt cognitief verwerkt wordt. Om de OGGZ onder de aandacht te brengen van de huisartsen is het van belang dat de huisartsen enige persoonlijke relevantie hebben met de

boodschap. Een middel wat hiervoor goed gebruikt kan worden is de officiële brief (zie bijlage 1). Deze brief wordt per post aangeleverd en bevat informatie over een patiënt van de desbetreffende huisarts. Doordat het informatie bevat over een patiënt, heeft de huisarts enige persoonlijke relevantie bij de boodschap. Doordat de huisarts enige persoonlijke relevantie bij de boodschap van de OGGZ heeft bestaat er een grotere kans dat de huisarts contact opneemt met de OGGZ en op deze manier meer te weten komt over de OGGZ.

Algemene aspecten van gedragsverandering door voorlichting.

De algemene aspecten van gedragsverandering door voorlichting die nader worden beschreven kunnen bijdragen aan een gedragsverandering van de huisartsen. Om de OGGZ onder de aandacht te brengen van de huisartsen kan de theorie over gedragsverandering door voorlichting helpen om helder voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen.

De effectiviteit van voorlichting is afhankelijk van de mate waarin voorlichters erin slagen om de voorlichting onder de aandacht te brengen van de doelgroep, en de mate waarin zij erin slagen om hun voorlichtingsboodschap op een begrijpelijke wijze over te brengen. Daarnaast is voorlichting effectiever naarmate voorlichters er beter in slagen om de voorlichting af te stemmen op individuele wensen, behoeften en problemen. (Brug, Johannes e.a. 6^{de} druk 2008)

Een cruciaal onderdeel van alle voorlichtingen is het tot stand brengen van communicatie. Voorlichting zal geen effect hebben als niemand eraan wordt blootgesteld, niemand er belangstelling voor heeft, of niemand de boodschap begrijpt of serieus neemt. Dit betekent dat voorlichters altijd ervoor moeten zorgen dat ze de aandacht trekken, dat ze serieus genomen worden en dat ze worden begrepen. Of iemand aandacht heeft voor een voorlichtingsboodschap is afhankelijk van de mate waarin hij of zij zich betrokken voelt bij het onderwerp van de voorlichting. Mensen die betrokken zijn bij een bepaald onderwerp, zullen actief op zoek gaan naar informatie en gemotiveerd zijn om deze informatie zorgvuldig tot zich te nemen en erover na te denken, dit noemen ze ook wel actieve informatieverwerking. Zijn mensen echter niet betrokken, dan zullen zij de informatie meer globaal tot zich te nemen, een passieve verwerking. Beide manieren van informatieverwerking kunnen gedragsverandering tot gevolg hebben, maar over het algemeen leidt een actieve informatieverwerking tot de meest stabiele en langdurige veranderingen. Het is dan ook belangrijk om als voorlichter mensen aan het denken te zetten.

Een aantal richtlijnen om een actieve informatieverwerking tot stand te brengen:

- Presenteer de voorlichtingsboodschap op een ongebruikelijke, nieuwe manier.
- Presenteer een afwijkende of onverwachte boodschap.
- Gebruik expliciete, persoonlijke verzoeken om aandacht aan de boodschap te besteden. (Brug, Johannes e.a. 6^{de} druk 2008)

Voorlichting zal het beste werken wanneer de boodschap specifiek is toegesneden op individuele problemen, wensen en behoeften. Een nadeel van een dergelijke

geïndividualiseerde benadering is echter dat het onmogelijk is om iedereen met een probleem via individuele voorlichting te bereiken.

Tailoring is een methodiek om voorlichting op maat te bewerkstelligen, zonder dat de voorlichting tot individuele hulpverlening leidt. Tailoring is de ontwikkeling van voorlichtingsprogramma's die zijn afgestemd op de ideeën, wensen en behoeften van de verschillende individuen in de doelgroep.

Tailoring is alleen effectief wanneer er een duidelijke relatie is tussen bepaalde individuele wensen en behoeften en de effectiviteit van de voorlichtingsboodschap. Mensen zijn meer geneigd om informatie goed tot zich te nemen naarmate de boodschap beter is afgestemd op de overwegingen die voor hen relevant zijn, dit vergroot de kans op effectieve gedragsverandering.

Het principe tailoring kan ook worden toegepast op veranderingen in organisaties. (Brug, Johannes e.a. 6^{de} druk 2008)

Populaire methodieken in voorlichtingsprogramma's om centrale verwerking van informatie te stimuleren zijn actief leren, participatie en persoonlijke relevantie tot het onderwerp.

Wanneer mensen onbekend zijn met een onderwerp of wanneer zij het idee hebben dat het onderwerp niet voor hen relevant is, zullen zij geen aanleiding zien iets te ondernemen. Een belangrijke taak van de voorlichter is dan ook om ervoor te zorgen dat de doelgroep het belang van het onderwerp inziet. (Brug, Johannes e.a. 6^{de} druk 2008)

Het is duidelijk dat voorlichters die gebruik willen maken van overredende communicatie, een goed inzicht dienen te hebben in de veronderstellingen die de doelgroep heeft over de verschillende voor- en nadelen van het onderwerp. Bij dit alles is het van belang ervoor te waken dat de voorlichtingsboodschap niet te veel afwijkt van de opvattingen van de doelgroep. Als de boodschap te veel afwijkt van de opvattingen van de doelgroep kan er discrepantie optreden. Discrepantie kan ertoe leiden dat de boodschap niet wordt geaccepteerd. De relatie tussen discrepantie en acceptatie is afhankelijk van de betrokkenheid van de doelgroep bij het onderwerp in kwestie en van de mate waarin de doelgroep de berichtgever accepteert als een betrouwbare voorlichtingsbron. (Brug, Johannes e.a. 6^{de} druk 2008)

Bij het Elaboration Likelihood Model werd verteld dat persoonlijke relevantie tot het onderwerp van belang kan zijn als de voorlichter cognitieve verwerking van de boodschap tot stand wil brengen bij de ontvangers.

Een eerste stap is het verstrekken van de officiële brief. De huisartsen hebben enige persoonlijke relevantie met de brief en kunnen overgaan tot het zoeken van contact met de OGGZ. Een vervolg op de brief kan een voorlichting zijn aan huisartsen.

Huisartsen zijn op dat moment deels ingelicht over de OGGZ d.m.v. de brief.

Hierdoor kan de kans op centrale verwerking van de boodschap groter zijn en wordt er een geslaagde voorlichting gegeven.

Hoe zoekt de huisarts literatuurgegevens bij problemen van patiënten?

Deze theorie zal toelichten hoe huisartsen literatuurgegevens zoeken bij problemen van patiënten. Door deze zoekmethoden weer te geven, is het duidelijk wat huisartsen prettige manieren vinden van het krijgen van informatie en informatie uitwisseling.

Uit internationaal literatuuronderzoek over de periode 1975-1992 is gebleken dat huisartsen informatie krijgen door persoonlijke contacten met collega's, gevolgd door het raadplegen van boeken en tijdschriften. Huisartsen raadpleegden zelden elektronische gegevensbestanden. Internet was rond 1975- 1992 nog niet aan de orde. De huisarts zoekt op slechts een beperkt deel van zijn vragen een antwoord. De huisarts raadpleegt in eerste instantie nog steeds collega's en gedrukte bronnen. (Huisarts en Wetenschap, 46, 2003)

Huisartsen krijgen op 70 tot 80% van hun vragen bevredigend antwoord door raadpleging van collega's, gedrukte bronnen of elektronische gegevensbestanden. Huisartsen ervaren problemen met de formulering van een goede zoekvraag, met het vinden van een optimale zoekstrategie en met de interpretatie van gevonden evidence. (Huisarts en Wetenschap, 46, 2003)

Huisartsen zoeken voor een beperkt gedeelte antwoord op hun vragen. Deze antwoorden proberen ze via hun collega's te krijgen of d.m.v. gedrukte bronnen. Deze werkwijze is door de jaren heen niet veranderd. Ondanks dat de huisartsen meer beschikking en toegankelijkheid hebben van elektronische informatiebronnen, zoals internet en mail.

Volgens de huisartsen is het grootste probleem dat het zoeken en vinden van informatie erg veel tijd kost. Een ander probleem is dat huisartsen hun zoekvraag moeilijk kunnen formuleren. Hierdoor wordt het moeilijker om een juist antwoord op hun vraag te krijgen. (Huisarts en Wetenschap, 46, 2003)

Uit deze gegevens wordt het duidelijk dat huisartsen alsnog moeite hebben met internet. Over het algemeen vinden huisartsen het prettig om contact te hebben via de telefoon of per post. Om de OGGZ onder de aandacht te brengen van de huisartsen is het een minder goede optie om informatie te zenden via de mail. Volgens dit artikel is een betere manier om via de post informatie uit te wisselen of in direct contact komen te staan met de huisartsen.

Methode

Onderzoeksgroep:

Het onderwerp van mijn onderzoek is om een duidelijk beeld te krijgen hoe huisartsen benaderd kunnen worden door de OGGZ. De juiste benadering kan er wellicht voor zorgen dat er een interactie of samenwerking tot stand wordt gebracht. Het onderzoek richt zich op de interactie tussen de OGGZ en de huisartsen in Zuid Oost Drenthe.

Voor het onderzoek had ik de meningen van meerdere huisartsen nodig. Om deze meningen te krijgen heb ik in samenwerking met een onderzoeker van de Hogeschool Windesheim en een Sociaal Verpleegkundige van de GGD Drenthe die betrokken is bij de OGGZ, een enquête opgesteld die naar 70 huisartsen is verstuurd in Zuid Oost Drenthe.

Ik heb ervoor gekozen om het onderzoek te richten op de regio Zuid Oost Drenthe. Mijn opdrachtgever is in deze regio werkzaam is en heeft de vraag opgewekt voor mijn onderzoek.

Onderzoeksontwerp:

Voor meer informatie en het tot stand brengen van een methode is er vooronderzoek verricht. Er is vooronderzoek verricht door middel van het bijwonen van voorlichtingen aan huisartsen in opleiding. Tijdens deze voorlichtingen heb ik geobserveerd en vragen gesteld aan de huisartsen in opleiding. Hiermee heb ik af kunnen leiden dat er weinig bekendheid bestaat over de OGGZ en dat er een groot verschil aanwezig is over de werkwijze van de huisarts. De ene huisarts besteedt veel tijd en aandacht aan zijn patiënten en gaat ook op huisbezoeken, maar er zijn ook huisartsen die van mening zijn dat de patiënt bij hen moeten komen en geen huisbezoeken gaat afleggen. Dit fenomeen is duidelijk geworden tijdens de voorlichtingen aan huisartsen in opleiding. Iedere huisarts in opleiding heeft stage gelopen bij een andere praktijk en ze gaven veel verschillende ervaringen weer over het werkveld.

Door middel van het vooronderzoek ben ik tot de conclusie gekomen om een enquête te gaan gebruiken om in contact te komen met de huisartsen. De enquête is een middel om via een korte weg bepaalde vragen beantwoord te krijgen.

Na aanleiding van het vooronderzoek heb ik gerichter vragen op kunnen stellen in mijn enquête en is het duidelijker geworden hoe de huisartsen werken en welke middelen hun aanspreekt qua informatieverstrekking.

Naast de enquêtes zijn er diepte interviews gehouden met drie huisartsen. Deze huisartsen hebben zelf een melding gedaan bij de OGGZ over hun patiënt.

Meetinstrumenten:

De enquête is tot stand gekomen nadat ik in contact ben gekomen met de voorzitter van een HAGRO groep. De voorzitter heeft mij geholpen bij het versturen van de enquêtes onder de huisartsen. Hij heeft contacten gelegd met de Drentse huisartsen vereniging voor het verspreiden van de enquête onder huisartsen in Zuid Oost Drenthe.

De enquête is meerdere malen aangepast. Ik heb samen met mijn Leraar en Sociaal verpleegkundige, gekozen voor een korte vragenlijst, waardoor het onderzoek weinig tijd in beslag heeft genomen van de huisartsen. Een lange vragenlijst kan de huisartsen misschien ook afschrikken. Een lange vragenlijst neemt meer tijd in beslag van de huisartsen. Huisartsen hebben weinig tijd en hebben waarschijnlijk geen tijd om een lange vragenlijst in te vullen. Hiervoor moesten er wel keuzes worden gemaakt. Er zijn keuzes gemaakt in de manier van vraagstelling. Er zijn geen meerkeuze vragen opgenomen in de enquête, omdat wij zoveel mogelijk de mening van de huisarts wil achterhalen. Als er meerkeuze vragen worden gesteld heb je de kans dat je het antwoord stuurt van diegene in de richting die je zelf wilt.

Verder hebben we ervoor gekozen om een aantal vragen te laten beantwoorden met een cijfer. In eerste instantie hadden wij ervoor gekozen om de huisarts een rapportcijfer te laten geven, maar na erover te hebben gediscussieerd zijn we erover eens geworden dat een rapportcijfer kan afschrikken. Een rapportcijfer kan als kinderachtig worden ervaren. Hierdoor hebben we het woordje "rapportcijfer" veranderd in het geven van een "cijfer op de schaal van 1 t/m 10".

Door veel discussies te voeren over de vragen die er gesteld worden is er uiteindelijk een definitieve enquête opgesteld die verzonden kan worden naar 70 huisartsen in Zuid Oost Drenthe.

De enquête wordt via de mail verstuurd, zodat de huisartsen hem direct in kunnen vullen en terug kunnen sturen, maar de enquête wordt ook bijgevoegd als bijlage, waardoor ze de mogelijkheid krijgen om hem uit te printen en op te sturen per post.

Nadat de enquête was gemaakt ben ik samen met de onderzoeker van het Windesheim en de sociaalverpleegkundige van de GGD Drenthe tot de conclusie gekomen om interviews te houden met enkele huisartsen. De interviews geven meer diepgang aan mijn onderzoek.

Uit de gegevens van de GGD Drenthe is namelijk gebleken dat er enkele huisartsen zijn die een melding hebben gedaan bij de OGGZ. Nu is mijn vraag hoe deze huisartsen te weten zijn gekomen van het bestaan van de OGGZ? Hoe hebben ze het contact met de OGGZ ervaren? En welke middelen er zijn om in contact te komen met de huisartsen?

Het doel van de interviews is om een duidelijk beeld te krijgen van de bekendheid van de OGGZ onder de huisartsen. En hoe huisartsen benaderd willen worden voor informatie uitwisseling.

Voor het interview heb ik een indeling gemaakt. Door deze indeling geef ik richtlijnen aan mijn interview, zodat ik gericht het interview kan afnemen. (Zie bijlage 2)

Het interview heeft in totaal ongeveer 15 à 20 minuten van de tijd van de huisartsen in beslag genomen. Door het interview niet langer dan 15 à 20 minuten te laten duren, kost het weinig tijd van de huisarts. De mogelijkheid om een interview af te kunnen nemen bij huisartsen is hierdoor groter geworden. Het is hierdoor groter geworden, omdat een interview van 15 à 20 minuten in het rooster van de huisartsen past. Een consult bij de huisarts duurt namelijk ook 15 à 20 minuten.

Binnen het kader van het OGGZ netwerk heb ik een brief geïntroduceerd die in Friesland is ontwikkeld. Deze brief zal gaan fungeren als een officiële brief gericht aan de huisartsen. Deze brief bevat informatie over de OGGZ en zal de huisarts inlichten over het feit dat zijn patiënt in het OGGZ netwerk besproken en behandeld wordt.

De doelstelling van de brief is om de OGGZ onder de aandacht te brengen bij de huisartsen en een eerste stap van interactie te ontwikkelen.

Helaas is er geen verdere achtergrond informatie over het ontstaan van de brief te achterhalen. Na meerdere contact personen uit Friesland te hebben benaderd ben ik erachter gekomen dat de brief in Friesland niet wordt gebruikt binnen de Netwerken.

Analyse

Met behulp van kleurencodering heb ik verbanden kunnen aanbrengen tussen de antwoorden. De antwoorden op de vragen hebben een kleur gekregen. Door de antwoorden kleuren te geven kon ik dezelfde antwoorden bij elkaar plaatsen.

Via microsoft Excel heb ik handmatig de antwoorden ingevoerd. Met deze antwoorden is een tabel ontstaan die duidelijk de percentages weergeeft. Het geeft de percentages aan over de bekendheid van de OGGZ onder de huisartsen, welk cijfer de huisartsen geven aan de officiële brief e.d.

De uitkomsten van de interviews heb ik op dezelfde wijze geanalyseerd. Hier heb ik weer gebruik gemaakt van kleurencodering, zodat dezelfde antwoorden aan elkaar gekoppeld konden worden en gekoppeld konden worden aan de deelvragen.

Al deze resultaten zijn opgenomen in het hoofdstuk Resultaten. In dit hoofdstuk zijn de tabellen zichtbaar en in de bijlage is een volledige uitwerking van de resultaten te vinden.

Betrouwbaarheid en validiteit

De totale populatie waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd betrof 70 huisartsen in Zuid Oost Drenthe. Dit zijn alle huisartsen die in Zuid Oost Drenthe werkzaam zijn. Helaas hebben van die 70 huisartsen maar 9 huisartsen gereageerd op de enquête. Uiteindelijk heeft er maar 6% van de huisartsen gereageerd.

Door deze lage teruggave van de enquête heb ik mij afgevraagd waarom de huisartsen niet reageren op de enquête. Ik heb contact opgenomen met 10 huisartsen praktijken in Zuid Oost Drenthe. Deze praktijken heb ik de vraag gesteld waarom er zo weinig respons is geweest op mijn enquête. De doktersassistenten konden mij met deze vraag niet helpen. Maar naast de enquêtes heb ik drie interviews gehouden met huisartsen die zelf een melding hebben gedaan bij de OGGZ. Binnen deze interviews heb ik de mogelijkheid gehad om de huisartsen de vraag te stellen over het lage respons gehalte op de enquêtes. De huisartsen konden mij vertellen dat een onbekend onderwerp niet de eerste prioriteit aanneemt van de huisartsen. Huisartsen krijgen daarbij veel enquêtes toegestuurd en hebben daar en tegen weinig tijd om erop te reageren.

Doordat de huisartsen te weinig tijd hebben en een enquête niet hun eerste prioriteit is, is er weinig respons geweest op mijn enquête.

De enquêtes die wel zijn retour gezonden bevatten heel duidelijke antwoorden en uit de interviews zijn de antwoorden uit de enquêtes bevestigd en verder uitgediept.

Door de lage respons kan ik geen uitspraak doen voor de gehele populatie. Maar met de enquête en de interviews die zijn gehouden heb ik kunnen meten wat ik wilde meten. Met de uitkomsten van mijn onderzoek kan ik gerichte aanbevelingen doen t.a.v. mijn opdrachtgever.

Resultaten

In bijlage 3 zijn de resultaten volledig beschreven.

1. Wat weten de huisartsen al over de OGGZ?

Enquête

Tijdens mijn onderzoek heb ik onder 70 huisartsen in Zuid Oost Drenthe enquêtes verstuurd. Helaas zijn er van de 70 enquêtes maar 9 retour gezonden. Uit deze 9 enquêtes is het duidelijk geworden dat huisartsen niet bekend zijn met de OGGZ en er zelfs nog nooit van gehoord hebben. Wel hebben huisartsen enig contact met andere bestaande organisaties, zoals het maatschappelijk werk, de GGZ, Leger des Heils e.d.

Interview

Naast de enquêtes zijn er drie interviews afgenomen met huisartsen uit Zuid Oost Drenthe. Uit de gegevens van het OGGZ meldpunt is gebleken dat deze huisartsen zelf een melding hebben gedaan over een patiënt.

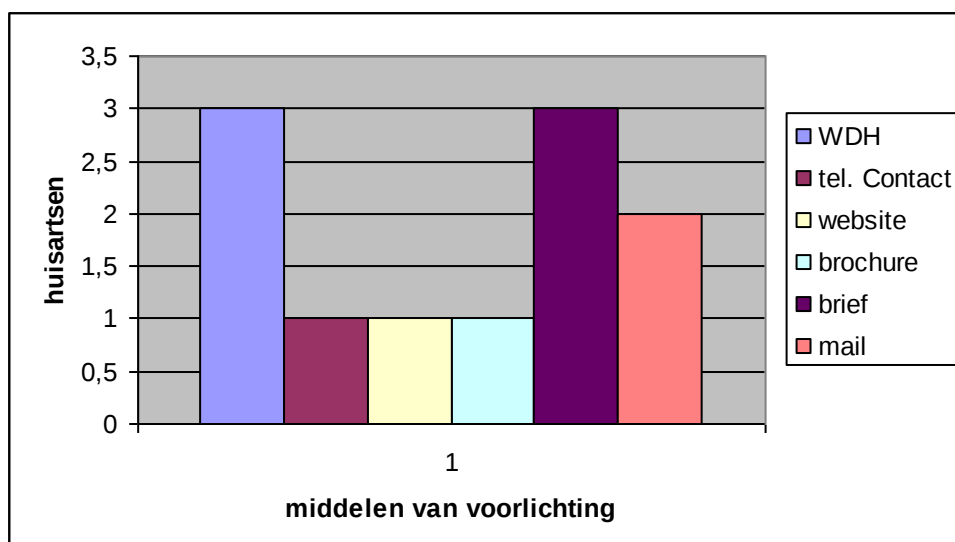
Tijdens de interviews werd het echter duidelijk dat deze huisartsen niet bekend zijn met de OGGZ. Hun melding is via hun assistentes, het maatschappelijk werk of de sociale dienst verlopen.

De huisartsen proberen zorgwekkende zorgmijders wel te motiveren voor zorg. Daarnaast proberen ze toch zorg te organiseren rondom deze patiënt. Veelal gaan ze in overleg met het maatschappelijk werk of ze laten hun assistente de juiste zorg regelen rondom de patiënt.

2. Op welke manieren kun je de huisarts het beste benaderen?

Enquête

In de enquêtes is er de vraag gesteld hoe huisartsen het beste benaderd kunnen worden. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk en de huisartsen hebben de volgende antwoorden gegeven.



De meeste huisartsen zien de voorlichting over de OGGZ het liefste gebeuren tijdens een WDH. Ze geven ook aan dat de brief (zie bijlage 2) een goede manier is van voorlichten. Huisartsen zijn enthousiast over het idee van de officiële brief. Deze vorm van voorlichting/informatieverstrekking spreekt de huisartsen erg aan.

Interview

Tijdens de interviews is zijn er ook vragen gesteld over de manieren van benadering en informatie uitwisseling. Tijdens de interviews hebben de huisartsen aangegeven dat ze benaderd willen worden via:

- Telefonisch contact
- Mail
- Per post (schriftelijk)

Tijdens de interviews hebben alle drie de huisartsen ook aangegeven dat ze de officiële brief die de huisarts inlicht over zijn patiënt die is aangemeld bij de OGGZ, een goede manier van informatie uitwisseling vinden. Als er duidelijk wordt aangegeven wie het contact persoon is bij de OGGZ, vinden de huisartsen deze manier erg bruikbaar.

Uit de interviews kan worden verondersteld dat huisartsen het meeste baat hebben bij voorlichtingen over de OGGZ. Deze voorlichtingen zouden volgens de huisartsen plaats kunnen vinden tijdens de Drentsche nascholing en WDH (Werkgroep Deskundigheidsbevordering).

Daarnaast geven de huisartsen aan dat een website speciaal over de OGGZ een goed middel is om de OGGZ onder de aandacht te brengen bij de huisartsen. Huisartsen hebben namelijk weinig tijd. Tijdens eventuele pauzes hebben de huisartsen de mogelijkheid om gauw even te surfen op het internet. Als er een website ontwikkeld is over de OGGZ kan de huisarts snel en eenvoudig informatie inwinnen over dit onderwerp.

Verder werd het duidelijk dat er in de praktijk, dorp of stad ook verschillende vormen van informatie uitwisseling plaatsvinden.

In de praktijk wordt informatie uitgewisseld via:

- Foldermateriaal
- De dorpskrant
- Posters
- Brieven
- Telefonisch
- Post
- Mail
- Website

3. *Wat vinden huisartsen belangrijk bij het uitwisselen van informatie/kennis?*

Enquête

De huisartsen hebben via de enquête duidelijk gemaakt dat de brief (zie bijlage 2) een goede manier is van informatieverstrekking. Huisartsen zijn enthousiast over het idee van de officiële brief. Deze vorm van informatieverstrekking spreekt de huisartsen erg aan. Daarnaast willen ze zo min mogelijk informatie binnen krijgen. De huisartsen geven aan dat ze al veel informatie ontvangen over allerlei onderwerpen binnen de zorg. Zij zouden de informatiestroom zo beperkt mogelijk willen houden. De informatie moet dus kort en bondig zijn en telefonisch contact werkt ook altijd goed voor de huisartsen.

Interview

Tijdens de interviews is er de ruimte geweest om duidelijk in beeld te krijgen wat huisartsen belangrijk vinden bij het uitwisselen van informatie. Alle drie de huisartsen vinden het belangrijk dat de informatiestroom zo klein mogelijk wordt gehouden. Huisartsen krijgen tegenwoordig veel informatie in de vorm van enquêtes, folders, brochures e.d. deze stroom van informatie is zo groot dat huisartsen niet alles kunnen lezen. Als het noodzakelijk is dat huisartsen per post of per mail informatie moeten ontvangen, moet deze informatie zo beknopt mogelijk worden weergegeven. De huisartsen geven aan dat de makkelijkste manier van informatie uitwisseling, per telefoon is.

Om een nieuw onderwerp in de zorg onder de aandacht te brengen onder de huisartsen is het geven van een korte duidelijke voorlichting de makkelijkste weg. In de enquêtes geven 3 van de 9 huisartsen aan dat voorlichtingen plaats kunnen vinden tijdens Drentsche Nascholingsdagen of bestaande overleggen van huisartsen, zoals de overleggen van de WDH of de DHV.

Tijdens de interviews geven alle drie de huisartsen aan dat ze wel baat hebben bij voorlichtingen. Ook zeggen zij heel duidelijk dat deze voorlichtingen plaats moeten vinden tijdens bestaande overleggen, zoals een overleg van de WDH of de DHV.

Conclusie en aanbevelingen

De onderzoeksvraag van mijn onderzoek luidde: “Hoe kan de OGGZ huisartsen uit Drenthe bij de OGGZ betrekken?”

Ik heb tijdens het onderzoek de meningen van huisartsen in kaart kunnen brengen met betrekking tot informatie uitwisseling, de bekendheid van de OGGZ en wat huisartsen belangrijk vinden bij het uitwisselen van informatie.

Conclusie

Uit het onderzoek is gebleken dat huisartsen moeilijk te bereiken zijn. In tegenstelling tot de verwachting van een hoge respons is er weinig respons geweest op de enquête. De enquête is verspreid onder 70 huisartsen in Zuid Oost Drenthe. Volgens een contactpersoon, die zelf een huisarts is, zou de respons op de enquête redelijk hoog liggen. Uiteindelijk is de respons relatief laag gebleven. Er hebben maar 9 van de 70 huisartsen gereageerd op de enquête. Naar aanleiding van het lage respons gehalte op de enquête heb ik aan enkele huisartsen de vraag gesteld hoe het mogelijk is dat het responsgehalte relatief laag is gebleven. Het antwoord op deze vraag is dat huisartsen het erg druk hebben en niet reageren op mailverkeer als het onderwerp hen niet bekend voor komt. Tevens krijgen de huisartsen veel enquêtes binnen en het is voor hen niet mogelijk om al deze enquêtes in te vullen.

Uit het onderzoek is ook gebleken dat de meerderheid van de huisartsen in Zuid Oost Drenthe niet van het bestaan van de OGGZ afweten. De huisartsen weten niet waar de afkorting OGGZ voor staat. Tevens weten de huisartsen niet wat voor soort hulpverlening de OGGZ allemaal kan bieden.

Om de OGGZ onder de aandacht te brengen van de huisartsen is er de mogelijkheid tot het geven van voorlichtingen. Huisartsen zouden graag een voorlichting willen krijgen over de OGGZ. Deze voorlichtingen zullen plaats moeten vinden in bestaande overleggen van huisartsen. Als de voorlichting gegeven kan worden tijdens bestaande overleggen, zijn de huisartsen niet verplicht om nog meer extra tijd te besteden aan een onderwerp naast hun andere drukke werkzaamheden. Naast het geven van voorlichtingen is het opzetten van een website over de OGGZ een goede manier van het aanbieden van informatie. Huisartsen hebben aangegeven dat zij een erg drukke baan hebben. Als de huisarts eventueel een paar minuten tijd heeft gat hij/zij al gauw rond surfen op het internet. Ieder huisarts heeft namelijk een persoonlijke computer ter gebruik. Als er een website beschikbaar is over de OGGZ kan de huisarts snel en eenvoudig informatie inwinnen over de mogelijkheden van de OGGZ.

De officiële brief die huisartsen kunnen gaan ontvangen over hun patiënt die is aangemeld bij de OGGZ, vinden huisartsen een goede manier van informatie verstrekking. Deze manier is duidelijk, kort en bondig.

Het verstrekken van informatie over de OGGZ aan huisartsen is het belangrijk om de informatiestroom zo klein mogelijk te houden. Huisartsen geven aan dat ze de

voorkeur hebben voor telefonisch contact. Dit contact is direct en kan snel afgehandeld worden. Een enkele huisarts geeft aan dat hij informatie over de mail zou willen ontvangen. Deze informatie moet tevens kort en bondig zijn, zodat de huisarts snel kan zien waar het over gaat en eventueel kort antwoord op kan geven. Sommige huisartsen vinden het mailverkeer minder prettig, omdat het verstrekken van informatie over patiënten niet altijd even veilig gebeurt. Verder vinden huisartsen het verstrekken van informatie per post een juiste wijze van informatie verstrekking. Deze informatie per post moet ook weer miniem blijven. Huisartsen krijgen namelijk veel informatie binnen van verschillende soorten bedrijven, hulpverleningsinstanties en dienstverlenende instanties.

Aan de hand van het onderzoek kan ik concluderen dat de bekendheid van de OGGZ bij de meerderheid van de huisartsen niet aanwezig is. Huisartsen willen daar en tegen graag een voorlichting krijgen over de OGGZ. De huisartsen staan ook positief tegenover het instellen van de officiële brief.

Aanbevelingen

Vanuit de conclusies kan ik de OGGZ een aantal aanbevelingen doen:

Om huisartsen te bereiken en voor te lichten over de OGGZ, kunnen OGGZ werknemers voorlichtingen geven tijdens:

- Bestaande overleggen van een WDH, DHV, RHV, LHV of een HOED. Om alle huisartsen in Zuid Oost Drenthe te benaderen is het geven van een voorlichting tijdens de Drentsche Nascholingsdagen een goede manier om veel huisartsen in een keer te bereiken.

Het verstrekken van informatie aan huisartsen kan op veel verschillende manieren gebeuren. Huisartsen geven de voorkeur aan:

- Het verstrekken van informatie via de officiële brief.
- Telefonisch contact opnemen met de huisartsen.
- Minieme, kort en bondige noodzakelijke informatie per post of mail.

Eventueel vervolgonderzoek:

- Binnen de OGGZ netwerken gebruik maken van de officiële brief.
- Aan de hand van de brief kan de OGGZ gaan kijken hoe de huisartsen deze manier van informatie uitwisseling vinden als het eenmaal in praktijk is gebracht.

Wat kan er beter aan mijn eigen onderzoek?

Tijdens het onderzoek heb ik gebruik gemaakt van een officiële brief voor huisartsen afkomstig uit Friesland. Deze brief zou gebruikt worden binnen de sociale teams in Friesland om de huisartsen op de hoogte te brengen van hun patiënt die behandeld wordt in de sociale teams. Ik was in de veronderstelling dat er in Friesland al onderzoek was geweest naar het contact tussen de sociale teams en de huisarts. Na

lang zoeken kwam ik erachter dat ze in Friesland niet bezig zijn geweest met zo'n soort onderzoek. Tevens werken de sociale teams niet met de officiële brief. Hierdoor heb ik geen informatie kunnen geven over het ontstaan van de brief.

Verder had ik tijdens mijn onderzoek beter kunnen kiezen voor meerdere interviews in plaats van de enquêtes. Door het relatief lage respons van de enquêtes heb ik maar een aantal meningen van de huisartsen terug gekregen. Ik kan in het rapport dus niet spreken voor alle huisartsen. Dit maakt dat het onderzoek minder betrouwbaar is, maar niet minder bruikbaar.

Literatuurlijst:

Boek

- ➔ Brug, Johannes, Assema, v. Patricia, Lechner, Lilian (6de druk 2008). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: Van Gorcum.
- ➔ Dr. Nuy, Marius (2000). Zorgcoördinatie, casemanagement en bemoeizorg. Amsterdam: SWP.
- ➔ Netwerk gezonde gemeenten (2003). 64 vragen over de eerstelijnszorg. Den Haag: VNG uitgeverij.
- ➔ Netwerk gezonde gemeenten (2003). 57 vragen over de OGGZ. Den Haag: VNG Uitgeverij.
- ➔ Schellens, Peter Jan, Klaassen, Rob, Vries de, Sjoerd (3^{de} druk 2002). Communicatiekundig ontwerpen. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- ➔ Verhoeven, Nel (2^{de} druk 2007). Wat is onderzoek? Amsterdam: Boom.

Wetenschappelijk tijdschrift

- ➔ Coumou, Herma, Meijman, Frans (2003). Hoe zoekt de huisarts literatuurgegevens bij problemen van patiënten? Huisarts Wet, 46 (7): 359-63.

Rapport

- ➔ GGD Nederland, GGZ Nederland, (april 2005). Handreiking "Gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg". KNGM.
- ➔ Visiedocument GGD Drenthe en de OGGZ (juni 2008).
- ➔ Wolting, Aya (mei 2008). Protocol meldpunt OGGZ.

Internet sites

- www.beleidsplanwmo.nl/prestatievelden/maatschappelijke_opvang
- www.ggddrenthe.nl

Bijlage 1

De bekendheid van de OGGZ onder huisartsen.

Introductie

Met deze enquête wordt er informatie verstrekt over de OGGZ. Ik heb als SPH studente hieraan een aantal vragen gekoppeld die nader zullen ingaan op de bekendheid van de OGGZ en de verschillende manieren van informatieverstrekking (Openbare Geestelijke GezondheidsZorg) onder huisartsen in Zuid Oost Drenthe.

De enquête zal 5 à 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze enquête zal worden gebruikt voor een afstudeerproject binnen de GGD. Vanuit de GGD Drenthe is er opdracht gegeven om te onderzoeken hoe we het onderwerp OGGZ onder de aandacht kunnen brengen bij huisartsen, om uiteindelijk een betere interactie tot stand te brengen tussen beide partijen.

Wij verzoeken u om de enquête voor 6 april 2009 terug te sturen naar: mariekejansen88@hotmail.com, i.v.m. het afronden van het afstudeeronderzoek. De gegevens zullen worden geanonimiseerd en alleen gebruikt worden voor het afstudeeronderzoek.

De enquête is als bijlage bijgevoegd en kunt u ook per post retourneren naar onderstaand adres:

*Marieke Jansen
Looweg 9-J
7741 EG Coevorden*

OGGZ

De OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) is een samenwerkingsverband tussen hulpverlenings- en maatschappelijke instellingen in uw gemeente, zoals de VNN (Verslavingszorg Noord-Nederland), Promens Care, GGZ Zuidoost Drenthe, GGD Drenthe, AMW, Leger des Heils, politie, sociale dienst, kredietbank en de woningbouwverenigingen.

(Voor verdere informatie zie bijlage)

De enquête

Bij iedere open vraag is er ruimte over gelaten om uw antwoord te noteren. Ik zal u willen vragen of u deze ruimte hiervoor wilt gebruiken.

De volgende vragen zullen gaan over het feit of u bekend bent met de OGGZ.

1. Bent u bekend met de werkwijze van de OGGZ?
 - a. Hebt u of uw praktijk contacten met de OGGZ?
 - b. Kunt u op een schaal van 1 t/m 10 aangeven wat u vindt van deze contacten?

Toelichting op het gegeven cijfer

De volgende vraag zal gaan over het fenomeen “zorgwekkende zorgmijders”. Er bestaan grote zorgen rondom deze cliënten, maar zij kunnen of willen niet zelf om hulp vragen. Deze cliënten hebben veelal verslavingsproblemen, zijn geïsoleerd geraakt van de maatschappij, wonen in ernstig vervuilde woningen/omgeving, zijn slachtoffer van huiselijk geweld, ervaren psychische klachten en/of hebben schuldproblematiek.

2. Komt u in uw praktijk in aanraking met mensen die alle zorg afwijzen, maar wel dringend zorg nodig hebben?
 - a. Wat doet u met mensen die zorg mijden?

De volgende vragen zullen gaan over manieren van informatie verstrekking.

Brief

De volgende vragen zullen gaan over cliëntgebonden informatieverstrekking aan de huisartsen.

Voor deze informatie verstrekking zou er mogelijk gebruik worden gemaakt van een officiële brief gericht aan de huisarts.

Hieronder volgt een voorbeeld.

OGGZ netwerk Drenthe

(Logo

OGGZ)

Voorzitter

Postbus

Assen

Assen, dd.....

Aan: Huisartsenpraktijk

Dhr./Mevr.

Betreft: cliënt

Geachte Heer/Mevrouw,

Eén van uw patiënten, de heer/mevrouw..... is onderwerp van casusbesprekingen in het OGGZ netwerk Drenthe. Het lijkt ons van belang dat u hierover bent geïnformeerd. Betreffende patiënt is wel/niet op de hoogte van het feit dat het OGGZ netwerk u op de hoogte stelt. Mocht u meer willen weten of relevante informatie hebben die voor het OGGZ netwerk van belang is, kunt u contact opnemen met de casemanager dhr./mevr.....

Het OGGZ netwerk werkt met een privacyprotocol die voldoet aan het protocol gegevensuitwisseling in de bemoezorg.

In de bijlage vindt u een korte samenvatting over de OGGZ, de doelgroep, werkwijze en samenstelling van het OGGZ netwerk.

Hoogachtend,

Voorzitter

Casemanager

Tel:

E-mail:

.

3. Vindt u het wenselijk dat u geïnformeerd wordt over de aanmelding van uw patiënt in het OGGZ netwerk?
4. Zou u op een schaal van 1 t/m 10 een cijfer kunnen geven voor de informatie verstrekking in vorm van de bovenstaande brief.
 - a. Toelichting op uw gegeven cijfer
5. Wat is volgens u een goede manier om huisartsen voor te lichten over de OGGZ?

Wij kunnen u op verschillende manieren informeren over de OGGZ, in de bijlage staat de basale informatie.

Wanneer u folders in de praktijk en/of voorlichting op locatie wenst (in de praktijk, HOED/Hagro), kunt u dat hieronder aangeven.

Huisarts:

Praktijk:

Verdere informatie over de OGGZ staat vermeld in de bijlage.

Bijlage

De OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) is een samenwerkingsverband tussen hulpverlenings- en maatschappelijke instellingen in uw gemeente, zoals de VNN (Verslavingszorg Noord-Nederland), Promens Care, GGZ Zuidoost Drenthe, GGD Drenthe, AMW, Leger des Heils, politie, sociale dienst, kredietbank en de woningbouwverenigingen.

Medewerkers van deze instellingen werken onderling in een netwerkwerkoverleg samen en bespreken daar mensen die aangemeld zijn bij het OGGZ meldpunt. Iedere inwoner van de gemeente kan mensen bij dit meldpunt aanmelden waar hij/zij zich zorgen over maakt. Het gaat dan om mensen die verkommeren, verloederen en/of overlast veroorzaken. Vaak is er sprake van een complex aan (multi) problemen zoals psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek, schulden, vervuiling enz.

Het doel van de hulpverleners van het netwerk is om deze mensen toe te leiden naar de reguliere hulpverlening. Vaak lukt dit met actieve, assertieve en gecombineerde bemoeienis (ook wel bemoeizorg genoemd). Diverse instellingen hebben speciaal mensen aangewezen om deze bemoeizorg te leveren en die daarin ook verder gespecialiseerd zijn.

Heeft hulpverlening onvoldoende effect, dan blijven mensen in beeld bij het netwerk en kan er soms later wel passende hulp geboden worden.

Ook in uw praktijk heeft u vast patiënten die onder bovengenoemde doelgroep vallen. Patiënten die niet naar de reguliere hulpverlening willen of kunnen en waar die hulpverlening, in deze tijd, ook niet direct een passend antwoord op heeft. Familie en burens die u bellen en aandringen op actie, maar waar u aanloopt tegen een muur van (privacy) regels.

Langzamerhand komen er meer meldingen van huisartsen bij het meldpunt, maar wij denken dat er nog te weinig bekendheid is met wat de OGGZ hulpverlening kan bieden.

Met deze informatie brengen wij u op de hoogte van OGGZ en het OGGZ meldpunt, waar u terecht kunt met vragen om advies, maar waar u ook een melding van een patiënt kunt bespreken. Met de meldpunt medewerker bespreekt u dan ook wat u graag wilt bereiken met de melding.

Meldpunt OGGZ: 0900-3 722 722.

U kunt ook mailen naar: oggzmeldpunt@ggddrenthe.nl

Bijlage 2

Interview

Probleemstelling:

De meerderheid van de huisartsen maken geen gebruik van de diensten van de OGGZ (Openbare Geestelijke GezondheidsZorg). Huisartsen krijgen vaak als eerste te maken met patiënten die mogelijk zorgwekkende zorgmijders kunnen zijn. De meerderheid van de huisartsen houden deze mensen in de gaten d.m.v. huisbezoeken of regelmatig contact leggen met familieleden van de desbetreffende patiënt. Zelden melden huisartsen deze patiënten bij de OGGZ. Huisartsen melden vaak pas bij een hulpverlenende instantie als de situatie uitmondt tot een crisissituatie. Ze maken hierdoor geen gebruik van het meldpunt OGGZ. De bekendheid van het bestaan van de OGGZ is slecht onder de huisartsen. Hierdoor komen er weinig meldingen binnen bij het OGGZ meldpunt via huisartsen. Uit de gegevens van de GGD Drenthe is gebleken dat er enkele huisartsen zijn die een melding hebben gedaan bij de OGGZ. Nu is mijn vraag hoe deze huisartsen te weten zijn gekomen van het bestaan van de OGGZ. Hoe hebben ze het contact met de OGGZ ervaren. En welke middelen er zijn om in contact te komen met de huisartsen.

Om dieper in te kunnen gaan op deze onderwerpen heb ik gekozen voor het houden van interviews.

Gespreksdoel:

Het doel van de interviews is om een duidelijk beeld te krijgen van de bekendheid van de OGGZ onder de huisartsen. En hoe huisartsen benaderd willen worden voor informatie uitwisseling.

Opbouw:

Inleiding:

Ik zal mij voorstellen aan de huisarts. Ik zal mij voorstellen als SPH student van het Windesheim te Zwolle. Ik zal vertellen dat ik via de GGD Drenthe bezig ben met een afstudeerproject voor de OGGZ. De vraag die vanuit de OGGZ komt: "Hoe kunnen we in contact komen met huisartsen om een interactie/samenwerking tot stand te brengen?". Op deze vraag probeer ik een antwoord te krijgen, waardoor ik een adviesschrift kan schrijven voor de OGGZ. Met het adviesschrift kan de OGGZ actie ondernemen richting de huisartsen.

Uit de gegevens van het OGGZ meldpunt is gebleken dat u een melding heeft gedaan van een mogelijke OGGZ cliënt. Doordat u in contact bent geweest met de OGGZ kan ik u gerichter vragen stellen. Ik zal het doel van het interview weergeven en erbij vermelden dat alle gegevens anoniem worden verwerkt in het onderzoek.

Hierna wordt er overgegaan tot het stellen van de vragen.

Er wordt gestart met een aantal vragen m.b.t. de OGGZ. Er worden vragen gesteld die dieper ingaan op de betrokkenheid van de desbetreffende huisarts bij de OGGZ. Er worden vragen gesteld over het verloop van de contacten. Ook wordt er achterhaald hoe de huisartsen van het bestaan van de OGGZ afweten.

Nadat deze onderwerpen zijn behandeld zullen er vragen gesteld worden over de benadering van de huisartsen.

Welke benaderingsmethoden hebben een goede uitwerking op de huisartsen. Op welke manieren vinden huisartsen het prettig om informatie uit te wisselen. En welke manieren vinden huisartsen prettig om informatie te ontvangen.

Ten slotte volgt de afsluiting van het gesprek. Hierin wordt de huisarts bedankt voor zijn medewerking.

Geschatte duur van het interview:

15 à 20 minuten.

Interview vragen:

Hoe wist u van het bestaan van de OGGZ af?

Komt u in uw praktijk vaker in aanraking met zorgwekkende zorgmijders?

Wat vindt u dat er gedaan moet worden met mensen die zorgmijden?

Hoe vindt u dat uw aanmelding van uw patiënt bij de OGGZ is afgehandeld?

Zijn er na de aanmelding verdere contacten geweest met de OGGZ?

Zo ja, hoe zijn deze contacten verlopen?

Op welke manieren vindt u het prettig om benaderd te worden door zorginstanties?

U wordt regelmatig door allerlei instanties benaderd, welke vormen van benadering heeft u als prettigst ervaren?

Hebt u belang bij voorlichtingen over nieuwe onderwerpen in de zorg?

Er zijn veel manieren van informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld via de telefoon, netwerken enz. De OGGZ heeft een formele brief opgesteld voor huisartsen. Deze brief wordt naar de huisartsen verstuurd als een van hun patiënten aangemeld is bij de OGGZ. Op deze manier weten de huisartsen dat er een zorginstantie betrokken is bij de patiënt. Hij kan informatie opvragen bij de OGGZ, maar hij kan ook informatie geven aan de OGGZ.

Wat vindt u van deze manier van informatie uitwisseling?

Welke vormen van informatie uitwisseling komt u veelal tegen in uw praktijk?

Zou u meer informatie willen ontvangen over de OGGZ?

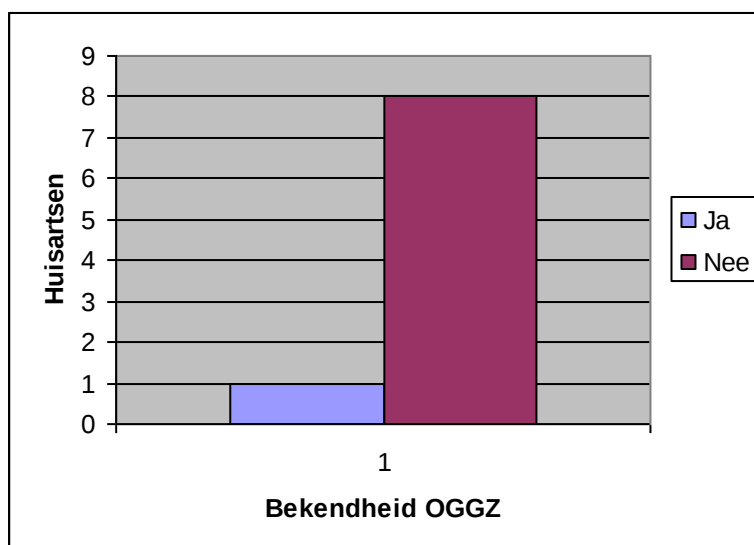
Op welke wijze zou u deze informatie willen ontvangen? Bijvoorbeeld foldermateriaal, voorlichtingen in praktijk of Hagro groep.

Bijlage 3

In deze bijlage worden de resultaten uit de enquêtes volledig weergegeven. Per vraag worden de antwoorden met elkaar vergeleken.

Vraag 1: Bent u bekend met de werkwijze van de OGGZ?

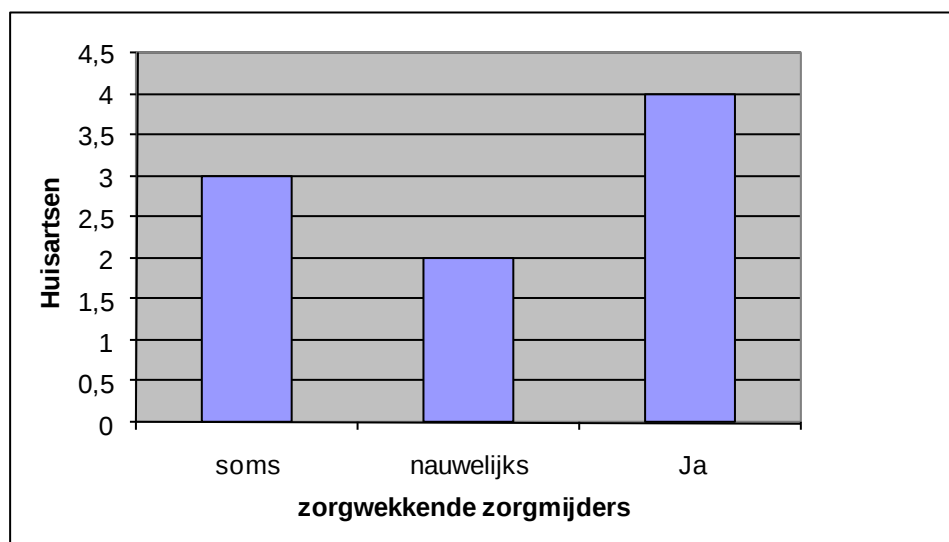
Op deze vraag hebben 8 van de 9 huisartsen gereageerd met NEE.



Uit deze grafiek wordt het duidelijk dat de bekendheid van de OGGZ onder de huisartsen miniem is. De lage bekendheid is ook een van de redenen dat een grote hoeveelheid huisartsen niet hebben gereageerd op de enquête.

Vraag 2: Komt u in uw praktijk in aanraking met mensen die alle zorg afwijzen, maar wel dringend zorg nodig hebben?

Op deze vraag is verschillend geantwoord.



Drie huisartsen hebben met soms geantwoord. Zij komen in hun praktijk soms zorgwekkende zorgmijders tegen. Twee huisartsen hebben met nauwelijks geantwoord. De huisartsen die met soms en nauwelijks hebben geantwoord hebben gemeen dat ze werkzaam zijn een dorp. De meeste dorpen in Drenthe zijn rijk en de mensen leven dicht bij elkaar in de buurt. In zo'n dorp is er een grote sociale controle waardoor zorgwekkende zorgmijders minder snel voorkomen dat in de stad.

Vraag 2a: Wat doet u met mensen die zorg mijden?

De huisartsen hebben op deze vraag verschillende antwoorden gegeven, maar de antwoorden hebben allemaal iets met elkaar gemeen. De huisartsen zijn allemaal van mening dat zorgwekkende zorgmijders gemotiveerd moeten worden voor zorg en dat deze mensen in de gaten moeten worden gehouden. Het in de gaten houden van deze mensen kan op verschillende manieren namelijk:

- Huisbezoeken
- Andere zorginstellingen inschakelen
- Desondanks de patiënt geen zorg wil ontvangen, toch zorg inschakelen voor de patiënt.
- De patiënt stimuleren om naar de praktijk te komen.
- Motiveren voor zorg, door langs te gaan bij de patiënt en met hem/haar te praten.

Vraag 3: Vindt u het wenselijk dat u geïnformeerd wordt over de aanmelding van uw patiënt in het OGGZ netwerk?

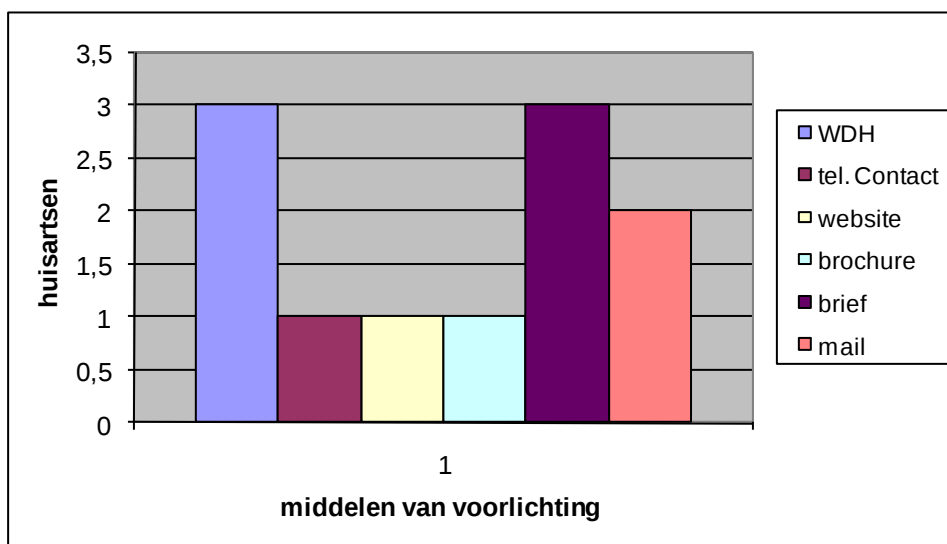
Op deze vraag hebben alle respondenten geantwoord met JA. Uit de enquêtes is gebleken dat huisartsen het erg belangrijk vinden om op de hoogte te worden gebracht over ontwikkelingen rondom hun patiënt. De huisartsen konden ook een cijfer geven aan de officiële brief.



In de grafiek is te zien dat twee van de negen huisartsen een onvoldoende hebben gegeven aan de brief. Deze onvoldoendes zijn gegeven met de reden dat de brief onvolledige informatie geeft. De desbetreffende huisarts had graag meer informatie willen zien staan in de brief, zoals een behandelplan. De andere huisarts heeft een onvoldoende gegeven aan de brief, omdat voor verdere informatie te krijgen over de situatie de huisarts zelf contact op moet nemen met de OGGZ. Volgens de huisarts kost het teveel tijd om contact op te zoeken met de OGGZ. Hij vindt het een taak extra in hun al druk bestaande taken pakket.

Vraag 5: Wat is volgens u een goede manier om huisartsen voor te lichten over de OGGZ?

Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.



De meeste huisartsen zien de voorlichting over de OGGZ het liefste gebeuren tijdens een WDH. Ze geven ook aan dat de brief een goede manier is van voorlichten. Daarnaast willen ze zo min mogelijk informatie binnen krijgen. De huisartsen geven aan dat ze al veel informatie ontvangen over allerlei onderwerpen binnen de zorg. Zij zouden de informatiestroom zo beperkt mogelijk willen houden. De informatie moet dus kort en bondig zijn en telefonisch contact werkt ook altijd goed voor de huisartsen.

Ter verdieping van mijn onderzoek zijn er drie interviews afgelegd met huisartsen in Zuid Oost Drenthe. Uit de gegevens van het OGGZ meldpunt is gebleken dat deze huisartsen zelf een melding hebben gedaan over een patiënt.

Het doel van de interviews was om een duidelijk beeld te scheppen van de bekendheid van de OGGZ onder de huisartsen. En hoe huisartsen benaderd willen worden voor informatie uitwisseling.

Vraag 1: Hoe wist u van het bestaan van de OGGZ af?

Deze vraag is opgesteld, omdat de huisartsen zelf een melding hebben gedaan bij de OGGZ. Hoe wisten deze huisartsen dan van het bestaan van de OGGZ af? Tijdens de interviews werd het duidelijk dat de huisartsen helemaal niet van het bestaan van de OGGZ afwisten. De melding is via hun assistentes of andere diensten verlopen. Hun assistentes of de andere diensten hebben de melding gedaan op naam van de huisarts.

De andere diensten bestaan uit de sociale dienst, maatschappelijk werk e.d.

Vraag 2: Komt u in uw praktijk vaker in aanraking met zorgwekkende zorgmijders?

Uit de interviews is gebleken dat de huisartsenpraktijken die in een stad werkzaam zijn vaker in aanraking komen met zorgwekkende zorgmijders. De huisartsen geven aan dat ze niet dagelijks deze mensen op hun spreekuur krijgen, maar 1 à 2 mensen in het jaar kunnen als zorgwekkende zorgmijder worden gezien.

De huisartsen die werkzaam zijn in kleinere dorpen komen vrijwel geen zorgwekkende zorgmijders tegen. De huisartsen geven als reden dat de sociale controle beter aanwezig is in de kleinere dorpen. Tevens zijn het rijke, welvarende dorpen.

Vraag 3: Wat vindt u dat er gedaan moet worden met mensen die zorg mijden?

De huisartsen zijn allen van mening dat er hulp moet worden geboden in een situatie waarin mensen zorg mijden.

De hulp die kan worden geboden door de huisartsen:

- Via huisbezoeken
- Overleg met maatschappelijk werk
- Overleg met de wijkverpleegkundige
- Overleg in hometeams

De huisartsen proberen zoveel mogelijk de mensen richting de reguliere hulpverlening te leiden. Als deze mensen geen reguliere hulpverlening willen ontvangen, hebben de huisartsen geen middelen meer om deze mensen te helpen. In zo'n geval kan de OGGZ ingrijpen, want die hebben de ruimte om bemoeizorg te bieden aan de desbetreffende cliënt.

Vraag 4: *Zijn er na de aanmelding verdere contacten geweest met de OGGZ? Zo ja, hoe zijn deze contacten verlopen?*

De huisartsen hebben aangegeven dat ze na de melding nog één of twee keer telefonisch contact hebben gehad met de OGGZ. Het telefonisch contact ging over het vervolg van de casus van hun patiënt. Deze vorm van terugkoppeling vinden de huisartsen erg prettig. De huisartsen zouden graag vaker terugkoppeling krijgen vanuit de OGGZ over het hulpverleningstraject van hun patiënt. Als een casus goed wordt opgepakt en er verder geen problemen zijn, is er geen terugkoppeling nodig. Als de casus gecompliceerd is en de situatie labiel blijft zouden de huisartsen vaker terugkoppeling krijgen over het hulpverleningstraject. Deze terugkoppeling kan via de telefoon, mail of schriftelijk. De terugkoppeling moet daarentegen zo beperkt mogelijk zijn, vanwege de grote informatiestroom die huisartsen ontvangen.

Vraag 5: *Op welke manier vindt u het prettig om benaderd te worden door zorginstanties?*

De huisartsen hebben aangegeven dat ze benaderd willen worden via:

- Telefonisch contact
- Mail
- Per post (schriftelijk)

De OGGZ heeft een formele brief opgesteld voor huisartsen. Deze brief wordt naar de huisartsen verstuurd als een van hun patiënten aangemeld is bij de OGGZ. Op deze manier weten de huisartsen dat er een zorginstantie betrokken is bij de patiënt. Hij kan informatie opvragen bij de OGGZ, maar hij kan ook informatie geven aan de OGGZ.

Vraag 6: *Wat vindt u van deze manier van informatie uitwisseling?*

De huisartsen hebben aangegeven dat ze deze manier van informatie uitwisseling een goede manier vinden. Als er duidelijk wordt aangegeven wie het contact persoon is bij de OGGZ, vinden de huisartsen deze manier erg bruikbaar.

Vraag 7: *Welke vormen van informatie uitwisseling komt u tegen in uw praktijk?*

In de praktijk wordt informatie uitgewisseld via:

- Foldermateriaal
- De dorpskrant
- Posters
- Brieven
- Telefonisch
- Post
- Mail
- Websites

Vraag 8: *Op welke manier zou u informatie willen ontvangen over de OGGZ?*

De huisartsen hebben het meeste baat bij voorlichtingen over de OGGZ. Deze voorlichtingen zouden volgens de huisartsen plaats kunnen vinden tijdens de Drentsche nascholing en WDH (Werkgroep Drentsche Huisartsen). Daarnaast geven de huisartsen aan dat een website speciaal over de OGGZ een goed middel is om de OGGZ onder de aandacht te brengen bij de huisartsen. Huisartsen hebben namelijk weinig tijd. Tijdens eventuele pauzes hebben de huisartsen de mogelijkheid om gauw even te surfen op het internet. Als er een website ontwikkeld is over de OGGZ kan de huisarts snel en eenvoudig informatie inwinnen over dit onderwerp.