

Voorwoord

In deze scriptie wordt een beschrijving gegeven van een inventarisatie-onderzoek naar transmurale verpleegkundige spreekuren in binnen- en buitenland. Tevens wordt een beschrijving gegeven van de manier waarop transmurale verpleegkundige spreekuren in Nederland zijn geëvalueerd, wat de uitkomsten van deze evaluaties zijn en wat belemmerende en bevorderende factoren bij het opzetten en uitvoeren van transmurale verpleegkundige spreekuren zijn.

Het onderzoek is bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) uitgevoerd ter afsluiting van de doctoraalfase van de studie Gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting Verplegingswetenschap. Deze scriptie heeft niet alleen een 'afstudeerfunctie', maar is ook bedoeld voor gezondheidszorgmedewerkers die geïnteresseerd zijn in transmurale verpleegkundige spreekuren. Het kan als naslagwerk dienen en tevens kan het richtinggevend zijn bij het opzetten en/of uitvoeren van transmurale verpleegkundige spreekuren.

Hierbij wil ik het NIVEL bedanken voor de kennis, middelen en mogelijkheden die mij ter beschikking zijn gesteld. In het bijzonder wil ik Anneke Francke en Ada Kerkstra bedanken voor de goede begeleiding die ze gedurende deze stage voortdurend hebben willen geven. Ook wil ik mijn begeleiders van de Rijksuniversiteit Limburg, Theo van Achterberg en Inge Buss bedanken voor de ondersteuning tijdens deze laatste fase van mijn studie. Tenslotte wil ik ook de contactpersonen van de diverse zorginstellingen bedanken voor hun interesse en enthousiasme. Zonder hun medewerking had dit onderzoek niet plaats kunnen vinden.

Utrecht,
juli 1996

 **NIVEL**
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	1
1.1	Achtergrondinformatie over transmurale zorg	1
1.2	Aanleiding en doel van het onderzoek	4
1.3	Onderzoeksvragen	4
2	Opzet en uitvoering van het onderzoek	5
2.1	Geraadpleegde registratiesystemen en literatuurbestanden	5
2.2	Benaderde contactpersonen en (non-)respons	6
2.3	Bespreking van de vragenlijst	7
2.4	Procedures ter bevordering van de kwaliteit van de data	8
3	Resultaten	9
3.1	Transmurale verpleegkundige spreekuren in het buitenland	9
3.1.1	Kenmerken	9
3.1.2	Samenvatting	10
3.2	Transmurale verpleegkundige spreekuren in Nederland	11
3.2.1	Transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen	11
3.2.2	Transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes	17
3.2.3	Transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met CARA	22
3.2.4	Overige transmurale verpleegkundige spreekuren	26
3.3	Bevorderende en belemmerende factoren	30
3.3.1	Respons op vragenlijst over bevorderende en belemmerende factoren	30
3.3.2	Bevorderende factoren	31
3.3.3	Belemmerende factoren	32
4	Conclusies en reflecties	35
4.1	Conclusies en reflecties over de mate waarin transmurale verpleegkundige spreekuren voorkomen in het binnen- en buitenland	35
4.2	Conclusies en reflecties over de kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren	35
4.3	Conclusies en reflecties over evaluatiestudies naar transmurale verpleegkundige spreekuren	36
4.4	Conclusies en reflecties over belemmerende en bevorderende factoren	37
	Samenvatting	40
	Summary	42
	Geraadpleegde bronnen	44
	Bijlagen	50

1 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk zal achtergrondinformatie over transmurale zorg in het algemeen en transmurale verpleegkundige spreekuren in het bijzonder worden gegeven. Vervolgens zullen de aanleiding en het doel van het onderzoek worden beschreven en tenslotte zullen de onderzoeksvragen worden gepresenteerd.

1.1 Achtergrondinformatie over transmurale zorg

Transmurale zorg krijgt binnen de Nederlandse gezondheidszorg veel aandacht. Zo wordt in het rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg' van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994) sterk gepleit voor het doorbreken van de traditionele territoriumgrenzen binnen de gezondheidszorg. In plaats van de traditionele begrenzing tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg zou een continuüm van zorg gecreëerd moeten worden door nauwere samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgvoorzieningen. Het genoemde rapport heeft, naast initiatieven in het veld, een nieuwe impuls gegeven aan de (beleids)discussie over transmurale zorg (NRV/CvZ, 1995).

Door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (1995) wordt transmurale zorg gedefinieerd als:

'Vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden'.

Deze definitie, waarin de elementen *samenwerking* en *gemeenschappelijke verantwoordelijkheid* centraal staan, is zowel toepasbaar op medisch als verpleegkundig gebied. De centrale elementen zijn geheel of gedeeltelijk ook terug te vinden in beschrijvingen van de Commissie Modernisering Curatieve zorg (1994) en Spreeuwenberg (1994). Ook in de definitie van Van der Grinten & Huijsman (1994) komen de elementen samenwerking en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid naar voren.

Transmurale zorg kan op verschillende wijzen gestalte krijgen (Brasker, 1992; Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994; Munsterman, Wieringa & Spraij, 1993; Spreeuwenberg, 1995b). De Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994) noemt vier vormen van transmurale zorg binnen het gebied van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, namelijk: 1) het ziekenhuis biedt specialistische zorg en behandeling thuis ('ziekenhuisverplaatste zorg'), 2) het ziekenhuis en de eerste lijn bieden de zorg gezamenlijk, 3) het ziekenhuis ondersteunt de eerste lijn bij het verlenen van zorg (consultatie) en 4) de eerste lijn biedt zorg en behandeling. De vorm waarin transmurale zorg wordt uitgewerkt, is afhankelijk van de categorie patiënten en de regionale situatie (Spreeuwenberg, 1995b).

Eén van de vormen van transmurale zorg is een transmuraal verpleegkundig spreekuur. Hierbij is sprake van gezamenlijke zorgverlening door de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Een transmuraal verpleegkundig spreekuur wordt veelal geleid door verpleegkundig specialisten of (wijk)verpleegkundigen met een specifiek aandachtsgebied. Het onderscheid tussen deze twee groepen verpleegkundigen is dat *verpleegkundig specialisten* uitsluitend zorg verlenen aan een specifieke groep patiënten, terwijl *(wijk)verpleegkundigen met een specifiek aandachtsgebied* (ook wel gedifferentieerde verpleegkundigen genoemd) in principe zorg verlenen aan alle patiëntengroepen. Patiënten die tot het aandachtsgebied behoren zullen in principe door deze verpleegkundige verpleegd worden. In aansluiting bij de definitie van de NRV/CvZ (1995) wordt een spreekuur in dit onderzoek 'transmuraal' genoemd op het moment dat er sprake is van structurele samenwerking tussen en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van eerste- en tweedelijnsgezondheidszorginstellingen.

Brasker (1992) beschrijft twee typen transmurale verpleegkundige spreekuren. Het eerste type betreft een transmuraal verpleegkundig spreekuur dat op de polikliniek van een ziekenhuis wordt gehouden. Dit spreekuur is een consultatie- en behandelingspunt voor ambulante patiënten uit de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Ook hulpverleners uit de eerste- en tweedelijns kunnen gebruik maken van de expertise van de verpleegkundige die het spreekuur houdt. Het tweede type transmuraal spreekuur dat Brasker (1992) beschrijft is een verpleegkundig spreekuur op een 'buurtpoli'. Patiënten die voorheen voor behandeling of consultatie naar het ziekenhuis moesten, worden door deze buurtpoli in de gelegenheid gesteld de zorg dichterbij huis te krijgen. Uit het gepresenteerde inventarisatie-onderzoek zullen nog twee andere vormen van transmurale verpleegkundige spreekuren naar voren komen, namelijk een transmuraal verpleegkundig spreekuur dat gehouden wordt in een huisartsenpraktijk en een spreekuur dat wordt gehouden bij de thuiszorg.

Met een transmuraal verpleegkundig spreekuur kunnen verschillende doelen beoogd worden. Zo kan het een oplossing bieden voor bestaande problemen in de *continuïteit* van de zorgverlening (Dekker, 1995). Als bijvoorbeeld een transmuraal verpleegkundig spreekuur wordt gehouden op de polikliniek van een ziekenhuis, kunnen de behandeling van de specialist en de begeleiding van de (wijk)verpleegkundige zorgvuldig op elkaar worden afgestemd. Een tweede reden voor het opzetten van een transmuraal verpleegkundig spreekuur is dat door deze manier van zorgverlening de *zorg gemakkelijker bereikbaar* kan worden voor de patiënt (Weersink, 1995). Als bijvoorbeeld een spreekuur wordt gehouden op een 'buurtpoli', zal de patiënt de zorg dichterbij huis kunnen krijgen. Tevens kan een transmuraal verpleegkundig spreekuur een *efficiënte inzet van mensen en middelen* bevorderen (Lyenaar & Wallinga, 1995). Doordat de (wijk)verpleegkundige een schakel vormt tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, zal er een beter overzicht zijn welke zorg aan de patiënt verleend moet worden.

Door De Bakker e.a. (1994) worden de volgende zes factoren onderscheiden die van invloed kunnen zijn bij zorgvernieuwingprojecten in het algemeen: 1) *affectieve*

factoren (bijvoorbeeld enthousiasme, betrokkenheid en interesse van de medewerkers), 2) *instrumentele factoren* (bijvoorbeeld samenwerking, regelmatig overleg, tijdsinvestering), 3) factoren die te maken hebben met de *kenmerken van de vernieuwing* (een vernieuwing kan bijvoorbeeld ingrijpend en complex zijn of eenvoudig), 4) factoren die te maken hebben met de *randvoorwaarden* (zoals bijvoorbeeld tijd en geld), 5) factoren die *de implementatie zelf* betreffen (bijvoorbeeld er wordt wel of niet vastgehouden aan een protocol) en 6) factoren die te maken hebben met *tegenkrachten* (bijvoorbeeld tegenstrijdige belangen). Uit onderzoek dat zich specifiek richt op transmurale projecten blijkt dat hierbij vaak de financiering (een randvoorwaarde) als groot knelpunt wordt ervaren (Van Dalen, 1995). Ook belangentegenstellingen en domeinstrijd (mogelijke tegenkrachten) wordt veelal als belemmerend ervaren (Van Dalen, 1995). Van Doorn (1994) noemt het huidige ziektekostenstelsel (een randvoorwaarde) een structurele belemmering om op elkaar afgestemde zorg te verlenen. De middelen voor ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties zijn niet of slechts ten dele onderling uitwisselbaar. Volgens Legemate (1995) zal het wettelijk kader voor transmurale zorg gevormd worden door vier wetten, namelijk:

1) de *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Deze wet bepaalt dat de zorgaanbieder 'verantwoorde zorg' verleend, dat wil zeggen zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is (Legemate, 1995). Door transmurale zorg te verlenen kan de zorgaanbieder aan deze eisen voldoen.

2) de *Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg* (BIG). Deze wet regelt met betrekking tot een aantal beroepen, waaronder artsen en verpleegkundigen, de titelbescherming, het deskundigheidsgebied en wettelijk tuchtrecht. Ook bevat de wet BIG regels voor de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, waar het gaat om de zogenaamde voorbehouden handelingen (Legemate, 1995). Dit zijn handelingen die in beginsel alleen door een arts mogen worden verricht. De wet BIG biedt onder voorwaarden echter de mogelijkheid dat een verpleegkundige in opdracht van een arts één of meer voorbehouden handeling verricht. Hierdoor wordt het bijvoorbeeld mogelijk dat een verpleegkundige medische handelingen verricht bij patiënten thuis of tijdens een spreekuur.

3) de *Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst* (WGBO). Deze wet regelt de belangrijkste rechten van de patiënt in het kader van de behandelingsovereenkomst (waaronder het recht op informatie, het toestemmingsvereiste en het recht op privacy) (Legemate, 1995). In algemene zin bepaalt de WGBO dat de hulpverlener professioneel en zorgvuldig moet handelen. Bij transmurale zorg zal de patiënt meer 'zorg op maat' krijgen. Dit houdt ondermeer in dat door een transmuraal spreekuur de zorg, gegeven vanuit diverse disciplines en verschillende velden, beter op elkaar afgestemd zal zijn.

4) *Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Deze wet verplicht zowel instellingen als individuele beroepsbeoefenaars tot het instellen van een klachtencommissie met een onafhankelijk voorzitter (Legemate, 1995). Dit zal onder andere tot gevolg hebben dat tegemoet zal worden gekomen aan de wensen die patiënten hebben in de zorgverlening. Transmurale zorg zou in deze wensen kunnen voorzien door meer samenwerking, 'gebundelde' deskundigheid en continuïteit van zorg.

Dit wettelijk kader (een randvoorwaarde) zal een structurele bevordering voor transmurale zorg zijn.

1.2 Aanleiding en doel van het onderzoek

Uit de Databank Zorgvernieuwing van het NIVEL, de NZI en de NcGv, blijkt dat er op diverse plaatsen in Nederland transmurale verpleegkundige spreekuren worden gehouden. Het gaat daarbij meestal om het eerste type transmuraal verpleegkundig spreekuur, namelijk het spreekuur op de polikliniek van een ziekenhuis. Een systematisch overzicht van het aantal spreekuren, de kenmerken van de spreekuren, de wijze waarop de spreekuren zijn geëvalueerd, de resultaten van de evaluaties en een overzicht van belemmerende en bevorderende factoren bij het opzetten en uitvoeren van transmurale verpleegkundige spreekuren ontbreekt echter. Een dergelijk overzicht is zinvol voor hulpverleners, beleidmakers en onderzoekers. Het kan richtinggevend zijn bij het vormgeven aan transmurale verpleegkundige spreekuren en onderzoek op dat gebied.

Dit inventarisatie-onderzoek heeft als doel een systematisch overzicht te geven van de mate waarin ervaring is opgedaan met transmurale verpleegkundige spreekuren en welke kenmerken deze spreekuren hebben. Tevens is het doel inzicht te verkrijgen in de mate waarin en de wijze waarop deze spreekuren zijn geëvalueerd, wat de uitkomsten van die evaluaties zijn en wat belemmerende en bevorderende factoren bij het opzetten en uitvoeren van de spreekuren zijn. Aansluitend bij de specifieke deskundigheid van het NIVEL op het gebied van onderzoek in de somatische gezondheidszorg, beperkt dit inventarisatie-onderzoek zich tot transmurale verpleegkundige spreekuren bestemd voor patiënten met een *somatische* aandoening.

1.3 Onderzoeksvragen

De volgende vraagstellingen zijn in het kader van deze inventariserende studie geformuleerd:

1. In welke mate is in binnen- en buitenland ervaring opgedaan met transmurale verpleegkundige spreekuren?
2. Wat zijn de kenmerken van deze transmurale verpleegkundige spreekuren?
3. Zijn deze transmurale verpleegkundige spreekuren geëvalueerd?
Zo ja, op welke wijze en wat zijn de uitkomsten van de evaluaties?
4. Wat zijn belemmerende factoren bij het opzetten en/of uitvoeren van transmurale verpleegkundige spreekuren?
5. Wat zijn bevorderende factoren bij het opzetten en/of uitvoeren van transmurale verpleegkundige spreekuren?

2 Opzet en uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Eerst worden de geraadpleegde registratiesystemen en literatuurbestanden gepresenteerd. Vervolgens wordt de benadering van contactpersonen en de (non-)respons beschreven. Hierbij zullen steeds eerst transmurale projecten in het buitenland en daarna de transmurale spreekuren in Nederland worden beschreven. Tenslotte volgt een beschrijving van de ontwikkelde vragenlijst en de toegepaste kwaliteitsprocedures. Bij de beoordeling of er sprake was van een transmuraal verpleegkundig spreekuur zijn de volgende criteria gehanteerd: er moet sprake zijn van een *structurele samenwerking* en een *gemeenschappelijke verantwoordelijkheid* tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg instellingen, het spreekuur moet bedoeld zijn voor patiënten met *somatische aandoeningen* en er moet sprake zijn van een *verpleegkundig spreekuur*.

2.1 Geraadpleegde registratiesystemen en literatuurbestanden

Om een zo volledig mogelijk overzicht te krijgen van transmurale verpleegkundige spreekuren is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- a. Ledenlijst en projectomschrijvingen van het Netwerk Transmuraal Werkenden, uitgegeven door de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg, Universiteit van Utrecht (1996).

De 109 projectomschrijvingen die hierin worden weergegeven zijn bestudeerd. Er worden 10 beschrijvingen gegeven die betrekking hebben op een transmuraal verpleegkundig spreekuur.

- b. Databank Zorgvernieuwing (NIVEL, NZI en NcGv); een landelijke registratie van experimenten op het gebied van de zorgvernieuwing gericht op de hele Nederlandse gezondheidszorg (De Groot, Ketelaars en Cox, 1995).

In dit geautomatiseerde databestand van meer dan 3000 innovatieve projecten, geregistreerd vanaf 1989 tot heden, is door middel van het trefwoord 'transmurale zorg' gezocht naar transmurale verpleegkundige spreekuren. Er bleken 25 beschrijvingen van transmuraal verpleegkundige spreekuren in deze databank te zijn opgenomen.

- c. Inventarisatie Onderzoeks- en Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg; een overzicht van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten met betrekking tot de thuiszorg, uitgegeven door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (1994 en 1995).

De betreffende overzichtsrapporten van ongeveer 700 projecten in de thuiszorg zijn bestudeerd. Er bleken 18 projecten betrekking te hebben op een transmuraal verpleegkundig spreekuur.

- d. Databank Registratie van Wetenschappelijk Onderzoek (RWO); een registratie van zowel lopend als afgesloten wetenschappelijk onderzoek in Nederland (NIVEL, 1996).

Ook in dit geautomatiseerde databestand van meer dan 3000 wetenschappelijke onderzoeken, geregistreerd vanaf 1972 tot heden, is met behulp van het trefwoord

'transmurale zorg' gezocht. Er werden drie onderzoeksprojecten gevonden die een transmuraal verpleegkundig spreekuur beschreven.

Uit voornoemde bronnen zijn in totaal 56 transmurale verpleegkundige spreekuren naar voren gekomen. Tevens is gebruik gemaakt van de 'sneeuwbal-methode'. Aan contactpersonen is steeds gevraagd of zij instellingen wisten waar eveneens transmurale verpleegkundige spreekuren werden gehouden. Deze manier van inventariseren heeft 43 transmurale verpleegkundige spreekuren naar voren gebracht. In totaal zijn 99 contactpersonen in Nederland benaderd.

e. Nationale bibliotheekcatalogi en de internationale databases Medline (1985-1996) en Nursing and Allied Health Literature (1985-1996)

Via deze databases is literatuur gezocht waarin beschrijvingen werden gegeven van transmurale verpleegkundige spreekuren. De volgende trefwoorden zijn hiervoor gebruikt: hospital based home care, clinical nurse specialist, liaison nurse, hospital at home scheme, continuity (of care), joint practice, collaborative practice, nurse practitioner en (nurse) consultation(s). Uit de honderden verwijzingen zijn 39 engelstalige artikelen gedestilleerd die duiden op een transmuraal spreekuur in het buitenland. Na bestudering hiervan, bleek dat twee van deze artikelen (zie hoofdstuk 3.1) een project beschrijven dat waarschijnlijk transmuraal van karakter is. De overige artikelen beschreven onder andere de volgende onderwerpen: taken van een Clinical Nurse Specialist (CNS), evaluaties van verpleegkundige settings en evaluaties van de taken van de CNS.

Om registratiesystemen met betrekking tot innovatieve projecten in het buitenland te achterhalen, is contact opgenomen met de 'World Health Organization' (Kopenhagen), de 'American Nurses Association' (Washington D.C.), de 'Royal College of Nursing' (Londen), de 'Research and Development Unit (Department of Nursing) van de University of Liverpool' en de 'National Association for Home Care' (Washington D.C.). Naar aanleiding van het artikel van Littlejohns (1991) is een brief gestuurd waarin wordt gevraagd naar transmurale verpleegkundige projecten in het Verenigd Koninkrijk. Uit de reacties op de verzonden brieven blijkt dat in de Verenigde Staten, Engeland en Denemarken voor zover bekend bij de benaderde instanties geen registratiesystemen bestaan op het gebied van transmurale verpleegkundige projecten. Uit de reactie van Dr. Littlejohns blijkt dat in de bibliotheek van het 'King's Fund' in Londen (grijze) literatuur over het onderwerp transmurale zorg is opgenomen. Het was binnen dit onderzoek echter niet mogelijk om deze bibliotheek te raadplegen.

2.2 Benaderde contactpersonen en (non-)respons

Er is telefonisch contact opgenomen met de 99 personen uit Nederland die uit de in 2.1 genoemde bronnen naar voren kwamen. Van deze personen bleken er 73 betrokken te zijn bij een transmuraal verpleegkundig spreekuur. Tijdens de telefonische contacten is gevraagd naar de kenmerken (zoals bijvoorbeeld doelgroep, doelstelling,

inhoud spreekuur en achtergrond van de verpleegkundige) van de transmurale spreekuren en of het spreekuur geëvalueerd is. Als er een schriftelijke beschrijving van het spreekuur en/of de evaluatie was, is om een exemplaar hiervan gevraagd. Indien contactpersonen geen verslag konden opsturen, is hen een vragenlijst toegestuurd (zie ook paragraaf 2.3 en bijlage 5). Vijfendertig contactpersonen hebben een verslag van het spreekuur opgestuurd, 27 contactpersonen hebben een vragenlijst ingevuld. Zes contactpersonen zijn bezig met het opzetten van een spreekuur of zijn zeer recent gestart met het spreekuur. Hierdoor konden zij nog geen informatie geven over het spreekuur. Vijf contactpersonen hebben niet gereageerd naar aanleiding van het telefonisch gesprek en/of de vragenlijst (non-respons). In totaal is er van 62 transmurale verpleegkundige spreekuren informatie verwerkt. In tabel 1 is de respons per specialisme weergegeven.

	Respons			Non-respons	Totaal aantal spreekuren
	wel informatie	geen informatie	totaal		
Specialisme	n (%)	n (%)	(%)	n (%)	
CARA	11 (78.6)	3 (21.4)	(100.0)	0 (0.0)	14
Diabetes	17 (85.0)	1 (5.0)	(90.0)	2 (10.0)	20
Reuma	23 (85.2)	2 (7.4)	(92.6)	2 (7.4)	27
Overige	11 (91.7)	0 (0.0)	(91.7)	1 (9.1)	12
Totaal	62 (84.9)	6 (8.2)	(93.2)	5 (6.8)	73

Tabel 1: De (non-)respons per specialisme

Uit Tabel 1 blijkt dat er een hoge totale respons is van 93.2%. Ook per specialisme is de respons hoog te noemen (tussen de 90.0 en 100.0%).

2.3 Bespreking van de vragenlijst

Op basis van de ontvangen rapporten van transmurale spreekuren, zijn hoofdcategorieën voor zowel kenmerken van transmurale spreekuren als de evaluatie van deze spreekuren onderscheiden, te weten: plaats, samenwerkende instellingen, doelgroep spreekuur, doelstelling, persoon die doorverwijst/aanmeldt, inhoud van het spreekuur, duur en aantal consulten, waar wordt spreekuur gehouden, hoe vaak wordt het spreekuur gehouden, hoeveel patiënten per spreekuur, achtergrond en overige taken van de verpleegkundige, financier van het spreekuur, startdatum van het spreekuur, vraagstelling evaluatie, onderzoekstype en -design, steekproef, gebruikte instrumenten, analyseprocedure, wie evalueert en de uitkomsten van de evaluatie. Op grond van deze categorieën zijn vragen geformuleerd, die tezamen de eerste twee delen van de vragenlijst vormen (zie bijlage 5). Het derde deel van de vragenlijst gaat over bevorderende en belemmerende factoren die aanwezig zijn/waren bij het opzetten en/of uitvoeren van het spreekuur. Dit deel van de vragenlijst is gebaseerd op beschrijvingen

van de NRV/CvZ (1995), De Bakker e.a. (1994) en Van Dalen (1995). De in deze rapporten beschreven bevorderende en belemmerende factoren bleken veel overeenkomsten te hebben. Op basis van deze overeenkomsten zijn vier categorieën bevorderende en belemmerende factoren samengesteld, namelijk; 1) kenmerken van *betrokken personen*, 2) kenmerken met betrekking tot *onderlinge relaties*, 3) kenmerken van het *spreekuur* en 4) kenmerken van *praktische of organisatorische randvoorwaarden* (zie bijlage 5).

2.4 Procedures ter bevordering van de kwaliteit van de data

Zoals uit 2.1 blijkt, is van meerdere registratiesystemen en literatuurbestanden gebruik gemaakt om transmurale verpleegkundige spreekuren op te sporen. Het gebruik van verschillende bronnen wordt ook wel 'bronnentriangulatie' genoemd en dient om de kwaliteit van de dataverzameling te bewaken (Polit & Hungler, 1991; Wester, 1995). De zowel schriftelijk als persoonlijk verkregen informatie is geïnventariseerd aan de hand van de vraagstellingen in hoofdstuk 1. Door een collega-onderzoeker is steekproefsgewijs (6 uit 34) nagegaan of de informatie uit de verslagen/rapporten juist is weergegeven in tabelvorm. Tevens is de informatie uit de verslagen/rapporten in tabelvorm teruggestuurd naar de contactpersonen. Hen is gevraagd de informatie kritisch te bekijken en eventueel aan te vullen en/of te verbeteren. Dit is eveneens een manier om de kwaliteit van de interpretaties te waarborgen en wordt door Wester (1995) ook wel 'member checks' genoemd.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk wordt een systematisch overzicht gegeven van het aanbod van transmurale verpleegkundige spreekuren in binnen- en buitenland en de kenmerken hiervan. Tevens wordt weergegeven in welke mate en op welke wijze de transmurale verpleegkundige spreekuren zijn geëvalueerd en wat de evaluatie-uitkomsten zijn. Als laatste zullen de factoren die door contactpersonen bevorderend en belemmerend zijn genoemd worden beschreven.

3.1 Transmurale verpleegkundige spreekuren in het buitenland

3.1.1 Kenmerken

De in hoofdstuk twee genoemde registratiesystemen zijn nationaal van karakter en leverden dus geen informatie op over transmurale verpleegkundige spreekuren in het buitenland. In het buitenland zijn geen registratiesystemen achterhaald. Daarom is het alleen mogelijk om op basis van literatuur transmurale projecten in het buitenland te beschrijven.

In de Engelstalige literatuur worden twee typen 'informatieoverdracht' beschreven die een onderdeel van het takenpakket van de verpleegkundige vormen (Cyr-Buchanan, 1992; Walton e.a., 1993; Williams 1993). Het eerste type informatieoverdracht wordt aangeduid met de term '*education*'. Hiermee wordt bedoeld de *informatieoverdracht tijdens het dagelijkse contact* dat de 'Clinical Nurse Specialist' (verpleegkundig specialist, verder aangeduid met CNS) heeft met *patiënten en hulpverleners* (Walton e.a., 1993). De zorgverlening van de CNS op het gebied van educatie aan patiënten lijkt beter te zijn dan de educatie door reguliere zorgverleners (Ramsey & McKenzie, 1982; MacKinnon e.a., 1989; Hill e.a., 1994; Watkins & Wagner, 1982).

Het tweede type informatieoverdracht wordt aangeduid met de term '*consultations*'. Consultatie wordt door Anderson en Hicks (1986) gedefinieerd als: "A process of interaction between two professional persons, the consultant who is a specialist, and the consultee who involves the consultant with a current work problem". Een soortgelijke definitie wordt door Walton e.a. (1993) gegeven. De genoemde definitie geeft aan dat bij consulten de consultvrager meestal met een concreet probleem bij de consultverlener komt. Ook geeft de definitie aan dat consulten veelal bedoeld zijn voor *collega-verpleegkundigen* en niet voor patiënten.

Voorlichting die patiënten ontvangen van verpleegkundigen wordt in het buitenland veelal aangeduid met de term '*educatie*'. In het volgende zal dan ook deze term gehanteerd worden. Uit de Engelstalig literatuur blijkt dat verpleegkundigen op verschillende wijzen educatie geven aan patiënten. Het eerste type educatie wordt gegeven door een zogenaamde 'Practice Nurse' (praktijkverpleegkundige, verder aangeduid met PN). Deze verpleegkundigen zijn veelal in dienst van de thuiszorg. Zij worden niet ingezet per wijk, maar per combinatie van huisartsenpraktijken. Een onderdeel van hun takenpakket is het houden van een verpleegkundig spreekuur in een huisartsenpraktijk. Bij deze vorm van educatie is geen sprake van transmurale zorg. Er is namelijk geen

sprake van structurele samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Onderzoek wijst uit dat patiënten de PN vaak beter begrijpen dan de arts, bovendien blijkt ze (emotioneel) toegankelijker te zijn dan de huisarts (Foulkes, e.a. 1989; Charlton e.a. 1991).

In twee Engelstalige artikelen wordt een zorgvorm beschreven die wijst op transmurale zorg. Littlejohns e.a. (1991) beschrijven een situatie waarbij sprake is van samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Er wordt een 'Randomised Controlled Trial' beschreven waarbij onderzocht wordt of een CNS (die in dienst is van het ziekenhuis) de nadelige gevolgen van chronische ademhalingsmoeilijkheden kan verminderen. De CNS geeft educatie aan patiënten over de ziekte en houdt, in samenwerking met hulpverleners uit de eerste lijn, de symptomen en medische behandeling in de gaten. Uit het artikel wordt niet duidelijk of de verpleegkundige deze voorlichting geeft in de vorm van een spreekuur. Tevens is onduidelijk of er sprake is van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorginstellingen.

MacKinnon (1989) beschrijft een onderzoek waarbij een CNS tekorten in de diabeteszorg identificeert. Naar aanleiding van dit onderzoek wordt de conclusie getrokken dat er tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg een samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen moet komen.

3.1.2 Samenvatting

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat in de Engelstalige literatuur twee vormen van verpleegkundige informatieoverdracht worden beschreven. Het eerste type wordt aangeduid met de term 'consultations'. Hierbij wordt door een verpleegkundig specialist voorlichting gegeven aan collega-verpleegkundigen. De consultvrager komt meestal met een concreet probleem bij de consultverlener, dit impliceert dat er geen sprake kan zijn van een spreekuur. Het tweede type informatieoverdracht wordt aangeduid met de term 'education' en is bedoeld voor patiënten. Deze educatie wordt gegeven tijdens het dagelijks contact met de patiënt en kan in de vorm van een spreekuur bij een huisartsenpraktijk worden gegeven. De verpleegkundige richt zich in deze situatie niet op een specifieke doelgroep en er is geen sprake van samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid tussen eerste- en tweedelijns hulpverleners. Hierdoor kan het spreekuur niet 'transmuraal' worden genoemd.

In slechts één artikel, namelijk dat van Littlejohns e.a. (1991) lijkt sprake te zijn van een transmurale situatie. Hierbij is echter onduidelijk of het ook daadwerkelijk een transmuraal verpleegkundig spreekuur betreft. Tevens is onduidelijk of er sprake is van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorginstellingen. MacKinnon (1989) concludeert op basis van onderzoek dat er behoefte is aan samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Het wordt echter niet duidelijk in welke vorm deze zorg verleend moet worden.

De contacten met de 'World Health Organization', de 'American Nurses Association', de 'Royal College of Nursing', de 'Research and Development Unit (Department of Nursing) van de University of Liverpool' en de 'National Association for Home Care' hebben geen registratiesystemen op het gebied van transmurale zorg naar voren gebracht. Dr. Littlejohns heeft verwezen naar een bibliotheek in Londen, het is echter nog steeds onduidelijk of het door hem geschreven artikel een transmuraal spreekuur beschrijft. Hierom zal het vervolg van deze scriptie zich richten op transmurale verpleegkundige spreekuren in Nederland.

3.2 Transmurale verpleegkundige spreekuren in Nederland

Door middel van de geraadpleegde registratiesystemen, literatuurbestanden en 'sneeuwbalmethode' (zie hoofdstuk 2.1) zijn 73 transmurale verpleegkundige spreekuren in Nederland naar voren gekomen. Zowel op organisatorisch als inhoudelijk gebied zijn er verschillen en overeenkomsten tussen de spreekuren aan te geven. Ook zijn er verschillen in de wijze waarop spreekuren zijn geëvalueerd. In het volgende worden de kenmerken en de evaluatie van de spreekuren per specialisme beschreven.

3.2.1 Transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen

Uit het inventarisatie-onderzoek zijn zevenentwintig transmurale verpleegkundige spreekuren met betrekking tot reuma naar voren gekomen (zie bijlage 1). Van twee spreekuren, namelijk die in Hoogeveen en Maastricht, kon nog geen informatie over het spreekuur gegeven worden omdat het spreekuur recent van start is gegaan. Over twee andere spreekuren is geen informatie ontvangen. Van drieëntwintig reuma-spreekuren zijn dus gegevens beschikbaar. In het nu volgende zullen die spreekuren worden weergegeven.

Kenmerken

Bij het overgrote deel van de reuma-spreekuren is sprake van een samenwerkingsverband (op organisatieniveau) tussen thuiszorg en ziekenhuis. Bij twee reuma-spreekuren (namelijk in Delft en Rotterdam) is ook het Coördinatie Centrum Chronisch Zieken (CCCZ) betrokken bij de organisatie van het spreekuur (zie bijlage 1). In Hoorn en Gorinchem zijn twee thuiszorginstellingen en één ziekenhuis betrokken bij de organisatie van het reuma-spreekuur. In Haarlem en Hengelo zijn twee ziekenhuizen en één thuiszorgorganisatie betrokken bij de organisatie (zie bijlage 1).

Bijna alle reuma-spreekuren zijn bestemd voor volwassenen. Alleen het spreekuur in Hengelo is ook voor kinderen (met juveniele reuma) bedoeld (zie bijlage 1).

Bij ieder reuma-spreekuur zijn één of meerdere doelstellingen geformuleerd. De meest genoemde doelstellingen zijn: kwaliteit van zorg bevorderen en continuïteit van zorg bevorderen (zie tabel 2 en bijlage 1). Zes keer is de doelstelling 'verbeteren van voorlichting' genoemd. 'Verbeteren van patiënten begeleiding' is een doelstelling die drie keer is genoemd. Overige genoemde doelstellingen zijn onder andere: interdisciplinaire samenwerking verbeteren en de (medische) behandeling optimaliseren (zie

bijlage 1).

<i>Geformuleerde doelstellingen</i>	<i>Aantal reuma-sprekuren (n=23)</i>
Kwaliteit van zorg bevorderen	13 (57%)
Continuïteit van zorg bevorderen	10 (43%)
Voorlichting verbeteren	6 (26%)
Verbeteren van begeleiding	3 (13%)
Overig	11 (48%)

Tabel 2: Doelstellingen reuma-sprekuren

Bij ongeveer een kwart van de reuma-sprekuren worden patiënten door de reumatoloog verwezen naar het spreekuur. In Hoorn verwijst naast de reumatoloog ook de huisarts naar het reuma-spreekuur. Bij acht van de drieëntwintig reuma-sprekuren kunnen patiënten zowel op eigen initiatief een afspraak maken als via de medisch specialist en/of de huisarts. Bij de overige spreken kunnen patiënten ook door andere hulpverleners worden doorverwezen naar het spreekuur (zoals bijvoorbeeld door de reuma-patiëntenvereniging, door verpleegkundigen of door hulpverleners uit revalidatiecentra) (zie bijlage 1).

Voorlichting geven is een verpleegkundige activiteit die bij het overgrote deel van de geïnventariseerde reuma-sprekuren naar voren komt (zie tabel 3 en bijlage 1). De onderwerpen die bij de voorlichting naar voren komen zijn onder andere: de ziekte zelf, leefregels, hulpmiddelen, woningaanpassingen, medicatie, pijn, psychosociale aspecten van reuma, patiëntenvereniging, arbeidsproblematiek en recreatie.

Begeleiden bij onder andere emotionele en sociale gevolgen van reuma is bij vijftien van de drieëntwintig reuma-sprekuren als verpleegkundige activiteit genoemd. Bij meer dan een derde van de reuma-sprekuren is het inventariseren van klachten (afnemen van een verpleegkundige anamnese) genoemd als verpleegkundige activiteit. Vijf contactpersonen hebben aangegeven dat tijdens het reuma-spreekuur patiënten worden naar andere hulpverleners. Overige verpleegkundige interventies bij reuma-sprekuren zijn onder andere: het signaleren van problemen en het wegwijs maken in de gezondheidszorg (zie bijlage 1).

Inhoud spreekuur	Aantal reuma-spreekuren (n=23)
Voorlichting geven	21 (91%)
Patiënt begeleiden	15 (65%)
Inventariseren van klachten (verpleegkundige anamnese)	7 (30%)
Verwijzen naar andere hulpverleners	5 (22%)
Overig	6 (26%)

Tabel 3: Inhoud reuma-spreekuren

De duur van een bezoek op het reuma-spreekuur is gemiddeld drie kwartier (variërend van 30 tot 60 minuten). Bij ongeveer een kwart van de reuma-spreekuren komen patiënten in totaal twee keer op het spreekuur, bij een ander kwart bezoeken patiënten het reuma-spreekuur gemiddeld vier keer. Bij de overige spreken is er meestal sprake van één consult of drie consulten per patiënt gegeven. In Maastricht bezoeken patiënten het spreekuur standaard één keer per kwartaal. In Apeldoorn en Hengelo is het aantal consulten per patiënt sterk wisselend (zie bijlage 1).

Twintig van de drieëntwintig reuma-spreekuren worden gehouden op de polikliniek van een ziekenhuis. Eén spreekuur, namelijk dat in Hengelo, wordt gehouden op een buitenpoli. Het spreekuur in Maastricht vindt plaats in een huisartsenpraktijk en het reuma-spreekuur in Leidschendam wordt zowel op een polikliniek als bij de thuiszorg gehouden (zie bijlage 1).

Ruim een kwart van de reuma-spreekuren wordt acht keer per maand gehouden. Een even groot aantal reuma-spreekuren wordt vier keer per maand gehouden. De frequentie waarin de overige reuma-spreekuren worden gehouden varieert van één tot twintig keer per maand (zie bijlage 1).

Het aantal patiënten dat het reuma-spreekuur per keer bezoekt is wisselend en varieert van één tot acht patiënten. In Maastricht is het aantal patiënten dat het reuma-spreekuur bezoekt sterk afhankelijk van de omvang van de huisartsengroep (zie bijlage 1).

De achtergrond van de verpleegkundige die het reuma-spreekuur houdt is bij tien van de drieëntwintig spreken 'verpleegkundige met differentiatie reuma'. Bij tien andere reuma-spreken wordt het spreekuur geleid door een 'verpleegkundig specialist reuma'. Twee van de reuma-spreken worden afwisselend geleid door twee verpleegkundig specialisten. Het reuma-spreekuur in Leidschendam wordt afwisselend geleid door een wijk- en een ziekenhuisverpleegkundige (zie bijlage 1).

Bij vijftien van de drieëntwintig spreken is de verpleegkundige die het reuma-spreekuur leidt in dienst van de thuiszorg, vijf verpleegkundigen hebben een dienstverband bij zowel het ziekenhuis als de thuiszorg en de overige verpleegkundigen hebben een dienstverband met enkel het ziekenhuis (zie bijlage 1).

In alle gevallen heeft de verpleegkundige naast het spreekuur nog andere taken. De volgende taken worden genoemd: coördinatie van zorg, deskundigheidsbevordering bij verpleegkundigen, afleggen van huisbezoeken, uitvoeren van reguliere verpleegkundige

taken, bijdrage leveren aan het zorgbeleid, verzorgen van bijscholingen aan verpleegkundigen, meewerken aan wetenschappelijk onderzoek, publiceren van artikelen, ondersteunen van andere verpleegkundigen, opstellen van protocollen en het houden van een telefonisch spreekuur (zie tabel 4 en bijlage 1).

Overige taken	Aantal reuma-spreekuren (n=23)
Coördinatie van zorg	16 (70%)
Deskundigheidsbevordering	14 (61%)
Afleggen van huisbezoeken	12 (52%)
Reguliere verpleegkundige taken	5 (22%)
Bijdrage leveren aan zorgbeleid	9 (39%)
Geven van bijscholingen	6 (26%)
Meewerken aan wetenschappelijk onderzoek	5 (22%)
Publiceren	4 (17%)
Cursussen geven aan verpleegkundigen	4 (17%)
Ondersteunen van verpleegkundigen	3 (13%)
(Mede) opstellen van protocollen	3 (13%)
Telefonisch spreekuur	3 (13%)
Overig	3 (13%)

Tabel 4: Overige taken reuma-verpleegkundigen

Acht van de drieëntwintig reuma-spreekuren zijn gefinancierd door alle instellingen die betrokken zijn bij het spreekuur. Dertien van de reuma-spreekuren zijn tevens door externe instanties gefinancierd, twee van de drieëntwintig sprekenuren zijn gefinancierd door het betrokken ziekenhuis. Uit bijlage 1 blijkt dat reuma-spreekuren vanaf 1992 worden opgezet.

Evaluatie

Van negen reuma-spreekuren zijn gegevens over de evaluatie bekend (zie bijlage 1a). Zes van de evaluaties zijn afgerond. In Alkmaar, Breda, Rotterdam en Zwolle is het spreekuur, ter aanvulling op een eerdere evaluatie, meerdere keren geëvalueerd. Van de tweede evaluatie in Rotterdam en Zwolle is nog geen informatie bekend.

Bij vijf van de negen geëvalueerde reuma-spreekuren is geëvalueerd aan de hand van één of meer vooraf geformuleerde vraagstellingen.

De geplande evaluatie in Zwolle zal produktgericht zijn. Bij acht reuma-spreekuren is het proces van het spreekuur geëvalueerd en in Maastricht en Breda is zowel sprake van een proces- als van een produktevaluatie (zie bijlage 1a). Een *procesevaluatie* richt zich op de voorwaarden van een interventie of programma (Bouter en Van Dongen, 1991), dus in dit geval op bijvoorbeeld de interdisciplinaire samenwerking of

financiële randvoorwaarden. Een *produktevaluatie* richt zich primair op de vraag, of het einddoel van de interventie, in dit geval het spreekuur, is bereikt (Bouter en Van Dongen, 1991).

Bij twee evaluaties van het reuma-spreekuur, namelijk in Maastricht en Zwolle, is er zowel een pre- als een posttest. Bij de overige evaluaties is alleen gebruik gemaakt van een posttest. Met een pretest worden in dit geval onderzoeksmetingen bedoeld die gedaan zijn voordat patiënten het spreekuur bezochten. Onder een posttest worden onderzoeksmetingen verstaan die zijn verricht nadat patiënten het spreekuur bezochten.

Bij drie evaluaties, namelijk die in Maastricht, Rotterdam en Zwolle wordt gebruik gemaakt van een controlegroep (zie bijlage 1a), wat in dit geval betekent dat informatie wordt verzameld bij patiënten die het spreekuur bezoeken en tevens bij patiënten die het spreekuur niet bezoeken.

<i>Steekproef</i>	<i>Aantal geëvalueerde reuma-spreekuren (n=9)</i>
Patiënten	5 (56%)
Patiënten en dossiers	1 (11%)
Hulpverleners en dossiers	1 (11%)
Patiënten, hulpverleners en patiëntenvereniging	1 (11%)
Patiënten, hulpverleners en dossiers	1 (11%)

Tabel 5: Steekproef bij evaluaties van reuma-spreekuren

Bij de evaluaties zijn verschillende soorten steekproeven te onderscheiden, namelijk steekproeven bestaande uit patiënten, hulpverleners, leden van een patiëntenvereniging of dossiers. In vijf gevallen vormden patiënten die het spreekuur bezochten de steekproef. Bij de vier andere evaluaties van reuma-spreekuren bestonden de steekproeven uit: patiënten en dossiers, hulpverleners en dossiers, patiënten, hulpverleners en leden van de patiëntenvereniging en -als laatste- patiënten, hulpverleners en dossiers (zie tabel 5 en bijlage 1a).

Bij de evaluaties van reuma-spreekuren zijn met de volgende instrumenten gegevens verzameld: zelf samengestelde registratieformulieren, zelf samengestelde vragenlijsten, bestaande (gevalideerde) vragenlijsten, bestaande registratieformulieren of een combinatie van een bestaande vragenlijst, registraties en interviews (zie tabel 6 en bijlage 2a).

<i>Evaluatie-instrumenten</i>	<i>Aantal evaluatiestudies (n=11)</i>
Zelf samengestelde registratieformulieren	4 (36%)
Zelf samengestelde vragenlijst	3 (27%)
Bestaande vragenlijst	1 (9%)
Bestaande registratieformulieren	1 (9%)
Interviews	1 (9%)
Bestaande vragenlijst, registraties en interviews	1 (9%)

Tabel 6: Evaluatie-instrumenten bij reuma-spreekuren

Bij vijf van de evaluatiestudies bij reuma-spreekuren zijn de evaluatiegegevens verwerkt door middel van kwalitatieve analyses en beschrijvende statistiek. In de overige gevallen zijn de uitkomsten alleen met behulp van beschrijvende statistiek geanalyseerd (zie bijlage 1a). Verwacht wordt dat bij de nog uit te voeren evaluaties in Maastricht en Zwolle gebruik zal worden gemaakt van toetsende statistiek.

Bij zeven van de negen evaluaties is het reuma-spreekuur door personen van de betrokken instellingen uitgevoerd. De spreekuren in Maastricht en Zwolle worden door een externe instantie geëvalueerd (zie tabel 7 en bijlage 1a).

<i>Reuma-spreekuur geëvalueerd door</i>	<i>Aantal geëvalueerde reuma-spreekuren (n=9)</i>
Intern	7 (78%)
Extern	2 (22%)

Tabel 7: Instanties die evaluaties van reuma-spreekuren hebben uitgevoerd

Bij zes reuma-spreekuren zijn resultaten van de evaluatie(s) bekend. Al deze evaluaties zijn gericht op het proces van het spreekuur (bijvoorbeeld gericht op kenmerken van patiënten die het spreekuur bezoeken of op kenmerken van het spreekuur zelf).

De volgende resultaten worden het meest beschreven: Patiënten en hulpverleners zijn tevreden over de informatie en begeleiding die ze op het reuma-spreekuur krijgen. Ook over de afstemming van hulpverleners zijn zowel patiënten als hulpverleners tevreden (zie bijlage 1a). De plaats waar het spreekuur gehouden wordt, veelal de polikliniek, wordt door patiënten als positief ervaren. Het merendeel van de patiënten die het reuma-spreekuur bezoekt is 35 jaar of ouder en heeft reumatoïde artritis (zie bijlage 1a). Hulpverleners vinden dat er meer aandacht nodig is voor de deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen die een reuma-spreekuur leiden. Ook is door hulpverleners aangegeven dat het spreekuur soms overlapt met taken van andere hulpverleners. Tevens komt het voor dat huisartsen niet bekend zijn met het reuma-spreekuur (zie bijlage 1a).

3.2.2 Transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes

Uit het inventarisatie-onderzoek zijn twintig transmurale verpleegkundige spreekuren voor diabetes-patiënten naar voren gekomen (zie bijlage 2). Van één spreekuur, is geen informatie bekend omdat het spreekuur al geruime tijd niet meer operationeel is vanwege een tekort aan financiële middelen en de afwezigheid van een eenduidig beleid van ziekenhuis en thuiszorg. Over twee spreekuren is geen informatie ontvangen. Van zeventien diabetes-spreekuren zijn dus gegevens beschikbaar. In het nu volgende zullen die spreekuren worden weergegeven.

Kenmerken

Bij het overgrote deel van de diabetes-spreekuren is sprake van een samenwerkingsverband, op organisatieniveau, tussen thuiszorg en ziekenhuis. Bij vier van de zeventien diabetes-spreekuren (namelijk in Assen, Bodegraven, Hoorn en Maastricht) zijn ook huisartsen betrokken bij de organisatie van het spreekuur (zie bijlage 2).

Veertien van de zeventien diabetes-spreekuren zijn bestemd voor volwassenen, één spreekuur richt zich op kinderen en twee diabetes-spreekuren zijn zowel voor volwassenen als kinderen bestemd (zie bijlage 2).

Bij ieder diabetes-spreekuur zijn één of meerdere doelstellingen geformuleerd. De meest genoemde doelstellingen zijn: interdisciplinaire samenwerking verbeteren en opnamen verkorten/voorkomen (zie tabel 8 en bijlage 2). Drie keer zijn de doelstellingen 'verbeteren van voorlichting', 'afstemming van intra- en extramurale gezondheidszorg verbeteren', 'preventie' en 'optimaliseren van de medische behandeling' genoemd. 'Verbeteren van begeleiding' is een doelstelling die twee keer is genoemd. Overige genoemde doelstellingen zijn onder andere kwaliteit van zorg bevorderen of continuïteit van zorg bevorderen.

<i>Geformuleerde doelstellingen</i>	<i>Aantal diabetes-spreekuren (n=17)</i>
Interdisciplinaire samenwerking verbeteren	5 (29%)
Opnamen verkorten/voorkomen	5 (29%)
Voorlichting verbeteren	3 (18%)
Intra- en extramurale afstemming verbeteren	3 (18%)
Optimaliseren medische behandeling	3 (18%)
Preventie	3 (18%)
Begeleiding verbeteren	2 (12%)
Overig	6 (35%)

Tabel 8: Doelstellingen diabetes-spreekuren

Bij het merendeel van de spreekuren kunnen patiënten door verschillende hulpverleners worden doorverwezen naar het spreekuur (zoals bijvoorbeeld door de diëtist, de

verpleegkundige en de podotherapeut). Bij vier van de zeventien diabetes-spreekuren worden patiënten door de internist, kinderarts of de huisarts verwezen naar het spreekuur. Bij twee van de diabetes-spreekuren worden patiënten alleen door een medisch specialist of alleen door de huisarts verwezen. In Purmerend kunnen patiënten zowel op eigen initiatief een afspraak maken als op indicatie van de medisch specialist worden doorverwezen naar het diabetes-spreekuur (zie bijlage 2).

Voorlichting geven is een verpleegkundige activiteit die bij het overgrote deel van de geïnventariseerde diabetes-spreekuren naar voren komt (zie tabel 8 en bijlage 2). De onderwerpen die in de voorlichting aan bod komen zijn: de ziekte zelf, zelfcontrole, leefregels, voetverzorging, diabeteswijzer, de medische behandeling, Diabetes Vereniging Nederland, hyper- en hypoglycaemische verschijnselen, injectietechniek en -materialen, vakanties, complicaties en controle bij de oogarts.

Het geven van begeleiding bij onder andere emotionele en sociale gevolgen van diabetes en zelfcontrole zijn activiteiten die bij zes van de zeventien diabetes-spreekuren genoemd worden. Bij ongeveer een kwart van de diabetes-spreekuren voert de verpleegkundige die het spreekuur houdt voetcontroles uit. Tevens blijkt uit de inventarisatie dat diabetes-spreekuren worden gebruikt voor het signaleren van problemen, het stellen van eenvoudige diagnoses, peilen van het kennisniveau van de patiënt, inventariseren van klachten (verpleegkundige anamnese) en het geven van instructies. Overige verpleegkundige activiteiten zijn: ondersteunen van de medische behandeling en het stimuleren van gezond leefgedrag.

<i>Inhoud spreekuur</i>	<i>Aantal diabetes-spreekuren (n=17)</i>
Voorlichting geven	15 (88%)
Patiënt begeleiden	6 (35%)
Uitvoeren van voetcontroles	4 (24%)
Signaleren van problemen	2 (12%)
Stellen van eenvoudige medische diagnoses	2 (12%)
Kennisniveau peilen	2 (12%)
Inventariseren van klachten (verpleegkundige anamnese)	2 (12%)
Geven van instructie	2 (12%)
Overig	2 (12%)

Tabel 9: Inhoud diabetes-spreekuren

Een bezoek op het diabetes-spreekuur duurt gemiddeld 32 minuten (variërend van 15 tot 45 minuten). Bij vier van de zeventien diabetes-spreekuren komen patiënten in totaal zes keer op het spreekuur, bij drie andere in totaal vijf keer. In Maastricht bezoeken patiënten het spreekuur standaard één keer per kwartaal. In Dokkum en Middelburg is het aantal consulten per patiënt wisselend (zie bijlage 2). Bij de overige

diabetes-spreekuren varieert het aantal consulten per patiënt van één tot zes keer.

Ongeveer de helft van de diabetes-spreekuren vindt plaats op de polikliniek van een ziekenhuis. Drie van de zeventien diabetes-spreekuren vinden plaats bij een huisartsenpraktijk en een zelfde aantal spreekuren wordt gehouden bij de thuiszorg. Twee van de zeventien diabetes-spreekuren worden de ene keer op de polikliniek van een ziekenhuis, de andere keer bij de thuiszorg gehouden. Eén spreekuur, namelijk dat in Goor, wordt gehouden op een buitenpolikliniek (zie bijlage 2).

Vier van de zeventien diabetes-spreekuren worden acht keer per maand gehouden, drie diabetes-spreekuren twee keer per maand. De overige diabetes-spreekuren worden variërend van één keer per twee weken tot 5 keer per week gehouden (zie bijlage 2). Het aantal patiënten dat het diabetes-spreekuur per keer bezoekt is wisselend en varieert van één tot tien patiënten (zie bijlage 2).

De achtergrond van de verpleegkundige die het diabetes-spreekuur houdt is in zes van de zeventien gevallen 'verpleegkundige met de differentiatie diabetes'. Vijf diabetes-spreekuren worden geleid door een 'verpleegkundig specialist diabetes'. Drie van de zeventien diabetes-spreekuren worden afwisselend geleid door een verpleegkundig specialist en een gedifferentieerde wijkverpleegkundige. De overige diabetes-spreekuren worden afwisselend geleid door: twee verpleegkundig specialisten (Heerlen), een verpleegkundig specialist en een diëtiste (Assen) en een ziekenhuisverpleegkundige (Middelburg).

Bij acht van de zeventien diabetes-spreekuren zijn de verpleegkundigen die het spreekuur leiden in dienst van de thuiszorg, bij zes spreekuren hebben de verpleegkundigen een dienstverband bij zowel het ziekenhuis als de thuiszorg. De overige verpleegkundigen hebben een dienstverband bij enkel het ziekenhuis (zie bijlage 2).

In alle gevallen heeft de verpleegkundige naast het diabetes-spreekuur nog andere taken. Onder andere de volgende taken worden genoemd: deskundigheidsbevordering bij andere hulpverleners, coördinatie van zorg, afleggen van huisbezoeken, een bijdrage leveren aan het zorgbeleid, ondersteunen van verpleegkundigen en (mede) ontwikkelen van protocollen (zie tabel 10 en bijlage 2).

<i>Overige taken</i>	<i>Aantal diabetes-spreekuren (n=17)</i>
Deskundigheidsbevordering	8 (47%)
Coördinatie van zorg	4 (24%)
Afleggen van huisbezoeken	4 (24%)
Bijdrage leveren aan zorgbeleid	4 (24%)
Ondersteunen van verpleegkundigen	3 (18%)
(Mede) ontwikkelen van protocollen	3 (18%)
Overig	16 (94%)

Tabel 10: Overige taken diabetes-verpleegkundigen

Zeven van de zeventien diabetes-spreekuren zijn gefinancierd door alle betrokken instellingen zelf. Drie diabetes-spreekuren zijn tevens door externe instanties gefinancierd. Er zijn vier diabetes-spreekuren gefinancierd door enkel één van de betrokken instellingen. Het diabetes-spreekuur in Almelo is alleen door een externe instantie gefinancierd. Uit bijlage 2 blijkt dat diabetes-spreekuren vanaf 1989 worden opgezet.

Evaluatie

Van negen diabetes-spreekuren zijn gegevens over de evaluatie bekend (zie bijlage 2a). Vijf van de evaluaties zijn afgerond. In Den Haag zal het diabetes-spreekuur, ter aanvulling op een eerdere evaluatie, voor een tweede keer worden geëvalueerd. Over de opzet van deze tweede evaluatie is nog geen informatie bekend.

Bij vijf van de negen geëvalueerde diabetes-spreekuren is geëvalueerd aan de hand van één of meer vooraf geformuleerde vraagstellingen. Van het spreekuur in Heerlen is niet bekend of er vraagstellingen voor de evaluatie zijn geformuleerd. Bij twee van de geëvalueerde diabetes-spreekuren is sprake van een produktevaluatie. De evaluatie van het diabetes-spreekuur in Heerlen was een procesevaluatie. Bij twee van de geëvalueerde diabetes-spreekuren is zowel sprake van een proces- als een produktevaluatie (zie bijlage 2a). Van de overige evaluatiestudies is niet bekend of het ging om een produkt- of procesevaluatie.

Bij de evaluatiestudie in Maastricht zal zowel een pre- als een posttest worden gedaan. Bij de overige evaluaties is alleen gebruik gemaakt van een posttest. Tevens zal bij de evaluatie in Maastricht gebruik worden gemaakt van een controlegroep (zie bijlage 2a).

Bij de evaluaties zijn verschillende soorten steekproeven te onderscheiden, namelijk steekproeven met patiënten, met hulpverleners, met werkgroepleden of met dossiers. In twee gevallen vormden patiënten die het spreekuur bezochten de steekproef, bij drie andere sprekkuren zijn hulpverleners betrokken bij de evaluatie. In Maastricht zullen zowel patiënten, hulpverleners als dossiers onderzocht worden en in Purmerend alleen hulpverleners en dossiers. Bij het spreekuur in Dokkum waren leden van de werkgroep de steekproef (zie tabel 11 en bijlage 2a).

<i>Steekproef</i>	<i>Aantal geëvalueerde diabetes-spreekuren (n=8)</i>
Patiënten	2 (25%)
Hulpverleners	3 (38%)
Patiënten en hulpverleners	1 (13%)
Werkgroepleden	1 (13%)
Patiënten, hulpverleners en dossiers	1 (13%)

Tabel 11: Steekproef bij evaluaties van diabetes-spreekuren

Bij de evaluaties van diabetes-spreekuren zijn met de volgende instrumenten gegevens verzameld: zelf samengestelde registratieformulieren, zelf samengestelde vragenlijsten,

bestaande (gevalideerde) vragenlijsten of een combinatie van een bestaande vragenlijst, registraties en interviews (zie tabel 12 en bijlage 2a).

<i>Evaluatie-instrumenten</i>	<i>Aantal evaluatiestudies (n=5)</i>
Zelf samengestelde registratieformulieren	1 (20%)
Zelf samengestelde vragenlijst	1 (20%)
Interviews	1 (20%)
Bestaande vragenlijst, registraties en interviews	1 (20%)
Interviews en zelf samengestelde registratieformulieren	1 (20%)

Tabel 12: Evaluatie-instrumenten bij diabetes-spreekuren

Een derde van de evaluatiegegevens van diabetes-spreekuren is verwerkt door middel van kwalitatieve analyses en beschrijvende statistiek, bij twee evaluatiestudies zijn de gegevens verwerkt door enkel kwalitatieve analyses. In de overige gevallen zijn de uitkomsten alleen met behulp van beschrijvende statistiek geanalyseerd (zie bijlage 2a).

Zeven van de negen evaluaties rondom diabetes-spreekuren zijn door personen van de betrokken instellingen zelf uitgevoerd. Het spreekuur in Maastricht wordt door een externe instantie geëvalueerd en in Den Haag wordt zowel door mensen uit de eigen instellingen als door een externe instantie geëvalueerd (zie tabel 13 en bijlage 2a).

<i>Diabetes-spreekuur geëvalueerd door</i>	<i>Aantal geëvalueerde diabetes-spreekuren (n=9)</i>
Intern	7 (78%)
Extern	1 (11%)
Intern en extern	1 (11%)

Tabel 13: Instanties die evaluaties van diabetes-spreekuren hebben uitgevoerd

Van vijf diabetes-spreekuren zijn resultaten van de evaluatie(s) bekend. Bij twee van de vijf evaluatiestudies zijn de uitkomsten gericht op het proces van het spreekuur en beschrijven onder andere aspecten als: de frequentie dat het spreekuur gehouden wordt en verwijsoedenen (zie bijlage 2a). De volgende produktgerichte uitkomsten zijn genoemd: er is sprake van een verbeterde voorlichting, minder opnames en complicaties, de patiëntencontrole is verbeterd en het spreekuur lijkt een aanvulling op de reguliere zorg (zie bijlage 2a).

3.2.3 Transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met CARA

Uit het inventarisatie-onderzoek zijn veertien transmurale verpleegkundige spreekuren met betrekking tot CARA naar voren gekomen (zie bijlage 3). In drie van de veertien gevallen (namelijk in Groningen, Leidschendam en Middelburg) wordt het spreekuur binnenkort opgezet of is het spreekuur recent van start gegaan en kon nog geen informatie over het spreekuur gegeven worden. Van elf CARA-spreekuren zijn dus gegevens beschikbaar. In het nu volgende zullen die spreekuren worden weergegeven.

Kenmerken

Bij het overgrote deel van de CARA-spreekuren is sprake van een samenwerkingsverband (op organisatieniveau) tussen thuiszorg en ziekenhuis. Bij één CARA-spreekuur, namelijk in Maastricht, zijn ook huisartsen betrokken bij de organisatie van het spreekuur (zie bijlage 3).

Twee van de elf CARA-spreekuren zijn bestemd voor volwassenen, zeven van de elf spreekuren zijn bestemd voor kinderen en twee spreekuren zijn zowel voor volwassenen als kinderen opgezet (zie bijlage 3).

Bij het overgrote deel van de CARA-spreekuren zijn één of meer doelstellingen geformuleerd. De meest genoemde doelstellingen zijn: bevorderen van de kwaliteit van zorg en bevorderen van de continuïteit van zorg (zie tabel 14 en bijlage 3). Bij twee CARA-spreekuren zijn de doelstellingen 'verbeteren van interdisciplinaire samenwerking' en 'patiënten stimuleren om leefgewoonten te herzien' genoemd. Overige genoemde doelstellingen zijn onder andere: verbeteren van voorlichting en verminderen van de medische consumptie (zie bijlage 3).

Geformuleerde doelstellingen	Aantal CARA-spreekuren (n=11)
Kwaliteit van zorg bevorderen	5 (45%)
Continuïteit van zorg bevorderen	4 (36%)
Interdisciplinaire samenwerking verbeteren	2 (18%)
Patiënten stimuleren om leefgewoonten te herzien	2 (18%)
Overig	7 (64%)

Tabel 14: Doelstellingen CARA-spreekuren

Bij zeven van de elf CARA-spreekuren worden patiënten door een kinder- en/of longarts verwezen naar het spreekuur. Bij drie van de elf CARA-spreekuren kunnen patiënten zowel op eigen initiatief een afspraak maken als door middel van een verwijzing door de medisch specialist. In Gorinchem kan naast de medisch specialist ook de huisarts patiënten doorverwijzen naar het spreekuur, terwijl in Sneek patiënten naast de genoemde verwijzers ook worden doorverwezen door het Nederlands Astmafonds (zie bijlage 3).

Voorlichting geven is een verpleegkundige activiteit die bij alle geïnventariseerde

CARA-spreekuren naar voren komt (zie tabel 15 en bijlage 3). De onderwerpen die bij de voorlichting aan bod komen zijn: de ziekte zelf, de behandeling, zelfcontrole, sanering, gebruik van peak-flow meter, functioneren in het dagelijks leven (zoals bijvoorbeeld in relatie tot hobby's, werk en vakantie), inhalatietechnieken, financiën en het Astmafonds/patiëntenbelangenverenigingen. Het geven van begeleiding bij andere psychosociale en/of materiële problemen en het inventariseren van klachten (verpleegkundige anamnese) zijn activiteiten die bij twee van de elf CARA-spreekuren genoemd worden. Tevens blijkt uit de inventarisatie dat één CARA-spreekuur wordt gebruikt voor het geven van instructie. Het ondersteunen van ouders bij de opvoeding van hun kind met CARA maakt deel uit van het CARA-spreekuur in Gorinchem. In Maastricht stelt de verpleegkundige tijdens het CARA-spreekuur ook eenvoudige medische diagnoses (zie bijlage 3).

Een bezoek op het CARA-spreekuur duurt gemiddeld 39 minuten (variërend van 25 tot 55 minuten). Bij vier van de elf CARA-spreekuren komen patiënten in totaal twee keer op het spreekuur. Bij de overige CARA-spreekuren varieert het aantal consulten per patiënt van één tot zes keer. In Maastricht bezoeken patiënten het spreekuur standaard één keer per kwartaal en in Zwolle is het aantal consulten per patiënt wisselend (zie bijlage 3).

Inhoud spreekuur	Aantal CARA-spreekuren (n=11)
Voorlichting geven	11 (100%)
Patiënt begeleiden	2 (18%)
Inventariseren van klachten (verpleegkundige anamnese)	2 (18%)
Overig	4 (36%)

Tabel 15: Inhoud CARA-spreekuren

Tien van de elf spreekuren vinden plaats op de polikliniek van een ziekenhuis. In Maastricht wordt het spreekuur gehouden in een huisartsenpraktijk (zie bijlage 3).

Meer dan de helft van de CARA-spreekuren wordt met een frequentie van vier keer per maand gehouden, twee spreekuren twee keer per maand en weer twee andere spreekuren één keer per maand. Het CARA-spreekuur in Leeuwarden wordt acht keer per maand gehouden (zie bijlage 3). Het aantal patiënten dat het spreekuur per keer bezoekt is wisselend en varieert van twee tot elf patiënten (zie bijlage 3).

De achtergrond van de verpleegkundige die het spreekuur houdt is bij vier van de elf CARA-spreekuren 'verpleegkundig specialist CARA'. Bij vijf van de elf CARA-spreekuren wordt het spreekuur geleid door een wijkverpleegkundige met de differentiatie CARA. Het spreekuur in Roermond wordt afwisselend geleid door twee gedifferentieerd werkende wijkverpleegkundigen en in Gouda wordt het spreekuur afwisselend geleid door een kinderverpleegkundige en een gedifferentieerd werkende wijkverpleegkundige (zie bijlage 3).

Acht van de elf verpleegkundigen die een CARA-spreekuur leiden is in dienst van de

thuiszorg. De overige drie verpleegkundigen hebben een dienstverband bij zowel het ziekenhuis als de thuiszorg (zie bijlage 3).

In alle gevallen heeft de verpleegkundige naast het spreekuur nog andere taken: onder andere: coördinatie van zorg, regelen en uitvoeren van huisbezoeken, houden van een telefonisch spreekuur, deskundigheidsbevordering bij andere hulpverleners en meewerken aan wetenschappelijk onderzoek (zie tabel 16 en bijlage 3).

<i>Overige taken</i>	<i>Aantal CARA-sprekuren (n=11)</i>
Coördinatie van zorg	6 (55%)
Afleggen van huisbezoeken	6 (55%)
Telefonisch spreekuur	4 (36%)
Deskundigheidsbevordering	2 (18%)
Meewerken aan onderzoek	2 (18%)
Overig	7 (64%)

Tabel 16: Overige taken CARA-verpleegkundigen

Zes van de elf CARA-sprekuren worden gefinancierd door de betrokken instellingen zelf. Bij de overige spreken hebben tevens externe instanties het spreekuur gefinancierd.

Bijlage 3 laat zien dat het eerste, nu nog lopende CARA-spreekuur (namelijk het spreekuur in Goes) in 1992 van start is gegaan.

Evaluatie

Van acht CARA-sprekuren zijn gegevens over de evaluatie bekend (zie bijlage 3a). Zes van de evaluaties zijn afgerond. In Hengelo en Zwolle zal het spreekuur, ter aanvulling op een eerdere evaluatie, voor een tweede keer worden geëvalueerd. Over de opzet van deze tweede evaluaties is nog geen informatie bekend.

Bij vier van de evaluatiestudies is geëvalueerd aan de hand van één of meer vooraf geformuleerde vraagstellingen.

Bij drie van de geëvalueerde CARA-sprekuren is sprake van een procesevaluatie. De evaluatie van het CARA-spreekuur in Roermond was een produktevaluatie. Drie evaluatiestudies waren zowel gericht op het proces van het CARA-spreekuur als op het produkt (zie bijlage 3a). Van het spreekuur in Kerkrade is niet bekend of sprake was van een produkt- of een procesevaluatie.

Bij drie van de acht evaluaties rondom CARA-sprekuren, namelijk in Gouda, Maastricht en Zwolle, is sprake van zowel een pre- als een posttest. Bij de overige evaluatiestudies is alleen gebruik gemaakt van een posttest. Bij twee van de acht evaluaties, namelijk in Maastricht en Zwolle, wordt gebruik gemaakt van een controlegroep (zie bijlage 3a).

Bij de evaluaties zijn verschillende soorten steekproeven te onderscheiden, namelijk steekproeven met patiënten, met hulpverleners of met dossiers. In drie gevallen

vormden patiënten die het spreekuur bezochten de steekproef, bij drie andere spreekuren zijn zowel patiënten als hulpverleners betrokken bij de evaluatie. Het spreekuur in Kerkrade zal geëvalueerd worden onder de betrokken kinderartsen en hulpverleners van de thuiszorg. In Maastricht zullen zowel patiënten, hulpverleners als dossiers onderzocht worden (zie tabel 17 en bijlage 3a).

<i>Steekproef</i>	<i>Aantal geëvalueerde CARA-sprekuren (n=8)</i>
Patiënten	3 (38%)
Patiënten en hulpverleners	3 (38%)
Hulpverleners	1 (13%)
Patiënten, hulpverleners en dossiers	1 (13%)

Tabel 17: Steekproef bij evaluaties van CARA-sprekuren

Bij de evaluaties van CARA-sprekuren zijn met de volgende instrumenten gegevens verzameld: zelf samengestelde registratieformulieren, zelf samengestelde vragenlijsten, bestaande vragenlijsten of een combinatie van een vragenlijst, registraties en interviews (zie tabel 18 en bijlage 3a).

<i>Evaluatie-instrumenten</i>	<i>Aantal evaluatiestudies (n=8)</i>
Registratieformulieren	4 (50%)
Zelf samengestelde vragenlijst	1 (13%)
Bestaande vragenlijst	1 (13%)
Bestaande vragenlijst, registraties en interviews	1 (13%)
Zelf samengestelde vragenlijst, registraties en interviews	1 (13%)

Tabel 18: Evaluatie-instrumenten bij CARA-sprekuren

Meer dan de helft van de evaluatiegegevens van CARA-sprekuren is verwerkt door middel van kwalitatieve analyses en beschrijvende statistiek. In de overige gevallen zijn de uitkomsten alleen met behulp van beschrijvende statistiek geanalyseerd (zie bijlage 3a).

Vier van de evaluaties zijn door personen van de betrokken instellingen uitgevoerd. Twee spreekuren zijn door een externe instantie geëvalueerd. In Hengelo is zowel door mensen uit de eigen instellingen als door een externe instantie geëvalueerd (zie tabel 19 en bijlage 3a).

<i>CARA-spreekuur geëvalueerd door</i>	<i>Aantal geëvalueerde CARA-spreekuren (n=7)</i>
Intern	4 (57%)
Extern	2 (29%)
Intern en extern	1 (14%)

Tabel 19: Instanties die evaluaties van CARA-spreekuren hebben uitgevoerd

Bij zes CARA-spreekuren zijn resultaten van de evaluatie(s) bekend. Driekwart van de uitkomsten heeft betrekking op het proces van het spreekuur zoals: samenwerking tussen hulpverleners, tevredenheid van patiënten/ouders over het verpleegkundig consult, het aantal spreekuren dat gehouden is of onderwerpen die tijdens het spreekuur besproken zijn met de patiënt (zie bijlage 3a). De volgende produktgerichte uitkomsten zijn genoemd: het aantal huisbezoeken is als gevolg van het spreekuur afgenomen en er is sprake van kennistoename bij patiënten die het spreekuur bezochten (zie bijlage 3a).

3.2.4 Overige transmurale verpleegkundige spreekuren

Uit het inventarisatie-onderzoek zijn twaalf transmurale verpleegkundige spreekuren opgespoord die gericht zijn op verschillende patiëntengroepen (zie bijlage 4). Over één 'overig'-spreekuur gericht op patiënten met een stoma is geen informatie ontvangen. Van elf 'overige'-spreekuren is dus informatie beschikbaar. In het nu volgende zullen die spreekuren worden weergegeven.

Kenmerken

Van de groep 'overige'-spreekuren zijn drie spreekuren gericht op patiënten met een stoma, drie spreekuren op patiënten met een oncologische aandoening, twee spreekuren op patiënten met MS of Parkinson, en twee 'overige'-spreekuren zijn bedoeld voor patiënten met MS, Parkinson, reuma of CVA. Eén spreekuur is gericht op patiënten met Cystic Fibrosis (zie tabel 20 en bijlage 4).

<i>Specialismen 'overige'-spreekuren</i>	<i>Aantal 'overige'-spreekuren (n=11)</i>
Stoma	3 (33%)
Oncologie	3 (25%)
MS of Parkinson	2 (17%)
MS, Parkinson, reuma of CVA	2 (17%)
Cystic Fibrosis	1 (8%)

Tabel 20: Specialismen 'overige'-spreekuren

Bij het overgrote deel van de 'overige'-spreekuren is sprake van een samenwerkings-

verband (op organisatieniveau) tussen thuiszorg en ziekenhuis. Bij twee 'overige' spreekuren (namelijk in Den Haag en Middelburg) is ook het Coördinatie Centrum Chronisch Zieken (CCCZ) betrokken bij de organisatie van het spreekuur (zie bijlage 4). In Gorinchem zijn twee thuiszorginstellingen en één ziekenhuis betrokken en in Roermond twee ziekenhuizen en één thuiszorgorganisatie (zie bijlage 4).

Alle spreekuren in de categorie 'overige' zijn bestemd voor volwassenen (zie bijlage 4). Bij ieder 'overig'-spreekuur zijn één of meerdere doelstellingen geformuleerd. De meest genoemde doelstellingen zijn: kwaliteit van zorg bevorderen en voorlichting verbeteren (zie tabel 21 en bijlage 4). Drie keer zijn de doelstellingen 'continuïteit van zorg bevorderen' en 'afstemming van intra- en extramurale zorg verbeteren' genoemd. 'Verbeteren van begeleiding' en 'ondersteunen van de patiënt bij het omgaan met de ziekte' zijn doelstellingen die twee keer zijn genoemd.

<i>Geformuleerde doelstellingen</i>	<i>Aantal 'overige'-spreekuren (n=11)</i>
Kwaliteit van zorg bevorderen	4 (36%)
Voorlichting verbeteren	4 (36%)
Continuïteit van zorg bevorderen	3 (27%)
Intra- en extramurale afstemming verbeteren	3 (27%)
Begeleiding verbeteren	2 (18%)
Patiënt ondersteunen	2 (18%)
Overig	2 (18%)

Tabel 21: Doelstellingen 'overige'-spreekuren

Bij vier van de elf 'overige'-spreekuren worden patiënten door de medisch specialist verwezen naar het spreekuur. Bij twee spreekuren, namelijk in Dokkum en Roermond verwijst naast de medisch specialist ook de huisarts naar het spreekuur. Bij vijf van de elf 'overige'-spreekuren kunnen patiënten zowel op eigen initiatief een afspraak maken als via de medisch specialist of andere hulpverleners (zoals de huisarts en verpleegkundigen) (zie bijlage 4).

Voorlichting geven is een verpleegkundige activiteit die bij het merendeel van de geïnterviewde 'overige'-spreekuren naar voren komt (zie tabel 22 en bijlage 4). De onderwerpen die in de voorlichting aan bod komen zijn onder andere: het ziektebeeld, medicatie, therapie, leefregels, gevolgen van de ziekte, thuisbehandeling, benodigde materialen, complicaties en patiëntenverenigingen (zie bijlage 4).

Het geven van begeleiding bij onder andere emotionele en sociale gevolgen van de ziekte is bij vijf van de elf 'overige'-spreekuren genoemd. Bij drie van de elf 'overige'-spreekuren is het 'inventariseren van klachten' (afnemen van een verpleegkundige anamnese), 'verwijzen naar andere disciplines' en het 'ondersteunen van de medische behandeling' genoemd als inhoud van het spreekuur. Bij twee van de elf spreekuren

wordt tijdens het spreekuur instructie gegeven aan de patiënt. Het stoma-spreekuur in Brunssum wordt tevens gebruikt om problemen te signaleren (zie tabel 22 en bijlage 4).

Inhoud spreekuur	Aantal 'overige'-spreekuren (n=11)
Voorlichting geven	8 (73%)
Patiënt begeleiden	5 (45%)
Inventariseren van klachten (verpleegkundige anamnese)	3 (27%)
Verwijzen naar andere hulpverleners	3 (27%)
Ondersteunen medische behandeling	3 (27%)
Wegwijs maken in de gezondheidszorg	2 (18%)
Instructie geven	2 (18%)
Problemen signaleren	1 (9%)

Tabel 22: Inhoud 'overige'-spreekuren

Een consult bij de 'overige'-spreekuren duurt gemiddeld 45 minuten (variërend van 25 tot 60 minuten).

Bij de spreekuren in Den Haag, Roermond en Gorinchem komen patiënten achtereenvolgens één, twee en vier keer terug op het spreekuur. Bij het Cystic Fibrosis-spreekuur in Den Haag en het stoma-spreekuur in Middelburg is het aantal consulten per patiënt wisselend (zie bijlage 4).

Alle spreekuren in de categorie 'overige' vinden plaats op de polikliniek van een ziekenhuis (zie bijlage 4).

Meer dan de helft van de 'overige'-spreekuren worden vijf keer per maand gehouden. Drie 'overige'-spreekuren worden acht keer per maand gehouden en het stoma-spreekuur in Roermond vindt twee keer per maand plaats (zie bijlage 4).

Het aantal patiënten dat een spreekuur binnen de categorie 'overig' per keer bezoekt is wisselend en varieert van één tot tien patiënten (zie bijlage 4).

De achtergrond van de verpleegkundige die een 'overig'-spreekuur leidt is in zes van de elf gevallen 'verpleegkundig specialist'. Bij twee van de elf 'overige'-spreekuren wordt het spreekuur geleid door een 'gedifferentieerde verpleegkundige'. De spreekuren in Roermond, Brunssum en Middelburg worden respectievelijk geleid door: twee verpleegkundig specialisten (leiden het spreekuur afwisselend), een gedifferentieerde verpleegkundige samen met een verpleegkundig specialist en door ziekenhuisverpleegkundigen (zie bijlage 4).

Bij vier van de elf spreekuren heeft de verpleegkundige die het spreekuur leidt een dienstverband bij de thuiszorginstelling. Bij drie van de elf spreekuren is de verpleegkundige in dienst van het ziekenhuis. Bij de overige spreekuren heeft de verpleegkundige een dienstverband bij zowel het ziekenhuis als de thuiszorg (zie bijlage 4).

Bij alle spreekuren in de categorie 'overige' heeft de verpleegkundige naast het spreekuur nog andere taken zoals het afleggen van huisbezoeken, deskundigheidsbevordering, een bijdrage leveren aan het zorgbeleid, zorgdragen voor de coördinatie van zorg, meewerken aan wetenschappelijk onderzoek, uitvoeren van reguliere verpleegkundige taken en (mede) opstellen van protocollen (zie tabel 23 en bijlage 4).

Overige taken	Aantal 'overige'-spreekuren (n=10)
Afleggen van huisbezoeken	6 (60%)
Deskundigheidsbevordering	5 (50%)
Bijdrage leveren aan zorgbeleid	3 (30%)
Coördinatie van zorg	3 (30%)
Meewerken aan wetenschappelijk onderzoek	2 (20%)
Reguliere verpleegkundige taken	2 (20%)
(Mede) opstellen van protocollen	2 (20%)
Overig	3 (30%)

Tabel 23: Overige taken 'overige'-verpleegkundigen

Zes van de elf spreekuren in de categorie 'overige' zijn gefinancierd door de betrokken instellingen zelf. Drie van de elf 'overige'-spreekuren zijn tevens door externe instanties gefinancierd. Het spreekuur in Middelburg is geheel door de Nationale Commissie Chronisch Zieken gefinancierd (zie bijlage 4). Van het stoma-spreekuur in Roermond is geen informatie bekend over de financiering van het spreekuur. Uit bijlage 4 blijkt dat 'overige'-spreekuren vanaf 1989 zijn opgezet.

Evaluatie

Van het stoma-spreekuur in Brunssum en het spreekuur in Den Haag (bedoeld voor patiënten met MS, Parkinson, Reuma of CVA) zijn gegevens over de evaluatie bekend (zie bijlage 4a). Alleen de evaluatie van het spreekuur in Brunssum is afgerond. Hieronder zullen deze twee evaluaties worden beschreven.

Het doel van de evaluatie in Brunssum was: 'bekijken onder welke voorwaarden het spreekuur, zoals uitgevoerd tijdens de projectfase, structureel kan worden ingevoerd'. Het ging hier om een productevaluatie met een tussentijdse- en een nameting. Er is geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Voor de evaluatie zijn zelf samengestelde vragenlijsten bij patiënten en verpleegkundigen afgenomen. De resultaten hiervan zijn weergegeven met behulp van beschrijvende statistiek. De uitkomsten van de evaluatie kunnen als volgt samengevat worden: patiënten die geopereerd zijn na de start van het stoma-spreekuur hebben minder problemen met het stoma dan patiënten die voor de start van het stoma-spreekuur zijn geopereerd. De drempel tot het verpleegkundige spreekuur is lager dan die tot het spreekuur van de specialist of de huisarts. Het beroep op medische zorg neemt af door het verpleegkundige stoma-

spreekuur. Tevens geven zowel patiënten als verpleegkundigen aan dat er door het spreekuur een goede afstemming van zorg is ontstaan. De evaluatie van het stoma-spreekuur in Brunssum is uitgevoerd door de Stichting Sarezo (zie bijlage 4a).

De evaluatie van het spreekuur in Den Haag (bedoeld voor MS, Parkinson, Reuma en CVA-patiënten) is nog niet afgerond. Het is onduidelijk welke vraagstellingen er voor de evaluatie zijn geformuleerd en of er sprake zal zijn van een produkt- of procesevaluatie. De evaluatie zal uitgevoerd worden met behulp van een nameting, zonder controle-groep (zie bijlage 4a). De evaluatie-gegevens zullen met behulp van een zelf samenge-steld registratieformulier en een schriftelijke enquête onder patiënten en medisch specialisten worden verzameld. Deze zullen door middel van kwalitatieve analyses en beschrijvende statistiek worden weergegeven. Door wie de evaluatie wordt uitgevoerd is niet bekend.

3.3 Bevorderende en belemmerende factoren

In deze paragraaf worden de factoren beschreven die, volgens contactpersonen, bevorderend of belemmerend waren bij het opzetten of uitvoeren van het transmurale verpleegkundige spreekuur. De informatie hierover is via de verstuurd vragenlijst (zie bijlage 5) verkregen. Allereerst zal de respons op deze vragenlijst worden beschreven. Hierna worden de bevorderende factoren weergegeven en als laatste wordt een beeld van de belemmerende factoren geschetst. Bij de beschrijving van de bevorderende en belemmerende factoren zal geen onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende patiëntengroepen. Uit de geretourneerde vragenlijsten bleek namelijk dat er op dit gebied geen verschillen zijn tussen de spreekuren. De factoren die door minder dan vijf respondenten zijn genoemd zijn binnen de hoofdcategoryën ingedeeld in subcategory 'overige'.

3.3.1 Respons op vragenlijst over bevorderende en belemmerende factoren

Bij in totaal 57 spreekuren (78.1%) is informatie verkregen over bevorderende en belemmerende factoren bij het opzetten en/of uitvoeren van die spreekuren. Tabel 24 geeft de (non-)respons per specialisme weer.

Specialisme	Respons		Non-respons		Totaal aantal spreekuren
	n	(%)	n	(%)	
CARA	10	(71.4)	4	(28.6)	14
Diabetes	15	(75.0)	5	(25.0)	20
Reuma	22	(81.5)	5	(18.5)	27
Overige	10	(83.3)	2	(16.7)	12
Totaal	57	(78.1)	16	(21.9)	73

Tabel 24: (Non-)respons bij bevorderende en belemmerende factoren

3.3.2 Bevorderende factoren

In totaal zijn 198 bevorderende factoren genoemd (dus gemiddeld drie à vier bevorderende factoren per spreekuur). Deze zullen in aansluiting bij de ontwikkelde vragenlijst (zie bijlage 5) in vier categorieën worden ingedeeld, te weten: 1) kenmerken van *betrokken personen*, 2) kenmerken met betrekking tot *onderlinge relaties*, 3) kenmerken van het *spreekuur* en 4) *praktische of organisatorische randvoorwaarden*. Tabel 25 geeft het aantal genoemde bevorderende factoren per hoofd- en subcategorieën weer en laat zien dat 'kenmerken van betrokken personen' het meest wordt genoemd. In de volgende alinea zal duidelijk worden welke kenmerken dit zijn.

<i>Categorieën bevorderende factoren</i>	<i>Subcategorie</i>	<i>Aantal spreekuren (n=57)</i>
Kenmerken van betrokken personen	Goede motivatie hulpverleners	34 (60%)
	Deskundigheid/ervaring verpleegkundigen	20 (35%)
	Goede motivatie leiding	16 (28%)
	Goede motivatie betrokkenen algemeen	8 (14%)
	Goede motivatie extern	7 (12%)
	Goede motivatie patiënten	5 (9%)
Praktische en organisatorische randvoorwaarden	Beschikbare ruimte	12 (21%)
	Voldoende financiële middelen	10 (18%)
	Goede ondersteuning	5 (9%)
	Bevoegdheden verpleegkundige	5 (9%)
	Overig	11 (19%)
Kenmerken onderlinge relaties	Goede samenwerking hulpverleners	16 (28%)
	Goede samenwerking extern	11 (19%)
	Overig	9 (16%)
Kenmerken spreekuur	Duidelijke opzet spreekuur	7 (12%)
	Algemene kenmerken spreekuur	5 (9%)
	Overig	17 (25%)
Totaal		198

Tabel 25: Bevorderende factoren

Ongeveer 60% van de contactpersonen die de vragenlijst over bevorderende en belemmerende factoren hebben ingevuld, geeft aan dat de goede motivatie van betrokkenen een stimulans was bij het opzetten of uitvoeren van het spreekuur. Onder 'betrokkenen' moet men in dit geval verstaan medisch specialisten en verpleegkundi-

gen die het spreekuur leiden. De deskundigheid en ervaring van de verpleegkundige(n) die het spreekuur leiden wordt door ongeveer een derde van de contactpersonen genoemd als bevorderende factor. Iets minder personen geven aan dat de goede motivatie van leidinggevendenden bevorderend was (zie tabel 25). Overige bevorderende factoren die betrekking hebben op kenmerken van betrokken personen zijn: de motivatie externe personen en de motivatie van patiënten (zie tabel 25).

Ruim 20% van de contactpersonen die de betreffende vragenlijst hebben ingevuld, geeft aan dat de beschikbare ruimte een stimulans was voor het spreekuur (zie tabel 25). Ongeveer 18% gaf aan dat het feit dat men financieringsmogelijkheden had bevorderend was voor het spreekuur. De factoren 'ervaren ondersteuning' en 'gekregen bevoegdheden' zijn beide door ongeveer 10% van de contactpersonen als stimulerend genoemd (zie tabel 25). Overige genoemde bevorderende factoren binnen de categorie praktische en organisatorische randvoorwaarden zijn onder andere: continuïteit van het personeel en de aanwezigheid van opleidingsmogelijkheden.

Ongeveer 30% van de contactpersonen geeft aan dat de goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijns hulpverleners bevorderend was voor het opzetten of uitvoeren van het spreekuur. De samenwerking met externe personen (zoals bijvoorbeeld patiëntenverenigingen) is door ongeveer 20% van de contactpersonen genoemd als bevorderende factor (zie tabel 25). Overige bevorderende factoren binnen de categorie 'kenmerken onderlinge relaties' zijn onder andere de goede samenwerking van de leiding van de betrokken instellingen en de bekendheid die hulpverleners hebben met elkaars werk.

Ongeveer 12% van de contactpersonen die de vragenlijst over bevorderende en belemmerende factoren hebben ingevuld, geeft aan dat de duidelijke en heldere opzet van het spreekuur stimulerend werkte bij het uitvoeren van het spreekuur. Ongeveer 10% van de contactpersonen geeft aan dat de algemene kenmerken van het spreekuur (zoals bijvoorbeeld de inhoud, het doel en de plaats) positief zijn ervaren. Deze kenmerken waren stimulerend bij de uitvoering van het spreekuur (zie tabel 25). Ook het dienstverband van de betrokken verpleegkundige en de lokatie van het spreekuur is door respondenten als stimulerend ervaren. Deze factoren vallen onder de categorie 'overige'.

3.3.3 Belemmerende factoren

In totaal zijn 165 belemmerende factoren genoemd (dus gemiddeld drie belemmerende factoren per spreekuur). Ook deze factoren zullen, in aansluiting bij de ontwikkelde vragenlijst (zie bijlage 5) in de vier hiervoor genoemde categorieën worden ingedeeld. Tabel 26 geeft het aantal genoemde belemmerende factoren per hoofd- en subcategorieën weer en laat zien dat 'praktische en organisatorische randvoorwaarden' het meest worden genoemd als belemmerende factor.

<i>Categorieën belemmerende factoren</i>	<i>Subcategorie</i>	<i>Aantal spreekuren (n=57)</i>
Praktische en organisatorische randvoorwaarden	Gebrek aan financiële middelen	24 (42%)
	Gebrek aan een ruimte voor spreekuur	16 (28%)
	Gebrek aan tijd	10 (18%)
	Randvoorwaarden in het algemeen	6 (11%)
	Discontinuïteit personeel	5 (9%)
	Overig	12 (21%)
Kenmerken onderlinge relaties	Slechte samenwerking hulpverleners	18 (32%)
	Onbekendheid met elkaars werk	12 (21%)
	Slechte samenwerking leiding	5 (9%)
	Overig	10 (18%)
Kenmerken van betrokken personen	Slechte motivatie hulpverleners	8 (14%)
	Slechte motivatie leiding	6 (11%)
	Overig	7 (12%)
Kenmerken spreekuur	Onduidelijke opzet	7 (12%)
	Aanwezigheid van bureaucratie	6 (11%)
	Overig	13 (23%)
Totaal		165

Tabel 26: Belemmerende factoren

Iets minder dan de helft van de contactpersonen die de betreffende vragenlijst hebben ingevuld, geeft aan dat een gebrek aan financiële middelen belemmerend was bij het transmurale verpleegkundige spreekuur (zie tabel 26). Bij ongeveer 30% van de spreekuren voldeed de ruimte waar het spreekuur gehouden zou worden niet of was er geen aparte ruimte aanwezig om het spreekuur te houden (zie tabel 26). Gebrek aan tijd voor het opzetten en uitvoeren van het spreekuur is door ongeveer 18% van de contactpersonen genoemd als belemmerende factor. Bij ruim 10% van de spreekuren wordt een gebrek aan randvoorwaarden in het algemeen genoemd. Er waren bij deze spreekuren weinig praktische of organisatorische randvoorwaarden aanwezig. Ongeveer 10% van de contactpersonen geeft aan dat de continuïteit van de verpleegkundige die het spreekuur leidt, niet gewaarborgd was (zie tabel 26). Dit houdt in dat er bijvoorbeeld één verpleegkundige is aangewezen om het spreekuur te leiden. Bij ziekte of vakantie is er niemand die haar kan vervangen.

Ruim 30% van de contactpersonen die de vragenlijst over bevorderende en belemmerende factoren heeft ingevuld, geeft aan dat slechte samenwerking tussen eerste- en

tweedelijns hulpverleners belemmerend was voor het opzetten of uitvoeren van het spreekuur (zie tabel 26). Onbekendheid met het werk van andere hulpverleners is door een vijfde van de contactpersonen als belemmerend ervaren. Bij ongeveer 10% van de spreekuren is het ontbreken van samenwerking tussen de leiding van de betrokken instellingen als belemmerend ervaren (zie tabel 26). Overige belemmerende factoren binnen de categorie 'kenmerken onderlinge relaties' zijn bijvoorbeeld het ontbreken van duidelijke afspraken en/of een protocol en het niet ontvangen van feedback over de opzet en uitvoering van het spreekuur.

Ongeveer 14% van de contactpersonen die de vragenlijst heeft ingevuld, geeft aan dat een slechte motivatie van betrokkenen (bijvoorbeeld medisch specialisten of huisartsen) belemmerend was voor het opzetten en uitvoeren van het spreekuur. Bij ruim 10% van de spreekuren was slechte motivatie van leidinggevendenden belemmerend (zie tabel 26). Overige genoemde factoren binnen de categorie 'kenmerken van betrokken personen' zijn onder andere: de weerstand van hulpverleners tegen het spreekuur en het ontbreken van voldoende deskundigheid en/of ervaring van de bij het spreekuur betrokken verpleegkundige(n).

Twaalf procent van de contactpersonen geeft aan dat een onduidelijke opzet van het spreekuur belemmerend werkte bij het uitvoeren van het spreekuur (zie tabel 26). Bij ruim 10% van de spreekuren werd de bureaucratie binnen de betrokken instellingen als belemmerend ervaren. De factor 'hoeveelheid transmurale projecten' (zie tabel 26) is ingedeeld in de subcategorie 'overige'. Uit de geretourneerde vragenlijsten blijkt dat sommige contactpersonen een tekort aan transmurale projecten die als voorbeeld kunnen dienen ervaart. Andere contactpersonen hebben aangegeven dat juist het grote aantal transmurale projecten het opzetten van het spreekuur heeft belemmerd. Het vinden van hulpverleners die bij het spreekuur wilden participeren verliep hier moeilijk. Een andere belemmerende factor die binnen de hoofdcategorie 'kenmerken van het spreekuur' is ingedeeld in de subcategorie 'overige' is de complexiteit van het spreekuur. Respondenten geven aan dat de complexe organisatiestructuur van het spreekuur belemmerend was bij het opzetten en uitvoeren hiervan.

4 Conclusies en reflecties

In dit laatste hoofdstuk zullen conclusies worden getrokken die betrekking hebben op de in paragraaf 1.3 gestelde vraagstellingen. Tevens wordt op de conclusies gereflecteerd. Achtereenvolgens worden conclusies en reflecties beschreven over de mate waarin ervaring is opgedaan met transmurale verpleegkundige spreekuren en kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren. Vervolgens zullen evaluatiestudies naar transmurale verpleegkundige spreekuren worden besproken en als laatste volgen conclusies en reflecties die zich richten op bevorderende en belemmerende factoren die aanwezig waren bij het opzetten en uitvoeren van de spreekuren.

4.1 Conclusies en reflecties over de mate waarin transmurale verpleegkundige spreekuren voorkomen in het binnen- en buitenland

In de Engelstalige literatuur zijn twee artikelen gevonden die mogelijk een transmuraal verpleegkundig spreekuur betreffen, of daar grote raakvlakken mee vertonen. De afwezigheid van publikaties hoeft niet te betekenen dat er werkelijk geen transmurale verpleegkundige spreekuren in het buitenland worden gehouden. Ook in Nederland zijn namelijk relatief weinig publikaties over dit onderwerp, terwijl er wel degelijk transmurale verpleegkundige spreekuren worden gehouden. In de Nederlandse situatie zijn namelijk 73 spreekuren geïnterviewd. Betrokkenen bij (toekomstige) spreekuren wordt aanbevolen om hun bevindingen te publiceren. Publikaties zullen inzicht geven in de wijze waarop transmurale spreekuren worden uitgevoerd en welke onderdelen positief en welke minder positief zijn ervaren.

4.2 Conclusies en reflecties over de kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren

Uit de inventarisatie komt naar voren dat transmurale verpleegkundige spreekuren vooral bedoeld zijn voor chronisch zieken. Ook Spreeuwenberg (1995) en voormalig staatssecretaris Simons (1990-1991) beschrijven dat transmurale zorg vooral van toepassing kan zijn bij deze groep patiënten.

In het beleidsrapport van de NRV/CvZ (1995) wordt als algemene doelstelling van transmurale zorg 'verbetering van de kwaliteit van zorg' genoemd. Dit sluit aan bij het gepresenteerde onderzoek waaruit blijkt dat 'kwaliteit van zorg verbeteren' de meest genoemde doelstelling is bij transmurale verpleegkundige spreekuren. De diabetes-spreekuren zijn hierop een uitzondering. Bij de geïnterviewde spreekuren die zich richten op patiënten met diabetes is de meest genoemde doelstelling 'het verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking'.

Transmurale verpleegkundige spreekuren worden verschillend ingevuld. Het geven van voorlichting is de meest voorkomende verpleegkundige activiteit tijdens het spreekuur. Voorlichting geven wordt bij alle vier de spreekuurgroepen het meest vaak genoemd als invulling van het spreekuur. Elberse & Schrijvers (1992) hebben door onderzoek aangetoond dat verpleegkundigen vaak beter dan artsen voorlichting geven (over onder andere de ziekte en hulpverlening) en patiënten begeleiden bij het omgaan met hun ziekte. Een verpleegkundig spreekuur kan daarom als *aanvulling* op het medisch consult worden gezien. Dit houdt echter niet in dat de verpleegkundige de voorlich-

tingstaak van de medisch specialist overneemt.

Het overgrote deel van de spreekuren wordt gehouden op de polikliniek van een ziekenhuis, terwijl het merendeel van de verpleegkundigen een dienstverband heeft bij de thuiszorg. Binnen de samenwerkingsverbanden tussen de thuiszorg en het ziekenhuis komt het veel voor dat het ziekenhuis de voorzieningen voor het spreekuur biedt en de thuiszorg het personeel (in dit geval dus de verpleegkundige). Ook binnen de vier spreekuurgroepen is de polikliniek de meest genoemde plaats waar het spreekuur gehouden wordt.

Taken die de verpleegkundigen vaak naast het spreekuur verrichten zijn onder andere: coördinatie van zorg, deskundigheidsbevordering bij andere verpleegkundigen, het houden van een telefonisch spreekuur en het (mede) uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Deze taken komen overeen met de taken die een verpleegkundig specialist in het buitenland heeft. Zo beschrijven Harrel e.a. (1986) dat de taken van een Clinical Nurse Specialist onder andere 'consultation' en 'research' zijn. De term 'consultation' is vergelijkbaar met de Nederlandse term 'deskundigheidsbevordering' en de term 'research' houdt het (mee)werken aan wetenschappelijk onderzoek in.

Uit de inventarisatie blijkt ook dat transmuraal verpleegkundige spreekuren pas de laatste twee jaar op gang zijn gekomen. Vooral na 1994 zijn er bij verschillende zorginstellingen initiatieven gekomen tot het opzetten van een spreekuur. Dit zal mede veroorzaakt zijn door de vernieuwde wetgeving binnen de Nederlandse gezondheidszorg.

4.3 Conclusies en reflecties over evaluatiestudies naar transmurale verpleegkundige spreekuren

Uit de inventarisatie komt naar voren dat reuma-spreekuren het meest vaak zijn geëvalueerd. De wijze waarop deze evaluaties zijn uitgevoerd lijkt ook het meest gedegen in vergelijking met de overige drie spreekuurgroepen. De kwaliteit en kwantiteit van evaluatiestudies neemt met de omvang van de spreekuurgroep.

De spreekuren zijn veelal door mensen uit de instellingen zelf geëvalueerd. De indruk wordt gewekt dat spreekuren hierdoor vaak niet via gecontroleerd onderzoek worden geëvalueerd, terwijl men veelal wel effectgerichte vraagstellingen heeft. Door goed opgezet gecontroleerd onderzoek zou beter vastgesteld kunnen worden of het spreekuur een verbetering is en of deze van zodanig belang is dat deze op grote schaal moet worden ingevoerd. Het lijkt erop dat in veel gevallen bij de start van een spreekuur nog niet gedacht wordt aan een evaluatie. Hierdoor kunnen voormetingen niet meer plaats vinden en controlegroepen niet meer geformeerd worden. Men is hierdoor gedwongen om voor een post-test design te kiezen.

Ook bij de evaluaties met een procesgericht karakter ontbreekt vaak een gedegen opzet. Vaak wordt geëvalueerd zonder dat er vraagstellingen zijn geformuleerd. De steekproeven zijn bij veel evaluaties klein en eenzijdig, in de zin dat bijvoorbeeld alleen de betrokken hulpverleners wordt gevraagd naar hun mening over het spreekuur. Van de gebruikte meetinstrumenten zijn de validiteit en betrouwbaarheid vaak niet vastgesteld.

Het is bij toekomstige spreekuren van belang om al bij het opzetten van het spreekuur na te gaan hoe het spreekuur geëvalueerd zal gaan worden. Voor wat betreft de onderzoeksmethoden is het wenselijk dat in de toekomst frequenter gebruik wordt gemaakt van gerandomiseerde controlegroepen, voor- en nametingen en gevalideerde meetinstrumenten. Op deze manier kan met meer stelligheid conclusies worden getrokken over de effectiviteit van het spreekuur. Hierdoor zullen de publikaties toenemen, zowel in aantal als in kwaliteit. Een meer volledige rapportage zal andere hulpverleners en onderzoekers betere mogelijkheden geven om effecten te interpreteren en spreekuren te vergelijken of te repliceren.

Het is opvallend dat bijna in alle gevallen de uitkomsten van de evaluaties positief tot zeer positief zijn. Doordat men niet werkte met controlegroepen zijn echter geen duidelijke conclusies te verbinden aan deze positieve uitkomsten. In slechts één geval is na een positieve evaluatie het spreekuur toch niet gecontinueerd. Dit werd veroorzaakt door het ontbreken van structurele financiering en een verschillend beleid van de betrokken instellingen. Een laatste opvallend punt is dat niet altijd de variabelen zoals ze benoemd zijn in de doelstellingen van een spreekuur, terugkomen in de uitkomstvariabelen van de evaluatie. Hierdoor kan slechts in een beperkt aantal gevallen gezegd worden of de doelstellingen van het spreekuur bereikt zijn.

4.4 Conclusies en reflecties over belemmerende en bevorderende factoren

Uit paragraaf 3.3.2 blijkt dat de ervaren bevorderende factoren voornamelijk liggen op het vlak van de betrokken personen. Dit komt overeen met inventariserend onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren bij zorgvernieuwingsprojecten in het algemeen (De Bakker e.a., 1994). Ook in het onderzoek van De Bakker e.a. (1994) komt een goede motivatie van de medewerkers als meest genoemde bevorderende factor naar voren. Een andere belangrijke bevorderende factor die zowel uit het onderzoek van De Bakker e.a. (1994) als uit het gepresenteerde onderzoek naar voren komt is de deskundigheid en ervaring van de betrokken medewerkers. Het slagen van een transmuraal verpleegkundig spreekuur wordt voor een groot deel toegeschreven aan de professionele kennis die de betrokken hulpverleners hebben. Dit wijst erop dat adequate (bij)scholing* van verpleegkundigen die het spreekuur leiden in belangrijke mate het succes van een transmuraal verpleegkundig spreekuur beïnvloedt. Ook de motivatie van de leiding van de betrokken instelling lijkt een belangrijke factor voor het slagen van transmurale verpleegkundige spreekuren. Verpleegkundigen zullen zich door een gemotiveerde leiding ondersteund voelen bij de uitvoering van het spreekuur. Het is van belang dat leidinggevenden zich bewust zijn van de invloed die zij hebben op het wel of niet slagen van het transmurale spreekuur.

'Kenmerken van onderlinge relaties' worden door contactpersonen relatief weinig genoemd als bevorderende factor. In het onderzoek van De Bakker e.a. (1994) worden

* Scholing voor verpleegkundig specialist kan bijvoorbeeld gevolgd worden bij de Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen te Bunnik

kenmerken van onderlinge relaties (zoals bijvoorbeeld samenwerking tussen hulpverleners) juist wel als belangrijke bevorderende factor voor het slagen van zorgvernieuwingsprojecten genoemd. Het lijkt er dus op dat bij *transmurale* zorgprojecten positieve kenmerken van de onderlinge relaties minder snel als bevorderend worden aangeduid dan bij zorgvernieuwingsprojecten in het algemeen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat bij *transmurale* projecten de betrokken instellingen *met elkaar* de benodigde randvoorwaarden moeten realiseren. Terwijl bij zorgvernieuwingsprojecten die zich beperken tot één instelling de randvoorwaarden vaak makkelijker gerealiseerd kunnen worden.

'Kenmerken van onderlinge relaties' worden echter wel vaak als belemmerende factor genoemd. Een veel genoemde belemmerende factor die binnen deze categorie valt is slechte samenwerking tussen de betrokken hulpverleners. Dit komt overeen met inventariserend onderzoek naar belemmerende factoren bij transmurale projecten in het algemeen (Van Dalen, 1995). Ook in onderzoek van Van Dalen (1995) komt naar voren dat een slechte samenwerking tussen hulpverleners een belemmering kan zijn bij het opzetten van transmurale projecten. Toelichtingen van respondenten wijzen erop dat sommige medisch specialisten bij het opzetten van het spreekuur, de verpleegkundige die het spreekuur leidt als 'indringer' zien. Er kan een beeld bestaan dat de verpleegkundige voor een deel beslag zal leggen op het professionele domein van de medisch specialist. Hier ligt voor projectleiders en verpleegkundigen van transmurale spreekuren een taak om het doel en de positieve gevolgen (zoals bijvoorbeeld betere kwaliteit van zorg) te benadrukken. Het feit dat slechte samenwerking als belemmerende factor wordt genoemd suggereert dat de verpleegkundige beroepsgroep nog steeds niet door alle medici als professionele beroepsgroep met eigen deskundigheden wordt gezien.

Een andere belemmerende factor die naar voren komt, is de onbekendheid die hulpverleners ervaren met elkaars werk. Er blijkt soms wederzijds een verkeerd beeld te bestaan. Dit ligt in het verlengde van de voornoemde slechte samenwerking tussen sommige hulpverleners. Op het moment dat verschillende disciplines niet goed met elkaar samenwerken, blijft onbekendheid met de taken van de andere discipline bestaan. Bij slechte samenwerking of onbekendheid met elkaars werk kan het effectief zijn om structureel en regelmatig werkoverleg te hebben. Daarbinnen kunnen werkafspraken gemaakt worden en taken worden afgebakend. Tevens kan binnen werkoverleg de wederzijdse zorgverlening op elkaar afgestemd en geëvalueerd worden.

Een andere categorie factoren die het slagen van een transmuraal verpleegkundig spreekuur beïnvloedt, zijn de 'praktische en organisatorische randvoorwaarden'. Deze randvoorwaarden worden door contactpersonen het meest frequent als belemmerende factoren genoemd. Ook de bevorderende factoren uit deze categorie zijn door contactpersonen relatief vaak genoemd. Zo worden 'financiële middelen' en de 'ruimte om het spreekuur te houden' opvallend vaak als belemmerende, maar ook als bevorderende factor aangeduid. Hieruit kan afgeleid worden dat aan- of afwezigheid van de genoemde factoren belangrijk wordt gevonden. Ook uit de onderzoeken van De Bakker (1994) en Van Dalen (1995) blijkt dat de financiering vaak een belemmering is bij het opzetten

van zorgvernieuwingsprojecten/transmurale projecten in het algemeen.

Het patiënt-gebonden budget zou een middel kunnen zijn om transmurale verpleegkundige spreekuren te bekostigen. Het is echter de vraag of zo'n budget, waarmee een cliënt in zekere zin de zorgaanbieders tegen elkaar uitspeelt, wel is te rijmen met het samenwerkingsvereiste waarop transmurale zorg is gestoeld (Huijsman & Grinten, 1995). Een derde belemmerende factor die betrekking heeft op randvoorwaarden is een gebrek aan tijd. Contactpersonen geven aan dat de beschikbaar gestelde tijd vaak te kort is om het spreekuur op een gedegen manier op te zetten en uit te voeren. Ook bij zorgvernieuwingsprojecten in het algemeen wordt een gebrek aan tijd vaak als belemmerend ervaren (De Bakker, 1994).

De resultaten van het gepresenteerde onderzoek wijzen er op dat transmurale verpleegkundige spreekuren op een meer gedegen manier moeten worden opgezet. Hierbij zal rekening moeten worden gehouden met de genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Ook evaluatiestudies naar transmurale verpleegkundige spreekuren verdienen meer aandacht. Dit alles zal onder andere de verpleegkundige beroepsgroep meer inzicht maar ook meer aanzien geven.

Samenvatting

In dit onderzoeksverslag wordt een inventarisatie van transmurale verpleegkundige spreekuren in binnen- en buitenland beschreven. Transmurale zorg omvat vormen van zorg die verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden (NRV/CvZ, 1995). Eén van de vormen van transmurale zorg is een transmuraal verpleegkundig spreekuur.

Transmurale projecten in het buitenland worden beschreven aan de hand van Engelstalige literatuur. Slechts twee artikelen beschrijven een situatie die transmuraal lijkt, het blijft echter onduidelijk of het hier om een spreekuur gaat.

In Nederland zijn 73 transmurale verpleegkundige spreekuren geïnventariseerd. Deze spreekuren zijn in drie delen beschreven, namelijk: 1) kenmerken van de spreekuren, 2) kenmerken van evaluaties van de spreekuren en 3) bevorderende en belemmerende factoren bij het opzetten en uitvoeren van het spreekuur.

De Nederlandse spreekuren zijn voornamelijk gericht op chronisch zieken, te weten: patiënten met reuma, diabetes, CARA, MS, Parkinson, CVA, oncologie, Cystic Fibrosis en patiënten met een stoma. Het merendeel van de patiënten die het spreekuur bezoekt, is verwezen door een medisch specialist.

Bij de meeste spreekuren is sprake van een samenwerkingsverband (op organisatieniveau) tussen een thuiszorginstelling en een ziekenhuis. Onder andere de volgende doelstellingen zijn voor transmurale verpleegkundige spreekuren geformuleerd: bevorderen van de kwaliteit van zorg, bevorderen van de continuïteit van zorg, verbeteren van de voorlichting aan patiënten en verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking.

Voorlichting geven is een verpleegkundige activiteit die bij bijna alle spreekuren naar voren komt. Deze voorlichting gaat dan onder andere over de ziekte, de behandeling en het omgaan met aan de ziekte gerelateerde psychosociale problemen.

Uit de inventarisatie komt naar voren dat transmurale verpleegkundige spreekuren meestal op de polikliniek van een ziekenhuis worden gehouden. Sporadisch vinden spreekuren plaats in huisartsenpraktijken, thuiszorginstellingen of buitenpoliklinieken. Het merendeel van de spreekuren wordt of door een verpleegkundig specialist of door een gedifferentieerd werkende (wijk)verpleegkundige geleid. Deze verpleegkundigen zijn meestal in dienst van de thuiszorg en verrichten naast het spreekuur ook andere taken. Zo leggen ze huisbezoeken af, houden telefonische spreekuren en coördineren de zorg voor de patiënt. Transmurale verpleegkundige spreekuren worden meestal gefinancierd uit de budgetten van de bij het spreekuur betrokken instellingen.

Het merendeel van de spreekuren is (nog) niet geëvalueerd. Wanneer er wel is geëvalueerd is dit vaak door de betrokken hulpverleners zelf gedaan. Meestal zijn er alleen 'nametingen' verricht en is er geen gebruik gemaakt van controlegroepen of bestaande meetinstrumenten. Vaak zijn er geen duidelijke vraagstellingen geformuleerd voor de evaluatie. Hierdoor is het moeilijk om conclusies te trekken over zowel de uitvoering als de resultaten van het spreekuur. Bij een klein aantal van de evaluaties

zijn resultaten van de evaluatie beschreven. Deze resultaten zijn in bijna alle gevallen geformuleerd in termen van 'tevredenheid'. Het is bekend dat tevredenheidsscores van patiënten geen goede indicator zijn van de kwaliteit of de effecten van interventies. Hierdoor blijft de werkelijke waarde van de spreekuren onduidelijk.

De meest genoemde stimulerende factoren liggen op het vlak van de betrokken personen. Contactpersonen geven aan dat vooral de goede motivatie van hulpverleners stimulerend werkte. Ook de eigen deskundigheid en ervaring van de verpleegkundigen, wordt als een bevorderende factor gezien. Andere stimulerende factoren die relatief vaak genoemd worden liggen op het vlak van praktische en organisatorische randvoorwaarden. Kenmerken van onderlinge relaties en kenmerken van het spreekuur zijn minder vaak als stimulerend aangeduid.

De meest genoemde belemmerende factoren liggen op het vlak van praktische en organisatorische randvoorwaarden. Contactpersonen geven aan dat een gebrek aan financiële middelen en een gebrek aan een (geschikte) ruimte om het spreekuur te houden belemmerend was. Kenmerken van betrokken personen, onderlinge relaties en kenmerken van het spreekuur zelf worden door contactpersonen minder vaak als belemmerend ervaren.

Summary

This report presents the results of a descriptive study on 'transmural nursing consultation services' in the Netherlands and in foreign countries.

The Dutch concept 'transmurale verpleging' ('transmural nursing')* is used to indicate all forms of nursing care that are tailored to the patient's needs, and which are provided on the basis of close collaboration between and joint responsibility of primary and secondary health care institutions. 'Transmural nursing' aims to promote the quality and continuity of care, by providing care by the most appropriate person, at the most appropriate place, at the best moment. 'Transmural nursing' can take many forms, for instance, the form of a consultation service led by a specialised nurse.

The descriptions of transmural nursing consultation services in foreign countries are based on English literature. Only two articles describe a 'transmural' situation, however it is unclear whether this concerns a consultation service.

In this study 73 dutch transmural nursing consultation services are established. These consultations are described in three parts, namely: 1) characteristics of the consultation services, 2) characteristics of evaluation studies of the consultation services and 3) promoting and inhibiting factors which has been experienced by the respondents.

Transmural consultation services in the Netherlands are mainly directed to chronic patients, e.g.: patients with rheuma, diabetes, CARA, MS, Parkinson, CVA, oncology, Cystic Fibrosis and patients with a stoma. Within the framework of most of the consultation services there is a collaboration between hospitals and community services.

The consultation services have, for instance, the following aims: an improvement of the quality of care, an improvement of the continuity of care, an improvement of the patient education and an improvement of the interdisciplinary collaboration. Most of the patients who visit the consultation service, have been referred by the medical specialist.

The nursing intervention 'giving education' is an intervention which is part of most of the nursing services described. The education may contain the following subjects: coping with the illness, the medical treatment or handling sociopsychological problems which are related to the illness.

The study presented shows that transmural nursing consultation services are mostly held at the polyclinic of a hospital. Other places for consultation services are: at the practice of a general practitioner, at the office of the community service or at a polyclinic outside the hospital. Most of the consultation services are led by a nurse specialist or by a nurse with a specific differentiation. She has in a lot of cases an employment with the community service. Besides giving the consultations her tasks are: visiting patients at home, giving consultations by telephone and coordinating the care for the patient. The collaborating nursing consultation services are mostly financed

* No literal English equivalent of the Dutch concept exists. The term 'collaborative nursing' at the interface of primary and secondary care seems to be the closest.

by the involved institutions and not by other institutions.

The consultation services are mostly evaluated by the care providers involved, without control groups, pre- and posttests and valid measurement tools. Also in a lot of cases there were no evaluation questions formulated. Because of this, it is very difficult to formulate conclusions for both the proces and the product of the consultation service. The findings formulated in some cases, are like 'the patients are satisfied'. It is known that patient-satisfaction-scores are no relevant indicators of the effects of interventions. This provides limited information about the effect of the consultation service.

Most of the stimulating factors, mentioned by the respondents, are related to characteristics of the care providers involved. Respondents mentioned that especially the good motivation of providers was stimulating for the design and implementation of the consultation service. The broad knowledge and experience of nurses was also a stimulating factor. Other stimulating factors that has been indicated are related with practical and organisational pre-conditions. However, characteristics of mutual relations between providers and characteristics of the consultation service are mentioned rarely as stimulating factors.

The category 'practical and organisational pre-conditions' are most often mentioned as inhibiting factor. Respondents mentioned mostly a lack of money and a lack of a consultation-room as inhibiting. Characteristics of the care providers involved, mutual relations between care providers and characteristics of the consultation service were mentioned less often as inhibiting.

Geraadpleegde bronnen

- Anderson, G., & Hicks, S. (1986). The clinical nurse specialist: role, overview and future prospects. *The Australian nurses journal*, 15(8), 36-38, 53.
- Arbeel, S. (1995). *Informatiebrief aan de leden van de projectgroep transmurale zorg*. Ongepubliceerde brief. Hoorn: Kruiswerk West-Friesland.
- Bakker, H. de, Peters, P., Sluijs, E.M., & Philipsen, H. (1994). *Onderzoekprogramma kwaliteit van zorg: Overzichtstudie Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing 6*. Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.
- Bie, L. de (1994). *Eindevaluatie project reumaconsulente: evaluatie van een verpleegkundig spreekuur op de polikliniek van het Interconfessioneel Ziekenhuis De Baronie*. Ongepubliceerd verslag. Breda: Kruisvereniging Breda/Baronie ziekenhuis.
- Boer, J. de (1992). *Het opzetten van een verpleegkundig spreekuur voor patiënten met diabetes mellitus*. Ongepubliceerde brief. Dokkum: Regionale Kruisvereniging Friesland Noord/ziekenhuis en verpleeghuis de Sionsberg.
- Boer, J. de, Vries, N. de & Muren, C. van der (1993). *Samenwerkingsverband t.a.v. Diabetes zorg en Diëtetiek*. Ongepubliceerde brief. Dokkum: Regionale Kruisvereniging Friesland Noord/ziekenhuis en verpleeghuis de Sionsberg.
- Buter, L.M. & Dongen, M.C.J.M. van (1991). *Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie*. Houten/Za-ventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brasker, J. (1992). *Transmuraal verplegen: van wens naar werkelijkheid*. Amsterdam: Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit, Onderzoekscentrum 1e-2e lijn.
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994). *Rapport Gedeelde Zorg: betere zorg*. Zoetermeer: Hageman bv.
- Cyr-Buchanan, L. (1992). A rehabilitation clinical nurse specialist: evaluation of the role in a home health care setting. *Holistic Nursing Practice*, 6(2), 42-50.
- Dalen, E. van (1995). *Transmurale zorg, een strategische keuze...?! Een verkennend onderzoek bij ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties naar ontwikkelingen in de transmurale zorg*. Doctoraalscriptie. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Dekker, N.J. (1995a). *Evaluatieverslag transmurale zorg reumapatiënten regionale thuiszorg/Medisch Centrum Alkmaar*. Ongepubliceerd verslag. Alkmaar: Medisch Centrum Alkmaar.
- Dekker, N.J. (1995b). *Vervolgvoorstel transmurale zorg reumapatiënten*. Ongepubliceerd voorstel. Alkmaar: Medisch Centrum Alkmaar.
- Dijkshoorn, M. & Klaassen, A. (1994). *Project transmuraal verpleegkundige reumazorg*. Ongepubliceerd verslag. Spijkenisse: Kruiswerk Zuidhollandse Eilanden.
- Doorn, J. van (1994). Transmurale zorg in breder perspectief. *Het ziekenhuis*, 24, 156-160.
- Elberse, W.P. & Schrijvers, A.J.P. (1992). *reumaconsulenten in Nederland*. Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie & Faculteit der Geneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht.

- Engels, J. (1995). *Evaluatie en vervolgactiviteiten diabetes-checkup*. Ongepubliceerde brief. Heerlen: Stichting Thuiszorg Oostelijk Zuid-Limburg.
- Faas, S. & Marée, M. (1995). *Evaluatie transmurale zorg reumapatiënten*. Ongepubliceerde brief. Alkmaar: UNIVE verzekeringen.
- Francke, A.L. & Kerkstra, A. (1996). *Transmurale CARA- en Reumasprekuren in ziekenhuis De Weezenlanden: een evaluatiestudie*. Ongepubliceerd onderzoeksvorstel. Utrecht: NIVEL.
- Frederix, M. (19??). *Functieprofiel van de transmuraal werkende diabetes verpleegkundige*. Ongepubliceerd verslag. Maastricht: Diagnostisch Coördinerend Centrum Maastricht/Academisch Ziekenhuis Maastricht.
- Geers, A. (1993). *Transmurale zorg en CARA*. Ongepubliceerd verslag. Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente/Streekziekenhuis Midden-Twente.
- Grinten, T.E.D. van der, & Huijsman, R. (1994). Strategische opties voor een transmurale gezondheidszorg: Het niemandsland tussen huis en hospitaal. *Medisch Contact*, 49, 1393-1398.
- Groene Kruis Midden-Limburg (1993). *Vorstel voor de invulling van de functie CARA-consulent*. Ongepubliceerd verslag. Roermond: Groene Kruis Midden-Limburg.
- Groene Kruis Midden-Limburg (1995a). *Doel consult CARA-poli*. Ongepubliceerd verslag. Roermond: Groene Kruis Midden-Limburg.
- Groene Kruis Midden-Limburg (1995b). *Evaluatie CARA-consulent*. Ongepubliceerd verslag. Roermond: Groene Kruis Midden-Limburg.
- Groenendael, E.J.F.M. van (1995a). *MS Thema-avond dinsdag 28 november 1995*. Ongepubliceerde lezing. Gorinchem: Beatrixziekenhuis.
- Groenendael, E.J.F.M. van (1995b). *Notitie aan "De Brug"*. Ongepubliceerde notitie. Gorinchem: Beatrix ziekenhuis.
- Groenendael, E.J.F.M. van (1995c). *Rapportage Transmuraal Verpleegkundig Consulent*. Ongepubliceerd formulier. Gorinchem: Beatrix ziekenhuis.
- Korrel, L. (1993a). *Eerste evaluatie-verslag kindercarapoli februari 1993*. Ongepubliceerd verslag. Goes: Oosterschelde ziekenhuis/Kruisvereniging rondom de Oosterschelde.
- Korrel, L. (1993b). *Concept tweede evaluatie-verslag kindercarapoli december 1993*. Ongepubliceerd verslag. Goes: Oosterschelde ziekenhuis/Kruisvereniging rondom de Oosterschelde.
- Korrel, L. (1993c). *Vragenlijst kindercarapoli*. Ongepubliceerd verslag. Goes: Oosterschelde ziekenhuis/Kruisvereniging rondom de Oosterschelde.
- Korrel, L. (1994). *evaluatie-verslag kindercarapoli*. Ongepubliceerd verslag. Goes: Oosterschelde ziekenhuis/Kruisvereniging rondom de Oosterschelde.
- Kruiswerk Vlietstreek & Ziekenhuis St. Antoniushove (1992). *Vorstel samenwerking kruiswerk en ziekenhuis*. Ongepubliceerd Vorstel. Leidschendam: Kruiswerk Vlietstreek/Ziekenhuis St. Antoniushove.
- Kruiswerk Zuid-Kennemerland (1995). *Projectopzet Transmuraal Werkende reumaconsulent Zuid Kennemerland*. Ongepubliceerd verslag. Haarlem: Kruiswerk Zuid-Kennemerland.

- Kuiper, P. (1995). *Bijdrage aan het jaarverslag 1995 van de afdeling longziekten*. Ongepubliceerd verslag. Roermond: Groene Kruis Midden-Limburg.
- Leeuwen, B. van, & Mulder, M. (1995). *Draaiboek transmurale astma-verpleegkundige: Aanmelding en zorgprocedure, inhoudsbeschrijving werkzaamheden Transmurale Astma-verpleegkundige, Aandachtspunten per leeftijdscategorie*. Ongepubliceerd rapport. Gouda: Stichting De Vierstroom/Het Groene Hart Ziekenhuis.
- Legemate, J. (1995). Juridisch-bestuurlijke constructies voor samenwerking. In: A.C.M. van Leeuwen, M. De Man & M. Van der Veeken. *Touwtrekkerij in de transmurale zorg*. Utrecht: De Tijdstroom BV, 63-69.
- Leyenaar, B. & Wallinga, G. (1995). *Extramurale Cara- en reumaverpleegkundige in het ziekenhuis*. Ongepubliceerd rapport. Zwolle: De Weezenlanden/Thuiszorg Yssel-Zwartewater.
- Linden, B. van der & Spithoven, E. (1996). *Ledenlijst en projectomschrijvingen van het netwerk voor transmuraal werkenden*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg.
- Merkx, J.A.M. & Dijkshoorn, M. (1996). *Transmuraal verpleegkundige reumazorg: een inventariserend onderzoek onder polikliniek bezoekers*. Ongepubliceerd verslag. Spijkenisse: Kruiswerk Zuidhollandse Eilanden.
- Munsterman, D.K., Wieringa, G.J. & Spraaij, R. (1993). Bruggen bouwen door transmurale zorg. *Het Ziekenhuis*, 23, 477-480.
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, NIVEL (1996). *Databank Registratie van Wetenschappelijk Onderzoek*. Utrecht: NIVEL.
- Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden in de reumatologie (1994). *Functieprofiel verpleegkundig reumaconsulent*. Ongepubliceerd verslag. Nijmegen: NVVVR.
- Nikkels-de Bosch Kemper, J., Nikkels, R.E. & Ottenheim-Vliegen, A. (1992). *Notitie diabetes spreekuur*. Ongepubliceerde notitie. Groene Kruis Oostelijk Zuid-Limburg/De Wever Ziekenhuis.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid & College voor Ziekenhuisvoorzieningen (1995). *Transmurale somatische zorg: Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen*. Zoetermeer: NRV/CvZ.
- Poel, B. van der (1993). *Eindrapportage project transmurale diabeteszorg in Den Haag?* Ongepubliceerd rapport. Den Haag: Thuiszorg Den Haag.
- Pollit, D. F. & Hungler, B. P. (1991). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Portielje, J.E.A., Meché, I. van de, Geelhoed-Duijvestijn, P.H.L.M., Ragay, A., Dijkerman, H., & Poel, B. van der (1994). Begeleiding van NIDDM patiënten door een in diabetes mellitus gespecialiseerde wijkverpleegkundige en diëtiste. *EADE nieuwsbrief, augustus 1994*, 5-8.
- Regionale Thuiszorg & Medisch Centrum Alkmaar (1995). *Resultaten patiënten-enquête "transmurale zorg reumapatiënten"*. Ongepubliceerd rapport. Alkmaar: Regionale Thuiszorg/Medisch Centrum Alkmaar.
- Roelfsema, I. (1995a). *Concept notitie voor patiënten met borstkanker*. Ongepubliceerd verslag. Dokkum: De Sionsberg.

- Roelfsema, I. (1995b). *Project opzetten van een verpleegkundig spreekuur voor mammacare/oncologiepatiënten*. Ongepubliceerd verslag. Dokkum: De Sionsberg.
- Ruyter, A.A.B. (1992). *Optimaliseren reumapatiëntenzorg in de 1e en 2e lijn door de reumaconsulent*. Ongepubliceerd rapport. Alkmaar: Medisch Centrum Alkmaar/Interkruis Noord-Kennemerland.
- Ruyter, A.A.B. (1995). *Reactie op vragen/opmerkingen van Univé*. Ongepubliceerde brief. Alkmaar: Medisch Centrum Alkmaar.
- Scheperziekenhuis & Thuiszorg Drenthe. *Verpleegkundig Consulent Scheperziekenhuis*. Ongepubliceerd verslag. Emmen: Scheperziekenhuis/Thuiszorg Drenthe.
- Scheperziekenhuis & Thuiszorg Drenthe. *Taak-/functieomschrijving transmuraal verpleegkundig consulent reuma*. Ongepubliceerd verslag. Emmen: Scheperziekenhuis/Thuiszorg Drenthe.
- Spreeuwenberg, C. (1994). *(Net)werken voor chronisch zieken*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de 'Integratie van eerst- en tweedelijns geneeskundige zorg voor chronisch zieke patiënten' aan de Rijksuniversiteit Limburg op 16 december 1994. Maastricht.
- Spreeuwenberg, C. (1995). Een verheldering van het begrip transmurale zorg. In: A.C.M. van Leeuwen, M. De Man & M. Van der Veecken. *Touwtrekkerij in de transmurale zorg*. Utrecht: De Tijdstroom BV, 13-22.
- Spreeuwenberg, C. & Frederix, M. (1995). *Projectvoorstel: zorgnetwerken voor chronisch zieken: een centrale rol voor de gespecialiseerde verpleegkundige*. Ongepubliceerd onderzoeksvoorstel. Maastricht: Diagnostisch Coördinerend Centrum Maastricht/Academisch Ziekenhuis Maastricht.
- Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Chronisch-Ziekenbeleid; chronische patiënten niet buitenspel*. Brief aan de Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, kamerstuk 22 025.
- Stevens, H.E.W. (1994). *Evaluatieverslag CARA-spreekuur polikliniek van de kinderartsen Beatrixziekenhuis te Gorinchem*. Ongepubliceerd verslag. Gorinchem: Stichting Waardse Rading.
- Stichting Kruiswerk Friesland Noord (1995). *Uitgangspunten rond transmurale zorg diabetes type II*. Ongepubliceerd verslag. Dokkum: Stichting Kruiswerk Friesland Noord.
- Stichting Kruiswerk Friesland Noord & De Sionsberg (19??). *Project verslag Transmuraal Diabetes Spreekuur: evaluatie van het diabetes spreekuur op de polikliniek van "De Sionsberg" te Dokkum*. Ongepubliceerd verslag. Dokkum: Stichting Kruiswerk Friesland Noord/De Sionsberg.
- Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (1994). *Inventarisatie Onderzoeks & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg*. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.
- Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (1995). *Inventarisatie Onderzoeks & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg*. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.
- Stichting reumatologie Dr. Daniël den Hoed, Kruiswerk Zuidhollandse eilanden & Stichting Coördinatiecentrum Chronisch Zieken IKR/IKW (19??). *Folder: Transmuraal verpleegkundig consulent reuma*. Rotterdam: Stichting reumatologie Dr. Daniël den Hoed/Kruiswerk Zuidhollandse eilanden/Stichting Coördinatiecentrum Chronisch Zieken IKR/IKW.
- Stichting Thuiszorg Horst- en Vlietstreek & Ziekenhuis Sint Antoniushove (1983). *Dag van de verpleging. Thema: Transmurale samenwerking in de toekomst*. Ongepubliceerd verslag. Leidschendam: Stichting Thuiszorg Horst- en Vlietstreek/Ziekenhuis Sint Antoniushove.

- Stichting Thuiszorg Midden-Limburg (1994a). *Stand van zaken Cara-poli*. Ongepubliceerde brief. Roermond: Stichting Thuiszorg Midden-Limburg.
- Stichting Thuiszorg Midden-Limburg (1994b). *Folder: Wat kan de wijkverpleegkundige voor u doen als het gaat over CARA*. Roermond: Stichting Thuiszorg Midden-Limburg.
- Stichting Thuiszorg Oost Veluwe & Het ziekenhuiscentrum Apeldoorn (1995). *Eindrapportage project reumaconsulent, projectnummer 92-026*. Ongepubliceerd rapport. Apeldoorn: Stichting Thuiszorg Oost Veluwe/Het ziekenhuiscentrum Apeldoorn.
- Stichting Thuiszorg West-Friesland, Westfries Gasthuis & Regionale Kruisvereniging West-Friesland (1994). *Projectvoorstel reumatologie*. Ongepubliceerd rapport. Hoorn: Stichting Thuiszorg West-Friesland/Westfries Gasthuis & Regionale Kruisvereniging West-Friesland.
- Stichting Thuiszorg West-Friesland, Westfries Gasthuis & Regionale Kruisvereniging West-Friesland (19??). *Folder: Een chronische ziekte van het bewegingsapparaat*. Ongepubliceerde folder. Hoorn: Stichting Thuiszorg West-Friesland/Westfries Gasthuis/ Regionale Kruisvereniging West-Friesland.
- St. Laurentius ziekenhuis & Stichting thuiszorg Midden-Limburg (1994). *Folder: De CARA-consulent*. Roermond: St. Laurentius ziekenhuis/Stichting thuiszorg Midden-Limburg.
- Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden-Twente (19??). *Projectvoorstel CARA-team (volwassenen & kinderen)*. Ongepubliceerd verslag. Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente/Streekziekenhuis Midden-Twente.
- Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden-Twente (1995a). *Transmurale zorg, geen project maar beleid*. Ongepubliceerd verslag. Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente/Streekziekenhuis Midden-Twente.
- Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden-Twente (1995b). *Verpleegkundig CARA-spreekuur kinderpoli*. Ongepubliceerd verslag. Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente/Streekziekenhuis Midden-Twente.
- Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden-Twente (1995c). *Protocol poliklinisch instellen van een patiënt met DM type II, die overgaat van tabletten naar insuline*. Ongepubliceerd protocol. Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente/Streekziekenhuis Midden-Twente.
- Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden-Twente (1995d). *Draaiboek voorlichting aan de patiënt met borstkanker*. Ongepubliceerd verslag. Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente/Streekziekenhuis Midden-Twente.
- Thuiszorg Drenthe & Scherperziekenhuis (19??a). *Verpleegkundig consulent Scherperziekenhuis*. Ongepubliceerd rapport. Emmen: Thuiszorg Drenthe/Scherperziekenhuis.
- Thuiszorg Drenthe & Scherperziekenhuis (19??b). *Taak-/Functieomschrijving Transmuraal Verpleegkundig Consulent reuma*. Ongepubliceerd rapport. Emmen: Thuiszorg Drenthe/Scherperziekenhuis.
- Thuiszorg Het Friese Land (1993a). *Functie- en taakomschrijving van de Transmuraal werkende wijkverpleegkundige CARA (TMV-C)*. Ongepubliceerd verslag. Leeuwarden: Thuiszorg Het Friese Land.
- Thuiszorg Het Friese Land (1993b). *Overzicht transmuraal kinder CARA spreekuur MCL-Noord*. Ongepubliceerd verslag. Leeuwarden: Thuiszorg Het Friese Land.
- Thuiszorg Het Friese Land (1993c). *Functie- en taakomschrijving van de Transmuraal werkende verpleegkundige Diabetes (TMV-D)*. Ongepubliceerd verslag. Leeuwarden: Thuiszorg Het Friese Land.

Tilburgse Kruisvereniging (1991). *Projekt opzet voor het opzetten van een samenwerkingsmodel ter verbetering van de Diabetes-II zorg*. Ongepubliceerde opzet. Tilburg: Tilburgse Kruisvereniging.

Vogels, H.M., & Zwinkels, A.P. (1995). *Transmurale reumazorg: samenwerkingsproject Stichting Thuiszorg Horst- en Vlietstreek en Ziekenhuis Sint Antoniusshove*. Ongepubliceerd verslag. Leidschendam: Ziekenhuis Antoniusshove/Thuiszorg Horst-en Vlietstreek.

Walton, M.K., Jakobowski, D.S. & Barnsteiner, J.H. (1993). A collaborative practice model for the clinical nurse specialist. *Journal of nursing administration*, 23(2), 55-59.

Watkins, L.O. & Wagner, E.H. (1982). Nurse practitioner and physician adherence to standing orders criteria for consultation or referral. *American Journal of Public Health*, 72, 22-29.

Weersink, M. (1995). *Voorstel diabetesspreekuur door gespecialiseerde wijkverpleegkundige in de buitenpoli in Goor*. Ongepubliceerd verslag. Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente/Streekziekenhuis Midden-Twente.

Wester, F. (1995). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Bussum: Dick Coutinho.

Ziekenhuis Leyenburg (1995). *Verpleegkundig spreekuur: voor patiënten die onder behandeling zijn in ziekenhuis Leyenburg*. Ongepubliceerd rapport. Den Haag: Ziekenhuis Leyenburg.

Ziekenhuis St. Gregorius & Groene Kruis Brunssum (1992a). *Verpleegkundig stoma-spreekuur: Een gezamenlijk initiatief van ziekenhuis en Groene Kruis Brunssum: voorgeschiedenis*. Ongepubliceerd rapport. Brunssum: Stichting samenwerkingsverband van eerste en tweede lijn voor regionale gezondheidszorg (SAREZO).

Ziekenhuis St. Gregorius & Groene Kruis Brunssum (1992b). *Verpleegkundig stoma-spreekuur: Een gezamenlijk initiatief van ziekenhuis en Groene Kruis Brunssum: evaluatie samenvatting van het SAREZO-project stomazorg*. Ongepubliceerd rapport. Brunssum: Stichting samenwerkingsverband van eerste en tweede lijn voor regionale gezondheidszorg (SAREZO).

Inhoudsopgave bijlagen

Bijlage 1:	Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen	50
Bijlage 1a:	Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen	57
Bijlage 2:	Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes	62
Bijlage 2a:	Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes	67
Bijlage 3:	Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met CARA	70
Bijlage 3a:	Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met CARA	73
Bijlage 4:	Kenmerken van overige transmurale verpleegkundige spreekuren	76
Bijlage 4a:	Overzicht evaluaties van overige transmurale verpleegkundige spreekuren	79
Bijlage 5:	Vragenlijst transmurale verpleegkundige spreekuren	81

Bijlage 1: Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSOON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Alkmaar: Regionale Thuiszorg & Medisch Centrum Alkmaar <i>Ruyter, 1992</i> <i>Dekker, 1995a & 1995b</i> <i>Faas & Maree, 1995</i> <i>Regionale Thuiszorg & Medisch</i> <i>Centrum Alkmaar, 1995</i>	Patiënten met de volgende reuma- tische aandoe- ningen: reumati- sche artritis, Bechterew, ern- stige arthrosis deformans, poly- arthrosis en poly- arthritis.	Afstemming van eerste lijns- zorg en ziekenhuiszorg verbeteren, voorlichting en begeleiding verbeteren	Reumatoloog, eigen initiatief, reuma-pa- tiëntenvereniging, ver- pleegkundigen	Voorlichting over en bege- leiding bij: leefregels, hulp- middelen, woningaanpas- singen, medicatie, verver- king, pijn en psychosociale aspecten	30 minuten per con- sult, 1-4 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	1 spreekuur per week, Hoeveel: ??	Verpleegkundig specialist chro- nisch ziekten, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Deskundigheidsbevordering bij andere hulpverleners. (Telefo- nisch) spreekuur voor pa- tiënten en hulpverleners. Bijdra- ge leveren aan zorgbeleid. Meewerken aan wetenschap- pelijk onderzoek. Klinische con- sulten en huisbezoeken uitvoe- ren	Ziektenfondsen, particuliere zorgverzeke- raars, eigen middelen	Juni 1993
Apeldoorn: Stichting Thuiszorg Oost-Veluwe & Het Ziekenhuiscentrum Apeldoorn <i>Stichting Thuiszorg Oost-Veluwe &</i> <i>Het ziekenhuiscentrum Apeldoorn,</i> <i>1995</i>	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Kwaliteit en continuïteit van zorg bevorderen	Reumatologen, revalli- datecentrum/ergothe- rapeut, huisartsen, pa- tiëntenvereniging en eigen initiatief	Voorlichting over: ziekte- proces, medicatie en be- handeling, gewrichtsbe- scherming, mogelijkheden thuiszorg, technische hulp- middelen en voorziene in- gen, arbeidsproblematiek, patiëntenverenigingen, in- stanties sociale welgeving, verpleegafdelingen	30 minuten per con- sult, aantal consulten zeer variabel	Polikliniek ziekenhuis	Geen vaste tijdstippen, per dag + 4- 5 patiënten	Verpleegkundig specialist reu- ma, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Ondersteuning hulpverleners. Deskundigheidsbevordering bij andere hulpverleners. Verzor- gen van voorlichting aan pa- tiëntenverenigingen. Bijdrage leveren aan patiëntenblad.	In projectfase Ministerie van VWS, daarna eigen middelen	Maart 1993
Bergen op Zoom: Kruiswerk West-Brabant & Ziekenhuis Lievensberg	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Kwaliteit van zorg bevo- deren	Reumatoloog en eigen initiatief	Voorlichting over: ziekte- beeld, leefregels, voorzie- ningen en aanvragen van hulpmiddelen. Psychoso- ciale begeleiding	45 minuten per con- sult, 1 consult per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	1 ochtend per week, 3 patiënten per spreek- uur	Wijkverpleegkundige met diffe- rentiatie reuma, in dienst van het kruiswerk <u>Overige taken:</u> Zorgafstemming tussen diverse instanties en personen. In- structie in de thuissituatie. Voorwaarden scheppen voor een zo optimaal mogelijke zorg- verlening door medewerkers van thuiszorginstellingen. Con- sultatie voor intra- en extramu- rale hulpverleners, mantelzor- gers en patiëntenverenigingen. Bijscholing voor intra- en extramuraal medewerkers. Ont- wikkeling van standaard ver- pleegplannen en protocollen	Kruiswerk West-Brabant. Vanaf septem- ber 1995 te- vens door Fran- ciscus zieken- huis te Roosen- daal, Zieken- huis Lievens- berg te Bergen Stichting Co- ordinatiecen- trum Chronisch zieken IKR/IKW	1992

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 1 (vervolg VI)

Bijlage 1 (vervolg I): Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSONOON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Breda: Kruisvereniging Breda & Interconfessioneel Ziekenhuis De Baronie Breda, 1994	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Kwaliteit en continuïteit van zorg bevorderen	Reumatoloog, op eigen initiatief en patiëntenver- eniging	Voorlichting over ziekte- beeld en behandeling. Signaleren en begeleiden bij psychosociale en prak- tische problemen. Bemid- delen bij en/of inschakelen van andere disciplines	45-60 minuten per consult, 2-3 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	1x per 14 dagen 3 uur, 4 patiënten per spreek- uur	Verpleegkundig specialist reu- ma, in dienst van de kruisver- eniging <u>Overige taken:</u> Coördinatie van zorg zowel klinisch als poliklinisch. Mee- werken aan wetenschappelijk onderzoek. Publiceren van arti- kelen in vak- en/of patiëntenbla- den.	Eigen middelen	Augustus 1993
Delft: Stichting Maatzorg, Reinier de Graaf Gasthuis & Coördinatie Centrum Chronisch Zieken IKR/KW	Volwassenen met reumatische aan- doeningen	Ingaan op de gevolgen van het chronisch ziek zijn in het algemeen en van de gevolgen van reuma in het bijzonder	Reumatoloog, huisarts en eigen initiatief	Inventariseren van de cliëntsituatie. Geven van voorlichting aan patiënt en zijn directe omgeving. Begeleiden bij het omgaan met de ziekte.	45 minuten per con- sult, Aantal: ??	Polikliniek ziekenhuis	4-5x per maand, 2-3 pa- tiënten per spreekuur	Verpleegkundig specialist chro- nisch ziekten, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Coördinatie van zorg. Huisbe- zoeken afleggen. Geven van bijscholing aan verpleegkundi- gen. Aanbevelingen doen ter bevordering van de zorgverle- ning. Introduceren van nieuwe ontwikkelingen.	Ziekenhuis, thuiszorg en Coördinatie Centrum Chro- nisch Zieken IKR/KW	Maart 1996
Den Haag: Thuiszorg Den Haag & Bronovo ziekenhuis	Patiënten met de volgende reuma- tische aandoen- ingen: reumato- ide artritis, SLE, Bechterew en Artritis	Kwaliteit van zorg en kan- tenis van de patiënt bevo- deren	Reumatoloog	Voorlichting over: ziekte- beeld, hulpmiddelen en leefregels. Luisteren naar de patiënt. Verwijzen naar andere hulpverleners	1e consult: 1 uur, 2e consult: 30 minuten 3-4 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	Dageelijks 7 uur spreek- uur, 2-3 patiënten per spreek- uur	Verpleegkundige met differen- tiatie reuma, in dienst van het ziekenhuis <u>Overige taken:</u> Intermediair zijn tussen ver- schillende disciplines	Coördinatiecen- trum Chronisch Zieken en eigen middelen	Maart 1996
Doetinchem: Zorggroep Oost-Gelderland & Slingeland ziekenhuis	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Bereikbaarheid van de reumaconsulente verhogen en een lagere drempel creëren	Reumatoloog	Voorlichting over: reuma, hulpmiddelen en aanpas- singen. Geven van sociale en emotionele steun. Ver- wijzen naar andere instan- ties.	45 minuten per con- sult, 2 consulten per pa- tiënt	Polikliniek ziekenhuis	2 dagdelen per week, 1-2 pa- tiënten per spreekuur	Wijkverpleegkundige met diffe- rentiatie reuma, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Huisbezoeken afleggen. Advi- seren van wijkverpleegkundigen	Eigen middelen	Maart 1995

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 1 (vervolg VI)

Bijlage 1 (vervolg II): Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/GAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DIUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Emmen: Thuiszorg Drenthe & Scherperziekenhuis Thuiszorg Drenthe & Scherperziekenhuis, 1977a en 1977b	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Kwaliteit van zorg bevo- deren	Reumatoloog, huisartsen en eigen initiatief	Inventariseren zelfzorg- tekorten. Opstellen zorg- plan. Voorlichting over en begeleiden bij het omgaan met beperkingen en handi- caps	1e consult: 1 uur, vervolgconsulten: 30 minuten, 1 consult per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	4 dagdelen per week, 3 patiënten per spreek- uur	Verpleegkundig specialist reu- ma, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Indienen van aanvragen bij externe instanties. Aflleggen van huisbezoeken. Meelopen met de specialistenvisite op de af- deling. Contact onderhouden met patiëntenverenigingen. Publicatievoorlichting. Consulta- tie en deskundigheidsbevorde- ring aan afdelingsverpleegkun- digen. Contacten met andere disciplines.	Eigen middelen	1995
Enschede: Thuiszorg Enschede Haaksbergen & Medisch Spectrum Twente	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Reumapatiënten bij staan en begeleiden bij de ver- werking van en het omgaan met de ziekte en de gevol- gen daarvan. Knelpunten in de zorgverlening wegne- men.	Reumatoloog, eigen initiatief en anderen zo- als externe instanties en mantelzorg	Afhankelijk van de patiënt	60 minuten per pa- tiënt, 2-3 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	13 spreek- uren per maand, 2 uur per spreekuur. 1-2 pa- tiënten per spreekuur	Twee verpleegkundig specialis- ten reuma houden afwisselend spreekuur, de één is in dienst van de thuiszorg, de ander van het ziekenhuis. Overige taken: Aflleggen van huisbezoeken/ patiëntenbezoeken op de afde- ling. Verschillende overlegvor- men bijwonen. Bijhouden van vakliteratuur. 'Promoten' van de transmurale functie.	Ziekenhuis	Februari 1996
Goos: Oosterschelde thuiszorg & Oosterschelde Ziekenhuis	Nieuw gediag- nostiseerde reu- matoïde artritis patiënten	Kwaliteit van zorg bevo- deren	Reumatoloog	Voorlichting over: ziekte- beeld, medicatie, therapie en leefregels	45-60 minuten per consult Aantal: ??	Polikliniek ziekenhuis	Een dagdeel per week, Hoeveel: ??	Verpleegkundig specialist chro- nisch ziekten, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Coördinatie van zorg	Nationale Com- missie Chro- nisch Ziekten en eigen middelen	April 1996
Gorinchem: Kruisorganisatie Waardse Rading, Mark en Maas & Beatrix ziekenhuis Goenedaël van, 1995a, 1995b en 1995c	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Optimaliseren van poliklini- sche patiëntenzorg	Reumatoloog	Beantwoorden van niet- medische vragen. Voor- lichting over en begelei- ding bij: de gevolgen van de ziekte, inventariseren van opgetreden beperkin- gen. Wegwijs maken in de gezondheidszorg. Verwij- zen naar andere instanties	60 minuten per con- sult, patiënten komen ± 4x per jaar	Polikliniek ziekenhuis	2 ochtenden per week, 3 patiënten per keer	Verpleegkundig specialist reu- ma en chronisch neurologische aandoeningen, in dienst van de kruisorganisatie Overige taken: Verwijzen naar andere instan- ties, consultatie voor verpleeg- kundigen, onderhouden van contacten met patiëntenvereni- gingen en relevante instanties. Huisbezoeken aflleggen	Coördinatiecen- trum Chronisch Ziekten en eigen middelen	September 1995

Voor verklaring tekens zie einde bijlage 1 (vervolg VI)

Bijlage 1 (vervolg III): Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DIUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Groningen: Thuiszorg Stad Groningen & Martini ziekenhuis	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Adviseren, begeleiden, voorzichten en ondersteu- nen van de patiënt op het terrein van lichamelijke en psychosociale zorg.	Reumatoloog, revalida- tiewaars, internist en eigen initiatief	Anamnese, probleemanalyse, verpleegkundige interventies (m.n. voorlichting)	45 minuten per consult, 2 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	4 dagen per week, 2 patiënten per spreekuur	Verpleegkundige met differentiatie reuma, in dienst van het ziekenhuis Overige taken: Afliegen van huisbezoeken, deskundigheidsbevordering bij hulpverleners, werkzaamheden bij Commissie Chronisch Zieken-Noord Nederland, bezoeken van symposia.	Ziekenhuis	Juli 1995
Haarlem: Kruiswerk Zuid-Kennemerland, Kennemer Gasthuis & Spaarne Ziekenhuis <i>Kruiswerk Zuid-Kennemerland, 1995</i>	Patiënten met: reumatoïde artritis, ziekte van Bechterew of arthrosis deformans	Kwaliteit van zorg bevorderen	Reumatoloog (?)	Vaststellen van zorgbehoefte en uitvoeren van zorgprogramma	eerste consult 1 uur, vervolgconsult 30 minuten, Aantal: ??	Polikliniek ziekenhuis (?)	2x 4 uur per week, Hooveel: ??	Wijkverpleegkundige met differentiatie reuma, in dienst van ?? Overige taken: Coördineren van zorg, Deskundigheidsbevordering bij collega's en andere hulpverleners, Bijdrage leveren aan zorgbeleid	Reumatfonds en eigen middelen	1995 (?)
Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente, Streekziekenhuis Midden Twente & Medisch Spectrum Twente	Kinderen en volwassenen met reuma	Continuïteit van zorg, samenwerking en informatievoorziening bevorderen.	Reumatoloog, huisarts, patiëntenvereniging en eigen initiatief.	Voorlichting over de ziekte en de gevolgen hiervan. Motiveren van de patiënt.	1e consult 40 minuten, vervolgconsult 20-30 minuten, aantal consulten wisselend per patiënt	Buitenpoli- kliniek	1x 2 uur per week, 4 patiënten per spreekuur	Verpleegkundig specialist reuma, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Bijdrage leveren aan zorgbeleid, Consultatie aan verpleegkundigen, Resultaten van wetenschappelijk onderzoek vertalen naar de praktijk, Directe patiëntenzorg.	Eigen middelen	Juni 1996
Hilversum: Thuiszorg Gooi en Vechtstreek & Ziekenhuis Hilversum <i>Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Reumatologie, 1994</i>	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Kwaliteit en continuïteit van zorg bevorderen	Reumatoloog, ergotherapeut, wijkverpleging, patiëntenvereniging, huisartsen, fysiotherapeut	Voorlichting over het ziektebeeld en de behandeling, Signaleren van en begeleiden bij psychosociale en praktische problemen, Bemiddelen bij en/of inschakelen van andere disciplines	50 minuten per consult, 3-5 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	4 spreekuren (à 3 uur) per maand, 3 patiënten per spreekuur	Wijkverpleegkundige met differentiatie reuma, in dienst van de thuiszorg en het ziekenhuis Overige taken: Coördinatie van zorg, Medewerking verlenen aan verpleegkundig onderzoek, Publiceren van artikelen in vak- en/of patiëntenbladen, Consultatie aan verpleegkundigen, Opzetten en uitvoeren van reumacursus voor patiënten, Afliegen van huisbezoeken, Contacten onderhouden met regionale instellingen.	Eigen middelen	September 1995
Hoogeveen: Thuiszorg Drenthe & Bethesda ziekenhuis										

Spreekuur start waarschijnlijk in juni 1996, nog geen informatie bekend

PLAATSAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSOON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Hoon: Stichting Thuiszorg West-Friesland, Stichting Kruiswerk West-Friesland & Westfries Gasthuis Arbeel, 1995 Stichting Thuiszorg West-Friesland, Westfries Gasthuis & Regionale Kruisvereniging West-Friesland, 1994 en 1997?	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Doeltreffende, doelgerichte en doelmatige zorg bevo- rderen. Continuïteit van zorg bevorderen	Reumatoloog, huisarts	Voorlichting over en bege- leiding en bewaking van de therapie	45 minuten per con- sult, Aantal: ??	Polikliniek ziekenhuis	2 keer per maand, 3 patiënten per spreek- uur	Wijkverpleegkundige met diffe- rentiatie reuma, in dienst van het knuiswerk Overige taken: Deskundigheidsbevordering en consultatie aan collega's. Coördinatie van zorg. (Mede)- ontwikkelen van beleid. Onder- houden contacten overige disci- plines. Aflleggen van huisbezoeken.	Ziekentfonds en eigen middelen	Januari 1996
Leeuwarden Thuiszorg Het Friese Land & Medisch Centrum Leeuwarden	Patiënten met een reumatische aandoening	Continuïteit en kwaliteit van verpleegkundige zorg be- vorderen	Reumatoloog, huisarts en eigen initiatief	Anamnese, psychosociale begeleiding, voorlichting over de ziekte, hulpmid- delen, woningaanpassing, vervoer, arbeidsproblema- tiek, recreatie en medica- tie. Geven van psychosociale ondersteuning.	1e consult: 60 minu- ten, vervolgsconsult 30 minuten, 3-4 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	8 keer per maand, 5 patiënten per spreek- uur	Wijkverpleegkundige met de differentiatie reuma, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Werkzaamheden bij het CCCZ- NN. Stellen van indicaties voor hulpmiddelen en coördinatie hiervan, ontwikkelen van trans- muraal project, aflleggen van huisbezoeken, geven van groepsvoorlichting.	Eigen middelen	Eind 1993
Leiden: ?? & Academisch Ziekenhuis Leiden	Geen informatie over het spreekuur bekend									
Leidschendam: Thuiszorg Horst- en Vlietstreek & Ziekenhuis Antoniusshove Kruiswerk Vlietstreek & St. Antoniusshove, 1992 Vogels & Zwinckels, 1995	Patiënten met Reumatoïde Artri- tis	Kwaliteit en continuïteit van zorg bevorderen. Verbetere- ring van de kwaliteit van leven	Reumatoloog, intakers, zorgmanagers, wijkver- pleging, maatschappelijk werk en eigen initiatief	Voorlichting over ziekte- beleid en behandeling. Signaleren en begeleiden bij psychosociale en prak- tische problemen, bemid- delen bij en/of inschakelen van andere disciplines	45-60 minuten, 3-4 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis en Thuis- zorg	3 dagdelen per week, 3 patiënten per spreek- uur	Spreekuur wordt afwisselend geleid door wijk- en ziekenhuis- verpleegkundige, beide met differentiatie reuma. Wijkver- pleegkundige, in dienst van thuiszorg, ziekenhuisverpleeg- kundige in dienst van het zie- kenhuis Overige taken: Coördinatie van zorg. Mede- werking verlenen aan onder- zoek. Publiceren van artikelen in vak- en/of patiëntenbladen. Voorlichting geven aan colle- ga's	Eigen middelen	April 1995

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 1 (vervolg VI)

Bijlage 1 (vervolg V): Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORTIEN	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DIJUR EN AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Maastricht: Groene Kruis Heuveland, Huisart- sen & Academisch Ziekenhuis Maastricht <i>Spreeuwenberg & Frederix, 1995</i>	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Bevorderen van een sa- menwerkend, effectief en efficiënt zorgnetwerk waarin de verpleegkundig specia- list de eerste aanspreek- bare persoon voor de dage- lijkse zorgverlening is.	Reumatoloog	Voorlichting over: de ziekte en medicatie. Begeleiding bij psychosociale en/of materieel problemen. Een- voudige diagnostiek	30 minuten per con- sult, 1 consult per kwartaal per patiënt	Huisartsen- praktijk	1x per maand in elke betrok- ken huisart- senpraktijk. Aantal: af- hankelijk van de huisart- senpraktijk	Verpleegkundige met de diffé- rentiatie reuma, in dienst van de thuiszorg. Overige taken: Coördineren en organiseren van zorg. (Telefonische) con- sulten aan intra- en extramurale zorgverleners en patiënten. Deskundigheidsbevordering bij zorgverleners en patiënten	AZM, Groene Kruis Heuvel- land, Advies- groep voor het Stimulerings- programma Gezondheids- onderzoek en NCCZ	Juni 1996
Maastricht: St. Groene Kruis Heuveland & ??										
Roermond: ?? & St. Laurentius ziekenhuis										
Roosendaal: Kruiswerk West-Brabant & Franciscus ziekenhuis	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Kwaliteit van zorg bevo- deren	Reumatoloog en eigen initiatief	Voorlichting over: de ziekte en leefregels, voorzienin- gsmiddelen, psychosociale opvang verlenen	45 minuten per con- sult, 1 consult per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	1 ochtend per week, 3 patiënten per spreek- uur	Wijkverpleegkundige met diffé- rentiatie reuma, in dienst van het kruiswerk Overige taken: Zorgafstemming optimaliseren. Consultatie voor intra- en extra- murale medewerkers, mantel- zorgers en patiëntenverenigin- gen. Bijscholing aan intra- en extramurale hulpverleners ver- zoeken. Ontwikkelen van stan- daard verpleegplannen en pro- tocollen.	Kruiswerk West-Brabant. Vanaf sept. 1995 levens- Franciscuszie- kenhuis te Roo- sendaal. Zie- kenhuis Lie- vensberg te Bergen op Zoom en Sticht- ing Coördina- tietentrum Chr- onisch Zieken IKR/KW	1992
Rotterdam: Kruiswerk Zuid Hollandse Eilanden, Dr. Daniël den Hoed Kliniek & Sticht- ing Coördinatietentrum Chronisch Zieken IKR/KW <i>Stichting Reumatologie Dr. Daniël den Hoed Kliniek, Kruiswerk Zuid Hollandse Eilanden & Stichting Co- ördinatietentrum Chronisch Zieken IKR/KW, 1995 Dijkshoorn & Klaassen, 1994 Merx & Dijkshoorn, 1996</i>	Patiënten met reumatische aan- doeningen	Continuïteit van zorg be- vorderen. Creëren van een informatievoorziening voor cliënten en hulpverleners.	Reumatoloog, eigen initiatief, afdelingsver- pleegkundigen, huisarts en anderen	Ondersteuning van pa- tiënten d.m.v. informatie, educatie, continuïteit en coördinatie van zorg. Be- middelen bij probleemsitu- aties	1 uur per consult, 1-2 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	4 dagen per week, 8 consulten per dag	Twee verpleegkundig specialis- ten reuma, beide in dienst van één van de bij het project be- trokken instellingen Overige taken: Coördineren van zorg. Consu- lentschap t.b.v. patiënten en hulpverleners. Bijdragen aan zorgbeleid. Klinische werk- zaamheden en huisbezoeken	Eigen middelen	Oktober 1995

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 1 (vervolg VI)

Bijlage 1 (vervolg VI): Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(IEN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSOON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
<p>Vissering: Thuiszorg Walcheren & Ziekenhuis Walcheren</p>	<p>Patiënten met een reumatische aandoeningen</p>	<p>Kwaliteit van zorg bevo- deren</p>	<p>Reumatoloog, revalida- tiearts, wijkverpleegkun- dige</p>	<p>Uitleg en voorlichting over de ziekte, voorzien in tijde- lijke psychosociale op- vang, wegwijs maken in de gezondheidszorg</p>	<p>45 minuten per con- sult, Aantal: ??</p>	<p>Polikliniek ziekenhuis</p>	<p>2 dagdelen per week, 1 patiënt per spreekuur</p>	<p>Verpleegkundig specialist reu- ma, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Verlenen van instructie in de thuis situatie. Coördinatie van zorg. Consultatie aan en bij- scholing van andere hulpverle- ners. (Mede)ontwikkelen van standaardverpleegplannen en verpleegkundige protocollen. Telefonisch spreekuur voor pa- tiënten en hulpverleners</p>	<p>Coördinatiecen- trum Chronisch Zieken en eigen middelen</p>	<p>April 1996</p>
<p>Zwolle Thuiszorg IJssel Zwartewater & Ziekenhuis De Weezenlanden <i>Francke & Kerksra, 1996</i> <i>Leyenaar & Wallinga, 1995</i></p>	<p>Patiënten met reumatische aan- doeningen</p>	<p>Kwaliteit en continuïteit van zorg bevorderen. Samen- werking tussen intra- en extramurale hulpverleners bevorderen.</p>	<p>Reumatoloog en eigen initiatief</p>	<p>Inventarisatie hulpvragen. Voorlichting over: reuma, beïnvloedende factoren, lichamelijke of psychoso- ciale gevolgen, medicijn- gebruik, omgaan met om- geving, andere instanties. Begeleiden bij psychosoci- ale problemen</p>	<p>45-60 minuten per consult, 1-3 consulten per patiënt</p>	<p>Polikliniek ziekenhuis</p>	<p>2 middagen per week, 3-4 pa- tiënten per spreekuur</p>	<p>Verpleegkundig specialist chro- nisch ziekten, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Bijdrage leveren aan het intra- murale- en extramurale zorgbe- leid. Deskundigheidsbevorde- ring bij wijkverpleegkundigen. W.V.G.-consulentschap ge- meente.</p>	<p>Eigen middelen</p>	<p>1995</p>

Verklaring tekens bij bijlage 1:

?? : Informatie onbekend

(?): Informatie niet geheel duidelijk

(A): Informatie verkregen uit een rapport, verslag e.d.

(B): Persoonlijke informatie

(C): Zowel informatie uit rapport, verslag e.d. als persoonlijke informatie

Bijlage 1a: Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige gesprekken voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode						EVALUATIE; uitkomsten
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN-DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE	WIE	
Alkmaar: Regionale Thuiszorg & Medisch Centrum Alkmaar Ruyter, 1992 Dekker, 1995a en 1995b Faas & Marié, 1995 Regionale Thuiszorg & Medisch Centrum Alkmaar, 1995	Welke mening hebben patiënten over de geboden zorg?	Procesevaluatie, Post-test zonder controle-groep (A)	10 patiënten met reumatische aandoeningen (A)	Open (?) interviews (A)	??	Intern (?)	??
	??	Procesevaluatie, Post-test zonder controle-groep (A)	59 patiënten met reumatische aandoeningen (A)	Zelf samengestelde enquête (A)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (?)	Voor het merendeel van de patiënten is het duidelijk met welke vragen men terecht kan bij de reumaconsulente. De voornaamste verwijssredenen was: aanpassingen in de woning en gebruik van hulpmiddelen. Het merendeel van de patiënten is tevreden over de informatie en begeleiding van de reumaconsulente en vindt dat de functie moet blijven bestaan. Ongeveer de helft van de patiënten is tevreden over de afstemming van hulpverleners. (A)
	??	Procesevaluatie, Post-test zonder controle-groep (A)	23 hulpverleners van de thuiszorg en het ziekenhuis (A)	Zelf samengestelde enquête (A)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (?)	Hulpverleners vinden de informatie, begeleiding en afstemming van zorg verbeterd. 18 hulpverleners vinden dat de functie van reumaconsulente moet worden voortgezet. Er zal meer aandacht besteed moeten worden aan deskundigheidsbevordering van hulpverleners. Er is overlap in het werkgebied van het revalidatieteam en de reumaconsulente. (A)
Apeldoorn: Stichting Thuiszorg Oost-Veluwe & Het Ziekenhuiscentrum Apeldoorn Stichting Thuiszorg Oost-Veluwe & Het ziekenhuiscentrum Apeldoorn, 1995	Zijn Patiënten tevreden over de geboden zorg?	Procesevaluatie, Post-test zonder controle-groep (A)	42 patiënten met reumatische aandoeningen (A)	Registratieformulier, ontwikkeld door de Vakgroep algemene gezondheidszorg en epidemiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht (A)	Kwalitatieve beschrijvingen en beschrijvende statistiek (A)	Intern	Merendeel van de patiënten is ouder dan 40 jaar, de leeftijdsgroep 61-70 is het grootst; de grootste groep patiënten heeft reumatoïde artritis; er is een grote diversiteit aan contacten, waarbij de nadruk ligt op begeleiding, er is een grote diversiteit aan instanties waarmee wordt overlegd. Het merendeel van de patiënten is tevreden over de reumaconsulente en de plaats waar het spreekuur gehouden wordt. 16 patiënt vinden dat de zorgverlening verbeterd is. (A)
	Zal geëvalueerd worden door de projectgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de financierende instellingen		25 huisartsen (A)	Zelf samengestelde enquête (A)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (?)	Het merendeel van de huisartsen is niet bekend met de reumaconsulente, maar vindt het wel goed dat de functie bestaat. 15 huisartsen hebben de intentie om patiënten door te verwijzen naar het spreekuur. (A)
Bergen op Zoom: Kruiswerk West-Brabant & Ziekenhuis Lievensberg			Reumapatiëntenvereniging (A)	Zelf samengestelde enquête (A)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (?)	De reumaconsulente wordt als laagdrempelig ervaren. Afstemming van de reumaconsulente en de vereniging is goed. (A)

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 1a (vervolg IV)

Bijlage 1a (vervolg I): Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige gesprekken voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode						EVALUATIE; uitkomsten
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE	WIE	
Breda: Kruisvereniging Breda & Interconfessioneel Ziekenhuis De Baronie <i>Bie de, 1994</i>	Wat is het belang van het reumaconsulentischap t.a.v. de zorgverlening aan de cliënt? (B)	Proces- en productevaluatie. Post-test zonder controlegroep	Rapportages en schriftelijke overdrachtformulieren (A) 17 patiënten met reumatische aandoeningen (A)	Zelf samengesteld registratieformulier (A)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (A)	De meeste patiënten zijn ouder dan 30 jaar en hebben reumatoïde artritis. De voornaamste redenen van consultatie zijn acceptatieproblemen, pijn en vragen m.b.t. hulpmiddelen. De aard van het contact bestaat voornamelijk uit het probleem verduidelijken, invloed en omgaan met pijn en een luisterend oor bieden. (A) Alle respondenten ervaren het reumaconsulentischap als positief. Tijdens het consult wordt er tijd genomen om allerlei problemen/vragen door te spreken. Het is een functie die voor hen moet blijven bestaan. Het spreekuur heeft een positieve invloed gehad op het gedrag in het omgaan met de gevolgen van reuma. (A)
Delft: Stichting Maatzorg, Reinier de Graaf Gasthuis & Coördinatie Centrum Chronisch Zieken IKR/IKW	Spreekuur nog niet geëvalueerd						(B)
Den Haag: Thuiszorg Den Haag & Bronovo ziekenhuis	Geen informatie over de evaluatie bekend						
Doetinchem: Zorggroep Oost-Gelderland & Slingeland ziekenhuis	Geen informatie over de evaluatie bekend						
Emmen: Thuiszorg Drenthe & Scherperziekenhuis <i>Thuiszorg Drenthe & Scherperziekenhuis, 1977a en 1977b</i>	??	Proces-/productevaluatie ?? Posttest zonder controlegroep (B)	Patiënten die het spreekuur bezochten (B)	Zelf samengesteld registratieformulier (B)	Beschrijvende statistiek (B)	Het 'Septet-overleg' (ziekenhuis, huisartsen, thuiszorg, zorgverzekeraar, patiënten, specialisten, verpleeg- en verzorgingshuizen) (B)	In een half jaar bezochten 114 patiënten het spreekuur. Bij de meesten ging het om een eenmalig consult. De consulttijd lijkt voldoende. De meeste patiënten kwamen ter kennismaking en na verwijzing van de reumatoloog. De volgende onderwerpen zijn besproken: vragen m.b.t. ADL en vragen van sociaal, maatschappelijke, financiële en juridische aard. (B)
Enschede: Thuiszorg Enschede/Haaksbergen & Medisch Spectrum Twente	Spreekuur nog niet geëvalueerd						(B)
Goes: Oosterschelde thuiszorg & Oosterschelde Ziekenhuis	Coördinatie Centrum Chronisch Zieken IKR/IKW evalueert waarschijnlijk eind 1996						(B)

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 1a (vervolg IV)

Bijlage 1a (vervolg II): Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode						EVALUATIE; uitkomsten
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE	WIE	
Gorinchem: Kruisorganisatie Waardse Rading, Mark en Maas & Beatrixziekenhuis Groenendael van, 1995a, 1995b, 1995c	Coördinatie Centrum Chronisch Zieken IKR/IKW evalueert waarschijnlijk in ??						
Groningen: Thuiszorg Stad Groningen & Martini ziekenhuis	Geen vraagstellingen geformuleerd (B)	Proces-/productevaluatie ??, Posttest zonder controlegroep. (B)	Patiënten die het spreekuur bezochten (B)	Zelf samengestelde registratieformulieren (B)	Kwalitatieve analyses en beschrijvende statistiek (B)	Intern (B)	Evaluatie nog niet afgerond (B)
Haarlem: Kruiswerk Zuid-Kennemerland, Kennemer Gasthuis & Spaarne Ziekenhuis Kruiswerk Zuid-Kennemerland, 1995	NIZW bezig met evaluatie						
Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente, Streekziekenhuis Midden Twente & Medisch Spectrum Twente	Spreekuur zal in september 1996 intern geëvalueerd worden						
Hilversum: Thuiszorg Gooi en Vechtstreek & Ziekenhuis Hilversum Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Reumatologie, 1994	Spreekuur nog niet geëvalueerd						
Hoogeveen: Thuiszorg Drenthe & Bethesda ziekenhuis	Geen informatie over de evaluatie bekend						
Hoom: Stichting Thuiszorg West-Friesland, Stichting Kruiswerk West-Friesland & Westfries Gasthuis Arbeel, 1995 Stichting Thuiszorg West-Friesland, Westfries Gasthuis & Regionale Kruisvereniging West-Friesland, 1994 en 1997	Geen informatie over de evaluatie bekend						
Leeuwarden: Thuiszorg Het Friese Land & Medisch Centrum Leeuwarden	Geen vraagstellingen geformuleerd (B)	Procesevaluatie. Posttest zonder controlegroep (B)	Hulpverleners en dossiers (B)	Zelf samengesteld registratieformulier (B)	Kwalitatieve analyses en beschrijvende statistiek (B)	Intern (B)	Evaluatie nog niet afgerond (B)

Bijlage 1a (vervolg III): Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige gesprekken voor patiënten met reumatische aandoeningen

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode				EVALUATIE; uitkomsten		
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	ANALYSEPROCEDURE		WIE	
Leiden: ?? & Academisch Ziekenhuis Leiden	Geen informatie over de evaluatie bekend						
Leidschendam: Thuiszorg Horst- en Vlietstreek & Ziekenhuis Antoniusshove <i>Kruiswerk Vlietstreek & St. Antoniusshove, 1992</i> <i>Vogels & Zwinkels, 1995</i>	Evaluatie waarschijnlijk in juni 1996						
Maastricht: Groene Kruis Heuvelland, Huisartsen, Academisch Ziekenhuis Maastricht & Rijksuniversiteit Limburg <i>Spreeuwenberg & Frederix, 1995</i>	Is er als gevolg van het zorgmodel (waar het transmurale spreekuur een deel van uit maakt) een samenwerkend, effectief en efficiënt zorgnetwerk ontstaan? Wat waren belemmerende en bevorderende factoren? Heeft het zorgmodel op zijn minst eenzelfde waarde in termen van efficiëntie en doelmatigheid van de zorg in vergelijking met de situatie vooraf? (A)	Proces- en productevaluatie. Pre- en posttesten met controlegroep. Bij de productevaluatie: Quasi-experimenteel design (C)	Patiënten, mantelzorgers en hulpverleners (A)	Gevalideerde vragenlijsten (welke en hoe gevalideerd ??), dossieronderzoek, registratie van vergaderingen, interviews (A)	??	Onderzoeksinstututen EXTRA en HEALTH (C)	Evaluatie waarschijnlijk afgerond in 1999 (B)
Maastricht: St. Groene Kruis Heuvelland & ??	Geen informatie over evaluatie bekend						
Roermond: ?? & St. Laurentius ziekenhuis	Geen informatie over evaluatie bekend						
Roosendaal: Kruiswerk West-Brabant & Franciscus ziekenhuis	Zal geëvalueerd worden door projectgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van financierende instellingen (B)						
Rotterdam: Kruiswerk Zuid Hollandse Eilanden, Dr. Daniel den Hoed Kliniek & Stichting Coördinatiecentrum Chronisch Ziekten IKR/IKW <i>Stichting Reumatologie Dr. Daniel den Hoed Kliniek, Kruiswerk Zuid Hollandse Eilanden & Stichting Coördinatiecentrum Chronisch Ziekten IKR/IKW, 1995</i> <i>Dijkshoorn & Klaassen, 1994</i> <i>Merx & Dijkshoorn, 1996</i>	??	Procesevaluatie. Pre-test met controlegroep (A)	266 patiënten met een reumatische aandoening (A)	Zelf samengestelde vragenlijst (A)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (A)	Het spreekuur zal gehouden worden in de nabijheid van de specialist. De reumaconsulente zal er rekening mee moeten houden dat de patiënt met reumatische aandoeningen graag zelf zijn zorg coördineert. Hierdoor zal de reumaconsulente vooral een ondersteunende/informatieve rol op zich moeten nemen. Er zal vooral aandacht besteed moeten worden aan vragen op het gebied van niet-lichamelijke zorg. (A)
	Zal in juni 1996 geformuleerd worden (B)	Procesevaluatie. Post-test met controlegroep (B)	??	??	??	Intern	Posttest nog niet afgerond

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 1a (vervolg IV)

Bijlage 2: Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEKUR	PERSOON DIE DOORVERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDIGEN(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Almelo: Thuiszorg NW Twente & Twenteborg ziekenhuis	Volwassenen met diabetes	Optimaliseren van de behandeling. Preventie door middel van educatie.	Medisch specialist en huisarts	Voorlichting over: ziektebeeld en zelfcontrole. Begeliden zelfcontrole. Uitvoeren van voelcontroles.	30 minuten per consult, 4 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis en thuiszorg	1x per maand, 10 patiënten per spreekuur	Spreekuur wordt afwisselend geleid door wijkverpleegkundige met differentiatie diabetes en verpleegkundig specialist diabetes, de verpleegkundigen zijn in dienst van het ziekenhuis en de thuiszorg Overige taken: Consultatie, bijscholingen verzorgen, zorgdragen voor het zorgbeleid.	Fabrikant (welke ??)	Februari 1996
Amsterdam: Stichting Amsterdams Kruiswerk & Boven Y ziekenhuis										
Assen: Thuiszorg Drenthe, Wilhelmina ziekenhuis en huisartsenpraktijk Beilen	Volwassenen met type II diabetes die tabletten gebruiken	Samenwerking verbeteren	Huisarts	Screening van kennis tekort	15 minuten per consult, 1 consult per patiënt	Huisartsenpraktijk	??	Verpleegkundig specialist diabetes houdt samen met diëtiste spreekuur, de verpleegkundig is in dienst van het ziekenhuis en de thuiszorg Overige taken: Diabetes-verpleegkundige in het ziekenhuis	Ziekenhuis en thuiszorg	Februari 1996 tot Mei 1996
Bodegraven: Stichting De Vierstroom, Regionale huisartsen vereniging ZVU Utrecht & Hoopport ziekenhuis te Woerden	Volwassenen met type II diabetes	Stabiele type II diabetes patiënten in de eerste lijn opvangen. Optimaliseren van de zorgverlening.	Internist en huisarts	Voorlichting over: het ziektebeeld, leefregels, preventie en voetverzorging.	1e consult: 45 minuten, vervolgsconsult: 30 minuten, 3 consulten per patiënt	Thuiszorg	2 keer per maand, 2 patiënten per spreekuur	Verpleegkundig specialist diabetes, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Werkzaamheden in de thuiszorg en lid van kwaliteitsgroep diabetes.	Thuiszorg en farmaceutische fabrikant (welke ??)	September 1995
Den Haag: Thuiszorg Den Haag & Westeinde ziekenhuis <i>Thuiszorg Den Haag, 1993 Portielje, J.E.A. e.a., 1994</i>	Volwassenen met type II diabetes die met tabletten worden behandeld	Verbetering van de afstemming van het intramurale zorgbeleid. Komen tot een verschuiving van tweede naar eerstelijnsgezondheidszorg	Internist	Voorlichting over: diabeteswijzer, ziektebeeld, doel van de behandeling, factoren die een rol spelen in diabetesregulatie, voetbedreigingen, Diabetes Vereniging Nederland, hypo's en zelfcontrole. Begeleiden bij het inpassen van voedingsadvies in het dagelijks leven. Voetverzorging	20 minuten per consult, 4-5 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	Minimaal 1x per twee weken, hoeveelheid patiënten wisselend	Verpleegkundig specialist diabetes, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Uitvoeren van werkzaamheden die betrekking hebben op het project (zorgdragen voor het zorgbeleid).	Eigen middelen	Februari 1993

Voor verklaring tekens zie einde bijlage 2 (vervolg IV)

Bijlage 2 (vervolg I): Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Dokkum: Thuiszorg Het Friese Land & Ziekenhuis De Sionsberg Boer de, 1992 Thuiszorg Het Friese Land, 1993c Boer de, Vries de & Muren van der, 1993 Stichting Kruiswerk Friesland Noord, 1995 Stichting Kruiswerk Friesland Noord & De Sionsberg, 1977?	Volwassen diabe- tespatiënten	Continuïteit en kwaliteit van zorg bevorderen	Internist, diëtist en huis- arts	Voorlichting over: ziekte- beeld, behandeling, injec- tietechniek en -materialen, werking en bewaren van insuline, gebruik van kool- hydraten, reisadviezen, patiëntenorganisatie, ver- teriaten, hypo-hyperglyce- mie, bloedsuikermeelap- paratuur. Begeleiding bij zelfcontrole, emotionele en sociale gevolgen van dia- betes. Voetverzorging en -controle. (A)	1e consult 45-60 minuten, 2e consult 30 minuten. Aantal consulten is wisselend	Polikliniek ziekenhuis	4 dagdelen per week Hoeveel: ??	Wijkverpleegkundige met diffe- rentiatie diabetes, in dienst van de kruisvereniging Overige taken: Consultatie aan collega's, an- sen en andere hulpverleners d.m.v. telefonisch spreekuur.	Thuiszorg	Juli 1993
Enschede: Thuiszorg Enschede-Haaksbergen & Ziekenhuis Medisch Spectrum Twen- te	Volwassenen met type I en II diabe- tes	Optimaliseren van de zorg- verlening door middel van multidisciplinaire afstemming	Internist, kinderarts, huis- arts, verpleegkundigen en eigen initiatief	Voorlichting over: ziekte- beeld, complicaties, spuit- techniek, zelfcontrole en - regulatie. (B)	30 minuten per consult, 4-5 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis en per mei '96 ook bij thuiszorg	Polikliniek: 6x per week, Thuiszorg: 1x per maand, 7-8 patiënten per spreek- uur	Verpleegkundig specialist dia- betes en wijkverpleegkundige met differentiatie diabe- tes/wondverzorging zijn beide in dienst van de thuiszorg. Overige taken: Coördineren van zorg, Werkbe- sprekingen. Aflleggen van huis- bezoeken. (B)	Ziekenhuis	1989
Goor: Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden Twente Weersink, 1995	Volwassenen met diabetes	Samenwerking tussen intra- en extramurale hulpverleners bevorderen. Ziekenhuisopna- mes voorkomen en opname- duur verkorten. (A)	Internist, verpleegafde- ling, huisarts, diëtiste	Voorlichting over: ziekte- beeld, zelfcontrole, bloed- glucosemeter, werking insuline, insulinepen en spuittechniek, diabetes inpassen in dagelijks leven (C)	30-45 minuten per consult, nieuwe patiënten: 6 consul- ten. Vervolgconsul- ten 1x per jaar.	Buitenpoli- kliniek	2x per maand een ochtend Hoeveel: ??	Wijkverpleegkundige met diffe- rentiatie diabetes, in dienst van de thuiszorg en het ziekenhuis Overige taken: Consultatie aan andere hulpver- leners, (mede) opstellen van protocollen en standaarden, signaleren van knelpunten (A)	Eigen middelen	April 1996
Hanjinge: Thuiszorg Het Friese Land & Streekziekenhuis Oranjebord	Volwassenen met diabetes	Educatie aan diabetes meli- tus patiënten bevorderen. (B)	Medisch specialist en huisarts	Voorlichting over: de ziek- te, materialen t.b.v. diabe- tes en bespreken van emoties (B)	30 minuten per consult, 2 consulten per patiënt	Huisartsen- praktijk	8 spreekuren per maand, 4 patiënten per spreek- uur	Wijkverpleegkundige met diffe- rentiatie diabetes, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Aflleggen van huisbezoeken (B)	Thuiszorg	1994

Voor verklaring tekens: zie einde bijlage 2 (vervolg IV)

Bijlage 2 (vervolg II): Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORTIEN	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GEN	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Heeren: Stichting Thuiszorg Oostelijk Zuid- Limburg & De Wever ziekenhuis Engels, 1995 Nikkels-de Bosch Kemper, Nikkels & Oitenheym-Vliegen, 1992	Type II diabetes- patiënten	Regelmatige check-up van diabetes patiënten	Huisarts	Het spreekuur bestaat uit drie gesprekken, één met een internist, één met een diëtiste en één met een diabetesverpleegkundige. Het verpleegkundig ge- sprek heeft de volgende inhoud. Signaleren van problemen op de volgende terreinen: psycho-sociaal, motoriek, visus, medicatie, het omgaan met hypo- en hyperglycaëmie, kennisste- kort	30 minuten per con- sult, 1 consult per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	1 ochtend per twee maanden, 4 patiënten per spreek- uur	Het spreekuur wordt geleid door twee Verpleegkundig spe- cialisten diabetes, de ene is in dienst van de thuiszorg, de ander van het ziekenhuis Overige taken: Ondersteuning wijkverpleging. Bijscholing aan wijkverpleeg- kundigen. Huisbezoeken afleg- gen. Consultatie aan wijkver- pleegkundigen. Ontwikkelingen in diabeteszorg vertalen in be- leid. Contactpersoon met exte- ren. Afstemming intra- en ex- tramurale zorgverlening. Mee- doen aan verpleegkundig on- derzoek.	Zorgverzeke- raar en eigen middelen	April 1992
Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente & Streeksiekenhuis Midden Twente Thuiszorg Centraal Twente & Streeksiekenhuis Midden Twente, 1995a en 1995c	Type I en II Dia- betespatiënten	Samenwerking tussen intra- en extramurale hulpverleners bevorderen. Ziekenhuisopna- mes voorkomen en opname- duur verkorten.	Internist, verpleegafde- ling, huisarts en diëtiste	Voorlichting over ziekte- beeld, zelfcontrole, bloed- glucosemeter, werking insuline, insulinepen en spulstechniek, hoe diabe- tes in te passen in dage- lijks leven	30-45 minuten per consult, nieuwe patiënten: 6 consul- ten, daarna 1 con- sult per jaar	Polikliniek ziekenhuis	2 dagen per week Hoeveel ??	Verpleegkundig specialist dia- betes, in dienst van het zieken- huis en de thuiszorg Overige taken: Deskundigheidsbevordering in de kliniek, uitvoeren van spe- cialistische zorg, consultatie aan verpleegkundigen, signa- leren van knelpunten. Materi- aalbeheer (insulinepenen, foldermateriaal). Opstellen pro- tocolen. Bijdragen aan zorgbe- leid. Onderzoek (mede)opzatten en vertalen naar de praktijk. (B)	Eigen middelen	November 1991
Hoofddorp: Thuiszorg Amstelland en Meerlan- den & Spaarne Ziekenhuis	Type II diabe- tespatiënten	Voorlichting, begeleiding, instructie en educatie aan de diabetespatiënt.	Huisartsen, diëtisten, internisten, podothera- peut, (wijk)verpleegkundig- gen en patiënt zelf	Kennis en zelfcontrole- techniek van de patiënt peilen. Voorlichting over veranderingen in het da- geelijks leven, pen- en spuitinstructie. Evt. gluc- geleiding t.a.v. verandering- gen in dagelijks leven.	1e consult: 1 uur, vervolgconsulten 30 minuten. Instellen op insuli- ne: 4 consulten in 3 maanden, hierna nog 2 consulten in 9 maanden	Thuiszorg	Twee dag- delen per week 3 patiënten per spreek- uur	Verpleegkundig specialist dia- betes, in dienst van het zieken- huis Overige taken: Consultatie aan (huis)arts en gedifferentieerde wijkverpleeg- kundige. Coördinatie van pro- ject 'transmurale diabeteszorg in Haarlemmermeer', spreekuur in ziekenhuis.	Eigen middelen	Oktober 1994
Hoom: Kruiswerk West-Friesland, EMGO-VU & huisartsen	Volwassenen met type II diabetes	Preventie. Reduceren van complicaties, verbeteren van ziekte-inzicht.	Huisarts, wijkverpleeg- kundige, diëtiste en pa- tiënt zelf	Afhemen van anamnese. Verrichten van metingen. Geven van voorlichting.	20 minuten per consult, 5 consulten per patiënt.	Thuiszorg	11 spreek- uren per maand, 7-8 patiënten per spreek- uur	Wijkverpleegkundige met diffe- rentiatie, in dienst van de thuis- zorg Overige taken: Aflleggen van huisbezoeken. Geven van groepsvoorzichting. Ondersteunen van collega's. (B)	??	1991

Voor verklaring tekens: zie einde bijlage 2 (vervolg IV)

Bijlage 2 (vervolg III): Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSOON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Leeuwarden: Thuiszorg Het Friese Land & Medisch Centrum Leeuwarden	Kinderen met diabetes mellitus	Begeleiding en educatie van kinderen met diabetes mellitus in hun directe omgeving verbeteren	??	Voorlichting over de ziekte, injecteren met insuline, pen, hypo- en hyperglycaemische verschijnselen, meten en interpreteren van bloedglucosewaarden, benodigde materialen, aanpassen aan dagelijkse wisselende omstandigheden, bijhouden van dagboek en prikplaatsenschema, voetverzorging, controle oogarts, consequenties van diabetes. Stimuleren van gezond leefgedrag	??	Polikliniek ziekenhuis	??	Wijkverpleegkundige met diabetes, in dienst van de thuiszorg, Overige taken: Coördinatie van zorg, Telefonisch spreekuur voor kinderen en hun ouders/verzorgers, wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen ouder- en kindzorg, Bijhouden van nieuwe ontwikkelingen, Houden van lezingen aan artikelen	??	Januari 1996
Maastricht: Huisartsen, Academisch Ziekenhuis Maastricht & Groene Kruis Heuvel- land Spreeuwenberg & Friedenx, 1995	Volwassen diabe- tespatiënten	Bevorderen van een samen- werkend, efficiënt en efficiënt zorgnetwerk waarin de ver- pleegkundig specialist de eerste aanspreekbare per- soon voor de dagelijkse zor- gverlening is	Internist	Voorlichting over de ziekte en medicatie, Begeleiding bij psychosociale en/of materieel problemen, Een- voudige diagnostiek	30 minuten per consult, 1 consult per kwar- taal per patiënt	Huisartsen- praktijk	1x per maand in elke betrok- ken huisart- senpraktijk. Aantal af- hankelijk van de huisart- senpraktijk	Verpleegkundige met de diffe- rentiatie diabetes, in dienst van het ziekenhuis Overig taken: Coördineren en organiseren van de zorg, (Telefonische) consulten aan intra- en extra- murale zorgverleners en pa- tiënten, Deskundigheidsbevor- dering bij zorgverleners, pa- tiënten	AZM, Groene Kruis Heuvel- land, Advies- groep voor het Stimulerings- programma Gezondheids- onderzoek en NCCZ	Januari 1996
Middelburg: Thuiszorg Walcheren & ziekenhuis Walcheren	Volwassenen met diabetes	Geven van voorlichting, in- structie, begeleiding en advi- seren	Internist en huisarts	Geven van voorlichting, begeleiding en advies	15 minuten per consult, aantal con- sulten wisselend	Polikliniek ziekenhuis	1x per week spreekuur, Hoeveel ??	Spreekuur wordt geleid door een ziekenhuisverpleegkundige, in dienst van het ziekenhuis Overige taken: Consultatie op afdeling, Telefo- nische consulten.	Ziekenhuis	April 1996
Oldenzaal: Thuiszorg Centraal Twente & Medisch Spectrum Twente	Type I en II dia- betespatiënten	Samenwerking tussen intra- en extramurale hulpverleners bevorderen. Ziekenhuisopna- mes voorkomen en opname- duur verkorten.	Internist, verpleegkundi- gen, huisarts en diëtiste	Voorlichting over: ziekte- beeld, zelfcontrole, bloed- glucosemeter, werking insuline, insulinepen en spuittechniek, omgaan met diabetes in het dagelijks leven.	30-45 minuten per consult, nieuwe patiënten: 6 consul- ten, 1x per jaar een vervolgconsult	Polikliniek ziekenhuis	2 dagdelen per week	Wijkverpleegkundige met diffe- rentiatie diabetes, in dienst van de thuiszorg en het ziekenhuis Overige taken: Consultatie aan andere hulpvel- leners, (mede) opstellen van protocollen en standaarden, signaleren van knelpunten	Eigen middelen	September 1995

Voor verklaring tekens: zie einde bijlage 2 (vervolg IV)

Kenmerken van transmurale verpleegkundige spreken voor patiënten met diabetes

Bijlage 2 (vervolg IV):

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSOON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Pumerend: Thuiszorg Zaanstreek Waterland & Waterland ziekenhuis	Volwassenen met diabetes	Opnames voorkomen. Com- plicaties verminderen. Coördinatie van zorg bevo- deren. Voorlichting verbe- teren.	Internist en eigen initia- tief	Verpleegkundige anamne- se. Voorlichting over: zelf- controle, hypo/hyper, voel- verzorging, diabetes in het dagelijks leven, ziektebele- ving, diabetesvereniging. Instructie geven over in- jecteren.	45 minuten per consult, 2-3 consulten per patiënt.	Polikliniek ziekenhuis	12 spreek- uren per maand, 4 patiënten per spreek- uur.	Spreekuur wordt afwisselend geleid door een verpleegkundig specialist diabetes en een wijk- verpleegkundige met de diffe- rentiatie diabetes. Beide in dienst van de thuiszorg. <u>Overige taken:</u> Bijscholing verpleegkundigen. Patiëntencursussen. Consulta- tie. Bijdragen aan zorgbeleid. Administratie. Begeleiden van stagiaires.	Eigen middelen	April 1990
Rotterdam: Thuiszorg Nieuwe water-noord & Schielandziekenhuis	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)
Tilburg: Kruisverenigingen Midden Brabant, Maria Ziekenhuis Tilburg, huisartsen <i>Tilburgse kruisvereniging, 1991</i>	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)

Geen informatie over het spreekuur bekend

Spreekuur niet meer operationeel vanwege een tekort aan financiële middelen en geen eenduidig beleid.

Verklaring tekens bij bijlage 2,

?? : Informatie onbekend

(?): Informatie niet geheel duidelijk

(A): Informatie uit rapport, verslag e.d.

(B): Persoonlijke informatie

(C): Zowel informatie uit rapport, verslag e.d. als persoonlijke informatie

Bijlage 2a: Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORTIEN	EVALUATIE; methode					EVALUATIE; uitkomsten
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE	
Almelo: Thuiszorg NW Twente & Twenteborg ziekenhuis	Geen informatie over de evaluatie bekend					
Amsterdam: Stichting Amsterdams Kruiswerk & Boven Y ziekenhuis	Geen informatie over de evaluatie bekend					
Assen: Thuiszorg Drenthe, Wilhelmina Ziekenhuis & huisartsenpraktijk Beilen	Geen vraagstelling geformuleerd (B)	Proces-/productevaluatie ?? Posttest zonder controlegroep (B)	Patiënten (B)	Zelf ontwikkelde (?) vragenlijst (B)	Kwalitatieve analyses en beschrijvende statistiek (B)	Intern (B) Evaluatie nog niet afgerond (B)
Bodegraven: Stichting De Vierstroom, Regionale huisartsen vereniging ZW Utrecht & Hofpoort ziekenhuis te Woerden	Geen vraagstelling geformuleerd (B)	Proces-/productevaluatie ?? Posttest zonder controlegroep (B)	Hulpverleners (B)	Geen instrumenten gebruikt (B)	Kwalitatieve analyses (B)	Intern (B) Evaluatie nog niet afgerond (B)
Den Haag: Thuiszorg Den Haag & Westeinde ziekenhuis <i>Thuiszorg Den Haag, 1993 Portefolio, J.E.A. e.a., 1994</i>	Draagt de transmurale verpleging bij tot verschuiven van zorg? Verbielt de metabole controle? (B)	Productevaluatie. Posttest zonder controlegroep (A)	52 patiënten met type II diabetes (totale populatie) (C)	Zelf samengesteld registratieformulier (B)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (A) De metabole controle van onregelde patiënten is verbeterd door het spreekuur (A)
Universiteit van Utrecht is bezig met een evaluatie (B)						
Dokkum: Thuiszorg Het Friese Land & Ziekenhuis De Sionsberg <i>Boer de, 1992 Thuiszorg Het Friese Land, 1993c Boer de, Vries de & Muren van der, 1993 Stichting Kruiswerk Friesland Noord, 1995 Stichting Kruiswerk Friesland Noord & De Sionsberg, 19??</i>	Is de continuïteit en kwaliteit van zorg bevorderd? Wat waren knelpunten bij het opzetten/uitvoeren van het spreekuur?	Proces- en productevaluatie. Post-test zonder controlegroep (?) (B)	Werkgroepen (?)	??	??	Intern Het diabetes spreekuur is een aanvulling op de reguliere zorgverlening. Knelpunten en problemen worden eerder besproken met betrokken hulpverleners. (Vergering van de) problemen kunnen voorkomen worden. Het spreekuur zorgt voor een betere afstemming van zorg. (A)
Enschede: Thuiszorg Enschede-Haaksbergen & Medisch Spectrum Twente	??	??	??	??	Kwalitatieve beschrijvingen	Intern Bijstelling van: de frequentie van het spreekuur en verdeling van de patiëntenpopulatie. Uitbreidingsmogelijkheden van het spreekuur bekijken. (B)
Goor: Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden Twente <i>Weersink, 1995</i>	Evaluatie afgerond in 1996, nu nog geen informatie bekend					

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 2a (vervolg II)

Bijlage 2a (vervolg I): Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met diabetes

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode						EVALUATIE; uitkomsten
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE	WIE	
Harlingen: Thuiszorg Het Friese Land & Streekeziekenhuis Oranjebord	Geen vraagstellingen geformuleerd (B)	Proces-/productevaluatie ??; Posttest zonder controlegroep (B)	Diabetesverpleegkundigen uit de eerste- en tweedelijin(B)	Interviews (B)	??	Intern (B)	Evaluatie nog niet afgerond (B)
Heerlen: Stichting Thuiszorg Oostelijk Zuid-Limburg & De Wever Ziekenhuis <i>Engels, 1995</i> <i>Nikkels-de Bosch Kemper, Mikkels & Ottenheym-Vliegen, 1992</i>	??	Procesevaluatie. Posttest zonder controle groep (?)	28 Huisartsen (A)	??	Beschrijvende statistiek (?)	Intern (?)	Voornaamste verwijfsredenen: moeilijk te reguleren, advies over behandeling, maximale dosering medicatie, hoge bloedsuikerwaarden, behoefte aan educatie. Redenen om niet te verwijzen: patiënt niet gemotiveerd, vergeten om door te verwijzen. Huisartsen hebben behoefte aan informatie over de checkup. In 7 checkups werden 30 patiënten gezien. (A)
Hengelo: Thuiszorg Centraal Twente & Streekeziekenhuis Midden Twente <i>Thuiszorg Centraal Twente & Streekeziekenhuis Midden Twente, 1995a en 1995c</i>	Evaluatie afgerond in 1996, nu nog geen informatie bekend (B)						
Hoofddorp: Thuiszorg Amstelland en Meerlanden & Spaarne Ziekenhuis	NZI evalueert waarschijnlijk in ?? (B)						
Hoorn: Kruiswerk West-Friesland, EMGO-VU & huisartsen	Spreekuur nog niet geëvalueerd (B)						
Leeuwarden: Thuiszorg Het Friese Land & Medisch Centrum Leeuwarden	Geen informatie over evaluatie bekend (B)						
Maastricht: Groene kruis Heuvelland, Huisartsen, Academisch Ziekenhuis Maastricht en Rijksuniversiteit Limburg <i>Spreeuwenberg & Frederix, 1995</i>	Is er als gevolg van het zorgmodel (waar het transmurale spreekuur deel van uit maakt) een samenwerkend, effectief en efficiënt zorgnetwerk ontstaan? Wat waren belemmerende en bevorderende factoren? Heeft het zorgmodel op zijn minst eenzelfde waarde in termen van efficiëntie en doelmatigheid van de zorg in vergelijking met de situatie vooraf? (A)	Proces- en productevaluatie. Pre- en posttesten met controlegroep. Bij de productevaluatie: Quasi-experimenteel design (C)	Patiënten, mantelzorgers, hulpverleners en dossiers (C)	Gevalideerde vragenlijsten (welke en hoe gevalideerd ??), registratie van vergaderingen, interviews (A)	??	Onderzoeksinstituten EXTRA en HEALTH (B)	Evaluatie waarschijnlijk afgerond in 1999 (B)
Middelburg: Thuiszorg Walcheren & ziekenhuis Walcheren	Spreekuur nog niet geëvalueerd (B)						

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 2a (vervolg II)

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Dokum: Thuiszorg Het Friese Land & Ziekenhuis De Sionsberg Thuiszorg Het Friese Land, 1993a en 1993b	Patiënten met CARA	Continuïteit en kwaliteit van zorg bevorderen	Kinder- en longarts	Voorlichting over: achter- gronden en gevolgen van CARA, omgaan met be- handeling, registratie van klachten, zelfcontrole en zelf aanpassen van medi- catie	45 minuten per con- sult, 2 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	1 dagdeel per week, 2-3 patiënten per spreekuur	Wijkverpleegkundige met differentiatie CARA, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Coördinatie van zorg. Rege- len en uitvoeren van (sane- rings)huisbezoeken. Telefo- nisch spreekuur voor hulp- verleners, cliënten en ande- ren.	Er wordt nog gezocht naar externe finan- ciers.	Januari 1996
Goos: Oosterschelde Thuiszorg & Oosterschelde Ziekenhuis Korrei, 1993a, 1993b, 1993c en 1994	Kinderen met CARA	Continuïteit en kwaliteit van zorg bevorderen	Kinderarts en eigen initiatief	Voorlichting over: ziekte- beeld, medicatie, sanering, gebruik van de peak-flow meter, astma-aanvallen, school en vakantie	40 minuten per con- sult, 5 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	1 middag per week, ± 7 patiënten per spreekuur	Verpleegkundig specialist CARA, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Huisbezoeken afleggen.	??	Juni 1992
Goninchem: Stichting Waardse Rading & Beatrix Ziekenhuis Stevens, 1994	Kinderen met CARA	Verwijzing van kinderartsen naar wijkverpleegkundigen verbeteren. Patiënten stimu- leren om leefgewoonten te herzien.	Kinderartsen	Voorlichting over: ziekte- beeld, leefregels en medi- catie. Geven van onder- steuning bij de opvoeding	45 minuten per con- sult, 2 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	3 1/2 uur per week, Hoeveel: ??	Wijkverpleegkundige met differentiatie CARA houdt samen met de diëtiste spreekuur, beide zijn in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Reguliere taken van wijk- verpleegkundigen	Eigen middelen	Mei 1994
Gouda: Stichting De Vierstroom & Het Groene Hart Ziekenhuis Leeuwen van & Mulder, 1995	Kinderen met CARA	Vermindering van morbiditeit en medische consumptie. Bevorderen zelfzorg en the- rapieeltraum. Verbetering kwa- liteit van leven.	Kinderarts op de EHBO, kinderafdeling en polikli- niek	Voorlichting over: ziekte- beeld, peakstrommeting, woningssanering, hobby's, preventie, behandeling, astmafonds/patiëntenbe- langverenigingen en medicijngebruik	1e consult: 45-60 minuten, vervolgon- sulten 30 minuten. 2-3 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	Hoe vaak: ?? 6 kinderen per spreekuur	Spreekuur wordt afwisse- lend geleid door een kinder- verpleegkundige en een wijkverpleegkundige met differentiatie CARA, in dienst van één van de be- trokken instellingen <u>Overige taken:</u> Afliegen van huisbezoeken. Bijscholen van verpleegkun- digen. Bijdrage leveren aan de onderzoek. Contact on- derhouden met verschillen- de disciplines.	Subsidie LCVV en tuberculose- fonds. Eigen middelen	1995 (project zal lopen tot 1997)
Groningen: Thuiszorg Emmen & Academisch ziekenhuis Groningen	Wij spreekuur starten, nog geen informatie beschikbaar									

Voor verklaring tekens, zie vervolg bijlage 3 (vervolg II)

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORTIEN	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK-UIUR	PERSOON DIE DOOR-VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DIUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDIGE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Roermond: Stichting Thuiszorg Midden-Limburg & St. Laurentius Ziekenhuis Groene Kruis Midden-Limburg, 1993, 1995a en 1995b Stichting Thuiszorg Midden-Limburg, 1994a en 1994b St. Laurentius Ziekenhuis & St. Thuiszorg Midden-Limburg, 1994	(A) Volwassen patiënten met Astma of COPD (chronische bronchitis en emfyseem)	(A) Poliklinisch de problemen aanzien van kennis, motivatie en vaardigheden van patiënten inventariseren.	(B) Longartsen	(A) Inventariseren van klachten, ziekte-inzicht en vaardigheden. Voorlichting over o.a. medicijngebruik, CARA en zuurstof.	(A) 45 minuten per consult, Aantal ??	(A) Polikliniek ziekenhuis	(A) 1 ochtend per week, 4 patiënten per spreekuur	(A) Twee wijkverpleegkundigen met differentiatie CARA, beide in dienst van de thuiszorg Overige taken: Rapportage naar specialist. Overdracht van zorg coördineren.	(B) Eigen middelen	(A) Januari 1994
Sheek: Thuiszorg Zuid-West Friesland & Antonius ziekenhuis	(B) Kinderen met CARA	(B) Geven van voorlichting over CARA	(B) Kinderarts, Nederlands Astmafonds, huisarts en eigen initiatief	(B) Voorlichting over: de ziekte, medicatie, inhalatietechniek. Instructie over en controle van medicatie.	(B) 30 minuten per consult, 2 consulten per patiënt	(B) Polikliniek ziekenhuis	(B) 1 middag per maand, Hoeveel: ??	(B) Wijkverpleegkundige met differentiatie CARA, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Overdracht van zorg coördineren. Ondersteunen wijkverpleegkundigen. Gevoeligheden aan voorlichtingscursussen voor kinderen met asma en hun ouders. Verpleegkundige ontwikkelingen bijhouden. Aflleggen van (sanerings-) huisbezoek.	(B) Kruiswerk, ziekenhuis en Coördinatiecentrum Chronisch Zieken	(B) Oktober 1995
Zwolle: Thuiszorg IJssel Zwartewater & Ziekenhuis De Weezenlanden Franke & Kerckstra, 1996 Leyenaar & Wallinga, 1995	(A) Kinderen met CARA	(A) Kwaliteit en continuïteit van zorg bevorderen. Samenwerking tussen intra- en extramurale hulpverleners verbeteren.	(C) Kinderarts en eigen initiatief	(A) Inventarisatie hulpvragen. Voorlichting over: CARA, beïnvloedende factoren, lichamelijke of psychosociale gevolgen, medicijngebruik, inhalatietechnieken, sanering van de woning en andere instanties. Begeleiden bij problemen	(A) 45 minuten per consult, Aantal: wisselend	(A) Polikliniek ziekenhuis	(A) 1 dagdeel per twee weken, Hoeveel: ??	(C) Verpleegkundig specialist CARA, in dienst van de thuiszorg Overige taken: Telefonisch spreekuur voor patiënten. Huisbezoeken aflleggen	(B) Eigen middelen	(A) 1995

Verklaring tekens bij bijlage 3:

?? : Informatie onbekend

(?): Informatie niet geheel duidelijk

(A): Informatie uit rapport, verslag e.d.

(B): Persoonlijke informatie

(C): Zowel informatie uit rapport, verslag e.d. als persoonlijke informatie

Bijlage 3a: Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige gesprekken voor patiënten met CARA

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode						EVALUATIE; uitkomsten
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE	WIE	
Dokkum: Thuiszorg Het Friese Land & Ziekenhuis De Sionsberg Thuiszorg Het Friese Land, 1993a en 1993b	Spreekuur nog niet geëvalueerd						(B)
Goes: Oosterschelde Thuiszorg & Oosterschelde Ziekenhuis Korel, 1993a, 1993b, 1993c en 1994	Hoe wordt de CARA-poli door arts en verpleegkundige gewaardeerd? (A)	Procesevaluatie. Post-test zonder controle-groep (B)	Betrokken arts en verpleegkundigen (B)	??	Kwalitatieve beschrijvingen (A)	Intern (B)	Arts en verpleegkundige zijn tevreden over de onderlinge samenwerking op de CARA-poli. (A)
	Wat is de mening van ouders over de CARA-poli? (A)	Procesevaluatie. Post-test zonder controle-groep (B)	34 ouders van kinderen met CARA en dossiers (A)	Zelf samengestelde vragenlijst (A)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (B)	Ouders zijn tevreden over het verpleegkundig CARA-spreekuur. Het verpleegkundig consult wordt als aanvullend aan dat van de arts ervaren. (A)
	Is het aantal huisbezoeken na de start van het spreekuur afgenomen? (A)	Productevaluatie. Pre- en post-test zonder controle-groep (A)	Registratie van aantal huisbezoeken gedurende vier maanden voor en nadat de CARA-poli van start is gegaan (A)	Zelf samengesteld registratieformulier (B)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (B)	Nadat het verpleegkundig CARA-spreekuur van start is gegaan is het aantal huisbezoeken met 80% afgenomen. (A)
Gronchem: Stichting Waardse Rading & Beatrix Ziekenhuis Stevens, 1994	??	Procesevaluatie. Post-test zonder controle-groep (A)	35 CARApatiënten (A)	Zelf samengestelde registratieformulieren (A)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (B)	In 8 maanden zijn 22 gesprekken gehouden. Er is vier keer overleg tussen kinderartsen en verpleegkundigen geweest. Alle patiënten gaven aan dat hun kennis na het consult is toegenomen. Het merendeel van de patiënten heeft aangegeven dat het consult zinvol was. (A)
Gouda: Stichting De Vierstroom & Het Groene Hart Ziekenhuis Leeuwen van & Mulder, 1995	??	Procesevaluatie. Post-test zonder controle-groep (A)	Kinderartsen (A)	??	Kwalitatieve analyses (A)	Intern (B)	De verpleegkundig specialist verzorgt een professionele tenugrapportage. Het is wenselijk dat kinderen vanaf ongeveer 12 jaar zelfstandig naar het spreekuur komen. Het verpleegkundig spreekuur heeft een duidelijke meerwaarde. (A)
Groningen: Thuiszorg Emmen & Academisch ziekenhuis Groningen	Wilt spreekuur starten, nog geen informatie beschikbaar						(B)

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 3a (vervolg II)

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode					EVALUATIE; uitkomsten	
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE		WIE
Hengelo: Centraal Twente & Streekt ziekenhuis Midden Twente 1994, 1995a en 1995b	??	Procesevaluatie. Post-test zonder controle-groep (?)	CARApatiënten die het spreekuur bezochten (?)	Zelf samengestelde registratieformulieren (?)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern (A)	In 1994 is 47 keer spreekuur gehouden, onderwerpen die tijdens het spreekuur aan bod kwamen: uitleg ziektebeeld, medicijngebruik, inhalatietechniek, saneren/financiën, peak-flow blazen, omgaan met astma: zelf en de omgeving, self-management. (A)
Universiteit Twente	1996						
Kerkrade: Stichting Oostelijk Zuid Limburg & Ziekenhuis Kerkrade	Geen vraagstellingen geformuleerd (B)	Proces/productevaluatie. Posttest zonder controlegroep (B)	Kinderartsen en hulpverleners van de thuiszorg (B)	??	Kwalitatieve analyses (B)	??	Evaluatie nog niet afgerond (B)
Leeuwarden: Thuiszorg Het Friese Land & Medisch Centrum Leeuwarden Thuiszorg Het Friese Land, 1993a en 1993b	??	Procesevaluatie. Post-test zonder controle-groep (?)	CARApatiënten die het spreekuur bezochten (?)	Zelf samengestelde registratieformulieren (?)	Beschrijvende statistiek (A)	Intern	In 1 jaar zijn 52 spreekuren gehouden, met 269 consulten. De gemiddelde tijd per consult bedroeg 35 minuten. De inhoud van een consult bestond meestal uit instructie over inhalers en het geven van saneringsadviezen. Patiënten werden meestal door medisch specialisten doorverwezen (A)
Leidschendam: Thuiszorg Horst- en Vlietstreek & Ziekenhuis Antoniusshove	Wil spreekuur starten, nog geen informatie beschikbaar						
Maastriicht: Groene Kruis Heuvelland, Huisart-sen, Academisch Ziekenhuis Maas-tricht & Rijksuniversiteit Limburg Spreeuwenberg & Frederix, 1995	Is er als gevolg van het zorgmodel (waar het transmurale spreekuur een deel van uit maakt) een samenwerkend, effectief en efficiënt zorgnetwerk ontstaan? Wat waren belemmerende en bevorderende factoren? Heeft het zorgmodel op zijn minst eenzelfde waarde in termen van efficiëntie en doelmatigheid van de zorg in vergelijking met de situatie vooraf? (A)	Proces- en product-evaluatie. Pre- en post-testen met controle-groep. Bij de product-evaluatie: Quasi-experimenteel design (C)	Patiënten, mantel-zorgers, hulpverle-ners en dossiers (A)	Gevalideerde vragenlijsten (welke en hoe gevalideerd ??), re-gistratie van verga-deringen, interviews (A)	??	Onderzoeks-instituten EXTRA en HEALTH (B)	Evaluatie waarschijnlijk afgerond in 1999 (B)
Middelburg: Thuiszorg Walcheren & ??	Wil spreekuur starten, nog geen informatie beschikbaar						
Roermond: Stichting Thuiszorg Midden-Limburg & St. Laurentius Ziekenhuis Groene Kruis Midden-Limburg, 1993, 1995a en 1995b Stichting Thuiszorg Midden-Lim-burg, 1994a en 1994b St. Laurentius Ziekenhuis & St. Thuiszorg Midden-Limburg, 1994	Wat is het effect van het spreekuur?	Productevaluatie. Post-test zonder con-trolegroep (A)	CARApatiënten die het spreekuur be-zochten (?), betrok-ken hulpverleners en rapportages (A)	Registriesystemen, interviews, zelf sa-mengestelde vragenlijst. (C)	Beschrijvende statistiek en kwalitatieve analyses (A)	Intern (B)	In het eerste jaar bezochten 153 patiënten het spreekuur. Er is 1 keer per 3 maanden overleg tussen de CARA-consultant en de verpleegafdeling. De volgende formulieren zijn ontwik-keeld: checklist verpleegafdeling, folders, voorlichtingsmateri-aal, aanvraagformulier spreekuur, terugrapportageformulier. De betrokken hulpverleners zijn tevreden met de duur van een consult. Tijdens het spreekuur wordt voorlichting en instructie gegeven. De ruimte waar het spreekuur gehouden wordt voldoet. De wachtlijst is afgenomen. (A)

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 3a (vervolg II)

Bijlage 3a (vervolg II): Overzicht evaluaties van transmurale verpleegkundige spreekuren voor patiënten met CARA

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode					EVALUATIE; uitkomsten
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE	
Sneek: Thuiszorg Zuid-West Friesland & Antonius ziekenhuis	Wordt waarschijnlijk in 1997 intern geëvalueerd					
Zwolle: Thuiszorg IJssel Zwartewater & Ziekenhuis De Weezenlanden Francke & Kerstra, 1996 Leyenaar & Wallinga, 1995	Welk oordeel hebben patiënten over de begeleiding en informatie die men op het spreekuur van de verpleegkundig specialist krijgt? Het functioneren van de verpleegkundig specialist in relatie tot dat van de medisch specialist? De plaats waar het spreekuur wordt gehouden? Hebben patiënten de verpleegkundig specialist en de medisch specialist op dezelfde dag bezocht?	Procesevaluatie. Posttest zonder controle-groep	53 bezoekers (patiënten of ouders) van het spreekuur	Schriftelijke vragenlijst, gedeeltelijk gebaseerd op Foets e.a. (1995) en gedeeltelijk zelf ontwikkeld	Beschrijvende statistiek en kwalitatieve analyses	NIVEL
			(B)	(B)	(B)	(B)
	Een meerderheid is tevreden over de begeleiding en informatie op het verpleegkundig spreekuur, vindt dat de verpleegkundig specialist de medisch specialist goed aanvult, heeft geen klachten over te veel (wisselende) hulpverleners en is positief over de plaats waar het verpleegkundig spreekuur gehouden wordt. Het aantal respondenten dat deze twee typen bezoeken <i>niet</i> heeft kunnen combineren is nog hoog (58%).					
	Produktevaluatie met gerandomiseerd pretest posttest wachtlijstcontrolegroep design is gestart in voorjaar 1996 (nog niet afgerond).					

Verklaring tekens bij bijlage 3a;

?? : Informatie onbekend

(?): Informatie niet geheel duidelijk

(A): Informatie uit rapport, verslag e.d.

(B): Persoonlijke informatie

(C): Zowel informatie uit rapport, verslag e.d. als persoonlijke informatie

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEKUR	PERSOON DIE DOOR-VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDIGE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Brunssum (Stomazorg); Groene Kruis Brunssum & St. Gregorius Ziekenhuis Ziekenhuis St. Gregorius & Groene Kruis Brunssum, 1992a en 1992b	(A) Volwassenen met een darm- of urostoma en hun familie	(A) Continuïteit en kwaliteit van zorg bevorderen	(A) Specialist, huisarts, wijkverpleging en eigen initiatief	(A) Probleem verhelderen, geven van voorlichting, instructie en begeleiding. Signaleren van knelpunten en problemen	(A) 1 uur per consult. Afsluiting van zorg na één jaar, daarna jaarlijkse follow-up Aantal: ??	(A) Polikliniek ziekenhuis	(B) 1 middag per week spreekuur, 10 patiënten per spreekuur	(A) Spreekuur wordt geleid door een verpleegkundig specialist, in dienst van de thuiszorg en ziekenhuis-verpleegkundige met differentiatie stoma <u>Overige taken:</u> Deskundigheidsbevordering bij verpleegkundigen	(A) Eigen middelen	(A) April 1999
Den Haag (Cystic Fibrosis); Thuiszorg Den Haag & Ziekenhuis Leyenburg Ziekenhuis Leyenburg, 1995	(A) Volwassenen met <u>Cystic Fibrosis</u>	(A) Kwaliteit van zorg bevorderen	(B) Medisch specialist, andere hulpverleners en eigen initiatief	(A) Psycho-sociale begeleiding, wijzen op de mogelijkheden van vergoedingen	(A) 20-30 minuten per consult, aantal consulten zeer wisselend	(A) Polikliniek ziekenhuis	??	(A) Verpleegkundig specialist chronisch zieken, in dienst van het ziekenhuis <u>Overige taken:</u> Organiseren van thuisbehandelingen met intraveneus toegediende antibiotica. Telefonische consulten voor patiënten en hulpverleners. Deskundigheidsbevordering bij hulpverleners. Aflleggen van huisbezoeken. Ontwikkelen van protocollen (A)	(B) Nationale Commissie Chronisch Zieken en eigen middelen	(A) 1995
Den Haag (Ms. Parkinson, Reuma en CVA); Stichting Thuiszorg Den Haag. Ziekenhuis Leyenburg & Coördinatie Centrum Chronisch Zieken	(A) Volwassenen met één van de volgende aandoeningen: MS, Parkinson; Reuma, CVA	(A) ??	(B) Neuroloog en Reumatoloog	(A) ??	(B) 60 minuten per consult, 1 consult per patiënt	(A) Polikliniek ziekenhuis	(B) 8 dagdelen per maand, 1-2 patiënten per spreekuur	(B) Wijkverpleegkundige met differentiatie neurologie en reumatologie, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Taken van een wijkverpleegkundige.	(B) Eigen middelen	(B) Februari 1996
Dokkum (Oncologie); Stichting Kruiswerk Friesland Noord & Ziekenhuis De Sionsberg Roelisema, 1995a en 1995b	(A) Volwassenen met <u>borstkanker</u>	(A) Continuïteit en kwaliteit van zorg bevorderen	(A) Specialist en huisarts	(A) Voorlichting geven. Opvang en begeleiding van de patiënt. Assisteren bij chemotherapie	(A) 30-45 minuten per consult, Aantal: ??	(A) Polikliniek ziekenhuis	(B) 2 middagen per week, 1 patiënt per spreekuur	(A) Verpleegkundige met de differentiatie oncologie, in dienst van het ziekenhuis <u>Overige taken:</u> Zorgverlening in de kliniek. Coördineren van zorg. Organiseren van bijscholing en consultfunctie voor hulpverleners. Protocolontwikkeling (A)	(B) Eigen middelen	(A) Augustus 1995
Goes (MS en Parkinson); Kruisvereniging rondom de Oosterschelde & Oosterschelde ziekenhuis	(B) Nieuw gediagnosticeerde patiënten met MS of Parkinson	(B) Kwaliteit van zorg bevorderen	(B) Neuroloog	(B) Voorlichting over: ziektebeeld, medicatie, therapie en leefregels	(B) 45-60 minuten per consult, Aantal: ??	(B) Polikliniek ziekenhuis	(B) Een dagdeel per week, Hoeveel ??	(B) Verpleegkundig specialist chronisch ziekten, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Coördinatie van zorg	(B) Nationale Commissie Chronisch Zieken, thuiszorg en ziekenhuis	(B) Start in 1997

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 4 (vervolg II)

Bijlage 4 (vervolg I): Kenmerken van overige transmurale verpleegkundige spreekuren

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSOON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Gorinchem (MS en Parkinson): Kruisorganisatie Waardse Rading, Mark en Maas & Beatrixziekenhuis <i>Groenedaël van, 1995a, 1995b en 1995c</i>	Patiënten met MS of Parkinson	Bevorderen van optimale poliklinische patiëntenzorg	Neuroloog	Inventarisatie van en voor- lichting over: niet-medi- sche vragen en gevolgen van de ziekte. Wegwijs maken in de gezondheids- zorg, verwijzen naar ande- re instanties	+ 60 minuten per consult, 4 consulten per pa- tiënt per jaar	Polikliniek ziekenhuis	1 ochtend per week, 1 patiënt per spreekuur	Verpleegkundig specialist reu- ma en chronisch neurologische aandoeningen, in dienst van de kruisorganisatie <u>Overige taken:</u> Deskundigheidsbevordering bij verpleegkundigen. Onderhou- den van contacten met pa- tiëntenverenigingen en rele- vante instanties. Huisbezoeken afleggen.	Coördinatie- centrum Chronisch Zieken en eigen mid- delen	September 1995
Geen informatie over het spreekuur bekend										
Groningen (Stoma/oncologie): ?? & Martini ziekenhuis										
Hengelo (Oncologie): Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden Twente <i>Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden Twente, 1995a en 1995d</i>	Patiënten met borstkanker	Het in aansluiting op de me- dische behandeling, geven van voorlichting en adviezen over borstprotheses.	Chirurg en verpleegkun- digen	Voorlichting en advies over: borstprotheses, leef- regels, amoefeningen en lymfedeem	30-45 minuten per consult, Aantal: ??	Polikliniek ziekenhuis	1 middag per week, 2 patiënten per spreek- uur	Verpleegkundig specialist onco- logie, in dienst van het zieken- huis en de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Huisbezoeken. Deskundigheids- bevordering bij hulpverleners. Bijdrage leveren aan zorgbe- leid. Onderzoekresultaten vertalen naar de praktijk	Eigen midde- len	November 1991
	Volwassenen met Oncologische aandoeningen	Het in aansluiting op de me- dische behandeling, geven van voorlichting en adviezen.	Medisch specialisten en verpleegkundigen	Voorlichting en advies geven, in gang zetten van thuisbehandeling bij lymf- oedeem, controles na ope- raties	30-45 minuten per consult, Aantal: ??	Polikliniek ziekenhuis	1 middag per week, 2 patiënten per spreek- uur	Verpleegkundig specialist onco- logie, in dienst van het zieken- huis en de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Huisbezoeken. Deskundigheids- bevordering bij hulpverleners. Bijdrage leveren aan zorgbe- leid. Onderzoekresultaten vertalen naar de praktijk	Eigen midde- len	November 1991
Middelburg (MS, Parkinson, Reuma & CVA): Thuiszorg Walcheren, ziekenhuis Walcheren & NCCZ	Volwassenen met één van de vol- gende aandoen- ingen: MS, Par- kinson, Reuma, CVA	Geven van advies, voorrich- ting, instructie en begelei- ding. Aansluiten op het me- disch spreekuur.	Reumatoloog en neuro- loog	Afnemen van een ver- pleegkundige anamnese	30 minuten per con- sult, Aantal: ??	Polikliniek ziekenhuis	8 spreekuren per maand, Hoeveel: ??	Verpleegkundig specialist neu- rologie met reuma opleiding en aanvullende scholing neurolo- gie, in dienst van de thuiszorg <u>Overige taken:</u> Aflleggen van huisbezoeken. Ontwikkelen van het project.	NCCZ	Mei 1996
Middelburg (Stoma): Thuiszorg Walcheren & ziekenhuis Walcheren	Volwassenen met een stoma	Geven van voorlichting, in- structie, begeleiding en ad- vies	Medisch specialist, huis- arts en patiënt zelf	Verlenen van nazorg. Ge- ven van voorlichting over huidverzorging en beno- digde materialen	30-45 minuten per consult, aantal con- sulten wisselend	Polikliniek ziekenhuis	Hoe vaak: ?? Hoeveel: ??	Spreekuur wordt geleid door ziekenhuisverpleegkundigen, in dienst van het ziekenhuis <u>Overige taken:</u> Aflleggen van huisbezoeken. Geven van klinische consulten	Eigen midde- len	Oktober 1995

Bijlage 4 (vervolg II): Kenmerken van overige transmurale verpleegkundige spreekuren

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	DOELGROEP SPREEKUR	DOELSTELLING SPREEK- UUR	PERSOON DIE DOOR- VERWIJST/AANMELDT	INHOUD SPREEKUR	DUUR en AANTAL CONSULTEN	WAAR?	HOE VAAK/ HOEVEEL	ACHTERGROND/OVERIGE TAKEN VERPLEEGKUNDI- GE(N)	FINANCIER SPREEKUR	GESTART
Roermond (Stomazorg); Stichting thuiszorg Midden-Limburg, St Laurentius ziekenhuis (Roer- mond) & St Jans Gasthuis (Weert) Stichting thuiszorg Midden-Limburg, St. Jans Gasthuis Weert & St. Lau- rentius Ziekenhuis Roermond	Volwassenen met een colo-, ileo-, of <u>urinstoma</u>	Continuïteit van zorg bevo- deren. Zelfstandigheid pa- tiënt bevorderen. Bereikbaar- heid verpleegkundigen be- vorderen. Afstemming intra- en extramurale zorgverlening bevorderen.	Medisch specialist en huisarts	Pre-operatief, voorbereiding over onder andere een stoma, complicaties na de operatie, vergoedingen en distributie van stomamateri- aal, stomavereniging. Partner betrekken in bege- leiding. Post-operatief. Inventariseren problemen. Controleren van de stoma. Indien nodig doorverwij- zen.	45 minuten per con- sult, 2 consulten per patiënt	Polikliniek ziekenhuis	2x per maand spreekuur, 4 patiënten per spreek- uur	Spreekuur wordt geleid door twee verpleegkundig specialis- ten stoma. Zij zijn in dienst van één van de betrokken instellin- gen. <u>Overige taken:</u> ??	??	??

Verklaring tekens bij bijlage 4;

?? : Informatie onbekend

(?): Informatie niet geheel duidelijk

(A): Informatie verkregen uit een rapport, verslag e.d.

(B): Persoonlijke informatie

(C): Zowel informatie uit rapport, verslag e.d als persoonlijke informatie

Bijlage 4a: Overzicht evaluaties van overige transmurale verpleegkundige spreekuren

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	EVALUATIE; methode					EVALUATIE; uitkomsten	
	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE		WIE
Brunssum (Stomazorg); Groene Kruis Brunssum & St Gregorius Ziekenhuis Ziekenhuis St. Gregorius & Groene Kruis Brunssum, 1992a en 1992b	Onder welke voorwaarden kan het verpleegkundig spreekuur structureel worden ingevoerd?	Productievaluatie. Tussentijdse meting en post-test zonder controlegroep	55 patiënten met een darm- of urostoma	Zelf samengestelde vragenlijst (A)	Beschrijvende statistiek	Sichting Sarezo (A)	Patiënten die geopereerd zijn na de start van het spreekuur hebben opvallend minder problemen met het stoma dan patiënten die voor de start van het spreekuur zijn geopereerd. De drempel tot het spreekuur is lager dan die tot specialist of huisarts. Het beroep op medische zorg neemt af door het spreekuur. 80% van de patiënten vindt dat er een goede afstemming van zorg is door het spreekuur. (A)
Den Haag (Cystic Fibrosis); Thuiszorg Den Haag & Ziekenhuis Leyenburg Ziekenhuis Leyenburg, 1995	Wordt in 1997 geëvalueerd door ziekenhuis Leyenburg	(A)	16 verpleegkundigen van eerste en tweede lijn	Zelf samengestelde vragenlijst (A)	Beschrijvende statistiek	Sichting Sarezo (A)	81% van de verpleegkundigen vindt dat de afstemming tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging goed is. Tevens achten zij het spreekuur van (groot) belang. (A)
Den Haag (MS, Parkinson, Reuma en CVA); Stichting Thuiszorg Den Haag, Ziekenhuis Leyenburg & Coördinatie Centrum Chronisch Zieken	??	Proces- productevaluatie ??, Posttest, zonder controlegroep	Patiënten, reumatoloog, neuroloog en dossiers	Zelf samengesteld registratieformulier en schriftelijke enquête	Kwalitatieve analyses en beschrijvende statistiek	??	Evaluatie nog niet afgerond (B)
Dokkum (Oncologie); Stichting Kruiswerk Friesland Noord & Ziekenhuis De Slonsberg Roel/Isma, 1995a en 1995b	Evaluatie waarschijnlijk in augustus 1996	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(A)
Goes (MS en Parkinson); Kruisvereniging rondom de Oosterschelde & Oosterschelde ziekenhuis	Coördinatie Centrum Chronisch Zieken evalueert waarschijnlijk in ??						(B)
Gorinchem (MS en Parkinson); Kruisorganisatie Waardse Rading, Mark en Maas & Beatrixziekenhuis Groenendaal van, 1995a, 1995b, 1995c	Geen informatie over de evaluatie bekend						
Groningen (Stoma/oncologie); ?? & Martini ziekenhuis	Geen informatie over de evaluatie bekend						

Voor verklaring tekens: zie vervolg bijlage 4a (vervolg 1)

PLAATS/SAMENWERKENDE INSTELLINGEN/RAPPORT(EN)	VRAAGSTELLING EVALUATIE	ONDERZOEKSTYPE EN -DESIGN	EVALUATIE; methode				EVALUATIE; uitkomsten
			STEEKPROEF	INSTRUMENTEN	ANALYSEPROCEDURE	WIE	
Hengelo (Oncologie); Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden Twente <i>Thuiszorg Centraal Twente & Streekziekenhuis Midden Twente, 1995a en 1995d</i>	Universiteit Twente evalueert waarschijnlijk in 1996						(B)
Middelburg (MS, Parkinson, Reuma en CVA); Thuiszorg Walcheren, ziekenhuis Walcheren & NCCZ	Spreekuur nog niet geëvalueerd						(B)
Middelburg (Stoma); Thuiszorg Walcheren & ziekenhuis Walcheren	Spreekuur nog niet geëvalueerd						(B)
Roermond (Stoma); Stichting thuiszorg Midden-Limburg, St. Laurentius Ziekenhuis (Roermond) & St. Jans Gasthuis (Weert)	Geen informatie over de evaluatie bekend						(B)

Verklaring tekens bij bijlage 4a:

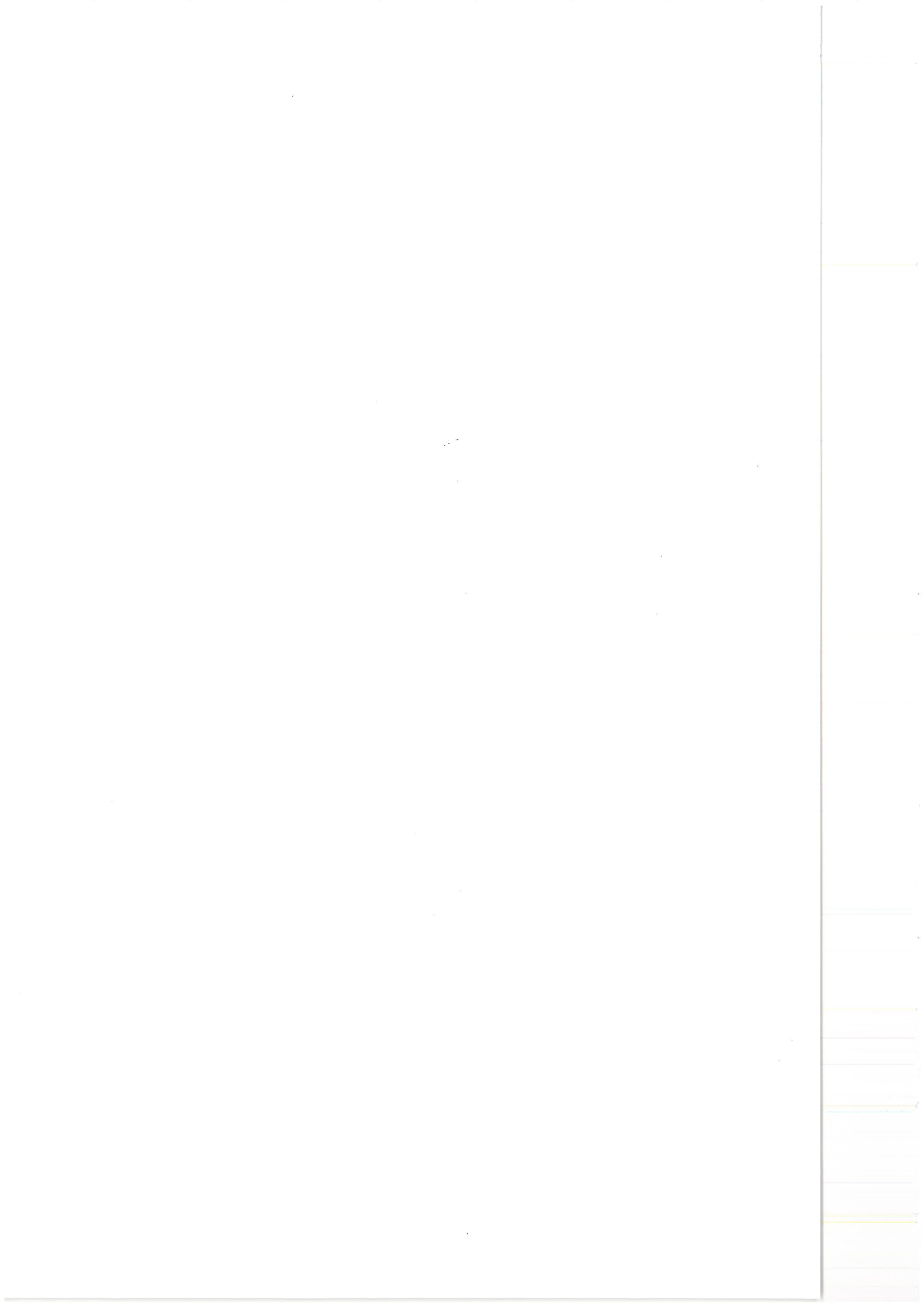
?? : Informatie onbekend

(?): Informatie niet geheel duidelijk

(A): Informatie uit rapport, verslag e.d.

(B): Persoonlijke informatie

(C): Zowel informatie uit rapport, verslag e.d. als persoonlijke informatie



Bijlage 5: Ontwikkelde vragenlijst

In het nu volgende wil ik u vragen naar de kenmerken van het transmurale verpleegkundige spreekuur.

Voor het beantwoorden van de vragen kunt u het hokje behorende bij het juiste antwoord aankruisen en/of de stippellijn invullen. Eventueel kunt u -indien beschikbaar- ook een verslag of rapport zenden waarin de door mij gevraagde informatie beschreven is.

1. Welke instellingen werken samen in het kader van het spreekuur?
.....
.....
.....
- 2a. Voor welke doelgroep is het spreekuur bedoeld?
(meerdere antwoorden mogelijk)
 Volwassen patiënten met de aandoening
 Kinderen met de aandoening
 Ouders/verzorgers
 Overig, namelijk
- 2b. Moeten de personen genoemd onder 2a voldoen aan specifieke criteria om van het spreekuur gebruik te kunnen maken?
 Nee
 Ja, namelijk.....
.....
3. Wat is de doelstelling van het spreekuur?
.....
.....
.....
4. Door wie worden patiënten doorverwezen naar of aangemeld voor het spreekuur?
(meerdere antwoorden mogelijk)
 Medisch specialist op het vakgebied
 Huisarts
 Patiënt zelf
 Overig, namelijk
5. Wat is de globale inhoud van een spreekuurbezoek?
.....
.....
.....
6. Hoe lang duurt een spreekuurbezoek gemiddeld per patiënt?
..... minuten
7. Hoe vaak komt een patiënt gemiddeld terug op het spreekuur?
..... maal

8. Waar wordt het spreekuur gehouden?
- Polikliniek ziekenhuis
 - Huisartsenpraktijk
 - Elders, namelijk.....
9. Hoe vaak wordt het spreekuur gehouden?
..... per maand
10. Hoeveel patiënten bezoeken het spreekuur gemiddeld (per keer dat het spreekuur gehouden wordt)?
..... patiënten per spreekuur
11. De professionele achtergrond van de verpleegkundige die het spreekuur houdt is:
- Verpleegkundig specialist op het gebied van
 - Wijkverpleegkundige met de differentiatie
 - Anders, namelijk
12. Bij welke instelling(en) heeft de verpleegkundige, in het kader van het spreekuur, een dienstverband? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Ziekenhuis
 - Thuiszorginstelling
 - Overige, namelijk
13. Welke taken verricht de verpleegkundige buiten het spreekuur?
.....
.....
.....
14. Door wie wordt het spreekuur gefinancierd? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Ziekenhuis
 - Thuiszorginstelling
 - Overige, namelijk
15. Wanneer is het spreekuur gestart?/ Wanneer zal het spreekuur van start gaan?
.....
.....
.....

In het nu volgende wil ik u vragen naar de evaluatie van het transmurale verpleegkundige spreekuur.

Voor het beantwoorden van de vragen kunt u het hokje behorende bij het juiste antwoord aankruisen en/of de stippellijn invullen. Eventueel kunt u -indien beschikbaar- ook een verslag of rapport zenden waarin de door mij gevraagde informatie beschreven is.

1. Is het spreekuur geëvalueerd of zijn er plannen om het spreekuur te evalueren?
- Ja
 - Nee
 - Weet niet

Indien u bij bovenstaande vraag 'Nee' heeft geantwoord, kunt u verder naar vraag 1 op pagina 4.

2. Zijn er voor de evaluatie van het spreekuur één of meerdere vraagstellingen geformuleerd?
 Ja, namelijk
.....
 Nee
 Weet niet
- 3a. Zijn er voordat patiënten het spreekuur bezochten onderzoeksmetingen ten behoeve van de evaluatie verricht?
 Ja, namelijk
 Nee
 Weet niet
- 3b. Zijn er nadat patiënten het spreekuur bezochten onderzoeksmetingen ten behoeve van de evaluatie verricht?
 Ja, namelijk
 Nee
 Weet niet
4. Zijn er ook onderzoeksmetingen verricht bij een controlegroep (d.w.z. een groep patiënten/hulpverleners die nog geen gebruik maakte van het spreekuur)?
 Ja
 Nee
 Weet niet
5. Welke personen of zaken zijn bestudeerd in het kader van de evaluatie van het spreekuur? (vul de stippellijn eventueel in)
 ... patiënten
 ... hulpverleners, namelijk
 ... dossiers
 Anders, namelijk
6. Met behulp van welke instrumenten of vragenlijsten zijn de evaluatiegegevens verzameld?
.....
.....
.....
7. Op welke manier zijn de gegevens uit de evaluatie verwerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)
 Beschrijvend in woorden
 Beschrijvend in getallen
 Toetsende statistiek
 Anders, namelijk
8. Wie heeft de evaluatie van het transmurale verpleegkundige spreekuur uitgevoerd?
 Aan de instelling(en) verbonden personen die direct betrokken waren bij het spreekuur
 Aan de instelling(en) verbonden personen die niet direct betrokken waren bij het spreekuur
 Externe personen, namelijk
9. Is de evaluatie al afgerond?
 Ja
 Nee
 Weet niet

10. (Indien vraag 9 met ja is beantwoord) Wat waren globaal de uitkomsten van de evaluatie(s)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Waren er bij het opzetten of uitvoeren van het transmurale verpleegkundige spreekuur nog andere bevorderende en/of belemmerende factoren die u nog niet heeft genoemd?

Nee

Ja, namelijk.....

.....
.....
.....
.....

Eventuele overige opmerkingen:

.....
.....
.....
.....

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING !

