

telefoon: 030 319946

20 JUNI 1986

**GEORGANISEERDE NAZORG IN NEDERLAND
EEN INVENTARISATIE VAN VORMEN VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE NAZORG**

A.R. Krijgsman

april 1986

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

CIP - GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Krijgsman, A.R.

Georganiseerde nazorg in Nederland : een inventarisatie van door
wijkverpleging geïnitieerde nazorg / A.R. Krijgsman. - Utrecht :
Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheids-
zorg. - Ill.

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-017-X

SISO 613.7 UDC 614.2

Trefw.: wijkverpleging.

INHOUD

1. INLEIDING, VRAAGSTELLING EN METHODE	1
1.1. Wat is georganiseerde nazorg?	1
1.2. Afbakening van het onderzoeksgebied	3
1.3. Waarom aandacht voor georganiseerde nazorg	4
1.4. Vraagstelling en methode	6
2. GEORGANISEERDE NAZORG: HISTORIE EN ONDERZOEK	9
2.1. Georganiseerde nazorg: 1959 - 1985	9
2.1.1. jaren zestig	10
2.1.2. jaren zeventig	11
2.1.3. jaren tachtig	14
2.2. Onderzoek naar georganiseerde verpleegkundige nazorg	17
2.2.1. Hoeveel patiënten krijgen nazorg?	17
2.2.2. Welke patiënten krijgen nazorg?	19
2.2.3. Waar bestaat nazorg uit?	20
2.2.4. Wat is het effect van de activiteiten van een nazorg- dienst?	22
3. GEORGANISEERDE NAZORG: INVENTARISATIE	27
3.1. Aspecten van georganiseerde nazorg	28
3.2. Selectie van patiënten en informatieoverdracht	30
3.3. Typologie van georganiseerde nazorg	32
4. SAMENVATTING	43
LITERATUUR	51
BIJLAGE I INTERVIEWSHEMA	
BIJLAGE II ASPECTEN VAN GEORGANISEERDE NAZORG	
BIJLAGE III OVERDRACHTSFOMULIEREN	

VOORWOORD

Het voor u liggende rapport doet verslag van een oriënterende studie naar de aansluiting van de verpleging in het ziekenhuis op de verpleging thuis. In deze studie houden wij ons bezig met een inventarisatie van door de wijkverpleging van de georganiseerde nazorg. Speciale aandacht krijgen daarbij de zogenaamde nazorgfunctionarissen of continuïteitsverpleegkundigen van het kruiswerk. Op basis van de kennis die met de huidige inventarisatie is opgedaan zal een onderzoeksvoorstel geformuleerd worden. Dit voorstel heeft betrekking op de invloed die de georganiseerde nazorg heeft op de kwaliteit en kwantiteit van de nazorg aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, zoals die door wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, huisartsen en gezinsverzorgenden wordt gegeven. Daarbij zal ook de invloed hiervan op het verkorten van de verpleegduren worden betrokken. Het NIVEL heeft deze inventarisatie uitgevoerd met subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Voor de totstandkoming van dit rapport ben ik dank verschuldigd aan vele personen. Diederik Kersten, projectleider voor het themagebied 'relatie tussen eerste- en tweedelijfn' bij het NIVEL, wil ik bedanken voor zijn hulp bij het zoeken naar materiaal en zijn commentaar op de concept-teksten. Els van Baal bedank ik voor het uittypen van de tekst. Voor het geven van informatie, hetzij mondeling, hetzij schriftelijk, komt dank toe aan de heer N.P. van Soolingen en mevrouw drs. M.S.H. Duinstee, beleidsmedewerkers afdeling Zorgverlening van de Nationale Kruisvereniging, mevrouw M.A.C. van Driel, verpleegkundige in algemene dienst van de Kruisvereniging Twente en mevrouw P.M.H.N. van Lin, adjunct-inspecteur GHV tevens hoofd afdeling Extramurale Verpleegkundige Zorgverlening. Tenslotte ben ik de overige geïnterviewde personen erkentelijk voor de bereidwillige medewerking en de snelle toezending van beschikbaar materiaal.

Robin Krijgsman
februari, 1986.

1. INLEIDING, VRAAGSTELLING EN METHODE.

'Echelon' is van oorsprong een militaire term. Het is een troepenafdeling die zelfstandig optreedt en waarvan er een aantal afzonderlijk opgesteld staan, zo dat zij elkaar kunnen steunen en flankeren (van Dale). Het woord vindt ook toepassing in de gezondheidszorg. De verleiding is groot de militaire omschrijving te handhaven. We zouden dan het eerste echelon kunnen voorstellen als een horde hulpverleners die ten strijde trekt tegen ziekte en leed, wel samenwerkend met maar toch zelfstandig ten opzichte van het tweede echelon. Waar het in dit rapport om gaat is die samenwerking en met name om de 'koeriers', die de communicatie onderhouden ten aanzien van de nazorg aan ex-ziekenhuispatiënten en hun 'veldorders'. In het veld staan zij bekend onder de naam 'nazorgfunctionarissen', 'continuïteitsverpleegkundigen' of 'verpleegkundigen continuïteit van zorg'. Zij zijn werkzaam binnen een kader van afspraken, waaraan we steeds zullen refereren als de 'georganiseerde nazorg'. In dit rapport handhaven we overigens de aanduiding continuïteitsverpleegkundige. In dit hoofdstuk willen we de georganiseerde nazorg, als onderwerp van onderzoek, nader bepalen. Alvorens tot een feitelijke afbakening van het onderzoeksgebied over te gaan, volgt eerst een korte beschrijving van wat georganiseerde nazorg inhoudt. Ten slotte gaan we in op het waarom van dit onderwerp.

1.1. Wat is georganiseerde nazorg?

In deze paragraaf geven we eerst in het kort aan hoe ziekenhuispatiënten meestal in zorg komen bij de wijkverpleging. De wijkverpleging krijgt onder andere patiënten in zorg die in een ziekenhuis of verpleeghuis opgenomen zijn geweest. Deze patiënten kunnen ontslagen worden, omdat in de thuissituatie een deel van de verpleegkundige hulpverlening wordt voortgezet. Het is daarom van belang om in het ziekenhuis de behoefte aan eventuele nazorg bij een patiënt te bepalen. Wanneer het ontslag nadert voor een patiënt, wordt meestal door de ziekenhuisverpleging een selectie gemaakt van wie wel en wie niet voor nazorg in aanmerking komt. Daarbij worden zogenaamde selectiecriteria gebruikt. Dit zijn echter meer 'checkpoints' aan de hand waarvan wordt nagegaan of de patiënt op lichame-

lijk, psychisch en sociaal-maatschappelijk vlak zorg behoeft en welke zorg dat zou moeten zijn.

Dan vindt de overdracht van zorg aan de wijkverpleegkundige plaats door middel van een overdrachtsformulier. Op dit formulier worden onder andere gegevens van de patiënt genoteerd, alsmede de diagnose en de soort hulp die de patiënt nodig heeft (hulpvraag). Er zijn doorgaans overdrachtsformulieren voor volwassen patiënten, kinderen en kraamzorg. Het ziekenhuis behoudt een kopie en naast de wijkverpleegkundige ontvangen ook de huisarts en de continuïteitsverpleegkundige een kopie. Continuïteitsverpleegkundigen zijn in dienst van het kruiswerk en hebben een veelal ondersteunende, begeleidende en coördinerende functie. Zij houden zich bezig met het maken en onderhouden van contacten en afspraken tussen ziekenhuis en wijkverpleging en met het evalueren van de gevolgde werkwijze.

Onder georganiseerde nazorg verstaan we: de tussen ziekenhuis en wijkverpleging overeengekomen werkwijze omtrent de overdracht van verpleegkundige zorg aan patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen.

De reden waarom we in dit rapport de aanduiding 'continuïteitsverpleegkundige' handhaven, is gelegen in het feit dat de taakstelling van deze functionarissen gericht is op zowel een goede aansluiting van de verpleging in het ziekenhuis op de verpleging thuis als omgekeerd. Deze continuïteit in de zorg (of van zorg) wordt dan ook vaak omschreven als 'de zorg, die ononderbroken en adequaat wordt verleend, afgestemd op de noden en behoeften van de patiënt'. Dit houdt in dat de patiënt die te maken krijgt met wisselende hulpverlenende instanties niet tijdelijk tussen de ene en de andere instantie komt te 'zweven' en ook niet keer op keer zichzelf en zijn probleem bij de nieuwe hulpverlener hoeft te introduceren. Als het gaat om de aansluiting van verpleging thuis op verpleging in het ziekenhuis, dan noemt men dit wel 'voorzorg'. De wijkverpleegkundige kan enerzijds de patiënt op de opname voorbereiden en anderzijds het ziekenhuis op de hoogte brengen van haar ervaringen met de patiënt.

Een ander aspect van continuïteit van zorg is de terugrapportage. De wijkverpleegkundige heeft de mogelijkheid het ziekenhuis (terug) te rapporteren hoe de nazorg aan een patiënt is verlopen. Dit maakt onder meer toetsing mogelijk van selectiecriteria en de overdracht van zorg.

Naast organisatie van de nazorg kunnen we de inhoud van de nazorg onderscheiden, ofwel de werkzaamheden die de wijkverpleegkundige ten behoeve van een ex-ziekenhuispatiënt verricht. In dit rapport zullen we de inhoud van de zorg, niet verder specificeren dan in termen van

preventieve en curatieve zorg. In het spraakgebruik van de kruisverenigingen wordt onder preventieve zorg, begeleiding en advisering van de patiënt en gezinsleden verstaan in zaken als leefregels, dieet, medicijngebruik, volhouden van oefeningen, aanvaarden van ziekte of handicap enzovoorts. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in specifieke zorg (zorg aan patiënten met tbc, reuma, kanker en diabetes; aan revaliderende patiënten en aan patiënten met psychische problemen), bejaardenzorg, prenatale zorg en zuigelingen en kleuterzorg.

De term 'preventief' werkt enigszins verwarrend. De werkzaamheden die de wijkverpleegkundige op dit vlak verricht zijn niet alleen zuiver preventief, in de zin van het voorkomen van ziekte en dergelijke. Met name de psycho-sociale begeleiding vormt ook een belangrijke component.

Curatieve zorg bestaat hoofdzakelijk uit algemeen verpleegkundige zorg, zoals stoma- en wondverzorging, het geven van injecties, wassen en dergelijke. Ook wordt tot deze zorgsoort het instrueren van gezinsleden in het verlenen van verpleegkundige zorg gerekend.

Het onderscheid tussen preventieve en curatieve zorg wil niet zeggen dat de wijkverpleegkundige aan de ene patient strict curatieve en aan de andere strict preventieve zorg verleent. Het is alleszins denkbaar dat tijdens de curatieve hulpverlening preventieve activiteiten ontplooid worden.

1.2. Afbakening van het onderzoeksgebied

Met het beperken van de aandacht tot verpleegkundige nazorg is duidelijk dat een aantal vormen van nazorg hier buiten beschouwing wordt gelaten. Zo houden we ons niet bezig met de nazorg die de huisarts biedt als vervolg op de behandeling van de specialist. Evenmin komt de nazorg aan patiënten uit psychiatrische inrichtingen aan de orde. Deze vorm van nazorg heeft een eigen traditie, werkwijze en problematiek. Wie over dit onderwerp meer wil weten, zij o.a. verwezen naar ten Horn (1982), Jenner (1984), Meyerson (1983), Sorel (1982) en Können (1985).

De nazorg aan patiënten uit verpleeghuizen wordt door de wijkverpleging binnen dezelfde organisatiestructuur verricht als de nazorg aan ex-ziekenhuispatiënten. Hoewel dit niet altijd expliciet vermeld wordt, heeft dit rapport terzijde dan ook betrekking op de nazorg die wijkverpleegkundigen geven aan patiënten die ontslagen zijn uit verpleeghuizen.

We zijn primair geïnteresseerd in het verkrijgen van inzicht in ge-

organiseerde verpleegkundige nazorg. De aandacht wordt daarbij speciaal gericht op de continuïteitsverpleegkundigen. Niet alleen aantal en spreiding, maar ook de taak, van deze functionarissen worden in ogenschouw genomen. Tevens wordt gekeken naar vormen van georganiseerde nazorg, waarin de functie van continuïteitsverpleegkundige niet voorkomt. Behalve de continuïteitsverpleegkundige zijn andere belangrijke betrokkenen de ziekenhuisverpleegkundigen, hoofdwijkverpleegkundigen en natuurlijk de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Afbakening van het onderzoeksgebied dient ook in ruimtelijke zin te geschieden. We nemen als ruimtelijk onderzoeksgebied heel Nederland. We zullen echter in Nederland een aantal deelgebieden onderscheiden.

Gezien de aandacht voor de rol van de continuïteitsverpleegkundigen in de nazorg en het feit dat zij voor het merendeel in dienst zijn bij de lidinstellingen van de Nationale Kruisvereniging, kunnen we in eerste instantie de Werkgebieden van de vijftien lidinstellingen (als zijnde de werkgebieden van de continuïteitsverpleegkundigen) als deelgebieden beschouwen. De lidinstellingen zijn: in de eerste plaats de provinciale kruisverenigingen voor Groningen, Friesland, Gelderland, Utrecht, Noord- en Zuid-Holland, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg. Verder gaat in de provincie Overijssel om de lidinstellingen van West-Overijssel en Twente, terwijl ook de grootstedelijke verenigingen van Amsterdam en Rotterdam lidinstelling zijn.

De lidinstelling is in de huidige inventarisatie de eenheid van onderzoek voor heel Nederland. Een uitzondering daarop vormt de provincie Gelderland. In deze provincie is sinds 1973 de nazorg in de stad Nijmegen op een wezenlijk andere manier georganiseerd dan in de rest van Gelderland. We zullen derhalve Nijmegen als zestiende deelgebied beschouwen. Het opnemen van Nijmegen als eenheid van onderzoek is de reden dat in dit rapport we verder zullen spreken van 'deelgebied', in plaats van lidinstelling. De zestien deelgebieden zijn weergegeven in het kaartje op pagina 5 (figuur 1.1).

1.3. Waarom aandacht voor georganiseerde nazorg?

Indeling
Nazorg vormt het belangrijkste onderdeel van continuïteit van zorg. Dit komt niet alleen omdat getalsmatig de overdracht van verpleegkundige zorg voor patiënten van ziekenhuis naar wijkverpleging het meest voorkomt en daarmee de meeste aandacht voor zich opeist; er zijn nog drie belangrijke redenen waarom de nazorg in de belangstelling staat.

figuur 1.1.: de zestien deelgebieden



① In de eerste plaats is er een economische reden. Van rijkswege wordt veel nadruk gelegd op het bezuinigen in de gezondheidszorg door het versterken van het eerste echelon, zodat het beter in staat is om taken van het tweede echelon over te nemen. Daarbij wordt verondersteld dat het eerste echelon goedkoper deze taken dan het tweede kan uitoefenen. Wat nazorg betreft, lijkt de winst vooral te halen in het verkorten van de verpleegduur en een grotere aanspraak op de (gratis) zelfzorg en mantelzorg in de thuissituatie. Het zou tot een beddenreductie in de ziekenhuizen kunnen komen, als de eerste lijn meer (verpleegkundige) taken overneemt. In het licht van de zogenaamde budget-financiering, hebben ook de ziekenhuizen belang bij deze 'substitutie van zorg'. De term 'substitutie' verdient op deze plaats nadere definiëring. Met substitutie bedoelen we de (gedeeltelijke) vervanging van tweedelijns verpleegkundige zorg door (gelijkwaardige) zorg van de wijkverpleegkundige.

② In de tweede plaats is er een duidelijke medisch-verpleegkundige reden voor de belangstelling voor nazorg. Verpleegkundige hulpverlening is doorgaans gericht op het weer zelfstandig laten functioneren van de patient. De aangewezen plaats daarvoor is thuis. De patiënt is 'baas in eigen bed' en kan zelf de mate van zelfzorg te bepalen.

③ In de derde plaats hebben veel patiënten de voorkeur om niet in het ziekenhuis maar thuis (verder) verpleegd te worden (bijvoorbeeld in de terminale fase).

1.4. Vraagstelling en methode

Het doel van dit onderzoek is het verwerven van kennis van georganiseerde nazorg. In de vorige paragrafen is al aangegeven, waar bij het verkrijgen van een beeld van de huidige situatie de nadruk op ligt. Om tot een zo nauwkeurig mogelijke invulling van dat beeld te komen, hanteren we de volgende vraagstelling:

1. Hoe is de georganiseerde verpleegkundige nazorg in Nederland tot stand gekomen?
2. Wat is er aan onderzoek verricht naar nazorg aan ontslagen ziekenhuispatiënten in het algemeen en de georganiseerde verpleegkundige nazorg in het bijzonder?
3. Welke typen van georganiseerde nazorg zijn er in Nederland en waar komen deze voor?

Ten aanzien van de eerste vraag zal de aandacht vooral uitgaan naar de activiteiten die kruisorganisaties op dit terrein in het verleden hebben ondernomen. Met alleen een beschrijving van de totstandkoming van de structuur waarbinnen de nazorg zich afspeelt, kunnen we niet

volstaan. Kennis van omvang en inhoud van de nazorg stelt ons in staat het belang van georganiseerde nazorg in te schatten. Dit is de reden voor het stellen van de tweede vraag. Door middel van een thematische behandeling van verricht onderzoek zal onder andere worden gekeken naar het effect van georganiseerde nazorg op kwantiteit en kwaliteit van de zorg na ontslag uit het ziekenhuizen op de substitutie van zorg. Tevens krijgen we enig inzicht in de problemen die rond nazorg gespeeld hebben of wellicht nog spelen. De beantwoording van de derde vraag komt neer op een beschrijving van de organisatiestructuur en van de taken van continuïteitsverpleegkundigen, ziekenhuis-, en wijkverpleegkundigen per onderscheiden gebied per januari 1986.

Twee onderzoeksmethoden worden gebruikt, enerzijds literatuurstudie, anderzijds een inventarisatiecampagne. De literatuurstudie wordt gehanteerd ten aanzien van de vragen 1. Hoe is de verpleegkundige nazorg in Nederland gestructureerd en 2. Wat is er aan onderzoek op dit terrein verricht. Wat betreft de geschiedenis van de georganiseerde nazorg, is vooral gebruik gemaakt van beschrijvende artikelen, beleidsnota's en jaarverslagen van de Nationale Kruisvereniging. Voor beantwoording van de tweede vraag is een veelheid aan onderzoeksrapporten verzameld, waarbij het uitgebreide overzicht van onderzoek van Drogendijk uit 1981 ons zeker van dienst is geweest. Voor het beantwoorden van de derde vraag (Welke vormen van georganiseerde nazorg zijn er in Nederland en waar komen deze voor?) zijn persoonlijke en telefonische interviews met sleutelfiguren in het veld gehouden. De volgende werkwijze werd hierbij gehanteerd: Omdat niet van alle deelgebieden op voorhand bekend was wie de meest aangewezen persoon zou zijn om geïnterviewd te worden, is per lidinstelling (per telefoon) eerst gevraagd naar de verpleegkundige in algemene dienst (VAD). Zij vervult een algemeen ondersteunende en coördinerende functie ten behoeve van de wijkverpleging en mag ter zake deskundig worden geacht. Mocht zij van mening zijn dat iemand anders beter in staat zou zijn de vragen te beantwoorden, dan kan ~~zij naar deze persoon verwijzen. Op een enkele uitzondering na~~ hebben de geïnterviewden onvoorbereid aan het interview meegewerkt. Gezien de aard van de vragen (zie het interviewschema in bijlage I), bleek dat geen problemen op te leveren.

De geïnterviewden zijn dus alleen werkzaam bij het kruiswerk. Gesproken is met in totaal 21 personen. Zes verpleegkundigen in algemene dienst, vijf continuïteitsverpleegkundigen, drie stafverpleegkundigen of coördinatoren continuïteit van zorg, drie hoofdwijkver-

pleegkundigen, twee hoofden wijkzorg, één hoofd medische dienst en één verpleegkundig sectorhoofd.

Door de geïnterviewden is voor de beantwoording van sommige vragen, verwezen naar nota's, jaarverslagen, informatiemappen en dergelijke. Voor zover we over dit materiaal konden beschikken, zijn ook hieruit gegevens geput. Iedere geïnterviewde is ook benaderd met het verzoek om ons blanco overdrachtsformulieren die in haar of zijn gebied gebruikt worden, toe te sturen. Zodoende werd niet alleen de vorm van informatie-overdracht, maar ook de inhoud ervan duidelijk. Ter afsluiting van het interview is gevraagd of gegevens (van de overdrachtsformulieren) verwerkt worden in verslagen en dergelijke.

2. GEORGANISEERDE NAZORG: HISTORIE EN ONDERZOEK

In het vorige hoofdstuk zijn belangrijkste begrippen en 'hoofdrolspelers' geïntroduceerd. In dit hoofdstuk volgt een nadere invulling. Op de eerste plaats behandelen we de historie van de georganiseerde nazorg. Daarin komen per decennium zowel het beleid als feitelijke uitvoering van nazorg-projecten aan de orde. In de tweede plaats gaan we in op het onderzoek dat verricht is naar nazorg aan ex-ziekenhuispatiënten in het algemeen en georganiseerde verpleegkundige nazorg in het bijzonder. Dit doen we aan de hand van een viertal thema's. Hoeveel patiënten nazorg krijgen van de wijkverpleegkundige (paragraaf 2.2.1);

Welke patiënten krijgen doorgaans nazorg (2.2.2);

Waar bestaat de zorg (in termen van preventief en curatief) uit (2.2.3);

De effecten van de activiteiten van zogenaamde nazorgdiensten (paragraaf 2.2.4).

Dit laatste thema verdelen we onder in enerzijds directe effecten, dat wil zeggen effecten op kwaliteit en kwantiteit van de nazorg zelf, en anderzijds een indirect effect, namelijk het substitutie-effect.

2.1. Georganiseerde nazorg: 1959 - 1985

In 1959 verschijnt in het tijdschrift 'Katholieke Gezondheidszorg', een uitgave van de Wit-Gele Kruisvereniging, een artikel van twee pagina's van Dr. A. van Susante: "Samenwerking tussen ziekenhuisverpleegster en wijkverpleegster." In dit artikel wordt verslag gedaan van de wijze waarop het St. Jozef Binnenziekenhuis en het Wit-Gele Kruis te Eindhoven de overdracht van patiënten verzorgen bij opname in of ontslag uit het ziekenhuis. Voor het eerst valt de term continuïteit in verband met de aansluiting tussen de verpleging in het ziekenhuis en thuis. "In de praktijk is de werkwijze aldus: Indien de ziekenhuisverpleegster weet, dat een patiënt wordt ontslagen, bij wie zich bepaalde verpleegkundige moeilijkheden tijdens het ziekenhuisverblijf hebben voorgedaan en waarvan te verwachten is, dat deze ook nog thuis zullen voortduren, waarschuwt ze het afgesproken telefoonnummer van het Wit-Gele Kruis. Daar wordt de wijkverpleegster, die de patiënt thuis zal moeten verzorgen, ingelicht. Zij stelt zich

rechtstreeks met de betrokken hoofdzuster in verbinding en brengt, indien mogelijk, een bezoek aan de patiënt in het ziekenhuis, samen met de hoofdzuster. Op deze wijze zal de patiënt zich bij de wijkverpleegster in goede handen voelen, omdat er een zekere continuïteit blijft bestaan in de verpleging; de wijkverpleegster kent immers de moeilijkheden van de zieke en de laatste weet dit!" (Susante, 1959, p. 263).

Omgekeerd kan de 'wijkverpleegster' via het speciale telefoonnummer contact opnemen met de 'hoofdverpleegster' van de afdeling waar een patiënt die bij haar in zorg is wordt opgenomen.

Voor zover we na hebben kunnen gaan, betreft het hier een eerste bewuste organisatie van continuïteit van zorg. En wat tevens opvalt is dat de belangrijkste facetten van continuïteit van zorg aanwezig zijn:

- het structureren van continuïteit van zorg op uitvoerend verpleegkundig niveau;
- het benadrukken van een goede communicatie tussen ziekenhuis (verpleegkundigen) en wijkverpleging;
- het centraal stellen van de patiënt.

In de navolgende subparagrafen behandelen we de georganiseerde nazorg per decennium.

2.1.1. jaren zestig

Deze periode kenmerkt zich door het experimentele stadium waarin de organisatie van continuïteit van zorg zich bevindt. Tevens komt dan al de nadruk te liggen op de organisatie van nazorg aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Een van de oorzaken is de belangstelling die prof. dr. A. Querido kweekt voor de fase van het genezingsproces van een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis (Querido, 1959). Hij stelt vast dat dan de situatie van een patiënt, bij gebrek aan zorg en hulp, vaak verslechtert en heropneming noodzakelijk blijkt. Bovendien zou door goede nazorg de opnameduur verkort kunnen worden en wellicht ook de totale verpleegduur, doordat de patiënt thuis sneller weer zelfstandig wordt.

In Amsterdam wordt in 1960, in samenwerking met prof. dr. A. Querido, een nazorgdienst ingesteld, waarin enkele plaatselijke kruisverenigingen en een afdeling van het Wilhelmina Gasthuis en het Weesperpleinziekenhuis participeren. Hoewel sprake is van een expe-

riment, functioneert de dienst toch tot 1967. Dan vindt er een reorganisatie plaats en ontstaat de Amsterdamse Nazorgdienst van de Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen (ITS,1971). Deze nazorgdienst functioneert tot 1974.

Aan het eind van de zestiger jaren groeit ook het besef bij landelijke kruis- en ziekenhuisinstellingen dat betere samenwerking, met name op het gebied van verpleegkundige zorg, nodig is. Initiatieven worden ontplooid om tot een beleid ten aanzien van continuïteit van zorg te komen. Voorts vormt de decennium-grens de overgang van het 'nieuwe' en 'experimentele' aan nazorg naar meer permanente en omvangrijker structurering.

2.1.2. jaren zeventig.

Een turbulent decennium, ook voor de gezondheidszorg. Echelonnering, emancipatie van de patiënt, ontzuiling van het kruiswerk; dit zijn slechts enkele zaken die dan spelen. Kenmerkend voor de activiteiten omtrent georganiseerde nazorg in deze periode zijn beleidsvorming, de opzet van nazorgdiensten en de uitvoering van het eerste (evaluatieve) onderzoek.

In 1970 houden de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen (SSLK is de voorloper van de NK) en de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) een landelijke enquête bij alle ziekenhuizen in Nederland naar mate, inhoud, wijze en frequentie van contacten met kruisverenigingen. De uitkomsten worden besproken tijdens een aantal conferenties over 'Continuïteit van Zorg' op Kerk en Wereld te Driebergen in 1971. (Kerk en Wereld, 1971; Schras, 1971; Lucas-Luycks, 1972) Hiermee start de beleidsontwikkeling op landelijk niveau. In de nota 'Informatie rond het thema Continuïteit van zorg' van de NZR en SSLK wordt geconcludeerd "dat ten aanzien van de nazorg het van belang is, dat een duidelijk communicatiekanaal geschapen wordt waarlangs de informatie van intra- en extramurale zorg vice versa kan verlopen en dat het aantal functionarissen, dat daarbij betrokken is, zo gering mogelijk dient te zijn om zo weinig mogelijk communicatiestoornissen te doen ontstaan. Noodzakelijk is ook het op eenvoudige wijze schriftelijk vastleggen van informatie, bijvoorbeeld door middel van een formulier. Voor de nazorg is geen definitieve organisatievorm aan te geven. Diverse mogelijkheden zullen afhankelijk van allerlei ontwikkelingen en ter plaatse dienen te worden getoetst op hun praktische bruikbaarheid" (NZR, 1972, p. 15).

In de loop van de jaren zeventig wordt, naast het medisch verpleegkundige aspect van de georganiseerde nazorg, meer het economisch aspect benadrukt. Mede door de toenemende vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal chronische zieken, wordt steeds meer een beroep gedaan op de tweedelijns gezondheidszorg. Een zo vroeg mogelijk ontslag van de patiënt kan echter de stijgende kosten van intramurale gezondheidszorg drukken. Daarbij zijn goede nazorgmogelijkheden een belangrijke vereiste (vergelijk Mertens, 1973). In het licht hiervan is het niet zo verwonderlijk dat een verhoogde activiteit ten aanzien van nazorg valt waar te nemen. Zo worden in het begin van de jaren zeventig in een aantal Noordhollandse 'kruiswerk-regio's' nazorgdiensten gestart. Deze regio's zijn IJ-mond, 't Gooi, Noord-Kennemerland, Zuid-Kennemerland en Amsteland. In 1972 wordt ook een nazorgdienst in Hoogeveen gestart en in 1977 in Arnhem. In tal van andere plaatsen (Utrecht, Amersfoort o.a.) worden niet echt diensten opgezet, doch wordt een aantal duidelijke afspraken gemaakt omtrent de structuur waarbinnen de overdracht van zorg van patiënten zou moeten plaatsvinden. Soms betreft dit speciale patientencategorieën (diabetici, hartpatiënten). In 1974 wordt in Zuid-Holland een speciale functionaris aangesteld die in de provincie communicatie en samenwerking tussen ziekenhuis en kruisvereniging moet bevorderen, onder andere door advisering over de te volgen werkwijze bij opname en ontslag begeleiding bij de uitvoering en evaluatie van resultaten (Reekum, 1974). Een andere activiteit is het onderzoek naar de georganiseerde nazorg de resultaten hiervan onderzoek bespreken we in de volgende paragraaf.

De oudste, nu nog functionerende diensten continuïteit van zorg stammen uit 1973 en 1974. In Nijmegen respectievelijk Twente worden dan nazorgdiensten gestart. Te Nijmegen wordt aanvankelijk een nazorgfunctionaris gedetacheerd in het Radboudziekenhuis, maar niet veel later worden de activiteiten verruimd tot alle ziekenhuizen en verpleeghuizen. Uitbreiding van nazorgdiensten over heel Gelderland wordt dan te kostbaar geacht (NK, 1977, p. 16). In Twente hanteert men eveneens het systeem van detachering in de ziekenhuizen en duurt dit op de tot dag van vandaag voort. Een tweejarige subsidie van het Praeventiefonds maakte hier de start mogelijk. Met succes wordt daarna gestreden voor behoud van de dienst. Die dienst start in de twee ziekenhuizen van Enschede en breidt zich in de loop der jaren uit over heel Twente (Kiers, 1984 a, 1984 b).

Begin 1974 wordt de Amsterdamse Nazorgdienst juist opgeheven. In

twee bronnen worden hiervoor drie, niet noodzakelijk tegenstrijdige redenen gegeven. Bezuinigingen, (Roozeboom, 1984, p.4), interne organisatorische problemen bij de fusering van de plaatselijke kruisverenigingen en verandering van visie (Bultman, 1977, p.1). Dit laatste houdt in dat men vond dat de nazorg meer vanuit de gehele, gezamenlijk werkende eerstelijns gestalte dienen te krijgen. De verantwoordelijkheid voor selectie van nazorgbehoeftige patiënten, die tevoren bij de nazorgdienst lag, wordt in handen gegeven bij de ziekenhuizen evenals de verantwoordelijkheid van de communicatie over ontslagen patiënten.

Op nationaal niveau krijgt het beleid steeds meer gestalte, na de landelijke enquête en de conferenties. In 1974 wordt tevergeefs gewerkt aan een tweede nota (NZR, 1978, p.1). Een periode van 'heroverweging' wordt hiermee ingeluid. Ter voorbereiding op een definitieve nota, houdt de Nationale Kruisvereniging een rondgang langs de lidinstellingen om de behoefte aan nazorgfunctionarissen te peilen en deze behoefte in termen van financiën te bepalen (NK, 1977). In het algemeen is er geen behoefte aan een specifieke functionaris ten behoeve van de ontwikkeling van de nazorg (dat wil zeggen de inhoud van deze zorg) maar wel aan een specifieke functionaris die de communicatie rond nazorg zou moeten kanaliseren. Wat betreft de uitvoering van nazorg, denken de lidinstellingen voldoende te hebben aan het dan werkzame aantal wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

In 1978 ziet de nota "Aanbevelingen voor het tot standkomen van continuïteit in de verpleegkundige zorg" van de NZR en NK het licht, opgesteld in overleg met de Landelijke Specialistenvereniging en de Landelijke Huisartsenvereniging. De nota dient als basis voor een werkconferentie in 1978, waar de organisatie mogelijkheden nader worden besproken. In de nota wordt onder andere geconcludeerd dat in het ziekenhuis geen aparte functionaris hoeft te worden aangesteld, maar dat bijvoorbeeld de verpleegkundig directeur of het hoofd verpleging als contactfunctionaris werkzaam kan zijn. Daarentegen verwacht men dat bij de kruisverenigingen wel een functionaris op provinciaal en regionaal niveau nodig is om contacten tussen ziekenhuis en wijkverpleging te initiëren en te coördineren en een centrale meldingspost (mede) te bezetten. De financiële middelen moeten daarvoor echter nog gezocht worden.

De middelen worden in 1979 voor een periode van twee jaar gefour-

neerd door het Praeventiefonds in de vorm van een subsidie voor een aantal projecten waarbij continuïteitsverpleegkundigen worden aange-trokken om in de hele provinciale regio contacten te leggen tussen ziekenhuis en wijkverpleging en de nazorg te structureren. Ook enkele verpleegkundigen, in dienst van de provinciale lidinstellingen, worden hiervoor geheel of gedeeltelijk vrijgesteld. De projecten starten medio 1979 in alle deelgebieden (met uitzondering van Dren-te, Twente, Nijmegen, Amsterdam en Zeeland) en luiden een periode van integrale aanpak van nazorg-organisatie in. Eén van de belang-rijkste taken die de 26 continuïteitsverpleegkundigen krijgen is het zichzelf overbodig maken. Een aanstelling als hoofdwijkverpleegkun-dige ligt dan voor de gewezen continuïteitsverpleegkundige in het verschiet. Deze afspraak is tekenend voor de gehanteerde visie op continuïteit van zorg. Wanneer eenmaal een goede communicatie tot stand is gebracht tussen ziekenhuizen en wijkverpleging, is het aan de verpleegkundigen zelf om een verantwoorde overdracht van patiën-ten te bewerkstelligen.

Aan het eind van de zeventiger jaren wordt het overheidsbeleid steeds meer gebaseerd op de wens om de gezondheidszorg efficiënter en daardoor goedkoper te laten plaatsvinden. Er moet een accentver-schuiving plaatsvinden van tweede lijn naar eerste lijn. Van over-heidswege wordt aangedrongen op afstemming van disciplines en (ruim-telijke) werkgebieden binnen de eerste lijn. Dit heeft positieve ef-fecten op de aandacht voor nazorg, alsmede op de financiële ruimte die voor de organisatie van nazorg gegeven wordt.

2.1.3. jaren tachtig

In 1980 wordt het kruiswerk onder in de werking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gebracht. Dit betekent erkenning en opwaardering van de taken van het kruiswerk. De positie van het kruiswerk en met name de wijkverpleging wordt versterkt in de eerste lijn. In 1981 loopt de subsidieperiode van het Praeventiefonds ten einde. Voornaamste gebeurtenis bij de afsluiting van de projecten is het omzetten van de tijdelijke functie 'verpleegkundige van conti-nuïteit van zorg' in een min of meer permanente in alle project-gebieden behalve in Noord-Holland en Flevoland (dan afgesplitst van West-Overijssel). Met min of meer bedoelen we dat het dienstverband wordt verlengd, tot het moment men van mening is dat goede nazorg zonder continuïteitsverpleegkundigen kan plaatsvinden. In het alge-meen geeft de continuïteitsverpleegkundige de communicatie gestalte door ziekenhuisverpleging en wijkverpleging met elkaar in contact te

brengen in overleggroepen (werkgroepen of werkcommissies). Zodoende kunnen de verpleegkundigen op de hoogte raken van elkaars mogelijkheden en beperkingen. Belangrijke onderwerpen van gesprek zijn het opstellen en bijstellen van criteria voor de selectie van nazorgpatiënten en het bespreken van knelpunten in de organisatie. De schriftelijke communicatie verloopt via het overdrachtsformulier. Soms wordt dit formulier rechtstreeks aan de wijkverpleegkundige toegestuurd en krijgt de continuïteitsverpleegkundige een doorslag, soms vervult laatstgenoemde een postbusfunctie, om bereikbaarheidsproblemen te voorkomen en om een registratie bij te houden. Op lidinstellingsniveau fungeert meestal een beleidscommissie (ook wel evaluatiecommissie, begeleidingscommissie, coördinatiecommissie geheten) om de voortgang van het project, aan de hand van halfjaarlijkse rapportage te bewaken. Hierin hebben staffunctionarissen van kruiswerk en ziekenhuiswezen zitting. Na afloop verschijnen diverse rapporten en tijdschriftartikelen over het verloop van het project en de ondervindingen van de continuïteitsverpleegkundigen. (Hanzens, 1981; Lablans e.a., 1981; Klok-Seggers e.a., 1981; Kreuwel e.a., 1984).

In 1983 verschijnt de nota 'Eerstelijns Zorg' van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Daarin wordt aangedrongen op meer samenwerking in de eerste lijn, alsmede op versterking van de eerste lijn ten koste van de tweede lijn. Hoewel de nota slechts vaag aangeeft op welke wijze dat zou moeten gebeuren, is duidelijk dat de positie van het kruiswerk weer benadrukt wordt: "Voor wat betreft het kruiswerk zal de beschikbare volumegroei van 4% tot en met 1986 vooral gebruikt dienen te worden voor de directe patientgerichte functionarissen, zoals de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden en het tot stand brengen van 7 x 24-uurs bereik- en beschikbaarheidsdiensten. Aldus zal de verplegende capaciteit ten behoeve van de opvang van patiënten uit de intramurale sector vergroot worden" (WVC, 1983, p.49).

Na 1983 komen de ontwikkelingen rond georganiseerde nazorg in rustiger vaarwater. In het gehele land vindt overdracht van patiënten van tweede lijn naar eerste lijn en vice versa binnen een kader van afspraken en regelingen plaats. Per deelgebied is de exacte invulling van dat kader verschillend. In Twente en Nijmegen betreft men de continuïteitsverpleegkundige bij de uitvoering van de overdracht van zorg, terwijl in Amsterdam dat juist in handen wordt gegeven van de ziekenhuisverpleging. In Noord-Holland en Flevoland worden de acti-

viteiten van de continuïteitsverpleegkundige afgebouwd, in andere deelgebieden vindt een overgang plaats van een tijdelijk naar een permanent dienstverband van de continuïteitsverpleegkundige, in weer andere wordt met afbouw van activiteiten gewacht totdat de communicatie tussen ziekenhuis- en wijkverpleging naar wens verloopt.

Dat verschillend gedacht wordt over nazorg en rol die continuïteitsverpleegkundigen hierin moeten spelen, blijkt duidelijk uit het volgende: In 1985 verschijnt van de werkgroep 'Samenwerking Wilhelmina Gasthuis-Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen' dediscussienota "Kontinuiteit in de Praktijk". (Schmitz e.a., 1985). In de nota wordt een overzicht gegeven van ontwikkelingen op het gebied van de verpleegkunde en nazorg.

Er wordt geconstateerd dat in Amsterdam (nog steeds) de communicatie tussen ziekenhuis- en wijkverpleegkundige, en tussen hulpverleners in het algemeen, gebrekkig is. In tegenstelling tot de verwachting dat voor een continuïteitsverpleegkundige hier een taak is weggelegd, doet de werkgroep over de aanstelling van continuïteitsverpleegkundigen een aantal opmerkelijke uitspraken. Direct contact tussen ziekenhuis- en wijkverpleging over continuïteit van zorg wordt het beste en minder bureaucratisch geacht. Een continuïteitsverpleegkundige fragmenteert de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en holt deze verantwoordelijkheid uit. De inhoud van de zorg is belangrijk en niet de organisatie ervan.

Volgens de werkgroep is een soort toezicht op het verloop van de overdracht door een staffunctionaris van het ziekenhuis of van de kruisvereniging voldoende. De werkgroep staat een procedure voor waarin een protocol voor de overdracht (checklist) is opgenomen. Deze werkwijze houdt het midden tussen een sterk gestructureerde en geformaliseerde overdracht en overdracht ad-hoc. Een dergelijk protocol waarborgt de belangen van de patiënt, volgens de werkgroep. De uitwerking van deze nota op de gang van zaken in de dagelijkse praktijk is nu (januari 1986) nog niet te overzien.

Anno 1986 kunnen we stellen dat in de wijkverpleging ten aanzien van de nazorg, uiteenlopende organisatie-structuren naast elkaar bestaan. Daaraan liggen verschillende visies ten grondslag op de vraag hoe de nazorg het best kan worden vormgegeven. In detail komen we op de verschillende organisatievormen terug in hoofdstuk drie.

2.2. Onderzoek naar georganiseerde verpleegkundige nazorg

In deze paragraaf behandelen we het onderzoek dat verricht is op het gebied van de nazorg aan de hand van een viertal thema's. We kijken achtereenvolgens naar het aantal ex-ziekenhuispatiënten dan nazorg krijgt, welke patiënten nazorg krijgen, waar de nazorg uit bestaat en welke effecten de activiteiten van een nazorgdienst sorteren. Duidelijk mag zijn dat we hierbij de door de wijkverpleegkundige verleende nazorg centraal stellen. Deze beperking houdt onder andere in dat geen beeld verkregen wordt van hoe de hulpverlening ten behoeve van nazorg past in het totaal aan hulpverlening dat de wijkverpleegkundige biedt. Noch wordt duidelijk in hoeverre andere hulpverleners betrokken zijn bij (verpleegkundige)nazorg.

Wat het totale werk van de wijkverpleegkundige inhoudt, is onderzocht door Knapen, Scheffer en Hutjes in 1975. Daarnaast heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in 1974 en 1977 een landelijke inventarisatie gehouden naar omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg (Aalbersberg, 1980; Centrale, 1978; Centrale, 1980). Het ligt in de bedoeling dat het NIVEL in 1987 met een landelijk representatief en beschrijvend onderzoek start naar het werk van wijkverpleegkundigen. De eerste resultaten hiervan zijn in 1988 te verwachten.

2.2.1. Hoeveel patiënten krijgen nazorg?

Het aantal patiënten dat in zorg komt bij de wijkverpleegkundige wordt doorgaans uitgedrukt in het percentage van het totaal aantal patiënten dat uit het ziekenhuis wordt ontslagen. In het evaluatieonderzoek van de Amsterdamse Nazorgdienst uitgevoerd door het Instituut voor Toegepaste Sociologie uit Nijmegen (ITS, 1971) wordt vermeld dat in 1970 de Nazorgdienst zo'n 2300 patiënten voor nazorg selecteert. Op een totaal van ruim 22.000 ontslagen ziekenhuispatiënten, betekent dit dat ongeveer 10,5 procent van de patiënten nazorg heeft gekregen. (In 1970 was ruim een kwart van het totaal aantal bedden in Amsterdam 'aangesloten' bij de Nazorgdienst). In de jaren na dit onderzoek wordt de gevonden tien procent tot norm verheven voor de berekening van te verwachte aantallen nazorgpatiënten (NZR, 1978, p. 30) en als referentie bij onderzoek gebruikt (vergelijk Drijver e.a., 1981, p. 12).

Vier huisartsen in Rhenen deden in 1971 en 1972 onderzoek in de eigen groepspraktijk naar nazorg (Vermeulen, 1973). Gedurende een

jaar worden alle uit het ziekenhuis ontslagen patiënten tenminste eenmaal door een huisarts bezocht en worden een aantal gegevens geregistreerd. Van het totaal van 860 patiënten werd door de huisarts bij 33 patiënten (3,8%) hulp van de wijkverpleegkundige nodig geacht. Dat dit percentage aan de lage kant is, wordt door de onderzoekers verklaard uit het feit dat in hun praktijk relatief weinig bejaarden voorkomen.

In een onderzoek in het wijkgezondheidscentrum Ommoord te Rotterdam (Zuidervaart en Lamberts, 1976) wordt niet door de huisarts, maar door de wijkverpleegkundige een speciaal voor het onderzoek ingesteld standaardbezoek afgelegd aan 134 ontslagen ziekenhuispatiënten. Twintig patiënten, (15%), worden door de wijkverpleegkundige in zorg genomen.

De bevindingen van Bremer e.a. (1976) wijzen wat het percentage nazorgpatiënten betreft in dezelfde richting. Uit een gedurende één jaar verrichte consult-registratie van een achttal huisartsen met in totaal 1079 uit het ziekenhuis ontslagen patiënten blijkt dat in twaalf procent van de gevallen de huisarts de wijkverpleegkundige inschakelt. (Ter illustratie: bij 4,8 procent wordt gezinszorg ingeschakeld, bij één procent maatschappelijk werk en bij vier procent overige hulpverleners. De huisarts onderhoudt 'intensief contact' met 3,7 procent van de patiënten en 'oppervlakkig contact' met 10,6 procent).

Drijver en van der Esch (1981) doen onderzoek bij de Arnhemse Nazorgdienst. Aanleiding hiervoor is het feit dat het percentage nazorgpatiënten niet hoger komt dan twee procent (tegen tien procent als norm). In het onderzoek wordt onder andere bekeken in hoeverre ziekenhuisverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen verschillen in het bepalen van de behoefte aan nazorg bij 142 ontslagen ziekenhuispatiënten. Op de gevonden verschillen komen we in paragraaf 2.2.3. terug. Feitelijk ontvangen $14 + 8 = 22$ patiënten nazorg (15% van 142). Gezien het verschil met de eerder geconstateerde twee procent, menen de onderzoekers dat het onderzoek een positieve invloed heeft gehad op de selectie van patiënten voor nazorg.

Het onderzoek van Bultman (1977, 1979) naar de communicatie tussen intramurale werkers en wijkverpleegkundigen gaat onder andere over nazorgdiensten in enkele Noordhollandse regio's. Uit een in de bijlagen opgenomen kwartaaloverzicht van het totaal aantal ontslagen patiënten uit de twee ziekenhuizen in de regio IJmond, blijkt dat 11,5 procent (185 op 1612) van de patiënten voor nazorg is geselecteerd.

teerd. Elders noemt Bultman voor de regio 't Gooi en geschat percentage nazorgpatiënten van vijf à tien. In een evaluatieonderzoek ten behoeve van de Nijmeegse Nazorgdienst (Van der Kaaij, 1975) wordt een aantal percentages genoemd dat betrekking heeft op afdelingen van ziekenhuizen. Van een afdeling Urologie wordt 21 procent van de patiënten voor nazorg geselecteerd, van Chirurgie 15 procent en van de afdeling Keel, neus en oorheelkunde 7 procent.

Een werkgroep van de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland vericht een verkennend onderzoek naar beperkingen van verpleegkundige zorg thuis (Van Leeuwen, 1984). Bij dit onderzoek waren twee Rotterdamse ziekenhuizen betrokken. Van één ziekenhuis wordt vermeld dat per kwartaal 150 à 200 patiënten bij de wijkverpleging in zorg worden gegeven, hetgeen neerkomt op ongeveer twee procent van het totaal aantal opnamen. Voor dit uitzonderlijk lage percentage wordt verder geen verklaring gegeven.

Misschien aan de hoge kant is het percentage nazorgpatiënten in Twente. Uit de bijlagen van het onderzoeksrapport van Verschuren (1985) inzake de selectiecriteria van nazorg en de hantering ervan door ziekenhuis- en wijkverpleging, blijkt namelijk dat ongeveer 16 procent van de ontslagen ziekenhuispatiënten in zorg wordt gegeven bij de wijkverpleging (absolute aantallen worden niet genoemd).

De hierboven weergegeven percentages zijn op verschillende manieren verkregen. Dit maakt een vergelijking van de percentages tot een hachelijke zaak. De meeste van de percentages schommelen echter rond de tien procent. Voor lagere percentages is meestal een duidelijke verklaring te geven. Het percentage van tien procent blijft daarmee als gemiddelde de beste schatting. In 1983 werden uit algemene, academische ziekenhuizen totaal 1.515.160 patiënten ontslagen (Bartels, 1984).

Wanneer we uitgaan van een percentage nazorgpatiënten van tien betekent dit dat circa 151.500 patiënten bij de wijkverpleging in zorg zijn gegeven. We laten het aantal patiënten dat vanuit categoriale ziekenhuizen en verpleeghuizen bij de wijkverpleegkundige in zorg komt hier buiten beschouwing, omdat niet zeker is of ook voor de patiënten tien procent als schatting kan worden aangehouden.

2.2.2. Welke patiënten krijgen nazorg?

Wanneer we kijken naar de leeftijd van de patiënten blijken vooral bejaarden en kinderen voor nazorg geselecteerd te worden. In vrijwel elk hierboven besproken onderzoek wordt dit naar voren gebracht.

Door van der Kaaij (1975) en Drijver e.a. (1981) wordt vermeld dat patiënten ouder dan 70 jaar altijd in aanmerking komen voor nazorg. De nazorg aan kinderen heeft doorgaans betrekking op nul-jarigen, waarbij zich tijdens of na de bevalling complicaties hebben voorgedaan (Drijver e.a., 1981) of op de moeder-kinderhygiëne in het algemeen (Bremer e.a., 1976). Ook blijkt dat meer vrouwen dan mannen nazorg krijgen (vergelijk Emanuel-Vink e.a., 1980, Drijver e.a., 62% vrouwen en Verschuren, 1985, 54%). Emanuel-Vink e.a. constateren dat ook veel alleenstaanden nazorg behoeven. Wanneer we kijken naar ziektebeeld, dan kunnen we in zijn algemeenheid stellen dat patiënten die een grote chirurgische ingreep hebben ondergaan of een ernstige chronische aandoening hebben en (daardoor) langdurig gehospitaliseerd zijn nazorg krijgen van de wijkverpleegkundige. Tot een gelijklopende conclusie komen ook Zuidervaart e.a. (1976) en Emanuel-Vink e.a. (1980). Het ITS-rapport (1971) noemt ten aanzien van grote chirurgische ingrepen de mamma-amputatie, van de Kaay vermeldt het aanbrengen van een stoma. Veel genoteerde chronische aandoeningen zijn: maligne nieuwvormingen (ITS; van der Kaaij; Zuidervaart e.a.; Bultman, 1977 en Soons e.a., 1985), diabetes mellitus (ITS; van der Kaaij), hartaandoeningen (ITS; Bultman; Verschuren) en longziekten (Verschuren). Van der Kaaij geeft nog aan dat ook veel patiënten die als gevolg van een ongeval opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis nazorg krijgen. In een onderzoek dat Soons en van der Put (1985) hebben gedaan bij de Nijmeegse Dienst Continuïteit van Zorg (voorheen Nazorgdienst) op basis van een steekproef van 488 overdrachtsformulieren, afkomstig uit twee Nijmeegse ziekenhuizen, wordt tenslotte aangegeven dat de meeste patiënten die in zorg komen bij de wijkverpleegkundige beperkt zijn in hun ADL-functies.

2.2.3. Waar bestaat de nazorg uit?

In paragraaf 1.1. is reeds aangeduid dat in dit rapport ten aanzien van de inhoud een onderscheid gemaakt wordt in preventieve en curatieve zorg. De zorg die de wijkverpleegkundige aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten verleent is overwegend preventief, zo blijkt uit veel onderzoek. Bultman (1977) geeft aan dat aan ongeveer 80 procent van de nazorgpatiënten in de regio IJmond preventieve hulpverlening wordt geboden. Het ITS-rapport (1971) vermeldt dat 75 procent van het aantal nazorgpatiënten (zie tabel 2.2.) preventieve zorg krijgt, Verschuren, vermeld (1985) 66 en van der Kaaij (1975) 63 procent. Met name de psycho-sociale begeleiding is een veel genoemd aspect. In het onderzoek van Verhaak e.a. (1985) naar behoefte

aan wijkverpleegkundige zorg, wordt een anders luidende conclusie getrokken. Uit interviews met veertig ex-ziekenhuispatiënten blijkt dat degenen die wijkverpleegkundige zorg ontvangen (N = 16), dit met name krijgen op het gebied van lichamelijke verzorging. De wijkverpleegkundige biedt in een beperkt aantal gevallen ook ondersteuning bij psycho-sociale problemen zoals contact - en acceptatieproblemen.

Wanneer de hulpvraag, zoals deze geformuleerd wordt door de ziekenhuisverpleging op het overdrachtsformulier, gesteld wordt tegenover de daadwerkelijk verleende hulp, dan doen zich opmerkelijke verschillen voor. Uit het onderzoek van Soons e.a. (1985) blijkt namelijk dat de hulpvraag van de ziekenhuisverpleging overwegend curatief van aard is (tabel 2.1), terwijl hierboven al is aangegeven dat de door de wijkverpleegkundige feitelijk verleende hulp doorgaans overwegend preventief is. In een inventariserend onderzoek verricht naar de zorg die de wijkverpleegkundige biedt aan patiënten met hoofd- en halskanker (van Burink-Withaar e.a., 1979), wordt eveneens aangegeven dat de hulpvraag veelal verpleegtechnisch (curatief) van aard is; nergens worden een psycho-sociale indicatie expliciet gegeven. In de daadwerkelijk verleende hulp vindt echter een verschuiving plaats van verpleegtechnisch naar psycho-sociaal. (preventief). Met andere woorden: Naarmate de wijkverpleegkundige de patiënt lager in zorg heeft, neemt de preventieve zorg toe en de curatieve zorg af.

Tabel 2.1.: hulpvraag aan de wijkverpleging zoals geformuleerd op overdrachtformulieren uit twee Nijmeegse ziekenhuizen (in procenten, per overdrachtsformulier kan meer dan één hulpvraag genoemd worden).

verpleegtechnische handelingen	54,7
lichamelijke verzorging	28,9
medicijnen toedienen	10,3
totaal curatieve zorg	93,9
begeleiding bij ziekte of handicap	33,8
reactiveren	4,3
helpen realiseren van therapie en leefregels	9,4
totaal preventieve zorg	47,5

Bron: Soons e.a., 1985, p III-7.

Het duidelijkst komen de verschillen in beoordeling van nazorg behoefte tussen ziekenhuis- en wijkverpleging naar voren in het onderzoek van Drijver en van der Esch (1981). Van een groep van 142 patiënten selecteren ziekenhuisverpleegkundigen 22 patiënten voor nazorg; wijkverpleegkundigen selecteren, na een bezoek aan de patiënt thuis, van deze 142 patiënten er 39 voor nazorg. Veertien patiënten worden zowel door ziekenhuis- als door de wijkverpleegkundige geselecteerd. Van de acht patiënten die alleen door de ziekenhuisverpleging geselecteerd worden, blijkt de helft in het ziekenhuis bevallen te zijn. Omdat zich bij de geboorte geen complicaties hebben voorgedaan, meent de wijkverpleegkundige dat nazorg niet nodig is. Van de 25 patiënten die alleen door de wijkverpleegkundige worden geselecteerd geeft zij van 13 aan dat psychische factoren nazorg nodig maken, terwijl vijf keer 'moeilijkheden in de gezinssituatie' wordt genoemd. Het feit dat de wijkverpleegkundige de patiënt thuis ontmoet, geeft haar, volgens onderzoekers, het voordeel beter zaken als de gezinssituatie te kunnen inschatten. Duidelijk is echter wel dat de ziekenhuisverpleging bij het selecteren voor nazorg en het formuleren van de hulpvraag zich vooral richt op curatieve aspecten in de zorg. De discrepantie tussen hulpvraag (nadruk op curatief) en daadwerkelijk verleende zorg (overwegend preventief) komt in de volgende subparagraaf nader aan de orde.

2.2.4. Wat is het effect van de activiteiten van een nazorgdienst?

Zoals al in de inleiding van dit hoofdstuk is aangegeven, maken we ten aanzien van de effecten van een nazorgdienst onderscheid tussen een direct effect op omvang en kwaliteit van de nazorg en meer indirect effect, namelijk de substitutie van tweedelijns verpleegkundige zorg door zorg van de wijkverpleegkundigen. We gaan eerst in op het direct effect. Men komt in het ITS-rapport (1971) omtrent de Amsterdamse Nazorgdienst op basis van een steekproef met de overdrachtsformulieren en een twintigtal 'oriënterende gesprekken', tot de conclusie dat de dienst een belangrijke functie bij vervult de inzameling en distributie van informatie over de patiënten. De berichtgeving aan de wijkverpleegkundigen komt snel tot stand en is volledig. De informatie maakt een 'meer gerichte hulpverlening' mogelijk, wat kan leiden tot een verbetering van de feitelijke hulpverlening. Tevens wordt geconcludeerd dat door tussenkomst van de Nazorgdienst meer in behoefte aan nazorg wordt voorzien. Van der Kaaij (1975) geeft enige cijfermatige onderbouwing van de snelheid en kwaliteit van de berichtgeving bij de Nijmeegse Nazorgdienst. Door middel van

het bijvoegen van een vragenlijst bij 250 te versturen overdrachtsformulieren, peilt hij de mening van de wijkverpleegkundigen. Vijfentwintig procent van de formulieren is binnen drie dagen na ontslag bij de wijkverpleegkundige. Van de wijkverpleegkundigen is 59 procent van mening dat het formulier haar op tijd heeft bereikt. Zeventig procent van de wijkverpleegkundigen is het eerst door de nazorgdienst geïnformeerd. De berichtgeving wordt door 66 procent van hen goed tot zeer goed bruikbaar genoemd voor een eerste bezoek aan de patiënt. Overigens ook de huisartsen profiteren van de berichtgeving van de nazorgdienst. Van der Kaaij meldt dat 87 procent (een kopie van) het nazorgformulier eerder ontvangt dan het ontslagbericht uit het ziekenhuis. De helft van de 92 geënquêteerde huisartsen was van mening dat het nazorgformulier relevante informatie bevatte. Tenslotte concludeert van der Kaaij, dat meer patiënten nazorg kunnen krijgen, doordat de nazorgdienst betrokken is bij de selectie van de patiënten. Op grond van interviews met 25 wijkverpleegkundigen en vier 'nazorgverpleegkundigen', komt Bultman tot de conclusie dat dat meer en betere informatie vanuit ziekenhuizen c.q. verpleeghuizen en nazorgregio's wordt gegeven dan in regio's zonder georganiseerde nazorgdienst, maar dat de adequaatheid van de communicatiestructuur voor een belangrijk deel bepaald lijkt te worden door persoonlijke opvattingen van de betrokkenen. Evenwel is duidelijk dat met name de categorie patiënten die begeleiding en ondersteuning nodig heeft na ontslag uit het ziekenhuis in regio's met nazorgdienst meer in het 'gezichtsveld' komen. Bultman stelt dat de nazorgdienst kan bevorderen dat ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen beter op de hoogte zaken van elkaars mogelijkheden en beperkingen, hetgeen positieve invloed kan hebben op de communicatie en de kwaliteit van de georganiseerde nazorg. Dit laatste punt vinden we ook terug in Soons en van der Put (1985). Uit interviews met twee directieleden, zes afdelingshoofden uit twee Nijmeegse ziekenhuizen en drie wijkverpleegkundigen komt naar voren dat door de bezoeken van de nazorgfunctionaris (en de in het ziekenhuis aanwezige informatiemap)takenpakket en werkwijze van de wijkverpleegkundige duidelijker geworden zijn bij de ziekenhuisverpleging. Bij de ontslagprocedure wordt door de ziekenhuisverpleegkundige vrijwel altijd met de patiënt over de mogelijkheden van zorg in thuissituatie gesproken. Daardoor denkt de ziekenhuisverpleging die thuissituatie redelijk te kunnen schatten. Het komt overigens zeer zelden voor dat de patiënt wordt ontslagen zonder dat eventuele nazorg geregeld is.

In het rapport 'Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis' van Emanuel-Vink en van de Kaaij wordt verslag gedaan van een onderzoek

in Nijmegen onder 329 patiënten, die na hun ontslag nog verpleging of verzorging nodig hebben. Onder andere wordt gekeken naar het overleg dat ten behoeve van de nazorg plaatsvindt. Van de hulpverleners die door de nazorgdienst op de hoogte wordt gebracht van het ontslag van een patiënt, blijkt de wijkverpleging het snelst met het plegen van overleg met betrokkenen over opvang en begeleiding na het ontslag. Binnen gemiddeld vier dagen na het ontslag wordt de opvang in 79 procent van de gevallen (N=140) besproken met de patiënt. Daarmee laat de wijkverpleging de huisarts ver achter zich. (36 procent in gemiddeld vier dagen, N = 264).

Zoals in de vorige subparagraaf al is aangestipt, wordt in veel onderzoek (ITS, 1971; van der Kaaij, 1975; Bultman, 1977; Drijver e.a., 1981; van Leeuwen, 1984; Soons e.a., 1985) geconcludeerd dat bij de selectie van patiënten en het stellen van de hulpvraag de ziekenhuisverpleging de nadruk legt op curatieve zorg. Doordat echter de nazorgdienst bij de selectie betrokken is, vindt er als het ware een correctie plaats waardoor ook patiënten die preventieve zorg (begeleiding, ondersteuning) behoeven, nazorg krijgen. Onderstaande tabel geeft aan dat bij de Amsterdamse Nazorgdienst het met het toenemen van het aantal patiënten dat voor nazorg wordt geselecteerd (als gevolg van het uitbreiden van de activiteiten van de Nazorgdienst) het aandeel van 'preventieve patiënten' stijgt. Met preventieve patiënten bedoelen we patiënten aan wie overwegend preventieve zorg verleend wordt.

Tabel 2.2: curatieve en preventieve patiënten door Nazorgdienst aan de wijkverpleegkundigen overgedragen in de periode 1968 - 1970 (in procenten).

	curatieve patiënten	preventieve patiënten	totaal (N)
1968	35	65	100 (943)
1969	36	64	100(1.352)
1970	25	75	100(2.562)

Bron: ITS, 1971, p.I-13.

In het rapport 'Verkennd onderzoek naar beperkingen van verpleegkundige zorg thuis' (Van Leeuwen, 1984) worden door de werkgroep vraagtekens gezet bij de kennis van het ziekenhuis van de mogelijkheden van de wijkverpleging. Wellicht is het ziekenhuis wat voorzichtig met het bepalen van de ontslagdatum doordat het impliciet

rekening houdt met de gepercipiëerde mogelijkheden van de wijkverpleging

Slotconclusie van Soons en van der Put (1985) is dat door meer promotie van de begeleidende en adviserende functie van de wijkverpleegkundige in het ziekenhuis door de nazorgdienst, meer aandacht aan de preventieve aspecten in de zorg besteed wordt bij de selectie van patiënten door de ziekenhuisverpleging.

De activiteiten van een nazorgdienst zouden ook een belangrijk indirect effect kunnen veroorzaken, namelijk substitutie van tweedelijns verpleegkundige zorg door (na)zorg van de wijkverpleegkundige. Voor de beantwoording van deze vraag dienen we eerst na te gaan of überhaupt substitutie mogelijk is. Voor wat betreft de zorg van terminale patiënten komen van Gennip-Horsten en Schnabel (1980) tot de conclusie dat meer dan 75 procent van de sterfgevallen in Rotterdam plaatsvindt in ziekenhuis- of verpleeghuis, tien procent in een verzorgingstehuis en (slechts) tien procent thuis. Door verbetering van onderlinge samenwerking binnen de eerste lijn en betere 'training' op het gebied van terminale zorg, kan het percentage thuisstervenden minstens verdubbeld worden. Hierbij dient te worden aangetekend dat van Gennip-Horsten e.a. zich met name richten op de substitutie van terminale zorg in het verpleeghuis door terminale zorg thuis. De onderzoekers achten de wijkverpleegkundige de centrale figuur in de professionele ondersteuning. Zij is vaak voor een langere periode beschikbaar voor zowel verpleging als advisering. Verbeteringen zouden echter wel moeten worden aangebracht in de samenwerking met en ondersteuning door huisarts, bejaarden- en gezinszorg. Een andere belangrijke verbetering zou 24-uurs bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige zijn.

Het tweejarig experiment te Tholen/St. Philipsland (Besteman, e.a., 1985) met 24-uurs zorgverlening (een resultante van 24-uurs-bereikbaarheid) komt met betrekking tot substitutie-mogelijkheden, tot de volgende conclusies:

- de kosten van 24-uurs zorg zijn lager dan de kosten van verpleging in ziekenhuis of verpleeghuis;
- alle chronische patiënten en een aantal terminale patiënten die in het experiment opgenomen werden, hadden naar alle waarschijnlijkheid bij het ontbreken van dit aanbod opgenomen moeten worden in ziekenhuis of verpleeghuis of zouden niet uit het ziekenhuis of verpleeghuis ontslagen zijn;
- door het aanbod van 24-uurs zorg en de daarmee samenhangende gerichtheid op zelf- en mantelzorg, gaan patiënten proberen intra-

murale zorg te vermijden. /

In het rapport van Emanuel-Vink en van der Kaaij (1980) wordt ook een duidelijke substitutie-mogelijkheid geschetst. Uit het onderzoek blijkt onder andere dat, volgens behandelende artsen in het ziekenhuis 43 procent van de patiënten te laat ontslagen is, volgens de hoofdverpleegkundigen is dat 33 procent. Als voornaamste reden voor dit verlate ontslag wordt vooral plaatsgebrek in een verpleeghuis, maar ook in mindere mate afwezigheid van opvang thuis genoemd. Ook hier speelt, waar het gaat om verbetering van de opvang thuis, de wijkverpleegkundige een belangrijke rol. In het betreffende onderzoek wordt namelijk geconstateerd dat qua professionele hulpverlening de meeste (29 procent) thuisverblijvende patiënten in zorg komen bij de wijkverpleegkundige.

Door van Burink-Withaar e.a. (1979) wordt impliciet een substitutie-mogelijkheid aangekaart. Eén van de bevindingen van het onderzoek bij patiënten met hoofd- en halskanker is dat de patiënten een tekort aan kennis in het gebruik van (specialistische) hulpmiddelen bij de wijkverpleegkundige constateren. Voorzichtig geformuleerd zouden we kunnen stellen dat verbreding van de kennis van de wijkverpleegkundige ertoe bij kan dragen dat patiënten meer mogelijkheden krijgen om thuis verpleegd te worden.

Er zijn dus substitutie-mogelijkheden met name bij chronische en terminale patiënten, waarbij zeker in acht moet worden genomen dat deze categorieën patiënten vaak uitdrukkelijk wensen om thuis verpleegd te worden (van Gennip-Horsten, e.a., 1980, p. 108; Besteman, e.a., 1985, p. 153).

Met betrekking tot het verband nazorgdienst substitutie-effect kunnen we twee conclusies trekken:

- Er is vrijwel geen onderzoek voorhanden dat zich specifiek richt op dit verband;
- In het onderzoek dat dit verband wel ter sprake brengt (van der Kaay, 1975 en Drogendijk, 1981) concludeert men op basis van kwalitatieve informatie, dat de activiteiten van de nazorgdienst geen of zeer weinig invloed hebben op de opnameduur van de patiënt die in nazorg wordt gegeven.)

Ter verduidelijking van de laatste conclusie: Zowel Drogendijk als van der Kaay komen op grond van interviews met ziekenhuisverpleegkundigen tot de conclusie dat de ontslagdatum door ziekenhuisinterne zaken, zoals de afweging of het medisch verantwoord is om de patiënt te ontslaan, wordt bepaald. Dit is enigszins in tegen-

spraak met Emanuel-Vink e.a. (1980). Zij constateerde immers als andere belangrijke reden voor het bepalen (ja zelfs: uitstellen) van de ontslagdatum plaatsgebonden in nazorginstelling of beperkte opvang thuis.

3. GEORGANISEERDE NAZORG: INVENTARISATIE

De inventarisatie is, zoals ook in paragraaf 1.4 staat beschreven, gebaseerd op persoonlijke en telefonische interviews met sleutelfiguren in het veld. Bij het samenstellen van het interviewschema is gebruik gemaakt van informatie uit literatuur en jaarverslagen van Nationale Kruisvereniging (NK, 1979-1983) en haar lidinstellingen (Groningen, 1984; Drente, 1983; West-Overijssel, 1982; Twente, 1984; Gelderland, 1984; Utrecht, 1984; Zuid-Holland, 1984; Zeeland, 1983; Noord-Brabant, 1982 en Limburg, 1984). Een andere belangrijke 'ingang' is de nota 'Inventarisatie Continuïteit van Verpleegkundige Zorg' van de afdeling Zorgverlening van de Nationale Kruisvereniging (NK, 1984) geweest. In deze nota wordt een beeld geschetst van het werk van continuïteitsverpleegkundigen. Voor de in de huidige studie gehanteerde vraagstelling biedt deze inventarisatie echter niet voldoende informatie. Dit komt met name omdat de gegevens niet per deelgebied gespecificeerd worden weergegeven en bovendien gaat de nota niet expliciet in op vormen van georganiseerde nazorg, waar geen continuïteitsverpleegkundigen bij betrokken zijn.

De inventarisatie was erop gericht inzicht te krijgen in hoe de nazorg in Nederland georganiseerd is. Op grond van de resultaten van de interviews wordt een achttal aspecten onderscheiden die tezamen een beeld geven van de manier waarop de nazorg in een deelgebied is georganiseerd. De indeling van dit hoofdstuk is als volgt: In paragraaf 3.1 wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van de acht aspecten die van belang zijn om zicht te krijgen op de organisatie van nazorg. In paragraaf 3.2 behandelen we de feitelijke resultaten. Eerst wordt een overzicht gegeven van in het ziekenhuis gehanteerde selectiecriteria en de wijze waarop het overdrachtsformulier zijn weg vindt naar de wijkverpleegkundige. Deze twee zaken zijn, op details na, vrijwel uniform in Nederland. Vervolgens brengen we de zestien deelgebieden onder in een typologie. Drie typen van georganiseerde nazorg worden onderscheiden op basis van aanwezigheid van continuïteitsverpleegkundigen in de deelgebieden en hun positie in de georganiseerde nazorg. Op dit onzes inziens belangrijke aspect vertonen enkele deelgebieden sterke overeenkomsten, op andere aspecten zijn er echter weer belangrijke verschillen. Om deze reden zullen we per type alle acht aspecten de revue laten passeren. Bij het maken van een overzicht, zoals in dit hoofdstuk gebeurt, moeten ver-

schillen in de details voor lief genomen worden en gaat dus enige informatie verloren. Om te voorkomen dat in dit rapport een wat al te gesimplificeerd beeld wordt geschetst van georganiseerde nazorg in Nederland, zijn in bijlage II per deelgebied de acht aspecten en de wijze waarop de selectie van patiënten en de overdracht van informatie plaatsvindt beschreven. Bovendien is daaraan toegevoegd het aantal ziekenhuizen (met het aantal erkende bedden) en inwoners van het deelgebied.

3.1. Aspecten van georganiseerde nazorg

Om de aspecten kort te kunnen aanduiden, zullen we deze vervatten in steekwoorden die steeds vetgedrukt en voorzien van een nummer verwerkt zullen worden. (Deze schrijfwijze en nummering is ook in bijlage II gehanteerd.) Op deze manier wordt onderlinge vergelijking van de deelgebieden vergemakkelijkt. De acht aspecten zijn:

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen** en de aard van hun dienstverband (full-time, part-time in procenten).
2. **Start.** Dat wil zeggen het jaar waarin voor het eerste sprake is van gestructureerde nazorg. We onderscheiden drie mogelijkheden:
 - voor 1979, wat inhoudt dat de nazorg op lokaal niveau op 'eigen initiatief' van de lidinstelling of plaatselijke vereniging gestructureerd is;
 - 1979, namelijk in het kader van het tweejarige, door het Praeventiefonds gesubsidieerde en door de Nationale Kruisvereniging en de Nationale Ziekenhuisraad geïnitieerde project;
 - geen jaartal, wat aangeeft dat geen duidelijke start te onderkennen is, maar meer geleidelijk nazorg is georganiseerd.
3. **Visie.** Hoewel het interview niet gericht was op het verkrijgen van kennis omtrent achterliggende visies op nazorg, is incidenteel in de interviews als toelichting op de gehanteerde vorm van georganiseerde nazorg een visie gegeven. Met de kanttekening dat bij deze methode van materiaalverzameling voor dat aspect geen compleet beeld geschetst kan worden (als geen visie genoteerd is, duiden wij dat aan met: niet genoemd) kunnen we ruwweg drie visies onderscheiden:
 - Het **kruiswerk** acht zich volledig **verantwoordelijk** voor de nazorg, hetgeen tot uiting komt in een actieve betrokkenheid bij de selectie van patiënten en de overdracht van informatie;
 - Het **kruiswerk** acht zich als het ware **tijdelijk verantwoorde-**

lijk voor de nazorg. Zolang de communicatie tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging niet optimaal is, wordt vanuit het kruiswerk op dit punt ondersteuning geboden. Een aantal ondersteunende taken zal mettertijd overgedragen worden aan de hoofdwijkverpleegkundige;

- de **verantwoordelijkheid** voor een goede gang van zaken ligt volledig bij **uitvoerenden**. Met uitvoerenden wordt bedoeld de ziekenhuisverpleging en wijkverpleging.

4. Positie continuïteitsverpleegkundige. In navolging van de gegeven visies, worden drie 'posities' onderscheiden:

- De continuïteitsverpleegkundige is intermediair, dat wil zeggen zij selecteert mede de patiënten in het ziekenhuis voor nazorg en de informatie-overdracht gaat via haar, daarnaast vervult zij een ondersteunende taak (zie onder);
- De continuïteitsverpleegkundige biedt ondersteuning, dit houdt in dat de continuïteitsverpleegkundige de gang van zaken met betrekking tot de nazorg begeleidt, coördineert, stimuleert en evalueert; dat zij knelpunten signaleert en (mede) probeert op te lossen en voorlichting geeft over nazorg door wijkverpleging aan betrokkenen;
- Er is geen continuïteitsverpleegkundige werkzaam.

5. Positie hoofdwijkverpleegkundige. Tijdens de inventarisatie is gebleken dat, waar geen continuïteitsverpleegkundige werkzaam is, de hoofdwijkverpleegkundige vaak een ondersteunende taak heeft.

6. Overleg. Bij dit aspect maken we onderscheid in overlegsituaties op:

- uitvoerend niveau, tussen hoofdwijkverpleegkundigen, ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen en eventueel de continuïteitsverpleegkundige;
- beleidsniveau, tussen hoofdwijkverpleegkundige, stafleden van het kruiswerk, stafleden van ziekenhuizen en eventueel de continuïteitsverpleegkundige;
- beide niveaus, hetgeen inhoudt dat het onderscheidt beleid-uitvoerend niet of nauwelijks te maken is.

7. Verwerking registratiegegevens. Bij dit aspect kijken we naar welke gegevens (van het overdrachtsformulier) verwerkt worden en de eventuele verslaggeving ervan.

8. Ontwikkelingen. In sommige deelgebieden zijn ontwikkelingen op het gebied van de georganiseerde nazorg gaande. Deze ontwikkelingen kunnen tot gevolg hebben dat op korte of lange termijn de situatie zich zal wijzigen. Evenals bij punt 3. Visie geldt dat aangezien in het interview niet specifiek gevraagd is naar even-

tuele ontwikkelingen, er geen compleet beeld geschetst kan worden.

3.2. Selectie van patiënten en informatieoverdracht

Alvorens over te gaan tot een beschrijving van de drie typen van georganiseerde nazorg, volgt eerst een algemeen overzicht van de criteria die gehanteerd worden bij de selectie van patiënten in het ziekenhuis van nazorg en een korte algemene beschrijving van de informatie-overdracht. Gezien de uniformiteit van deze twee zaken voor heel Nederland, heeft het weinig zin deze per type te behandelen.

De selectiecriteria zijn dus overal ongeveer hetzelfde. Zij richten zich op de lichamelijke en psychische toestand van de patiënt en diens sociale omstandigheden. Bij de lichamelijke toestand worden de volgende factoren in ogenschouw genomen:

- Leeftijd. Vooral jongere kinderen, wier ouders hulp nodig hebben en bejaarden, die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, behoeven nazorg.
- Diagnose. Ziekten met een langdurig, gecompliceerd genezingsproces, invaliditeit, ernstige infecties, chronische ziekten (diabetes, CARA, hartziekten), amputaties, ziekten met psychische stoornissen geven vaak aanleiding tot het inschakelen van een wijkverpleegkundige.
- Benodigde verzorging (zowel curatief als preventief). Zoals wond-, stomp- en stomaverzorging, dagelijkse verzorging, het geven van injecties, maar ook hulp bij revalidatie, medicijngebruik, prothesen, dieet, leefregels en dergelijke.

Bij psychische toestand wordt gelet op:

- Mate waarin mantelzorg verleend kan worden.
- Onvermogen van degenen die mantelzorg zou kunnen verlenen.
- Acceptatie van de ziekte of handicap van de patiënt door diens omgeving.
- Belemmerende woonomstandigheden.
- Huishoudelijke zaken.
- Financiële problemen als gevolg van de te volgen leefregels.

* Het spreekt vanzelf dat op het overdrachtsformulier bovengenoemde factoren zijn ondergebracht in rubrieken. Maar het formulier bevat nog enkele andere belangrijke onderdelen, zoals de hulpvraag die de ziekenhuisverpleging aan de wijkverpleegkundige stelt. Op alle for-

mulieren is dit een open item. Op de meeste in Nederland gebruikte formulieren kan tevens aangegeven worden of andere hulpverleners (gezinszorg, maatschappelijk werk, RIAGG en dergelijke) zijn ingeschakeld of ingeschakeld moeten worden.

Het tijdstip waarop de wijkverpleegkundige op de hoogte wordt gebracht van het feit dat een patiënt uit het ziekenhuis bij haar in zorg wordt gegeven, hangt af van de snelheid waarmee hulp verleend moet worden en de complexiteit van de hulpvraag. Bij spoedeisende en gecompliceerde gevallen dient de ziekenhuisverpleging voor het ontslag van de patiënt telefonisch contact op te nemen met de desbetreffende wijkverpleegkundige (in veel ziekenhuizen zijn bereikbaarheidslijsten aanwezig) of continuïteitsverpleegkundige om de overdracht te regelen; het overdrachtsformulier volgt dan later. Normaal, wordt het overdrachtsformulier rond de ontslagdatum naar de wijkverpleegkundige of continuïteitsverpleegkundige gestuurd of meegegeven aan de patiënt. Bij alle overdrachten wordt dus normaal gesproken het overdrachtsformulier gebruikt.

In Nederland zijn vele soorten en maten overdrachtsformulieren in omloop. In de eerste plaats zijn er overdrachtsformulieren ten behoeve van nazorg aan volwassen patiënten, kinderen en kraamzorg. Ook zijn er aparte formulieren voor poliklinisch behandelde patiënten. De overdracht van patiënt van wijkverpleegkundige naar ziekenhuis of verpleeghuis (de zogenaamde voorzorg) vindt via weer een ander formulier plaats. Tenslotte is er het terugrapportageformulier, waarmee de wijkverpleegkundige aan het ziekenhuis van waar de patiënt afkomstig is, kan rapporteren hoe de nazorg is verlopen. In bijlage III wordt van elk deelgebied aangegeven welke van de overdrachtsformulieren van nazorg worden gebruikt, alsmede wie een kopie of doorslag van het formulier ontvangt (dit kan variëren van de situatie waarin alleen de wijkverpleegkundige het formulier ontvangt tot de situatie waarin ook kopieën verstuurd worden naar de huisarts en de continuïteitsverpleegkundige en een kopie in het ziekenhuis achterblijft). Tevens zijn voorbeelden van de voorzorg-, nazorg-, polikliniek- en terugrapportageformulieren die in het deelgebied Groningen gebruikt worden en van de overdrachtsformulieren voor volwassen patiënten uit de overige deelgebieden bijgevoegd. Hieruit blijkt hoe groot de verscheidenheid is tussen de deelgebieden in het gebruik van overdrachtsformulieren. Deze verscheidenheid wordt nog eens vergroot doordat in enkele deelgebieden, te weten Drente, Noord-Holland, Amsterdam, Zuid-Holland, Noord-Brabant en Limburg, meerdere modellen worden gebruikt.

3.3. Typologie van georganiseerde nazorg

Door middel van het maken van een typologie, willen we enige duidelijkheid scheppen in de diversiteit van nazorgorganisaties in Nederland. Zoals gezegd hanteren we als criterium de aanwezigheid van continuïteitsverpleegkundigen in een deelgebied en hun positie. In paragraaf 3.1 is bij de behandeling van dit aspect al aangegeven dat of een continuïteitsverpleegkundige direct betrokken is bij selectie en overdracht (intermediair) of meer in de voorwaarde scheppende sfeer werkt (ondersteunend) of niet in een deelgebied voorkomt. Analooq aan deze driedeling, onderscheiden we drie typen van georganiseerde nazorg die we hier aan de hand van de schema's in figuur 3.1 en 3.2 op pagina 34 en 35 zullen bespreken.

Het eerste type georganiseerde nazorg heeft als voornaamste kenmerk dat het kruiswerk de hoofdverantwoordelijke is voor een goed verloop van de overdracht. Daartoe is als het ware een niveau tussen ziekenhuis en wijkverpleging gecreëerd. De continuïteitsverpleegkundige selecteert namelijk samen met de hoofdverpleegkundige van het ziekenhuis de patiënten voor nazorg en is intermediair voor de informatie-overdracht. Zij heeft tevens een ondersteunende functie. Tot dit type behoren Friesland, Twente en Nijmegen (zie kaart figuur 3.3 op p. 36). Wanneer we deze gebieden onderling vergelijken op de acht aspecten, komt het volgende naar voren.

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** Omgerekend naar full-time formatieplaatsen telt Twente de meeste continuïteitsverpleegkundigen (3,05 formatieplaatsen) van alle zestien deelgebieden. In Friesland werken twee full-timers, in Nijmegen één.
2. **Start:** Zowel in Twente als Nijmegen functioneren sinds lange tijd nazorgdiensten. In Nijmegen is men in 1973 gestart, in Twente een jaar later. Friesland heeft deelgenomen aan het 'Praeventiefondsproject' en kent dus als startjaar 1979.
3. **Visie:** Door Friesland en Twente is naar voren gebracht dat door de gerichtheid van de ziekenhuisverpleging op alleen het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis, het noodzakelijk is dat het kruiswerk de verantwoordelijkheid neemt en functionarissen aanstelt die enerzijds een goede nazorg en anderzijds een goede communicatie waarborgen.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** De continuïteitsverpleegkundige heeft een ondersteunende functie maar is vooral direct betrokken bij de selectie van patiënten en de overdracht van informatie. In Twente komt dat nog steeds het duidelijkst tot ui-

TOELICHTING BIJ SCHEMA 3.1.

2. 1979: nazorg 'op eigen initiatief' gestructureerd
 1979 : geparticipeerd in een door het Praeventiefonds gesubsidiëerd en door Nationale Kruisvereniging en Nationale Ziekenfondsraad geïnitieerd project waarbij continuïteitsverpleegkundigen nazorg hebben gestructureerd.
 - : geen duidelijke start te onderkennen; nazorg meer geleidelijk vormgegeven.
3. kruiswerk verantwoordelijk Ten aanzien van de selectie van patiënten en de overdracht van informatie.
 kruiswerk tijdelijk ver-
 antwoordelijk: Ten aanzien van het bieden van ondersteuning aan ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen; een aantal ondersteunende taken zal mettertijd overgedragen worden van continuïteitsverpleegkundigen aan hoofdwijkverpleegkundigen.
 verantwoordelijkheid bij uitvoerenden: Ten aanzien van de selectie van patiënten en de overdracht van informatie (ziekenhuisverpleging) en ten aanzien van het onderhouden van een goede communicatie (ziekenhuis- en wijkverpleging).
- 4/5. ondersteunend: Dit houdt in: o.a. begeleidend, coördinerend, stimulerend, evaluerend, knelpunten signalerend, voorlichtend, fungerend als contactpersoon (laatste geldt alleen voor hoofdwijkverpleegkundige).
 intermediair : Ondersteunend en betrokken bij selectie van patiënten en overdracht van informatie.
6. uitvoerend
 niveau : Gestructureerd en regelmatig overleg tussen continuïteitsverpleegkundige, wijkverpleegkundigen, ziekenhuisverpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen.
 beleids
 niveau : Gestructureerd en regelmatig overleg tussen continuïteitsverpleegkundige, hoofdwijkverpleegkundigen, stafleden kruisvereniging, stafleden ziekenhuis.
 beide : Uitvoerend en beleidsniveau, niet nader te bepalen.
- * District Tilburg.

Schema 3.2.: overzicht van verwerkte registratiegegevens van twaalf deelgebieden*

	Friesl.	Twente	Nijm.	Gron.	W-Ov.	Z-Hol.	Rot.	Limb.	Dr.**	Flev.	N-Hol.	Zlnd***
leeftijd patiënt	x	x		x				x	x		x	
geslacht patiënt				x					x			
woonplaats patiënt		x		x					x			x
ziekenhuis		x	x	x	x				x		x	
afdeling		x						x	x		x	
diagnose	x							x			x	
hulpvraag	x	x		x				x			x	
nazorgpercentage		x		x					x			
aantal overdrachtsformulieren verstuurd door ziekenhuis			x		x							
WAS (aanmelding via)						x	x			x		
datum ontvangst overdrachtsformulieren												x
zorginhoud		x										
aantal verpleegdagen		x										
kwaliteit informatie		x										
contact tussen continuïteitsverpl. en hoofdwijkverpleegk.						x						
verslaglegging (jaarverslag)		x	x	x	x			x	x		x	

* In Gelderland, Utrecht, Amsterdam en Noord-Brabant wordt geen (continue) registratie-verwerking verricht

** Meppe1

*** Hulst

figuur 3.3.: deelgebieden waar continuïteitsverpleegkundigen in een
intermediaire positie werkzaam zijn



ting doordat de continuïteitsverpleegkundigen gedetacheerd zijn in het ziekenhuis. De betrokkenheid van de continuïteitsverpleegkundige bij de selectie gaat in Nijmegen iets minder ver dan in Friesland en Twente. Sinds 1984 selecteert de continuïteitsverpleegkundige in Nijmegen namelijk niet meer in de ziekenhuizen, maar nog wel in de verpleeghuizen. Wat de informatie-overdracht betreft, stelt in Friesland de continuïteitsverpleegkundige de wijkverpleegkundige telefonisch op de hoogte van de komst van een patiënt. Het overdrachtsformulier gaat rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige. In Twente en Nijmegen gaat het overdrachtsformulier eerst naar de continuïteitsverpleegkundige, die het op volledigheid controleert en vervolgens doorstuurt naar de wijkverpleegkundige.

5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** In het algemeen heeft de hoofdwijkverpleegkundige ten aanzien van de nazorg geen specifieke taken.
6. **Overleg:** In Twente vindt het meeste overleg plaats, namelijk zowel tussen continuïteitsverpleegkundigen onderling als met andere functionarissen binnen het kruiswerk (beleid), als met hoofdverpleegkundigen van de ziekenhuizen (uitvoerend). In Nijmegen overlegt de continuïteitsverpleegkundige met de twee grote ziekenhuizen (beide), terwijl in Friesland overleg tussen continuïteitsverpleegkundige en hoofdverpleegkundige plaatsvindt (uitvoerend).
7. **Verwerking registergegevens:** In Twente vindt zonder twijfel de meeste verwerking registergegevens plaats. Met name de registratie-items 'zorginhoud' (dat wil zeggen de zorg die de wijkverpleegkundige aan de patiënt verleent), 'aantal verpleegdagen' (in het ziekenhuis) en 'kwaliteit informatie' (op de overdrachtsformulieren) worden nergens anders in kaart gebracht. In Friesland maakt men overzichten van leeftijd patiënt, diagnose en hulpvraag, terwijl men zich in Nijmegen beperkt tot het bijhouden van het aantal door het ziekenhuis verstuurd overdrachtsformulieren.
8. **Ontwikkelingen:** In Friesland is men van mening dat de gang van zaken niet geheel naar wens verloopt. Daarom is een projectgroep geformeerd, die in de loop van 1986 met een advies over eventuele reorganisatie zal komen.

Bij het tweede type van georganiseerde nazorg gaat de verantwoordelijkheid van het kruiswerk ten aanzien van de nazorg wat minder ver. Er zijn weliswaar continuïteitsverpleegkundigen, maar deze hebben een ondersteunende functie. De ziekenhuisverpleging draagt ten aanzien van selectie en overdracht een eigen verantwoordelijkheid.

De gebieden die onder dit type vallen zijn: Groningen, West-Overijssel, Gelderland, Zuid-Holland, Rotterdam en Limburg (zie kaart figuur 3.4 op p. 39)

- 1. Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** Gekeken naar full-time formatieplaatsen, heeft Zuid-Holland bij dit type de meeste continuïteitsverpleegkundigen (3 formatieplaatsen), gevolgd door Limburg (2,5), Groningen (1,5), Rotterdam en Gelderland (1) en West-Overijssel (0,6 formatieplaats).
- 2. Start:** Alle lidinstellingen van onderhavige gebieden hebben deelgenomen aan het 'Praeventiefondsproject' en hebben dus als start 1979.
- 3. Visie:** Door de geïnterviewden van de deelgebieden Zuid-Holland en Rotterdam is naar voren gebracht dat men op langere termijn de taken van de continuïteitsverpleegkundigen wil afbouwen en een deel wil overhevelen naar de hoofdwijkverpleegkundige. Dit kan echter pas geschieden als enerzijds de nazorg met alle intramurale instellingen goed geregeld is en anderzijds de hoofdwijkverpleegkundige tijd heeft om een aantal ondersteunende taken op dit terrein op zich te nemen.
- 4. Positie continuïteitsverpleegkundige:** Voor alle gebieden geldt dat de continuïteitsverpleegkundige het optimaliseren in de communicatie en samenwerking tussen ziekenhuis- van wijkverpleging tot taak heeft. Een ander belangrijk facet van haar functie is het geven van voorlichting over nazorg aan opleidingen van verpleegkundigen. Selectie geschiedt door de ziekenhuisverpleging zelf. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van zogenaamde informatiemappen die de wijkverpleging in de ziekenhuizen laat circuleren, waarin de te hanteren selectiecriteria zijn opgenomen. Het overdrachtsformulier wordt rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige gestuurd of meegegeven aan de patiënt.
- 5. Positie hoofdwijkverpleegkundige:** In geen van de gebieden heeft de hoofdwijkverpleegkundige een specifieke taak.
- 6. Overleg:** De communicatie tussen ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen vindt met name plaats in werkgroepen die rond ziekenhuizen geformeerd zijn (uitvoerend), terwijl vaak hogere functionarissen op beleidsniveau overleggen (In Gelderland zijn beide niveaus in één overleg samengevoegd). Door dit regelmatig overleg vindt er een bewaking plaats vanuit het kruiswerk op de gang van zaken. Een dergelijke constructie kent men in alle deelgebieden met uitzondering van Rotterdam, waar alleen een beleidsoverleg is tussen de continuïteitsverpleegkundige en directies van ziekenhuizen.

figuur 3.4.: deelgebieden waar continuïteitsverpleegkundigen in een ondersteunende positie werkzaam zijn



Ook Limburg vormt een uitzondering. Daar is de ziekenhuisverpleging niet rechtstreeks in het overleg is betrokken.

7. **Verwerking registratiegegevens:** Op dit punt vertonen de deelgebieden van dit type in zoverre overeenkomsten, dat in Groningen en Limburg een uitgebreide gegevensverwerking wordt verricht (o.a. leeftijd patiënt, ziekenhuis, afdeling, diagnose, hulpvraag) en in de overige gebieden niet. In Zuid-Holland en Rotterdam wordt de aanmelding van de patiënt aan de wijkverpleging in het wijkadministratiesysteem (WAS) vastgelegd.
8. **Ontwikkelingen:** In 1985 is in Gelderland contact gelegd met poliklinieken en verpleeghuizen. Ten aanzien van deze 'instellingen' wil men, door formering van werkgroepen, tot een goede structurering van nazorg komen.

✕ Het derde type georganiseerde nazorg kenmerkt zich door afwezigheid van continuïteitsverpleegkundigen. Hoewel hoofdwijkverpleegkundigen een aantal ondersteunende taken hebben, kunnen we stellen dat veel, zo niet alle verantwoordelijkheid van een goed verlopen van de nazorg ligt bij de ziekenhuisverpleging. Vanuit de lidinstellingen wordt geen ondersteuning geboden. Er zijn echter belangrijke verschillen tussen de deelgebieden en binnen de deelgebieden. Dit type georganiseerde nazorg komt voor in Drente, Flevoland, Utrecht, Noord-Holland, Amsterdam, Zeeland en Noord-Brabant (zie kaart figuur 3.5 op p. 41).

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** In tegenstelling tot de rest van Noord-Brabant is in het district Tilburg een continuïteitsverpleegkundige op 0,2 formatieplaatsen werkzaam. We laten dit echter, gezien het feit dat het overgrote deel van Noord-Brabant het zonder deze functionaris moet stellen, buiten beschouwing.
2. **Start:** Flevoland, Utrecht en Noord-Holland hebben deelgenomen in het 'Preaventiefondsproject'. Amsterdam kent het huidige type georganiseerde nazorg sinds 1974 toen de Nazorgdienst werd opgeheven en voor Drente en Zeeland is niet duidelijk een startjaar te bepalen.
3. **Visie:** Zowel Flevoland, Noord-Holland als Amsterdam hebben aangegeven dat communicatie en samenwerking tussen ziekenhuis- en wijkverpleging een zaak van de uitvoerende werkers zelf is. Het creëren van een tussenniveau, door middel van aanstellen van continuïteitsverpleegkundigen, werkt bureaucratiserend en betuttelend. Daarom is in Flevoland en Noord-Holland na afloop van het

figuur 3.5.: deelgebieden waar geen continuïteitsverpleegkundigen werkzaam zijn.



'Praeventiefondsproject' en in Amsterdam na opheffing van de Nazorgdienst de functie van continuïteitsverpleegkundige verdwenen.

4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** Niet van toepassing.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** Met uitzondering van Flevoland biedt de hoofdwijkverpleegkundige ondersteuning. Dit kan variëren van het fungeren als contactpersoon tussen wijkverpleging en ziekenhuis voor incidenteel overleg (Drente, Amsterdam) tot het deelnemen in gestructureerde overlegsituaties (Noord-Holland, Noord-Brabant). In Zeeland zijn sommige hoofdwijkverpleegkundigen zelfs betrokken bij de selectie van patiënten en de overdracht van informatie. In Amsterdam fungeert overigens ook een Dienst Bereikbaarheid (centrale intake) via welke ook patiënten uit ziekenhuizen bij de wijkverpleegkundige in zorg komen. In het algemeen echter vindt de overdracht van informatie in de tot dit type behorende deelgebieden plaats in een rechtstreeks contact tussen ziekenhuis- en wijkverpleging.
6. **Overleg:** In Drente en Amsterdam vindt incidenteel overleg plaats tussen hoofdwijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleging. In Flevoland vindt slechts eenmaal per jaar overleg plaats tussen wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen van enkele buiten de provincie gelegen ziekenhuizen.
In Zeeland verschilt de situatie van gebied tot gebied maar zal het merendeel van het overleg eveneens incidenteel van aard zijn. In Noord-Holland en Noord-Brabant zijn wel gestructureerde overlegsituaties aanwezig. In Noord-Holland fungeert op beleidsniveau per segment (er zijn vier segmenten in Noord-Holland) een stuurgroep, met daarin een hoofdwijkverpleegkundigen van ziekenhuizen en verpleeghuizen. Eveneens zijn rond ziekenhuizen werkgroepen geformeerd waarin ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen zitting hebben (uitvoerend). Ook in Noord-Brabant zijn er van deze werkgroepen alleen hebben daarin wijkverpleegkundigen, hoofdwijkverpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen zitting. op beleidsniveau is er per regio het Gestructureerd Regionaal Overleg (GRO) met daarin géén vertegenwoordigers uit de tweede lijn, doch verpleegkundigen in algemene dienst, directie en het hoofd wijkzorg van het district.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Ook hier verschillen de deelgebieden sterk van elkaar. In Utrecht, Amsterdam en Noord-Brabant vindt geen (continue) gegevensverwerking plaats. In Flevoland wordt alleen in het Wijkadministratiesysteem de aanmelding verwerkt. In Drente en Zeeland worden alleen op lokaal niveau registratiegegevens verwerkt, namelijk in Meppel (leeftijd, geslacht,

woonplaats patiënt, ziekenhuis(afdeling) en nazorgpercentage) en Hulst (woonplaats patiënt, datum ontvangst overdrachtsformulier). In Noord-Holland worden per segment de volgende registratiegegevens verwerkt: leeftijd patiënt, ziekenhuis(afdeling), diagnose en hulpvraag.

8. Ontwikkelingen: In twee van de zeven gebieden zijn belangrijke ontwikkelingen gaande op het gebied van de nazorg. In Utrecht is per 1 januari 1986 de (part-time) functie van continuïteitsverpleegkundige opgeheven, hetgeen inhoudt dat anno 1986 gewerkt wordt aan een structuur waar de hoofdwijkverpleegkundige als contactpersoon fungeert tussen wijkverpleging en het ziekenhuis in haar werkgebied. Buiten de stad Utrecht is een dergelijke structuur al aanwezig, binnen de stad nog niet. Men is doende een gestructureerde overlegsituatie te creëren, waarbinnen eerst de nazorg en in een later stadium de samenwerking tussen kruiswerk en ziekenhuis besproken zal worden.

In Drente gebeurt eigenlijk het tegenovergestelde. Nadat een projectgroep de situatie met betrekking tot de nazorg in ogenschouw heeft genomen, is men tot de conclusie gekomen dat een continuïteitsverpleegkundige aangesteld moet worden om de nazorg verder te structureren. De aanstelling zal vermoedelijk in 1986 plaatsvinden en heeft een voor Nederland uniek karakter. De aan te stellen continuïteitsverpleegkundige zal namelijk niet alleen voor de wijkverpleging werkzaam zijn, maar ook voor de gezinszorg. Wanneer de aanstelling een feit is, zal Drente dus het best onder te brengen zijn in het tweede type georganiseerde nazorg.

Uit het voorgaande mag blijken dat een inventarisatie van georganiseerde nazorg op een alles behalve eenvoudige wijze beschreven kan worden. Feitelijk heeft elk deelgebied zijn eigen vorm van georganiseerde nazorg en kunnen we slechts in heel algemene zin overeenkomsten onderscheiden. Evenwel denken we met het maken van een typologie op basis van de aanwezigheid en positie van continuïteitsverpleegkundigen een inzichtelijke ordening te hebben aangebracht.

4. SAMENVATTING

In dit hoofdstuk komen we terug op de in paragraaf 1.4 geformuleerde vraagstelling. Op basis van de in hoofdstuk twee en drie beschreven resultaten zullen we kort een antwoord op de onderzoeksvragen geven.

Het eerste onderdeel van de vraagstelling luidt:

1. Hoe is de georganiseerde verpleegkundige nazorg in Nederland tot stand gekomen?

In 1960 wordt in Amsterdam een nazorgexperiment opgezet door het plaatselijk kruiswerk en A. Querido met als doel voorkoming van heropname en bespoediging van de genezing van de patiënt. Daarmee is een begin gemaakt met het structureren van de verpleegkundige nazorg in Nederland. Weliswaar is eerder in Eindhoven een vorm van georganiseerde nazorg opgezet (Susante, 1959), maar dit heeft weinig invloed gehad op de verdere ontwikkeling van de nazorg in Nederland. De Amsterdamse Nazorgdienst, die als 'experiment' tot 1967 heeft gefunctioneerd en tot 1974 als 'echte' nazorgdienst, is de aanzet geweest voor het kruiswerk en het ziekenhuiswezen om aan een verbetering van de aansluiting tussen de zorg in het ziekenhuis op de zorg thuis te werken. Aan het eind van de jaren zestig worden initiatieven ontplooid door de 'koepels' om tot een beleid ten aanzien van continuïteit van zorg te komen. In de zeventiger jaren wordt behalve het medische aspect, steeds meer een economisch aspect met de georganiseerde nazorg in verband gebracht. Hoe meer taken de eerste lijn van de tweede overneemt, hoe goedkoper de gezondheidszorg zou kunnen functioneren (substitutie van zorg). In 1978 verschijnt de definitieve nota 'Aanbevelingen voor het totstandkomen van continuïteit in de verpleegkundige zorg' van de Nationale Ziekenhuisraad en de Nationale Kruisvereniging. Tezamen met een conferentie over de mogelijkheden om nazorg te organiseren vormt deze nota de basis voor een tweejarig project, waarbij door speciaal aangestelde functionarissen de communicatie en samenwerking tussen ziekenhuis- en wijkverpleging gestructureerd worden. We zien echter dat in enkele deelgebieden niet gewacht wordt op een landelijk project. In vele steden en regio's worden in de eerste helft van de jaren zeventig nazorgdiensten gestart, waarbij veelal ook sprake is van het aanstellen van speciale functionarissen. De oudste nu nog functionerende

'nazorgdiensten (Nijmegen en Twente) stammen uit deze tijd.

In 1974 wordt de Amsterdamse Nazorgdienst juist opgeheven, onder andere vanwege een verandering in visie, die erop neerkomt dat men bewust de verantwoordelijkheid voor de selectie van patiënten voor nazorg legt bij het ziekenhuis.

Het tweejarig project ter structurering van de nazorg wordt gestart in 1979 en gesubsidieerd door het Praeventiefonds. De oorspronkelijke opzet van het project was dat de aan te stellen continuïteitsverpleegkundigen de nazorg zodanig dienden te organiseren dat zij zichzelf overbodig zouden maken. In twee van de elf deelgebieden die aan het project deelnemen, wordt die opzet gehandhaafd. In de overige deelgebieden krijgt de functie van continuïteitsverpleegkundige een min of meer permanent karakter. Dat wil zeggen; zolang de communicatie tussen ziekenhuis- en wijkverpleging niet optimaal is, wordt de functie van continuïteitsverpleegkundige noodzakelijk geacht. Doordat enerzijds het overheidsbeleid (neergelegd in de nota 'Eerstelijns Zorg') aanstuurt op een versterking in het kruiswerk, zodat meer patiënten uit de intramurale sector opgevangen kunnen worden en anderzijds de taak of functie van continuïteitsverpleegkundige uit de AWBZ gefinancierd wordt (sinds 1983), ontstaat voor het kruiswerk ook de ruimte om de functie te continueren. Duidelijk is dat in een aantal deelgebieden daar bewust niet voor gekozen wordt. In de nota 'Kontinuiteit in de Praktijk' van de werkgroep Samenwerking Wilhelmina-Gasthuis-Stichting Amsterdamse Kruisvereniging (Schmitz, e.a., 1985) wordt daarvoor een reden gegeven. Het creëren van een tussenniveau, door middel van het aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige, werkt bureaucratiserend en neemt de verantwoordelijkheid bij de uitvoerende werkers weg.

2. Wat is er aan onderzoek verricht naar nazorg aan ontslagen ziekenhuispatiënten in het algemeen en de georganiseerde nazorg in het bijzonder?

We hebben het onderzoek aan de hand van vier thema's besproken. In de eerste plaats is gekeken naar het aantal patiënten dat nazorg krijgt. Dit wordt doorgaans uitgedrukt in een percentage van het totaal aantal ontslagen patiënten. Sinds het evaluatie-onderzoek van het Instituut van Toegepaste Sociologie (ITS) bij de Amsterdamse Nazorgdienst, waar in 1970 10,5 procent van de ontslagen patiënten voor nazorg werd geselecteerd, wordt tien procent als een soort norm gehanteerd in nota's en onderzoeksrapporten.

De gevonden percentages in de diverse onderzoeken variëren nogal. Als laagste percentage wordt twee procent genoemd (Van Leeuwen, 1984), als hoogste zestien (Verschuren, 1985). Veel van de overigens op verschillende manieren verkregen percentages liggen echter tussen de tien en vijftien procent (Zuidervaart e.a., 1976; Bremer e.a., 1976; Drijver e.a., 1981; Bultman, 1977; Van der Kaaij, 1975). Als we de gebruikelijke tien procent aanhouden, zou dit betekenen dat in 1983 ongeveer 151.500 nazorgpatiënten bij de wijkverpleegkundige voor zorg zijn aangemeld (10% van het totaal aantal ontslagen patiënten uit algemene en academische ziekenhuizen; de patiënten uit categoriale ziekenhuizen en verpleeghuizen laten we buiten beschouwing, omdat niet zeker is of hiervoor ook tien procent kan worden aangehouden).

Met betrekking tot de tweede vraag - welke patiënten nazorg krijgen - blijken de verschillende onderzoeksrapporten redelijk overeen te stemmen. In het algemeen blijken vooral jonge kinderen (nul-jarigen), bejaarden, vrouwen en alleenstaanden voor nazorg te worden geselecteerd. Wanneer we kijken naar ziektebeeld, dan kan in het algemeen gesteld worden dat patiënten die een grote chirurgische ingreep hebben ondergaan of een ernstige chronische aandoening hebben en (daardoor) langdurig gehospiteerd zijn nazorg krijgen van de wijkverpleegkundige. Te denken valt bijvoorbeeld aan patiënten met een amputatie of stoma. Veel genoemde diagnose is maligne nieuwvormingen, diabetes, hart- en longziekten.

In de derde plaats zijn we ingegaan op de vraag, waar nazorg uit bestaat. Zowel door Bultman (1977) als door het ITS (1971), Verschuren (1985) en Van der Kaaij (1975) wordt aangegeven dat de nazorg overwegend preventief is. Dit houdt in dat de wijkverpleegkundige vooral begeleiding geeft bij de revalidatie, het medicijngebruik, het naleven van voorschriften en dergelijke, maar ook bij psychische problemen, zoals het accepteren van de handicap. Uit veel onderzoek (ITS, 1971; Soons e.a., 1985; Van Bunnik-Withaar e.a., 1979; Drijver e.a., 1981) blijkt dat de ziekenhuisverpleging die doorgaans de patiënten voor nazorg selecteert, een hulpvraag aan de wijkverpleegkundige formuleert die juist overwegend curatieve zorg omvat. Deze nadruk op curatieve zorg leidde in het onderzoek van Drijver e.a. (1981) ertoe dat, volgens de wijkverpleegkundigen, een aantal patiënten (preventieve) nazorg moest ontberen. Welke rol de 'nazorgdienst' hierbij

speelt, komt aan de orde in het vierde en laatste thema.

Tenslotte is gekeken naar welke effecten de activiteiten van de nazorgdienst tot gevolg hebben. Daarbij is onderscheid gemaakt in enerzijds directe effecten of het verloop van de nazorg en anderzijds een indirect effect, namelijk de substitutie van zorg. Wat de directe effecten betreft, luidt de conclusie van het ITS-rapport (1971), Van der Kaaij (1975) en Bultman (1977) dat de snelheid en kwaliteit van de berichtgeving vanuit de ziekenhuizen aan de wijkverpleging door toedoen van de nazorgdienst is toegenomen. Dit maakt een meer gerichte hulpverlening mogelijk, hetgeen, volgens het ITS-rapport, tot een verbetering van de feitelijke hulpverlening kan leiden. De betrokkenheid van de nazorgdienst bij de selectie van patiënten heeft een vermeerdering van het aantal nazorgpatiënten tot gevolg. Door Bultman (1977) en Soons e.a. (1985) wordt onderstreept dat het belangrijk is dat ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen van elkaars kennis en mogelijkheden op de hoogte zijn; de nazorgdienst kan hieraan bijdragen. Dit kan een positieve invloed hebben op de communicatie en de kwaliteit van de georganiseerde nazorg.

In veel onderzoek is gewezen op de nadruk die de ziekenhuisverpleging bij de selectie van patiënten en het stellen van de hulpvraag legt op curatieve zorg. Doordat de nazorgdienst betrokken is bij de selectie, wordt als het ware een correctie aangebracht waardoor ook patiënten die preventieve zorg behoeven, voor nazorg geselecteerd worden (vergelijk o.a. ITS, 1971; Van de Kaaij, 1975; Soons e.a., 1985).

Wanneer we kijken naar de substitutie van zorg, als indirect effect van de activiteiten van een nazorgdienst, dan zijn daarover op basis van het tot nu toe verrichte onderzoek geen harde uitspraken te doen. In een aantal onderzoeken worden wel mogelijkheden geschetst ten aanzien van substitutie van tweedelijns verpleegkundige zorg door zorg van de wijkverpleegkundige. Van Gennip-Horsten e.a. (1980) geven aan dat meer terminale zorg thuis zou kunnen plaatsvinden als de samenwerking tussen wijkverpleging, huisarts, bejaarden- en gezinszorg wordt verbeterd en de wijkverpleging 24 uur per dag bereikbaar zou zijn. Door Besteman e.a. (1985) wordt geconcludeerd dat door 24-uurs zorg van de wijkverpleegkundige met name chronische en terminale patiënten niet behoeven te worden opgenomen of eerder ontslagen kunnen worden uit ziekenhuis of verpleeghuis. Emanuel-Vink e.a. (1980) con-

stateren dat volgens de specialisten 43 procent van de patiënten te laat uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Een van de redenen, zij het niet de voornaamste, is gebrek aan opvang thuis. Uit het voorgaande blijkt reeds dat er nauwelijks onderzoek is dat zich specifiek richt op de invloed van de georganiseerde nazorg op substitutie van zorg. Drogendijk (1981) kon op basis van literatuurstudie en een beperkt aantal interviews met ziekenhuisfunctionarissen tot de conclusie dat een adequate verpleegkundige nazorg geen invloed van betekenis zal hebben op de duur van de verpleging. Van der Kaaij (1975) concludeert, eveneens op basis van interviews met ziekenhuisfunctionarissen, dat bij de geïnterviewden de indruk bestaat dat de nazorgdienst weinig of geen invloed heeft op de opnameduur. Deze staat relatief vast op grond van strikt medische overwegingen. Gezien het feit dat beide onderzoekers hun uitspraken niet cijfermatig onderbouwen, kunnen we stellen dat vooralsnog een substitutie-effect veroorzaakt door de activiteiten van een nazorgdienst niet is aangetoond, maar ook niet is uitgesloten.

We zijn hiermee gekomen tot de behandeling van het derde onderdeel van de vraagstelling. Dit luidt:

3. Welke typen van georganiseerde nazorg zijn er in Nederland en waar komen ze voor?

In dit rapport is de aandacht speciaal gericht op de continuïteitsverpleegkundige. In Nederland zijn in totaal 21 continuïteitsverpleegkundigen werkzaam op 15,85 full-time formatieplaatsen. Elf continuïteitsverpleegkundigen werken part-time. De meeste continuïteitsverpleegkundigen werken in Zuid-Holland (5 personen), maar omgerekend in full-time formatieplaatsen heeft Twente de meeste, namelijk 3.05 formatieplaatsen (vier personen). In Limburg werken drie continuïteitsverpleegkundigen; in Groningen en Friesland twee; in West-Overijssel, Gelderland, Nijmegen, Rotterdam en Noord-Brabant één. In Drente, Flevoland, Utrecht, Noord-Holland, Amsterdam en Zeeland zijn geen continuïteitsverpleegkundigen werkzaam.

Op basis van de positie van de continuïteitsverpleegkundige in de georganiseerde nazorg hebben we een drietal typen van georganiseerde nazorg onderscheiden.

Vooropgesteld dient te worden dat met het onderbrengen van een aantal deelgebieden in een bepaalde type niet gezegd is dat de vorm van georganiseerde nazorg in die deelgebieden in alle opzichten hetzelfde

de is. Zo kunnen er verschillen bestaan in de wijze waarop de wijkverpleging in overleg treedt met ziekenhuizen en de hantering van de overdrachtsformulieren. Onzes inziens is de positie van de continuïteitsverpleegkundige echter een hoofdkenmerk van een vorm van georganiseerde nazorg en als zodanig een belangrijk criterium voor het maken van een typologie.

In het eerste type georganiseerde nazorg neemt de continuïteitsverpleegkundige naast een ondersteunende, vooral een intermediaire positie in. Zij is betrokken bij de selectie van patiënten voor nazorg en via haar wordt de wijkverpleegkundige op de hoogte gebracht van de komst van een nazorgpatiënt. Dit type georganiseerde nazorg komt voor in Friesland, Twente en Nijmegen. Als belangrijk onderling verschil in de werkwijze van de continuïteitsverpleegkundige moet worden genoemd dat in Friesland de continuïteitsverpleegkundige de wijkverpleegkundige telefonisch op de hoogte stelt en het overdrachtsformulier rechtstreeks van ziekenhuis naar wijkverpleegkundige gaat, terwijl in Twente en Nijmegen het overdrachtsformulier eerst naar de continuïteitsverpleegkundige gaat, die na enige controle op de kwaliteit van de informatie het formulier doorstuurt. Tweede belangrijke verschil is dat in Nijmegen de continuïteitsverpleegkundige niet meer in alle intramurale instellingen mede selecteert. Ten derde kenmerkt Twente zich door het feit dat de continuïteitsverpleegkundigen gedetacheerd zijn in het ziekenhuis.

Het tweede type van georganiseerde nazorg kenmerkt zich door de ondersteunende positie van de continuïteitsverpleegkundige. Zij begeleidt, stimuleert, coördineert, evalueert de samenwerking en communicatie tussen ziekenhuis- en wijkverpleging. Zij signaleert knelpunten en tracht ze (mede) op te lossen. Ten aanzien van de selectie van patiënten en de overdracht van informatie draagt de ziekenhuisverpleging een eigen verantwoordelijkheid. Het overdrachtsformulier gaat rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige. Tot dit type behoren: Groningen, West-Overijssel, Gelderland, Zuid-Holland, Rotterdam en Limburg. Ten aanzien van de positie van de continuïteitsverpleegkundige zijn er geen noemenswaardige verschillen, met dien verstande dat door Zuid-Holland en Rotterdam wél gewezen is op de tijdelijkheid van de functie van de continuïteitsverpleegkundige.

Bij het derde type van georganiseerde nazorg zijn geen continuïteitsverpleegkundigen werkzaam. Nazorg is volledig een zaak van uitvoerende werkers. De ziekenhuisverpleging doet zelf de selectie van

patiënten en de informatie-overdracht. Er bestaat een rechtstreeks contact tussen ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen. Vanuit het kruiswerk neemt de hoofdwijkverpleegkundige een ondersteunende positie in variërend van contactpersoon voor incidenteel overleg tot deelnemer in gestructureerde overlegsituaties. Dit type komt voor in Drente, Flevoland, Utrecht, Noord-Holland, Amsterdam, Zeeland en Noord-Brabant. Wat het laatste deelgebied betreft, laten we de in het district Tilburg werkzame continuïteitsverpleegkundigen buiten beschouwing. Twee belangrijke onderlinge verschillen dienen te worden aangestipt. In de eerste plaats is in Noord-Holland en Noord-Brabant in tegenstelling tot de overige deelgebieden door middel van de werkgroepen 'ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen' de wijkverpleging indirect betrokken bij de selectie en overdracht, namelijk bij de evaluatie van de gang van zaken. In de tweede plaats zal in Drente in de loop van 1986 waarschijnlijk een continuïteitsverpleegkundige worden aangesteld, hetgeen inhoudt dat dit deelgebied vanaf dan niet meer tot het derde type van georganiseerde nazorg behoort,

Wanneer we de situatie voor heel Nederland bekijken, valt op dat de deelgebieden die tot een bepaald type worden gerekend weinig of geen overeenkomsten vertonen in omvang, aantal ziekenhuizen en verpleeghuizen of aantal inwoners. De keuze voor een bepaalde vorm van georganiseerde nazorg lijkt op het eerste gezicht dus geen verband te houden met deze zaken, in tegenstelling tot wat men misschien zou verwachten. (In een groot dichtbevolkt gebied met veel intramurale instellingen zou men, gezien het hoge aantal nazorgpatiënten, bijvoorbeeld de aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige kunnen verwachten.) De belangrijkste reden voor de keuze in een type georganiseerde nazorg lijkt te vinden in de visie van het kruiswerk op de vraag hoe de nazorg zou moeten verlopen. Zo is door 'Friesland' en 'Twente', welke we tot het eerste type georganiseerde nazorg rekenen, naar voren gebracht dat het kruiswerk zich verantwoordelijk acht voor een goed verloop van de nazorg. Dit is ingegeven door de praktijk dat de ziekenhuisverpleging alleen gericht is op het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis. De geïnterviewden in Zuid-Holland en Rotterdam, behorend tot het tweede type, zien die verantwoordelijkheid van het kruiswerk als een tijdelijk zaak, namelijk totdat de communicatie en samenwerking tussen ziekenhuis- en wijkverpleging optimaal verloopt. Vanaf dat moment dient de verantwoordelijkheid voor een goed verloop van de nazorg zowel bij ziekenhuis- als wijkverpleegkundigen zelf te liggen. In Flevoland, Noord-Holland en Amsterdam, die we tot het derde type georganiseerde na-

zorg hebben gerekend, heeft men de visie dat juist door die verantwoordelijkheid bij de uitvoerende werkers te leggen een goede communicatiestructuur bevorderd wordt. Het brengen van een niveau tussen ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen werkt in die gedachtengang alleen maar bureaucratiserend en betuttelend.

We willen aan het eind van dit rapport een aantal punten kort aanstippen.

1. Het valt op dat de ziekenhuisverpleging bij de selectie van patiënten voor nazorg en het formuleren van de hulpvraag, vooral nadruk legt op curatieve zorg, terwijl de wijkverpleging veel meer oog heeft voor de preventieve zorg.
2. Er worden in onderzoek weliswaar mogelijkheden gesignaleerd om door middel van een verbeterde thuiszorg tot een bekorting van de verpleegduur in de tweede lijn te komen, maar er is geen onderzoek gedaan waarbij op basis van cijfers een effect van de georganiseerde nazorg op de verpleegduur wordt nagegaan.
3. Er bestaan veel uiteenlopende vormen van georganiseerde nazorg in Nederland naast elkaar. Er bestaat echter geen inzicht of een bepaalde organisatiewijze het best past in bepaalde omstandigheden, noch is duidelijk of een bepaalde organisatievorm in het algemeen beter voldoet dan een andere.

LITERATUUR

- AALBERSBERG, R.O., - 1980. Wat veranderde er in de wijkverpleegkundige zorg? MGZ 8 (1980)4, p. 16-21.
- BARTELS, L.P., - 1984. Instellingen van intramurale gezondheidszorg, deel 1: basisgegevens 1-1-1984. Utrecht, NZI.
- BESTEMAN, A., H. DRESMÉ, - 1985. Eindverslag van het experiment 24-uurs-zorgverlening te Tholen/St. Philipsland/Goes, Provinciale Vereniging het Zeeuwse Kruis.
- BREMER, G.J., - 1976. Weer thuis, een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Huisarts en Wetenschap (1976) 19 p. 406-423.
- BULTMAN, J., - 1977. De communicatie tussen intramurale wakers en wijkverpleegkundigen. Een beschrijvend onderzoek in het kader van de nazorg van patiënten, die zijn ontslagen uit ziekenhuizen en verpleeghuizen in Noord-Holland. z.pl.
- BULTMAN, J., - 1979. De communicatie tussen intramurale werkers en wijkverpleegkundigen. T. Soc. Geneesk. 57 (1979) 9, p. 316-317.
- BURINK-WITHAAR, A.G.J. VAN, W.J.A. VAN DEN HEUVEL en A. ROOD-NIEUWLAND, - 1979. Nazorg aan patiënten met hoofd en halskanker, Rotterdam, Vereniging Interkruis Zuid-Holland.
- CENTRALE RAAD VAN DE VOLKSGEZONDHEID, - 1978. Een verkennend onderzoek naar de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg in 1974. z.pl.
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, - 1979. Rapport inzake kwantitatieveverschuivingen in de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg (1974 - 1977). Rijswijk.
- DRIJVER, H., F. VAN DER ESCH, - 1981. De verpleegkundige nazorg van ziekenhuispatiënten in Arnhem. LH. Wageningen, vakgroep Gezondheidsleer. Doctoraalscriptie: Een strategie tot verbetering van de communicatie en samenwerking tussen ziekenhuishoofdverpleegkundige en wijkverpleegkundigen, ten behoeve van de verpleegkundige nazorgpatiënten in Arnhem.
- DRIJVER, H. e.a., - 1982. (Wijk)verpleegkundigen hanteren verschillende criteria bij nazorg. MGZ 10 (1982) 1 p. 16-18.
- DROGENDIJK, C.A., - 1981. Ziekenhuis-, wijkverpleging een paar apart. Een onderzoek naar de invloed van verkorting van de verpleegduur op de vraag naar verpleegkundige nazorg en naar de vraag of er een substitutie-effekt bestaat verpleegkundige nazorg/verpleegduur. Utrecht.

- EMANUEL-VINK, H., P. VAN DER KAAIJ, - 1980. Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Dr. Veeger Instituut, Nijmegen.
- EMANUEL-VINK, H. e.a., - 1981. Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Medisch Contact (1981) 42-46, p. 1310-1314, 1334-1338, 1365-1368, 1404-1406, 1425-1428.
- GENNIP-HORSTEN, T. VAN, P. SCHNABEL, - 1980. Thuis sterven: een onvervulbare laatste wens? Utrecht, NCGV-reeks no. 21.
- HANZENS, A., - 1981. Opzet en werkwijze van een contactgroep ziekenhuisnazorg. T. voor Ziekenverpleging 34 (1981) 22, p. 963-968.
- HORN, S. TEN, -1982. Nazorg geeft kopzorg. Een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (1982) 12, p. 1279-1294.
- (ITS) INSTITUUT VOOR TOEGEPASTE SOCIOLOGIE, - 1971. De Amsterdamse Nazorgdienst. Nijmegen.
- JENNER, J.A., - 1984. Nazorg als wondermiddel. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (1984) 5, p. 532-541.
- KERK EN WERELD, - 1971. Continuïteit van de verpleegkundige zorg. Conferentieverlag. Driebergen. deel 1 tot en met 4.
- KERKSTRA, A., P.F.M. VERHAAK, - 1985. Wijkverpleging. Sluijs, e.a. (eds.), (1985) Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns Utrecht, NIVEL.
- KIERS J., 1984. Hoe door goede aanpak nazorg kan slagen. MGZ 12 (1984) 6, p. 20-21.
- KIERS, J., - 1984b. In Twente al tien jaar ervaring met nazorg thuis. Inzet 8 (1984) 4, p.8-9.
- KLEIN, A.L., G. ROTGANS-VERBEEK, -1985. Continuïteit van zorg, jaarverslag 1983 en 1984. Arnhem, Provinciale Kruisvereniging Gelderland.
- KLOK-SEGGERS, G., T. GRAVESTIJN-TERHEGGEN, - 1981. Continuïteit van zorg, z.pl.
- KNAPEN, M.H.J.M., W.C.M. SCHEFFER en J.M. HUTJES, - 1975. Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie. deel 1: tekst, deel 2: bijlagen.
- KÖNNEN, E, - 1985. Psychiatrische ziekenhuis moet meer doen dan verzorgen en behoeden. Het Ziekenhuis (1985) 21, p. 830-831.
- KREUWEL, A., M. BOUWMEESTERS, - 1984. Uit het ziekenhuis en dan? T. voor Ziekenhuisverpleging 37 (1984) 1 p. 6-7.
- KRUISVERENIGING TWENTE, - 1985a. Gezamenlijke Verslagen Nazorgdiensten Twente 1984. Enschede.
- KRUISVERENIGING TWENTE, - 1985b. Jaarverslag 1984. Enschede.
- KRUISVERENIGING WEST-OVERIJSSSEL, - 1983. Jaarverslag 1982. Zwolle.

- LABLANS, F. e.a., - 1981. Zorg voor zorg na ziekenhuis. voor Ziekenhuisverpleging 34 (1981) 22, p. 955-962.
- LEEUWEN, M. VAN, -1984. Rapportage van een verkennend onderzoek naar beperkingen van verpleegkundige zorg thuis. Zoetermeer, Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland.
- LIMBURGSE GROENE KRUIS, - 1984. Jaarboek 1984. Sittard.
- LUCAS LUYCKX, J., H. LEMAIRE, - 1972. Continuïteit in de verpleegkundige zorg, een discussie-rapport. Katholieke Gezondheidszorg (1972), p. 238-241.
- MERTENS, A., - 1973. Nazorgdiensten. Soc.Geneesk. 51 (1973) p. 541.
- MERTENS, S., - 1979. Zorg voor Nazorg, ontwikkeling van de nazorg in de provincie Gelderland. Arnhem, Provinciale Kruisvereniging Gelderland.
- MEYBOOM, W.A., A.F. CASPARIE, - 1980. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Medisch Contact (1980) 33,p. 989-994.
- MEYERSON, A.T., G.S. HERMAN, - 1983. What's new in aftercare. A review of recent literature. Hospital and Community Psychiatry 34 (1983) 4, p. 333-342.
- (WVC) MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, - 1983. Nota Eerstelijnszorg. Den Haag, Staatsuitgeverij.
- (NK) NATIONALE KRUISVERENIGING, - 1985. Inventarisatie continuïteit van verpleegkundige zorg. Bunnik.
- NATIONALE KRUISVERENIGING, - 1977-1983. JAARVERSLAGEN.
- NATIONALE KRUISVERENIGING, - 1977. De inzet van functionarissen ten behoeve van de nazorg, Utrecht.
- (NZR) NATIONALE ZIEKENHUISRAAD, Nationale Kruisvereniging - 1978. Aanbevelingen voor het tot standkomen van continuïteit in de verpleegkundige zorg, Utrecht.
- NATIONALE ZIEKENHUISRAAD & SSLK, - 1972. Informatie rond het thema continuïteit van zorg. Utrecht. Arnhem.
- PROVINCIALE DRENTSE KRUISVERENIGING, - 1984, Jaarverslag 1983. Assen.
- PROVINCIALE GRONINGER VERENIGING 'Het Groene Kruis', - 1985. Jaarverslag 1984. Groningen.
- PROVINCIALE GRONINGER VERENIGING 'Het Groene Kruis', - 1984. Jaarverslag 1984 afdeling continuïteit in de zorg. Groningen.
- PROVINCIALE KRUISVERENIGING GELDERLAND (z.j.). Informatiemap Continuïteit van Verpleegkundige Zorg. Arnhem.
- PROVINCIALE KRUISVERENIGING GELDERLAND, - 1985. Jaarverslag 1984. Arnhem.

- PROVINCIALE KRUISVERENIGING ZUID-HOLLAND, - 1985. Informatiemap continuïteit van verpleegkundige zorg. z. pl.
- PROVINCIALE KRUISVERENIGING ZUID-HOLLAND, - 1985. Jaarverslag 1984. Zoetermeer.
- PROVINCIALE NOORD-BRABANTSE KRUISVERENIGING, - 1983. Jaarverslag, 1982. Tilburg.
- PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID IN NOORD-HOLLAND, - 1972. De nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in Noord-Holland Haarlem.
- PROVINCIALE UTRECHTSE KRUISVERENIGING, - 1985. Handleiding continuïteit van verpleegkundige zorg. Utrecht.
- PROVINCIALE UTRECHTSE KRUISVERENIGING, - 1985. Jaarverslag 1984. Utrecht.
- PROVINCIALE VERENIGING HET ZEEUWSE KRUIS, - 1984. Jaarverslag 1983. Goes.
- QUERIDO, A., - 1959. Prognose en katamnese. T. Soc. Geneesk. (1959) 37, p. 69.
- REEKUM, J.R. van, - 1974. Continuïteit in de verpleegkundige zorgverlening. Medisch Contact (1974) 29, p. 1541-1542.
- ROOZEBOOM, L., - 1984. Continuïteit van zorg. De verpleegkundige brug tussen eerste en tweede lijn. Rotterdam.
- ROTTERDAMSE KRUISVERENIGINGEN, - 1985. Informatiemap continuïteit van verpleegkundige zorg.
- SCIPPIO-BLUME, A.K., P. WILLEMS, - 1977. Zorgen om de nazorg. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Nijmegen.
- SCHMITZ, L., WERKGROEP SAMENWERKING WG/SAK, - 1985. Continuïteit in de praktijk. Amsterdam, De Bevrijding.
- SCHRAS, A., - 1971. Continuïteit van de verpleegkundige zorg. T. voor Ziekenhuisverpleging 24 (1971)9, p. 1045-1048.
- SCHREURS, M.L.M., - 1971. Continuïteit in de verpleegkundige zorg. T. voor Ziekenhuisverpleging 24 (1971), 9 p. 1049-1055.
- SOONS, P., E. VAN DER PUT, - 1985. De dienst continuïteit van zorg te Nijmegen. Nijmegen.
- SOREL, F.M., - 1982. De nazorg nagelaten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (1982) 12 p. 1295-1305.
- SUSANTE, A. VAN, - 1959. Samenwerking tussen ziekenhuisverpleegsters en wijkverpleegsters. Katholieke Gezondheidszorg 28 (1959) 8 p. 262-263.
- TIELROOY, E.C., -1985. Jaarverslag 1984 Dienst continuïteit van verpleegkundige zorg. Nijmegen.
- VERHAAK, P.F.M., J.T. VAN BUSSCHBACH en D. KORTENHOEVEN, - 1985. Behoeftte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. Utrecht, NIVEL.

- VERMEULEN, C.J., - 1973. Project nazorg ziekenhuispatiënten in de groepspraktijk Rhenen. Leidschendam, Ministerie van Volksgezondheid en Milieu.
- VERSCHUREN, M., - 1985. Selectiecriteria voor nazorg. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg.
- ZUIDERVAART, J. en H. LAMBERTS, - 1976. De nazorg van ziekenhuispatiënten. Huisarts en Wetenschap (1976) 19 p. 424-425.
- ZWOL, H. van, - 1972. De nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in Noord-Holland. Katholieke Gezondheidszorg 41 (1972) 7 p.327-331.

BIJLAGE I INTERVIEWSCHEMA

1. Introductie

- Voorstellen van de persoon en het NIVEL (waar nodig).
- Korte beschrijving van de onderzoeksplannen en de stand van zaken.
- Uiteenzetting van de bedoeling van dit interview.

2. Vragen

- Zijn er in uw provincie (regio, stad) verpleegkundigen continuïteit van zorg in dienst?
- Zo ja.
Hoeveel? In wat voor dienstverband (full-time, part-time).
- Zo nee
Zijn er dan functionarissen die onder andere speciaal met continuïteit van zorg belast zijn?
- Kunt u beschrijven hoe de overdracht van patiënten van en naar het ziekenhuis/verpleeghuis plaatsvindt?
- Sedert wanneer wordt op deze wijze gewerkt?
- Wordt gebruik gemaakt van overdrachtsformulieren?
- Met hoeveel ziekenhuizen en verpleeghuizen heeft u te doen?
- Worden de continuïteitsverpleegkundigen per district, per ziekenhuis of per patiëntencategorie?
- Vervullen naast continuïteitsverpleegkundigen andere functionarissen (zoals de hoofdwijkverpleegkundige) nog een taak?

3. Registratie

- Vindt in uw provincie (regio, stad) op enigerlei wijze registratie plaats omtrent de overdracht van patiënten?
- Worden deze gegevens vermeld in verslagen, jaarverslagen, rapporten, enzovoorts?
- Is er recentelijk onderzoek verricht in uw werkgebied?
- Zijn deze publikaties openbaar?

4. Afsluiting

- Kunt u mij deze verslagen toesturen, alsmede een blanco exemplaar van de in gebruik zijnde overdrachtsformulieren?
- Is het mogelijk om bij voorkomende gelegenheid weer contact met u op te nemen of is het beter dat dat met iemand anders gebeurt?

BIJLAGE II ASPECTEN VAN GEORGANISEERDE NAZORG PER DEELGEBIED

In deze bijlage bespreken we de in hoofdstuk 3 behandelde aspecten per deelgebied (=lidinstelling). Bij aspect 1. geven we bovendien het aantal ziekenhuizen (tussen haakjes het aantal erkende bedden), het aantal verpleeghuizen (tussen haakjes het aantal erkende bedden) en het aantal inwoners van het deelgebied per 1-1-'84. Deze gegevens geven enigszins een indicatie hoe omvangrijk het werkgebied van de continuïteitsverpleegkundige is of hoe omvangrijk het gebied is, zonder dat er een continuïteitsverpleegkundige werkzaam is. Onder 4. (positie continuïteitsverpleegkundige) respectievelijk 5. (positie hoofdwijkverpleegkundige) wordt beschreven wie de patiënten in het ziekenhuis voor nazorg selecteert, hoe de wijkverpleegkundige het overdrachtsformulier in bezit krijgt, welke overdrachtsformulieren er ten behoeve van de nazorg zijn en wie een kopie van het formulieren ontvangen.

Groningen

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 2 (100%, 50%)
Aantal ziekenhuizen : 7 (2926)
Aantal verpleeghuizen: 14 (1917)
Aantal inwoners : 561.500
2. **Start:** 1979
3. **Visie:** niet specifiek genoemd.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** De functionarissen spelen in het veld van de nazorg een (knelpunten) signalerende, voorlichtende, organisatorische en coördinerende rol. Daartoe onderhouden zij contact met (hoofd)wijkverpleegkundigen in de negen districten van Groningen (zie verder overleg). Voorlichting wordt gegeven aan ziekenhuizen, opleidingen en nieuwe aangenomen wijkverpleegkundigen. In het ziekenhuis selecteren hoofdverpleegkundigen of hoofden van afdeling de patiënten. Gegevens worden vastgelegd op het overdrachtsformulier. Er zijn formulieren ten behoeve van volwassen patiënten, kinderen en kraamzorg. Het ziekenhuis behoudt een kopie. Het origineel gaat rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige, zo mogelijk voor het ontslag. De huisarts en de continuïteitsverpleegkundige ontvangen een kopie.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** n.v.t.
6. **Overleg:** De continuïteitsverpleegkundigen voeren regelmatig over-

leg met ziekenhuisverpleging, hoofdwijkverpleegkundige en wijkverpleegkundigen. Daarnaast zijn er per ziekenhuis, met uitzondering van het academisch ziekenhuis, overleggroepen waar hoofd-wijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen aan deelnemen. Tweemaal per jaar overleggen de directies van de Groninger ziekenhuizen en de Provinciale Groninger Vereniging 'Het Groene Kruis'.

7. **Verwerking registratiegegevens:** Door continuïteitsverpleegkundigen worden de volgende gegevens geregistreerd en neergelegd in een jaarverslag: Ziekenhuis, polikliniek of verpleeghuis; percentage nazorgpatiënten; leeftijd en geslacht en woonplaats van de patiënt en de hulpvraag;
8. **Ontwikkelingen:** niet genoemd.

Friesland

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 2 (100%), 100%).
Aantal ziekenhuizen : 9 (2396)
Aantal verpleeghuizen: 17 (2250)
Aantal inwoners: 597.200
2. **Start:** 1979.
3. **Visie:** Men is in Friesland voorstander van overdracht van zorg door middel van een korte, directe communicatielijn tussen wijkverpleegkundige en ziekenhuisverpleging. Zolang echter de ziekenhuizen nazorg niet als een voor de hand liggend verlengstuk in de verpleging ziet, blijft een intermediair als continuïteitsverpleegkundige noodzakelijk.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** Contact te onderhouden met de ziekenhuizen in de provincie. Regelmatig bezoeken van afdelingen van de ziekenhuizen om de selectie van patiënten met hoofdverpleegkundige te verrichten. Hoofdverpleegkundigen en continuïteitsverpleegkundigen maken de selectie. De ziekenhuizen bellen bij ontslag van een patiënt de continuïteitsverpleegkundige, waarop laatstgenoemde telefonisch contact opneemt met de desbetreffende wijkverpleegkundige. Het overdrachtsformulier gaat rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige. Het Groninger model wordt gebruikt.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** n.v.t
6. **Overleg:** Belangrijkste vorm van overleg is die tussen continuïteitsverpleegkundige en hoofdverpleegkundige over de selectie(criteria).
7. **Verwerking registratiegegevens:** Op basis van kopieën van het

overdrachtsformulier wordt jaarlijks een overzicht gemaakt van leeftijd van de patiënt, diagnose en hulpvraag (in termen van curatief, preventief). Daarnaast zijn er de maandrapporten van de ziekenhuizen met als belangrijkste gegeven het aantal patiënten dat in zorg is gegeven aan de wijkverpleging.

- 8. Ontwikkelingen:** De manier van werken omtrent de nazorg verloopt niet geheel naar wens in Friesland. Daarom is een projectgroep geformeerd door de Provinciale Friese Kruisvereniging die in de loop van 1986 met een advies over eventuele reorganisatie zal komen.

Drente .

- 1. Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 0

Aantal ziekenhuizen : 5 (1436)

Aantal verpleeghuizen: 10 (1428)

Aantal inwoners : 427.300

- 2. Start:** 1986 (zie Ontwikkelingen).

- 3. Visie:** niet specifiek genoemd.

- 4. Positie continuïteitsverpleegkundige:** niet van toepassing.

- 5. Positie hoofdwijkverpleegkundige:** Zij onderhoudt contact met het ziekenhuis in haar werkgebied. In Drente is de nazorg per ziekenhuis verschillend georganiseerd. In het algemeen vindt selectie plaats door de ziekenhuisverpleging en wordt de (hoofd)wijkverpleegkundige door middel van het formulier op de hoogte gesteld. Er zijn meerdere overdrachtsformulieren in omloop. Gebruik wordt gemaakt eigen modellen (voor volwassenen, kinderen en kraamzorg), van het model uit West-Overijssel en het Groninger model. Dit laatste model tracht men in heel Drente in te voeren. Veel patiënten zijn afkomstig uit ziekenhuizen uit Groningen. Hun overdracht wordt door de continuïteitsverpleegkundige uit die provincie geregeld.

- 6. Overleg:** Er vindt geen gestructureerd overleg plaats, anders dan tussen hoofdwijkverpleegkundigen en 'haar' ziekenhuis.

- 7. Verwerking registratiegegevens:** De overdrachtsformulieren worden door de tien regionale verenigingen (Erkende kruisorganisaties) verzameld. Alleen in Meppel wordt een continue registratie verricht omtrent de nazorg aan patiënten uit het ziekenhuis aldaar. Men maakt een kwartaal-overzicht met de volgende items: leeftijd, geslacht en woonplaats van de patiënt, het nazorgpercentage, de afdeling en de diagnose.

- 8. Ontwikkelingen:** In 1985 is een projectgroep werkzaam geweest om

de georganiseerde nazorg te onderzoeken en een advies voorverbetering uit te brengen. Zodra financieel mogelijk, zal een continuïteitsverpleegkundige aangesteld worden die niet alleen ten dienste van de wijkverpleging, maar ook van de gezinszorg zal staan. Eén van haar taken zal de uniformering van informatieoverdracht zijn.

West-Overijssel

- 1. Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 1 (60%).
Aantal ziekenhuizen : 7 (2264)
Aantal verpleeghuizen: 9 (1144)
Aantal inwoners : 527.800
- 2. Start:** 1979.
- 3. Visie:** niet specifiek genoemd.
- 4. Positie continuïteitsverpleegkundige:** Het optimaliseren van de communicatie tussen ziekenhuis- en wijkverpleging, het signaleren van knelpunten en het initiatief nemen tot oplossing ervan. De ziekenhuisverpleging selecteert en brengt de wijkverpleegkundige zo spoedig mogelijk door middel van het overdrachtsformulier op de hoogte. Er zijn formulieren voor volwassenen, kinderen en kraamzorg. Een kopie blijft in het ziekenhuis en één kopie gaat naar de huisarts.
- 5. Positie hoofdwijkverpleegkundige:** n.v.t.
- 6. Overleg:** Per ziekenhuis is er een werkcommissie, waarin afdelingshoofden, hoofden van dienst, hoofdwijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en de continuïteitsverpleegkundige zitting hebben. Concrete overdrachtssituaties, knelpunten, nieuwe ontwikkelingen en dergelijke komen aan de orde. Op regionaal niveau fungeert een beleidscommissie. Daarin hebben zitting: stafleden van ziekenhuizen, verpleegkundig directeuren, stafleden van het kruiswerk en de continuïteitsverpleegkundige. Zoals de naam al aangeeft, gaat het met name om beleidsvoorbereiding.
- 7. Verwerking registratiegegevens:** Elk ziekenhuis verzorgt een jaaroverzicht, waarin alleen het aantal overdrachten aan de wijkverpleging wordt vermeld.
- 8. Ontwikkelingen:** niet genoemd.

Twente

- 1. Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 4 (100%, 80%, 75%, 50%).
Aantal ziekenhuizen : 5 (2576)

Aantal verpleeghuizen: 12 (1517)

Aantal inwoners : 514.300

2. **Start:** 1974.
3. **Visie:** In Twente hanteert men een visie op nazorg die uniek is. Niet alleen wordt aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige met een uitgebreide op uitvoering van nazorg gerichte taakstelling noodzakelijk geacht, maar ook acht men zich als kruisvereniging direct verantwoordelijk voor de selectie van patiënten en de overdracht van zorg.
4. **Postitie continuïteitsverpleegkundigen:** Het mede selecteren van patiënten, het toezien op en evalueren door middel van overleg van de gang van zaken, het geven van voorlichting aan ziekenhuisverpleging over het werk van wijkverpleegkundigen en omgekeerd en het geven van klinische lessen (deskundigheidsbevordering) aan wijkverpleegkundigen. De continuïteitsverpleegkundigen zijn gedetacheerd in de vier grote ziekenhuizen te Enschede, Almerlo en Hengelo. Selectie van patiënten vindt plaats door ziekenhuisverpleging en continuïteitsverpleegkundige. (In de Enschedese ziekenhuizen doet alleen de ziekenhuisverpleging de selectie). Het overdrachtsformulier gaat via de continuïteitsverpleegkundigen, die de inhoud in het formulier controleert op "informatiekwaliteit" naar de wijkverpleegkundige. In spoedgevallen wordt de zorg alvast telefonisch door de continuïteitsverpleegkundige aan de wijkverpleegkundige overgedragen. Er zijn formulieren ten behoeve van volwassenen, kinderen en kraamzorg. Kopieën gaan naar het ziekenhuis, de continuïteitsverpleegkundige en de huisarts. Bij overdracht van zorg van patiënten uit verpleeghuizen is de continuïteitsverpleegkundige geen intermediair.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** Voor het (basis)ziekenhuis is in Oldenzaal, is de hoofdwijkverpleegkundige de direct aanspreekbare persoon. Alle hoofdwijkverpleegkundigen zijn nauw betrokken bij de (altijd plaatsvindende) terugrapportage aan de continuïteitsverpleegkundige en het ziekenhuis omtrent de verleende nazorg.
6. **Overleg:** De continuïteitsverpleegkundigen overleggen met elkaar over beleidskwesties en praktische problemen, met hoofdwijkverpleegkundigen en districtsverpleegkundigen over (problemen bij) de inhoud van de nazorg. Op beleidsniveau is er overleg tussen afdelingshoofden en hoofden verpleegkundige dienst van de Erkende Kruisorganisaties.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Door de administratieve krachten van de continuïteitsverpleegkundigen wordt het nazorgpercentage

per specialisme berekend, alsmede de afdeling, het aantal verpleegdagen, de hulpvraag, de basiseenheid, tot welke de patiënt behoort, de inhoud van de zorg en de leeftijd van de patiënt geregistreerd. Ook de kwaliteit van de informatie-overdracht wordt beoordeeld. Dit cijfermateriaal wordt opgenomen in een jaarverslag.

8. Ontwikkelingen: niet genoemd.

Flevoland

1. Aantal continuïteitsverpleegkundigen: 0.

Aantal ziekenhuizen : 1 (252)

Aantal verpleeghuizen: 0 (0)

Aantal inwoners : 111.200

2. **Start:** 1979. (Tot 1981 was Flevoland onderdeel van de Kruisvereniging West-Overijssel).
3. **Visie:** Nazorg is in deze provincie geheel een zaak van ziekenhuis- en wijkverpleging. Men is van mening dat optimale communicatie alleen kan plaatsvinden bij rechtstreeks contact tussen de uitvoerende hulpverleners.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** niet van toepassing.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** Hoofdverpleegkundigen selecteren. De wijkverpleegkundige wordt telefonisch op de hoogte gebracht van het ontslag van de patiënt, het overdrachtsformulier volgt. Er wordt in Flevoland gebruik gemaakt van een formulier dat alleen aan de wijkverpleegkundige wordt gezonden (het ziekenhuis behoudt een kopie). Daar in Flevoland alle wijkverpleegkundigen in gezondheidscentra werken, zijn huisarts en ook andere hulpverleners vaak bij (het overleg) over de nazorg betrokken.
6. **Overleg:** Met de ziekenhuizen in Emmeloord en Kampen vindt eenmaal per jaar overleg plaats over de algemene gang van zaken rond nazorg tussen ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Alleen in het Wijkadministratiesysteem wordt geregistreerd of de patiënt via het ziekenhuis in zorg is gekomen.
8. **Ontwikkelingen:** Aan het eind van de jaren tachtig zal het Burgerziekenhuis uit Amsterdam naar Almere verhuizen. Daarbij wil men eerste lijn en tweede lijn zoveel mogelijk integreren. Dit heeft ook effect op de organisatie van nazorg. Nu reeds is er overleg tussen de Kruisvereniging Flevoland en het ziekenhuis over de wijze van organisatie. Daarbij maakt men gebruik van de ervaringen die men opgedaan heeft met de al gevestigde buitenpolikliniek

in Almere en het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad. De inschatting is dat wel duidelijke afspraken gemaakt zullen worden omtrent de wijze van overdracht, maar dat niet aparte functionarissen zullen worden aangesteld om de nazorg te structureren.

Gelderland

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 1 (100%).
Aantal ziekenhuizen : 24 (5932).
Aantal verpleeghuizen: 45 (5439).
Aantal inwoners : 1.501.800.
2. **Start:** 1979.
3. **Visie:** niet specifiek genoemd.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** Het opzetten en uitdiepen van de samenwerking tussen wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen; het afstemmen van de zorgverlening op de zorgbehoefte (in zijn algemeenheid); het signaleren en (mede)oplossen van knelpunten; het signaleren van nieuwe ontwikkelingen en beleidsvoorbereiding. Selectie wordt gedaan door de ziekenhuisverpleging; het overdrachtsformulier gaat rechtstreeks van ziekenhuis naar wijkverpleegkundige. Hetzij per post, hetzij wordt het formulier aan de patiënt meegegeven. Ook in Gelderland zijn er formulieren van volwassenen, kinderen en kraamzorg. Alleen de wijkverpleegkundige ontvangt echter het overdrachtsformulier (een kopie blijft in het ziekenhuis). Voor heel Gelderland geldt dat steeds vaker de wijkverpleegkundige eerst telefonisch van de overdracht op de hoogte wordt gebracht.
5. **Positie Hoofdwijkverpleegkundige:** n.v.t.
6. **Overleg:** Per ziekenhuis of per twee ziekenhuizen fungeert een werkgroep waarin coördinerende hoofden van het ziekenhuis de hoofdwijkverpleegkundige en wijkverpleegkundigen deelnemen. Aan de orde komen: selectiecriteria, knelpunten en concrete overdrachtssituaties. Er zijn tien werkgroepen.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Er vindt geen registratie plaats.
8. **Ontwikkelingen:** In 1985 hebben de continuïteitsverpleegkundigen contact gezocht met poliklinieken en verpleeghuizen. Ten aanzien van deze instellingen wil men, eventueel door formering van werkgroepen, tot structurering van nazorg komen.

Nijmegen

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 1 (100%).
2. **Starts:** 1973.
3. **Visie:** Niet specifiek genoemd.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** Overdrachtsformulieren die zij van de ziekenhuizen ontvangt, doorsturen naar de wijkverpleegkundigen; selecteren patiënten voor nazorg in de verpleeghuizen en, ten aanzien van de nazorg aan ziekenhuispatiënten, het vervullen van een controlerende, evaluerende rol. Voorlichting geven aan opleidingen. In ziekenhuizen wordt de selectie sinds enige tijd door de ziekenhuisverpleging zelf gedaan (tot in 1984 was de continuïteitsverpleegkundige bij de selectie aanwezig). Het overdrachtsformulier gaat naar de continuïteitsverpleegkundige die na controle op kwaliteit van de informatie het formulier naar de wijkverpleegkundige stuurt. Er zijn formulieren voor volwassenen, kinderen en kraamzorg. Naast ziekenhuis, continuïteitsverpleegkundige en natuurlijk de wijkverpleegkundige, ontvangt de huisarts een kopie.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** n.v.t.
6. **Overleg:** De continuïteitsverpleegkundige voert regelmatig overleg met het Radboudziekenhuis en het Canisius-Wilhelmina ziekenhuis over praktische problemen en opname en ontslagbeleid in het algemeen.
7. **Verwerking registratiegegevens:** In het jaarverslag van de Dienst Continuïteit van Verpleegkundige Zorg wordt alleen het aantal verzonden overdrachtsformulieren per ziekenhuis vermeld.
8. **Ontwikkelingen:** niet genoemd.

Utrecht

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 0
Aantal ziekenhuizen : 20 (5483)
Aantal verpleeghuizen: 22 (2925)
Aantal inwoners: 929.400
2. **Start:** 1979.
3. **Visie:** niet specifiek genoemd.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundigen:** niet van toepassing. De functie van continuïteitsverpleegkundige is per 1-1-86 verdwenen.
5. **Positie Hoofdwijkverpleegkundigen:** In de stad Utrecht is een hoofdwijkverpleegkundige van een aantal andere taken vrijgesteld om te werken aan een nieuwe structuur voor de nazorg. In deze structuur zal de hoofdwijkverpleegkundige contact onderhouden met

het ziekenhuis in haar werkgebied (zie overleg). Buiten de stad wordt reeds op deze wijze gewerkt. Taakstelling is het goed laten verlopen van de informatieoverdracht en de overdracht van zorg en het in overleg treden met het ziekenhuis bij problemen. Hoofdverpleegkundigen selecteren voor nazorg. Bij spoedeisende zaken wordt telefonisch contact opgenomen met de wijkverpleegkundige (Er is een bereikbaarheidslijst in alle ziekenhuizen aanwezig), maar normaliter wordt een overdrachtsformulier ingevuld en liefst voor ontslag naar alleen de wijkverpleegkundige gestuurd of meegegeven aan de patiënt; het ziekenhuis behoudt een kopie. Er is in Utrecht één type overdrachtsformulier.

6. **Overleg:** Hoofdwijkverpleegkundigen en ziekenhuisverdeling zullen, nu de organisatie van de nazorg zich wederom in een startfase bevindt, regelmatig over de opzet en uitwerking van de nazorg overleggen. Het ligt in de bedoeling dat er een gestructureerde overlegsituatie gecreëerd wordt, waarin de samenwerking kruiswerk-ziekenhuis in het algemeen aan de orde komen.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Er wordt geen registratie verricht.
8. **Ontwikkelingen:** Niet genoemd.

Noord-Holland

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 0

Aantal ziekenhuizen : 27 (8139)

Aantal verpleeghuizen: 32 (4964)

Aantal inwoners : 1.313.300

2. **Start:** 1979

3. **Visie:** Na afloop van het 'Praeventiefonds-project' zijn de werkzaamheden van de nazorgfunctionarissen afgebouwd.

Hier ligt de visie aan ten grondslag dat als eenmaal de communicatie gekanaliseerd is, de ziekenhuisverpleegkundigen en (hoofd-)wijkverpleegkundigen zelf de kwaliteit van de communicatie in stand dienen te houden.

4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** niet van toepassing.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** Voor het kruiswerk is de provincie gedeeld in vier segmenten. Per segment onderhoudt een hoofdwijkverpleegkundige contact met de in het segment liggende ziekenhuizen (zie verder Overleg). De ziekenhuisverpleging selecteert de patiënten voor nazorg. Het overdrachtsformulier wordt rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige gezonden. Er zijn meerdere formulieren in omloop; over het algemeen hanteert men één

formulier voor zowel volwassenen, kinderen als kraamzorg. Het ziekenhuis behoudt een kopie en de huisarts ontvangt er een. In Noord-Holland wordt een apart formulier gehanteerd voor CARA-patiënten. Dit vanwege de speciale aandacht die op het moment besteed wordt ten aanzien van de nazorg aan deze patiëntencategorie. Het aantal overdrachten per telefoon neemt toe.

6. **Overleg:** Rond de ziekenhuizen zijn werkgroepen geformeerd waarin ziekenhuisverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen zitting hebben. Tijdens de vergaderingen komen (de hantering van) selectiecriteria, knelpunten en lopende of eventueel te verrichten experimenten aan de orde. Op beleidsniveau fungeert een stuurgroep met daarin hoofdwijkverpleegkundigen, directie en afdelingshoofden van ziekenhuizen en verpleeghuizen.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Per segment wordt op basis van het overdrachtsformulier het volgende vastgelegd: leeftijd van de patiënt, afdeling, ziekenhuis of verpleeghuis, diagnose en hulpvraag. Er worden maand, kwartaal en jaaroverzichten gemaakt.
8. **Ontwikkelingen:** Omdat, zoals gezegd, het aantal telefonische overdrachten sterk toeneemt, is men in januari 1986 gestart met een registratie via het Wijkadministratie Systeem in het segment Haarlem e.o. Zodoende kan de wijkverpleegkundige alle overdracht registreren. Invoering van dit registratiesysteem in de overige segmenten wordt bij het slagen van het experiment, overwogen.

Amsterdam

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 0
Aantal ziekenhuizen : 20 (5811)
Aantal verpleeghuizen: 20 (3591)
Aantal inwoners : 994.100
2. **Start:** 1974
3. **Visie:** De Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen voert geen actief beleid op het gebied van de nazorg. Per basiseenheid (centraal dus) is de nazorg gestructureerd. Dit tekent de visie in Amsterdam zoals die sinds het opheffen van de Nazorgdienst in 1974 gehanteerd wordt: Goede communicatie en goede samenwerking in een zaak van uitvoerende werkers.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** niet van toepassing.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** Als vertegenwoordiger van de basiseenheid treedt zij waar nodig in contact met het ziekenhuis in haar wijk. Er bestaat een centrale intake (Dienst Bereikbaarheid) in Amsterdam. Amsterdam telt vele intramurale instellingen

en niet elke patiënt gaat naar de instelling in zijn of haar wijk. De taak van de Dienst Bereikbaarheid is een puur administratieve. Hoofdverpleegkundigen selecteren. Het overdrachtformulier wordt ofwel rechtstreeks naar de basiseenheid gezonden ofwel naar de Dienst Bereikbaarheid. Er zijn in Amsterdam meerdere modellen in omloop. Het formulier dat gebruikt dient te worden als de patiënt via de centrale intake in zorg wordt gegeven, is meer een vragenlijst, waarin een aantal algemene zaken aan de orde komt. Dit formulier is er voor alle patiënten en wordt in enkelvoud verstuurd.

De formulieren die in de diverse basiseenheden gebruikt worden, zijn wel echte overdrachtsformulieren. Er zijn formulieren voor volwassenen, kinderen en kraamzorg en kopieën voor ziekenhuis en huisarts.

6. **Overleg:** Bij voorkomende gelegenheid treedt de hoofdwijkverpleegkundige in overleg met de (hoofd)verpleegkundigen van het ziekenhuis in haar wijk. In sommige basiseenheden is dit overleg wat meer gestructureerd.
7. **Verwerking registratiegegevens:** In Amsterdam wordt geen registratie verricht, behalve in de zogenaamde Zuidoostlob (zie onder).
8. **Ontwikkelingen:** Als vervolg op activiteiten van de Werkgroep Samenwerking Wilhelmina-Gasthuis - Stichting Amsterdamse Kruisvereniging is een project gestart in de Zuidoostlob van Amsterdam, rond het Academisch Medisch Centrum (AMC). Doel van het project is het optimaliseren van de samenwerking omtrent nazorg tussen ziekenhuis en wijkverpleging. Onderdeel van dit project is een uitgebreide registratie (exacte inhoud van de registratie is onbekend).

Zuid-Holland

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 5 (100%, 50%, 50%, 50%, 50%)
Aantal ziekenhuizen : 30 (10016)
Aantal verpleeghuizen: 61 (9082)
Aantal inwoners : 2.113.700
2. **Start:** 1979
3. **Visie:** De Provinciale Kruisvereniging wil mettertijd, ter verkorting van de communicatielijnen, de taken van de continuïteitsverpleegkundigen overhevelen naar de hoofdwijkverpleegkundigen. De functie van continuïteitsverpleegkundige zal verdwijnen. Dit is echter iets wat op lange termijn moet plaatsvinden; met de zie

kenhuizen is er nu regelmatig contact, maar men is nog doende contact te leggen met de verpleeghuizen.

4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** Het totstandbrengen van overleg tussen ziekenhuis en wijkverpleging; het onderhouden van dit overleg; het signaleren van knelpunten en (mede) oplossen ervan in hun district. De half-time continuïteitsverpleegkundigen zijn full-time in dienst bij de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland. Het andere deel van hun dienstverband betreft algemene zaken (soort VAD). De ziekenhuisverpleging selecteert, het overdrachtsformulier gaat rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige of wordt meegegeven aan de patiënt. Er zijn meerdere overdrachtsformulieren in omloop. Over het algemeen worden formulieren gebruikt voor volwassenen/kinderen enerzijds en kraamzorg anderzijds. Kopieën gaan naar het ziekenhuis, huisarts en continuïteitsverpleegkundige. Bij spoedeisende gevallen kan een meer gecompliceerde verpleegtechnische hulpvraag het ziekenhuis de overdracht alvast telefonisch regelen (er zijn bereikbaarheidslijsten in alle ziekenhuizen).
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** n.v.t.
6. **Overleg:** De continuïteitsverpleegkundigen overleggen regelmatig met de hoofdwijkverpleegkundigen over de algemene gang van zaken in het district. Er zijn werkgroepen, waarin ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen zitten om regelmatig de gevolgde werkwijze te bespreken en te evalueren en er zijn overlegsituaties die een meer beleidsmatig karakter hebben en die zich afspelen tussen hoofdwijkverpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Bij de Sociaal Medische Dienst van de Provinciale Vereniging wordt alleen het aantal contacten dat de continuïteitsverpleegkundige met de hoofdwijkverpleegkundige heeft geregistreerd. Dit heeft dus niets te maken met de nazorg op zich.
8. **Ontwikkelingen:** In delen van Zuid-Holland wordt het nieuwe Rotterdamse model van het overdrachtsformulier gebruikt. Men tracht dit model in heel Zuid-Holland in te voeren omdat het qua inhoud en volgorde van items aansluit op het Wijkadministratiesysteem. Dit zou de registratie-mogelijkheden verbreden.

Rotterdam

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 1 (100%)
Aantal ziekenhuizen : 14 (4680)
Aantal verpleeghuizen: 17 (2929)

Aantal inwoners : 1.025.500

2. **Start:** 1979.
3. **Visie:** Ook in Rotterdam wil men te zijner tijd de taken van de continuïteitsverpleegkundige onderbrengen bij de hoofdwijkverpleegkundige.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** Wegens langdurige ziekte van haar voorganger, is het takenpakket van de huidige continuïteitsverpleegkundige er in eerste instantie op gericht de in het verleden gemaakte afspraken tussen de twaalf ziekenhuizen en wijkverpleging nieuw leven in te blazen. Daarnaast houdt zij zich bezig met het optimaliseren van de communicatie, het signaleren van knelpunten en het geven van voorlichting in ziekenhuizen en aan opleidingen. Selectie wordt door de ziekenhuisverpleging gedaan. Het overdrachtsformulier wordt rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige gezonden of meegegeven aan de patiënt. Er zijn formulieren voor volwassenen, kinderen en kraamzorg. Een kopie blijft in het ziekenhuis, een kopie gaat naar de continuïteitsverpleegkundige. (De huisarts ontvangt niet meer een kopie, omdat de overdracht van informatie aan de huisarts een zaak van de specialist geacht wordt). Bij spoedeisende en meer gecompliceerde gevallen kan de overdracht eerst telefonisch geregeld worden.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** n.v.t.
6. **Overleg:** Tweemaal per jaar overlegt de continuïteitsverpleegkundige met de directies van ziekenhuizen en verpleeghuizen over het beleid ten aanzien van nazorg.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Het nieuwe formulier sluit aan op het Wijkadministratiesysteem. In het WAS is bij 'aanmelding via' te zien hoe de patiënt in zorg is gekomen. Voor het overige zijn algemene patiëntgegevens opgenomen alsmede de zorg die de wijkverpleegkundige verleent.
8. **Ontwikkelingen:** niet genoemd.

Zeeland

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 0
Aantal ziekenhuizen : 9 (1532)
Aantal verpleeghuizen: 9 (1245)
Aantal inwoners : 355.500
2. **Start:** niet duidelijk aan te geven.
3. **Visie:** niet specifiek genoemd.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundige:** niet van toepassing.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** Zij onderhoudt contact met het

ziekenhuis in haar basiseenheid. Per basiseenheid verschilt de taakstelling (zie verder Selectie en overdracht). Over het algemeen wordt de selectie van patiënten door de ziekenhuisverpleging gedaan. In sommige gevallen verleent de hoofdwijkverpleegkundige hierbij assistentie. Het overdrachtsformulier gaat ofwel rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige ofwel naar de hoofdwijkverpleegkundige, die daarmee een soort postbusfunctie vervult. Er zijn formulieren voor volwassenen, kinderen en kraamzorg. Ook de huisarts ontvangt een kopie. Bij spoedeisende gevallen wordt meestal telefonisch contact opgenomen met de hoofdwijkverpleegkundige van de basiseenheid van de patiënt. Naast overdracht uit de Zeeuwse ziekenhuizen, komen ook veel patiënten uit Rotterdam ziekenhuizen bij de wijkverpleging in zorg. Hun overdracht wordt begeleid door de continuïteitsverpleegkundige van het districts-bureau Dordrecht van de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland.

6. **Overleg:** In sommige basiseenheden voert de hoofdwijkverpleegkundige regelmatig overleg met de ziekenhuisverpleging. De intensiteit van het overleg hangt af van de mate waarin zich problemen voordoen.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Alleen in de basiseenheid Hulst wordt een registratie verricht. Naam en adres van de patiënt, de ontslagdatum en de datum van ontvangst van het overdrachtsformulier van de afdeling van het ziekenhuis aldaar worden vastgelegd.
8. **Ontwikkelingen:** niet genoemd.

Noord-Brabant

1. **Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 1 (20%).
Aantal ziekenhuizen : 26 (9076)
Aantal verpleeghuizen: 48 (5575)
Aantal inwoners : 2.103.000
2. **Start:** 1979.
3. **Visie:** niet specifiek genoemd.
4. **Positie continuïteitsverpleegkundigen:** Het verbeteren van de communicatie tussen ziekenhuis en wijkverpleging en het deelnemen in de diverse overlegsituaties. Zij is de laatste van drie continuïteitsverpleegkundigen die vanaf 1979 de nazorg gestructureerd hebben. De overgebleven functionaris is in dienst van de regionale vereniging Tilburg. De taken en activiteiten zijn in de overige delen van de provincie overgedragen aan de hoofdwijkverpleegkundigen en aan de Hoofden Wijkzorg.
5. **Positie hoofdwijkverpleegkundige:** contact onderhouden met de

ziekenhuizen door middel van het deelnemen in overlegsituaties (zie 6. Overleg). De selectie wordt verricht door de ziekenhuisverpleging. Het overdrachtsformulier gaat of rechtstreeks naar de wijkverpleegkundige of via de regionale kruisvereniging. Er zijn meerdere modellen in omloop, onder andere het Zeeuwse en het Nijmeegse model. Er zijn formulieren voor volwassenen, kinderen en kraamzorg en veelal ontvangt de huisarts een kopie. In de regio Breda krijgt de patiënt zelf het origineel.

- 6. Overleg:** Rond één of meerdere ziekenhuizen zijn werkgroepen geformeerd met daarin wijkverpleegkundigen, hoofdwijkverpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen.

Onderwerpen van gesprek zijn knelpunten in de overdracht, nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de verpleegkunde en dergelijke. Op beleidsniveau fungeert het Gestructureerd Regionaal Overleg (GRO). Hierin hebben zitting: Verpleegkundigen in Algemene Dienst, directie en het Hoofd Wijkzorg van de regionale vereniging.

- 7. Verwerking registratiegegevens:** Nazorg is er per regionale vereniging gestructureerd. Zo er al enige vorm een registratie plaatsvindt, wordt dit op regionaal niveau gedaan. Sommige regionale verenigingen zijn nog min of meer in oprichting (voorlopig als EKO erkend) en het Wijkadministratiesysteem bevindt zich een start-fase. Al met al is niet duidelijk of, waar en hoe geregistreerd wordt.

- 8. Ontwikkelingen:** niet genoemd.

Limburg

- 1. Aantal continuïteitsverpleegkundigen:** 3 (100%, 100%, 50%).

Aantal ziekenhuizen : 14 (5341)

Aantal verpleeghuizen: 21 (3404)

Aantal inwoners : 1.083.600

- 2. Start:** 1979.

- 3. Visie:** niet specifiek genoemd.

- 4. Positie continuïteitsverpleegkundige:** Het stimuleren, coördineren en begeleiden van activiteiten op het gebied van de continuïteit van zorg. Daartoe wordt onder andere contact onderhouden met en tussen (hoofd)wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleging. De continuïteitsverpleegkundigen werken ieder in een deel van Limburg met drie of vier ziekenhuizen. De ziekenhuisverpleging selecteert. Men is doende één, nieuw overdrachtsformulier, waar mee

geëxperimenteerd is in Maastricht, in te voeren in heel Limburg. Het formulier wordt al gebruikt in Maastricht en Noord-Limburg. Dit formulier is evenwel als voorzorg- en nazorgformulier erg geschikt voor de overdracht van volwassen patiënten, kinderen en kraamzorg. Een kopie blijft achter in het ziekenhuis, terwijl het origineel gestuurd wordt naar de hoofdwijkverpleegkundige van de betreffende regionale kruisvereniging. Deze registreert enkele gegevens (zie Registratie) en geeft het vervolgens door aan de wijkverpleegkundige. Bij spoedeisende gevallen kan het ziekenhuis telefonisch contact opnemen met de wijkverpleegkundige voordat de patiënt ontslagen wordt. Het formulier dient op de dag dat de patiënt weer thuis is, bij de wijkverpleegkundige te zijn. De normale gang van zaken is dat het formulier één à twee dagen na ontslag bij de wijkverpleegkundige arriveert.

5. **Positie hoofdwijkverpleegkundigen:** n.v.t
6. **Overleg:** De continuïteitsverpleegkundigen hebben enerzijds onderling overleg en anderzijds overleg met de (hoofd)wijkverpleegkundigen in hun district. Het overleg spitst zich toe op problemen bij de overdracht.
7. **Verwerking registratiegegevens:** Per district zijn er kleine verschillen, maar geregistreerd wordt: leeftijd van de patiënt, de afdeling waar de patiënt opgenomen is geweest, de diagnose en de hulpvraag. De gegevens wordt verwerkt in maand- en jaaroverzichten.
8. **Ontwikkelingen:** niet genoemd.

BIJLAGE III OVERDRACHTSFORMLIEREN

Deze bijlage bevat van elk deelgebied een kopie van het overdrachtsformulier dat voor volwassen patiënten wordt gebruikt. Van de provincie Groningen zijn alle overdrachtsformulieren opgenomen; te weten: het verzorgingsformulier, het overdrachtsformulier van volwassen patiënten, voor kinderen, voor kraamzorg en voor poliklinisch behandelde patiënten en het terugrapportage formulier. Op de kopieën staat aangegeven tot welk deelgebied het formulier behoort en wie een doorslag van het formulier ontvangt. Hieronder wordt daarvan een overzicht gegeven.

Bestemming van (kopieën van) overdrachtsformulieren voor volwassen patiënten per deelgebied*.

	wijkverpleging	ziekenhuis	continuïteits- verpleegkundige	huisarts	overigen
Groningen	x	x	x	x	
Friesland	zie groningen				
Drente	zie groningen (Het 'Groninger model' wordt waarschijnlijk in 1986 integraal ingevoerd.)				
West-Overijssel	x	x		x	
Twente	x	x	x	x	
Flevoland	x				
Gelderland	x	x			
Nijmegen	x	x	x	x	
Utrecht	x	x			
Noord-Holland*	x	x			
Amsterdam*	Het formulier t.b.v. de centrale intake gaat van de 'Dienst Bereikbaarheid'.				
Zuid-Holland*	x	x	x	x	
Rotterdam	x	x	x		
Zeeland	x	x		x	
Noord-Brabant*	x	x			cliënt
Limburg*	x	x			

In de met * gemerkte deelgebieden zijn meerdere modellen van overdrachtsformulieren in omloop. Voor Noord-Holland en Zuid-Holland is het algemene overdrachtsformulier genomen. Voor Amsterdam het formulier t.b.v. de centrale intake. Voor Noord-Brabant het (nieuwe) overdrachtsformulier dat gebruikt wordt in het district Breda en voor Limburg het 'Maastrichten' formulier dat waarschijnlijk in heel Limburg zal worden ingevoerd.

"NAZORGDIENST"

VAN DE 3 AMSTERDAMSE KRUISVERENIGINGEN - TELEFOON (020) 17 57 10

ONTSLAGFORMULIER

Ziekenhuis

VOOR DE HUISARTS / MEDISCH HOOFD NAZORG / ZIEKENHUIS

L.S.

Uw patiënt(e)

Kruisver.:	
Oranje-Gr. (prot.chr.)	<input type="checkbox"/>
Groen (algemeen)	<input type="checkbox"/>
Wit-Geel (r.k.)	<input type="checkbox"/>

is op de afdeling opgenomen geweest en op 19 ..
 uit het ziekenhuis ontslagen: naar huta naar verpl.tehuis naar bej.tehuis naar revalid.oord
 in het ziekenhuis overleden

Aantekeningen van de hoofdverpleegster verpleegkundige verzorging

a.u.b. stevig schrijven met
ballpoint op harde ondergrond

{ patiënt(e) is incontinent voor: urine faeces
 andere omstandigheden die nazorg wenselijk maken:
 de geestelijke toestand van de patiënt(e):

	ja	nee		ja	nee		ja	nee
patiënt(e) kan: zich aan- en uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zelf eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	naar toilet gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zich wassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
bewegingsoefeningen voorgeschreven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
poliklinische nabehandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bij Dr.					

voor deze pat.(e) werd de medewerking ingeroepen van:
 GGGD verpl.maatsch.w. zkhs. maatsch.w. bedrijfsmaatsch.w. het algemeen maatsch.w.
 in verband met: huish. hulp „tafeltje dek je” e.a. voorzieningen

diagnose:
 de behandeling bestond uit:
 therapie bij ontslag
 medicijnen:
 dieet:
 overige adviezen t.b.v. pat.(e):

Handtekening

.....
 wel niet
 nazorg noodzakelijk

* a.v.p. steeds in vakje aankruisen wat aan de orde is

KONTINUÏTEIT ZORG WIJKVERPLEGING - ZIEKENHUIS/VERPLEEGHUIS/ANDERE INSTELLING

VOORZORGFORMULIER	GRONINGEN FRIESLAND DRENTE	1 exemplaar ziekenhuis/verpleeghuis/andere instelling (in duplo)
Naam wijkverpleegkundige		Naam patient:
Tel.:		Adres:
Bereikbaar van: uur tot uur		Woonplaats:
Opnamedatum patient:		Geboortedatum: Tel.:
		Huisarts: Tel.:

Gezinssamenstelling:

Woonsituatie:

Medicamenten:

Dieet/eetgewoonten:

Lichamelijke konditie + ADL-functies:

Hulpmiddelen/aanpassingen: aanwezig/niet aanwezig/aangevraagd*

Welke:

Verpleging/zorgverlening bestaat uit:

Frequentie verpleging/zorgverlening:

Eventuele aandachtspunten t.a.v. de verpleging/zorgverlening:

Personen of instanties die ook bij de hulpverlening zijn betrokken:

Eventuele vragen/opmerkingen vanuit de wijkverpleging:

Eventuele mogelijkheden na het ontslag:

Bovengenoemde wijkverpleegkundige ontvangt graag voor/gelijktijdig met het ontslag van de patient een nazorgformulier: ja/nee*

Patiënt/ouders/verzorgenden gaan akkoord met doorgifte informatie: Ja

Ingevuld door:

Datum:

Handtekening:

*doornalen wat niet van toepassing is

KONTINUITEIT ZORG ZIEKENHUIS/VERPLEEGHUIS - WIJKVERPLEGING/ANDERE INSTELLING

GRONINGEN FRIESLAND DRENTE

Gebruik een balpen en een harde ondergrond

Exemplaar wijkverpleegkundige/andere instelling

- 1 ex. Wijkverpleegkundige/andere instelling
- 1 ex. Huisarts
- 1 ex. Continuïteitszorg
- 1 ex. Ziekenhuis/Verpleeghuis

- naam ziekenhuis :
- naam verpleeghuis:
- afdeling :
- afdelingshoofd :
- toestelnummer :

Gezinsamenstelling:

Ontslagdatum:

Reden van opname/Diagnose:

Belangrijke nevendiagnose:

Behandeling bestond uit:

Patiënt is op de hoogte gesteld van de diagnose:

Familie is op de hoogte gesteld van de diagnose:

Medicamenten:

Dieet:

Van toepassing zijnde aankruisen

Patiënt kan: **zich aankleden** **wassen** **zelf eten** **lopen** **naar toilet gaan**
 ja nee ja nee ja nee ja nee ja nee

Patiënt is/heeft: **inc. urine** **inc. faeces** **decubitus** **contracturen** **catheter** **bedlegerig**
 ja nee ja nee ja nee ja nee ja nee ja nee

Nadere gegevens voor de verpleging/begeleiding van de patiënt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Terugrapportage gewenst: Ja Nee **Schriftelijk/ Telefonisch**

Welke personen of instanties zijn nog meer bij de hulpverlening betrokken?

- Fys. therapie Gezinszorg Bejaardenzorg Maatsch. Werk
- Familie Buren Ergotherapie Anderen:

Patiënt gaat akkoord met de voorgestelde hulpverlening: Ja

Ingevuld door: **Handtekening:**

KONTINUÏTEIT ZORG POLIKLINIEK - WIJKVERPLEGING

GRONINGEN FRIESLAND DRENTE

1 ex. Wijkverpleegkundige
 1 ex. Huisarts
 1 ex. Continuïteitszorg
 1 ex. Polikliniek

Gebruik een balpen en een harde ondergrond

Exemplaar wijkverpleegkundige

naam ziekenhuis

polikliniek

toestelnummer

datum

Gezinsamenstelling:

Diagnose (en belangrijke nevendiagnose):

Patiënt is op de hoogte gesteld van de diagnose:

Behandeling bestaat uit:

Medicamenten:

Dieet:

REDEN WAAROM HUISBEZOEK GEVRAAGD WORDT (van toepassing zijnde aankruisen)

- Hulp bij:
- dagelijkse verzorging, bijv. wassen aankleden, voorkomen en behandelen van kontrakturen
 - wondverzorging, bijv. verbinden, spoelen, uitbruisen
 - huidverzorging, bijv. zalven, decubitus
 - injecteren van insuline. Overige injecties alleen na overleg en binnen het kader van de landelijke voorschriften
 - catheter / drainverzorging
 - stomaverzorging
 - toedienen van voeding, bijv. sondevoeding
 - toedienen van medicamenten, bijv. oogdruppelen
- Begeleiding en/of advisering:
- bij de verwerking van een ziekte en/of handicap, sterven
 - bij de uitvoering van voorschriften en het inpassen hiervan in de gezins/thuisituatie, bijv. voeding/dieet, medicijnen, leefregel
 - bij ADL-trainingen, bijv. volhouden revaliderende oefeningen
 - bij het verwerken en leren omgaan met prothesen, bijv. mamma prothese
 - bij huiselijke omstandigheden, bijv. alleenwonenden, communicatie en/of relatieproblemen, school/werksituatie
 - bij de aanschaf en het gebruik van hulpmiddelen
 - bij woonomstandigheden, bijv. woningaanpassing, andere huisvesting, woningaanpassing
 - i.v.m. vakantiemogelijkheden/regelingen, recreatie
 - bij financiële situaties i.v.m. woningaanpassing, speciale hulpmiddelen, vervoer- en vakantiemogelijkheden

OPMERKINGEN:

Terugrapportage gewenst: Ja Nee Schriftelijk/Telefonisch

Welke personen of instanties zijn nog meer bij de hulpverlening betrokken?

- Fys. therapie Gezinszorg Bejaardenzorg Maatsch Werk GMD
 Familie Buren Ergotherapie: Anderen

Patiënt gaat akkoord met de voorgestelde hulpverlening: Ja

Ingevuld door:

Handtekening:

KONTINUÏTEIT ZORG ZIEKENHUIS - WIJKVERPLEGING/ANDERE INSTELLING

Kinderformulier

GRONINGEN FRIESLAND DRENTE
1 ex. Wijkverpleegkundige/andere instelling
1 ex. Huisarts
1 ex. Continuïteit in de zorg
1 ex. Ziekenhuis

Gebruik een balpen en een harde ondergrond

Exemplaar wijkverpleegkundige/andere instelling

naam ziekenhuis:

afdeling :

afdelingshoofd :

toestelnummer :

Gezinsamenstelling:

Hoeveelste kind:

Ontslagdatum:

Reden van opname / Diagnose:

Gewicht bij geboorte/opname:

Apgar Score na 1 min.:

ontslag:

na 3/5 min.:

Lengte :

PKU/CHT geprikt: Ja/Nee Datum:

Omtrek schedel :

Icterus:

Behandeling bestond uit:

Ouders/verzorgenden zijn op de hoogte gesteld van de diagnose:

Medicamenten:

Dieet/voeding:

Nadere gegevens voor de verpleging/begeleiding:

Terugrapportage gewenst: Ja Nee Schriftelijk/Telefonisch

Welke personen of instanties zijn nog meer bij de hulpverlening betrokken?

Fys. therapie Gezinszorg Maatsch. Werk Familie

Buren Ergotherapie Anderen:

Ouders/verzorgenden gaan akkoord met doorgifte informatie: Ja

Ingevuld door:

Handtekening:

KONTINUÏTEIT IN DE ZORG

Kraamformulier

GRONINGEN FRIESLAND DRENTE

1 ex. Kraamverzorgster/Wijkverpleegkundige

1 ex. " "

1 ex. Ziekenhuis

Gebruik een balpen en een harde ondergrond

Exer. jaar kraamverzorgster/wijkverpleegkundige

naam ziekenhuis

afdeling

afdelingshoofd

toestelnummer

Indien ook kraamzorg thuis

naam kraamverzorgster:

Gezinsamenstelling:

Ontslagdatum moeder/kind:

En event. datum vertrek kraamverzorgster:

Gegevens moeder:

Hoeveelste zwangerschap:

Bijzonderheden zwangerschap:

Hoeveelste kind:

Zwangerschapsduur:

Soort bevalling:

Bijzonderheden:

Medicijnen:

Dieet:

Nadere gegevens:

Indien van toepassing

uur uur uur uur uur

Uterusstand

Vloeien

Mictie

Defaecatie

Temperatuur

Pols

Anti D toegediend : ja/nee

Ruptuur/Episiotomie:

Gegevens kind:

Geboortedatum : Uur:

Gewicht bij geboorte :

Laagste gewicht :

Gewicht bij ontslag :

Lengte :

Omtrek schedel :

Aangeboren afwijkingen : wel/niet zichtbaar

Kinderarts is in consult geweest:

Voeding

Borstvoeding :

Flesvoeding : Soort :

Medicijnen :

PKU/CHT geprikt : ja/nee Datum:

Nadere gegevens:

Voornamen:

Geslacht: M/V

Indien van toepassing

Bijzonderheden eerste levensdagen:

uur uur uur uur uur

Temperatuur

Meconium

Mictie

Navel

Voeding

Icterus

Ouders/verzorgenden gaan akkoord met doorgifte informatie: Ja

Ingevuld door:

Handtekening:

KONTINUITEIT ZORG WIJKVERPLEGING - ZIEKENHUIS/VERPLEEGHUIS/ANDERE INSTELLING

TERUGRAPPORTAGEFORMULIER
binnen 4 weken na aanvraag inzenden

GRONINGEN
FRIESLAND
DRENTE

1 exemplaar ziekenhuis/verpleeghuis/andere instelling
ex. Wijkverpleegkundige

Naam wijkverpleegkundige:

Naam patiënt:

Tel.: Bereikb. van: tot uur.

Adres:

Terugrapportage werd gevraagd door:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Reden waarom wijkverpleegkundige werd ingeschakeld:

Patiënt/familie was reeds bekend bij wijkverpleegkundige:

Voorzorgformulier ingestuurd: Ja / Nee

De informatie op het nazorgformulier was voldoende/kwam op tijd binnen:

Indien niet - hierover contact opgenomen met:

Verloop verpleegkundige hulpverlening in de thuissituatie:

Het was een juiste beslissing de wijkverpleegkundige in te schakelen: Ja / Nee

De verpleegkundige hulpverlening zal worden voortgezet:

Andere personen/instaties die bij de hulpverlening zijn ingeschakeld:

Opmerkingen:

Patiënt/ouders/verzorgenden gaan akkoord met doorgifte informatie: Ja

Ingevuld door:

Datum:

Handtekening:

ZIEKENHUIS DE WEEZENLANDEN
Stichting R.K. Ziekenvrpleging - Zwolle
Telefoon 05200-75555

overdrachtsformulier

A.u.b. steeds in vakje aankruisen wat aan de orde is;
stevig schrijven met balpen op harde ondergrond.

WEST - OVERIJSSSEL
1 ex. wijkverpleegkundige
1 ex. huisarts
1 ex. ziekenhuis

Patiënt wordt ontslagen op
van afdeling toestelnr.
naar eigen huis

adres
te Tel.

Reden voor opname :
Ziektebeeld
Behandeling bestond uit:

	Omschrijving	
Patiënt is incontinent	<input type="checkbox"/>	Heeft hulp nodig bij:
heeft decubites	<input type="checkbox"/>	A.D.L. <input type="checkbox"/>
heeft wond(en)	<input type="checkbox"/>	verbinden <input type="checkbox"/>
heeft contracturen	<input type="checkbox"/>	insuline spuiten <input type="checkbox"/>
heeft stoma	<input type="checkbox"/>	medicijnen <input type="checkbox"/>

Ingeschakeld is: Naam

Districtsverpleegkundige
maatsch werk
Bej.zorg/gezinszorg
Geestelijke gezondheidszorg
Pastorale zorg
Maaltijdverstrekking

Patiënt is op de hoogte
van de diagnose ja neen
was deze diagnose
bekend voor opname ja neen
de familie is op de hoogte
van de diagnose ja neen

Is patiënt lid van een kruisvereniging ja neen
Patiënt gaat akkoord met overdracht naar de wijkverpleging ja neen

Therapie bij ontslag:
Medicatie met dosering (event. tijden)

Dieet:
Patiënt kreeg prothese/receptaculum/catheter

Radiotherapie te Fysiotherapie te Trombosediensdienst te
Eventuele controledatum afgesproken met patiënt
Andere omstandigheden die zorg noodzakelijk maken

Verpleegkundige bijzonderheden voor de wijkverpleegkundige

Het afdelingshoofd verzoekt u met hem/haar contact op te nemen

U kunt hem/haar altijd bereiken van tot uur.

Datum Naam Functie Handtekening

Wijkverpleegkundige

Alleen aankruisen voor zover van toepassing.
 Doorstrepen wat niet van toepassing is. ja/nee
 Gebruik een balpen en een harde ondergrond.

Is er met patiënt/familie overleg geweest over nazorg

door de wijkverpleegkundige: ja / neen

Gaat patiënt/familie akkoord: ja / neen

Patiënt wordt ontslagen op:

van afd. ab.nr.

- naar: eigen huis
 familie
 verpleeghuis
 verzorgingshuis
 revalidatiecentrum

Naam inrichting of logeeraadres:

Medebehandelaar(s):

- 1 ex. Wijkverpleegkundige
 1 ex. Huisarts
 1 ex. Ziekenhuis
 1 ex. Nazorgfunctionaris

Diagnose:

Behandeling bestond uit:

Patiënt is inkontinent van faeces <input type="checkbox"/>	Gewenste behandeling:	patiënt spuit zelf insuline <input type="checkbox"/>
is inkontinent van urine <input type="checkbox"/>	verbinden <input type="checkbox"/>	patiënt heeft hierbij begeleiding nodig <input type="checkbox"/>
heeft contracturen <input type="checkbox"/>	evt. wasbeurt <input type="checkbox"/>	verzoek om begeleiding <input type="checkbox"/>
heeft U.P./A.P. <input type="checkbox"/>	spuiten <input type="checkbox"/>	
heeft decubitus <input type="checkbox"/>	overige behandelingen <input type="checkbox"/>	

Ingeschakeld intramuraal:

Aangevraagd: verzorgingshuis

maatsch. werk	(tstno.)	verpleeghuis
geestelijke verzorger	..	gezinszorg
psycholoog	..	tafelte dek je
dietist	..	dagbehandeling
		algemeen maatsch. werk

Therapie bij ontslag:

Medicijnen (event. tijden en dosering):

Geneesmiddelenpaspoort

Dieet:

Logopedie te:

Radiotherapie te:

Fysiotherapie te:

Trombosedienst te:

Met patiënt afgesproken controle datum:

Is patiënt door de specialist ingelicht over zijn ziekte:

Geeft patiënt/familie blijk van enig ziekte-inzicht:

Toelichting op verpleegkundige behandeling met name ook op A.D.L.-functies / sociale omstandigheden / overige bijzonderheden:

Is patiënt bekend met patiëntenbelangenvereniging: ja / neen

Datum:

Naam:

Functie:

Handtek.:

Terugrapportage door wijkverpleegkundige direct de 4e week na ontslag: ONTSLAGFORM., s.v.p. eveneens terugzenden.

Aan de wijkverpleegkundige van
centrum:.....
Spreekuur: 10.30-11.- uur
Telefoon:.....
Ontslagdatum:.....

PLEVOLAND,
1 ex wijkverpleegkundige

Nummer:.....
Stad / Haven / Buiten

Patient kiest voor nazorg: ja / neen. Patient is lid van de Kruisvereniging: ja/neen

1. Lichamelijke verzorging:.....
- | | | |
|-------|--------------------------------|--------------------------|
| | .Patient heeft hulp nodig bij: | --- |
| | eten | <input type="checkbox"/> |
| | aan- en uitkleden | <input type="checkbox"/> |
| | wassen | <input type="checkbox"/> |
| | (trap)lopen | <input type="checkbox"/> |
| | toiletgebruik | <input type="checkbox"/> |

2. Specifieke verpleegkundige handelingen:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Huiselijke /sociale omstandigheden:(b.v..gezinssamenstelling, mantel- zelfzorg, alleenwonend hulp van anderen aanwezig of gewenst)
- samenwonend
- in gezinsverband
- afhankelijk van familie etc.
-
- bejaardenwoning
- aanleunwoning bij huis
- aangepaste woning

4. Verdere informatie:(b.v. ADL, dieet, medicijnen. Bij kinderen voedingsschema en psycho-motorische ontwikkeling)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Afdelingshoofd:..... Terugrapportage gewenst: ja / neen
Afdeling:..... Zo ja, op welk tijdstip:.....
Telefoon:.....
Afdelingstoestel:.....

**ZIEKENHUIS ST. ANNADAL
MAASTRICHT**

OVERDRACHT VAN VERPLEEGKUNDIGE ZORG

Ontslagdatum : _____

Alleenwonend : ja; nee

Kontaktadres : _____

Tel. : _____ - _____

LIMBURG
1 ex. wijkverpleegkundige
1 ex. ziekenhuis

Het doel van verplegen bij deze patient is _____

DIAGNOSE : _____

BEHANDELING : _____

De verpleging bij deze patient bestaat uit de volgende zorgaspecten :

- 1. Verzorging : De medruk ligt op ...
De patient is zelf in staat tot ...
- 2. Verzicht van verpleegtechnische handelingen :
Hierbij aangeven : Welk materiaal wordt gebruikt.
Of overleg met arts heeft plaatsgevonden
- 3. Medicijnen toedienen : Vermeidng van geneesmiddelen.
Vermeidng van eventuele reacties.
- 4. Reactiveren : De medruk ligt op ...
De patient is zelf in staat tot ...
- 5. Hulp bij het realiseren van therapie en leefregels :
De patient heeft inzicht in ...
De patient heeft ondersteuning nodig bij ...
Is met arts / maatschappelijk werk besproken?
- 6. Begeleiding in problem-situaties :
Aard en/of diagnose waardoor probleem is ontstaan.
Is met arts / maatschappelijk werk besproken?
- 7. Gezondheidsvoorlichting en bevordering :
M.B.T. welke aspecten t.a.v. patient
M.B.T. welke aspecten t.a.v. partner/familie

Geneesmiddelen : _____

Dieet : _____

Zorgaspect(en) : _____

Patient is op de hoogte van de diagnose : nee; ja.

Familie is op de hoogte van de diagnose : nee; ja, wie _____

Patient/familie gaat accoord met rapportage over de verpleegkundig zorg : nee; ja.

Datum : _____ Naam verpleegkundige : _____

Verpleegafdeling : _____ Handtekening : _____

Telefoon afdeling : _____

Met ballpoint invullen (stevig schrijven op harde ondergrond).

OVERDRACHT VAN ZIEKENHUIS/VERPLEEGHUIS
NAAR WIJKVERPLEGING

Ziekenhuis/Verpleeghuis

te tel

GELDERLAND

1 ex. Wijkverpleegkundige

1 ex. Ziekenhuis/Verpleeghuis

Patiënt wordt ontslagen op:

van afd. toest.nr

naar: eigen huis

familie

adres:

te

Reden voor opname:

Behandeling en zorgverlening bestond uit:

Patiënt is inkontinent van faeces <input type="checkbox"/>	Heeft hulp nodig bij eten <input type="checkbox"/>	loopt zelfstandig <input type="checkbox"/>
is inkontinent van urine <input type="checkbox"/>	aan-en-uitkleden <input type="checkbox"/>	loopt met ondersteuning <input type="checkbox"/>
heeft decubitus <input type="checkbox"/>	wassen <input type="checkbox"/>	loopt met hulpmiddel <input type="checkbox"/>
heeft katheter <input type="checkbox"/>	naar toilet gaan <input type="checkbox"/>	verplaatst zich in rolstoel <input type="checkbox"/>
heeft urinestoma <input type="checkbox"/>	baden <input type="checkbox"/>	is bedlegerig <input type="checkbox"/>
heeft ileostoma <input type="checkbox"/>		
heeft colostoma <input type="checkbox"/>		

Therapie bij ontslag:

Voeding:

Trombosedienst te:

Fysiotherapie te:

Radiotherapie te:

Medicijnen (tijden en dosering):

Met patiënt afgesproken controledatum:

Medewerking is ingeroepen van:

Familie/Buren:

Maatschappelijk werk:

Bejaardenzorg/Gezinsverzorging:

Geestelijke zorg:

Reeds getroffen voorzieningen:

Bijzonderheden voor de wijkverpleegkundige:

Datum: Naam: Functie: Handtekening

Bereikbaar tussen: uur en uur

Terugrapportage van wijkverpleegkundige gewenst aan ziekenhuis / verpleeghuis

VZ 001

Exemplaar 1: Wijkverpleegkundige

Exemplaar 2: ziekenhuis / verpleeghuis



NAZORGFORMULIER. Met ballpoint invullen (stevig schrijven op harde ondergrond).
Aankruisen wat van toepassing is.

Ziekenhuis / Verpleeghuis _____	1 ex. Wijkverpleegkundige 1 ex. Huisarts 1 ex. Functionaris Nazorgdienst 1 ex. Ziekenhuis/Verpleeghuis
te _____ tel. _____	
Patiënt wordt ontslagen op: _____	
van afd. _____ toest.nr. _____	
naar: eigen huis <input type="checkbox"/>	
familie <input type="checkbox"/>	
_____ <input type="checkbox"/>	
adres: _____	
te: _____	

Reden voor opname: _____
Behandeling bestond uit: _____

Patiënt is inkontinent van faeces <input type="checkbox"/>	Heeft hulp nodig bij eten <input type="checkbox"/>	loopt zelfstandig <input type="checkbox"/>
is inkontinent van urine <input type="checkbox"/>	aan- en uitkleden <input type="checkbox"/>	loopt met ondersteuning <input type="checkbox"/>
heeft decubitus <input type="checkbox"/>	wassen <input type="checkbox"/>	loopt met hulpmiddel <input type="checkbox"/>
heeft katheter <input type="checkbox"/>	naar toilet gaan .. <input type="checkbox"/>	verplaatst zich in rolstoel <input type="checkbox"/>
heeft urinestoma <input type="checkbox"/>	baden <input type="checkbox"/>	is bedlegerig <input type="checkbox"/>
heeft ileostoma <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
heeft colostoma <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

Therapie bij ontslag:

Medicijnen (event. tijden en dosering): _____

Dieet: _____

Radiotherapie te: _____ Fysiotherapie te: _____ Trombosedienst te: _____

Met patiënt afgesproken controledatum: _____

Medewerking is ingeroepen van: naam: _____	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	niet zeker <input type="checkbox"/>
Distriks-verpleegkundige: _____ <input type="checkbox"/>	Patiënt is op de hoogte van: diagnose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Maatschappelijk werk: _____ <input type="checkbox"/>	prognose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bejaardenzorg / Gezinsverzorging: _____ <input type="checkbox"/>	Familie is op de hoogte van: diagnose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geestelijke zorg: _____ <input type="checkbox"/>	prognose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patiënt gaat akkoord met nazorg ja <input type="checkbox"/>	Is lid van kruisvereniging ja <input type="checkbox"/>
nee <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>

Bijzonderheden voor de (wijk)verpleegkundige: _____

Datum: _____ Naam: _____ Functie: _____ Handtekening: _____

Terugrapportage van (wijk)verpleegkundige gewenst aan: ziekenhuis/verpleeghuis
 nazorgdienst

VERPLEEGKUNDIG OVERDRACHTFORMULIER T.3.V. DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Is er met patiënt/familie gesproken over
bezoek van wijkverpleegkundige? ja/nee
Lid Kruisvereniging? ja/nee

UTRECHT
1 ex. wijkverpleegkundige
1 ex. ziekenhuis

Patiënt wordt ontslagen dd _____
Alleen wonend ja/nee

naar: eigen huis 0 ★
familie 0
logeeradres 0
andere instelling 0

Naam : _____
adres: _____
te : _____ tel.: _____

MEDISCHE GEGEVENS:

Reden van opname: _____

Diagnose: _____

Behandeling bestond uit: _____

De patiënt heeft hulp nodig bij:

	geheel ★	gedeeltelijk ★
aan- en uitkleden	0	0
zich wassen	0	0
eten/drinken	0	0
verplaatsen buiten bed	0	0
gebruik toilet	0	0
is incontinent van faeces 0 ★		
is incontinent van urine 0		

Verpleegkundige zorg is nodig bij:

wond verzorgen 0	sonde 0 ★
injectie 0	02 0
blaascatheter 0	inbus 0
wondrain 0	pijnbestrijding 0
UP/AP 0	prothese 0
decubitus verzorgen 0	_____ 0
_____ 0	_____ 0
_____ 0	_____ 0

Heeft begeleiding nodig bij, zo ja, reden:

diëet 0	_____
leefregels 0	_____
verwerkingsproblematiek 0	_____
reactivering 0	_____
medicijngebruik 0	_____

THERAPIE BIJ ONTSLAG:

VERVOLG² UTRECHT

Medicijnen (evt. tijd en dosering): _____

antistolling: _____
trombosedienst ja nee
diët: _____ diëetadvies mee
bij contact diëtist naam vermelden: _____
fysiotherapie: _____ zelf oefenen
radiotherapie: _____
revalidatiearts: _____
met patiënt controle afgesproken dd: _____ bij: _____

In hoeverre is de patiënt en/of familie op de hoogte van de ziekte en het verloop ervan: _____

Overige aandachtspunten/sociale omstandigheden/woonsituatie: _____

Geestelijke gesteldheid van de patiënt: _____

Medewerking ingeroepen van + naam instelling: _____	
maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/> [★]
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

<u>AANGEVRAAGD:</u>	
gezinszorg	<input type="checkbox"/>
verzorgingshuis	<input type="checkbox"/>
verpleeghuis	<input type="checkbox"/>
woningaanpassing	<input type="checkbox"/>
vrijwillige hulpdienst	<input type="checkbox"/>
hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

Werd patiënt reeds telefonisch doorgegeven aan de wijkverpleging? ja/nee
Met wie is gesproken? _____
Is met patiënt overleg gepleegd over de overdracht? ja/nee
Datum: _____ Overdracht geschreven door: _____ Afd.: _____ toest.: _____
Terugrapportage naar bovenvermelde afdeling: ja/nee
Handtekening: _____

INFORMATIE FORMULIER T.B.V. DE NAZORG VAN ONTSLAGEN PATIENTEN

voor de wijkverpleegkundige

Lid kruisvereniging ja neen

Ziekenhuis / Verpleeghuis _____

Patiënt wordt ontslagen op _____

NOORD - HOLLAND
1 ex. Wijkverpleegkundige
1 ex. Huisarts
1 ex. Ziekenhuis

van afd. _____ Toestelnr. _____

Naar eigen huis

Familie

Verpleeghuis

Bejaardenhuis

Revalidatiecentrum

Naam inrichting of logeeradres: _____

Adres _____

Te _____

Aant. v. d. (hfd) verpleegkundige naam: _____

Patiënt / ouders gaat / gaan accoord met nazorg ja neen

Ingeschakeld:

Patiënt: ja neen kan patiënt ja neen met hulp

Med. maatsch. werk

is inkontinent voor faeces aan- uitkleden

Alg. maatsch. werk

is inkontinent voor urine zich wassen

Gezinszorg

heeft decubitus lopen

Maaltijdverstr.

heeft catheter eten

Andere met name

heeft contracturen naar toilet gaan

i.v.m. _____

Voorgeschreven hulpmiddelen: _____

Medische gegevens: _____

Hoofddiagnose _____

Nevendiagnose _____

Behandeling bestond uit: _____

Patiënt is op de hoogte van diagnose ja neen Prognose ja neen

Familie is op de hoogte van diagnose ja neen Prognose ja neen

Therapie bij ontslag:

Medicijnen (event. tijden en dosering) _____	anticoagulantia <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>
_____	dieetlijst meegegeven <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	controle voeding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	zelf oefenen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Dieet/Voeding _____

Paramedische behandeling _____

Overige adviezen _____

Poliklinische nabehandeling ja neen bij _____ d.d. _____

Andere gegevens, die nazorg wenselijk maken _____

Is er i.v.m. ontslag telef. contact met W.V. gewenst ja neen / geweest ja neen

Graag terugrapportage aan _____ Handtekening

Naam

* A.u.b. Steeds in aankruisen wat van orde is. Stevig schrijven met balpen op harde ondergrond.

Datum/initialen:.....19..
Aangevraagd door:

Gegevens doorgeven aan:
Datum:
komt in zorg bij:

AMSTERDAM
1 ex. Dienst Bereikbaarheid

Naam	Opnamedatum
Voornamen	Ontslagdatum
Geb.datum	Zkhs/centrum
Adres	Afdeling
Tele.nr.	(Zkhs)spec.
Woonplaats	Huisarts
Burg.staat	Zkfds.
Kerkgenootschap	Zkfds.nr.
Beroep	Part.verz.
Kontaktpersoon	Lid Kruisvereniging ja/nee

Diagnose:
- nevendiagnose(s):

Behandeling (in zkhs/centrum):
Medicijnen (bij ontslag):

Dieet (bij ontslag):

Kan patiënt(e) zichzelf verzorgen?
Zijn er functiebeperkingen?
Zo ja, zijn er bewegingsoefeningen?
Wordt er gebruik gemaakt van hulpmiddelen?
Geestelijke toestand?
Is patiënt(e) en/of familie op de hoogte van de diagnose?

Wat voor hulp is nodig?
Wanneer moet de hulp ingaan?
Weet de patiënt(e) dat de w.v. komt?
Kan de w.v. naar binnen?
Eerder hulp gehad en zo ja van wie?
Briefje huisarts aanwezig (bij injectie, clisma)?
Recept aanwezig voor medicijnen, verband, spuit?
Is er maatschappelijk werk ingeschakeld?
Is er huishoudelijke hulp, tafeltje dekje?
Waar en bij wie vindt er poliklinische controle plaats?
Vindt er nog bestraling, fysiotherapie e.d. plaats?
Heeft patiënt(e) het boekje "Weer naar huis" uitgereikt gekregen?
Bijzonderheden:

VERPLEEGKUNDIG OVERDRACHTSFOMULIER

Aan Kruisvereniging
Ziekenhuis

Lid kruisvereniging ja nee

Patiënt wordt ontslagen op
van afid Toestehc

Naar eigen huis

Familie

Logeëradres

Tel nr. contactadres Fam. anderen

Diagnose

Reden tot ontslag/overplaatsing

VERPLEEGHUIS:

ZUID - HOLLAND
1 ex. wijkverpleeekundige
1 ex. huisarts
1 ex. continuïteitsverpleeekundige
1 ex. ziekenhuis

Patiënt is op de hoogte van dootense

ja nee

Familie is op de hoogte van diagnose

ja nee

Behandeling bestond o.a. uit:

Bedrust

Logopaedie

Reactivering

Revalidatie

A.D.L. Training

Aan- uitkleden ja nee med. hulp

zich wassen ja nee

lopen ja nee

traplopen ja nee

eten ja nee

naar toilet gaan ja nee

Ingeschakeld:

Med. maatsch. werk

Alg. maatsch. werk

Gezinszorg

Maaltijdverstr.

Gesproken met

Tel. nr.

Voorgeschreven hulpmiddelen

Speciale verpleegkundige zorg

A.P.

Dat. verstr.

injectie

is nodig bij het verzorgen van

U.P.

Verbanden

Bijzonderheden over

Gehoor

Gezicht

Spraak

Dieet

Medicijnen

Antistolling

ja nee

Soort medicijnen

Trombosedienset gewaarschuwd

ja nee

Datum trombosetest

Familie thuis is door het personeel van de verpleegafdeling getraind/geinstrueerd in wat de patiënt zelf kan

ja nee

Sociale maatschappelijke gegevens:

Ontspanning

Bezigheid

Leggen en onderhouden van contacten

Toelichting over:

Datum:

Handtekening:

rotterdamse kruisverenigingen



- 1 ex. Instelling
 - 1 ex. Wijkverpleegkundige
 - 1 ex. Functionaris
- continuïteit van
zorg

Naam wijkverpleegkundige: _____
 Basiseenheid : _____
 Telefoon : _____
 Bereikbaar tussen : _____ en _____

Overdracht verpleegkundige zorg.
 In overleg met patiënt.

Aan het hoofd Inst. _____
 afd. _____
 Hierbij zend ik gegevens omtrent:
 Naam + voorl.: _____
 Straat : _____
 Woonplaats : _____
 Geb. datum : _____

Sociale gegevens	Aangevraagd	Contact met / in zorg bij
Alleen wonend <input type="checkbox"/>	Verzorgingshuis <input type="checkbox"/>	Gezinszorg <input type="checkbox"/>
Woont in gezinsverband <input type="checkbox"/>	Verpleeghuis <input type="checkbox"/>	Maatschappelijk werk <input type="checkbox"/>
Bejaarde woning <input type="checkbox"/>	Dagbehandeling <input type="checkbox"/>	RIAGG <input type="checkbox"/>
Aangepaste woning <input type="checkbox"/>	Gezinszorg <input type="checkbox"/>	Dagbehandeling <input type="checkbox"/>
Hulp van familie/buren <input type="checkbox"/>	Maatschappelijk werk <input type="checkbox"/>	Maaltijden verstrekking <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	RIAGG <input type="checkbox"/>	Patiënte vereniging <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	Diëtiste <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

Verpleegkundige zorg bestaat uit:

1. Bevorderen van zelfstandigheid, gebruik van hulpmiddelen.
2. Begeleiden bij verwerkingsproblematiek.
3. Toepassen van nieuwe leefregels.
4. Hulp bij lichamelijke verzorging.
5. Uitvoeren van verpleegtechnische handelingen.
6. Toedienen van medicijnen.
7. Begeleiding van directe omgeving van patiënt.
8. _____

Toelichting

Terugrapportage: ja / nee

Datum: _____

Handtekening: _____

**VERPLEEGKUNDIG OVERDRACHTSFOMULIER TUSSEN
ZIEKENHUIS EN KRUISWERK**



Persoonlijke gegevens :

NOORD - BRABANT
1 ex. cliënt/hulpverlener
1 ex. hulpverlener
1 ex. uitvoerende instantie
1 ex. versturende instantie

Naam instelling :

Datum van overdracht :

Dhr./Mevr. gaat naar :

eigen huis

ziekenhuis

overige :

Naam :

Adres :

Te : Tel.:

Reden waarom zorgverlening heeft plaatsgevonden :

Behandeling/zorgverlening bestond uit :

Reden van overdracht :

**Welke verpleegkundige zorg is nodig en welke informatie is hierbij van belang?
(Raadpleeg de aandachtspuntenlijst)**

Welke hulpverleners zijn ingeschakeld en wat zijn de afspraken?

Andere afspraken/lopende aanvragen :

Telefonisch contact geweest met :

Opgemaakt door :

d.d. :

Afdeling :

Handtekening :

Tel. : Toestel :

ZEELAND

- 1 ex. Wijkverpleegkundige
- 1 ex. Ziekenhuis
- 1 ex. Huisarts

Verzonden aan hfd. wijkverpl.
 huisarts
 hfd. verpl. dienst
 door: afdeling
 nadere informatie bij
 zr. / br.
 Handtekening:

Op dit formulier de o aankruisen die van toepassing is.

Bovengenoemde patiënt(e) is / wordt op 19 van afdeling van het ziekenhuis ontslagen en gaat:
 naar huis
 naar een ander ziekenhuis * *
 naar een verpleeghuis * *
 patiënt(e) is overleden
 naar een bejaardentehuis * *
 naar een revalidatie-inr. * *
 * * naam en adres van de andere inrichting
 Poliklinische nabehandeling: ja (zie afsprakenkaart) neen

Patiënt(e) is lid van een kruisvereniging: ja neen niet bekend

Diagnose:	Belangrijke nevendiagnose(n):

De behandeling bestond uit:

Patiënt(e) is wel / niet op de hoogte van de diagnose
 Familie is wel / niet op de hoogte van de diagnose
 Naam van op de hoogte gebracht familielid:
 Relatie:
 Adres:

Therapie (bij het invullen van dit formulier):

Telefoon:

Medikamenten:
 (zie ook recept o)

Overige voorschriften en / of adviezen:

Dieet:

Inschakeling: nodig van:	G.M.D. <input type="checkbox"/>	maatsch. werk <input type="checkbox"/>	gezinsz. <input type="checkbox"/>	fysische ther. <input type="checkbox"/>	tromb. dienst <input type="checkbox"/>	
: is geschied:	G.M.D. <input type="checkbox"/>	maatsch. werk <input type="checkbox"/>	gezinsz. <input type="checkbox"/>	fysische ther. <input type="checkbox"/>	tromb. dienst <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënt is incontinent voor faeces	<input type="checkbox"/>	heeft hulp nodig in bed	<input type="checkbox"/>	heeft hulp nodig met		
is incontinent voor urine	<input type="checkbox"/>	draaien	<input type="checkbox"/>	aan en uitkleden	<input type="checkbox"/>	
heeft decubitus	<input type="checkbox"/>	zitten	<input type="checkbox"/>	wassen	<input type="checkbox"/>	
heeft kontrakturen	<input type="checkbox"/>	in en uit bed komen	<input type="checkbox"/>	lopen	<input type="checkbox"/>	
(plaatsaanduiding):		aan en uitkleden	<input type="checkbox"/>	eten	<input type="checkbox"/>	
				naar toilet gaan	<input type="checkbox"/>	

Psychische toestand:

Overige gegevens die nazorg nodig kunnen maken:

Patiënt(e) is wel / niet op de hoogte gesteld van de komst van de wijkverpleegkundige

