36

9 JAN. 1986

Eindverslag van het experiment 24-uurs-zorgverlening te Tholen/St. Philipsland

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

juni 1985

A. Besteman
H. Dresmé

met medewerking van
F. de Boom van Duin

© Goes/Nijmegen 1985
PROVINCIALE VERENIGING HET ZEEUWSE KRUIS
BUREAU AGOGISCHE PRODUCTIES

Voorwoord

Ook bij deze eindrapportage over het onderzoek van het 24-uurs-zorg-experiment door het Bureau Agogische Producties, dat zich afspeelde gedurende twee jaar in de erkende kruisorganisatie 'Het Groene Kruis' in de geografische eenheid Tholen/St. Philipsland, wil de opdrachtgever graag gebruik maken van de gelegenheid een voorwoord te schrijven.

De Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis is ingenomen met het resultaat dat thans voor ons ligt en voelt zich bevoorrecht een eindprodukt te bezitten dat mede dankzij de financiële inbreng van de 'Stichting Ontwikkeling en Onderzoek Maatschappelijke Gezondheidszorg' tot stand is gekomen. Zij nodigt u uit van het hierna volgende kennis te nemen.

Het geheel overziende is het te karakteriseren als een 'Vier dimensionaal gebeuren". Allereerst is de lengte van het experiment en onderzoek toereikend om een bescheiden mening te hebben over een vorm van dienstverlening waarbij ieder voor zich wat kan voorstellen. Maar nu kunnen wij hierover spreken met meer gezag en kennis van zaken. Ten tweede zijn wij nu in het bezit van een breedvoerig beschreven opzet en beschrijving van een onderzoek naar 24-uurs-zorg. Zonder extra inspanning van verpleegkundigen, grote deskundigheid van de onderzoekers en de volle inzet van de beleidsgroep, was dit gebeuren niet tot stand gekomen.

Ten derde is de diepte in het eindrapport te vinden in de beschreven casuïstiek. Hiermede komt het eindverslag levensecht over. De beschreven situaties geven de lezer direct een grote mate van herkenning. Het rapport verliest hiermee iets aan de koele wetenschappelijke zakelijkheid maar wint aan warmte van de realiteit.

Tenslotte zou als vierde dimensie kunnen gelden de tijd-as. Niet in de betekenis van hoelang en hoever het was, maar meer in de betekenis van beweging oftewel actie. De gevolgde methodiek van actie-onderzoek is zeer bepalend geweest voor het nu bereikte eindresultaat. De opzet, bijstellingen van registratie en rapportage, alswel de begeleiding van de werkers in het veld door de onderzoekers is van doorslaggevend belang geweest.

De opdrachtgever is zich bewust van de betrekkelijkheid van het nu vastgelegde en onderzochte gebeuren. Het laat zich niet zomaar transporteren naar iedere regio of plaats. Maar zeker is dat het eerste wetenschappelijk onderzoek over een 24-uurs-zorg in een plattelandssituatie een feit is. Dit verdient hulde aan allen die hieraan meewerkten.

Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis
Goes, juni 1985.

Inhoudsopgave

DEEL 1 ACHTERGRONDEN 1

1 Achtergronden van experiment en onderzoek
1.1 Inleiding 3
1.2 De aanzet tot het experiment 3 historie

2 Doel- en probleemstellingen 11
2.1 Inleiding 11 definitie
2.2 Theoretisch kader 12
2.3 De inhoud van de zorg 13
2.4 De interne voorwaarden 14
2.5 De externe voorwaarden 15
2.6 Gevolgen en effecten van 24-uurs-zorg 16
2.7 De bijdrage van het onderzoek 17
2.7.1 Het verzamelen van gegevens 17
2.7.2 De registratie 19
2.7.3 Bronnen 21

DEEL 2 DE ONDERZOEKSRESULTATEN 23

3 De inhoud van de zorg 25
3.1 De patiënten in 24-uurs-zorg 25
3.2 Selectiecriteria 32
3.2.1 De procedure van aanmelding 32
3.2.2 De werking van de criteria 37
3.2.3 Beëindiging van het contact met 24-uurs-zorg 40
3.2.4 De waarde van criteria voor opname in 24-uurs-zorg nader bekeken 41
3.3 Beschrijvingen van zorgsituaties van patiënten in 24-uurs-zorg 44
3.3.1 Chronische patiënten 44
3.3.2 Terminale patiënten 52
3.3.3 Herstellende patiënten 58
3.3.4 Complexe zorg 60
3.3.5 Eenvoudige zorg 62
3.3.6 De beleving van 24-uurs-zorg door patiënten 64
3.3.7 De mantelzorg 66
3.3.8 Telefonische contacten 69
3.3.9 De casus nader bekeken 71
3.4 Het hulpaanbod van de kruisvereniging 72

3.4.1 Omvang en aard van de contacten 73
3.4.2 Het werken aan een verpleegplan 79
3.4.3 Het nut van het werken met een verpleegplan 87
3.5 Beleidsverkenning 89
3.5.1 De kosten en baten van 24-uurs-zorg 89
3.5.2 De meerwaarde van 24-uurs-zorg 90
3.5.3 Prognose van beroep op 24-uurs-zorg 94

4 De interne voorwaarden 97
4.1 De start 97
4.2 Het beleid 98
4.3 Personeel 99
4.3.1 De werving en wijzigingen in de teamsamenstelling 99
4.3.2 Pieken in de zorg 100
4.3.3 Niveau van deskundigheden en vaardigheden 101
4.3.4 Arbeidscontract 102
4.4 Materiële voorzieningen 103
4.4.1 De bereikbaarheid per mobilofoon 103
4.4.2 Verpleegartikelen en hulpmiddelen 105
4.4.3 Veiligheid 106
4.5 De organisatie van de 24-uurs-zorg 107
4.5.1 Overdracht en werkoverleg 108
4.5.2 De coördinatie door de hoofdwijkverpleegkundige 109
4.5.3 De administratie 110
4.6 Projectstructuur en het actie-onderzoek 111

5 De externe voorwaarden 115
5.1 De huisartsen 115
5.2 De gezinszorg 121
5.3 Het ziekenhuis Lievensberg te Bergen op Zoom 123
5.4 Het Algemeen Burger Gasthuis te Bergen op Zoom 126
5.5 De media 128
5.6 Overige externen 129
5.7 Tenslotte de samenwerking geëvalueerd 130

6 Samenvatting en conclusies 135
6.1 De inhoud van de zorg 135
6.1.1 Het bereik van 24-uurs-zorg 135
6.1.2 Dimensies 136
6.1.3 Het hulpaanbod van de kruisvereniging 139
6.1.4 Mantelzorg als conditie voor opname in 24-uurs-zorg 140
6.1.5 De kwaliteit van de 24-uurs-zorg 142
6.2 De interne voorwaarden 144
6.2.1 Deskundigheid en opleiding 144
6.2.2 Veiligheid en bereikbaarheid 145
6.2.3 Hulpmiddelen en verpleegartikelen 146
6.2.4 De organisatie van de 24-uurs-zorg 147

6.2.4.1 Het werken met een gescheiden team verpleegkundigen 147
6.2.4.2 Het werken met een verpleegplan 148
6.2.4.3 De coördinatie van 24-uurs-zorg 149
6.3 De externe voorwaarden 150
6.4 Het beleid 152
6.4.1 Kosten en baten 152
6.4.2 Vraag en aanbod van 24-uurs-zorg 153
6.5 Een terugblik op het onderzoek 154

Geraadpleegde literatuur 157

Index van tabellen 161
Index van figuren 162

Bijlagen 163

DEEL 1 ACHTERGRONDEN EN DOELSTELLINGEN

Inleiding

Deze eindrapportage met betrekking tot het project 24-uurs-zorg te Tholen/ St. Philipsland is opgezet in twee delen. In deel I behandelen wij de achtergronden van het experiment en het onderzoek. Wij geven in hoofdstuk 1 een overzicht van de aanzet tot het experiment en het onderzoek. In hoofdstuk 2 behandelen wij achtereenvolgens de doel- en probleemstellingen van experiment en onderzoek en het theoretisch kader. Wij werken ten aanzien van het theoretisch kader een aantal vragen uit onder de noemers: inhoud van de zorg, interne voorwaarden, externe voorwaarden en gevolgen en effecten van 24-uurs-zorg. Tenslotte gaan wij in hoofdstuk 2 in op de bijdrage van het onderzoek.
In deel II van deze eindrapportage presenteren wij de onderzoeksresultaten, over de inhoud van zorg, de interne voorwaarden en de externe voorwaarden. De gevolgen en effecten van de 24-uurs-zorg komen per aspect aan de orde. In hoofdstuk 6 geven wij een samenvatting met daarbij de belangrijkste conclusies.

hoofdstuk 1 Achtergronden van experiment en onderzoek

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan wij in op de achtergronden van het project 24-uurs-zorg in Tholen/St. Philipsland. Het project betreft een experiment van 24-uurs-zorgverlening door de verpleegkundigen van de Erkende Kruis Organisatie 'Vereniging Het Groene Kruis Tholen/St. Philipsland' met daaraan gekoppeld een onderzoek naar het functioneren en de resultaten daarvan.
Met ingang van 1 april 1983 begon de basiseenheid Tholen/St. Philipsland met het twee jaar durende experiment met betrekking tot 24-uurs-zorg, dat wil zeggen met daadwerkelijke hulpverlening in de avonduren (18.00-24.00 uur) en ook 's nachts (tussen 24.00 en 7.30 uur).
In tegenstelling tot een aantal experimenten in stedelijke agglomeraties elders in Nederland van avondzorg of 24-uurs-zorg welke bij het begin van dit experiment bekend waren betrof het hier een experiment in een plattelandssituatie.
Het gaat hier om een uitgestrekt plattelandsgebied, waarin 8 kernen of dorpen liggen (zie kaart) met een inwonertal van 21.447, waarvan 6053 inwoners contribuerend lid zijn van de Vereniging het Groene Kruis Tholen-St. Philipsland (per 1 april 1985). Dit betekent dat praktisch alle huishoudingen lid zijn van die vereniging.
Op voorhand willen wij stellen dat alvorens in april 1983 het experiment van start kon gaan er een periode van vijf jaar aan vooraf was gegaan, waarin de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis en de Erkende Kruisorganisatie* 'Vereniging Het Groene Kruis Tholen-St. Philipsland' gezamenlijk dit experiment hebben voorbereid. Wij geven hier slechts summier een overzicht van.
Aan de orde komen de aanzet tot het experiment en het onderzoek, de relevantie van het onderzoek en een verantwoording van de keuze van het soort onderzoek dat hier is uitgevoerd. Wij besluiten dit hoofdstuk met de opzet van dit eindrapport en een korte toelichting.

1.2 De aanzet tot het experiment

Het is nog niet zo lang geleden dat de beeldvorming van een wijkverpleegkundige bij vele Nederlanders bestond uit: 'Het is een kordate vrouw in een wit uniform met een insigne, die vastberaden staat voor de verzorging en

---

* In het verdere rapport ook 'basiseenheid'

gezondheid van kinderen en bejaarden', of 'Het zijn engelen in leren jassen'.
De wijkverpleegkunde was eigenlijk vanouds een 24-uurs-zorgverlening. Bij nacht en ontij trok de verpleegkundige als het maar enigszins nodig was erop uit om haar patiënten te verzorgen.
In de loop der jaren (60-70) heeft er een ontwikkeling plaatsgevonden om de wijkverpleegkundigen in een meer georganiseerd verband te laten werken met betere secundaire arbeidsvoorwaarden. Deze arbeidsvoorwaarden werden echter alleen uitgewerkt voor de zogenaamde 'normale' werktijden: van acht uur 's morgens tot 5 uur 's middags en de weekeinden.
Rond de zorg die noodzakelijk was in de avond- en nachturen ontstond een onduidelijke situatie. Meestal was er wel een verpleegkundige van de kruisorganisatie voor telefonisch advies bereikbaar maar voor het overige bestond er geen verplichting om een patiënt te gaan verzorgen of op te treden in een acute situatie waarin zorg nodig was. Wel bezochten wijkverpleegkundigen hun eigen patiënten in de avond- of nachturen wanneer dat naar hun eigen inzicht noodzakelijk leek. Omdat de vraag om zorg in die avond- en nachturen veelal beperkt was heeft deze situatie een aantal jaren kunnen duren.
Aan het einde van de 70-er jaren nam echter door allerlei maatschappelijke veranderingen de vraag om thuisverpleging toe. Daarnaast viel er een duidelijke accentverschuiving te constateren, mede door recente beleidsontwikkelingen, van intra-murale naar extra-murale hulpverlening.
Daardoor ontstond er de noodzaak (en vele wijkverpleegkundigen hadden de wens) de diensten uit te breiden buiten de normale kantoortijden (van 08.00 uur tot 18.00 uur) en te structureren. Her en der werden in Nederland experimenten gestart met avonddiensten of 24-uurs-zorg.

Provinciale Projectgroep 24-uurs-zorg

Ook in Zeeland werd in 1978 een Provinciale Projectgroep 24-uurs-zorg in het leven geroepen waarin een aantal disciplines vertegenwoordigd waren naar aanleiding van een signaal van de provinciale contactgroep bejaardenzorg; in een bepaalde situatie met betrekking tot de verzorging van bejaarden was een wijkverpleegkundige beschikbaar om ook in de avonduren hulp te verlenen. Naar aanleiding hiervan werd de provinciale projectgroep ingesteld die als belangrijkste vraag meekreeg of de wijkgezondheidszorg een 24-uurs-voorziening moest gaan worden. Deze projectgroep kwam met het voorstel om in de provincie Zeeland een experiment met 24-uurs-zorg te starten.

Beleid

Op 1 juni 1981 presenteerde de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het 'Besluit erkenningsnormen kruisorganisaties'. Daarin werd gesteld dat een gedeelte van* de hulp van de kruisorganisatie tenminste de volgende zaken moest omvatten:

* Sinds 1980 is een gedeelte van de zorg zoals door de kruisvereniging aangeboden een ziekenfondsverstrekking, zoals b.v. de kraamzorg.

- de noodzakelijke verpleging, verzorging, begeleiding en voorlichting in het huiselijk milieu in verband met ziekte, herstel, invaliditeit, ouderdom en overlijden;
- moederschapszorg en kinderhygiëne omvattende begeleiding, voorlichting en andere zorg tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind, met inbegrip van periodiek systematisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van het kind, doch met uitzondering van de kraamzorg;
- het in bruikleen verstrekken van de noodzakelijke verpleegartikelen;
- het geven van voorlichting en het verrichten van andere activiteiten gericht op preventie van ziekte en bevordering van gezonde leefgewoonten.

Daarbij werd gesteld dat de Kruisorganisatie in beginsel aan ieder die op de genoemde hulp aangewezen is deze hulp dient te verlenen. De kruisorganisatie draagt ervoor zorg dat zij in principe gedurende 24 uur per etmaal bereikbaar is, om in urgente gevallen hulp te kunnen verlenen. De staatssecretaris geeft als toelichting hierop het volgende: 'Voor een goede gezondheidszorg in het huiselijk milieu is het noodzakelijk, dat naast de huisarts ook de wijkverpleegkundige in dringende gevallen bereikbaar is en zo nodig hulp kan verlenen. Deze vorm van bereikbaarheid is bij het kruiswerk steeds gebruikelijk geweest. Voor de organisatie van de diensten 's avonds, 's nachts en in de weekeinden zijn landelijke richtlijnen, op te stellen door de Nationale Kruisvereniging, gewenst'. (Besluit erkennigsnormen kruisorganisaties, Leidschendam, 1 juni 1981).

De Provinciale Zeeuwse kruisvereniging nam het initiatief van de Provinciale Projectgroep over en stelde aan de basiseenheden in Zeeland de vraag wie aan een experiment 24-uurs-zorg mee wilde werken. De verpleegkundigen en het bestuur van de basiseenheid Tholen/St. Philipsland waren vrij snel bereid om aan een dergelijk experiment hun medewerking te verlenen, omdat men al een gestructureerde bereikbaarheidsdienst had en men op basis van een prognose over een te verwachten groei van de bevolking op Tholen/St. Philipsland ook een groter beroep op de zorg van kruisvereniging verwachtte.
Vanaf dat moment werden er door de verpleegkundigen van de basiseenheid criteria om in aanmerking te komen voor 24-uurs-zorg opgesteld, werden afspraken gemaakt over overdrachtsystemen, werden huisartsen op de hoogte gesteld en er werd gezocht naar mogelijke financiering van het experiment.

Financiering

Uiteindelijk stelde na verloop van tijd de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke-gezondheidszorg (S.T.O.O.M.) de nodige financiële middelen ter beschikking voor het experiment. Men stelde echter tevens dat er een onderzoek aan gekoppeld diende te worden om aan de hand van de ervaringen in Tholen/St. Philipsland gegevens te verzamelen die

van nut zouden kunnen zijn bij verdere ontwikkelingen in Zeeland en elders in Nederland.
De ervaringen met experimenten met 24-uurs-zorg waren tot dan toe niet systematisch vastgelegd. Het vastleggen van de ervaringen opgedaan in dit experiment zouden moeten dienen opdat Kruisverenigingen en wijkverpleegkundigen daaruit lering kunnen trekken ten behoeve van de invoering van avondzorg of 24-uurs-zorg elders in het land. Tevens hoopte men na afloop over gegevens te beschikken die voor het ontwikkelen van een landelijk beleid bruikbaar zouden kunnen zijn.
De groep die het experiment 24-uurs-zorg voorbereidde, de Projectgroep 24-uurs-zorgverlening van de Provinciale Vereniging het Zeeuwse Kruis ging akkoord met de diverse voorwaarden verbonden aan financiering van experiment en onderzoek en voegde daar zelf een aantal wensen, vragen en behoeften met name ten aanzien van het onderzoek aan toe.
Het onderzoek moest niet alleen de effecten van het experiment omvatten maar zou ook zicht moeten geven op het proces, dat wil zeggen de wijze waarop de effecten tot stand kwamen, zoals bijvoorbeeld de organisatorische opzet, de vormgeving en het verloop van het experiment. Daarnaast zou het onderzoek een ondersteunende functie moeten vervullen.

relevantie van onderzoek

Uit het voorgaande is al enigszins duidelijk welke relevantie het onderhavige onderzoek heeft. In eerste instantie hebben wij getracht het onderzoek voor de praktijk relevant te laten zijn. Dit wil zeggen dat het gegevens zou opleveren die direct toepasbaar en bruikbaar waren voor organisaties en functionarissen die bij het Zeeuwse experiment 24-uurs-zorg betrokken waren. Vanuit de systematische verzameling van gegevens en registratie van activiteiten uitgevoerd in het kader van het experiment hopen wij met dit onderzoek eveneens een aantal beleidsrelevante gegevens te leveren. Verder kunnen de gegevens dienen ter ondersteuning van verpleegkundigen in andere basiseenheden bij de opzet en vormgeving van 24-uurszorg maar eveneens avondzorg.
De relevantie van het onderzoek ligt dan in het uit de experimentele sfeer halen van 24-uurs-zorg, ten behoeve van beleidsontwikkeling op korte en lange termijn. Dit is eveneens de reden dat de Nationale Kruisvereniging geïnteresseerd was in het onderzoek en ook vertegenwoordigd was in de beleidsgroep die het project van begin tot het einde begeleidde.
Het experimentele karakter van het experiment, waarbij in eerste instantie vele zaken onduidelijk waren, vroeg om een actie-onderzoek dat beschrijvend en evaluerend van aard was. Gedurende het project hadden de onderzoekers de mogelijkheid te interveniëren door middel van tussentijdse rapportages en gesprekken. Het totale experiment van 2 jaar werd verdeeld in 4 gelijke fasen van een half jaar. Na iedere fase rapporteerden de onderzoekers hun bevindingen en daaraan werden door de beleidsgroep en werkgroep conclusies en aanbevelingen verbonden voor de

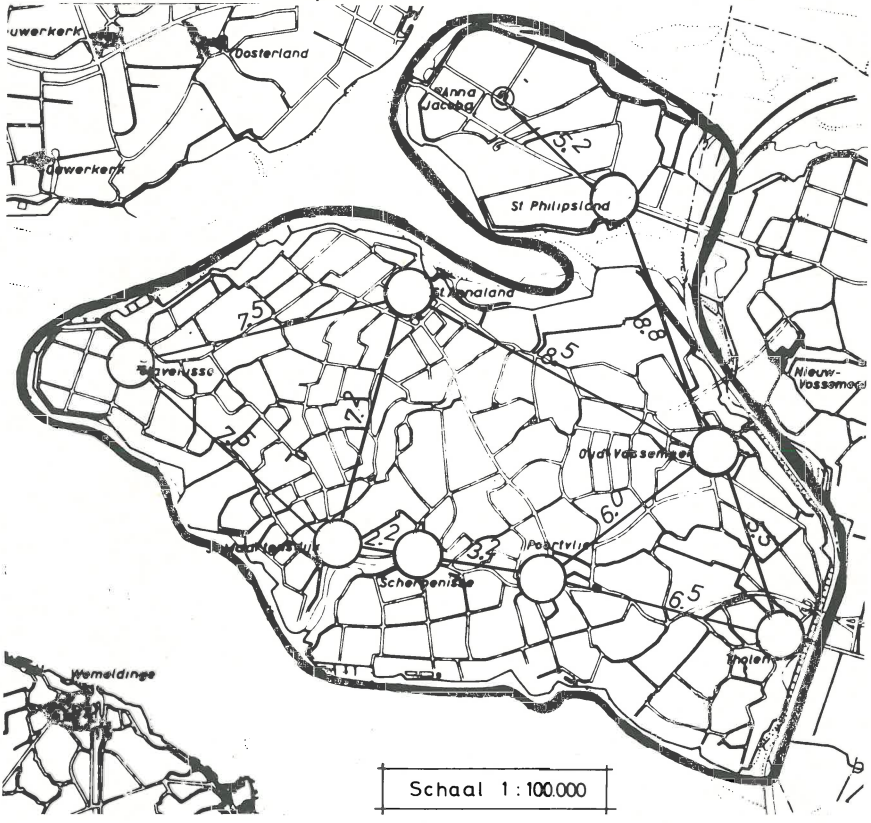
vormgeving van experiment en onderzoek in de daarop volgende fase(n). Het onderzoek speelde aldus in op de nieuwe ontwikkelingen die tijdens de periode van twee jaar opkwamen. Omdat bij de start van het experiment lang niet alles te overzien was, werd volstaan met een raamwerk voor het totale onderzoek en een onderzoekswerkplan voor de eerste fase. Voor iedere volgende onderzoeksfase werd overeenkomstig het raamwerk een onderzoekswerkplan opgesteld.

Per fase werd wel aangegeven wat de accenten zouden zijn voor experiment en onderzoek. De volgende fasering werd gehanteerd: fasering

tijd/fase	experiment	onderzoek
periode tot 1-4-'83 (aanloop)	*voorbereiding* en introductie van het experiment (financiën, medewerkers, structuur e.d.)	- voorbereiding onderzoeksplan - vastleggen van introductie exp. - opzetten van registratie t.b.v. fase 1
	voorstellen voor experiment en onderzoek	
fase 1: 1-4 tot 1-10-'83	*vormgeving* aan het exp.; *zoeken* naar juiste structuur, overleg, vorm van zorg etc.	- vastleggen van ervaringen met vormgeving: wat gaat goed, wat niet; 'oplossingen' - (registratie van) zorginterventies; deze afzetten tegen de normen - ervaringen van patiënten
	1e rapportage naar experiment en S.T.O.O.M.	
fase 2: 1-10-'83 tot 1-4-'84	het exp. vooral *intern bijsturen* wat betreft organ. vormgeving (II) en zorgverlening (I)	- organ. vormgeving (verder) volgen: hoe werkt het nu? - zorg registreren en ervaringen van patiënten inventariseren - ervaringen van participanten hiermee
	2e rapportage naar experiment en S.T.O.O.M.	
fase 3: 1-4 tot 1-10-'84	na 'vervolmaking' van de opzet van het exp. de aandacht richten op de *externe 'derden'*	- effecten/gevolgen nagaan van 24-uurs-zorg op derden (intramuraal en in 1e lijn), op de (behoefte aan) zorg van patiënten en participanten.
	3e rapportage naar experiment en S.T.O.O.M.	
fase 4: 1-10-'84 tot 1-4-'85	aandacht richten op: *balans* opmaken en *continuering* van de zorg	- bepalen van voorwaarden voor (continuering van) 24-uurs-zorg - vaststellen van gevolgen - vaststellen van onderzoeksbijdrage - maken van eindrapport
	afsluiting experiment	
fase 5: tot 1-7-'85		
	eindrapportage aan opdrachtgever en S.T.O.O.M.	

De evaluatieve component van het onderzoek is gericht op een beschrijving van de effecten van 24-uurs-zorg voor hulpverleners, voor de patiënt en diens omgeving, voor de wijkverpleegkundigen en andere hulpverlenende organisaties die direct of indirect bij het experiment betrokken waren. De evaluatie is de rode draad van het onderzoek die door alle fasen heenloopt. Het actiekarakter, maar ook het beschrijvende karakter, haakt vooral in op de wijze waarop de effecten van 24-uurs-zorg tot stand kwamen èn slaat op de werkwijze van de onderzoekers.
De aanvraag om subsidie waarop STOOM zich bereid verklaarde de financiële middelen te verschaffen, werd onderbouwd met de 'Nota 24-uurs-zorgverlening' uitgebracht door de projectgroep 24-uurs-zorgverlening van de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis (van 10 juni 1982) en een begroting van de kosten voor het experiment.
In deze Nota werden de doelstellingen, doelgroep en opzet van experiment globaal uiteengezet: De voorwaarde van STOOM dat het experiment door

Kaart Tholen/St. Philipsland



middel van onderzoek geëvalueerd zou worden betekende een verdere vertraging van de start van het experiment.
Immers, de projectgroep moest zich daarvoor eerst bezinnen op de vragen voor de mogelijkheden van een onderzoek, moest een geschikt onderzoeksinstituut voor de uitvoering ervan zien te vinden, moest tezamen met dit instituut een onderzoeksvoorstel maken en dit bij STOOM indienen. Hierbij is de onderzoeksmatige steun vanuit de Nationale Kruisvereniging geboden, waardoor dit uitstel enigszins beperkt kon worden (tot 4 à 5 maanden). Voor de begeleiding van het experiment en het onderzoek werd een tijdelijke projectstructuur in het leven geroepen, waarin onderscheid werd gemaakt tussen beleids-, en uitvoerende verantwoordelijkheden.
Zo werd er een *beleidsgroep* ingesteld die tot taak had de bewaking en sturing van de doelstellingen van het experiment en het onderzoek wat betreft kwaliteit en voortgang.
Daarnaast zou de *werkgroep* zich vooral richten op het bewaken van de voortgang van de uitvoering van het 24-uurs-zorg-experiment, waarbij het oplossen van knelpunten in de directe zorg en de organisatie daarvan centraal stond.
Met ingang van 1 april 1983 begon de basiseenheid Tholen/St. Philipsland met het 2 jaar durende experiment.
De basiseenheid bestond bij de start van het experiment uit 7 wijkverpleegkundigen, 2 wijkziekenverzorgsters en één hoofdwijkverpleegkundige. In de loop van het experiment is er 1 wijkverpleegkundige bijgekomen. Speciaal voor de avond- en nachtzorg zijn er 3 verpleegkundigen in part-time dienstverband aangetrokken (het avond- en nachtteam), voor de duur van het experiment.

hoofdstuk 2 Doel- en probleemstellingen

2.1 Inleiding

Door de leden van de projectgroep 24-uurs-zorg werden de *doelstellingen voor het experiment* als volgt samengesteld:

doelstellingen experiment

- 24 uur zorg geven aan patiënt
- continuïteit bevorderen
- Patiënten uit het ziekenhuis houden als opname niet medisch noodzakelijk is
- De mogelijkheid scheppen patiënten zo vlug mogelijk naar huis te laten gaan als opname medisch gezien niet langer geïndiceerd is.
- Terminale zorg uitbreiden aan: patiënt, familie en omgeving.
- Voorkomen dat door te zware belasting de omgeving ziek wordt (wij willen de mantelzorg gezond houden).
- Patiënten die elders verpleegd worden de vakantie thuis laten doorbrengen bijvoorbeeld uit verpleeghuis.
- Voorkomen van frustraties van het verplegend personeel (te weinig zorgverlening)

Kortom, we verstaan onder 24-uurs-verpleegkundige zorgverlening: het optimaal functioneren van de zorgverlening aan patiënt, familie en omgeving, 24 uur per etmaal zolang dit nodig is.

Gegeven deze doelstellingen van het experiment werd van het onderzoek verwacht dat het de functie zou hebben van:

functie onderzoek

- inzicht te geven in de ontwikkeling en effecten van 24-uurs-zorg;
- ondersteunend te zijn voor het experiment;
- het sturend vermogen van het experiment erdoor werd vergroot;
- het inzicht geeft in de kwaliteits(veranderingen) van de zorg naar aanleiding van 24-uurs-zorg;
- het inzicht geeft in het bereik van 24-uurs-zorg;
- het inzicht geeft in de voorwaarden van 24-uurs-zorg.

Een en ander was aanleiding om de volgende centrale probleemstelling te formuleren:

probleemstelling

1. Welke zijn de gevolgen van 24-uurs-zorg in Tholen/St. Philipsland mede gezien de verwachting in continuering van zorg?
2. Aan welke condities moeten de zorg, de organisatie van de 24-uurs-zorg en de zorg van anderen voldoen voor het optimaal bereiken van effecten?

3 Welke steun kan er vanuit het onderzoek worden gegeven aan de vormgeving van het experiment?

ad 1 De eerste probleemstelling kent twee invalshoeken. In eerste instantie gaat het om de gevolgen voor de patiënt en diens omgeving met name wat betreft veranderingen in zorg en ondersteuning of verlichting van de mantelzorg. In tweede instantie omvat de probleemstelling de gevolgen van de zorg voor de verpleegkundigen zowel van de dagdienst als van de avond- en nachtdienst, basiseenheid als geheel en andere organisaties in de eerstelijnsgezondheidszorg en intra-murale gezondheidszorg. Deze gevolgen zijn afgeleid van de verstrekte zorg aan patiënten en de ontwikkeling van een nieuw aanbod in een reeds gestructureerd zorgveld.

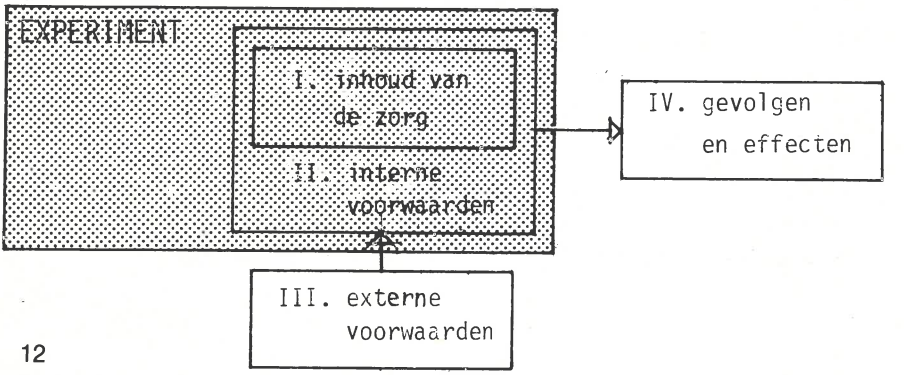
ad 2 De tweede probleemstelling betreft het meer procesmatig karakter van het experiment en richt zich op de tot standkoming en ontwikkeling van 24-uurs-zorg, met name wat betreft de organisatorische vormgeving en regelgeving rond 24-uurs-zorg.

ad 3 In de derde probleemstelling staat de rol en bijdragen van de onderzoekers centraal, evenals de ondersteunende taak van de beleids- en werkgroep. Het gaat hier in feite om het inzichtelijk maken van het actie-aspect en de praktische relevantie van dit onderzoek.

2.2 Theoretisch kader

Bij de eerste twee probleemstellingen hebben wij gedurende het experiment/onderzoek vier invalshoeken onderscheiden. De relaties daartussen kunnen wij als volgt in schema brengen:

Figuur 1 Relaties tusssen invalshoeken



Ter verduidelijking van dit schema de volgende toelichting. De 'Inhoud van de zorg' (I) en de 'interne voorwaarden' (II) vormen samen het experiment 24-uurs-zorg in Tholen/St. Philipsland. Het gaat hierbij om een proces, dat wil zeggen de wijze waarop het experiment zich heeft ontwikkeld, de vragen en knelpunten die zich tijdens het experiment hebben voorgedaan en de wijze waarop ze tot een oplossing zijn gebracht.
De inhoud van de zorg (I) staat centraal bij de beschrijving van het verloop van het experiment, alsmede de voorwaarden die binnen het experiment tot stand zijn gebracht voor het bereiken van een optimale zorg (II). Het verloop van het experiment is echter eveneens beïnvloed door een aantal factoren van buiten het experiment zoals bijvoorbeeld de samenwerking met andere hulpverleners. Deze factoren worden in het schema aangeduid als: 'externe voorwaarden' (III).
Onder 'gevolgen en effecten' (IV), bekijken wij welk resultaat de 24-uurs-zorg heeft, met name voor de patiënten en de afstemming van de zorg tussen de diverse bij de patiënt betrokken hulpverleners.
Per invalshoek geven wij in de volgende paragrafen een aantal centrale vraagstellingen.
De factoren onder I, II en III vormen de uitwerking van de tweede probleemstelling (de voorwaarden) en die onder IV de uitwerking van de eerste probleemstelling. Deze worden nu achtereenvolgens nader uitgewerkt.

2.3 De inhoud van de zorg (I)

Het onderzoek naar de inhoud van de zorg heeft zich met name gericht op de volgende drie aspecten:
1 de doelen van het experiment;
2 de opvatting over wat 'optimale zorg' inhoudt en wat de bijdrage van de 24-uurs-zorg hiertoe zou moeten zijn.

Deze twee aspecten vormen het inhoudelijke beleid. Hiervan worden de taken, werkzaamheden en rollen van de verpleegkundigen afgeleid, alsmede de kwaliteitseisen voor de beoordelingscriteria van de bijdrage van 24-uurs-zorg tot optimale zorg.
3 de uitvoering van dit beleid: de wijze waarop de betreffende verpleegkundigen hun werk verrichten en het werkmodel dat hierbij in de praktijk gehanteerd wordt. Met werkmodel wordt bedoeld: de regels en afspraken die ontstaan, respectievelijk gemaakt worden over de wijze waarop men het werk verricht wil er sprake zijn van optimale zorg.

Het gaat hierbij dus zowel om de ontwikkeling van ideeën en opvattingen over de zorg tijdens dit experiment, alsook om de manier waarop de verpleegkundigen in de praktijk zorg verlenen.

In verband met de inhoud van de zorg zijn de volgende onderzoeksvragen aan de orde gekomen:

- op welke hulpvragen qua aard en omvang speelt de 24-uurs-zorg in?
- wie bereikt men met het aanbod van 24-uurs-zorg?
- welke criteria voor opname van patiënten in 24-uurs-zorg worden in de praktijk gehanteerd?
- worden er middels de criteria ook grenzen gesteld aan de verzorging thuis, en in hoeverre zijn er andere normen noodzakelijk voor 24-uurs-zorg?
- wat gebeurt er met mensen die om 24-uurs-zorg vragen en buiten de criteria vallen?
- welke soort zorg biedt de 24-uurs-zorg; hoe wordt de zorg verleend; verschilt die van de dagzorg?
- vindt er afstemming plaats van avond- en nachtverpleegkundigen met dagverpleegkundigen met betrekking tot patiënten in 24-uurs-zorg?
- wat is de inbreng in het zorgproces van andere hulpverleners (bijvoorbeeld gezinszorg en huisartsen) en hoe is de afstemming met deze hulpverleners geregeld?
- is het werken aan de hand van verpleegplannen zinvol?
- hoe is de omgang met de mantelzorg; vindt er instructie plaats en wat is het effect daarvan op de kwaliteit van de zorg?
- wat is de beleving van patiënten van 24-uurs-zorg en de beleving van de huisgenoten in, afhankelijk van de situatie van de patiënt, soms emotioneel pijnlijke en moeilijke situaties?
- roept de 24-uurs-zorg nieuwe hulpvragen op en/of trekt ze nieuwe/andere vragen aan?

In het verloop van het experiment bleek de spilfunctie in de zorg een belangrijk gegeven. Daarbij kwam de vraag aan de orde hoe opvattingen zich verhouden over hulpbehoefte, wijze van zorgverlening en zorgsturing van de medewerkers van de kruisvereniging ten opzichte van elkaar. We bekeken of de rol van de verpleegkundigen in het proces van zorg leidend of complementair was.

Daarnaast hebben wij de opvattingen bekeken over wat goede zorg wil betekenen en wat de bijdrage van 24-uurs-zorg zou moeten zijn. Het betreft hier eveneens een beoordeling van de meerwaarde van 24-uurs-zorg boven avondzorg. Bij alle vragen gesteld in het kader van de inhoud van de zorg ging het uiteindelijk steeds om de zorgverlening in de praktijk. Het feitelijk functioneren van de 24-uurs-zorg zetten wij af tegen de normen en opvattingen daarover voor zover deze in dit experiment ontwikkeld zijn.

2.4 De interne voorwaarden (II)

Met betrekking tot de Interne voorwaarden hebben wij in het onderzoek

alle voorwaarden getracht te achterhalen die in het experiment gecreëerd zijn om 24-uurs-zorg van de grond te krijgen en optimaal te doen functioneren.
Het betrof hier de invalshoeken:
- *De organisatie,* zowel formeel (afspraken, regels, en dergelijke) als informeel, (ook afwijkingen en oplossingen in de praktijk).
- *De samenwerking.* Het gaat hier om de manier waarop de samenwerking tussen dagverpleegkundigen en avond- en nachtverpleegkundigen tot stand is gekomen.

Aspecten die rond deze invalshoeken in dit rapport aan de orde zullen komen zijn:
- de infrastructuur rond het experiment wat betreft begeleiding van en door de h.w.v., door de werkgroep en door de beleidsgroep;
- Voorwaarden voor het optimaal functioneren van de verpleegkundigen in 24-uurs-zorg. Hierbij komen aspecten aan de orde als:
  - overdracht en de gevolgen van het gescheiden functioneren van dagteams en avond-, en nachtteam
  - de opvang van pieken in de zorg
  - veiligheid
  - deskundigheid en vaardigheden
  - ondersteuning en begeleiding
  - consequenties daarvan voor opleiding, scholing en bijscholing
  - rechtspositie en arbeidscontract
  - bereikbaarheid en beschikbaarheid
  - verpleegartikelen en hulpmiddelen
  - het in dit experiment gebruikte oproepsysteem

Als speciaal aandachtspunt noemen we de veranderingen in het takenpakket van de h.w.v.

2.5 De externe voorwaarden (III)

24-uurs-zorg noch de organisatie van dit type zorg kan goed tot ontwikkeling komen wanneer deze nieuwe zorgactiviteit geen plaats krijgt in het bestaande veld van zorg.
Twee aandachtsvelden vormden het uitgangspunt bij het onderzoek met betrekking tot de externe voorwaarden:
- De (knelpunten in) communicatie, beleid en verhouding van het 24-uurs-zorgproject met de omgeving voor zover zij de ontwikkeling van 24-uurs-zorg beïnvloeden zowel in positieve als negatieve zin.
- De initiatieven vanuit het project naar externe partijen op het gebied van informatie-uitwisseling, samenwerking en afstemming van beleid en derden op de 24-uurs-zorg.

Het betreft hier slechts die 'extern betrokkenen' die voor het experiment direct relevant zijn. Als relevante externe partijen gaan wij in op de eerstelijnsgezondheidszorg waaronder huisartsen, gezinszorg alsmede intra-murale voorzieningen waarmee men in het experiment te maken kreeg, namelijk het verpleeghuis en het ziekenhuis in Bergen op Zoom, en verder de inspectie van de volksgezondheid van Zeeland, het verbindingskantoor en de media.
Tot zover de aspecten die van belang geacht worden voor de tweede probleemstelling. In het volgende geven wij een uitwerking van de eerste probleemstelling.

2.6 Gevolgen en effecten van 24-uurs-zorg (IV)

Bij de aanvang van het experiment werd verwacht dat de invoering van 24-uurs-zorg consequenties zou hebben voor:
- de patiënt en diens omgeving;
- de zorg van de verpleegkundigen van de basiseenheid;
- externen met name uit de eerstelijnsgezondheidszorg.

Aspecten die in dit verslag aan de orde zullen komen zijn:
- de gevolgen die 24-uurs-zorg heeft op het type hulpvragen van patiënten, het genezingsproces en/of de verzorging van patiënten opgenomen in 24-uurs-zorg. Daarbij komt de vraag aan de orde of er patiënten in zorg zijn geweest die bij ontbreken van het aanbod van 24-uurs-zorg opgenomen hadden moeten worden in verpleeg-, of ziekenhuis.
- de gevolgen van 24-uurs-zorg wat betreft vergroting van de zelfstandigheid van patiënten (zelfzorg) en stimulering van de mantelzorg.
- de ervaringen van patiënten, familie en mantelzorg met 24-uurs-zorg.
- Wij behandelen welke gevolgen 24-uurs-zorg heeft gehad op het functioneren van de dagverpleegkundigen: betekende het een ontlasting van de dagdienst of juist een extra belasting. Dit wat betreft een belasting qua tijd, verschuivingen in type en aanbod van zorg van preventief naar meer curatieve werkzaamheden en de mogelijke invloed van de wijkindeling.
- Leidt 24-uurs-zorg tot een afname van intra-murale zorg (kortere opnameduur, eerder ontslag of uitstel van opname? Treden er als gevolg daarvan andere procedures en criteria voor opname en ontslag in werking?)
- Is er sprake van uitruil intra- tegen extra-murale zorg. Hier behandelen we het kostenaspect.
- Tenslotte vroegen wij ons af of 24-uurs-zorg een verschuiving in de zorg van relevante derden te zien gaf en of er een betere afstemming en

samenwerking tussen verpleegkundigen enerzijds en andere eerstelijnswerkers en intra-murale hulpverleners anderzijds door zou ontstaan.

2.7 De bijdrage van het onderzoek

De derde probleemstelling betrof de steun vanuit het onderzoek aan de vormgeving van dit experiment. Het ging hierbij om de onderstaande twee aspecten van het *actie-model*:

- de procedurele kant, dat wil zeggen de opdeling van het onderzoek en experiment en de vier fasen met de daarbij behorende tussentijdse rapportages en de bijstelling van experiment en onderzoek aan de hand van de opgedane ervaringen.
- de houding en rol van de onderzoekers ten aanzien van het experiment. Naast de vereiste distantie zullen de onderzoekers ook op actieve en ondersteunende wijze bij het experiment betrokken zijn.
  Vanuit deze positie hadden zij de mogelijkheid tot 'interventies' in het experiment, dat wil zeggen tot bewust geplande activiteiten van de onderzoekers op het gebied van voorwaarden die van belang waren voor de ontwikkelingen in het experiment.

Een drietal aspecten komen aan de orde:

- welke interventies zijn door de onderzoekers gedaan?
- wat zijn de implicaties daarvan geweest voor het experiment?
- hoe heeft de procesmatige en gefaseerde onderzoeksaanpak op het experiment ingewerkt?

2.7.1 Het verzamelen van gegevens

In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze de onderzoekers gegevens hebben verzameld.
De *doelen* van het experiment en de *zorgconceptie* van de betrokken hulpverleners werden, voorzover expliciet, verzameld door middel van:

- het raadplegen van interne stukken, nota's en dergelijke.
- gesprekken met de (hoofd)(wijk)verpleegkundigen over de achtergronden en motieven van hulpverlening en zorg.

Aspecten van het 'werkmodel' kwamen hieruit naar voren.
De meer impliciete regels en beslissingscriteria die men bij het werk hanteerde werden in werkbesprekingen opgespoord door te vragen naar achtergronden en motiveringen van gedragslijnen bij concrete gevallen of door discussies over criteria en behandelingsplannen.
De onderzoekers zijn een aantal malen aanwezig geweest bij bijeenkomsten waar dergelijke onderwerpen aan de orde kwamen.

De *praktijk van de hulpverlening* door het avond- en nachtteam werd in kaart gebracht door middel van:

- een continue patiëntgerichte registratie door de drie verpleegkundigen van het avond- en nachtteam. Deze registratie sloot zoveel mogelijk aan bij het W.A.S. (Wijk Administratie Systeem).
- de analyse van verslagen van de werkzaamheden die de leden van het avond- en nachtteam maken ten behoeve van de overdracht van gegevens aan hun collega's die iedere week hun dienst overnemen. In deze verslagen staan gegevens over (de vraag van) de patiënt, wat ze gedaan hebben en eventuele instructies voor de behandeling.
- participerende observatie van het zorg/hulpverleningsproces tijdens de avond- en nachtdienst. Een van de onderzoekers is een paar maal met de verpleegkundige van het avond- en nachtteam meegelopen om meer inzicht te krijgen in dit proces. Daarbij was de vraag aan de orde: 'Hoe wordt de zorg verleend en (hoe) wordt zelfzorg en (hoe) wordt mantelzorg gestimuleerd; hoe verhoudt zich de zorg tot andere zorg van professionele hulpverleners; maakt het mensen afhankelijker of niet?
- wekelijks registreerden de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst een aantal gegevens over hun functioneren gedurende de afgelopen dienst en de organisatie van de 24-uurs-zorg.
- maandelijks registreerde de h.w.v. gedurende de eerste twee fasen het een en ander met betrekking tot de organisatie van de zorg en over haar eigen rol/bijdrage.

Gegevens over de *interne voorwaarden* werden verzameld door middel van:

- het bijwonen van een aantal werkgroep vergaderingen. Voor de werkgroep werd gekozen, omdat daarin aan de uitvoering van het experiment vorm werd gegeven.
- de notulen van vergaderingen en besprekingen, waarin voor het onderzoek relevante gegevens waren opgenomen (bijvoorbeeld behandelingsplannen)
- interviews met de h.w.v., het avond- en nachtteam en de dagverpleegkundige van de basiseenheid.
- een systematische (wekelijkse) registratie door de h.w.v. aan de hand van een checklijst, waarin de te vervullen functies verder uitgewerkt werden naar onderwerpen.

Per onderwerp en functie werd in kaart gebracht wat er in het experiment gebeurde, of er lacunes en/of knelpunten waren opgetreden, wat hiervan van belang geacht moest worden voor het verloop van het experiment en tenslotte of er veranderingen/verbeteringen nodig waren.

De gegevens over de *externe voorwaarden* werden verzameld door:

- het raadplegen van notulen, verslagen en dergelijke aangevuld met mondelinge informatie van de hoofdwijkverpleegkundige.

- een inventarisatie van de relevante groep 'derden'.
- interviews met deze 'derden'. Wij inventariseerden wat er uitgewisseld werd aan informatie, besluiten, afspraken, afstemming, en dergelijke.

De *gevolgen van 24-uurs-zorg* werden bij de gezamenlijke evaluatie per fase in de vorm van interpretaties en beoordelingen door de onderzoekers voorgelegd aan de deelnemers in het experiment. Er werden dan gezamenlijk conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor volgende fasen in het experiment.
- De gevolgen van 24-uurs-zorg voor de patiënt werden geïnventariseerd door middel van interviews met patiënten en/of diens omgeving.
- De gevolgen voor derden werden bekeken door middel van analyse van registratiegegevens en interviews met relevante 'derden' over veranderingen in procedures, hun werkzaamheden en hun aandeel en dat van de verpleegkundigen bij patiënten in 24-uurs-zorg.

2.7.2 De registratie

Al gedurende lange tijd leggen wijkverpleegkundigen hun werkzaamheden vast met behulp van diverse registratiemethoden om zodoende de hulpverlening te verbeteren en te ondersteunen. Om ook beleidsmatig te kunnen reageren, heeft men landelijk het W.A.S. (Wijk-Administratie-Systeem) ontwikkeld, maar het W.A.S. dient primair als hulpmiddel voor de wijkverpleegkundige bij het verpleegkundig-methodisch handelen. Door het bijhouden van een overzicht van haar zorgactiviteiten per patiënt kan de wijkverpleegkundige zelf en met haar collega's inzicht krijgen in de verhouding tussen aangeboden zorg en de vraag naar zorg van de patiënt.

Het W.A.S.-systeem bestaat uit twee onderdelen:
- het registratiesysteem (gezinskaarten-systeem)
- het rapportagesysteem

Het registratiesysteem is bedoeld voor de wijkverpleegkundigen binnen de basiseenheid.
Met het rapportagesysteem leggen de verpleegkundigen maandelijks hun werkzaamheden vast, waarna deze gegevens ingebracht en verwerkt worden met behulp van een computer.
De rapportage verloopt via twee formulieren:
- verplichte en facultatieve rubrieken van de rapportage per patient;
- niet-patient gerichte rapportage (bijvoorbeeld groepsvoorlichting, werkbesprekingen en dergelijke).

Uiteindelijk is het doel plaatselijk en provinciaal informatie uit de gegevens te krijgen die relevant is. Welke gegevens men krijgt is afhankelijk van de programmatuur die landelijk ontwikkeld wordt.

De start van het experiment 24-uurs-zorg is samengevallen met de invoering van het W.A.S.-systeem in de basiseenheid Tholen/St. Philipsland. Voor het vastleggen van de handelingen in het kader van 24-uurs-zorg is in eerste instantie getracht zoveel mogelijk gegevens te verzamelen met behulp van het W.A.S.-formulier. De registratie-omvang voor de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst zou daarmee beperkt blijven.
Voor een aantal vragen die niet via de verplichte rubrieken van het W.A.S. te beantwoorden waren, werd een beperkte extra-registratie opgezet. Deze vragen konden met behulp van het W.A.S. verwerkt worden, door de standaardcodering te verlaten en enkele niet-gebruikte rubrieken van het W.A.S.-formulier daarvoor in gebruik te nemen. De verwerking van de gegevens verkregen via de W.A.S.-formulieren, werd door de onderzoekers verricht, zonder daarbij gebruik te kunnen maken van de computer van de Provinciale Vereniging vanwege het niet voorhanden zijn van de gewenste programmatuur.

Na de eerste fase van onderzoek is er een bijstelling van de registratie doorgevoerd. Uit de bespreking van het eerste interimrapport in de basiseenheid bleek dat de registratie tot interpretatieverschillen aanleiding gaf. Een belangrijke oorzaak hiervan lag in het gegeven dat het nogal eens voorkwam dat er meerdere coderingen mogelijk waren.
In een bijeenkomst met de verpleegkundigen is verduidelijking gegeven over de registratie en zijn er nieuwe afspraken gemaakt over de registratieaanpak. Vanaf dat moment is ook de h.w.v. een aantal gegevens over patiënten gaan bijhouden, los van de strakke coderingen die gebruikt werden in het W.A.S.

Een apart probleem bleek ook het registreren via het W.A.S.-formulier van eenmalige telefonische contacten waarop de verpleegkundige van de avond- en nachtdienst geen actie ondernam naar de cliënt. De registratie van dergelijke contacten nam meer tijd in beslag aan registreren dan het contact zelf. Afgesproken werd de eenmalige telefonische contacten via een eenvoudiger formulier te registreren om daarmee toch enigszins zicht te houden op de belasting van de verpleegkundigen door de 24-uurs-bereikbaarheid.
Deze eenmalige telefonische contacten behandelen we in paragraaf 3.3.8 en bezien we los van de registratiegegevens, verkregen middels het W.A.S.
Om onduidelijkheden, verwarring en verlies van tijd dat met wijzigingen gepaard kan gaan te voorkomen zijn gedurende de twee jaar van het experiment zo min mogelijk veranderingen in de registratie aangebracht. In de tweede fase van het onderzoek is ook de dagdienst begonnen met het registreren van een aantal aspecten in verband met de zorg aan patiënten in 24-uurs-zorg. Hierdoor kregen de onderzoekers vergelijkingsmateriaal tussen avond- en nachtdienst en de dagdienst.

2.7.3 Bronnen

Naast de registratie via het W.A.S. en de extra registratie welke vooral kwantitatieve gegevens hebben opgeleverd en waarop vrijwel al het cijfermateriaal in dit rapport is gebaseerd, registreerden de avond- en nachtverpleegkundigen op drie andere manieren:

- Ze hielden een patiëntenschrift bij waarin ze alle gegevens vastlegden die voor de verzorging van de patient nodig waren. Ook gegevens van de dagdienst werden hierin genoteerd. Voor deze vastlegging werd een uniform model gekozen. Dit patiëntenschrift werd iedere week overgedragen.
- In het patiëntenschrift werd eveneens een weekrapportage bijgehouden. Daarin werd aangegeven naar welke patiënten ze geweest waren, met wie gebeld was, bijzonderheden, acute telefoontjes en reacties daarop enzovoort.

Het patiëntenschrift diende in eerste instantie voor de overdracht van gegevens tussen de leden van het avond- en nachtteam.

- Per week hielden de avond- en nachtverpleegkundigen een formulier bij, waarop vragen met betrekking tot begeleiding, behoefte aan bijscholing, veiligheid en dergelijke.

De h.w.v. hield een aantal aspecten bij rond de ontwikkeling van de zorg wat betreft de organisatie en patient-gerichte aspecten die buiten het directe gezichtsveld van de verpleegkundigen lagen.
Verder zijn er gedurende het onderzoek diverse interviews, gesprekken, participerende observaties georganiseerd waarbij verschillende direct bij het experiment betrokkenen hun mening over het experiment konden ventileren.
Bij deze rapportage over het gehele 2 jaar durende experiment maken wij gebruik van de volgende bronnen:

bronnen

- het W.A.S.
- de extra registraties van de avond- en nachtverpleegkundigen
- de extra registraties van de dagverpleegkundigen
- de registraties van de h.w.v.
- interviews met verpleegkundigen van het avond- en nachtteam
- interviews met het avond- en nachtteam als geheel
- interviews met wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van de basiseenheid.
- interviews met de h.w.v.
- een paar avonden hebben we een verpl. gevolgd op haar ronde langs patiënten
- een enquête voor de verpleegkundigen van de basiseenheid
- interviews met patiënten die in 24-uurs-zorg zijn (of zijn geweest)
- interviews met mantelzorg van patiënten in 24-uurs-zorg

- één interview met het dagelijks bestuur van de basiseenheid
- een enquête voor de beleidsgroep en werkgroep
- interviews en gesprekken met huisartsen
- één interview met de directeur van het ziekenhuis Lievensberg
- één groepsinterview met de hoofden van afdelingen van het ziekenhuis Lievensberg
- een groepsinterview met de staf van het verpleeghuis A.B.G.
- één interview met de Inspectie van Volksgezondheid Zeeland
- één interview met het hoofd van de gezinszorg Tholen/St. Philipsland
- diverse nota's van de provinciale Vereniging het Zeeuwse Kruis, en de Nationale Kruisvereniging
- intensieve besprekingen met de beleidsgroep.
- gegevens van de Centrale Post Ambulance (C.P.A.)

DEEL 2 DE ONDERZOEKSRESULTATEN

Inleiding

In de volgende hoofdstukken presenteren wij de onderzoeksresultaten zoals die gedurende het experiment zijn vastgelegd op de wijze zoals in het voorgaande beschreven is.
Bij de beschrijving wordt de uitwerking van de probleemstelling in onderzoeksvragen gevolgd, zoals die in hoofdstuk 2 heeft plaatsgevonden, met dien verstande dat de gevolgen van 24-uurs-zorg besproken worden onder de paragraaf waar de gegevens met betrekking tot hetzelfde thema worden gepresenteerd.

In hoofdstuk 3 bespreken we de inhoud van de zorg.
Om een aantal kenmerken vast te stellen van de doelgroep wordt bekeken welke patiënten opgenomen zijn in 24-uurs-zorg. Vervolgens behandelen wij hoe men in zorg is gekomen waarbij de werking van de criteria een belangrijke plaats inneemt. Verder beschrijven we een aantal zorgsituaties van patiënten in 24-uurs-zorg, bespreken de beleving van patiënten van 24-uurs-zorg en gaan in op de bijdrage van de mantelzorg.
We besluiten het hoofdstuk met een bespreking van het hulpaanbod van de kruisvereniging, waarbij we de omvang en aard van de contacten bespreken, het werken met verpleegplannen en het vraagstuk van de meerwaarde.

In hoofdstuk 4 komen de interne voorwaarden aan de orde. Wij behandelen de start van het project, het beleid, het personeel, de materiële voorzieningen en de organisatie van de 24-uurs-zorg.
Ter afsluiting van dit hoofdstuk gaan wij in op de projectstructuur en het actie-onderzoek.

De externe voorwaarden worden behandeld in hoofdstuk 5. Achtereenvolgens komen aan de orde: de huisartsen, de gezinszorg, het ziekenhuis Lievensberg, het Algemeen Burger Gasthuis, de media en overige externen. We besluiten het hoofdstuk met een bespreking van de samenwerking tussen de basiseenheid en de genoemde 'externen'.

In hoofdstuk 6 geven wij de samenvatting en de conclusies zoals ze uit het onderzoek naar voren komen. Op al de probleemstellingen (zie hoofdstuk 2) geven wij de conclusies.

hoofdstuk 3 De inhoud van de zorg

3.1 De patiënten in 24-uurs-zorg

24-uurs-zorg invoeren heeft als gevolg dat bepaalde patiënten, die eerder geen of een ander beroep deden op zorg van de kruisvereniging, nu met een hulpvraag naar de kruisvereniging toekomen. Wat voor patiënten zijn dit nu? In de volgende paragraaf geven we achtereenvolgens het aantal patiënten dat in zorg geweest is, de leeftijd en het geslacht van deze patiënten en de diagnose waarmee de patiënten in 24-uurs-zorg kwamen. We geven een typering van de patiënten die in zorg zijn geweest, en sluiten de paragraaf af met enkele gegevens over de verdeling van de patiënten over woonplaatsen en teams van de basiseenheid.
In de experimentele periode van 2 jaar hebben 181 mensen een beroep gedaan op de verpleegkundigen in de avond-, en nachtzorg. 82 maal betrof het een éénmalig telefonisch contact, waarop geen verpleegkundige handeling volgde. Deze telefonische contacten laten we buiten beschouwing bij de presentatie van de verdere gegevens, omdat het geen patiënten betreft die opgenomen zijn geweest in 24-uurs-zorg. Wél geven we in paragraaf 3.3.8 de aard van die telefonische contacten en de reactie daarop van de verpleegkundigen.
Uit bovenstaande blijkt dat er daadwerkelijk 99 patiënten in 24-uurs-zorg zijn geweest. In tabel 1 geven we een overzicht van de leeftijd uitgezet tegen het geslacht van deze 99 opgenomen patiënten in de 24-uurs-zorg.

Tabel 1 Leeftijd en geslacht van patiënten opgenomen in 24-uurs-zorg in de experimentele periode.

	0-1	1-4	4-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	totaal
man	1	-	-	-	1	3	2	9	12	18	2	48
vrouw	4	-	-	7	4	-	1	3	15	15	2	51
totaal	5	-	-	7	5	3	3	12	27	33	4	99
				23						76		

We kunnen constateren dat het verschil tussen het aantal mannen (48) en vrouwen (51) opgenomen in de 24-uurs-zorg gering is. Wel wordt uit deze tabel duidelijk dat 24-uurs-zorg voor een groot deel mensen bereikt in leeftijdscategorieën boven de 60 jaar: 77% > 60 jr. van het totaal aantal patiënten. 64% van de patiënten is zelfs 70 jaar en ouder. 23% is jonger dan 60 jaar, waarbij 17% van de patiënten zit in de leeftijd van 0-39.
Opvallend is dat dit voornamelijk vrouwen zijn. Deze vrouwen kwamen in 24-uurs-zorg door complicaties rond zwangerschap en bevalling of door problemen met zuigelingen.
De diagnose waarmee de patiënten opgenomen werden in 24-uurs-zorg was veelal bekend bij de wijkverpleegkundige of op basis van gegevens van de huisarts of het ziekenhuis. In tabel 2 geven wij de gegevens over de patiënten in 24-uurs-zorg. In een aantal gevallen was er geen sprake van een duidelijke diagnose, op grond waarvan een hulpaanbod werd gedaan. Het ging hier om bijvoorbeeld GVO-aktiviteiten, uitlenen van artikelen, ouderdom en dergelijke welke wij in de categorie 'diversen' hebben ondergebracht.

Tabel 2 Diagnose van patiënten in 24-uurs-zorg

Diagnose	aantal patiënten
nieuwvormingen (diverse vormen van kanker)	15
ziekten van bloed en bloedbereidende organen	14
endocrine/voedings/stofwisselingsziekten	1
mentale stoornissen	3
ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	10
ziekten van ademhalingsorganen	2
ziekten van spijsverteringsorganen	5
ziekten van urogenitale organen	13
ziekten van huid-, en onderhuidsbindweefsel	1
ziekten van spieren, skeletstelsel en bindweefsel	9
aangeboren anomalieën	1
symptomen en slecht omschreven toestanden	2
ongevallen, vergiftiging e.a.	7
complicaties zwangerschap en bevalling	7
diversen	9
totaal	99

Gedurende het experiment hebben wij getracht het zorgaanbod van de kruisvereniging te verkennen en hebben daarbij specifiek gelet op de aard en inzet van de zorg voor patiënten in 24-uurs-zorg. Daarbij hebben wij een onderscheid gemaakt naar 5 typen, welke niet eenduidig zijn en elkaar uitsluiten.

5 typen

Het onderscheid is gebaseerd op drie dimensies, namelijk:
- is de patiënt en zijn hulpvraag bekend bij de kruisvereniging bij aanmelding voor 24-uurs-zorg;

- is naar verwachting de benodigde zorg kort of langdurig van aard;
- is de gevraagde zorg eenvoudig, betreft het een enkelvoudige vraag om zorg, of is het een meervoudige vraag oftewel een combinatie van verpleegtechnische, verzorgende en begeleidende werkzaamheden.

De typen zijn dan de volgende waarbij de eerste drie typen patiënten zijn en de vierde en vijfde typen zorg

1 chronische patiënten
2 terminale patiënten
3 herstellende patiënten
4 patiënten die complexe zorg nodig hebben (voorzover niet vallend onder 1, 2 of 3)
5 patiënten die eenvoudige zorg nodig hebben (voorzover niet vallend onder 1, 2 of 3)

In het onderstaande geven wij een aanduiding van elk van de onderscheiden typen:

1 Chronische patiënten
Hieronder verstaan we patiënten die relatief veel, maar eenvoudige verpleegkundige zorg nodig hebben over een lange periode, ter voorkoming van opname in een bejaardenhuis of verpleeghuis. Deze chronische patiënten zullen, voor zover zij kostbare verpleegartikelen of hulpmiddelen nodig hebben (stalen verpleegster en dergelijke), een beroep doen op uitleenartikelen van de plaatselijke kruisvereniging, welke het uitleenkarakter in gevaar brengt (meestal wordt 6 maanden tot maximaal 1 jaar uitgeleend). In paragraaf 4.4.2 zullen we op deze gevolgen terugkomen.

2 Terminale patiënten
Het betreft zorg voor patiënten (en naaste omgeving) in de laatste levensfase. Het gaat meestal om veel zorg gedurende een korte periode. Bij de zorg moet rekening gehouden worden met emotionele steun aan patiënt en familie.

3 Herstellende patiënten
Deze zorg is verpleegtechnische zorg. De zorg wordt verstrekt na een crisissituatie, soms gedurende langere tijd. Bijvoorbeeld voor patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis en die extra hulp en zorg nodig hebben, maar daarna met normale dagzorg kunnen volstaan.

4 Complexe zorg
Complexe zorg betreft veelal een beperkt aantal bezoeken waarbij zowel verpleegtechnische handelingen als verpleegkundige handelingen noodzakelijk zijn. Daarnaast is de verpleegkundige instruerend en begeleidend bezig. De combinatie van verschillende handelingen maakt in deze geval-

len de zorgverlening ook complex, alsmede de onduidelijke hulpbehoefte bij de start van de zorg.

5 Eenvoudige zorg
Veelal een beperkt aantal korte bezoeken, bijvoorbeeld voor het toedienen van medicijnen. Het zijn eenvoudige verpleegtechnische handelingen, die met enige instructie van de verpleegkundige overgenomen kunnen worden door familie of anderen (mantelzorg).

In tabel 3 geven wij een overzicht van het aantal patiënten van de door ons onderscheiden typen zorg.

Tabel 3 Aantal patiënten naar type

Type	aantal patiënten
chronische patiënten	5
terminale patiënten	34
herstellende patiënten	10
complexe zorg	21
eenvoudige zorg	30
totaal	100[1)]

1) Doordat één van de patiënten in de loop van het experiment twee keer geregistreerd is, nl. aanvankelijk als complexe zorg en later als terminale zorg, wijkt het aantal af van de genoemde 99 behandelde patiënten.

De duur van het verblijf van deze patiënten in de zorg varieerde per groep, zie tabel 4.

Tabel 4 Duur verblijf in 24-uurs-zorg

	1-2 dg*	3-7 dg	8-14 dg	15 dag-1m*	1m-2m	2-6m	>6m
chronisch	-	-	-	-	-	-	5
terminaal	8	11	7	3	2	3	-
herstellend	2	4	1	1	1	1	-
complex	9	7	-	1	3	1	-
eenvoudig	20	4	2	3	1	-	-
totaal	39	26	10	8	7	5	5

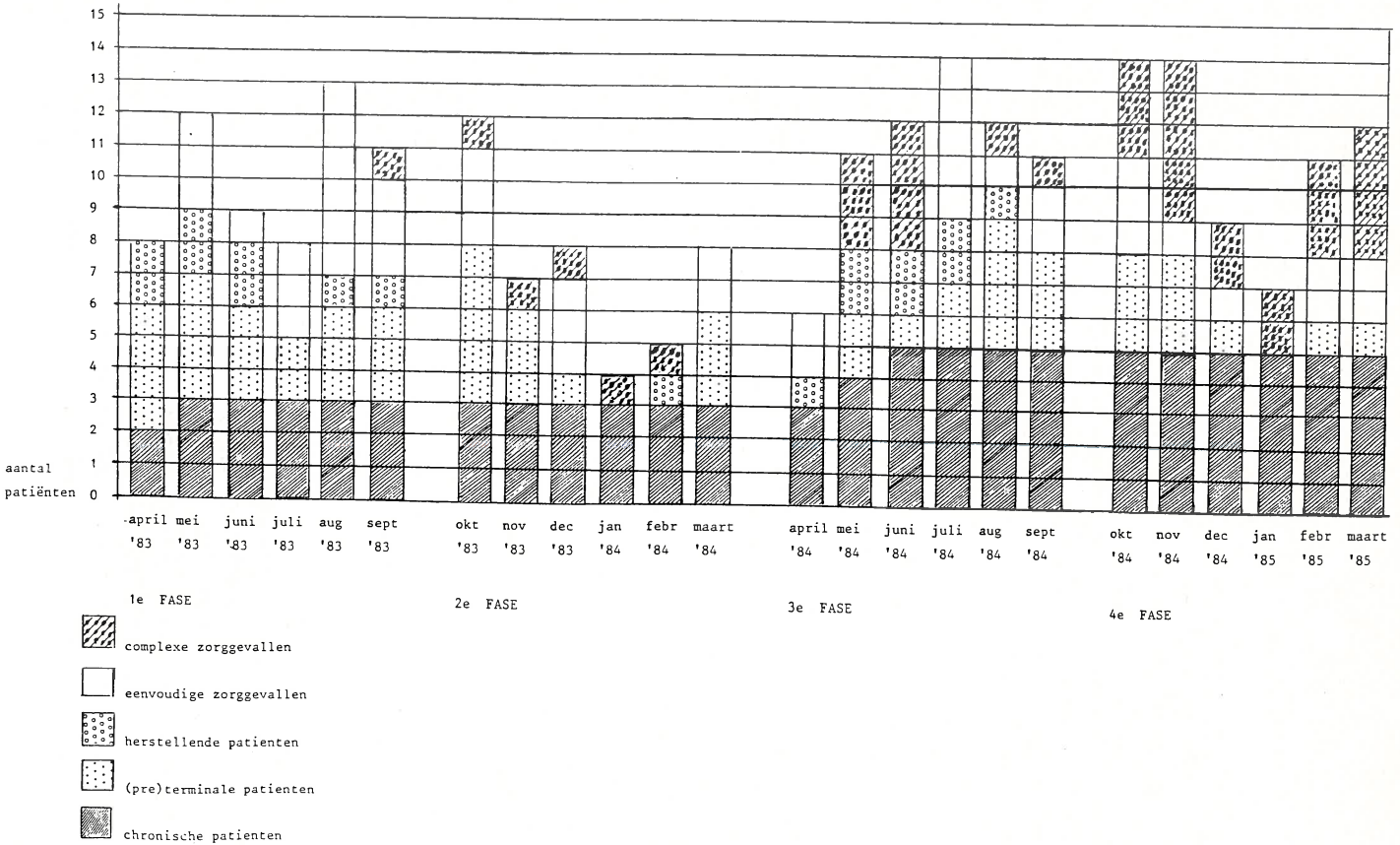
* dg = dagen
* m = maand of maanden

Uit tabel 4 blijkt:

- chronische patiënten zijn, zoals te verwachten was, langer dan 6 maanden in de zorg; voor het hulpaanbod betekent dit, dat bij een groter beslag op de capaciteit door chronische patiënten géén of te weinig ruimte aanwezig kan zijn voor een reactie op nieuwe hulpvragen. 70% van de totale tijd die de verpleegkundigen van de avonddienst besteed hebben aan patiënten was zorg voor chronische patiënten (zie tabel 14).
- terminale patiënten blijken in 5 van de 34 situaties langer dan 1 maand in zorg te zijn. Bij een uitloop naar langer dan 1 maand blijkt dat de belasting van de kruiszorg, zowel voor de dag- als avond- en nachtverpleegkundigen te groot kan worden in verhouding met de andere verplichtingen.
- herstellende en eenvoudige zorg is in principe kortdurend; de uitloop tot langer dan 1 maand wordt beschouwd als een uitzondering. In één situatie betreft het een patiënt, die zo nu en dan om eenvoudige zorg vraagt. De herstellende patiënt, die langer dan 2 maanden in zorg verbleef, betreft een langdurige wondverzorging.
- complexe zorg is in principe kortdurend. De patiënt in deze groep komt vrij onverwachts in zorg (meestal ontslag ziekenhuis) en de zorg richt zich op verpleging in combinatie met begeleiding en instructie. Tegelijkertijd wordt de hulpbehoefte verhelderd en oplossingen voor langere termijn gezocht, voor de zelf- en mantelzorg. Van de 4 patiënten, die langer dan 2 maanden in de zorg bleven, nam de gezondheidstoestand af. De patiënt wordt terminaal of moet voor behandeling (weer) opgenomen worden in het ziekenhuis of verpleeghuis.

Uit de hierna volgende figuur 2 blijkt hoeveel patiënten er per maand in zorg zijn geweest. In de kolommen maken wij een verdeling naar de onderscheiden typen. Uit deze figuur blijkt dat het beroep op 24-uurs-zorg in de derde en vierde fase het grootst is geweest. Het beroep van chronische patiënten op zorg is in de loop van het experiment groter geworden. De geleidelijke toename van het aantal in de zorg opgenomen patiënten is waarschijnlijk het gevolg van de toegenomen bekendheid met deze vorm van zorg. Ook zal de gewenning van de verpleegkundigen aan de nieuwe zorg zeker de eerste fase een rol hebben gespeeld. Toen moest men nog leren omgaan met vragen als: welke patiënten zijn geïndiceerd?, Hoe is de werkwijze van de avondzusters ten opzichte van de dagzorg?, Hoe snel kunnen de avondzusters de weg vinden naar verschillende adressen op het eiland en met hun zorg aansluiten op de hulpvragen? In de eerste fase moest deze werkwijze nog verkend en uitgeprobeerd worden. Verder valt op, dat het rond januari minder druk is in de zorg, terwijl men juist een groter beroep op zorg zou verwachten. Het geeft aan dat het beroep op 24-uurs-zorg onvoorspelbaar is. De caseload varieert per maand van 4 tot 14 patiënten: gemiddeld 8 patiënten per maand in het

Figuur 2 Periode afgezet tegen het aantal en type patiënten



eerste jaar en 11 in het tweede jaar. We kunnen constateren dat in het tweede jaar het aantal chronische patiënten met twee is gestegen, maar dat er geen verloop is in het aantal chronische patiënten. Tenslotte zien we dat in het tweede jaar van het experiment het beroep op complexe zorg groter wordt.

Binnen de erkende kruisorganisatie Tholen/St. Philipsland zijn twee teams van verpleegkundigen werkzaam; team Tholen en team St. Maartensdijk. We bekijken nu de verdeling van de patiënten in 24-uurs-zorg over de twee teams naar de woonplaatsen van de patiënten (zie tabel 5) en naar de typen patiënten en zorg die ze behoeven (zie tabel 6).

Tabel 5 Verdeling over teams en woonplaatsen van patiënten in 24-uurs-zorg.

Plaats	aantal inwoners	aantal bejaarden	aantal patiënten
team Tholen			
Tholen	5830	587*	17
Poortvliet	1696	252	7
Oud-Vossemeer	2296	284	11
St. Philipsland	2308	336	3
Subtotaal	12130	1459 (=12%)	38
team St. Maartensdijk			
St. Maartensdijk	3370	389	17
Scherpenisse	1387	231	13
Stavenisse	1534	260	10
St. Annaland	2979	482*	21
Subtotaal	9270	1362 (=14%)	61
Totaal			99

* Aantal bejaarden welke vallen onder de zorg van de kruisvereniging. Het totaal aantal is verminderd met het aantal bejaarden die opgenomen zijn in een verzorgingshuis waar verpleging en verzorging onder eigen beheer vallen.

In verhouding zijn er aanmerkelijk meer patiënten in 24-uurs-zorg bij het team St. Maartensdijk. Uitgesplitst naar type blijkt, dat het team St. Maartensdijk vooral meer terminale, complexe en eenvoudige zorg patiënten heeft gehad dan het team Tholen (zie tabel 6).

Tabel 6 Verdeling van patiënten over teams en typen zorg in 24-uurs-zorg

type zorg	aantallen		
	aantal patiënten team Tholen	aantal patiënten team St.-Maartensdijk	totaal
chronische patiënten	3	2	5
terminale patiënten	11	23	34
herstellende patiënten	5	5	10
eenvoudige zorg	12	18	30
complexe zorg	7	14	21
totaal	38	62	100

Mogelijke verklaringen voor deze verschillen zijn de volgenden:
Er zijn op Tholen/St. Philipsland drie verzorgingstehuizen voor bejaarden. De hierin opgenomen bejaarden worden verpleegd en verzorgd onder eigen beheer en vallen niet onder de verantwoordelijkheid van de kruisvereniging. Uit de bevolkingsopbouw (per 1 januari 1983, zie tabel 5) blijkt, dat er relatief meer inwoners in de dorpen van het team St. Maartensdijk boven de 65 jaar zijn dan in de dorpen van team Tholen. Dit verklaart mogelijk het verschil in het aantal terminale patiënten, maar nog niet het verschil in aanbod van patiënten tussen beide teams van 24.
Er zijn een aantal factoren te geven die mogelijk van invloed zijn geweest. De dorpen Tholen, Poortvliet en Oud-Vossemeer liggen het dichtst bij Bergen op Zoom. De afstand tot het ziekenhuis en verpleeghuis is makkelijker overbrugbaar dan van de overige dorpen. Mogelijk stellen patiënten en artsen mede daardoor sneller opname in ziekenhuis en verpleeghuis voor. De bevolking van de dorpen St. Maartensdijk, St. Annaland, Stavenisse en Scherpenisse maar ook St. Philipsland heeft mogelijk een sterkere wens en bereidheid om patiënten thuis te verplegen.
Wellicht speelt ook een andere betrokkenheid van de wijkverpleegkundigen in de teams voor thuisverpleging met avondzorg een rol. Voor de onderzoekers was dit niet nauwkeurig vast te stellen.

3.2 Selectie criteria

3.2.1 De procedure van aanmelding

Bij de start van het experiment zijn een aantal criteria opgesteld op basis waarvan werd besloten patiënten op te nemen in 24-uurs-zorg. We begin-

nen met de procedure van aanmelding uit de diepen, en daarna geven we aan op basis van welke criteria patiënten opgenomen zijn.
De verpleegkundigen van het avond- en nachtteam registreerden 52 maal dat het contact met de patiënt tot stand kwam via de wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden of h.w.v.
Via de laatsten was in een aantal gevallen reeds contact geweest met huisartsen of hulpverleners uit ziekenhuis of verpleeghuis. Twaalf maal vond de aanmelding direct door de patiënt (of familie) plaats op advies van de wijkverpleegkundigen.
Driemaal werd de patiënt door de huisarts aangemeld en zes maal via het ziekenhuis.
Tenslotte vond zesentwintig maal de aanmelding door de patiënt (of familie) zelf plaats.
Bovenstaande resulteert in de volgende tabel:

Tabel 7 Aanmelding van patiënten opgenomen in 24-uurs-zorg

Aanmelding	aantal
aanmelding via wijkverpleegkundigen en/of wijkziekenverzorgenden	52
aanmelding door patiënt (of familie) op advies van de wijkverpleegkundigen	12
aanmelding via huisarts	3
aanmelding via ziekenhuis (telefonisch en 'nazorg'-formulier)	6
aanmelding door patiënt (of familie) zelf	26
Totaal	99

aanmelding door verpleegkundigen

De gegevens bevestigen, dat voor patiënten opgenomen in 24-uurs-zorg de dagverpleegkundigen een belangrijke schakel waren in de aanmeldingsprocedure. Een aantal patiënten, opgenomen in 24-uurs-zorg, was al jaren bekend en in zorg bij de wijkverpleegkundigen.
De volgende drie voorbeelden zijn daarvoor illustratief.

'Mevrouw K. heeft al jaren een dwarslesie. In het begin werd ze vooral verzorgd door haar man, die alles voor haar deed. Al 5 jaar kwam de dagzorg dagelijks langs, voor wassen en wondverzorging, maar verder wilde ze alleen door haar man verzorgd worden. Mevr. K. kwam in zorg toen haar man opgenomen moest worden in het ziekenhuis.'

'Al een paar jaar komt de dagdienst bij de familie R. Deze familie bestaat uit drie hoogbejaarde mensen. De jongste kan al gedurende lange tijd geen stap meer verzetten. De andere twee, een vrouw en een man nemen de zorg op zich, daarbij geholpen door de wijkverpleging en iemand uit de buurt. De vrouw wordt 's morgens uit bed geholpen en gewassen door de

dagverpleegkundige en 's avonds in bed geholpen door de man. Toen dit te zwaar werd voor de man nam de avond- en nachtdienst in samenwerking met de mantelzorg zijn taak over'.

'Mevr. C. zit in een serviceflat. Zij is invalide, rheumapatiënte en kan zich nauwelijks bewegen. Bijna 50 jaar heeft ze deze ziekte, nu zijn haar enkels dik, voeten vergroeid, haar handen kan ze nog bewegen, maar iets pakken met haar vingers gaat moeilijk. De dagdienst komt al langere tijd bij haar langs. Na een tijdelijke opname in het verzorgingshuis bleek de situatie verergerd te zijn. De hulp van de avond- en nachtverpleegkundigen was noodzakelijk bij het 's avonds naar bed gaan.

Avond- en nachtverpleegkundigen krijgen veel nieuwe patiënten via de dagverpleegkundigen.
We geven hiervan een paar voorbeelden:
'Mevrouw is al jaren bedlegerig en wordt door haar dochter verzorgd. Patiënt heeft decubitus gekregen als gevolg waarvan de dochter de zorg niet meer aankon. De dagwijkverpleegkundige gaf dit door aan avond-, en nachtdienst, waarop de 24-uurs-zorg begon.'

De dagwijkverpleegkundige laat weten dat 'een rheumapatiënt snel achteruit gaat. Er hoeft nog niemand naar toe, want mantelzorg is aanwezig. Er kan mogelijk gebeld worden.' De avond- en nachtdienst wordt voorbereid op een mogelijk opname van een patiënt in de zorg.

'Wijkverpleegkundige belt op en vraagt of wij in de vooravond en 's avonds laat naar patiënt kunnen gaan die onlangs een beroerte heeft gehad.'

'Mevrouw is een terminale patiënte. De ene dag gaat het redelijk goed, dan weer veel minder. Mevrouw heeft een antidecubitus matras gekregen. De familie kan zonodig bellen.' Twee dagen later wordt door de wijkverpleegkundige voor deze patiënte avondzorg aangevraagd.

'De heer K. heeft een paar jaar geleden een hersenbloeding gehad waardoor hij halfzijdig verlamd is en bijna niet meer kan spreken. Patiënt is nu erg snel weer achteruitgegaan. Zijn vrouw kan de verzorging nauwelijks meer aan. De wijkverpleegkundige van de dagdienst heeft de familie geadviseerd de avond- en nachtdienst te bellen wanneer het nodig is.'

'Patiënt heeft maagkanker en is terminaal. Zijn dochter kan bellen voor hulp bij bijvoorbeeld incontinentie. Mevrouw neemt zelf contact met ons op.'
Deze laatste twee patiënten zijn inderdaad in zorg gekomen, maar het komt ook voor dat de dagdienst de avond- en nachtverpleegkundigen

attent maakt op mogelijke patiënten, die dan echter geen contact opnemen.
De in tabel 7 genoemde 26 keer dat patiënten zelf contact opnemen is onzuiver. Het grootste gedeelte daarvan is al voorbereid door de wijkverpleegkundigen van de dagdienst en de h.w.v.
Uit een aantal voorbeelden blijkt, dat als patiënten (of familie van patiënten) zich aanmelden voor 24-uurs-zorg, de dagwijkverpleegkundigen signalen naar de avond- en nachtverpleegkundigen hebben doorgegeven.

aanmelding door ziekenhuis en verpleeghuis

Patiënten die uit het ziekenhuis of verpleeghuis ontslagen worden zijn bekend bij de h.w.v. Of de aanmelding vindt plaats door het verpleeg- of ziekenhuis of de h.w.v. Er zijn meer dan 6 patiënten die vóór opname in de 24-uurs-zorg in het ziekenhuis- of verpleeghuis gelegen hebben.
Een voorbeeld van opname in overleg met de h.w.v. met het ziekenhuis is het volgende:

'Mijnheer van S. kwam vrijdag thuis uit het ziekenhuis de Lievensberg. Hij was erg ziek (longcarcinoom) en het was duidelijk dat hij niet lang meer zou leven. De h.w.v. had met het ziekenhuis geregeld, dat de patiënt naar huis zou gaan, waarbij dag- en avondzorg hulp zullen bieden voor laatste dagen.'

In hoofdstuk 5 staat beschreven hoe het overleg met het ziekenhuis en het verpleeghuis plaatsvindt. Naast de contacten van de h.w.v. gaat de aanmelding van deze patiënten via nazorgformulieren, welke tevens dienen om de continuïteit van de zorgverlening te garanderen, en eventueel telefonisch (dit zijn de 6 aanmeldingen uit tabel 7).

Op basis van de gegevens verstrekt via deze nazorgformulieren kan het type zorg bepaald worden en een verpleegplan opgesteld worden. Dit mede aan de hand van de selectiecriteria 'Nazorg' (zie bijlage 1)
Uit het patiëntenschrift de volgende gevallen:

'Mevrouw is 's middags gevallen en heeft haar enkel gebroken. Ze komt terug uit het ziekenhuis met gips tot aan de knie. Ze is van het gebeuren wat overstuur. Ze heeft gevraagd of wij haar kunnen wassen. Haar man is exploitant van een café-restaurant.'.

'Mijnheer wordt ontslagen na ongeveer 2 weken ziekenhuis. Hij was opgenomen met verwardheid, urineretentie 1800 cc tevens oorzaak van de verwardheid. Moet nu dauercatheter houden. Bedoeling is dat wij hem instrueren en eventueel meehelpen de catheterzakjes van overdag (500 cc) te verwisselen voor de nachturineverzamelzakjes (1500 cc)'.

aanmelding door huisarts

Driemaal vond aanmelding plaats via de huisarts. Een aantal patiënten die zichzelf hebben aangemeld deden dit op advies van hun huisarts. Voor de avond- en nachtverpleegkundigen leek dit echter een aanmelding op initiatief van de patiënt zelf.
De volgende gevallen zijn hiervoor illustratief:

'Door vrouw van patiënt opgebeld. Ze vroeg hulp voor haar man bij het naar bed brengen. Haar man was al dikwijls opgenomen geweest in het ziekenhuis en ze kon het alleen niet meer aan. De huisarts had de familie geadviseerd om avondhulp en hulp van de dagwijkverpleegkundige te vragen'.

'Zoon van patiënt belde op. Patiënt is opgenomen in het ziekenhuis. Heeft maagkanker. Paar dagen na ontslag is de dagdienst geweest voor verzorging. Patiënt heeft volgens familie poliepen in de blaas en heeft enkele dagen al wat bloed geürineerd. Nu was er weer een bloeding, waardoor patiënt ieder kwartier moest urineren, waardoor hij erg vermoeid raakte. De huisarts heeft geadviseerd de dienstdoende avondverpleegkundige te bellen'.

'Patiënt belt in opdracht van de huisarts of ik zijn catheter kan doorspoelen. De patiënt had eerst het ziekenhuis gebeld omdat hij de volgende dag toch voor controle moest en gevraagd of de catheter er niet uit mocht. Dit mocht niet en hij moest zijn huisarts bellen'.

'Mevrouw is suikerpatiënte en heeft nu gastro-enteritus. Ze braakt veel en heeft diarree. Ze moet eigenlijk van de huisarts naar het ziekenuuis, maar ze wil dat niet. Huisarts heeft gevraagd haar een paar maal in de gaten te houden en morgen ziet hij weer'.

'Familie van patiënt komt overdag bij avond- en nachtverpleegkundige aan de deur. Een patiënte (bekend bij de wijkverpleegkundige als suikerpatiënt) had hersenbloeding gehad waardoor ze links verlamd raakte. De huisarts is gewaarschuwd, die adviseerde om de wijkzuster te waarschuwen en een 'groene-kruis-ledikant' met onrusthekken te halen'.

Uit voorgaande voorbeelden blijkt dat als patiënten zichzelf aanmelden (en de avond- en nachtverpleegkundigen dit registreren) dit gaat op advies of op aanraden van professionele hulpverleners. Het komt een enkele maal voor dat patiënten op eigen initiatief contact opnemen:

aanmelding door patiënt zelf

'Mevrouw belde in verband met haar baby van 4 weken, die onder de rode pukkeltjes zat. Mevrouw was bezorgd. Kindje huilde ook veel. Mevrouw wilde graag dat ik langs kwam.'

In dit geval was de moeder ongerust. Zij had al contact gehad met de huisarts. Zij verzocht de zuster dringend te komen kijken, zonder melding te maken van het contact met de huisarts.

konklusies

Naar aanleiding van de wijze van aanmelding kunnen we vaststellen:

- In de aanmelding is een proces te onderkennen: eerst tracht de patiënt en zijn familie de zorg zelf rond te krijgen. Lukt dit niet meer dan wordt op advies van professionele hulpverleners de kruisorganisatie te hulp geroepen. In eerste instantie betreft dit de zorg van de dagverpleegkundigen, is ook dit onvoldoende dan wordt de patiënt aangemeld, meestal door de dagverpleegkundigen, voor avond- en nachtzorg.
- in praktisch alle gevallen betreft het patiënten, die bekend zijn bij de dagdienst. Als aanmelding nog geen definitieve opname in de zorg betekent, dan kan aanmelding inhouden dat de dagverpleegkundige aan de avond- en nachtdienst vraagt om in afwachting van een uiteindelijke beslissing tot opname op verzoek van de patiënt zelf of van anderen bij de patiënt langs te gaan.
  Als regel blijkt, dat er tussen aanmelding en opname een procedure van informatieverzameling en -uitwisseling plaatsvindt door de h.w.v. en de dagwijkverpleegkundige, die lijkt op een intake-procedure, die echter niet is geformaliseerd.
  Zolang er genoeg ruimte (qua tijd) bestaat in het zorgpakket van de avond- en nachtdienst verdient het aanbeveling de avond- en nachtverpleegkundigen in eerste instantie zelf te laten reageren op oproepen van patiënten overeenkomstig de gestelde criteria.
  De èchte intake voor opname in 24-uurs-zorg moet in goed overleg gebeuren tussen h.w.v., dagverpleegkundigen en verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst, waarbij ook mantelzorg, huisarts, gezinszorg en anderen betrokken kunnen zijn.
- naarmate het beroep op de avond- en nachtzorg groter wordt, zal de behoefte aan een geformaliseerde intake-procedure toenemen. Dit betekent het toepassen van formele criteria en aanwijzen van bevoegde personen, die het besluit tot wel/niet opname kunnen nemen. Van de dienstdoende verpleegkundige kan dit niet verwacht worden.

3.2.2 De werking van de criteria

Hieronder zullen we bespreken in hoeverre het gebruik van criteria mogelijk is.

Zoals we in hoofdstuk 1 beschreven, werden door de basiseenheid vóór de start van het project criteria ontwikkeld, waaraan de 24-uurs-zorg-patiënt zou moeten voldoen. Deze criteria zijn gedurende de experimentele peri-

ode steeds gebruikt. In tabel 8 zijn de behandelde patiënten verdeeld over deze criteria.

Tabel 8 Criteria bij opname van patiënten in 24-uurs-zorg

Criteria	aantal patiënten
Verpleging en verzorging	
1. patiënten die een intensief lichamelijke verzorging nodig hebben	23
2. patiënten die verpleging nodig hebben	15
3. intensief lichamelijke verzorging en verpleging	4
4. patiënten waar minimale mantelzorg aanwezig is/uitval mantelzorg	6
5. patiënten waarbij wonden verzorgd moeten worden vaker dan 2x per dag	6
6. patiënten die een verpleegtechnische behandeling nodig hebben, zoals injectie, verbanden aanleggen en dergelijk	14
7. patiënten die incontinent zijn	8
8. A.D.L.	5
Begeleiding	
9. emotionele ondersteuning van patiënt en familie in de daartoe aangewezen situatie	4
10. mensen die onvoldoende om kunnen gaan met hulpapparatuur (na ontslag uit het ziekenhuis)	3
11. poliklinische nazorg en advies	1
12. uitleenen artikelen + advies en instructie	4
13. advies (instructie) aan ouders met acute problemen rond zuigelingen en kleuters	7
Totaal	100

In 81% van de opnamen betrof het criteria van verpleging en verzorging. 19% van de opnamen vond plaats op basis van begeleidingscriteria. Betekent dit nu, dat deze criteria ook een doorslaggevende rol gespeeld hebben in het besluit tot opname of afwijzing in de zorg? Uit de volgende fragmenten uit interviews met patiënten en verpleegkundigen blijkt dat het toch iets anders ligt:

intensief lichamelijke verzorging en uitval mantelzorg

'De problemen ontstonden op het moment dat bij de heer K. plotseling het gezichtsvermogen afnam: 'Ik zag allemaal strepen'. Hiervoor moest hij acuut opgenomen worden in het ziekenhuis. Hierdoor viel de mantelzorg weg voor de vrouw die hulpbehoevend was en die nu alleen achterbleef. Volgens de h.w.v. was de acute opvang van de vrouw alleen door de 24-uurs-zorg mogelijk'.

ADL en uitval mantelzorg

'De familie F. voelde niet veel voor plaatsing in een verpleeghuis, maar kon de verzorging zelf niet meer aan. 24-uurs-zorg was een uitkomst, met name voor die momenten dat de mantelzorg onmogelijk kon komen. Momenteel liggen de afspraken zo, dat: Indien de mantelzorg onmogelijk kan, de 24-uurs-zorg wordt ingeschakeld. Soms is dit 4 keer per week, soms ook maar één keer'.

'Op het moment dat de man uit het ziekenhuis ontslagen werd, zag de operatiewond er slecht uit. Omdat men wist dat avond- en nachtzorg ingevoerd zou worden is eerder gestart met de avondhulp bij de heer Z. (3 keer per dag) door de dagwijkverpleegkundige. De wond ging zienderogen vooruit in de 24-uurs-zorg. Thans is de man weer in de gewone dagzorg, 3 keer per dag verbinden is niet meer nodig'.

verzorgen van wond

De opnamebeslissing is gebaseerd op een combinatie van deze criteria met een inschatting van de mogelijkheden van de mantelzorg en andere informele helpers uit het sociale netwerk van de patiënt. Hierbij gaat het niet alleen om de materiële beschikbaarheid van hulp, maar ook om de wil van patiënt en zijn of haar familie om thuis verpleegd te worden. Een goede inschatting maken van de benodigde zorg, kan alleen wanneer er informatie bestaat over deze factoren. Alleen de dagwijkverpleegkundige en de huisarts, die de betrokkenen al kennen, kunnen schattingen maken van de zorg bij thuisverpleging respectievelijk alternatieve oplossingen voorstellen. In dit project zijn alle opnamebeslissingen voorbereid door h.w.v. en dagverpleegkundige, waarbij deze steeds informatie verzameld hebben over de mogelijkheden van de mantelzorg en de inschatting daarvan van andere hulpverleners. De beslissing werd ook voorzien van een eerste verkenning van een zorg-aanpak, die later in een verpleegplan werd uitgewerkt.

Eén patiënt werd na aanmelding niet opgenomen. Na analyse bleek dat de zorg van de dagverpleegkundige in combinatie met de mantelzorg voldoende was.
De criteria hebben vooral in de beginfase van het experiment hun nut bewezen bij de bepaling of patiënten al dan niet in aanmerking kwamen voor opname in 24-uurs-zorg. Alle bij het experiment betrokken verpleegkundigen zochten in die beginfase naar een adequate hantering van het nieuwe aanbod van de kruisvereniging.
De criteria zijn daarbij een belangrijke richtinggevende factor geweest bij de patiëntbesprekingen. Deze besprekingen creëerden een referentiekader bij de teamleden. Alvorens een patiënt aan te melden voor de 24-uurszorg, bekeken de verpleegkundigen later of de patiënt overeenkomstig de criteria wel een kans had om in de zorg opgenomen te worden.
Voor de avonddienst hadden de criteria de functie van richtlijn voor de bepaling van hun reactie op telefonische, veelal urgente, hulpvragen 's avonds en 's nachts. Alle verzoeken om hulp, die niet rechtstreeks met hulpvragen verbonden aan deze criteria te maken hadden, wezen ze af (of verwezen ze naar de dagdienst en andere hulpverleners).
Zie ook het verslag van de telefonische hulpvragen, par. 3.3.8.

3.2.3 Beëindiging van het contact met 24-uurs-zorg

Afgezien van de overleden patiënten werd elk besluit tot stopzetten van de zorg, net zoals bij de opname, genomen in een gesprek door h.w.v. en dagverpl., waarbij de conditie van de patiënt en de hulpbehoefte werden beoordeeld in samenhang met de conditie van de mantelzorg.
Aan het einde van de experimentele periode waren er 7 patiënten in zorg. De redenen van het stopzetten van 24-uurs-zorg geven wij in de volgende tabel.

Tabel 9 Reden van beëindigen van het contact

Overleden	34
Overgedragen aan een verpleeghuis; ziekenhuis of bejaardenhuis	12
Patiënt is niet genezen, maar hulp van de dagwijkverpleegkundigen is voldoende (bijvoorbeeld wondverzorging)	12
Patiënt niet genezen, maar hulp is nog slechts incidenteel nodig	2
Patiënt is genezen of zorg is afgebouwd	30
Na herstel komt patiënt terug in zorg, waarna wederom herstel of dagzorg	1
Na herstel komt patiënt terug in zorg, door verergering situatie	1
Totaal	92

Dat er bewust met de criteria gewerkt werd blijkt uit het gegeven dat een aantal patiënten, hoewel nog niet geheel hersteld, uit de 24-uurs-zorg gaat en verder alleen door de dagdienst verzorgd en behandeld wordt.
Twaalf maal zijn patiënten die opgenomen waren in 24-uurs-zorg opgenomen in het verpleeghuis of het ziekenhuis.
De reden van opname geven wij in de navolgende tabel.

Tabel 10 Reden voor intra-murale opname van patiënten in 24-uurs-zorg

Medische indicatie	5
Geen, onvoldoende of wegvallende mantelzorg	5
Zorg voor patiënt vereiste opname, dagverpleging aangevuld met 24-uurs-zorg en mantelzorg werd onmogelijk	1
Patiënt kon emotioneel niet met handicap omgaan	1
Totaal	12

inzet mantelzorg

Uit de redenen voor opname in verpleeghuis of ziekenhuis blijkt, afgezien van een medische indicatie, dat de mate waarin de mantelzorg ingezet kan worden van groot belang is. De toestand van de patiënt zelf, de intensiteit van de benodigde zorg is ook bepalend bij de beslissing een patiënt op te

nemen of te houden in 24-uurs-zorg. Ook de ruimte die de Kruisvereniging op bepaalde tijden heeft kan van invloed zijn op deze beslissing.
Gedurende het experiment is het niet voorgekomen dat op een hulpvraag van een patiënt afwijzend gereageerd moest worden omdat er geen tijd meer was. Altijd werden de patiënten door de avond- en nachtverpleegkundigen geholpen.
Gesteld dat er een situatie was voorgekomen waar door tijdgebrek wel afwijzend op gereageerd was, dan was de vraag aan de orde geweest of iemand die voldoet aan dezelfde criteria als iemand die op dat moment wel in zorg is afgewezen *mag* worden. Dit veronderstelt duidelijke en formele criteria die er op dit moment niet zijn!

3.2.4 De waarde van criteria voor opname in 24-uurs-zorg nader bekeken

Uit het voorgaande blijkt, dat er geen vaste, formele criteria zijn vast te stellen voor toelating tot de zorg. Richtinggevend zijn de genoemde criteria van tabel 8 en combinaties daarvan. Er is steeds sprake van subjectieve inschattingen door h.w.v. en dagverpleegkundigen van de hulpbehoefte op grond van de ziekte en de vermogens van patiënt en mantelzorg.
Zeker bij de chronische- en terminale patiënten is de positie van de mantelzorg bepalend bij de besluitvorming tot opname. De mantelzorg moet bij deze patiënten in staat zijn een spilfunctie te vervullen bij de coördinatie van de verschillende zorghandelingen en de benodigde informatie kunnen ophalen en uitwisselen. Als aan deze voorwaarden niet is voldaan, kan de dagverpleegkundige tijdelijk een deel van deze taken overnemen. Op langere termijn kan zij een dergelijke intensieve bemoeienis niet volhouden en moet er, afhankelijk van de conditie van de patiënt, naar een alternatief gezocht worden. Hieruit blijkt al hoe belangrijk de ondersteuning van de mantelzorg is voor continuering van zorg voor chronische of terminale patiënten. Verder moet de mantelzorg leidend zijn in deze gevallen bij het opbouwen van een omgeving voor de patiënt, waarin deze kan worden verzorgd. Hierbij gaat het niet alleen om de huiselijke verzorging, maar ook om aandacht voor de conditie van de patiënt. Zijn er wijzigingen, die doorgegeven moeten worden? Is er een geleidelijke teruggang, zodat reactivering op zijn plaats is? De basiseenheid van het project heeft in de experimentele periode een cursus voor ziekenverzorging thuis opgezet om over deze rol informatie te geven en de onzekerheden van mantelzorgers bespreekbaar te maken.

mantelzorg

Voorlopig zal men bij de besluitvorming over wel/niet opname in de 24-uurs-zorg gedurig moeten werken aan het bespreken van de criteria in de basiseenheid, zodat het team opereert vanuit een gemeenschappelijk referentiekader.

In het project is getracht de *criteria* scherper te krijgen door het aanbod van zorg te differentiëren. Per categorie willen we hieronder aangeven, welke karakteristiek van kenmerken van het hulpaanbod bepalend zijn voor elke categorie en de patiënten, die eronder vallen:

kenmerken per type

- *chronische patiënten:* Het aanbod geldt voor een periode langer dan 6 maanden. Meestal zijn er in hoofdzaak verzorgende handelingen. Alhoewel daar het accent op ligt zal er altijd enige decubitusverzorging zijn en begeleiding van de mantelzorg. De hulpbehoefte is vanuit de dagwijkverpleging goed bekend en de opname in 24-uurs-zorg kan goed worden voorbereid. De afstemming met andere hulpverleners kan geleidelijk aan tot het goede samenwerkingsniveau groeien; eenmaal bereikt blijft dit over langere tijd stabiel. De patiënten werden opgenomen met de diagnosen:
  dwarslesie en ouderdom (dementie; ziekte van spierweefsel en ziekten van urogenitale organen).

- *terminale patiënten:* Het aanbod is in principe voor enige weken, uitlopend tot maximaal 3 maanden. Als de zorg langer dan 1 maand duurt, dan begint men, vooral wanneer de dagverpleegkundige de mantelzorg intensief heeft ondersteund, om te zien naar vermindering van het aanbod. De hulpbehoefte is bij ontslag uit het ziekenhuis niet goed bekend. Er is een eerste inschatting op basis van de gegevens uit het ziekenhuis. Daarna moet de dagverpleegkundige in samenspel met de h.w.v. een taxatie maken van de benodigde dag- en avondzorg. De voorbereiding voor opname van terminale patiënten in 24-uurs-zorg verloopt veel gemakkelijker bij patiënten, van wie thuis de gezondheidstoestand verergert. Afstemming met andere hulpverleners moet op korte termijn geregeld worden. Zonder initiatieven en coördinatie verloopt dat niet goed. De ondersteuning van de mantelzorg is soms nodig, meestal is begeleiding op zijn plaats als de patiënt stervende is.
  De patiënten zijn grotendeels afkomstig uit de eerste 2 categorieën van tabel 2: nieuwvormingen en ziekten van bloed en bloedbereidende organen.

- *herstellende patiënten:* De nadruk ligt hier op kortlopende, verpleegtechnische zorg, die kan worden overgenomen door de mantelzorg of kan worden afgebouwd omdat de patiënt is hersteld. De verpleegtechnische zorg omvat het hele scala van medisch-verpleegkundig handelen. De Kruisvereniging zorgt met allerlei hulpmiddelen voor een voortzetting van de verzorging in de intra-murale sfeer. De patiënt kan herstellen en met behulp van instructies aan hem- of haarzelf en de mantelzorg probeert de verpleging het eigen systeem zo goed mogelijk erbij te betrekken.

Actieve betrokkenheid vergroot de kansen en het tempo van herstel. De strategie van de dagverpleging is erop gericht de afbouw van de zorg zo te laten verlopen, dat de patiënt en zijn of haar mantelzorger het zelf goed overnemen of dat het eigenlijk niet meer nodig is. Afbouw van zorg komt als doelstelling van zorg naar voren zo gauw er aanwijzingen zijn in het herstelproces. Afstemming met de huisarts is hier van groot belang. Verloopt het herstelproces goed? Wordt de juiste reactivering gegeven? Is er alles geprobeerd? Patiënten in deze groep hebben ziekten, waarvan herstel mogelijk is, respectievelijk een aanpassing, die verder leven zonder professionele zorg mogelijk maakt.

- *complexe zorg:* In dit project is dit etiket gebruikt voor het hulpaanbod wat moet worden gegeven aan meestal vrij ernstig zieken met een onduidelijke prognose. Het hulpaanbod is zowel verpleegtechnisch als verzorgend en begeleidend van aard.
  De hulpbehoefte staat bij deze gevallen niet vast. De prognose is onduidelijk, men kende de patiënt niet vanuit de dagdienst en het gaat bijna altijd om patiënten, die uit het ziekenhuis werden ontslagen. In het ziekenhuis blijkt, dat de situatie verergert en dat de patiënt de thuissituatie mist. 'De patiënt heeft heimwee', wordt gezegd. Thuis is het goed mogelijk, dat de patiënt in zijn vertrouwde omgeving opknapt en weer actief wordt. De Kruisvereniging houdt er ook rekening mee, dat dit niet lukt en de situatie verslechtert tot terminale of chronische patiënten. Juist omdat er in het begin zo weinig bekend is over de échte hulpbehoefte, is intensieve begeleiding op zijn plaats. Afstemming met andere hulpverleners is noodzaak. De dagverpleging moet met de informatie van de huisarts komen tot een verpleegplan, waarmee zij haar begeleidingstaak ten opzichte van de mantelzorg en de patiënt stuurt. Ook hier geldt weer, dat de patiënten vallen onder zeer uiteenlopende ziektebeelden. Ouderdom, gecombineerd met ziekten van uro-genitale organen en ziekten van zintuigen en zenuwstelsel overheersen.

- *eenvoudige zorg:* De zorg is kortdurend, betreft een aantal verpleegtechnische of -verzorgende handelingen, waarbij zowel patiënt als mantelzorg weten dat het om een kortlopende zorg gaat. Hieronder vallen allerlei situaties: een m.s.-patiënt heeft hulp nodig omdat de mantelzorg tijdelijk uitvalt; de huisarts vraagt eenmalig langs een zieke baby te gaan, een patiënt wil graag ook 's avonds even geholpen worden met een kuur, enzovoort. Vanaf de start is het duidelijk dat de zorg zal aflopen en zich concentreert op een tijdelijke assistentie voor hulp, die de patiënt of de mantelzorg anders zelf op een andere manier organiseren of niet meer nodig hebben.

In paragraaf 3.3 komen we op deze karakteristieken terug aan de hand van zorgbeschrijvingen van enige patiënten.

3.3 Beschrijvingen van zorgsituaties van patiënten in 24-uurs-zorg

In de volgende paragrafen geven wij per type, illustratieve voorbeelden van een aantal patiënten in 24-uurs-zorg weer. Wij vermelden tevens de benodigde zorg van verpleegkundigen, andere hulpverleners en vrijwilligers per beschreven situatie. Verder geven wij enige indrukken van de beleving van patiënten en een bespreking van het zorgaanbod waarin ingegaan wordt op de kwalitatieve aspecten van de zorg.
Iedere paragraaf sluiten wij af met het mogelijke alternatief dat patiënten hadden bij het ontbreken van 24-uurs-zorg.

3.3.1 Chronische patiënten

CHRONISCHE PATIËNTE 1
De eerste te behandelen patiënte heeft een appartement in een bejaardenflat.
Het is een alleenstaande invalide rheumapatiënte, die zich nauwelijks meer kan bewegen. Bijna 50 jaar heeft ze de ziekte, haar enkels zijn dik, en haar voeten vergroeid. Haar handen kan ze nog bewegen, maar iets pakken gaat moeilijk.
Toch weet ze niet van opgeven, ze is blij dat ze nog zelfstandig kan wonen, want ze heeft slechte herinneringen aan een korte periode waarin ze was opgenomen op de verpleegafdeling van het verzorgingstehuis.
De patiënte is afkomstig van het eiland en heeft daar ook een zoon wonen die een landbouwbedrijf overgenomen heeft, dat haar eigendom was.
Ze krijgt daar als extra-inkomen boven haar AOW nog een kleine vergoeding voor. Ze wil niet meer op de boerderij wonen, omdat dat te belastend is voor haar zoon en zijn gezin.

De benodigde zorg
verpleegkundigen
Een dagwijkverpleegkundige komt dagelijks langs, ook in het weekend, om de patiënte uit bed te helpen.
De wijkverpleegkundige helpt de patiënte met wassen (haar gezicht kan ze zelf, maar de rest niet) en aankleden. Verder wordt de huid van de patiënte ingesmeerd om wonden te voorkomen.
Eenmaal per week komt de wijkziekenverzorgster om de patiënte te helpen met douchen en met verdere lichaamsverzorging. Deze heeft daar meer tijd voor dan de wijkverpleegkundige.
De avond- en nachtverpleegkundigen komen viermaal per week rond 9 uur de patiënte in bed helpen. Voor de nacht zetten de verpleegkundigen water en tabletten klaar. Dit laatste is afgebouwd en werd na verloop van tijd niet meer gedaan.
Er vinden weinig veranderingen in de zorg plaats. Geleidelijk zijn er wel wat

aanpassingen, maar veelal is het routinewerk. De patiënte heeft zelf een looprek en een speciale stoel aangeschaft. Verder heeft ze een elektrisch invalidenwagentje en een speciale matras om rugklachten tegen te gaan. hulpmiddelen

De huisarts komt eenmaal per maand. Als de patiënte een signaal geeft van bijvoorbeeld 'veel pijn', dan komt hij na het spreekuur even extra langs. Verder wordt ze twee à drie keer per week behandeld door de fysiotherapeut (oefentherapie en electrotherapie). andere hulpverleners

Naast deze professionele hulpverleners heeft de patiënte een hulp via de gezinszorg (alpha-hulp). Deze werkt de maximale 12 uur per week bij de patiënte. De kosten die hieraan verbonden zijn kunnen deels gedeclareerd worden bij de gezinszorg. De alpha-hulp is voor de patiënte een belangrijke steun, is eigenlijk het 'contact naar buiten'. Ze haalt boeken uit de bibliotheek, gaat mee wandelen en helpt met aankleden, etcetera.
Ze praten veel over de ziekte en zoeken uit wat voor bijwerkingen medicijnen hebben. gezinszorg

Eenmaal per week komt iemand van 'het huis' wat huishoudelijk werk doen (zoals ramen zemen en dergelijke), ongeveer anderhalf uur per week. Dit is onderdeel van de post 'service' van de huur. Vroeger deed men allerlei klusjes en kwam men viermaal per week, maar in verband met bezuinigingen is de service teruggedrongen. Wel krijgt ze iedere dag warm eten van het huis. service

Zoals aangegeven komen de avond- en nachtverpleegkundigen viermaal per week. Driemaal per week wordt de patiënte in bed geholpen door een buurvrouw die zelf doof is. Als wederdienst helpt de patiënte deze vrouw met telefoontjes en dergelijke en zoekt een en ander voor haar uit. vrijwilligers

In noodgevallen kan de patiënte altijd haar zoon bellen of de alpha-hulp. De patiënte coördineert alles zelf, spreekt goed af wie wanneer moet komen, en zorgt dat er de drie avonden dat de avond- en nachtverpleegkundigen niet komen, er iemand komt om haar te helpen. coördinatie

CHRONISCHE PATIËNTE 2

De tweede patiënte, die veel tijd vraagt van de verpleegkundigen, heeft al dertien jaar een dwarslesie. De patiënte is tot ver boven haar middel verlamd.
Gedurende lange tijd werd de patiënte verzorgd door haar man. De patiënte was al enige jaren in de dagzorg. Alleen met behulp van een stalen verpleegster kan ze haar bed uit.

De patiënte heeft geen catheter, maar haar blaas wordt leeggedrukt, aanvankelijk door haar man, maar nu door de verpleegkundigen.
Problemen ontstonden op het moment dat het gezichtsvermogen van de man afnam en opgenomen moest worden in het ziekenhuis. De mantelzorg viel, na achteraf bleek, tijdelijk weg. De blindheid trok snel weg en na zes dagen was de man weer thuis, maar mocht geen zwaar werk meer verrichten.
Bij opname in het ziekenhuis van de man werd de vrouw opgenomen in 24-uurs-zorg. Een dochter en een buurvrouw namen de verdere zorg gedurende deze zes dagen op zich.
De avond- en nachtzorg werd voortgezet doordat de mantelzorg bij terugkomst nog slechts een beperkt deel van de zorg kon verrichten.
In de periode dat de patiënt in 24-uurs-zorg geweest is zijn er nogal wat veranderingen geweest in kwantitatieve zin; van viermaal per dag tot momenteel tweemaal per dag verpleegkundige zorg.

De ervaringen met ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn zodanig dat, hoewel het moeilijk is, beiden zolang mogelijk thuis willen blijven.
Het hele huis is aangepast voor de rolstoel van de patiënte en in de keuken kan ze overal makkelijk bij. Over het algemeen kookt de patiënte nog zelf. De rest doet de man.

De benodigde zorg

verpleegkundigen

De dagdienst gaat ook deze patiënte iedere morgen rond 9 uur helpen. De verpleegkundigen halen de patient uit bed, helpen met wassen, wondverzorging en aankleden.
De avond- en nachtverpleegkundigen helpen eveneens dagelijks de patiënte weer bij het naar bed gaan om ongeveer 22 uur.
Ze wassen de patiënte, indien dit door incontinentie nodig is, drukken de blaas leeg of helpen de patiënte op de po. Ze verzorgen tenslotte de decubitus-wond.
In de loop van de tijd zijn er een aantal wijzigingen in de zorg opgetreden. Enerzijds wijzigingen in de volgorde en gebruikte middelen bij de wondverzorging.
Anderzijds kreeg de patiënte last van een plek op haar heup, misselijkheid en wisselende verhoging. In de afgelopen periode zijn er zeven verschillende verpleegkundigen bij de patiënte geweest.

hulpmiddelen

andere hulpverleners

Een voorwaarde om verpleegkundige zorg aan deze patiënte te kunnen verlenen is een stalen verpleegster, uitgeleend door de kruisvereniging. De behoefte hieraan werd aangekaart bij de GMD die snel in de voorziening voorzag. De huisarts komt regelmatig bij de patiënte, afhankelijk van haar toestand, soms wel twee- à driemaal per week.
De dagwijkverpleegkundige onderhoudt nauw contact met de huisarts.

De man, in dit geval de mantelzorg, is weer geleidelijk meer taken op zich gaan nemen. Alleen het in en uit het bed tillen kan hij nog niet. Wel zorgt hij voor het huishouden, drukt meerdere malen per dag de blaas van zijn vrouw leeg. mantelzorg

Naast de man komt de dochter een halve dag per week het zwaardere huishoudelijke werk doen.

Het verblijf van de patiënte thuis valt of staat met de 24-uurs-zorg en de aanwezigheid van de man die tot het uiterste gaat om de situatie te continueren. Voor eventualiteiten is de buurvrouw en/of de dochter in te schakelen.

De man is de spil in het hulpverlenende gebeuren. Voor zover te overzien in nauw overleg met de patiënte zelf, die taken verdeelt en aangeeft wat er moet gebeuren. De coördinatiefunctie van de man is nooit goed doorgesproken, waardoor er in de overdracht bijvoorbeeld zich wel eens een probleem heeft voorgedaan, ten aanzien van veranderingen in de wondbehandeling. De man wil ook geen 'schrift' thuis, hij geeft de nodige mededelingen zelf wel door. coördinatie

De dagwijkverpleegkundige zou meer aandacht aan begeleidend verplegen willen geven. Om de man te ontlasten zou meer huishoudelijke hulp wenselijk zijn, zodat hij langer op de been blijft.

Dit lukt echter niet omdat de familie erg veel moeite heeft met veranderingen.

Dit bleek overigens zeer duidelijk op het moment dat de zorg afgebouwd werd van vier naar twee keer per dag:

' 's Avonds erover gepraat met de familie, maar mevrouw ging gelijk bibberen. Meneer zei dat het van de dokter niet mocht. Ik zei van wel en dat hij zelf uit mocht maken wat hij het liefste deed, in bed leggen of er uithalen.

Mevrouw zelf is er niet over te spreken. Ik vertelde dat het niet van vandaag op morgen zou gebeuren, maar in overleg'.

CHRONISCHE PATIËNTE 3

De derde chronische patiënte betreft een bejaarde vrouw. Ze woont bij haar eveneens bejaarde broer en zus. De patiënte is opgenomen in 24-uurs-zorg met de diagnose: 'ziekten van spieren, skeletstelsel en bindweefsel'. Ze kan inmiddels bijna geen stap meer verzetten, ligt op bed, of zit in een stoel in de kamer. De familie wil haar niet naar een verpleeghuis 'doen'.

Een meisje uit de buurt helpt regelmatig. De familie heeft wel enige neven en nichten maar die wonen verspreid over het land en kunnen niet bijspringen.

Op een gegeven moment kon de familie de zorg voor hun zus niet meer aan. De patiënte moet op een po-stoel geholpen worden, en in en uit bed getild worden. Dit werd voor de familie een fysiek te zware klus. 24-uurszorg was een uitkomst.

De benodigde zorg

verpleegkundigen

Ook deze patiënt wordt dagelijks bezocht door de dagverpleegkundigen. Twee verpleegkundigen zijn hiermee belast. Ze helpen de patiënte uit bed en kleden haar na gewassen te hebben (de patiënte is incontinent) aan. Verder behandelen ze door te ijzen en te föhnen een paar decubitus wondjes.

De dagverpleegkundigen constateerden aan het einde van de tweede fase dat de zorg voor deze patiënte geleidelijk is toegenomen vanwege een zich steeds verslechterende toestand van de patiënte.

De avond- en nachtverpleegkundigen komen 4 à 5 keer per week, de overige avonden blijft de mantelzorg, het buurmeisje, komen. Met behulp van een stalen verpleegster moet na het uitkleden de patiënte in bed geholpen worden en de wondjes moeten ook door de avond- en nachtverpleegkundigen verzorgd worden.

Het begeleidend verplegen trachten de verpleegkundigen op gang te brengen middels een praatje tijdens de koffie. De mensen zijn nogal gesloten en praten weinig onder het wassen en kleden.

Opgemerkt dient nog te worden dat de broer en zus gedurende het zorgproces ook tijdelijk opgenomen zijn geweest in 24-uurs-zorg. De verpleegkundigen hielpen als ze voor de patiënte langskwamen met wondverzorging en oogdruppelen. In het patiëntenverslag merkten de verpleegkundigen op: 'We moeten zelf waakzaam zijn en steeds blijven afwegen of ze het niet zelf kunnen'.

Gedurende de periode dat alle drie de mensen in de zorg waren kwamen de avond- en nachtverpleegkundigen dagelijks langs vanwege het grote aantal verpleegkundige handelingen. De mantelzorg is in die periode tijdelijk niet ingeschakeld.

hulpmiddelen

In de loop van de zorg heeft de patiënte een stalen verpleegster ter beschikking gekregen; ook de verpleegkundigen hadden nogal wat moeite om de patiënte in bed te tillen. De stalen verpleegster is nu continu nodig. Met de familie is overlegd over mogelijke aanschaf van een dergelijk apparaat. Verder heeft de patiënte een invalidenwagentje ter beschikking, en een anti-decubitus matras.

andere hulpverleners

Volgens de familie zelf komt de huisarts niet zo vaak meer langs: 'We hebben wel veel zieke maanden gehad, maar als het niet nodig is hoeft hij ook niet te komen'. De huisarts komt dan ook op afroep. De verpleegkundigen houden contact met de huisarts via de ontmoeting op het consultatiebureau voor zuigelingen.

De mantelzorg rondom de familie is vrij uitgebreid. Allereerst komt het buurmeisje twee of driemaal per week 's avonds de patiënte verzorgen en in bed helpen. Ze heeft geleerd hoe ze de decubituswondjes moet verzorgen. Meestal is ze ruim een uur met de patiënte en de familie bezig. Ze neemt daar ook de nodige tijd voor. Naast het verzorgen van de patiënte doet ze vaak even snel allerlei klusjes. mantelzorg

De mantelzorgster heeft aanvankelijk weinig contact met de verpleegkundigen, wat ze best jammer vond: 'Als er problemen zijn kan je bijna niet met elkaar praten, omdat je elkaar niet ziet'. In de loop van het zorgproces is hiervoor een oplossing gevonden in de vorm van een regelmatig ondersteunend contact. De verpleegkundigen geven aanwijzingen voor de zorg in een boekje dat bij de patiënte ligt. Ook veranderingen in zorg worden daarin vermeld. De moeder van het buurmeisje doet de was voor de familie. Ook komen er regelmatig mensen van de kerk meehelpen. Vijf keer per week komt er een particuliere huishoudelijke hulp.

De oudste zus van de patiënte coördineert de zorg, zij is de 'spil' waar alles om draait. Dit niet alleen in het gezin maar ook in het overleg met de hulpverleners. De familie geeft echter zelf niet of nauwelijks aan wat ze nodig hebben. Ze houden zich flink. Initiatieven moeten van de wijkverpleegkundigen uitgaan. De coördinatie van de zorg ligt dus voor het grootste deel bij de dagwijkverpleegkundigen. coördinatie

CHRONISCHE PATIENT 4

De vierde chronische patiënt is een man, die al een aantal jaren ouderdomsklachten heeft, welke zich uiten in pijnlijke benen, stijfheid, en geestelijke achteruitgang. De man kwam in zorg toen hij een longontsteking kreeg. Voor die tijd had zijn vrouw de zorg altijd op zich genomen, maar kon het daarna niet meer aan. De familie die op het eiland woont ervaart de zorg als een last terwijl de vrouw het meer als een plicht ziet, hoewel het wel een zware opgave is. De man moet met alles geholpen worden maar wil wel thuis blijven. verpleegkundigen

De benodigde zorg

De dagverpleegkundigen komen dagelijks de man helpen met wassen en aankleden. Aanvankelijk verzorgde de vrouw haar man op zondag nog zelf, maar inmiddels is dit ook overgenomen door de verpleegkundigen. Iedere avond komt een verpleegkundige van de avond- en nachtdienst de man in bed helpen. Ze helpt met uitkleden en zij smeert zalf om decubitus te voorkomen. De vrouw zorgt er iedere avond voor dat haar man al klaar zit, zodat hij direct geholpen kan worden. De man ondergaat dit alles gewoon en laat alles over zich heenkomen.

Er vinden óok in dit geval weinig veranderingen plaats. De verpleegkundigen proberen wel de vrouw geleidelijk weer een aantal taken te geven.

hulp-middelen

De man loopt zeer moeilijk en heeft daarbij een looprek, voor het overige zijn er geen hulpmiddelen in huis.

andere hulpverleners

Eens in de drie maanden komt de huisarts langs, en verder op afroep. Voor het overige zijn er geen professionele hulpverleners bij betrokken.

verdere zorg

Een keer per week wordt de vrouw bij het huishouden geholpen door een particuliere hulp. Haar familie doet, indien mogelijk, de boodschappen en verder doet ze alles nog zelf.

coördinatie

De coördinatie is in dit geval in handen van de vrouw. In wezen betreft het tot nu toe alleen de coördinatie van de verpleegkundigen.

Het zorgaanbod bij chronische patiënten

1 Uit de concrete inrichting van de zorg bij patiënten blijkt dat de patiënt zelf of een huisgenoot (interne mantelzorger) de zorg van professionele hulpverleners en vrijwilligers moet organiseren en op elkaar af moet stemmen. Als deze 'spil'-functie tijdelijk, geheel of gedeeltelijk, wegvalt kan de dagwijkverpleegkundige deze taak even overnemen. Opname in de intra-murale zorg wordt onvermijdelijk als die functie ontbreekt.
2 Net zoals er tussen professionele hulpverleners contact nodig is om goed op de hoogte te zijn over het verloop van de behandeling, zo is het ook (zo af en toe) nodig de externe mantelzorgers bij te praten. Dit is geen taak van de patiënt of de interne mantelzorger; het ligt voor de hand dat de dagwijkverpleegkundige dat doet. De mantelzorgers moeten op de hoogte worden gesteld dat zij met vragen terecht kunnen bij de dagverpleegkundigen.
   Overigens is ook dit aspect afhankelijk van wie de coördinatie van zorg op zich heeft genomen. Is de patiënt of familie zelf in staat om dit te verzorgen dan behoort het overleg en het bijpraten over het verloop van de zorg tot zijn of haar taak.
3 De kans dat door de intensieve zorg de patiënt minder wordt uitgedaagd en minder zelf doet is groot. Waakzaamheid is geboden, zoals blijkt uit het patiëntenschrift van de avond- en nachtverpleegkundigen. Bij alle chronische patiënten moet men alert blijven op het handhaven en verbeteren van de ADL-activiteiten. Ook de dagwijkverpleegkundigen dienen over vaardigheden te beschikken om de niveaus van functioneren waar te nemen en kleine revalidatie-oefeningen voor te schrijven waar afname dreigt.
4 Sommige hulpmiddelen en verpleegartikelen van de basiseenheid zijn

permanent in gebruik bij chronische patiënten. Het uitleen- en wisselsysteem van de middelen van de kruisvereniging komt dan onder grote druk te staan.
24-uurs-zorg betekent dat op de A.W.B.Z.-voorzieningen incidenteel een beroep gedaan moet kunnen worden voor extra hulpmiddelen (bijvoorbeeld een stalen verpleegster), die door de permanente uitleen aan 24-uurs-zorg-patiënten niet meer voor normale, tijdelijke patiënten ter beschikking staan.

5 Patiënten die permanent in de 24-uurs-zorg opgenomen zijn in dit experiment zouden bij het wegvallen van deze zorg aangewezen zijn op opname in de intra-murale zorg.

Alternatieven voor 24-uurs-zorg bij chronische patiënten

In het voorgaande hebben we gezien dat het handhaven van chronische patiënten in de thuissituatie een uitgebreid zorgsysteem vergt, waaronder een intensieve bijdrage van de verpleegkundigen. Om de vraag te kunnen beantwoorden of dit al deze gezamenlijke inspanningen en zorg wel waard is, is het zinvol te weten wat er anders met deze patiënten gebeurd zou zijn, met name indien de avond- en nachtzorg waar het hier om gaat zou vervallen. Bij alle vijf de chronische patiënten zou het wegvallen van de 24-uurs-zorg opname van de patiënt in een verpleeghuis betekenen. Bekijken we de alternatieven voor de 4 in het voorgaande beschreven patiënten dan ligt dat bij de eerste patiënt al heel duidelijk en is 24-uurs-zorg doorslaggevend voor het zelfstandig wonen, ondanks het feit dat ze in een serviceflat woont. Indien er, zoals in dit geval, enige verzorging nodig is, dan kan een serviceflat deze in praktijk niet bieden, hoewel men dit officieel gedurende korte tijd zou moeten doen. Voor chronisch zieken is een serviceflat dus geen alternatief voor een verpleeghuis.
In het tweede geval kan de patiënte alleen thuisblijven met behulp van haar man èn de aanvullende 24-uurs-zorg. Zou een van beide wegvallen voor een langere periode dan is opname in een verpleeghuis niet te vermijden.
In het derde geval is de 24-uurs-zorg aanvullend voor de mantelzorg. Naast de aanwezigheid van de 24-uurs-zorg is de mantelzorg, niet alleen van het buurmeisje, een voorwaarde om de patiënte thuis te blijven verzorgen. Als de patiënte opgenomen zou moeten worden, zou dat voor de andere twee zeer ingrijpend zijn, omdat ze aan elkaar gehecht zijn en elkaar niet zouden kunnen bezoeken (ook de andere twee zijn slecht ter been). Verwacht mag worden dat opname van de patiënte het evenwicht dermate zou verstoren, dat opname van de beide anderen binnen korte tijd eveneens geïndiceerd zou zijn. In feite worden hier door de 24-uurs-zorg drie 'oudjes' op de been gehouden.
In het laatste geval zou de vrouw de zorg zo lang mogelijk doorgezet hebben, maar zeer waarschijnlijk zou opname in een bejaardenhuis of verpleeghuis toch snel gevolgd zijn.

In dit experiment is de samenwerking met de gezinszorg met betrekking tot patiënten in 24-uurs-zorg incidenteel aan de orde geweest. Het is in geval van zorgverlening aan met name chronische patiënten aan te bevelen om de betekenis van wat de bijdragen van zowel de kruisorganisatie als van de gezinszorg kunnen zijn te onderzoeken ter ondersteuning van elkaars werk en de patiënten.

3.3.2 Terminale Patiënten

De zorg voor terminale patiënten loopt sterk uiteen, zowel qua opnameduur in 24-uurs-zorg, als in het aantal te verrichten handelingen door de verpleegkundigen. Met de volgende casus willen wij een zo breed mogelijk beeld geven over wat de zorg voor terminale patiënten kan betekenen.

TERMINALE PATIËNT 1
De eerste patiënt is drie dagen in zorg geweest. De patiënt kwam in zorg na een zware C.V.A., waardoor hij in coma raakte. De familie, vrouw en kinderen, zorgt voor de patiënt. De prognose voor de patiënt bij aanmelding voor 24-uurs-zorg was al terminaal.

De benodigde zorg
De familie kan de zorg voor de patiënt niet alleen aan, met name omdat de patiënt vrij zwaar is. De verpleegkundige zorg bestaat uit: om de zes uur wisselligging, verschonen van de patiënt (indien nodig), mondverzorging en zetpil (tegen de koorts) plaatsen.
Bij de zorg maken de verpleegkundigen gebruik van een carrier en incontinentie luiers.
De familie waakt bij de patiënt. Men helpt de verpleegkundige bij het tillen en draaien van de patiënt. De huisarts is nauw betrokken bij de patiënt en heeft in eerste instantie met de familie de mogelijkheden van opname in een verpleeghuis besproken. Nadat het voor de familie duidelijk werd dat de patiënt ging sterven heeft men met de huisarts besproken dat ze de patiënt liever thuis wilden laten sterven. Hierop werd beslcten de patiënt thuis te houden, waar ook de huisarts helemaal achter kon staan. De zorg van de verpleegkundigen is in die drie dagen vrij intensief geweest.

TERMINALE PATIËNTE 2
Patiënte 2 is een oudere bedlegerige vrouw. Ze werd al 14 jaar lang verzorgd door haar schoondochter. Deze was sterk gemotiveerd voor deze verzorging: 'Als ik een vreemde moeder op had laten vangen zou ik het een schande hebben gevonden. Het was een zware opgave, maar je moet toch de liefde opbrengen om iemand te kunnen verzorgen'. Pas op het moment dat de schoondochter moeite kreeg met de verzorging, nam ze

contact op met de wijkverpleging. Vanaf dat moment is de patiënte in zorg geweest bij de dagdienst. De patiënte kreeg last van decubitusplekken die steeds erger werden.

De benodigde zorg
De dagverpleegkundigen kwamen de laatste tijd dagelijks langs voor de verzorging van de patiënte. De verpleegkundige hielp bij de wondverzorging, wassen, smeren etc. De avond- en nachtverpleegkundigen zijn slechts twee keer bij deze patiënte geweest om te helpen bij het verzorgen van de wond.
Hoewel de avond- en nachtverpleegkundigen slechts tweemaal bij deze patiënte geweest zijn gaf het de schoondochter een rustig gevoel dat ze altijd kon bellen: 'Je wist dat je er tenminste niet alleen voor stond'. De huisarts komt bij deze patiënte op afroep.
Voor het overige waren er geen andere hulpverleners bij de zorg voor de patiënte betrokken. De schoondochter deed alles verder zelf samen met haar gezin.

TERMINALE PATIËNT 3
De derde patiënt, die lang in zorg is geweest, heeft al 14 jaar hulp van een vroegere buurvrouw, die zelfs de laatste drie jaar de zorg dag en nacht geeft. De patiënt is 82 jaar en kan zichzelf niet meer verzorgen door ouderdom. Tot het moment van opname in 24-uurs-zorg ging de wijkverpleegkundige om de drie maanden langs om te horen hoe de verzorging liep en of er hulp nodig was. De patiënt zelf wilde daar echter niets van weten.
De patiënt kwam in zorg na een vrij zware beroerte, waardoor een crisissituatie ontstond, waarin de huishoudster de zorg niet meer aandurfde, bang dat ze fouten zou maken bij de verzorging, terwijl de patiënt zo zwak was. In die situatie adviseerde de huisarts om de avond- en nachtverpleegkundige te bellen om haar te helpen bij de verzorging.
Dit gebeurde, waarna de verpleegkundige de patiënt kwam wassen en verschonen. Na de crisissituatie knapte de patiënt enigszins op en de huishoudster liet daarna een groot deel van de verzorging van de patiënt over aan de verpleegkundigen. De patiënt wil in ieder geval thuis blijven tot aan zijn dood.

De benodigde zorg
De dagverpleegkundigen verzorgen de patiënt twee keer per dag. Deze verzorging bestaat uit: zo nodig wassen en verschonen, het inwrijven van drukplekken en zorgen voor wisselligging. De avond- en nachtverpleegkundigen verrichten dezelfde werkzaamheden eenmaal per avond. Een keer per dag komt de fysiotherapeut om te kloppen. Deze leert de mantelzorg om te gaan met de vibrator, zodat zij de patiënt ook kan helpen

als hij vol met slijm zit. De patiënt zelf is te zwak om dat zelf weg te kunnen hoesten.
De huisarts komt een keer in de week langs en kan opgeroepen worden. Alle directe elementaire hulp kan door de huishoudster gegeven worden. De verpleegkundigen werken ter ondersteuning van de mantelzorg. De verpleegkundigen hebben haar een aantal trucs geleerd waardoor de verzorging een stuk eenvoudiger werd: 'Ik weet nu hoe je zijn piamajasje netjes aan kan doen zonder al te moeilijke capriolen te moeten maken'. Omdat de zorg voor deze patiënt over een vrij lange periode liep, zijn er verschillende verpleegkundigen bij de zorg voor deze patiënt betrokken geweest. Volgens de huishoudster was dit niet vervelend of storend: 'Je kan maar geholpen worden'. Ook de patiënt zelf was tevreden over de zorg die hij kreeg.

TERMINALE PATIËNT 4
De patiënt heeft een aantal weken voor hij in 24-uurs-zorg kwam een lichte beroerte gehad. Vanaf dat moment werd hij verzorgd door dochter en zoon. Na drie weken trad een verslechtering van de situatie in. Op de hulpvraag van de familie nam de dagverpleegkundige een deel van de zorg voor de patiënt voor haar rekening. De avond- en nachtverpleegkundige is op verzoek de dagverpleegkundige eenmaal 's avonds langs geweest voor verzorging (met name het insmeren van de stuit).
Op dat moment was de patiënt klammig en niet bij bewustzijn. Bij het tweede bezoek die avond, twee uur later, was de patiënt overleden.

TERMINALE PATIËNTE 5
De patiënte was 89 jaar, suikerpatiënte (kreeg daarvoor de laatste vijf jaar iedere dag een insuline-injectie) en heeft een pace-maker. De patiënte woont in bij haar zoon. De dagverpleegkundige kwam al gedurende lange tijd dagelijks bij deze patiënte.
De week voor haar overlijden kreeg de patiënte een beroerte. Het gevolg daarvan was incontinentie en een verlamming in haar linker arm.

De benodigde zorg
De dagverpleegkundige komt dagelijks langs voor de verzorging, wassen, wisselligging en dergelijke. De avond- en nachtverpleegkundigen kwamen in eerste instantie op verzoek van de familie helpen met wisselligging en insmeren. In de laatste week kwamen de avond- en nachtverpleegkundigen tweemaal per avond. 's Nachts neemt de familie de zorg voor de patiënt zelf voor haar rekening. Volgens de verpleegkundigen hebben ze 's nachts niet durven bellen.
De familie geeft zelf aan dat in die laatste week de verpleegkundigen constant hebben benadrukt dat als de verzorging, ook 's nachts, moeilijk werd, ze altijd de mogelijkheid hadden te bellen, waarop een verpleegkun-

dige zou komen. Dit had men ervaren als een hele geruststelling, maar: 'als wij zelf de mogelijkheid hadden om te helpen deden wij dat. Wij wilden gebruik maken van de avond- en nachtverpleegkundigen, maar geen misbruik'.
In totaal zijn er vijf of zes verschillende verpleegkundigen bij de verzorging van deze patiënt betrokken geweest. De familie hielp mee bij die verzorging. In de loop van het proces heeft de familie wel moeite gehad met het feit dat er steeds andere verpleegkundigen kwamen: 'Weliswaar wen je er op den duur aan, maar het zou mooier wezen als je altijd dezelfde verpleegkundige zou hebben. Dan was het niet nodig om steeds zelf uit te moeten leggen wat er aan de hand is en waar alles staat'. Men merkte ook op dat iedere verpleegkundige anders werkt.
De huisarts kwam regelmatig bij de patiënt langs. De huisarts had het overigens beter gevonden dat de patiënte opgenomen zou worden in een verpleeghuis. Dat vond de familie echter niet nodig. Van de verpleegkundigen kregen ze nuttige tips hoe ze de patiënte het best konden verzorgen.

TERMINALE PATIËNT 6
Deze patiënte was in de negentig jaar en had een hersenbloeding gehad. De patiënte is drie dagen in 24-uurs-zorg geweest. De toestand van de patiënte is wisselend: de ene dag gaat het redelijk goed dan weer veel minder. De patiënte woont in bij haar dochter. Op het moment dat de toestand snel achteruit ging werd door de wijkverpleegkundige 24-uurszorg aangevraagd.

De benodigde zorg
De laatste dagen kwam de wijkverpleegkundige een of twee keer bij mevrouw langs voor verzorging. De avond- en nachtverpleegkundigen zijn de avonden voor het overlijden geweest. De kinderen van mevrouw waken de laatste dagen bij de patiënte.
De aanwezigheid van die kinderen was echter moeilijk te realiseren rond negen uur in de avond. Er zat dus een hiaat in de continuïteit van de mantelzorg. Rond die tijd is de avond- en nachtverpleegkundige de verzorging gaan verrichten. De verzorging bestond uit het verschonen, wassen en opfrissen van de patiënte, het insmeren van de huid met crème, het inbrengen van een zetpil en temperatuur opnemen.
De avond- en nachtverpleegkundige heeft op een van de avonden de arts gebeld omdat de patiënte erg benauwd was en met de arts overlegd of daar iets aan gedaan kon worden. De arts is daarop langs gekomen en heeft een injectie gegeven waardoor de patiënte veel rustiger werd. De laatste dagen heeft de patiënte een anti-decubitus matras gekregen.

TERMINALE PATIËNT 7
De laatste terminale patiënt die wij hier behandelen is een patiënte die leed

aan kanker. De patiënte kwam vrij plotseling thuis uit het ziekenhuis. De eerste twee weken heeft de familie de totale zorg op zich genomen, maar het werd hen toch te veel. De wijkverpleegkundige kwam in die eerste weken dagelijks een keer langs. Na die twee weken twee keer per dag. De wijkverpleegkundige heeft de patiënte ook aangemeld voor opname in 24-uurs-zorg.
De zorg in de avond bestond uit het verschonen van de patiënte het inbrengen van een zetpil, temperatuur opnemen, draaien en insmeren van de drukplekken. Hierbij kwam emotionele ondersteuning van de familie. Het viel de avond- en nachtverpleegkundige op dat er veel familie aanwezig was. Deze waren best bereid om te helpen maar durfden dat niet goed, bang om mevrouw pijn te doen. De verpleegkundige heeft daarop voorgedaan hoe ze de patiënte het best konden verschonen. Mocht het toch niet lukken dan was het altijd mogelijk om te bellen. Mevrouw is uiteindelijk zes dagen in 24-uurs-zorg geweest. De huisarts is dagelijks bij de patiënte geweest. In goed overleg zijn met hem de veranderingen in medicatie en verzorging doorgenomen.

Het zorgaanbod bij terminale patiënten
Uit deze voorbeelden blijkt dat we het zorgaanbod bij terminale patiënten als volgt kunnen omschrijven:

1 In tegenstelling tot chronische patiënten mag je bij terminale patiënten niet verwachten dat de patiënt zelf de coördinatie op zich neemt. Deze taak moet opgepakt worden door een familielid of een externe mantelzorger. Uit de in het voorgaande beschreven gevallen blijkt dat ook verpleegkundigen deze taak over kunnen nemen bij terminale patiënten, omdat het veelal om een in de tijd beperkte zorgperiode gaat.
2 De verpleegkundige zorg voor terminale patiënten bestaat veelal uit een combinatie van de volgende handelingen:
   - lichamelijke verzorging
     - wassen indien dat nodig is
     - verschonen indien nodig
     - wisselligging
     - decubitus- of wondverzorging
   - begeleiding van patiënt en/of familie
     - instructie voor familieleden, met name wanneer er speciale verpleegkundige handelingen vereist zijn.
     - begeleiding bij emotionele verwerking.

   24-uurs-zorg voor terminale patiënten is geïndiceerd indien:
   - De familie of de externe mantelzorg de zorg niet aankan en men de patiënt (mede op eigen verzoek) toch thuis wil laten sterven.
   - De toestand van de patiënt zodanig is dat een aantal verpleegkundige handelingen noodzakelijk zijn, zorg die te ingewikkeld is voor familie of externe mantelzorg.

- Indien de terminale patiënt erg veel zorgt vraagt waarvoor de familie of mantelzorg geen kans heeft om die te geven.
- Er rond het sterven van een patiënt een panieksituatie ontstaat, bijvoorbeeld door een zeer snel verslechterende toestand van de patiënt. De patiënt komt dan acuut in zorg.

3 Voor informatie over de situatie moeten de terminale patiënt en de mantelzorg terecht kunnen bij de huisarts en bij de verpleegkundige. Het is van belang dat de verschillende disciplines op één lijn zitten om geen extra verwarring te veroorzaken in een toch al emotioneel geladen situatie.

4 Hulpmiddelen voor terminale patiënten zijn beperkt nodig. Bij het verplegen is zo nu en dan een hoog/laag bed een vereiste. Indien echter de tendens zich doorzet dat ziekenhuizen eerder ook terminale patiënten gaan ontslaan is op termijn de problematiek te verwachten van hulpmiddelen die de kruisorganisatie nog niet in de vereiste mate ter beschikking heeft. Te denken valt aan hoog/laag bedden, stalen verpleegsters en anti-decubitus materiaal. Per keer zal naar een oplossing gezocht moeten worden.

5 24-uurs-zorg levert bij het verzorgen van terminale patiënten in ieder geval een ondersteuning van de familie en eventueel externe mantelzorg. Deze kunnen daardoor hun deel van de zorg voor de patiënt makkelijker en rustiger aan.

Alternatieven voor 24-uurs-zorg bij terminale patiënten

alternatieven

Evenals bij de groep chronische patiënten kunnen wij hier stellen dat het thuis laten sterven van patiënten in een terminaal stadium nogal wat zorg vereist van zowel professionele hulpverleners als van mantelzorgers. Over het algemeen is deze zorg, in tegenstelling tot chronische patiënten, kortdurend van karakter, qua tijd veelal te overzien. Toch is het zinvol om na te gaan wat deze patiënten of hun familie/mantelzorg zou hebben gedaan als er geen avond- en nachtzorg was geweest.

In de meeste van de hier gegeven voorbeelden zou de familie of de mantelzorg, soms met veel moeite en onzekerheid, de zorg op zich genomen hebben. In een van de beschreven casus zou de vrouw kost was kost de zorg op zich genomen hebben, hoewel dat eigenlijk onmogelijk en onverantwoord zou zijn geweest. In een geval zou de dagdienst benaderd zijn om de nodige handelingen te verrichten, en zou daar ook positief op gereageerd hebben. Op Tholen/St. Philipsland heerst de mening dat thuis sterven beter is dan in een vreemde omgeving, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis of een verpleeghuis. Ook de familie neemt het min of meer als een plicht op zich om verwanten, veelal vader of moeder, thuis te laten sterven.

Daarbij durft men soms zelfs niet eens de avond- en nachtverpleegkundigen op te roepen, hoewel de situatie daar wel aanleiding toe geeft. Soms wijst men ook bewust de aangeboden hulp van verpleegkundigen af.

weigeren van hulp

Ook wanneer het beter is dat de avond- en nachtzorg bepaalde handelingen verricht, weigert men soms de zorg van de verpleegkundigen. Dit is ook begrijpelijk als men bijvoorbeeld extra wakker moet worden op een bepaalde tijd om de deur open te maken.
In een situatie bestaat de indruk, en daar zijn alle betrokken hulpverleners en ook de mantelzorgers eensluidend in hun mening, dat de patiënt in de crisissituatie waarschijnlijk opgenomen was indien er geen aanbod van 24-uurs-zorg had gelegen.
De mantelzorg kon de situatie niet meer aan. Pas twee dagen na de crisissituatie kon zij weer enigszins een aantal aspecten van het normale zorgpatroon oppakken. Nu was het mogelijk om tijdelijk de zorg van de mantelzorg voor het grootste gedeelte over te nemen.
Over het algemeen zal men er op Tholen/St. Philipsland veel voor over hebben om mogelijk te maken dat patiënten thuis sterven. Ook als er geen 24-uurs-zorg was zou dit een uitgangspunt zijn voor veel familieleden of mantelzorgers van patiënten in een terminaal stadium. De verpleegkundigen geven wel een belangrijke ondersteuning aan de zorg van huisgenoten of externe mantelzorgers door instructies en tips. Door deze ondersteuning kunnen deze huisgenoten of mantelzorgers de zorg makkelijker aan.

ondersteuning

Alle betrokkenen geven aan dat 24-uurs-zorg inderdaad een geruststelling is omdat er altijd een aanbod ligt om te bellen als de situatie om daadwerkelijke hulp van een verpleegkundige vraagt.

3.3.3 Herstellende patiënten

HERSTELLENDE PATIËNT 1

In het volgende voorbeeld is de 24-uurs-zorg gericht op een man van ongeveer 50 jaar. Deze man werd na een aantal maanden van zelf te proberen een wond aan zijn been te genezen opgenomen in het ziekenhuis waar men constateerde dat het been geamputeerd moest worden. Na een vrij lange tijd van opname kwam de man weer thuis in zijn gezin, met een operatiewond die heel moeizaam genas.

Benodigde zorg

Voor de eerste maanden was het verstandig om de wond 3 keer per dag goed te verzorgen. Tweemaal per dag deed de dagdienst dit en de derde keer nam de avond- en nachtverpleegkundige de wondverzorging voor haar rekening. De laatste deed dit meestal op het einde van de dienst.
De wondverzorging bestond uit de volgende drie stappen: verdoven van de wond, uitbruisen schoonmaken, en tenslotte opnieuw verbinden.
Naast de zorg van de verpleegkundigen zijn er weinig andere hulpverleners bij betrokken. Wel moest de man regelmatig op controle bij de

behandelend specialist in het ziekenhuis. Doordat de wond driemaal per dag verzorgd werd ging de wond zienderogen vooruit, zodat na twee maanden volstaan kon worden met tweemaal verzorging. De zorg van de dagdienst was daarmee voldoende en de 24-uurs-zorg kon gestopt worden.

HERSTELLENDE PATIËNT 2

Deze patiënt kwam na 2 weken in het ziekenhuis gelegen te hebben terug naar huis. De man was opgenomen met verwardheid welke onder andere het gevolg bleek van urine-retentie. In opdracht van de specialist moest de patiënt een dauercatheter houden.
De bedoeling was dat de verpleegkundigen zouden helpen en instrueren bij het verwisselen van de catheterzakjes. Zodra de patiënt dit onder de knie had, zou hij zichzelf weer moeten redden. Daarna zou dagdienst de patiënt verder begeleiden.
De patiënt is ongeveer 6 dagen in 24-uurs-zorg geweest.

HERSTELLENDE PATIËNT 3

Patiënt 3 is een alleenstaande man die al jaren de ziekte van Parkinson heeft. De wijkziekenverzorgster heeft opname in 24-uurs-zorg aangevraagd omdat de patiënt de laatste tijd snel achteruit leekt te gaan. De patiënt kon zich niet meer uitkleden en had moeite met lopen. De patiënt staat op de wachtlijst voor opname in het ziekenhuis voor bijstelling van de medicijnen. De patiënt had verder weinig contact met zijn directe omgeving, alleen een buurvrouw kwam regelmatig langs.
Na twee dagen de patiënt in bed geholpen te hebben, probeerde de patiënt al weer zichzelf uit te kleden en in bed te komen. Dit ging nog moeizaam, maar na vijf dagen kon de zorg stop gezet worden: De patiënt was een stuk beter en kon weer voor zichzelf zorgen.

Het zorgaanbod bij herstellende patiënten en alternatieven

De zorg voor herstellende patiënten is veelal gericht op een verpleegtechnische behandeling, of begeleiding dus in vergelijking met chronische en terminale zorg beperkt van aard. De zorg kan kortdurend maar ook langdurig van karakter zijn. Dit laatste bij bijvoorbeeld wondbehandeling en helpen bij bepaalde kuren. De termijn van opname is dus te overzien en te plannen. De alternatieven voor patiënten bij ontbreken van 24-uurs-zorg bestaan uit of volstaan met een behandeling minder, wat ten koste gaat van de kwaliteit (wond zal minder snel genezen), of zelf proberen er uit te komen met hulp van mantelzorg.
24-uurs-zorg betekent voor deze patiënten een sneller herstel en het geeft patiënten zekerheid dat zij bij een verpleegkundige handeling vakkundige begeleiding krijgen.

3.3.4 Complexe zorg

PATIËNT 1

De eerste patiënt die wij hier behandelen betrof een alleenstaande man. De patiënt belde met het verzoek of de verpleegkundige voor medicijnen kon zorgen, want hij had al een paar dagen last van hevige hoofdpijn. Hij leek in het gesprek wat in de war. In overleg met patiënt werd afgesproken dat de verpleegkundige de huisarts zou bellen. De verpleegkundige is op haar route bij de patiënt langsgegaan om polshoogte te nemen en door te geven dat de huisarts later op de avond langs zou komen. De verpleegkundige heeft lange tijd met de patiënt, die met een nat washandje op zijn voorhoofd en een donkere bril thuis zat, gesproken. De volgende dag bleek na een gesprek met de wijkverpleegkundige dat de patiënt wel vaker opbelt met klachten, maar zich dan vooral eenzaam voelt.

PATIËNT 2

De tweede patiënt werd in 24-uurs-zorg opgenomen als gevolg van een depressie en weigering van voedsel. De patiënt had een aantal jaren geleden een hersenbloeding gehad met als gevolg een halfzijdige verlamming. Heeft daardoor ook een stijve arm. De patiënt werd ontslagen uit het verpleeghuis waar hij gelegen had met een longontsteking.
De patiënt wordt thuis geholpen door zijn vrouw, die de eerste dagen na terugkomst van haar man uit het verpleeghuis bang was dat ze de zorg niet aan zou kunnen. De depressiviteit en conditie van de patiënt hadden in het verpleeghuis de indruk doen ontstaan dat men te doen had met een terminale patiënt. Opgenomen in 24-uurs-zorg bleek na verloop van tijd de zorg complex in plaats van terminaal.

Benodigde zorg:

De verpleegkundigen komen dagelijks de patiënt verzorgen. De zorg in de avond- en nachtzorg bestaat uit de volgende handelingen: patiënt zo nodig wassen en verschonen, decubitus verzorgen en vochtlijst bijhouden en zonodig catheterzakje verwisselen, wisselligging geven, blaasspoelen en temperatuur opnemen.
Na een week zorg gaat het beter met de patiënt en concentreert de zorg zich op het verwisselen van de catheter. Ook mevrouw wordt rustiger en zekerder, hoewel zich nog wat schuldig voelt omdat de verpleegkundigen zoveel tijd aan zorg moeten besteden.

overige hulpverleners

De huisarts komt regelmatig bij deze patiënt. De patiënt komt in de loop van de zorg ook weer onder behandeling van de fysiotherapeut, aanvankelijk driemaal per week, later wat vaker.
Na twee maanden wordt de 24-uurs-zorg afgebouwd omdat de mantelzorg de zorg voor het grootste gedeelte zelf weer aankan.

3E SITUATIE

Het volgende voorbeeld betreft niet één maar twee patiënten. Het is een bejaard echtpaar. Mevrouw heeft kinderverlamming gehad en werd verzorgd door haar man. De man heeft de laatste tijd last van duizeligheid en open benen. Hij valt soms en kan dan nog maar moeilijk overeind komen. Ze willen heel graag zo lang mogelijk thuis blijven.

Benodigde zorg

De wijkverpleegkundige komt iedere morgen de familie uit bed helpen, ze verzorgt de benen van de man en helpt de vrouw met aankleden. De familie wilde aanvankelijk geen hulp van de avond-, en nachtverpleegkundigen, tot de man 's avonds een keer viel en mevrouw niemand kon waarschuwen, omdat hij de deur blokkeerde. (Mevrouw moet zich in een rolstoel voortbewegen). Vanaf dat moment komt de avond-, en nachtverpleegkundige helpen bij het naar bed gaan. Dit blijft doorgaan tot de man geen last meer heeft van duizeligheid.

andere hulpverleners

De huisarts komt regelmatig bij de familie. Deze heeft samen met de verpleegkundige de coördinatie van de zorg. Naast deze professionele hulpverleners heeft de familie alpha-hulp. Er woont wel familie in de omgeving maar die hebben door hun werkzaamheden weinig tijd om de zorg op zich te nemen.

Het aanbod bij complexe zorg en alternatieven

In het geval van patiënten die opgenomen zijn in 24-uurs-zorg en vallen onder de categorie complexe zorg is het moeilijk om algemene alternatieven en conclusies aan te geven. Ieder geval staat op zich. In het ene geval zou opname in een verpleeghuis, ziekenhuis onvermijdelijk zijn, in een ander geval zal de patiënt gewoon thuisblijven en een uitweg zoeken in de ontstane panieksituatie. Ook de zorg is onvoorspelbaar. Soms moet de verpleegkundige een heel scala van handelingen verrichten, soms ook blijft het bij geruststellen en begeleiden. Alle gevallen hebben gemeen, dat de zorg start op een onoverzichtelijke manier. De eerste fase van de verpleging houdt in, het zicht krijgen op de hulpbehoefte: informatie verzamelen bij patiënt, mantelzorg en huisarts of anderen; hierna volgt een beoordeling en inschatting. Tegelijk probeert men zoveel mogelijk rust te brengen in de thuissituatie. Hieruit resulteert meestal een zorgoplossing, die voor langere termijn gebruikt kan worden.

Het aanbod van 24-uurs-zorg betekent voor deze patiënten dat men in eerste instantie langer thuis kan blijven als men dat wil. Dit mede doordat mantelzorg het langer uithoudt.

3.3.5 Eenvoudige zorg

PATIËNT 1

Het eerste voorbeeld wat wij hier willen beschrijven betreft een jongeman van ongeveer 30 jaar, die al jaren lijdt aan een vorm van MS. Hij woont bij zijn ouders die beiden rond de 70 jaar oud zijn. Voor de patiënt is thuis een geheel aangepaste woonruimte gecreëerd, waarin een speciaal ingerichte badkamer en een aantal hulpmiddelen ten behoeve van de verzorging, zoals een hoog/laag bed, een stalen verpleegster en voldoende ruimte om uit de weg te kunnen met deze hulpmiddelen en de rolstoel.
De patiënt is in dagbehandeling van het verpleeghuis. 's Avonds komt hij thuis en wordt dan verzorgd door zijn ouders. De ouders willen hun zoon zo lang mogelijk thuis houden.

Benodigde zorg

verpleegkundigen

De dagverpleegkundigen van de kruisorganisatie komen iedere morgen de patiënt helpen bij het douchen, aankleden en dergelijke. In het begin van de ziekte hebben de ouders dit altijd zelf gedaan, maar ze kunnen dit inmiddels niet meer. Ook als de patiënt griep krijgt en daardoor bijvoorbeeld 's nachts moet overgeven wordt de extra zorg die dit vraagt hen te veel. Op die momenten kunnen ze dan de avond- en nachtverpleegkundigen bellen. Deze komen dan helpen bij het wassen en verschonen van de patiënt.

andere hulpverleners

Naast de zorg van de verpleegkundigen van de kruisvereniging is er de dagzorg in het verpleeghuis. In het verpleeghuis is de patiënt onder behandeling van een fysiotherapeut, revalidatie-arts en krijgt spraaklessen.

coördinatie

De coördinatie van de hulpverlening is voor het grootste deel in handen van de ouders die dat in de loop van de jaren hebben leren hanteren.

PATIËNT 2

Een patiënt belt op of de verpleegkundige kan helpen bij het doorspoelen van zijn catheter in opdracht van de huisarts. De patiënt heeft die catheter een aantal weken geleden gekregen na een operatie in het ziekenhuis. Hij heeft na die operatie last gehad van een aantal ontstekingen maar is nu sinds twee weken thuis. Omdat de dag daarop hij toch voor controle naar het ziekenhuis moest had hij eerst naar het ziekenhuis gebeld of die catheter er niet uit mocht. Dit werd ontraden en de patiënt moest maar zijn huisarts bellen.
De verpleegkundige is naar de patiënt gegaan en heeft de catheter gespoeld met afgekoeld gekookt water waarna de catheter weer liep. De

verpleegkundige heeft met de patiënt afgesproken dat als er weer een verstopping zou optreden hij de huisarts zou bellen.

PATIËNTE 3
De derde patiënte is suikerpatiënte en heeft op het moment van opname in 24-uurs-zorg gastro-enteritis. Ze braakt veel en heeft diarree. Ze moet eigenlijk van de huisarts naar het ziekenhuis maar de patiënte zelf wil dat niet. De huisarts heeft aan de verpleegkundigen gevraagd haar een paar maal in de gaten te houden en de dag daarop zou hij het verder beoordelen. De patiënte is alleenstaand.
Mevrouw heeft zetpillen gehad tegen misselijkheid en capsules tegen het braken.
Gedurende de dag is de wijkverpleegkundige geweest om haar iets te eten te geven. Ook de huisarts is nog even langs geweest. In de avonduren is de avond- en nachtverpleegkundige bij de patiënte geweest. De mantelzorg bleef die nacht bij de patiënte slapen. De patiënte had gebraakt maar voelde zich toch goed. Omdat de mantelzorg bleef overnachten was het niet nodig nogmaals langs te gaan. De verpleegkundige heeft wel haar telefoonnummer achtergelaten. De volgende dag was er geen zorg meer nodig, de patiënte was opgeknapt en de huisarts vond het niet meer nodig dat er 's avonds iemand langs ging.

SITUATIE 4
Wij geven hier een voorbeeld van een hulpvraag van mensen die bellen in verband met problemen met zuigelingen. Er zijn een paar van dit soort bijna identieke hulpvragen geweest in de experimentele periode. De vader belt de verpleegkundige met de vraag om een borstkolf. De huisarts was net geweest omdat de baby van een paar dagen niet wilde drinken bij de moeder. De huisarts had al getracht iets uit de borst te halen en geadviseerd dat als het niet zou lukken de baby flesvoeding te geven.

De avond- en nachtverpleegkundige heeft de borstkolf gebracht. De baby had nog steeds niets gedronken. De verpleegkundige heeft de borstkolf uit laten koken en afgekolfd. De ouders waren erg gespannen en wisten niet goed wat ze moesten doen. De baby had duidelijk honger want dronk de melk (50 ml) achter elkaar op.
Er werd een afspraak gemaakt voor de verdere voedingen die avond en nacht en dat er de volgende dag weer contact opgenomen zou worden met de huisarts of kraamverzorgster.

Het aanbod van eenvoudige zorg en alternatieven
De meeste patiënten die onder de categorie eenvoudige zorg vallen hebben weinig andere alternatieven dan of zelf de handen uit de mouwen te steken en de zorg op zich te nemen als ze dat nog kunnen, of te wachten

tot de volgende dag de dagwijkverpleegkundige of andere hulpverleners langs komen. In een aantal situaties is de huisarts reeds geweest en heeft geadviseerd de verpleegkundige te bellen. Bij ontbreken van 24-uurs-zorg zouden, zoals in het laatste beschreven geval, de ouders een nacht lang moeten tobben met de baby alvorens ze de volgende dag hulp kunnen krijgen van of de huisarts, het kraamcentrum of de dagverpleegkundige.

In de meeste situaties van eenvoudige zorg is er nauwelijks noodzaak voor het opnemen van een spilfunctie in de zorg. De zorg is tijdelijk, meestal eenmalig maar indien een patiënt langer in 24-uurs-zorg is, is er sprake van een eenvoudige verpleegtechnische handeling zoals bijvoorbeeld blaasspoelen.
Hulpmiddelen bij deze patiënten zijn of aanwezig omdat de patiënt in dagzorg is of totaal afwezig omdat het een eenmalig contact betreft.

24-uurs-zorg geeft in deze situaties aan patiënten, mantelzorg, ouders en ook professionele hulpverleners zekerheid dat iemand bereikbaar is of de patiënt in de gaten blijft houden gedurende de nachtelijke uren, waardoor men probleemsituaties zonder in paniek te geraken kan oplossen.

3.3.6 De beleving van 24-uurs-zorg door patiënten

kwaliteit

Toen we de avond-, en nachtverpleegkundigen vergezelden op hun tochten langs de patiënten viel het op dat de mensen blij zijn als de verpleegkundigen binnenkomen. Men ligt op de komst van de verpleegkundige te wachten. Men wil graag naar bed, maar ook nog wat aanspraak en even een praatje maken. De zorg van de avondzusters is curatief, verzorgend van aard.
De belangrijkste handelingen zijn lichamelijke hygiënische en verpleegkundige verzorging. De sfeer waarin dit gebeurt is belangrijk. De avondzuster heeft niet veel tijd om lang met patiënten te praten; de patiënten weten dit, maar proberen haar toch tot een gesprekje te verleiden. Met patiënten die spontaan zijn, en nog goed kunnen praten is het gemakkelijk om vlug door te werken en even te praten. Voor de andere patiënten, die hiervoor meer tijd nodig hebben, heeft de avondzuster niet veel mogelijkheden. We observeerden dat ze dan in de tijd die de patiënt zelf nodig heeft om iets te doen (bijvoorbeeld naar de w.c. gaan), ze gauw iets doet aan de verzorgende activiteiten. Dit blijkt positief te werken, zonder dat de zelfzorg of mantelzorg wordt aangetast. De meeste patiënten zijn trouwens te hulpbehoevend om zelf nog veel te kunnen doen. Bij de groep langdurige of terminale zieken is het voeren van gesprekken een belangrijk aspect van de zorg, met alle beperkingen van tijd die er zijn. Voor die patiënten waarbij opname in de 24-uurs-zorg, opname in het verpleeghuis

of ziekenhuis heeft voorkomen, heeft de zorg veel betekend. Uit alle gevoerde gesprekken blijkt, dat men liever thuis wil zijn en daarvoor zo lang mogelijk wil vechten.
24-uurs-zorg heeft een zekere besparing in de intra-murale opnamekosten opgeleverd. Soms betekende het een mindere belasting voor de mantelzorg.
Bij patiënten zelf bestaat zelfs grote angst voor opname in het verpleeghuis. Een patiënt, die een tijdje in de verpleegafdeling is opgenomen geweest en haar serviceflatje in hetzelfde tehuis moest missen zei: 'Je wilt niet bij allemaal demente mensen zijn. In je eigen huis kan je je kinderen en kleinkinderen ontvangen. Op een ziekenzaal zit je vast. Dat moet je zo lang mogelijk voor zijn'.
De waardering van de patiënten die in 24-uurs-zorg zijn opgenomen met de kans thuis te blijven is over het algemeen groot, hoewel er ook wat negatieve ervaringen zijn.

Met name de strategie om de zorg af te bouwen voor de patiënt of mantelzorg gaf fricties te zien. Het geleidelijk zelf weer een aantal zorgtaken laten oppakken stuit op weerstand. Deze weerstand blijkt direct uit de wijze waarop men reageert als men de afbouw bespreekt. Meestal klinkt in die reactie iets door van wanhoop 'hoe moet dat nu in het vervolg', en medische redenen worden ingebracht om aan te geven dat men het echt niet meer zelf kan, en dat 24-uurs-zorg noodzakelijk is. Zo was bij een patiënt met de mantelzorg afgesproken dat de avond- en nachtdienst in het weekend niet meer zou komen en dat ze dan zelf de verzorging weer zou oppakken. Mocht het echt niet gaan dan kon ze bellen. De eerste keer dat dit in zou gaan, belde mevrouw en vroeg om hulp omdat ze nogal last van haar rug had. De avond- en nachtdienst is niet op dit verzoek ingegaan waarover mevrouw ontstemd en teleurgesteld was. Een ander aspect waar patiënten nogal eens problemen mee hadden was de tijd waarop ze verzorgd werden. Vooral in perioden waarin veel patiënten in zorg waren werd er door de patiënten die door de avond- en nachtverpleging het eerst werden verzorgd en het laatst aan de beurt waren boos en kritisch gereageerd. Soms zelfs weigerde men de zorg, of had men zelf al het een en ander geregeld. Toch heeft waardering de overhand: Een van de patiënten gaf aan: 'Tot op heden heb ik goede ervaringen. Het is nu niet meer nodig, maar in het ziekenhuis gebeurde het wel dat ze (de verpleging) 's morgens om 10.45 uur voor de eerste keer kwamen en 's avonds en 's nachts niet. Soms kon je slechts met heel veel pijn en moeite een pijnstiller krijgen. Ik heb alleen maar goede resultaten gezien van de verpleging alhier'.

afbouw

tijdstip

Over het feit dat men geen extra kosten hoeft te maken wordt opgemerkt: 'Die verpleegkundigen zijn mensen, voor de mantelzorg betalen we ƒ 200,– per maand, maar voor de zusters betalen we niets. Het is ons ook

kosten

heel wat waard dat de verpleegkundigen komen, want zelf kunnen we de verzorging niet meer aan, en naar een verpleeghuis wil ik niet!'

waardering

Ook de familie van patiënten heeft waardering voor de zorg. De vrouw van een overleden patiënt vindt dat ze goed geholpen is in de laatste uren vóór het overlijden van haar man.
Voor de 24-uurs-zorg is ze erg dankbaar. Niet alleen omdat zonder de aanwezigheid van die zuster haar man nooit naar huis had kunnen komen, maar ook omdat de zuster haar zo goed de laatste avond heeft geholpen. Mevrouw had de eerste dag van de thuiskomst nog het gevoel dat het wel goed ging met haar man, hij was aanspreekbaar en had 's avonds een borreltje gedronken. De verpleegkundige had haar man verschoond (incontinent, diarree) en ingesmeerd en haar man was rustig gaan slapen.
Een andere familie geeft aan, dat als er geen 24-uurs-zorg was geweest men de hulp aan de patiënt niet had aangekund en volgehouden. De familie signaleerde wel dat er veel verschillende verpleegkundigen in de week hulp kwamen geven, maar men hoefde niet steeds uit te leggen wat er gebeuren moest. De overdracht was goed geregeld.

achterwacht

Men heeft ook veel waardering voor het feit dat ondanks het slechte weer, bijvoorbeeld sneeuw, gladheid, enzovoort men altijd komt. Bovendien geeft de mantelzorg van een patiënt aan dat het een hele geruststelling is dat je ook 's nachts een beroep kunt doen op zorg, waarvan je weet dat het goed is en wat ook mogelijk is.
Uit gesprekken met familieleden, verpleegkundigen en ook uit de verslagen blijkt dat vooral familie van terminale patiënten in de loop van experiment hun tevredenheid geuit hebben over het feit dat de patiënt tot het laatst toe thuis is kunnen blijven door de hulp en ondersteuning die de verpleegkundigen daarbij gegeven hebben.
Eenmaal kregen alle verpleegkundigen na het overlijden van een patiënt een persoonlijke dankbetuiging.

Ook verscheen gedurende de experimentele periode in het plaatselijk weekblad (De Eendracht Bode) een publieke dankbetuiging voor het medeleven tijdens het verblijf in het ziekenhuis van een patiënt, die zelf al een tijd haar invalide partner verzorgde. Zowel dag-, avond- en nachtverpleegkundigen als de mantelzorg werden in de dankbetuiging genoemd.

3.3.7 De mantelzorg

afspraken en mantelzorg

We hebben gezien dat de aanwezigheid van mantelzorg, vooral bij chronische- en terminale patiënten een voorwaarde is voor thuisverzorging. De mantelzorg wordt sterk betrokken bij de zorgverlening aan de patiënt. Wanneer men denkt dat het mogelijk wordt een patiënt thuis te houden met

dag-, en avond-, en nachtzorg worden ook met de mantelzorg afspraken gemaakt. Deze afspraken worden voorgelegd aan de patiënt en zijn familie. Pas als allen akkoord gaan wordt de patiënt opgenomen in de 24-uurs-zorg. Inschatting van de hulpvraag, uitwerking tot een actieplan voor het vinden van de nodige zorg en het vinden van acceptatie bij patiënt en huisgenoten, zijn hier belangrijke activiteiten. Dit komt niet bij alle in de 24-uurs-zorg opgenomen patiënten op dezelfde intensieve wijze voor. De gevallen die veel zorg behoeven vragen wel om zo'n uitvoerige benadering. Het gaat hier om de 4 tot 5 zwaardere patiënten die opgenomen zijn in 24-uurs-zorg en waaraan zo'n 70% van de zorg wordt besteed.
De mantelzorg van huisgenoten, buren en kennissen, moet betrouwbaar zijn. De patiënt vertrouwt erop en de zorg van de verpleegkundigen van het dag- en avond- en nachtteam is erop afgestemd. De patiënt sluit een overeenkomst met de persoon die de mantelzorg geeft en verzekert zich soms van die hulp door een vergoeding te betalen.

natuurlijke rol mantelzorg

Uit de interviews die wij met sommige patiënten hebben gehouden blijkt dat de mantelzorg van buren, kennissen in een goede sfeer wordt gegeven en door de patiënt zeer wordt gewaardeerd. De afhankelijkheid van de patiënt van deze persoonlijke lekenhulp wordt verzacht door de vriendschappelijke sfeer waarin de hulp wordt verleend. De gemeenschapstraditie van de dorpen op het eiland bevestigt dit optreden van mantelzorgers. Je kunt je er niet zo maar aan onttrekken als dit beroep op je wordt gedaan door kennis of vriend en eenmaal gemaakte afspraken zijn bindend. Een eventuele vergoeding speelt hierin geen overheersende rol, het is afspraakbevestigend, een erkenning van de kant van de patiënt voor het werk van de ander. Die ander is niet zomaar te vervangen, het gaat om het toelaten van een lekenhelper bij het ziekbed, bij het doen van lichamelijke verzorging elke avond of ochtend. Dergelijke hulpverlening kan alleen door vertrouwde mensen gebeuren. De zorg van verpleegkundigen houdt rekening met dit gebeuren. Men kent de mantelzorgers en helpt hen. Als de mantelzorg een avond niet kan of met vakantie gaat dan wordt dit gemeld en wordt met verpleegkundige een vervangende oplossing gezocht. De patiënt ziet dit als een gunstige zaak.

vergoedingen

Over vergoedingen in geld aan de mantelzorg, waarvan de patiënten ons verteld hebben tijdens interviews kunnen wij opmerken:

- dat het hier gaat om vergoedingen in geld, die op initiatief van de patiënten werden betaald. De relatie met de helpende buurvrouw, kennis of familielid werd eerst gelegd, daarna wilde de patiënt hiervoor een vergoeding geven. De vergoeding bevestigt de afspraak en ontneemt de patiënt het gevoel van afhankelijkheid. Ruil in natura is onmogelijk voor de patiënt. De bedragen variëren per geleverde zorg en aard van de relatie. Als de patiënt de financiële vergoeding bezwaarlijk

vindt, zal hij of zij het beroep op professionele hulpverleners gaan vergroten, als dat nodig is. De privé-sfeer van patiënt en mantelzorg-relatie, waarin zich dit afspeelt laat niet toe dat derden zich hiermee inlaten. Dit zou een aantasting betekenen van de relatie, die bepalend is voor de persoonlijke mantelzorg.

mantelzorg als conditie voor 24-uurs-zorg

Uit het voorgaande wordt duidelijk, dat bij gevallen, waarbij intensieve zorg nodig is in de 24-uurs-zorg de conditie van de mantelzorg een grote rol speelt bij de vaststelling van de zorg-behoefte.
De vermogens van de huisgeno(o)t(e) van de patiënt(e) bepalen of een patiënt thuis verpleegd kan worden, wanneer de zorg een intensieve surveillance, signalering naar derden en coördinatie van hulp van anderen omvat. Dit alles naast het aanreiken van de patiënt van een zo normaal mogelijk verlopende huishouding, waarin het eten en drinken ter beschikking komt, regelmatig contact met familie en kennissen blijft plaatsvinden en de leefruimte schoon, vertrouwd en gezellig wordt gehouden.

mantelzorg bepaalt kwaliteit van thuisverpleging

Verpleegkundigen, die zijn ingezet voor thuisverpleging weten dat alle kwalitatieve elementen in hun zorg alleen bereikt kunnen worden als de mantelzorg van de huisgeno(o)t(e) van de patiënt de zorg goed aankan. Eenvoudig is dat niet. Emotionele ondersteuning is van groot belang. Het verzet tegen de ziekte of tegen de naderende dood is niet zomaar verdwenen. De opoffering van de mantelzorg leidt ook tot het verdriet over het opgeven van ambities, hoe klein ook voor het eigen persoonlijke leven. Begrip van de verpleegkundige hulp, waar nodig om het werk beter aan te kunnen en verheldering zijn noodzakelijk. De dagverpleging kan deze rol op een natuurlijke manier vervullen. De avond- en nachtverpleging helpt mee, maar is niet leidend. Ze geeft wel signalen door aan de dagverpleegkundige en bespreekt met haar haar eigen rol en optreden.

In de terminale zorg speelt de interactie tussen patiënt en mantelzorg en verpleging een grote rol. De opvatting, dat thuis sterven door patiënten zo wenselijk wordt geacht, gaat alleen op als het psycho-sociale proces ook voldoende aandacht krijgt. Ook al blijft lichamelijke zorg van groot belang voor het verminderen van pijn, het wegnemen van onprettige geur en het aanbrengen van goede lig-, of zithouding, het accent moet liggen op het psycho-sociale welzijn van de patiënt. Verpleegkundigen brengen in de werkbesprekingen hun ervaringen in of leggen korte impressies vast in het patiëntenschrift:

- de patiënt(e) en zijn huisgeno(o)t(e) maken steeds ruzie. Moeten we daarin helpen?
- patiënt heeft verdriet. Wat is de reden?
- patiënt wil niet eten, wil niets zeggen.
- patiënt is onrustig.

– beschuldiging van de zieken door de mantelzorg/huisgenoot: als je niet zo en zo had geleefd, dan was je nu niet zo ziek geweest.

Als de verpleegkundige zelf haar gedachten over sterven en de beleving daarvan beter geordend heeft tot een aantal ideeën over haar mogelijke rol, kan ze beter helpen. In de basiseenheid is hier een aantal malen over gesproken (met name naar aanleiding van de neiging van verpleging te bemiddelen tussen ruzieënde echtparen), maar er heeft geen training naar rolgedrag en counselingstechnieken plaats gevonden. In 1985 heeft men over dit onderwerp een drie-daagse methodische bijscholing georganiseerd. In deze bijscholing wilde men aandacht besteden aan de herkenning van gevoelens van patiënten (verbaal/non-verbaal gedrag), de fasen van verwerking en de reacties van de mantelzorg.

cultuur op Tholen

De mensen op Tholen/St. Philipsland zullen niet gauw hun gevoelens uiten. Hun uitingen zijn zeer ingehouden en men wacht op geschikte momenten en op geschikte woorden om de gevoelens onder woorden te brengen. In de zorg voor ernstig zieke patiënten speelt het reageren op gevoelens een grote rol. De meeste verpleegkundigen werken inmiddels zolang op het eiland dat ze uit ervaring weten wat ze wel of niet kunnen zeggen. De moeilijk te verwerken gevoelens die voortkomen uit het naderend einde en het verschijnen voor de Schepper zijn moeilijk bespreekbaar.

3.3.8 Telefonische contacten

aantal contacten

Het aantal telefonische contacten in de eerste fase bedroeg 11, en in de tweede fase 29. In de derde fase zien wij dat het aantal telefonische contacten iets lager is, namelijk 23, in de vierde fase daalde het aantal tot 19.

Tabel 11 Telefonische contacten: aard en aantal

Aard	Aantal
uitlenen materiaal	32
mededelingen c.q. vragen voor de dagdienst zoals:	
– hulp bij verzorging	20
– voorbereiding voor opname of ontslag ziekenhuis	2
– vragen om hulp bij injecties	3
– verschuiven afspraken	4
vragen om hulp bij bevalling	2
vragen om patiënt af te leggen	2
praten over sexuele problemen	2
advies in verband met problemen zuigeling	2
advies m.b.t. hulpapparatuur	1
onbekend	12
Totaal	82

Over het gehele experiment zijn dus 82 telefonische contacten geregistreerd. Het betrof hier kontakten waarop geen opname van een patiënt in 24-uurs-zorg volgde.

de wijze van contact opnemen

Gedurende het experiment kwamen een aantal contacten tot stand via de alarmcentrale. De verpleegkundigen werden via de mobilofoon opgeroepen om contact op te nemen met een bepaalde patient. Er vonden dus geen gesprekken plaats via de mobilofoon met deze patiënten, maar de verpleegkundigen namen telefonisch contact op. Dit doet men omdat enerzijds de privacy via de telefoon beter gegarandeerd is en anderzijds het veel goedkoper is.

uitlenen materiaal

De vragen om uitlenen van materiaal hadden betrekking op het uitlenen van krukken, urinalen, ondersteek, po-stoel, borstkolf en een hoog/laag bed.
Eénmaal wilde men een bed komen terugbrengen om 11 uur 's avonds.
Tweemaal werd via de kraamverzorgster om een weegschaal gevraagd; eenmaal omdat door omstandigheden de kraamverzorgster vergeten had overdag te bellen, in het tweede geval had de kraamverzorgster opdracht gekregen van de huisarts om voor een weegschaal te zorgen. Deze werd uitgeleend! Afhankelijk van de urgentie van de vraag verwijst de avond- en nachtdienst of men gaat naar het kruisgebouw en zorgt dat patiënt de materialen krijgt.
De contacten met betrekking tot mededelingen c.q. vragen voor/van de dagdienst hadden betrekking op het veranderen van afspraken, doorgeven van overlijden van patiënten, verzoeken van patiënten voor verzorging van de dagdienst, vragen om adres en telefoonnummers dagdienst, problemen van andere hulpverleners die de dagdienst niet kunnen bereiken (huisarts-ziekenhuis).

hulp bij verzorging

De vragen om verzorging werden door de verpleegkundigen in avonddienst driemaal verwezen naar de dagdienst. Eenmaal was de oproep voorbarig omdat de mantelzorg vlak na de oproep langs kwam bij de patiënt. Ook de vragen met betrekking tot voorbereiding van opname of ontslag uit het ziekenhuis werden doorverwezen naar de dagdienst evenals in twee gevallen de vraag om te helpen bij het geven van injecties.
Eenmaal kreeg een verpleegkundige van de avond- en nachtdienst een vraag te behandelen met betrekking tot hulp bij het geven van een injectie, waarbij zij de patiënt moest attenderen op de procedure. De verpleegkundige nam niet de verantwoording op zich een dergelijke injectie te geven, zonder opdracht van de huisarts en verwees de patiënt dan ook naar de huisarts.
De verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst gaven ook op deze vragen de adressen van de dagwijkverpleegkundigen. In een aantal gevallen namen ze ook zelf contact op met de dagdienst.

De vraag, via een huisarts, om te assisteren bij een bevalling werd door de avond- en nachtverpleegkundige doorverwezen naar het kraamcentrum en werd advies gevraagd met betrekking tot voedingsproblemen bij een zuigeling. Na 15 minuten heeft de verpleegkundige nogmaals contact opgenomen met het gezin om te checken of het advies geholpen had, hetgeen inderdaad het geval was.

bevallingen en zuigelingen

Op de vraag van familie of de verpleegkundige een patiënt af wilde komen leggen gaf de verpleegkundige aan wel langs te willen komen indien men het erg moeilijk had met de situatie, maar dat het afleggen een taak van de begrafenisondernemer is.
Verder gaf ze het advies om de huisarts te waarschuwen om de dood van de patiënt vast te laten stellen. De familie gaf daarop te kennen te wachten op de huisarts.

afleggen

Tweemaal werd een van de avond- en nachtverpleegkundigen opgeroepen door iemand die wilde praten over sexuele problemen.

sexuele problemen

In de tweede fase is de mobilofoon in werking getreden, waardoor bereikbaarheid van avond-, nacht- en dagverpleging optimaal zou worden.
Er zijn echter nogal wat technische problemen geweest met de mobilofoon (zie paragraaf 4.4.1), zodat die bereikbaarheid niet altijd optimaal verliep.

3.3.9 De casus nader bekeken

Samenvattend zijn er 4 vragen interessant om naar aanleiding van deze beschrijvingen te beantwoorden:

1 Zijn deze patiënten terecht in het 24-uurs-zorg-experiment opgenomen oftewel is hier sprake van normale kruiszorg die uitgebreid wordt tot de avond- en nachturen?
2 Is het mogelijk op grond van deze beschrijvingen de criteria van de 24-uurs-zorg aan te scherpen?
3 Welke condities moeten aangebracht worden om de kwaliteit van thuisverpleging zo hoog mogelijk te laten zijn?
4 Zijn er uitspraken te doen over te hulpmiddelen en verpleegartikelen?

In dit project beschouwt men alle gegeven hulp als normale kruiszorg. De activiteiten van zowel de dag- als avondverpleging zijn normale kruiszorgactiviteiten. De patiënten zouden ook zonder avond- en nachtzorg soms voor langer of korter in de dagzorg geweest kunnen zijn (afhankelijk van mantelzorg). Er is alleen sprake van een nieuw beroep op de zorg zover het de *duur* en intensiteit van de patiënt in de zorg betreft. Organisatorisch

oude of nieuwe hulpvragen voor kruiszorg

heeft dit gevolgen voor de kruiszorg, professioneel heeft dit voor wat betreft de hulpvragen van patiënten en mantelzorg geen gevolgen.

criteria

Voor de intake leveren de genoemde criteria aangevuld met de karakteristieken van de zorgtypen wel richtinggevende, maar geen formele beslissingscriteria op. Elke toelatingsbeslissing voor de avondzorg zal een oordeel vragen over de patiëntensituatie, vermogens van de mantelzorg, prognose en kruiszorgcapaciteit. Het scherper stellen van de criteria (welke patiënten wel/niet) door de kruisvereniging kan dus niet op grond van uitsluitend verpleegtechnische/-verzorgende/ of begeleidende normen. Wel kan dit noodzakelijk zijn gezien de schaarste van het aanbod van verpleegkundige uren. Hoogstens leiden de beschrijvingen van de zorgtypen tot een verheldering van waar de basiseenheid haar belangrijkste prioriteiten wil leggen.

condities voor kwaliteit thuisverpleging

Kort opgesomd wordt de kwaliteit van de thuisverpleging groter, wanneer:
- de (verpleegkundige) verzorging van de avondzorg goed aansluit op de dagzorg en verder past in een evenwichtig zorgklimaat;
- de avondzorg voor wat betreft zijn emotionele ondersteuning van de patiënt en de mantelzorg goed aansluit bij de dagzorg; deze moet gericht zijn op een zo authentiek mogelijk verwerkingsproces van gevoelens over de ziekte en zijn gevolgen.
  Dezelfde kwaliteit van zorg van de dagverpl. moet ook in de avond- en nachturen worden bereikt.
- voor het team van avondverpleegkundigen betekenen de voorgaande condities, dat zij niet gescheiden van de dagverpleegkundigen hun werk kunnen doen. Overleg is nodig met elke dagverpleegkundige en met een groep van verpleegkundigen ten behoeve van uitwisseling van ervaringen en opbouw van een goed referentiekader voor de roluitoefening.
  (zie par. 4.5)

hulpmiddelen en verpleegartikelen

Wanneer 24-uurs-zorg betekent, dat er meer kostbare hulpmiddelen en verpleegartikelen (stalen verpleegsters, hoog/laag bedden, anti-decubitus materiaal, en dergelijke) langer dan 6 maanden in gebruik zijn, wordt het uitleenkarakter van de hulpmiddelen aangetast, (zie par. 4.4.2) en vraagt om een herbezinning.

3.4 Het hulpaanbod van de kruisvereniging

Hieronder presenteren wij de gegevens over de aard en de omvang, wat betreft *tijdsbesteding*, van contacten met of ten behoeve van patiënten in 24-uurs-zorg.

Daarna gaan we in op de in het project ingevoerde methode van het werken met *verpleegplannen*. Naast kwalitatieve doelstellingen biedt het verpleegplan de mogelijkheid beleidsmatig de zorg te plannen en de daarbij behorende communicatie met anderen op gang te brengen. We besluiten deze paragraaf met een beschouwing over de *meerwaarde-aspecten* van de 24-uurs-zorg, waarbij de bereikbaarheid in de nachtelijke uren ook leidt tot uitrukken (beschikbaarheid) volgens afspraken met de patiënt en oproepen, zoals in dit project heeft plaats gevonden.

3.4.1 Omvang en aard van de contacten

De verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst hebben gedurende het gehele experiment vastgelegd middels het W.A.S. wat de aard was van de contacten bij patiënten en 24-uurs-zorg en hoeveel tijd zij daarmee kwijt waren. De dagverpleegkundigen hebben hetzelfde gedaan gedurende de tweede, derde en vierde fase. In tabel 12 geven wij een overzicht van de aard en het aantal contacten met patiënten in 24-uurs-zorg van de avond- en nachtdienst versus de dagdienst bij dezelfde patiënten.

Tabel 12 Aard en aantal contacten met patiënten in 24-uurs-zorg

Aard	aantal	
	a/nd.*	dd.*
lichamelijke/hygiënische verzorging	2181	2772
verpleegtechnisch handelen	1101	465
medicijnen toedienen	74	43
reactivering	5	82
helpen bij therapie of leefregel	5	47
begeleiden in probleemsituaties	28	59
gezondheidsvoorlichting en opvoeding	3	5
stimulering zelfzorg	6	–
stimulering mantelzorg	12	–
bevorderingsdienstverlening of bevordering dienstverlening aan patiënt	116	33
• functionarissen eigen organisatie (waaronder kraamcentrum)	303	118
• behandelend/toezichthoudend arts	6	41
• verpleegkundige contacten met ziekenhuis	–	4
• verpleegkundige contacten met verpleegtehuis	2	–
• verpleegkundige contacten met verpleeginrichtingen	–	–
• andere disciplines/instanties	2	12
• vrijwillige hulpkrachten	10	13
oriëntatie	8	14
Totaal	3862	3707

* a/nd.: avond en nacht-dienst
* dd.: dagdienst

Uit deze tabel kunnen wij opmaken dat het grootste deel van de contacten met patiënten in 24-uurs-zorg bestaat uit lichamelijk en hygiënische verzorging en verpleegtechnische handelingen. Voor de avond- en nachtdienst was dit 85% van het totaal aantal contacten over de gehele experimentele periode. Voor de dagdienst lag dit percentage op 88% van het totaal (over drie fasen). In de tweede fase was stimulering van mantelzorg een accent van onderzoek. De verpleegkundigen registreerden in die fase de 11 contacten gericht op stimulering van de mantelzorg voor patiënten in 24-uurs-zorg. Verder is een opvallend gegeven de 68 contacten gericht op reactivering. De dagdienst is vanaf de 2e fase steeds meer contacten gaan registreren van reactivering. Van 5 contacten in de tweede fase naar 31 in de derde en 60 in de vierde fase.
We mogen aannemen dat dit te maken heeft met het grotere en continue beroep op 24-uurs-zorg waarbij de patiënten geacht worden meer zelf te doen. Maar ook de wijze van registreren middels het W.A.S. geeft hier een vertekend beeld; lichamelijke verzorging, ADL en reactivering zijn doelen van contracten waaraan in bijna ieder bezoek aandacht wordt besteed. In het WAS kon aanvankelijk maar één doel per bezoek geregistreerd worden. 11% van het totaal aantal contacten van de avond- en nachtdienst waren indirecte contacten gericht op bevordering van dienstverlening of bevordering dienstverlening aan de patiënt. Het betreft hier vooral contacten met betrekking tot informatie-uitwisseling over de zorg voor een patiënt. Voor de dagdienst ligt dit percentage op 6%.
De indruk bestaat dat de dagverpleegkundigen niet alle contacten scoren met patiënten die opgenomen waren in 24-uurs-zorg. De contacten gericht op 'bevordering dienstverlening patiënt middels contacten met functionarissen eigen organisatie' zouden ongeveer gelijk moeten zijn tussen dagdienst en avond- en nachtdienst.
Een reden hiervoor is dat patiënten uit de groep 'complexe zorggevallen' waar de avond- en nachtverpleegkundigen veelal éénmalig hulp verlenen door de dagverpleegkundigen niet gezien worden als patiënten in 24-uurs-

Tabel 13 Plaats en aantal van de contacten in 24-uurs-zorg

	bij patiënt thuis		telefonisch		elders		
	a/nd	dd	a/nd	dd	a/nd	dd	onbekend
chronisch	2280	2036	61	27	6	15	2
terminaal	506	790	132	47	16	25	–
herstellend	205	156	34	11	5	4	–
complex	254	360	87	13	15	3	–
eenvoudig	189	195	67	10	5	13	–
totaal	3434	3537	381	108	47	60	2

* *elders*: contacten bij wijkgebouw, spreekuur, consultatiebureau.

zorg. De registratiegegevens van de dagverpleegkundigen van deze groep patiënten ontbreken.
We kunnen hier concluderend stellen dat de contacten van de avond- en nachtverpleegkundigen met patiënten voornamelijk lichamelijk verzorgend,

Waar vonden nu deze contacten plaats? Tabel 13 geeft daar duidelijkheid over.

Uit deze tabel blijkt dat 92% van de contacten met patiënten opgenomen in 24-uurs-zorg thuis bij de patiënt plaatsvinden. 6.5% zijn telefonische indirecte contacten die echter wel gericht zijn op de bevordering van de dienst- of hulpverlening aan de cliënt. 1.5% van de contacten vinden 'elders' plaats. Elders wil in dit geval zeggen contacten met patiënten of familie in of bij het wijkgebouw (bijvoorbeeld het afhalen van hulpmiddelen), spreekuren, consultatiebureau's en dergelijke.
Concluderend mogen wij stellen dat 24-uurs-zorg *thuiszorg* is. Verreweg de meeste contacten vonden bij patiënten thuis plaats.
De tijd die de verpleegkundigen aan patiënten, opgenomen in 24-uurs-zorg besteden loopt vrij sterk uiteen. Van een minimum van 15 minuten in een geval van eenvoudige zorg tot 640 uur (over 2 jaar) in geval van een chronische patiënt.
In tabel 14 geven wij een overzicht van de tijd die per type zorg aan patiënten besteed is. We maken een onderscheid, gezien de plattelandssituatie in werkelijke tijd van behandelen en reistijd.

Tabel 14 Absoluut bestede tijd (in uren en minuten) gedurende 2 jaar experiment van avond- en nachtdienst en dagdienst naar type zorg

	Behandeltijd		Reistijd	
	a/nd*	dd.*	a/nd.*	dd.
1. chronische patiënten	918	990	512	131
2. terminale patiënten	210	376	93	58
3. herstellendepatiënten	60.15	49.30	43.15	3
4. eenvoudige zorg	49	54	28	7.05
5. complexe zorg	113	228	45	60
Totaal	1350	1697.30	721.15	259.05

* a/nd. = avond- en nachtdienst (tijd over 2 jaar experiment)
* dd. = dagdienst (tijd over 2e, 3e en 4e fase)

Uit deze tabel kunnen we aflezen dat op de eerste plaats 35% van de totaal bestede tijd van de avond- en nachtverpleegkundigen bestaat uit reistijd. We zien dus een verhouding tussen werktijd besteed aan zorg-activiteiten

versus reistijd van 2:1. Dat wil zeggen dat voor elk uur zorg gemiddeld 30 minuten gereisd moet worden. Dit is een logisch gevolg gezien de plattelandssituatie waarbij patiënten verspreid over het gehele eiland wonen. Het lijkt een ongunstige verhouding, maar uit het volgende voorbeeld, waarin een van de verpleegkundigen van het avond- en nachtteam aangeeft hoeveel tijd ze kwijt was aan reizen en helpen, blijkt deze verhouding versterkt bevestigd te worden.

Figuur 3 Voorbeeld van één avond werken

Start thuis	19.30		
naar patiënt 1	15 min. reizen	15 min. helpen	naar
patiënt 2	5 min. reizen	15 min. helpen	naar
patiënt 3	5 min. reizen	10 min. helpen	naar
patiënt 4	15 min. reizen	25 min. helpen	naar
patiënt 5	10 min. reizen	15 min. helpen	naar
patiënt 6	5 min. reizen	10 min. helpen	naar
patiënt 7	10 min. reizen	15 min. helpen	naar
patiënt 8	–	15 min. helpen	naar
patiënt 9	10 min. reizen	20 min. helpen	naar
huis	5 min. reizen	thuis om 23.10	
Totaal	80 min. reizen	140 min. helpen	

Bij meerdere patiënten die verspreid over het eiland wonen kan het moeilijk worden om iedereen op tijd te helpen. De verpleegkundige met wie wij mee reden bevestigde dat: 'Je moet af en toe flink doorrijden om te halen wat je moet halen'.
De afstanden tussen de dorpen, zoals aangegeven op de kaart, variëren van 2 km. (Scherpenisse-St. Maartensdijk) tot 30 km. (St. Philipsland tot

Tabel 15 Bestede tijd (in percentage van het totaal) van avond- en nachtverpl. en dagverpl. naar type zorg (over 2, 3 en 4e fase)

	behandeltijd		reistijd		totaal
	a/nd	d.d.	a/nd	d.d.	
1. chronische patiënten	20%	28%	11%	4%	63%
2. terminale patiënten	4%	11%	2%	2%	19%
3. herstellende pat.	0.5%	1%	0.5%	–	2%
4. complexe zorg	3%	6.5%	1%	2%	12.5%
5. eenvoudige zorg	1%	1.5%	0.5%	0.5%	3.5%
Totaal	28.5%	48%	15%	8.5%	100%

Stavenisse). In vergelijking met de avond- en nachtdienst bestaat voor de dagdienst slechts 13% van de totaal door hen bestede tijd aan 24-uurs-zorg patiënten uit reizen. De dagverpleegkundigen hebben een werkgebied waarbij de patiënten in een beperkte straal rond het kruisgebouw in het dorp wonen.
In tabel 15 geven wij de bestede tijd in percentages van het totaal. Waarbij we uitgaan van de tijdsregistratie van alle verpl. vanaf de 2e tot en met de 4e fase.

Uit deze tabel blijkt dat de dagverpl. procentueel meer tijd investeren in patiënten die opgenomen zijn in 24-uurs-zorg dan de avond- en nachtverpl. resp. 56.5% tegen 43.5%. Deze percentages zijn inclusief de reistijden.
Uit de tabel 14 en 15 blijkt dat de *chronische patiënten* absoluut en procentueel de meeste tijd vergen, zowel van de avond- en nachtverpl. als van de dagverpl. *63% van de totale tijd* over de 2e, 3e en 4e fase. Dit gegeven spreekt nog meer als we het combineren met het feit dat het hier 5 patiënten betreft. In tabel 16 geven wij een uitsplitsing van de behandeltijd bij deze vijf chronische patiënten.

Tabel 16 Tijdsinvestering met betrekking tot chronische patiënten (in uren en minuten)

	behandeltijd								
	1e fase	2e fase		3e fase		4e fase		totaal	
Patiënten	a/nd.	a/nd.	dd.	a/nd.	dd.	a/nd.	dd.	a/nd.	dd.
patiënt 1	25.30	27.10	64.50	23.00	53.40	19.20	57.50	95.00	176.20
patiënt 2	113.00	101.35	81.30	76.45	76.30	57.15	58.40	348.35	216.40
patiënt 3	76.25	84.25	125.10	81.15	113.20	54.50	104.40	296.55	343.10
patiënt 4	–	–	–	48.35	64.20	48.55	63.50	97.30	128.10
patiënt 5	–	–	–	33.40	48.50	46.15	76.10	79.55	125.00
Totaal	214.55	213.10	271.30	263.15	356.40	226.35	361.10	917.55	989.20

Bij drie patiënten is een duidelijke afbouw wat betreft tijd te constateren, de tijd voor patiënt 4 blijft konstant en bij patiënt 5 neemt de tijdsinvestering toe. In de eerste en tweede fase lag de investering van de avond- en nachtdienst voor deze patiënten op ongeveer 214 uur per fase. In de derde fase liep de tijd op tot 263 uur doordat er 2 patiënten bijkwamen. In de vierde fase zien we dat de bestede tijd weer gedaald is tot bijna die tijd van de 1e en 2e fase maar nu met 5 chronische patiënten in zorg.
Aan 5 patiënten besteedt men nu evenveel tijd als aanvankelijk aan 3 patiënten. Kennelijk moeten er meerdere patiënten in dezelfde tijd gehol-

pen worden en verschuift de grens van het aantal patiënten dat men in zorg kan houden. Het is niet duidelijk waar de uiteindelijke grens, waarbij de verpleegkundigen patiënten voor opname moet weigeren komt te liggen.
Naast de patiënten in chronische zorg gaat er *veel tijd* van de verpleegkundigen in de zorg *voor terminale patiënten* zo blijkt uit tabel 14. Opvallend is verder dat de werklast van de dagdienst met betrekking tot chronische- en terminale patiënten in in zorg aanzienlijk is. Alleen de eenvoudige zorggevallen lijken niet op de werklast van de dagwijkverpleegkundigen te drukken (1.5%).
Enerzijds is dit mogelijk omdat het patiënten betreft die eenmalig een beroep doen op enkel en alleen zorg van de avond- en nachtverpleegkundigen, anderzijds zijn het beperkte contacten van de verpleegkundigen in avond- en nachtzorg met patiënten die reeds langer in dagzorg zijn. Door het incidentele contact van de avond- en nachtdienst is de dagdienst de registratie vergeten.

verschuivingen in de zorg

Een goed draaiende avond- en nachtzorg levert onmiskenbaar een verschuiving op in de zorg van de dagdienst. De belasting van de dagverpleegkundigen bij de verzorging van patiënten in 24-uurs-zorg was vrij groot. Het accent op het curatieve werk wordt zwaarder. Enige preventieve taken (bijvoorbeeld het preventief bejaardenbezoek) worden daardoor minder frequent uitgevoerd. Anderzijds betekent het systematisch werken met verpleegplannen, waarbij de verpleegkundige verschillende zorgaspecten analyseert en haar bijdrage in overeenstemming brengt met de materiële en immateriële hulpbehoeften van de patiënt en de bijdragen van andere hulpverleners, een kwaliteitsverhoging van haar werk.
In het experiment hebben wij zicht trachten te krijgen op wat er nu verandert in het werk van de dagverpleegkundigen, als gevolg van 24-uurs-zorg waar verschuivingen in taken mogelijk c.q. nodig zijn.
Dagelijks kunnen de verpleegkundigen thans in de dagdienst minimaal drie uur besteden aan preventieve werkzaamheden. Indien de werkzaamheden ten behoeve van 24-uurs-zorg-patiënten veel tijd vergen zullen met name preventieve werkzaamheden afnemen ten gunste van curatieve werkzaamheden, afhankelijk van de prioriteiten die gesteld worden door de verpleegkundigen. Zo zal in de eerste plaats bekeken worden of ziekenhuis-nazorg wel strikt noodzakelijk is. Iemand die aan iets betrekkelijk eenvoudigs is geholpen, zoals bijvoorbeeld een liesbreuk, zal niet worden bezocht.
Een ander preventief bezoek, de prenatale huisbezoeken, zullen in het gedrang komen. Er zijn gemiddeld 40 tot 50 zuigelingen per jaar per dorp. Prenatale bezoeken vergen veel tijd. Heeft de verpleegkundige deze tijd niet door patiënten in 24-uurs-zorg dan zullen er alleen nog prenatale huisbezoeken plaatsvinden bij mensen die hun eerste kind verwachten. De verpleegkundigen gaan wel altijd zes tot acht dagen na de geboorte op huisbezoek om een aantal gegevens op te nemen.

Ook kleuterbezoek zal geen eerste prioriteit hebben. Dit is op te vangen middels telefonische oproepen voor het bureau. Tenslotte zal, volgens een van de verpleegkundigen, de klad komen in de preventieve bejaardenbezoeken: ligt nu de grens op 70 jaar, bij een overbelasting zal de grens opgetrokken worden naar bijvoorbeeld 75 jaar. Ook de bezoeken aan rheuma-patiënten zullen, zij het voor kortere duur (bijvoorbeeld één maand) uitgesteld worden, evenals de bezoeken aan andere gehandicapten.

De verpleegkundigen van de dagdienst zullen in ieder geval de volgende werkzaamheden blijven uitvoeren: prioriteiten

- Zuigelingenbureaus en de jeugdgezondheidszorg gaan door;
- P.K.U. en C.H.T. zal door blijven gaan.

Voor het overige hangt het af van de prioriteiten die de verpleegkundige zelf stelt.

Deze prioriteiten kunnen liggen op het gebied van het dagelijkse curatieve werk, de gehoorsscreening, ziekenhuis nazorg etc. Toch is er naast de verzwaring van het werk van de dagverpl. ook een geluid over een zekere verlichting. Zo stelt een van de verpl. dat ze nu bijvoorbeeld niet meer 's avonds langs een terminale patiënt behoeft te gaan. Er zijn 's avonds geen verplichtingen meer. Ook voor de dagverpl. geeft de 24-uurs-zorg een geruststellend gevoel doordat er iemand langs de patiënten kan gaan. Omdat voor het experiment door de dagverpl. buiten de C.A.O. afspraken om in de avond- en nachturen gewerkt werd is de mate van de verlichting niet verder aan te geven.

3.4.2 Het werken aan een verpleegplan

Het bij de Kruisorganisatie in gebruik zijnde W.A.S.-systeem voorziet in het opstellen van een werkplan voor de door een verpleegkundige te verrichten zorg. Daarbij maakt men gebruik van de gezinskaart, waarop de algemene gegevens van de gezinsleden voorkomen, zoals naam, adres, woonplaats, gezinskaart

Figuur 4 Logboek activiteiten w.v. en w.z.v.

logboek activiteiten w.v. en w.z.v.

doel of aanleiding voor het eerste bezoek				b)
d.d.				
datum	betreft gezinslid	trefwoord reden bezoek (actie/zorg/klacht/aanleiding)	bijzonderheden, bevindingen noteer beknopt maar duidelijk (mede i.v.m. vervanging/opvolging)	behandelingsplan, medicaties, waarnemingen, dieet, gewicht, e.d. (datum zonodig extra toevoegen)

lidnummer, huisarts, geboortedata, medische bijzonderheden en dergelijke. De gezinskaart bevat de mogelijkheid om een logboek bij te houden van elk bezoek, waarbij per keer de bevindingen kunnen leiden tot een plan. Of vergeleken kunnen worden met een eerder opgesteld verpleegplan. De gezinskaart geeft een overzicht van de bevindingen per bezoek:

Bij de invulling worden in de kolom 'trefwoord reden bezoek' de trefwoorden gebruikt zoals verzorgen, verpleegtechnische handeling en dergelijke, de bekende aanduidingen voor de handelingen van de verpleegkundige, zoals die ook in het rapportageformulier voorkomen. In de categorie 'bijzonderheden, bevindingen' wordt kort geregistreerd een evaluatie van de hulpsituaties (vraag en aanbod) en de gevolgen hiervan voor de continuering van de zorg. In de documentatie van het W.A.S.-systeem worden de volgende punten genoemd waarop de evaluatie kan worden uitgevoerd:
- wat was de hulpverlening
- verandering van zorgbehoefte
- bereikt resultaat
- continuering zorgverlening of reden van beëindiging van zorg
- nieuwe afspraak of evaluatiedatum

In de kolom 'behandelingsplan, medicaties' moet worden genoteerd op welke dagen, welke hulp moet worden gegeven en door wie. De gezinskaarten, waarvoor bezoeken zijn gepland worden gerangschikt in een werkbak op maandindeling (en adres), zodat de verpleegkundige elke maand op basis van de gegevens van de kaarten haar werkzaamheden per dag kan plannen. De gezinskaarten worden bijgehouden vanaf zogenaamde episodebladen; dit zijn bladen met dezelfde indeling als de gezinskaart, die de verpleegkundige als een logboek kan bijhouden voor de ontwikkelingen in de situatie en de zorg van dag tot dag. Aan de hand van deze episodebladen kan zij de gezinskaart bijhouden, overdracht naar verpleegkundigen die diensten waarnemen regelen etcetera. De bladen worden na gebruik vernietigd.
In de tweede interimrapportage was als aanbeveling opgenomen te komen tot een ontwerp-verpleegplan, waarin de voornemens van kruiszorg zowel overdag als 's avonds en 's nachts zouden zijn opgenomen.
De afstemming van de zorg met anderen (bijvoorbeeld de huisarts) zou aan de hand van dit verpleegplan beter kunnen verlopen. In de laatste fase is door de verpleegkundigen geëxperimenteerd met een verpleegplan om de werkzaamheden voor de in 24-uurs-zorg opgenomen patiënten preciezer in kaart te brengen.
Voortbouwend op de gegevensverzameling ten behoeve van de invulling van de gezinskaart zijn enkele verpleegkundigen van de basiseenheid begonnen met het opstellen van een verpleegplan voor de patiënten in de 24-uurs-zorg. Aan de hand van de checklist op p. 81 wordt achtereenvolgens vastgesteld:

Checklist voor een verpleegkundige voor het maken van een verpleegplan

1 *Wat is de aanleiding tot de hulpvraag?*
- wegvallen van mantelzorg?
- verergering van de situatie van de patiënt?
- verandering van de zorgsituatie door ontslag uit ziekenhuis/verpleeghuis?

2 *Wat is de behoefte aan zorg?*
- hoe ging het tot nu toe?
- hoe gaat het nu? Wie doet wat, patiënt, familie en anderen? Wat deden ze in het verleden? Wat gaan ze in de toekomst doen? Wat kan de verpleegkundige verwachten van de mantelzorg? Wordt de geuite behoefte aan hulp in verband gebracht met later te verwachten vergrote zelfredzaamheid van de patiënt en zijn omgeving? Als dat niet zo is, terwijl je zelf wel mogelijkheden ziet, wat belemmert dit?
- *wat verwacht patiënt en de familie* van de verpleegkundige? (Denk aan uitgangspunt: in beginsel is de patiënt zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheid, de verpleegkundige kan onmogelijk aan alle zorgverwachtingen voldoen, is ook niet wenselijk, mede gezien vele vragen naar zorg)
- *wat is er direct nodig aan zorg* op korte termijn, wat is er indirect nodig aan voorlichting en zorg t.b.v. ontwikkelingen op langere termijn? Levert 24-uurs-zorg een verbetering op van de kwaliteit van leven van de patiënt?
- kan je een probleemstelling formuleren: rekening houdend met actuele situatie, de wens van de patiënt, zijn vermogens en die van de mantelzorg en de mogelijkheden van de Kruisvereniging zorg en andere zorgverleners dan hebben we het volgende zorgprobleem.

3 *Wat wordt de doelstelling* van de te verlenen zorg?
- welke doelen wil je bereiken door middel van de zorg op korte termijn en op langere termijn? Houdt het lange-termijn-doel ook activiteiten in, gericht op het wegnemen van belemmeringen bij de patiënt en omgeving?
- welke afstemming is er op korte en lange termijn nodig met de zorg van andere hulpverleners?

4 *Welke activiteiten moeten op de termijn van de komende weken worden ondernomen?*
- is het behandelingsplan op te stellen?
- is er aan te geven bij welke momenten in het verloop van de zorg wijzigingen kunnen komen in de zorg? Zijn de tijdstippen vast gesteld waarop deze momenten als check in het zorgproces moeten zijn opgenomen?

1 de aanleiding tot de hulpvraag
2 de behoefte aan zorg en eventuele veranderingen daarin
3 de doelstelling van de te verlenen zorg en globale aanpak
4 een per activiteit en periode gespecificeerde aanpak

Hieronder geven we verpleegplannen opgesteld voor twee chronische patiënten en een terminale patiënt die in 24-uurs-zorg zijn.

VERPLEEGPLAN VOOR 1E CHRONISCHE PATIËNTE

vaststellen hulpbehoefte

Ongeveer 10 jaar ziek, dwarslesie, eerst in ziekenhuis gelegen, daarna thuis, onbekend hoe patiënt begin van ziekte heeft ervaren, situatie patiënt berustend, vraagt veel aandacht, man van patiënt ervaart ziekte als bij hun leven horend.
Prognose/Doel: huidige kwaliteit van zorg behouden.
Functioneren patiënte: wast zich van boven zelf, kan zich met hulp aan en uit kleden, man kookt en doet gedeeltelijk het huishouden, dochter helpt hierbij, vrouw helpt mee met koken.
Sociale contacten minimaal, alleen kinderen komen regelmatig. De woonsituatie is een aangepaste bejaardenwoning (rolstoel). Patiënte houdt zich goed aan de voorschriften van dieet, medicijnen, enzovoort. Van man kan worden verwacht dat hij de zorg voor zijn vrouw zo veel mogelijk op zich neemt. In en uit bed helpen gaat m.b.v. stalen verpleegster.
De huisarts brengt regelmatig bezoek.
Observatie van de verpleegkundigen: Grote decubitus-wond en regelmatig kleinere decubitus-wonden, verlamming van de benen.

aanpak

Verpleegkundige handelingen (o.a. verzorgen decubitus) voortzetten, man ondersteunen in de verzorging, geleidelijke hulp van de man bij het naar bed brengen uitbreiden, hulp 's avonds terugbrengen tot aanvullend, coördinatie nodig met huisarts en avond- en nachtdienst.

verloop

Het afbouwen van de avondzorg is niet gelukt. In het voorbereidend gesprek bleek, dat de patiënte en haar man de vermindering van de zorg niet zagen zitten. Vlak daarop werd de man ziek (nierstenen) en bleef tot voorjaar 1985 sukkelen. De afbouw van de zorg is niet meer ter sprake gekomen.
Ook in 1983 is er met de man gesproken over de mogelijkheid om tot de afbouw van de avondzorg te komen als hij 's avonds de vrouw naar bed zou brengen. Toen werd hij ook ziek (oogkwaal) en werd het onderwerp niet meer ter sprake gebracht.
De situatie van de patiënte is wisselend, soms heeft ze veel pijn, vaak heeft ze koorts, de decubituswonden zijn wisselend van omvang. De conditie

Activiteiten per periode)*

	sept.	okt.	nov.	dec.	check
1 – helpen bij wasbeurt – wondverzorging – catheter + blaasspoelen	6x p.w.	6x p.w.	6x p.w.	6x p.w.	
2 's avonds: – naar bed helpen – wondverzorging – indien nodig aanvullen	7x p.w.	3 à 4x p.w. op afroep	3 à 4x p.w. op afroep	zo nodig op afroep	man voorbereiden op overname
3 coördinatie: – met huisarts – evaluatie met avonddienst – evaluatie met patiënte + man	1x 2x	2 à 3x 1x p.w. 3 à 4x p.w.	 2x 2x p.w.		

van de patiënte wordt lichamelijk niet slechter, ook niet beter. Uit het rapport van de verpleegkundige blijkt, dat de patiënte geïrriteerd raakt bij de minste verandering van de zorgsituatie.
Binnen deze situatie van thuisverpleging is het afhankelijk worden van hulpverlening al jaren aan de gang. De beide personen richten zich in hun dagelijks leven op de ziekte en de zorg. Al hun aandacht is erop gericht en het beheerst hun denken en doen. Een hospitalisatie-syndroom in de thuisverpleging. Dit doorbreken is niet gemakkelijk. Gezien de leeftijd (in de zestig, de man is gepensioneerd), het relatieve isolement van de familie en de geringe weerbaarheid zijn de kansen om nieuwe uitdagingen van de verpleegkundigen aanvaardbaar te maken gering.

VERPLEEGPLAN VOOR 2E CHRONISCHE PATIËNT

vaststellen van de hulpbehoefte

Ongeveer 10 jaar ziek, ouderdomsklachten (vanaf 1982 pijnlijke benen en stijf, vanaf 1983 lichamelijke en geestelijke achteruitgang, juni 1984 pneumonie). De patiënt wordt thuis verpleegd, patiënt ervaart het als gewoon, laat alles over zich heen gaan, vrouw ervaart zorg als plicht maar wel als zware opgave, familie als een last.
Prognose: patiënt wil thuisblijven.
De patiënt wordt met alles geholpen, vrouw doet alles zelf en wordt één keer per week door particuliere hulp bijgestaan in huishouding. De vrouw heeft sociale contacten met oudere familieleden. Alles is begane grond, de

* Deze activiteiten staan hier zeer summier aangegeven, in het plan zelf staan specifieke aanwijzingen voor de verpleegkundigen bij elke activiteit.

vrouw zorgt voor het innemen van medicijnen. De verpleegkundige zorgt voor de lichamelijke verzorging van de man, neemt ook de zorg van de vrouw in het weekend over als deze het niet meer kan. De huisarts komt regelmatig.

aanpak

Vrouw moet ondersteund worden in de lichamelijke verzorging. Door te activeren moet worden voorkomen dat de patiënt verslechterd.

Activiteiten per periode

	1-15 sept.	15-30 sept.	1-15 okt.	15-30 okt.	1-15 nov.	15-30 nov.
1 wassen en stuit smeren	5x p.w.	5x p.w.	5x p.w.	5x p.w.		
2 in bed helpen	7x p.w.	7x p.w.	7x p.w.	7x p.w.	7x p.w.	7x p.w.
3 reaktivering			5x p.w.	5x p.w.	5x p.w.	5x p.w.
4 coördinatie						
– bespreking met huisarts	z.n.*	z.n.	z.n.	z.n.	z.n.	z.n.
– bespreking met avond- en nachtdienst	1x	1x	1x	1x	1x	1x
– bespreking met patiënte	1x p.w.	1x p.w.	1x p.w.	1x p.w.	1x p.w.	1x p.w.

* z.n. = zo nodig.

verloop

Zolang de vrouw deze demente man kan verzorgen is thuisverplegen mogelijk. De vrouw heeft er een zware taak aan. Praten kan hij soms met enkele woorden. De vrouw weet dan wat hij bedoelt. Zo af en toe valt de man bij het lopen, of liever schuifelen. De decubitusplekken zijn wisselend. Het reactiveren tijdens het bezoek van de dagwijkverpleegkundige is noodzakelijk om te voorkomen dat patiënt helemaal niets meer kan. Met deze zorg valt patiënt thuis te houden, vermindering, zeker van de mantelzorg, betekent opname.

VERPLEEGPLAN VOOR TERMINALE PATIËNT

Aanleiding tot het opstellen van een verpleegplan is de wisseling in hulpbehoefte sedert de patiënt in zorg is gekomen. Sinds juli 1984 is de patiënt opgenomen in de 24-uurs-zorg. Na tweemaal een beroerte meegemaakt te hebben werd de zorg te veel voor de huishoudster. De huishoudster heeft al 14 jaar hulp gegeven, de laatste tijd woont ze bij patiënt in.

vaststellen van de hulpbehoefte

Patiënt kan zich niet verzorgen. Na de eerste attaque volgde verlamming. Vanaf de tweede attaque wordt de huishoudster ondersteund door de verpleegkundigen. De fysiotherapeut komt dagelijks. Ook de huisarts wil

meewerken aan het thuishouden van de patiënt. Medicijnen: 1x per dag lanoxil en 's avonds een rustgevend tablet. Prognose: Patiënt wil tot aan zijn dood thuisblijven; met hulp van huishoudster en verpleegkundigen is dit in principe mogelijk.
Sociale contacten met buren en kennissen. De dochter (woont elders) en is in laatste stadium van long c.a.. De dochter wil niet dat vader hiervan op de hoogte wordt gesteld.
Observatie verpleegkundigen: Patiënt wil thuisblijven, conditie is zwak, situatie van patiënt is wisselvallig, ondersteuning van mantelzorg is noodzaak.

De spilfunctie van de huishoudster loopt gevaar, ondersteunen door avond- en nachtzorg, afstemming met huisarts, zorgen dat de wens van de patiënt om thuis te sterven wordt vervuld. aanpak

Activiteiten vanaf 1 september

	sept.	e.v.
1 Verzorging: zonodig verschonen, wassen; drukplekken insmeren, wisselligging geven	2x p.d. 1x per avond	2x p.d. 1x per avond
2 Coördinatie:		
– gesprek met huishoudster (bijpraten situatie patiënt en zorg)	1x p.d.	1x p.d.
– afstemming met huisarts (bijpraten situatie patiënt en zorg)	1x p.d.	1x p.d.

Tijdens het gehele verloop is er een prima samenspel tussen verpleegkundigen, de huishoudster en de huisarts waar te nemen. Regelmatig gebeurt er iets (koorts, benauwdheid, pijn), waarop de zorg moet reageren. Het signaal komt eerst van de huishoudster. Zij bespreekt het met de dagwijkverpleegkundige en deze zoekt naar oplossingen. De avondverpl. wordt bijgepraat door de dagverpl. Als de avondverpl. de eerste is, die een signaal opvangt dan waarschuwt zij weer de dagverpl. De huisarts is zeer betrokken bij het verloop. Als de dochter overlijdt moet de patiënt op de hoogte worden gesteld. De huisarts komt op bezoek en merkt, dat de patiënt in een te slechte conditie is om het bericht te verwerken. Een week later brengt de dominee het slechte nieuws. De patiënt verwerkt het bericht goed. Nog 14 dagen heeft hij te leven, dan ontslaapt hij in alle rust thuis. Uit de verslagen blijkt een gezamenlijk pogen om dit doel te bereiken. verloop

vaststellen hulpbehoefte

Patiënt (geboren in 1907) heeft zijn heup gebroken bij een val in zijn woning (collum fractuur). Is in het ziekenhuis opgenomen en geopereerd. Ook vóór de opname in het ziekenhuis was de patiënt moeilijk ter been. In het ziekenhuis ging patiënt zowel lichamelijk als geestelijk hard achteruit. Alles gaat langs hem heen. Eet en drinkt niet meer zelf, incontinent en heeft decubitus. De patiënt heeft volgens het ziekenhuis last van heimwee, de familie (vrouw, zonen, schoondochter) onderschrijft dit en heeft bereidheid uitgesproken patiënt thuis te verplegen.
Patiënt wil thuis zijn. Hem ontgaat veel, inactief. Patiënt zit van 9.00 tot 16.00 uur in rolstoel. Psychisch wat labiel. Zijn bewegingen zijn stroef, werkt eerder tegen dan mee. Familie verwacht steun van de wijkverpleging bij de zorg, die zij zelf aan patiënt wil geven. Huisarts komt regelmatig langs. Fysiotherapeut komt 2x per week.

aanpak

Op korte termijn algemene lichamelijke verzorging en ondersteuning nodig. Ook moet de familie voorgelicht worden over de algehele toestand van de patiënt. De terugval door zijn ongeval is erg groot. Patiënt moet gestimuleerd worden iets te gaan doen. Patiënt heeft decubitus (bovenbeen, stuit, scrotum), moet in en uit bed geholpen worden en heeft catheter.

Activiteiten

Programma niet voor langere periode vast te stellen dan 1 tot 2 weken, daarna evalueren.

	wekelijks
1 verzorging dagwijkverpleegkundige	10x
– 's morgens volledige verzorging stuit, wonden decubitus	
– 's middags alleen decubitus	
– in/uit bed m.b.v. stalen verpleegster	
verzorging avondwijkverpleegkundige	
– catheter, wondverzorging	7x
2 coördinatie	
– gesprek met vrouw en zonen	1x
– afstemming met huisarts	2x

verloop

Uit het zorgverloop blijkt, dat er in de situatie van de patiënt pas na de eerste 2 weken verbetering komt. De ergste decubitusplekken verdwijnen. Het omgaan met de catheter wil die eerste weken niet goed lukken. De patiënt probeert wel zelf met behulp van de papegaai in bed rechtop te gaan zitten. Hij wil meehelpen. Toch treedt er enige dagen later een

verslechtering van de situatie op. De patiënt gaat in eerste instantie vooral geestelijk sterk achteruit. De patiënt krijgt infectie, koorts en overlijdt enige dagen later.

3.4.3 Het nut van het werken met een verpleegplan

Op dit moment zijn er van de meeste patiënten in de 24-uurs-zorg verpleegplannen opgezet conform de hiervoor genoemde opzet. De plannen hebben vooral nut, wanneer er veranderingen in de zorg (bijvoorbeeld afbouw) moeten worden bereikt of de afstemming met andere hulpverleners moet plaatsvinden. In het laatste geval biedt het plan de mogelijkheid om aan anderen de samenhang van de zorgelementen duidelijk te maken. De verpleegkundigen merken zelf dat waar de zorg aanvankelijk ongecoördineerd verliep er nu meer helderheid bestaat, waardoor ook de contacten met andere hulpverleners duidelijker worden. Met een verpleegplan wat doorgenomen is met andere hulpverleners is het uitspelen van patiënten of familie van verschillende hulpverleners (niet alleen van verpleegkundigen) voor een groot deel ondervangen.
De uitvoering van het regelmatig bijhouden van de verpleegplannen bevindt zich nog in een experimenteel stadium: vooral de momenten waarin er sprake is van een overgang van de ene naar de andere soort zorg is nog weinig expliciet aangegeven. De checklist geeft de verpleegkundigen een hulpmiddel om tijdens het verzamelen van gegevens ten behoeve van een plan geen vragen/aspecten te vergeten. Als er een verpleegplan is, en de aanpak van de verpleegkundige is vastgesteld, dan kan de verpleegkundige niet berusten in een passieve houding, wanneer andere zorgbetrokkenen plotseling hun bijdrage wijzigen. Als de verpleegkundigen hun doelstelling willen beschermen, moeten ze confronterend optreden. Uit het onderstaande voorbeeld blijkt dit:
Met de kleindochter van een bejaarde vrouw spreekt de verpl. af dat er in plaats van opname in het verpleeghuis thuisverpleging in het huis van de dochter zal plaatsvinden. De oude mevrouw verhuist naar haar dochter. Een keer per week komt de wijkverpleegkundige om de verzorging op zich te nemen, de andere dagen doen dochter en kleindochter de verzorging: zij ontvangen hiervoor instructies van de wijkverpleegkundige.
De verhuizing brengt met zich mee dat de patiënte ook een andere huisarts krijgt. De nieuwe huisarts voelt zich niet erg betrokken bij het plan van de thuisverpleging. De man van de dochter heeft geen bezwaar tegen de thuisverpleging maar 'wil er niets mee te maken hebben'. Na de eerste week blijkt dat de dochter en kleindochter het niet meer zien zitten, en op hun eerder gemaakte afspraken willen terugkomen. In de loop van de week blijkt ook een contact tussen de kleindochter en de huisarts moeizaam verlopen te zijn. De kleindochter heeft geconstateerd dat de catheter vol

met viezigheid zit en gaat op advies van de verpleegkundige de huisarts bellen. Deze reageert wat kortaf en brengt de mantelzorg in onzekerheid. De verpleegkundige ziet het hele plan volkomen tegen de afspraken in in elkaar vallen. Zij confronteert het gezin met de aangegane verantwoordelijkheden, zoekt uit welke informatie de huisarts nog mist en stelt hem op de hoogte van de breekbare situatie. Na een rondetafelgesprek met vader, moeder en dochter volgen er nog een paar weken met extra aandacht en daarna gaat het goed.

Het werken met verpleegplannen moet worden geoefend. Op dit moment weten alle medewerkers dat registreren en plannen van zorg alleen gaat wanneer iedereen zich aan de methodische afspraken houdt. In een onlangs gehouden bijscholingsbijeenkomst heeft men casus van elkaar besproken en is men precies nagegaan welke zorg van de verpleegkundigen is voorgeschreven in diverse zorgsituaties. Met deze training van de basiseenheid op dit onderwerp wordt het gebied verkend, waarop de verpleegkundigen informatie moeten verzamelen. De samenhang tussen activiteiten en gegevensgebieden kunnen als volgt in schema worden gezet:

Figuur 5 Model: Fasen, activiteiten en gegevens

Fasen	Probleemstelling	Doelstelling	Actie	Evaluatie
Activiteiten	Vaststellen hulpbehoefte	Intake en/of aanpak	Activiteiten	Check
Gegevens	– situatie patiënt – zorgaanbod van derden	– kennis van mogelijkheden van patiënt en mantelzorg	– verpleegtechnisch – reactivering	communicatie

De zorg van de verpleegkundigen verhelderen zal gepaard moeten gaan met een vergroting van de kennis omtrent de gegevensgebieden en de terugkoppeling. In het huidige project is met het verpleegplan voor de patiënten in 24-uurs-zorg (en de patiënten in dagzorg met een gecompliceerde zorgsituatie) een eerste stap gezet. Tenslotte werkt het verpleegplan ook nog gunstig voor de overdracht van patiëntengegevens tussen dagverpleegkundigen en de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst: 'Je weet nu hoe de dagverpleegkundigen het aanpakken, wat ze van ons verwachten in de avond- en nachturen, en je weet direct een aantal omstandigheden waarin de patiënt verzorgd moet worden. Verder weet je welke mantelzorg er is en in welke relatie die staat tot de patiënt'.

De invoering van het gebruik van verpleegplannen heeft voor twee zaken in het project het meeste nut gehad: tussen dag- en avonddienst kan beter gecoördineerd worden omdat over de aanpak van de dagwijkverpleegkundige meer systematische informatie aanwezig is. Verder kan de afstemming met de huisartsen en mantelzorg om dezelfde reden beter verlopen. De verpleegkundigen zijn steeds aarzelend geweest over het gebruik van de plannen. Zij beamen het nut, maar zien op tegen het extra-werk. Binnen de kruisorganisatie wordt er slechts sporadisch gebruik gemaakt van deze methode; na afloop van de experimentele periode zal de basiseenheid ermee blijven werken. Versterking van de provinciale aandacht voor dit vraagstuk lijkt gewenst.

3.5 Beleidsverkenning

3.5.1 De kosten en baten van 24-uurs-zorg

Het kosten/batenaspect van de 24-uurs-zorg valt uiteen in 2 aspecten, de 24-uurs-zorg zonder de vergoeding van beschikbaarheid 's nachts en de 24-uurs-zorg met de vergoeding.

a *Zonder beschikbaarheidsvergoeding*
De kosten van thuisverpleging voor een patiënt in de 24-uurs-zorg kunnen gemiddeld worden geraamd op:

huisarts (*f* 125,– per uur)	1 uur per week = *f* 125,–	
dagverpl. (*f* 55,– per bezoek)	7 bezoeken per week = *f* 385,–	
avond/nacht verpl. (*f* 55,– per bezoek)	6 bezoeken per week = *f* 330,–	
gezinshulp (*f* 30,– per uur)	5 uur per week = *f* 150,–	
		f 990,–
op jaarbasis 52 x *f* 990,– =	*f* 51.480,–	
huisvestingskosten e.d.	*f* 10.000,–	
kosten patiënt in de 24-uurs-zorg	*f* 61.480,–	

b *Met beschikbaarheidsvergoeding* wordt dit bedrag verhoogd met een vergoeding voor nachtelijke gewerkte uren van 38 x *f* 45,– per uur = *f* 1.710,– en wordt dan *f* 63.190,–.

Op jaarbasis blijken deze kosten lager te zijn dan de kosten per patiënt in een verpleeghuis (*f* 80.000,–). De kosten van 24-uurs-zorg zijn beduidend lager dan de kosten verbonden aan verpleging in het ziekenhuis (*f* 350,– per dag).

Het is moeilijk de baten van de 24-uurs-zorg in te schatten, de persoonlijke satisfactie verbonden aan thuisverpleging valt niet in geld uit te drukken. Zolang de patiënt door thuisverpleging de opname in het verpleeghuis kan voorkomen zijn er aanwijsbare financiële baten; ook zijn er baten als geen verlies van contact met familie en behoud resterende vaardigheden. Terugkeer uit een verpleeghuis na intensieve thuisverpleging met 24-uurs-zorg zal niet gauw voorkomen.

3.5.2 De meerwaarde van 24-uurs-zorg boven avondzorg

In het kader van het verbeteren van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de kruisvereniging* overeenkomstig de vastgestelde afspraken in het Erkenningsbesluit voor de AWBZ-financiering van de zorg van de kruisorganisaties wordt op dit moment op vele plaatsen in het land naast de dagzorg *avondzorg* ingevoerd. De bereikbaarheid van de kruisorganisatie in de nachtelijke uren, tussen het beëindigen van de dienst van de verpleegkundige die in de avonduren werkt en de start van de dagdienst, wordt geregeld via een zogenaamde 'achterwacht'. Een verpleegkundige neemt gedurende één week op zich om 's nachts bereikbaar te zijn voor urgentiegevallen. Voorlopig lijkt het erop, dat deze bereikbaarheid meer het karakter heeft van een meldingsbereikbaarheid dan beschikbaarheid. In het eerste geval wordt de hulpvraag zoveel mogelijk doorverwezen naar andere hulpverleners en treedt men alleen handelend op in geval van uiterste urgentie. In het tweede geval houdt de avondverpleegkundige er vanuit de zorg rekening mee, dat ze 's nachts kan worden gebeld, waarna een bezoek aan de patiënt tot de normale werkzaamheden behoort. De echte nachtzorg zoals deze in het experiment gold zal bij 'avondzorg met bereikbaarheid via een achterwacht' verdwijnen, omdat er meestal een wisseling van verpleegkundigen zal plaatsvinden. De continuïteit van de zorg wordt daardoor moeilijker te hanteren met name voor die patiënten die reeds in avondzorg zijn. Ook qua financiële vergoeding zal er niet gestreefd worden naar nachtelijke beschikbaarheid.
Alvorens in te gaan op de kwalitatieve aspecten van dit verschijnsel is het verhelderend eerst eens te kijken naar kosten en reëel gewerkte tijd in de

---

* In de richtlijnen van bereikbaarheid – beschikbaarheid van de Nationale Kruisvereniging d.d. 11.03.1985, wordt als toelichting gegeven:
- Onder bereikbaarheid wordt verstaan dat een wijkverpleegkundige 24 uur bereikbaar is voor het aannemen van hulpvragen en het zonodig adviseren daarover.
- Onder beschikbaarheid wordt verstaan dat als regel tenminste één wijkverpleegkundige aangewezen is om patiënten/kliënten te verplegen waarvan van te voren bekend is, dat deze hulp voor deze patiënten/kliënten noodzakelijk is. Daarnaast dient te worden voldaan aan hulpvragen van onvoorziene aard, die geen uitstel gedogen. Beschikbaar dient men te zijn van 's morgens 08.00 uur tot 's avonds 22.00 uur. (zie ook bijlage 2)

nachtelijke uren door de verpleegkundige in de avond- en nachtzorg in het experiment op Tholen/St. Philipsland.
Uit tabel 17 blijkt dat er tussen 's avonds ca. 23.30 uur en 's morgens 7.30 uur in 2 jaar tijd 143 hulpvragen zijn geweest waaraan totaal 53 uur is gewerkt.

Tabel 17 Contacten van avond- en nachtdienst in de nachtelijke uren. (tijd in uren en minuten)

	aantal tel. oproepen	aantal bezoeken	totaal aantal	totaal bestede tijd
fase 1. (van 1.4.83 tot 1.9.83)	32	36	68	28.40
fase 2. (van 1.9.83 tot 1.4.84)	16	2	18	4.25
fase 3. (van 1.4.84 tot 1.9.84)	19	5	24	7.15
fase 4. (van 1.9.84 tot 1.4.85)	19	14	33	12.40
Totaal	86	57	143	53 uur

De bestede tijd in de eerste fase en vergelijking met de drie daarop volgende is erg groot. In die eerste fase was afgesproken, dat de avondverpl. op alle oproepen 's nachts zou reageren. Hierdoor werd getracht gegevens te verzamelen over de oproepen, zodat men later beter tot schifting zou kunnen over gaan.
Als we de geschatte uren voor het opzetten van de avondzorg conform de Provinciale Zeeuwse Kruisvereniging stellen op 47,85 uur (zie figuur 6) dan zou dit betekenen dat de uitgerukte uren 's nachts op grond van onze cijfers:
- gemiddeld per jaar 's nachts gewerkt 53/2 = 26,5 uur
- op jaarbasis te vergoeden in de avondzorg 47,85 x 52 = 2488,2 uur
- omgerekend in percentage moet men jaarlijks rekenen op 1,07% nachtelijk uitrukken.

Figuur 6 Geschatte werk- en bereikbaarheidsuren avond- en nachtdienst)*

		in uren per week
1 Werkoverdracht 17.30-18.00 uur = 0,5 uur x 5 dagen =		2,30 uur
2 Avondzorg 19.30-23.00 uur = 3,5 uur x 7 dagen =		24,30 uur
ma. t/m vr.	2,5 uur x 20% + 1 uur x 40% =	
	0,9 uur x 5 dagen =	4,30 uur
zaterdag	2,5 uur x 30% + 1 uur x 40% =	1,15 uur
zondag	3,5 uur x 45% =	1,36 uur
Samen:		34,25 uur
3 *Bereikbaarheid:*		
ma. t/m vr.	00.00-08.00 uur + 18.00-19.30 uur + 23.00-24.00 uur = $\frac{10{,}5 \text{ uur}}{24 \text{ uur}}$ x 1 u. x 5 dgn.	2,19 uur
za. en zo.	24.00-08.00 uur dagdienst + 3,5 uur avonddienst = $\frac{12{,}5 \text{ uur}}{24 \text{ uur}}$ x 2 uur x 2 dagen =	2,08 uur
Samen:		38,52 uur
4 – deelname aan team/werkoverleg: 3 personen à		
à 4 uur per maand d.i. per week 3 x 4 x 3/13 =		2,77 uur
5 – vakantievervanging: 17,04% over 38,52 uur =		6,56 uur
Totaal:		47,85 uur
*) uren per week: 40		

*) Bron: Handleiding Invoering Avondzorg, Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis, januari 1985.

Het is niet goed mogelijk om de baten van dit nachtelijk uitrukken hard te maken. In de afgelopen fasen noteerden wij de volgende aspecten:

– *het kwaliteitsaspect*

De zieke patiënt ervaart een zekere geruststelling wanneer de verpleegkundige die overdag en/of 's avonds komt ook 's nachts bereid is te komen. De mantelzorg voelt zich ook geruster. Dit steuntje in de rug is bij patiënten met snel wisselende situaties soms beslissend als het gaat om wel of niet door te gaan met thuisverpleging.

Ook al zegt de avond- en nachtverpleegkundige bij het bezoek in de avonduren dat men bij onzekerheid gerust mag bellen als men vindt dat het te moeilijk wordt, in werkelijkheid wordt er weinig gebruik van gemaakt. De verantwoordelijke taken van thuishulp in de moeilijke dagen en nachten van de zeer zieke patiënt lijken beter opgepakt te kunnen worden met deze extra zekerheid.

Ook zijn er bijzondere gevallen: de huisarts vraagt de eerste nacht na de geboorte even langs te gaan bij een te vroeg geboren baby. De kraamhulp komt overdag, de overbrugging van 18.00 tot 8.00 uur is echter te lang. De huisarts durft met de check van de avondzuster het risico aan en besluit niet tot opname over te gaan.

– *het aspect volcontinue garantie*

Een 24-uurs-garantie van professionele verpleegkundige beschikbaarheid heeft voor de hoofden van afdelingen in het ziekenhuis effect op de in werking stelling van een ontslagprocedure. Vooral bij twijfels over hoe de mantelzorg de wisselende situaties van de patiënt moet kunnen opvangen kan deze garantie belangrijk zijn. Het ziekenhuis 'Lievensberg' wil geen opnameduurverkorting forceren waarbij de eerste-lijns-zorg en de familie onder druk moeten besluiten tot thuisverpleging. Ontslagen van terminale patiënten worden voorbereid uit een oogpunt van kwaliteitsverbetering van zorg. Wanneer de toepassing van de normen van diagnose gekoppeld aan opnameduur door ziekenfondsen stringenter gehanteerd gaan worden, kan deze situatie veranderen.

Het aanbod vanuit de kruisvereniging van 24-uurs-zorg en de mate waarin patiënten daar gebruik van maken is overigens niet altijd met cijfers en tabellen weer te geven. 24-uurs-zorg kan voor bepaalde patiënten een zekere geruststelling en zekerheid betekenen.

De volgende gebeurtenis is een saillante illustratie hiervan.

In het ziekenhuis in Bergen op Zoom ligt een vrouw die geopereerd is en een stoma gekregen heeft. Van de specialist mocht de vrouw naar huis. Dit werd echter vooralsnog door de vrouw geweigerd omdat ze bang was dat de verzorging voor haarzelf en de familie te moeilijk zou zijn. De hoofdverpleegkundige nam dit op met de hoofdwijkverpleegkundige. Deze kon de toezegging doen, dat als er zich, wanneer dan ook, problemen voor zouden doen altijd het alarmnummer gebeld kon worden, waarop een verpleegkundige van de kruisvereniging de nodige hulp kon komen bieden. De hoofdverpleegkundige heeft dit besproken met de patiënt en haar het alarmnummer gegeven. De patiënt besloot daarop om direct naar huis te gaan.

Deze patiënt heeft nooit een beroep gedaan op 24-uurs-zorg, maar had zonder dit aanbod zeker twee dagen langer in het ziekenhuis gelegen.

De meerwaarde van 24-uurs-zorg in de zin van nachtzorg boven dag- en avondzorg, zoals aan het begin van deze paragraaf omschreven, kan concluderend:

- niet worden aangetoond vanuit een kwantitatief groot aantal hulpvragen 's nachts.
- gezien dit lage beroep op de beschikbaarheid 's nachts en dus vergelijkbaar geringe verhoging van de arbeidskosten, zijn de aspecten van kwaliteitsverbetering van volcontinue garantie van verpleegkundige zorg interessant genoeg om bij de opzet van 24-uurs-zorg projecten te

worden meegenomen in de doelstelling. Bij de geleidelijke vormgeving van het beleid van de Kruisorganisatie op het terrein van de 24-uurs-bereikbaarheid zou het aanbeveling verdienen te onderzoeken welke de ontwikkelingen zijn in kosten en mogelijke baten. Wellicht zijn de negatieve baten (gevolgen van niet-beschikbaarheid) dan beter aantoonbaar.

Gezien het geringe gebruik van de nachtelijke beschikbaarheid en de relatief hoge baten naar de kwaliteit van de zorgverlening verdient het aanbeveling voorlopig bij de continuering van het project op Tholen/St. Philipsland, het nachtelijk uitrukken voort te zetten.
De 24-uurs-bereikbaarheid staat niet toe, dat er nachtelijke beschikbaarheid van tevoren wordt ingeroosterd. Dat zou gezien de aard van de oproepen ook onjuist zijn. Het is wel mogelijk een nachtelijke uitrukprocedure vast te leggen, waarbij de avondzuster bijhoudt waaraan en waarom zij uitrukt. De werkgever zou het uitrukken dan als overwerk kunnen aanmerken. Volgens de CAO-art. 30 en 33 en uitvoeringsregeling overwerk (ex. artikel 30) zou er een incidenteel beroep gedaan kunnen worden op overwerk voor dit uitrukken. De betrokken avondzuster voldoet aan de voorwaarde van meer dan 40 uur in een week werkzaam te zijn en via een afspraken regel kan het opdracht geven van de werkgever tot het overwerk worden vastgelegd.

3.5.3 Prognose van beroep op 24-uurs-zorg

In deze paragraaf maken wij een schatting van het beroep dat in de komende jaren op de 24-uurs-zorg kan worden gedaan. Voor het maken van een schatting van het percentage van de bevolking dat voor deze vorm van thuisverpleging kiest maken we gebruik van de gegevens die zijn verzameld door het Provinciaal Opbouworgaan Stichting Zeeland[1] in een enquête naar de gezondheidstoestand van de bevolking ouder dan 65 jaar op Midden-Zeeland.
De gevonden patronen van het beroep op voorzieningen kunnen we gebruiken voor onze schatting van de hulp op Tholen/St. Philipsland. Een en ander houdt wel in dat onze schatting zich richt op de groep ouder dan 65 jaar; enkele uitzonderingen daargelaten is dat ook de doelgroep waaruit de vraag naar 24-uurs-zorg grotendeels komt.
De demografische situatie op Tholen/St. Philipsland zal volgens schattingen geen grote schommelingen ondergaan:

---

1) Deelonderzoek 1, Verslag van enquête onder de ouderen van Midden-Zeeland, maart 1984, rapporteur drs. A. v.d. Broecke; Deelonderzoek II. De exploitatiekosten van voorzieningen voor bejaarden, E.T.I., Zeeland, S.v.d. Zee, mei 1983; Deelonderzoek III, Oud en Zelfstandig. Stichting het Nederlands Economisch Instituut, afd. regionaalonderzoek, april 1984.

Tabel 18 Leeftijdsopbouw Tholen/St. Philipsland

Leeftijds-categorie / jaren	1982	1987	1992
65-69 jaar	949	906	899
70-74 jaar	770	839	798
75-79 jaar	643	634	685
80-84 jaar	390	456	448
85 jaar en ouder	282	326	379
Totaal	3034	3161	3209

Uit het genoemde onderzoek (deelrapport 1, pagina 43) blijkt dat het gebruik van de voorzieningen in procenten van de bevolking van 65 jaar en ouder als volgt valt onder te verdelen:

gebruik bejaardenoord	8,2%
verpleeghuis	2,5%
thuisverpleging met hulp van de kruisorganisatie	2,0%
bejaardenhulp (gezinszorg)	9,9%

Als twee procent een beroep doet op thuisverpleging door de kruisorganisatie dan betekent dit dat op Tholen/St. Philipsland, met een gemiddelde bevolking voor 1985/1986 van 65 jaar en ouder van 3100, dat er 62 personen potentieel een beroep kunnen gaan doen op de 24-uurs-zorg. Die groep heeft dagelijks behoefte aan één of meer uren hulp. Een karakteristiek van deze groep werd door de onderzoekers samengesteld op grond van gevonden gegevens (deelrapport 1, pagina 39):

- zijn het vaakst chronisch ziek of nog herstellend van een recente ziekte
- driekwart kan zich niet meer zonder hulp buiten de woning begeven
- kunnen het vaakst niet meer zelf dagelijks hun bed opmaken (100 procent)
- 74 procent kan niet meer zelf voor een broodmaaltijd zorgen
- iets meer dan de helft kan zich nog wél zonder hulp zelf aankleden
- hulpverlening door bejaardenhulp komt bij deze groep het meeste voor: de ene helft krijgt 1-4 uur bejaardenhulp, de andere helft 4 uur of meer
- hulpverlening door wijkverpleging komt bij deze groep het vaakst voor
- naast bovengenoemde professionele hulp is het vooral de partner of zijn het de kinderen die hulp bieden: het aantal ouderen dat deze informele hulp ontvangt is zelfs groter dan dat wat bejaardenhulp ontvangt
- aanmelding voor opname in bejaardenoord komt bij deze groep het vaakst voor (circa een kwart)
- de mentale conditie van deze groep is volgens beoordeling van de interviewers overwegend ongunstig (68 procent)

– zijn overwegend 80 jaar en ouder
– zijn overwegend mannen

Uit het onderzoek blijkt verder dat 16,1 procent van het aantal ouderen in het afgelopen jaar een bezoek heeft gebracht aan het ziekenhuis. Onderscheiden naar opnameduur zien wij het volgende:

enkele dagen	9,3%
1 week - 2 weken	32,1%
enige weken	22,9%
langer dan 1 maand	12,1%

Dit gegeven betekent dat op Tholen/St. Philipsland ongeveer 345 (ofwel 16 procent) van de bejaarden jaarlijks terugkeren na een verblijf in een ziekenhuis. Ook hierin zal geleidelijk het aantal personen toenemen, dat na het verblijf in het ziekenhuis nog een of andere vorm van kortdurende thuisverpleging nodig heeft. Rekening houdend met het huidige bereik van de zorg van terminale patiënten (ongeveer 20 personen op jaarbasis) schatten wij de potentiële groep van de ziekenhuisverlaters die voor tijdelijke thuisverpleging in aanmerking komt op 10 procent. Voor de komende jaren zou dit voor Tholen/St. Philipsland 34 tot 35 personen betekenen.

Samenvattend blijkt, dat ongeacht het gebruik dat zal worden gemaakt van specifieke intramurale voorzieningen, zoals verpleeg- en bejaardenhuizen en constant een potentiële doelgroep voor thuisverpleging op Tholen/St. Philipsland van circa 100 patiënten, zal zijn, te weten:

– 63 personen > 65 jaar, *chronisch zieken*, waarvan ongeveer de helft als hoogbejaarde thuisverpleging behoeft.
– 34 personen > 65 jaar, die een kortdurend beroep op thuisverpleging doen *na een verblijf in het ziekenhuis*, oftewel een schatting van 10 procent van het totaal van 345 personen, die jaarlijks uit het ziekenhuis worden ontslagen. Deze schatting berust op een geschat aantal terminale patiënten uit deze groep, op grond van het huidige aanbod van kruiszorg en een veronderstelde groei.

Uit deze potentiële groep voor thuisverpleging komt de vraag naar avond- en nachtzorg naar voren. Uitgaande van de huidige patiënten in zorg zou dit betekenen dat respectievelijk vijf tot zeven procent van de chronische patiënten, respectievelijk 80 procent van de terminale patiënten die thuis worden verpleegd, bereikt worden door de avond- en nachtzorg. Bij de gedachtenbepaling moeten we er rekening mee houden dat we ons concentreren op de populatie van 65 jaar en ouder. Thuisverpleging richt zich ook op jongere patiënten. Bij de ontwikkelingen van de thuisverpleging voor de avond- en nachtzorg tot nu toe speelt echter de categorie bejaarden een overwegende rol.

hoofdstuk 4 De interne voorwaarden

Achtereenvolgens zullen wij in dit hoofdstuk aan de orde stellen de start, het beleid, het personeel, de materiële voorwaarden voor bereikbaarheid, de benodigde verpleegartikelen en hulpmiddelen en de structuur van de organisatie van 24-uurs-zorg.

4.1 De start

De start van het experiment is moeilijk aan te geven, omdat er diverse cruciale momenten waren in een lang proces van voorbereiding. Het verschijnen van de Nota 24-uurs-zorg was een belangrijk moment, maar het heeft daarna nog geruime tijd geduurd voordat de financiering rond was (in januari 1983). Pas toen konden de beleidsuitgangspunten in een planning van concrete daden worden omgezet, zoals het werven van personeel, publicatie in de regionale pers, de introductie van het experiment bij andere werkers en de voorbereiding en uitvoering van de officiële installatie (op 21 maart 1983). De beleidsgroep heeft deze taken op zich genomen.
Per 1 april is men met de hulp aan patiënten in de avond en nacht begonnen. Het vormgeven aan het uitvoerende werk is een taak van de h.w.v. Om de vele - vaak nieuwe - werkzaamheden die daaraan verbonden zijn te structureren was het nodig om de Nota 24-uurs-zorg verder uit te werken naar specifieke doelen en uitvoeringsstappen èn om deze 'stappen' in de tijd te ordenen (d.w.z. te plannen). Eén van de onderzoekers is de h.w.v. daarbij behulpzaam geweest. Dit resulteerde in een soort programma waarin per gebied/onderwerp werd aangegeven wie wat en wanneer doen moest.
Eén van de eerste taken was de criteria, om te bepalen wie wel en niet voor de 24-uurs-zorg in aanmerking komen, bij te werken en bij de werkers in te voeren. Het (leren) hanteren ervan bleef in de eerste fase een aandachtspunt. Ook zijn er afspraken gemaakt over *de inhoud van de zorg* in de avond en nacht (het zorgaanbod) en het samenspel met de mantelzorg.
Het opzetten van de *interne organisatie* rond de uitvoering van de zorg had ook hoge prioriteit, zoals bijv. het maken van afspraken over de contacten tussen de 2 dagteams en het avond- en nachtteam en over de overdracht van gegevens.

4.2 Het beleid

Voordat het experiment daadwerklijk gestart werd en de verpleegkundigen in dienst werden aangesteld zijn er een aantal uitgangspunten voor 24-uurs-zorg vastgesteld. Hieronder volgt een samenvatting van de voornaamste inhoudelijke uitgangspunten en afspraken:

doelstelling

- De doelstelling van het project - zoals geformuleerd in de nota 24-uurs-zorgverlening - luidt: 'Een experiment op te zetten voor 24-uurs-zorgverlening. Onder 24-uurs-zorgverlening verstaan we een optimaal functioneren van de zorgverlening aan de patiënt, familie en omgeving, 24 uur per etmaal zo lang dit nodig is, zoals gebruikelijk bij het Kruiswerk'.
- De *doelgroep* zijn die personen, die door directe of indirecte hulp van de Kruisvereniging ziekte of herstel op verantwoorde wijze in de thuissituatie kunnen ervaren. Dit kan inhouden, dat een patiënt niet wordt opgenomen als dit medisch niet strikt nodig is of dat de patiënt sneller naar huis kan als de opname om medische redenen niet langer geïndiceerd is. Om de opname van patiënten in de 24-uurs-zorg zo verantwoord mogelijk te doen verlopen, werden criteria opgesteld (zie tabel 8).
- De extra avond- en nachtzorg dient om *hiaten in de zorg* op te vullen en wil tegemoet komen aan de behoeften van patiënten om ook bij ziekte zo lang mogelijk thuis te blijven en/of thuis te sterven. Vroeger gingen wijkverpleegkundigen ook 's avonds bij 'hun' patiënten langs als ze dat nodig vonden. Sinds de invoering van de CA mag dat niet meer en de jongere wijkverpleegkundigen houden zich aan de werkuren.
- Ten aanzien van de werkwijze werd onder andere het volgende vastgesteld:
  - In de avond- en nachtdienst wordt voorlopig op *alle* hulpvragen ingegaan die hen rechtstreeks bereiken tussen 18.00 en 08.00 uur. Meestal gaat het hier om acute gevallen. Soms kan volstaan worden met advies of geruststelling, maar als men wil dat de verpleegkundige komt, gebeurt dat.
  - Voorlopig zijn alle aangemelde patiënten zeker van een bezoek van dag- of avond- en nachtverpl., zodat het mogelijk wordt te weten te komen of de criteria goed werken.
  - Door de 24-uurs-zorg wil men de *mantelzorg* ondersteunen en handhaven. Immers tijdens de avond en nacht wordt vaak een zwaar beroep gedaan op de mantelzorg. Door het aanbod van 24-uurs-zorg, als aanvulling of als alternatief, kan de mantelzorg het langer volhouden en wordt voorkomen dat de mantelzorg afhaakt. *Men wil bewust niet de mantelzorg vervangen, noch de zelfzorg.*
    Wat mensen nog zelfstandig kunnen doen moeten ze ook blijven doen. Mensen moeten hun eigen verantwoordelijkheid blijven behouden, zoals bijvoorbeeld zelf de dokter bellen, zelf voor aanvullende gezinszorg zorgen, zelf beslissen of ze het bed uitgaan. De bestaande

mantelzorg wordt niet afgebouwd, er wordt bij aangesloten. Men zegt aanvankelijk liever te weinig dan te veel hulp toe, omdat de ervaring leert dat het moeilijker is eenmaal verleende zorg weer terug te schroeven, dan om zorg van anderen over te nemen.
- Wanneer de zorg van andere hulpverleners naast die van de wijkverpleegkundige verloopt en men elkaar moet informeren en afspraken maken, dan wordt hiervoor een initiatief genomen door wijkverpleegkundige of h.w.v. Bespreking van algemene uitgangspunten van de 24-uurs-zorg wordt gedaan in het regelmatig terugkerende overleg tussen de basiseenheid en de andere zorginstellingen.

4.3 Personeel

In het experiment werd voor de uitvoering van de 24-uurs-zorg gekozen voor een apart team verpleegkundigen dat belast zou worden met de zorg in de avond- en nachturen. Dit team bestond uit drie verpleegkundigen. Hieronder willen wij ingaan op de werving, wijzigingen in de teamsamenstelling in de loop van het experiment, pieken in het werk, deskundigheidsbevordering en de regelingen van de rechtspositie van deze verpleegkundigen.

4.3.1 De werving en wijzigingen in de teamsamenstelling

De *werving* van de 3 verpleegkundigen voor de avond- en nachtdienst vond plaats via de regionale bladen, aangezien het mensen uit de streek moesten zijn (in verband met kortere reistijden en acceptatie door de bevolking).
De volgende *selectiecriteria* waren opgesteld:
- plattelandsmentaliteit hebben c.q. kennen
- dichtbij wonen (in verband met reistijden) en de omgeving goed kennen
- niet al te jong zijn en praktische ervaring hebben
- niet bang zijn in het donker
- uitgangspunten van de zorg onderschrijven, vooral wat betreft de mantelzorg en zelfzorg
- zelfstandig kunnen werken, maar óók in samenspraak met anderen
- flexibel zijn: dingen willen leren en uitproberen; experimentgevoelig zijn en openstaan voor extra overleg
- bij voorkeur een MGZ
  opleiding, omdat de inspectie deze over twee jaar kon vereisen.

Aangezien er vrij weinig reacties op de advertentie kwamen, heeft men op enkele punten 'water bij de wijn moeten doen'. Zo heeft geen van de aangenomenen een MGZ-opleiding gevolgd (allen hebben wel het diploma

ziekenverzorging A) en woonde één van de verpleegkundigen niet op het eiland. Daarom is aanvankelijk enige tijd een woning boven het wijkgebouw aangehouden (centrale ligging), zodat men daar tussen afspraken door en/of 's nachts kan vertoeven. Hier werd echter geen gebruik van gemaakt en deze voorziening is toen opgeheven. Samen bezetten de 3 verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst 1,5 formatieplaats.
Eén van de leden van het avond- en nachtteam heeft zich teruggetrokken. Gelukkig kon op tijd een geschikte vervangster gevonden worden, zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd bleef. De nieuwe avond- en nachtverpleegkundige kon snel ingewerkt worden, aangezien ze nog niet zo lang geleden in de dagdienst op Tholen/St. Philipsland werkzaam was. Ze is zowel door collega's als door de mantelzorg (die haar kon voordoen hoe ze bepaalde handelingen moest verrichten) ingewerkt.
Een van de andere verpleegkundigen van het avond- en nachtteam heeft gedurende het experiment een aantal weken zwangerschapsverlof gehad. Gedurende deze periode is gewerkt met een tijdelijke invalster, hetgeen geen moeilijkheden gaf.

4.3.2 Pieken in de zorg

Op bepaalde momenten is er sprake geweest van pieken in de zorg. De verpleegkundigen in de avond- en nachtdienst hebben deze pieken op kunnen vangen omdat het kortdurende en minder intensieve contacten waren. Door vroeger met de dienst te beginnen, harder te rijden, later te stoppen en ook de patiënten sneller te helpen is het gelukt de pieken op te vangen. Richtlijnen voor het opvangen van pieken zijn op dit moment:
- In eerste instantie denkt men aan het inschakelen van oproepkrachten die al ingewerkt zijn. Binnen de bestaande teams kunnen mensen gevraagd worden en in de vorm van overwerkuren kan de vergoeding worden geregeld. Voor bepaalde patiënten kunnen wijkziekenverzorgsters ingeschakeld worden (in verband met lagere kosten).
- In tweede instantie kan een beroep gedaan worden op een bepaalde wijkziekenverzorgster die al regelmatig waargenomen heeft binnen de basiseenheid. Deze oproepkracht is in de derde fase een keer stand-by geweest, maar uiteindelijk niet ingeroepen.
- Als derde mogelijkheid kan een van de wijkverpleegkundigen voor noodgevallen stand-by zijn.
- Tenslotte kan ook nog een van de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst die op dat moment geen dienst heeft te hulp geroepen worden. Indien van deze laatste mogelijkheid gebruik wordt gemaakt dan moeten hier een aantal duidelijke afspraken over gemaakt worden, zoals op welke termijn men ter beschikking moet zijn, kunnen weigeren, etcetera.

Indien er een pieksituatie in de zorg is leert de ervaring dat telefonische oproepen die er tussendoor moeten worden afgewerkt storend werken naar de hulpverlening bij de patiënten van die avond. Naar aanleiding van een dergelijke situatie geeft een van de verpleegkundigen aan dat ze na een oproep die vrij veel tijd in beslag nam overal kritiek kreeg. Patiënten blijken het moeilijk en onprettig te vinden als je later dan de afgesproken tijd bij hen langs komt. Komen er in een dergelijke situatie meer oproepen dan 'ga je het schip in'.

4.3.3 Niveau van deskundigheden en vaardigheden

De A-opleiding die deze verpleegkundigen hebben voldoet goed bij het curatieve verpleegkundige routinematige werk, dat het grootste deel van de avond- en nachtzorg uitmaakt. Mensen die zich minder op het preventieve vlak thuisvoelen kunnen daarin goed tot hun recht komen.

Eigenlijk zou een wijkziekenverzorgende voor deze curatieve zorg ideaal zijn, maar daar komt bij dat men over het werk moet kunnen meedenken en men de contacten met de mantelzorg goed moet kunnen hanteren. In de praktijk kan dit echter niet, omdat men 's avonds en 's nachts ook op acute vragen in moet gaan en dus zelfstandig een nieuwe intake moet kunnen doen. Ziekenverzorgenden mogen/kunnen echter geen eindverantwoordelijkheid hiervoor dragen. Ook voor de huidige A-verpleegkundigen liggen problemen met hun vooropleiding voornamelijk op het gebied van acute vragen. Bovendien vereist het ingaan op acute vragen een andere benadering (dóórvragen, verhelderen van hulpvraag, rust brengen, ordenen en meedenken aan de doelgerichte houding bij de curatieve zorg) een benadering waarin de MGZ-opleiding de mensen beter schoolt.

De verpleegkundigen hebben naast de A-opleiding een kinderaantekening en ervaring op consultatiebureaus. Hierop kunnen ze in de avond- en nachtdienst terugvallen.

bijscholing

Invoering van de 24-uurs-zorg stelt hogere eisen aan het planmatig werken en onderlinge afspraken, waardoor de lacunes of zwakke plekken in de zorg - ook de zorg overdag - duidelijker worden. Voor de behoefte aan bijscholing heeft dit directe consequenties. Als bijscholingsprioriteiten zijn vastgesteld:

1e prioriteit heeft het methodisch werken, met name de afstemming tussen zelfzorg en professionele zorg. Bijvoorbeeld: hoe reageer je als de patiënt de professionele hulp aanvaardbaarder vindt dan de mantelzorg? Dat is een plezierig gevoel voor de professionelen die dan (eerder) geneigd zijn de mantelzorg af te bouwen. De vraag is of dat wel zo goed is en hoe je daar anders mee om kunt gaan, bijvoorbeeld elkaar versterken en de

mantelzorg trainen, verantwoordelijkheid geven (eventueel onder supervisie) en opvoeden in het nakomen van afspraken. Dit ligt meer voor de hand als langdurige(r) zorg verwacht wordt.
2e prioriteit heeft het werken met een verpleegplan.
Het feit dat gezamenlijk een duidelijk plan opgesteld moet worden, inclusief onderlinge afspraken, evaluatiemomenten en de afbouw van de zorg (ook naar de avond- en nachtzorg toe, die vaak moeite met het afbreken van het contact heeft als uitsluitend de dagzorg afbouwt). De voorkeur ging er naar uit de dag- en avondteams dezelfde bijscholing te geven, omdat training in methodisch werken moeilijk over te dragen is.

4.3.4 Arbeidscontract

Het *arbeidscontract* van de 3 verpleegkundigen voor nacht- en avonddienst wijkt af van het gebruikelijke (door de CAO voorgeschreven) en wel op de volgende punten:
- het gaat om een tijdelijk dienstverband voor 2 jaar met 2 maanden proeftijd,
- er is geen plicht tot verhuizing,
- de werkuren zijn van 18.00-24.00 uur (volgens het patroon van de normale dagdienst): daarna is (van 24.00-08.00) men bereikbaar, waarbij men komt als erom gevraagd wordt,
- men ontvangt geen vast honorarium, maar men wordt betaald naar het aantal uren dat men feitelijk werkt (zowel qua patiëntenzorg als overhead, zoals overleg en reistijd). De inkomsten zijn dus in belangrijke mate afhankelijk van het aantal patiënten dat men bezoekt. Wel krijgen ze altijd de gebruikelijke vergoeding voor de bereikbaarheidsdienst van 24.00-08.00 uur en in de weekenden. Ook de kilometers worden als gewoonlijk vergoed.
- De bereikbaarheidsdiensten worden uitbetaald en worden niet gecompenseerd door middel van het opnemen van vrije dagen.
- In het uurhonorarium zijn de vakantiedagen opgenomen. In principe wordt er vanuit gegaan dat men vakantie zoveel mogelijk opneemt in de weken dat men geen dienst heeft.
- Uren die men besteedde aan bijscholing werden in dit experiment door de werkgever voor eenderde vergoed uit de vrije contributie van de kruisvereniging Tholen/St.Philipsland.

Voor het experiment werd het volgende werkschema gehanteerd:
- 17.30 - 18.00 uur Overdracht
- 18.00 - 19.30 uur Bereikbaarheid
- 19.30 - 23.00 uur Patiënten bezoek
- 23.00 - 07.30 uur Bereikbaarheid
- 07.30 - 08.00 uur Overdracht

In pricipe is er een bereikbaarheidsdienst van 17.30 uur tot de volgende morgen 08.00 uur. In dit experiment is afgesproken dat de beschikbaarheidsuren waarin de afgesproken en te declareren werkuren vallen lopen van 19.30 uur tot 23.00 uur. In bepaalde gevallen werd hiervan afgeweken als patiënten bijvoorbeeld om 18.00 uur geholpen moesten worden. Overleg was toegestaan en werd vergoed tot de bij te wonen teamvergaderingen voor de opkomende avond- en nachtverpleegkundige, de vergaderingen van het avond- en nachtteam (eenmaal per maand) en de eens per maand bij te wonen werkvergadering voor alle leden van de basiseenheid.

4.4 Materiële voorzieningen

4.4.1 De bereikbaarheid per mobilofoon

Vanaf 1 april 1983 fungeerde het thuisfront, de man en/of kinderen, van de avond- en nachtverpleegkundigen als opvang voor telefonische oproepen; de achterwacht. Men had hiervoor gekozen, omdat verwacht werd dat het om een tijdelijke oplossing ging. Dit betekende echter dat de avond- en nachtdienst niet bereikbaar was tijdens het werken. Regelmatig moesten ze bellen of er oproepen geweest waren. In een aantal gevallen lieten de verpleegkundigen thuis telefoonnummers achter van 'vaste' patiënten, waarnaar de achterwacht in dringende gevallen kon bellen. Toch gebeurde het in de beginperiode nogal eens dat men van de avondbezoeken thuiskwam en weer terug moest naar een bepaald dorp, omdat er intussen een oproep was binnengekomen. Dit kostte extra tijd en kilometers.

Voor de uiteindelijke oplossing van het bereikbaarheidsvraagstuk was gekozen voor een draagbare mobilofoon, die verbonden was met een centrale meldpost. Als centrale meldingspost werd de CPA (Centrale Post Ambulance) te Goes bereid gevonden deze taak te verrichten. De CPA heeft een bekend alarmnummer in de regio. De berichten die de CPA ontvangt van patiënten voor de verpleegkundigen geeft zij door aan de dienstdoende verpleegkundige. Dit gaat telefonisch als de verpleegkundige heeft doorgegeven waar zij op dat moment bereikbaar is (meestal thuis) of als zij aan het werk is via de mobilofoon. De verpleegkundige ontvangt een signaal rechtstreeks via de mobilofoon die bij haar in de auto staat. Is zij op dat moment bij een patiënt, dan gaat er een 'pieper' over die ze bij zich draagt. Via de mobilofoon treedt zij vervolgens middels een bepaalde procedure in verbinding met de CPA waar zij het bericht verneemt. Vervolgens neemt de verpleegkundige indien nodig telefonisch contact op met de patiënt.
In de loop van het experiment ging ook de dagdienst werken met deze bereikbaarheidsregeling om een oplossing te vinden voor de klachten van onbereikbaarheid overdag.

Enige knelpunten tijdens het experiment waren:

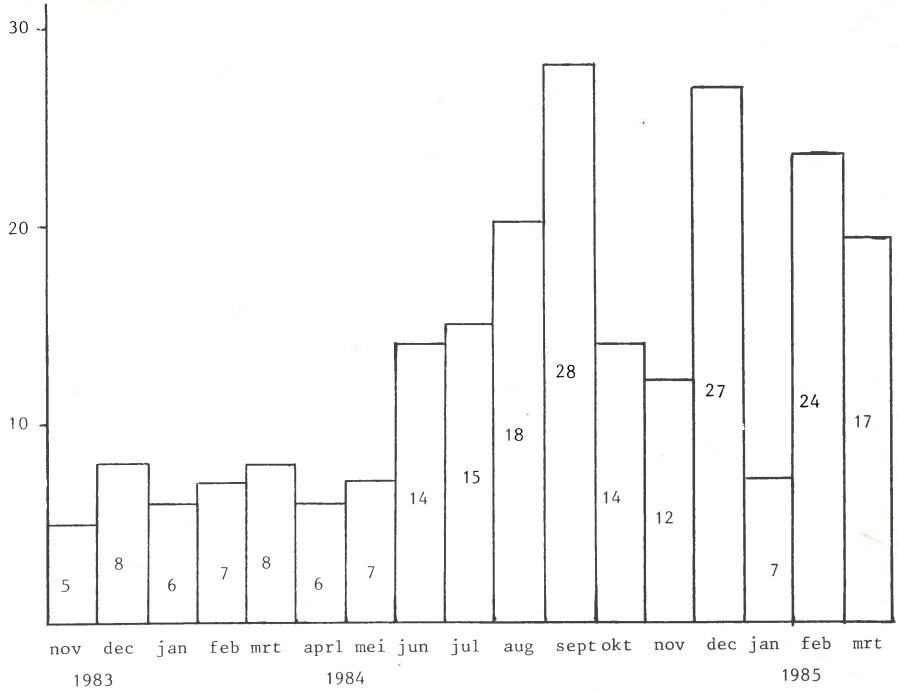
- er was sprake van een vertraagde invoering, omdat de CPA te laat gezien de noodzakelijke voorbereidingen, werd verzocht als centrale meldpost te fungeren
- naar aanleiding van enkele oproepen waarop de verpleegkundigen niet reageerden ontdekte men storingen in de schakelkast van het basisstation (signaal versterkend station, dat geplaatst is in Scherpenisse)
- er bleken ontvangstproblemen te ontstaan door storingen aan de mobilofoon zelf (2e hands gereviseerd toestel van de PTT)
- er is een poos gewerkt met een defecte 'pieper' waardoor eveneens meerdere oproepen werden gemist. Irritaties bij patiënten waren hiervan het gevolg. Ook gaf het CPA steeds geïrriteerder berichten door, omdat de CPA in de waan kwam, dat de kruiszorg niet geïnteresseerd was in de oproepen. Er werd namelijk niet gereageerd!
- de avond- en nacht- en ook de dagverpleegkundigen moesten extra uren maken omdat om 18.00 uur de mobilofoon bij het eindigen van de dagdienst eerst moest worden gehaald. Dit werd door de avond- en nachtverpl. bijgehouden van 9.2.84 tot 1.4.1985. In deze periode werd 2231 km. extra gereden en het betekende 53.15 uur reistijd. Ook bleek de accu waarop de mobilofoon werkte regelmatig leeg te zijn tengevolge van het intensieve gebruik. Inmiddels is er naast de mobilofoon voor de avond- en nachtverpleegkundigen een semafoon aangeschaft voor de dagdienst.

Van november 1983 tot en met maart 1985 werden er 223 oproepen via de mobilofoon geregistreerd. Dit waren zowel oproepen voor de dagdienst als voor de avond- en nachtverpleegkundigen. Figuur 7 geeft aan hoeveel hulpvragen er per maand gesteld werden via de mobilofoon.

Vanaf juni 1984 is een stijging van het aantal hulpvragen via de mobilofoon te constateren.
De term 'alarmnummer' heeft de bewoners mogelijk afgeschrikt. Men wilde een boodschap doorgeven aan de kruisvereniging maar durfde niet goed het alarmnummer te bellen. In de plaatselijke aankondigingen van de bereikbaarheid werd het telefoonnummer van de CPA later aangeduid als bereikbaarheidsnummer.

Gedurende de periode oktober 1984 tot en met maart 1985 heeft het CPA bijgehouden hoeveel oproepen tussen 08.00 en 18.00 uur gedaan werden en hoeveel tussen 18.00 en 08.00 uur. Uit deze registratie bleek dat 30% van de oproepen in de avond- en nachturen plaatsvonden. De mobilofoon werd het meeste gebruikt (70%) gedurende de dag.
Naast de technische problemen is er een enkele maal sprake geweest van een foutieve interpretatie van de hulpvraag door het CPA. Het meest extreme voorbeeld is het volgende:

Figuur 7 Aantal hulpvragen voor dagdienst en avond- en nachtdienst via de mobilofoon vanaf november 1983 tot en met maart 1985



Bij het CPA komt via het alarmnummer het bericht door van de familie van een patiënt dat ze de patiënt zo moeilijk kunnen helpen omdat 'de patiënt zo stief is als een plank'. De telefoniste interpreteerde deze boodschap als de patiënt is overleden, en meldde dit aan de verpleegkundige die op dat moment bezig was met het uitvoeren van haar dienst. Omdat de verpleegkundige toch langs het adres van de betreffende patiënt kwam, ging ze even langs om te condoleren en eventueel te helpen. Bij de patiënt aangekomen bleek deze helemaal niet dood, maar bij de verzorging onhandelbaar doordat hij zo stijf was.

4.4.2 Verpleegartikelen en hulpmiddelen

Avond- en nachtzorg blijkt, zeker wat betreft de 'chronische patiënten' bijna onmogelijk zonder hulpmiddelen. Doordat met de invoering van 24-uurszorg ernstig zieke mensen ook vaak langer thuis blijven of eventueel eerder ontslagen worden uit het ziekenhuis, is er meer hulpmateriaal nodig, zoals bijvoorbeeld hoog/laag bedden, stalen verpleegsters, papegaaien, antidecubitus matrassen, rolstoelen e.d.

Vooral bij patiënten die lang in zorg blijven hebben de verpleegkundigen snel de behoefte aan aanpassing van de hulpmiddelen om de verpleging te vergemakkelijken, en dus langer vol te houden.

financiering

Voor patiënten onder de 65 jaar kan een beroep gedaan worden op de A.A.W.; boven de 65 jaar past een beroep op de algemene bijstandswet tenzij de kwaal of ziekte reeds voor het bereiken van de leeftijd van 65 jaar was aangevangen. Is dit laatste het geval dan kan eveneens een beroep gedaan worden op de A.A.W. In beide gevallen dienen de aanvragen ondersteund te zijn door een advies van de Sociaal Medische Dienst. Het tijdig aanvragen blijft steeds noodzakelijk om binnen de uitleentermijn van de kruisvereniging voor vervanging te zorgen.
Binnen de kruisorganisatie is het mogelijk (blijkens een initiatief uit de regio West-Overijssel) een 'pooling' van kostbare verpleegapparatuur op gang te zetten voor wat betreft vraag en aanbod. Hiermee zijn wellicht lacunes op te vangen. In het experiment bleek dat patiënten soms ook zelf bereid zijn om tot aanschaf van duurdere apparatuur over te gaan, respectievelijk zelf een beroep doen op fondsen voor de financiering daarvan.

4.4.3 Veiligheid

Gedurende het experiment hebben de verpleegkundigen in de avond- en nachtdienst een aantal malen iets opgemerkt over de veiligheid, meestal waren het opmerkingen naar aanleiding van de slechte weersgesteldheid of gevaarlijke situaties op de route.
Een aantal opmerkingen waren:
- 'op zaterdagavond nog net een dronken automobilist kunnen ontwijken',
- ' 's avonds laat in de polder een koe voor de auto',
- 'het was erg mistig'.

Een van de verpleegkundigen merkte in de laatste fase van het experiment op: 'Ondanks sneeuw, mist en gladheid geeft de mobilofoon toch een vorm van veiligheid'.
Op het gebied van veiligheid heeft de mobilofoon inderdaad zijn diensten bewezen doordat de verpleegkundigen makkelijk hulp in konden roepen. Het volgende voorbeeld uit de registratie: 'Mezelf vastgereden tussen twee bielzen, vrijgezet door de politie, die opgeroepen was via de alarmcentrale'.
Ook patiënten werden via de mobilofoon op de hoogte gesteld indien er vertraging was opgetreden in de verzorging: 'Door mist vertraging van mijn komst bij de patiënt. Via de mobilofoon doorgegeven aan de familie, dat het wat later werd'.
Ook al zijn de incidenten in dit experiment beperkt, gegeven het werk in de avond- en nacht blijft zorgvuldigheid in het omgaan met veiligheidskwesties geboden.
In een verslag over de avondzorg in Amsterdam wordt melding gemaakt

van het bezoek van de verpleegkundige aan patiënten die wonen in onveilige buurten en straten. Het veiligheidsrisico is in steden groter en zal daar om betere voorzieningen vragen, bijvoorbeeld via een procedure via de meldkamer van de plaatselijke politie die de route in de gaten houdt en controleert.
Uit ons onderzoek blijkt echter dat in plattelandssituaties de mobilofoon voldoende is.

4.5 De organisatie van de 24-uurs-zorg

Bij de organisatie van de 24-uurs-zorg maken wij het volgende onderscheid:
- de operationele werkafspraken die nodig zijn om continuïteit aan te brengen in de uitvoering van de zorg. Hieronder vallen de overdrachtsregelingen en het terugkerende werkoverleg
- de coördinatie van het werk door de hoofdwijkverpleegkundige
- de administratie

In tabel 19 geven wij het aantal niet patiënt gerichte activiteiten die de avond- en nachtverpleegkundigen uitgevoerd hebben gedurende de twee jaar experiment.

Zoals uit deze tabel blijkt, hebben de werkbesprekingen met de h.w.v. en verpleegkundigen de meeste tijd gekost wat betreft de niet patiënt gerichte

Tabel 19 Niet patiënt gerichte werkzaamheden van de avond- en nachtverpleegkundigen over twee jaar experiment.

	aantal werk-zaam-heden	totale tijd in uren en min.	gemiddelde tijd per activiteit
– groepsvoorlichting	1	1	1
– werkbespreking met H.w.v. en/of collegae	387	617.50	1.36
Samenwerking bijeenkomsten met als doel:			
. samenwerking met 2e lijns werkers	1	1.30	1.30
. medewerking aan beleid (bespreking bestuur en/of directie)	12	35.40	2.58
. vertegenwoordiging namens de kruisorganisatie in werkgroepen e.d.	23	53.15	2.18
– administratie	274	94.50	0.20
– assistentie bij dieetcursus	1	0.40	0.40
– Bijscholing	10	60	10
Totaal	709	863.25	–

werkzaamheden. De vertegenwoordiging in werkgroepen en de administratie heeft door het aan het experiment gekoppelde onderzoek eveneens nogal wat tijd gevergd van de avond- en nachtverpleegkundigen.
Vergelijken we de tijd die de avond- en nachtverpleegkundigen besteed hebben aan patiënt gerichte aktiviteiten (zie par. 3.4.1) en niet patiënt gerichte activiteiten dan blijkt de verhouding 2:1 te zijn. 29% van de totaal bestede tijd ging zitten in niet patiënt gerichte werkzaamheden.

4.5.1 Overdracht en werkoverleg

Tussen De dag- en avond- en nachtdienst is de communicatie als volgt geregeld:

overdracht

– 's Ochtens kan degene die de avond- en nachtdienst uitgaat de dagwijkverpleegkundige bellen tussen 07.00 en 07.30 uur (dit was eerst tussen 07.30 en 08.00 uur, maar is vervroegd omdat men soms al weg was), en omgekeerd tussen 17.30 en 18.00 uur. Meestal komen de patiënten zoals we eerder zagen via de dagverpl. in de 24-uurs-zorg, of heeft de dagverpl. de eerste contacten met de patiënt. De dagverpl. hanteert de selectiecriteria – in overleg met de avond- en nachtverpleegkundigen en geeft bijzonderheden over de patiënt door aan de avond- en nachtzorg: zij geeft aan welke verzorging nodig is en wat de taak van de avond- en nachtdienst in deze kan/moet zijn. De verpleegkundige van de avond- en nachtzorg legt de gegevens vast zodat deze overdraagbaar zijn aan haar collega's van de avond- en nachtdienst.
Aanvankelijk belde de avond- en nachtverpleegkundige vrijwel iedere ochtend op om te rapporteren, maar dat bleek vaak onnodig. Nu belt ze alleen als er iets bijzonders is dat ze voor wil leggen. Veranderingen in de zorg worden besproken en doorgebeld

intstructies bij patiënt

– In de loop van de 1e fase is men gaan werken met briefjes met concrete aanwijzingen voor de verzorging, die men bij de patiënt achterlaat. Aanvankelijk belde men als er een briefje lag, maar dit is nu niet meer nodig. Bovendien wijst de patiënt er nog wel eens op. Dit systeem is uitgegroeid tot een boekje, waarin steeds iets bijgeschreven kan worden en ook de andere verpleegkundige haar reacties/commentaar neerlegt en eventuele instructies achterlaat. Dit is ook handig voor degene die de avond- en nachtdienst overneemt: deze kan zien wat er eventueel in de afgelopen twee weken veranderd is.
In de laatste 2 fasen van het experiment werd er nauwelijks meer gewerkt met instructies bij de patiënten. Alleen als er sprake was van een moeilijke wondverzorging wil het nog wel eens gebeuren.
De avond- en nachtverpleegkundigen kregen in de laatste 2 fasen vooral de benodigde gegevens via de verpleegplannen
– Aanvankelijk woonde iedere week degene die de avond- en nachtdienst

verliet de vergadering van één van beide dagteams bij om het contact tussen de avond- en nacht- en dagteams te bevorderen. Dit is opgeheven en de avond- en nachtverpleegkundige komt nu alleen wekelijks nog even langs – aan het eind van de dagteambespreking – om met bepaalde dagwijkverpleegkundigen patiëntgegevens uit te wisselen. Ook degene die aan de avond- en nachtdienst begint komt dan, zodat men met zijn drieën elkaar kan informeren en afspraken kan maken. Is er geen overleg met de dagdienst nodig, dan dient dit contact om gegevens van de ene avond- en nachtverpleegkundige naar de andere over te dragen.
- Omdat het avond- en nachtteam op ongebruikelijke werktijden werkt, kunnen ze geen beroep doen op collega's. Ze staan er alleen voor en moeten zelf beslissen hoe ze problemen oplossen. Soms hebben ze hiervoor extra informatie nodig of advies. De dagdienst beschikt over meer informatie dan de avond- en nachtdienst. Een aantal leden van het dagteam heeft daarom met het avond- en nachtteam afgesproken dat ze hen in bijzondere gevallen ook
  's avond kunnen bellen. Dit is niet 'standaard', maar is in onderling overleg geregeld. Er wordt slechts zelden gebruik van gemaakt, maar het is prettig voor de avond- en nachtdienst dat overleg mogelijk is als het echt nodig is.

Over het algemeen is men tevreden over de overdracht van patiënten. De avond- en nachtverpleegkundigen kunnen soms de dagverpleegkundigen niet bereiken, en de dagverpleegkundigen geven aan dat de avond- en nachtverpleegkundigen wel eens een keer niet bellen terwijl dat wel toegezegd is en bijvoorbeeld ook vastgelegd is in het verpleegplan. Het blijft echter bij incidenten.
De h.w.v. signaleerde bij de overdracht dat men meer de diepte ingaat, men is minder bang voor elkaar. Men kan goed met elkaar overweg, afspraken worden – uitzonderingen daargelaten – goed nagekomen.
Door wederzijdse acceptatie uitgaande van het standpunt dat iedereen anders werkt maar uiteindelijk hetzelfde streven heeft laten de verpleegkundigen zich niet zo gemakkelijk tegen elkaar uitspelen.
Indien er zich toch problemen voordoen tussen dagverpleegkundigen en avond- en nachtverpleegkundigen vindt er onder begeleiding van de h.w.v. een gesprek plaats om de betreffende problemen op te lossen.
Blijven er zaken onduidelijk dan is dat snel opgelost met een telefoontje naar de betreffende verpleegkundige

4.5.2 De coördinatie door de hoofdwijkverpleegkundige

De coördinatie in dit project lag zowel op het beleidsontwikkelende als werkontwikkelingsniveau. Voor de duur van het project was daarvoor een

beleidsgroep en een werkgroep ingesteld. Bij de bespreking van de projectstructuur zullen we op het functioneren van beide groepen nader ingaan.
Op het niveau van de uitvoering van de werkzaamheden berustte de coördinatie bij de h.w.v. Als projectleidster functioneerde zij in de beleids- en werkgroep, zodat er een goede schakel bestond tussen beide typen coördinatie.

vier taken

Voor de voortgang van het werk bestond het werk van de h.w.v. uit 4 taken:

1. Het onderbouwen van de intake-beslissingen; zoals hiervoor is geschetst werd door de h.w.v. en de dagverpleegkundigen informatie verzameld over de hulpbehoeften van de patiënten en werd na taxatie van de benodigde zorg een beslissing genomen. Soms ging de h.w.v. ook op bezoek bij patiënten om nog eens uit te leggen, wat wel en niet mogelijk was met zorg van de kruisvereniging.

2. Het superviseren van de dagelijkse gang van zaken. Deze taak was zeker in de beginfase zeer tijdrovend. Het checken van de afspraken en bijsturen bij gebleken tekorten betekende veel navragen en bijpraten. Nadat de organisatie van de zorg volgens een bekend patroon verliep, is deze superviserende taak teruggebracht tot het bijwonen van de teamvergadering van de avond- en nachtzorg eenmaal per drie weken.

3. De werkbegeleiding van de verpleegkundigen. Er zijn regelmatig vragen van verpleegkundigen om overleg met de h.w.v. over werksituaties. Samen wordt dan de problematiek doorgesproken en de voortgangsactie vastgesteld. Gedurende de eerste fasen van het project kwam het avond- en nachtteam wekelijks bij elkaar met de h.w.v. om methodische kwesties uit te diepen. Thema's waren bijvoorbeeld omgaan met afspraken van de dagzorg, kennis van de zorgaanpak zoals die later in de verpleegplannen werd vastgelegd.

4. Het zorgen voor voldoende medewerking van derden voor de zorg; deze taak omvatte in dit experiment de signalering van moeilijkheden bij allerlei personen en instanties waarvan de medewerking werd verlangd. (zie hoofdstuk 5) In ieder project zal een coördinator deze taak op zich moeten nemen, omdat het avondteam wel kan signaleren maar overdag zelf geen initiatieven kan nemen.

4.5.3 De administratie

De verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst hadden een omvangrijke administratie bij te houden.

Kort opgesomd was dat:

- De W.A.S.-registratie (die voor alle verpleegkundigen geldt).
- Een aanvulling op de W.A.S.-registratie ten behoeve van het onderzoek.
- Het bijhouden van een *patiëntenschrift* waarin ze alle gegevens die voor de verzorging van de patiënt nodig zijn – ook die ze van de dagdienst krijgen, vastleggen.
  Hiervoor is een uniform model gekozen. Het patiëntenschrift wordt iedere week overdragen.
- In het patiëntenschrift wordt een *Weekrapportage* bijgehouden: naar wie toe geweest, met wie gebeld, bijzonderheden, acute telefoontjes en reacties erop, enz.
  Het patiëntenschrift dient in eerste instantie voor de overdracht van gegevens tussen de leden van het avond- en nachtteam. Hij is ook ter inzage voor de dagdienst, maar deze maakt er weinig gebruik van. De meeste gegevens hierin zijn van de dagdienst afkomstig of de dagdienst reeds bekend.
- Tenslotte legt iedere avond- en nachtverpleegkundige op *declaratieformulieren* de feitelijke bestede uren vast. Deze tijdsregistratie dient om het aantal werkuren en daarmee de hoogte van de uitbetaling per week vast te stellen. Afgesproken is dat de administratie door het avond- en nachtteam in werktijd – tussen 18.00 en 08.00 uur – gebeurt, dat er op 15 min. wordt afgerond (behalve telefoontjes, op 5 min.) en dat de administratie aan het eind van iedere week bij de h.w.v. wordt ingeleverd.

De avond- en nachtverpleegkundigen hebben geen moeite gehad met de vele administratieve werkzaamheden. Zij vonden het eerder plezierig omdat ze, als alles eenmaal goed vastgelegd was het niet nodig was om allerlei zaken te onthouden. Daardoor was het mogelijk dat ze hun werk beter los konden laten in de tussenliggende twee weken.
De administratie vormde een duidelijke afronding: is het ingeleverd, dan is het werk klaar en overgedragen.

4.6 Projectstructuur en het actie-onderzoek

Bij de start van het experiment werd de projectgroep '24-uurszorgverlening', die het experiment voorbereidde onder andere door publikatie van de 'Nota 24-uurs-zorgverlening' en de aanvraag van de subsidie aan S.T.O.O.M. opgeheven.
Hiervoor kwam in de plaats de beleidsgroep, met vertegenwoordigers van de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis, de Nationale Kruisvereniging, een bestuurslid van de basiseenheid, de projectleidster en twee vertegenwoordigsters van de verpleegkundigen van de basiseenheid

beleidsgroep

(waarvan 1 avond- en nachtverpleegkundige). De beleidsgroep bewaakte het beleid van het project: aan de hand van de doelstellingen moest het project worden ontwikkeld en onderzocht.
Per 2 à 3 maanden kwam de beleidsgroep bijeen en nam beslissingen over de door de projectleidster en de onderzoekers naar voren gebrachte problemen aan de hand van de ingebrachte informatie.

werkgroep

Voor de ontwikkeling en uitvoering van het experiment werd een werkgroep ingesteld, die na elke bijeenkomst rapporteerde aan de beleidsgroep. De samenstelling van de werkgroep: de projectleidster/h.w.v., twee verpleegkundigen, de G.V.O-functionaris van de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis en een bestuurslid van de basiseenheid. Maandelijks kwam de werkgroep bij elkaar om de ontwikkeling van het project te begeleiden. Vraagstukken als bereikbaarheid, intake, verpleegplannen, en dergelijke werden in de vergaderingen aan de orde gesteld.

project-leidster

De h.w.v. participeerde in beide vergaderingen en kon informatie geven vanuit haar coördinerende taken van het dagelijks werk en tijdig de problemen signaleren voor het beleid en de uitvoering van het experiment.

onderzoekers

De onderzoekers werkten met interim-rapportages, die na afloop van elke fase uitvoerig werden besproken in de werk- en beleidsgroep en de basiseenheid. Op grond van deze discussies konden mede voorstellen tot bijsturing ontwikkeld worden. Van meet af aan was afgesproken, dat het onderzoek niet beperkt mocht blijven tot een vastlegging van gegevens en beschrijvingen van de zorg. De onderzoekers hadden de mogelijkheid tot het doen van voorstellen, die van belang konden worden geacht voor het slagen van het experiment. Van deze mogelijkheid werd gebruik gemaakt door de onderzoekers:

- bij het voorbereiden van de invoering door samen met de h.w.v. het eerste draaiboek op te zetten
- door samen met de voorzitter van de beleidsgroep en de projectleidster aandacht te besteden aan de gerezen problemen in de samenwerking met de huisartsen. (zie par.5.1.)
- de projectleidster te helpen bij het zoeken van oplossingen voor in de praktijk gerezen problemen door er met haar over te praten.

Nadat de 24-uurs-zorg goed op de rails stond viel de actiecomponent van het onderzoek terug tot de bespreking van de interim-rapportages.

evaluatie

Bij de afsluiting van het experiment werd per vragenformulier aan de leden van de beleidsgroep en werkgroep hun mening gevraagd over het functioneren van de projectstructuur.
Over de *Beleidsgroep* werd opgemerkt, dat de groep 'in grote lijnen' het beleid heeft bepaald. Accenten: het begeleiden van de rapportages, de

beheersing van de informatie naar buiten en het voeren van besprekingen met huisartsen over de samenwerking. De beleidsgroep heeft zich met de condrete invulling van het werk niet bemoeid.
Ook de *werkgroep* werd veel invloed toegeschreven, maar dan de uitdieping van specifieke kwesties die het werk betroffen zoals verpleegplannen en de entree van de onderzoekers. Vooral het gebeuren ten behoeve van de ontwikkeling en voortgang van het experiment stond centraal, voor praktische problemen werden oplossingen gezocht.
De *projectleidster* werd door allen gezien als degene, aan wie de opzet en continuïteit te danken is. Zonder haar zou de benodigde coördinatie ontbroken hebben. Het experiment zou zonder deze coördinatie mislukt zijn. Het functioneren van de *onderzoekers* werd positief beoordeeld. Ze gaven steun en zorgden voor informatie ten behoeve van de bijsturing. De projectleidster stelt, dat de onderzoekers zeker in het begin een klankbordfunctie vormden. Zij vindt dit een tekort in de eigen kruisorganisatie. In de Provinciale Vereniging is de VAD-functie (verpleegkundige Algemene Dienst) voor de wijkverpleegkunde niet aanwezig.

verpleegkundige algemene dienst

De interimverslagen van de onderzoekers waren niet op tijd en iemand signaleert: 'Soms vergat ik, dat ik met onderzoekers te maken had en vond ik dingen terug in de rapporten, die er niet zo in moesten'.

De doelstellingen van het project (de ontwikkeling van 24-uurs-zorg op Tholen/St. Philipsland en de vastlegging van het ontwikkelingsproces) zijn formeel haalbaar geworden door de projectstructuur. Zonder de instelling van de twee groepen en de aanwezige projectleidster en onderzoekers met een afsprakensysteem zou dit niet gelukt zijn. Het is moeilijk achteraf te stellen wat beter zou zijn geweest, respectievelijk welke alternatieven gelijkwaardig of meer succes zouden hebben gehad.

hoofdstuk 5 De externe voorwaarden

Onder de externe voorwaarden hebben we in dit onderzoek verstaan:

1 De initiatieven vanuit het project naar externe partijen v.v. op het gebied van informatie-uitwisseling, samenwerking en afstemming van beleid van derden op de 24-uurs-zorg. Met „externe partijen" of „derden" hebben wij bedoeld organisaties en personen waarmee de 24-uurs-zorg rekening moet houden omdat zij ook hulp bieden aan dezelfde personen in de 24-uurs-zorg.
In het project waren dit voornamelijk huisartsen, het ziekenhuis 'Lievensberg', het verpleeghuis A.B.G. (beide te Bergen op Zoom), de gezinszorg, en de media.

2 De (knelpunten in de) communicatie, samenwerking en beleid, die de uitbouw van de 24-uurs-zorg hebben geblokkeerd, respectievelijk (ontwikkelingen die tot de invoering hebben bijgedragen) gestimuleerd.

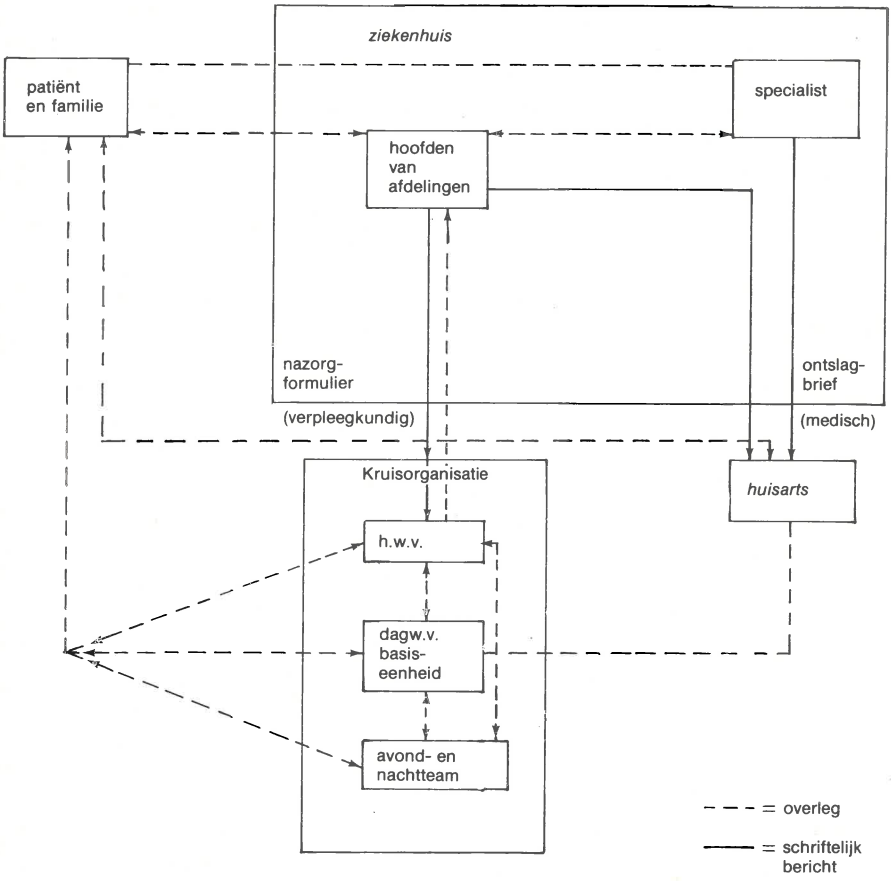
Wij zullen hieronder de ontwikkelingen tussen de 24-uurs-zorg en de genoemde instellingen schetsen zoals we ze in de afgelopen 2 jaar hebben waargenomen en daarna uit deze beschrijvingen trachten aan de hand van enige begrippen verklaringen te zoeken.

5.1 De huisartsen

In de voorbereiding van het experiment werd twee keer een gesprek gevoerd met de groep huisartsen uit het werkgebied. In deze gesprekken werden de doelstellingen van het experiment en de aanpak van de verpleegkundigen uit de dag- en avondzorg uitgelegd. Eén afspraak werd vooraf gemaakt: de voortgang van de medische behandeling berust bij de huisarts. Wanneer de situatie van de patiënt vraagt om een wijziging van deze behandeling, dan wordt dit onder de aandacht gebracht van de huisarts. Bij de start van het experiment werd er vanuit gegaan, dat de normale overlegafspraak tussen huisartsen en wijkverpleegkundige, tijdens het samenwerken in de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, ook voor de 24-uurs-zorg voldoende zou zijn. De avond- en nachtverpl. kan 's avonds en 's nachts de huisarts bellen als er complicaties optreden.
In de loop van het project bleken de volgende zaken;

a dat huisartsen niet op de hoogte waren van het feit, dat er patiënten uit hun praktijk werden opgenomen in de 24-uurs-zorg.
De aanmelding van deze patiënten gebeurde door het ziekenhuis of de familie van de patiënt. De huisarts kreeg dan na verloop van tijd bericht en voelde zich 'gepasseerd'. De medische behandeling en controle werd vanuit het ziekenhuis overgedragen door het ontslagbericht van de specialist op een tijdstip dat de patiënt al thuis was en de 24-uurs-zorg reeds gestart was. In onderstaand schema is de berichtgeving bij ontslag weergegeven.

Figuur 8 Contacten tussen hulpverleners bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis



Achtereenvolgens vindt plaats:

- Overleg tussen hoofd van afdeling met patiënten en familie, waarbij de hoofdverpleegkundige tracht in te schatten of patiënt en familie kunnen voorzien in de nodige zorg en aandacht.
  Het hoofd is op de hoogte van de mogelijkheden van de 24-uurs-zorg zodat in het geval van ontslagvoornemens van patiënten bij wie nog veel zorg nodig is, de mogelijkheden van de kruiszorg kunnen worden genoemd.
- Het hoofd van de afdeling geeft haar indrukken over de opvangmogelijkheden thuis en de motivatie van patiënt en familie door aan de behandelend specialist. Als er sprake is van een patiënt, die in de 24-uurs-zorg moet worden opgenomen, wordt eerst overleg gepleegd met de h.w.v., die wekelijks de ronde maakt langs de hoofden van het ziekenhuis om informatie over patiënten te horen en te geven.
- Als een specialist het voornemen heeft een patiënt te ontslaan is de h.w.v. al op de hoogte van dit komend ontslag en kan zij het voorbereiden. Met de betrokken dagwijkverpleegkundige wordt het verpleegplan opgesteld, de opnamecriteria in de 24-uurs-zorg vergeleken met de situatie van de patiënt en afspraken gemaakt over de contacten die er gelegd moeten worden met huisarts, mantelzorg, gezinshulp, enzovoort.
- Van het ontslag wordt schriftelijk bericht gezonden aan de kruisvereniging door het hoofd van de afdeling. Soms gaat een kopie daarvan naar de huisarts. De specialist zendt een ontslagbrief met medische gegevens aan de huisarts. Deze brief komt later dan de kopie-ontslagbrief van het hoofd van de afdeling bij de huisarts. Meestal werkt de specialist de ontslagbrieven enige dagen na het ontslag af waardoor er soms een week of meer vertraging kan ontstaan.
  Soms zendt de specialist een voorlopig bericht van ontslag (met de voornaamste medische informatie) naar de huisarts, waardoor de laatste tijdig op de hoogte is.
  Het kan dus voorkomen dat de huisarts te laat bericht ontvangt van de specialisten en dat hij daardoor niet over de gegevens beschikt om de continuïteit in de medische behandeling te garanderen. De huisarts is wèl tijdig op de hoogte van het ontslag, als hij door de h.w.v. of de dagwijkverpleegkundige wordt betrokken in het overleg, en zodoende op de hoogte is van de afspraken die er over de verpleegkundige zorg door h.w.v., dagwijkverpleegkundigen en avond- en nachtzorg worden gemaakt.

b soms waren de grenzen tussen wat nu geacht wordt zorg van medische aard van de huisarts te zijn en wat valt onder de kruiszorg niet precies te trekken. Althans deze grenzen zijn niet zo vanzelfsprekend voor alle betrokkenen, dat er geen extra-overleg nodig is. Twee soorten van patiëntsituaties kwamen in dit verband naar voren waarbij de taakafba-

kening tussen huisarts en wijkverpleegkundige onduidelijk was, hetgeen overleg vergde:

1 Situaties van patiënten waarbij de zorgcoördinatie niet bij de patiënt of zijn/haar huisgeno(o)t(e) berust maar tijdelijk moet worden opgedragen aan een derde. In die gevallen moet het bewaken van de algemene conditie van de patiënt, de afstemming van de lichamelijke, medische en huishoudelijke ondersteuning en het in het oog houden van de doelstellingen van de zorg worden verricht door een persoon van buiten. Deze spil-functie in de zorg gaat niet automatisch naar de huisarts, noch naar de dagverpl. Wie de taak krijgt, hangt af van de relatie die de patiënt met deze persoon heeft, en de familie. In het project bleek, dat de huisartsen verschillen in visie op hun eigen bijdrage voor deze gevallen. Sommigen menen dat de coördinatie van de zorg valt onder hun taak, anderen zijn meer geneigd deze taak alleen op zich te nemen wanneer de situatie erom vraagt en zich primair te richten op de typisch medische verantwoordelijkheid.

2 Situaties waarin de verpleegkundige zorg van de verpleegkundigen in de 24-uurs-zorg medische verrichtingen omvat, bijvoorbeeld het plaatsen van een catheter. In deze gevallen bestaat de afspraak, dat de huisartsen de eind-verantwoordelijkheid houden en de verpleegkundigen die de medische handeling verrichten dat ook onder hun eigen verantwoordelijkheid doen. Afspraken over en weer zijn dan nodig over tijdstip, werkwijze, instructies voor de patiënt en controle. In de loop van het project bleken er, zowel voor de situaties onder a als b geen voldoende overleg momenten te bestaan tussen de huisartsen en de verpleegkundigen. De normale overlegmogelijkheid tussen huisarts en dagverpl. w.v. tijdens de spreekuren bleek niet voldoende. Het aanvullende overleg tussen de h.w.v. en de huisartsen, dat op initiatief van de h.w.v. plaats vond wanneer zij dat voor een bepaalde zorgsituatie noodzakelijk achtte verliep niet zo bevredigend.

c De functionele relatie tussen huisartsen en de verpleegkundigen van de kruisorganisatie werd niet ondersteund door een optimale samenwerking tussen de plaatselijke huisartsengroep en de kruisorganisatie. Toen in de loop van het project de klachten over het verloop van de 24-uurs-zorg in een overleg met de huisartsen werden ingebracht, bleken de huisartsen veel kritiek te hebben op de kruisorganisatie. Plaatselijk zien de huisartsen zich geconfronteerd met een groeiende kruisorganisatie, geleid door een h.w.v. die samen met het team knelpunten in de zorg probeert op te lossen. Er ontstaan regels, de afstemmingsafspraken worden geconcipeerd en er worden intenties in de zorg opgenomen (bijvoorbeeld het afbouwen van bepaalde handelingen om de vitaliteit van de patiënt niet te reduceren). De huisartsen merken dit aan de

veranderingen in het samenspel met de dagwijkverpleegkundige in hun woonplaats. Eén van de huisartsen merkte hierover op: 'Een wijkverpleegkundige had vroeger een eigen verantwoordelijkheid. Zodra er iets was met een patiënt nam ze contact op met de huisarts. Wanneer zich nu iets voordoet bij een patiënt wordt dat door de wijkverpleegkundigen onderling besproken. De huisartsen worden zo buitengesloten omdat de wijkverpleegkundigen autonomer zijn gaan werken.'
De solistisch werkende wijkverpleegkundige die een spontane, weinig geformaliseerde, werkrelatie onderhield met de huisarts is verdwenen.

Deze vraagstukken zijn tijdens het experiment ingebracht in aparte bijeenkomsten van de beleidsgroep met onderzoekers en de huisartsen, die ten tijde van het gereedkomen van een tussentijdsrapport werden gehouden. In deze bijeenkomsten werden ook de achtergronden verkend van deze knelpunten en gezocht naar oplossingen.

Voor wat betreft het eerste punt, het tijdig informeren van de huisartsen over een opname van een patiënt in de 24-uurs-zorg, werd geconstateerd, dat tijdige specialistische berichtgeving aan de huisartsen vanuit het ziekenhuis niet in alle gevallen verwacht mag worden. De medische verantwoordelijkheid voor de patiënt na het vertrek uit het ziekenhuis berust bij de huisarts. Hij is ook meestal via het verstrekken van medicijnen betrokken bij de verzorging van de patiënt. Overleg met de huisarts over opname van de patiënt in 24-uurs-zorg wordt noodzakelijk geacht.
In het project zijn hierover afspraken gemaakt; middels verpleegplannen zou de berichtgeving op gang komen. Bovendien is overleg geïnitieerd door de kruisvereniging om te voorkomen, dat er onenigheid tussen de huisarts en de verpleegkundige optreedt over de grenzen tussen het medische, respectievelijk het verzorgende en verpleegkundige deel in de zorg. Dit overleg werd in de loop van het project opgestart aan de hand van een verpleegplan van een patiënt, opgesteld door een van de verpleegkundigen. Het laatste halfjaar van het project werd gestart met het werken met verpleegplannen.
De systematische analyse van de zorgsituatie van de patiënt en het zorgaanbod betekenen een verheldering van de inzet van de kruiszorg. Deze verheldering (zie par. 3.4.2) heeft een positieve invloed op de samenwerking met de huisarts gehad. Door het kennisnemen van de overwegingen van de kruiszorg die achter de werkwijze verscholen liggen, wordt het mogelijk voor de huisarts om mee te denken, suggesties te geven en te wijzen op de samenhang met door hen verleende zorg.

De kritiek van de huisartsen op de kruisorganisatie, zoals die tijdens de gesprekken naar voren kwam staat voor een deel los van de incidenten in de samenwerking tijdens de verstrekking van de zorg. De incidenten

hebben niet geleid tot een vermindering van de inzet van de huisartsen om het project succesvol te laten verlopen. Wel waren deze incidenten aanleiding om de bedenkingen van de huisartsen over de relatie met de kruisvereniging te uiten. Gezien de noodzaak van een goede werkrelatie in de eerstelijnszorg tussen huisartsen en wijkverpleegkunde blijft het werken aan de voorwaarden van de samenwerking door middel van professionele informatie-uitwisseling en beleidsafstemming op locaal en regionaal niveau hard nodig.
Professionele informatie-uitwisseling, gericht op de verbetering van de wederzijdse beeldvorming is noodzakelijk, om te voorkomen dat incidenten in een verder goed verlopende zorg blokkerend werken voor de samenwerking. Deze uitwisseling kan het best teamgericht plaatsvinden, bijvoorbeeld door bepaalde verpleegkundige behandelingen, intake-procedures voor de 24-uurs-zorg, medisch-technische ontwikkelingen, enzovoorts. Wanneer de huisartsen sterker betrokken willen zijn bij de ontwikkeling van de zorg door de kruisverenigingen, dan is multi-disciplinair overleg, bijvoorbeeld in de vorm van een home-team, onvermijdelijk. (Zie hiervoor F. Huygen, Het Home-team, Huisarts en Wetenschap, 5, 1962).

De tegenstellingen die de huisartsen signaleren in de beleidsontwikkelingen op landelijk niveau voor de eerstelijns-gezondheidszorg en het beleid voor de vestiging en praktijkontwikkeling voor de huisartsen zijn in het kader van de lokale situatie op Tholen/St. Philipsland niet oplosbaar. Het verdient wel aanbeveling om in regelmatig overleg met het bestuur van de plaatselijke kruisvereniging en de Provinciale Vereniging de beleidsgevolgen te verkennen. Hierdoor kan worden voorkomen dat er lokaal ontwikkelingen optreden, die de tegenstellingen verscherpen.

In figuur 9 hebben we bovengenoemde voorwaarden voor goede samenwerking nog eens weergegeven.

De avond- en nachtzorg is illustratief voor de gewijzigde verhoudingen. Net zoals de huisarts zelf ging de wijkverpleegkundige vroeger ook 's avonds of 's nachts langs als dat nodig was. De praktijkvoering van de huisarts is solistisch gebleven, alleen voor wat betreft de vervanging in het weekend en tijdens verlof wordt er met collega's samengewerkt. Wijkverpleegkundigen werken nu in teamverband.

De acceptatie van deze ontwikkeling door de huisartsen is niet tot stand gekomen omdat er voor de huisartsen een geleidelijk verlies is opgetreden van wat wel genoemd wordt 'zorg-domein'. Het gebied van zorg waarop de hulpverlener meent aanspraak te maken voor zijn professie. In de in het kader van het experiment gevoerde gesprekken met de huisartsen in december 1983 en januari 1984 werden signalen geuit over de bij de

Figuur 9 Voorwaarden voor samenwerking

Niveau	Doelstelling	Functie	Activiteit
patiënt gericht functioneel werkoverleg	afstemming zorg tussen hulpverleners per patiënt	wederzijds contact t.b.v. zorg voor patiënt	– dagwijkverpleegkundige neemt initiatieven voor coördinatie 24-uurs-zorg – overleg huisarts-wijkverpleegkundige b.v. over diagnose (huisarts verantwoordelijk voor medische informatieverstrekking aan patiënt) medicijnengebruik en controle, uitleg symptomen en herkenning, bespreking samenhang medicatie en zorg, pijnbestrijding, begeleiding mantelzorg enz.
de basis-eenheid/huisarts	creëren voorwaarden voor wederzijds contact	wederzijdse beeld-vorming als voorwaarde voor samenwerking	tema-gericht overleg tussen huisartsen en medewerkers basiseenheid
koepel	voorkomen ernstige belangentegenstellingen	verkenning landelijk beleid	regelmatig overleg tussen huisartsenvereniging en bestuur plaatselijke vereniging Groene Kruis enz.

huisarts levende ontevredenheid over dit domeinverlies. De huisartsen zien dit verlies en hebben nog geen greep ontwikkeld op hun positie in de eerstelijns-gezondheidszorg, waardoor dit verlies kan worden gecompenseerd.
De huisartsen verwachten dat er landelijk door de kruisorganisatie steeds meer van hun zorgdomein zal worden geclaimd. De goedkoop werkende artssolist, die niet in de gelegenheid is extra werk te stoppen in overleg en afstemming, zal door deze landelijke ontwikkeling terzijde worden gedrukt, zo vreest men. Gelukkig denken anderen er niet zo over. Niemand kan zich een integrale eerste-lijns-gezondheidszorg voorstellen zonder huisarts.

5.2 De gezinszorg

De Stichting Maatschappelijke Dienstverlening, gevestigd te Tholen verzorgt voor het eiland Tholen het maatschappelijk werk, de ambulante bejaardenzorg, de gezinszorg, en de verstrekking van warme maaltijden. De relatie tussen de gezinszorg en de wijkverpleegkundigen kent allerlei momenten van overleg en contact. De coördinator van de Stichting overlegt regelmatig met de h.w.v., de leidsters en de coördinator zijn in het begin van het project op bezoek geweest bij de voltallige teamvergadering om over 24-uurs-zorg te praten. Elk nieuw teamlid van de basiseenheid wordt tijdens de inwerkperiode voorgesteld aan de leidster van de Stichting. Tijdens de experimentele periode van het project zijn er geen bijzondere vragen gesteld aan de gezinszorg voor het verlenen van extra hulp

aan patiënten opgenomen in de 24-uurs-zorg. Wèl is de stichting zelf gaan experimenteren met een vorm van 'aangepaste gezinszorg', die in principe ook een 24-uurs-zorg aan cliënten kan inhouden.

aangepaste hulp

Hieronder volgen enige voorbeelden van deze aangepaste hulp:

1 Een bejaard echtpaar, waarvan de vrouw een open been heeft, wordt geconfronteerd met een ernstige ziekte van de man. Opname lijkt de enige oplossing, maar de man wil liever thuis blijven. In overleg met de wijkverpleegkundige wordt afgesproken dat de wijkverpleegkundige de vrouw blijft behandelen. De helpster van de gezinszorg komt meerdere malen per dag langs en is ook 's nachts telefonisch oproepbaar.
2 Een patiënt ligt te wachten op een wasbeurt van de verpleegkundige. Het wordt 12.00 uur en de verpleegkundige laat nog steeds op zich wachten. De bejaardenhelpster is wel aanwezig. De patiënt wil dat deze helpster de wasbeurt doet. De laatste belt de verpleegkundige en voert de wasbeurt uit.
3 Soms begeleiden de helpsters de cliënt met naar het ziekenhuis gaan. De helpsters helpen alleenstaande bejaarden met verhuizen of de overstap naar een bejaardenhuis.
4 Een cliënte, een weduwe met vijf jonge kinderen, wordt overspannen en heeft dringend een week vakantie nodig. Een gezinsverzorgster wordt een week dag en nacht ingezet, zodat de cliënte een week weg kan. Een hierop gelijkend voorbeeld is de inzet van een gezinsverzorgster in het gezin van een gescheiden invalide vrouw met een jong kind (2 jaar) waardoor een week vakantie met de gezinsverzorgster in een bungalowpark mogelijk werd.

Men verwacht geen overlap in de zorg aan cliënten waarbij ook de kruisvereniging intensief betrokken is. Althans geen overlap die niet bespreekbaar is en niet leidt tot goede onderlinge taakafbakening. Voor wat betreft patiënten, die in de afgelopen periode in de 24-uurs-zorg waren opgenomen hebben zich geen bijzondere overlegsituaties voorgedaan.

De werkrelatie met de gezinszorg heeft zich vanaf het begin gekenmerkt door een grote bereikbaarheid en wederzijdse bereidheid om elkaar te helpen, waar nodig. Tijdens deze projectperiode verzorgde een aantal verpl. een instructiemiddag voor bejaardenhelpsters over de omgang met bedlegerige patiënten, waarin praktische aanwijzingen voor de begeleiding, het tillen, neerleggen van kussens en dergelijke werd gegeven. Er is een potentiële overlap in het aanbod van de kruiszorg en de gezinszorg, zeker in het kader van de 24-uurs-zorg. Als de avonddienst niet meer inhoudt dan het naar bed brengen van de patiënt dan zou dit in principe net zo goed door de gezinszorg gedaan kunnen worden. Door wondverzorging, en dergelijke verpleegkundige handelingen onderscheidt de kruiszorg

zich van de gezinszorg. De gezinszorg zèlf onderscheidt zich van de kruiszorg door veel gerichter in te gaan op de specifieke taken van de huishouding, waarvoor de mantelzorg zich gesteld ziet. De gezinsverzorgster heeft mede door de variabele werktijden, die de 'aangepaste zorg' mogelijk maakt nu een functie in de opvang van intensieve gevallen van thuisverpleging bij de tijdelijke vervanging respectievelijk aanvulling van de mantelzorg.

Dat er geen concurrentie tussen beide zorgen plaatsvindt op Tholen/St. Philipsland ligt aan de nuchtere benadering van de leiding van de instellingen (h.w.v. en coördinator), de continue aandacht van de werkers voor de afstemmingsvragen en de veranderingen in elkaars werk en misschien wèl 't belangrijkste: aan de houding van beide zorginstellingen, dat het welbegrepen eigen belang van zorgvuldig inzetten van de schaarse middelen moet leiden tot een goed gebruik over en weer van diensten ten behoeve van vele hulpvragen.

5.3 Het ziekenhuis Lievensberg te Bergen op Zoom

Het ziekenhuis behandelt jaarlijks circa 10.000 patiënten. De opnameduur ligt op 10.5 dag per patient, iets lager dan het landelijk gemiddelde van 12 dagen. Men kent in het ziekenhuis tijdens de projectperiode geen dagverpleging*; ook voor kleine chirurgische ingrepen moet men worden opgenomen. De directie en verpleegkundige hoofden van afdelingen zijn op de hoogte van de invoering van de 24-uurs-zorg op Tholen/St.Philipsland. Ook de specialisten zijn hiervan op de hoogte gesteld.
De hoofden van afdelingen hebben de indruk dat patiënten van Tholen/St. Philipsland korter opgenomen zijn in het ziekenhuis. Wij hebben dit niet met cijfers over opnameduur kunnen onderbouwen. Het korter opgenomen zijn van patiënten op basis van godsdienstige overwegingen, wat regelmatig voorkomt, en met de wens van de familie de terminale of chronische patiënt weer snel thuis te hebben *én met het aanbod van 24-uurs-zorg.* De samenwerking met de hoofdwijkverpleegkundige bij ontslag is zeer goed. De hoofdwijkverpleegkundigen komen regelmatig langs, waardoor hoofden van afdelingen hun indrukken van de situatie van de patiënt en de motivatie van de familie om de patiënt thuis te verzorgen kunnen uitwisselen. Dit overleg vindt plaats nog voordat er officieel sprake is van ontslag.

De specialisten zijn op de hoogte van deze verkenning door het hoofd van de afdeling en houden rekening met het advies van het hoofd bij de officiële

---

* Dagverpleging is ingegaan vanaf januari 1985

vaststelling van het ontslag. Het hoofd van de afdeling beoordeelt afhankelijk van de situatie van de patiënt of:

- er voldoende ziektebewustzijn is bij patiënt en familie. Vaak kent de familie de prognose, maar de patiënt niet. De verpleegkundige mag het slechte nieuws niet aan de patiënt geven. De behandelend arts is verantwoordelijk voor het geven van de informatie over de ziekte aan de patiënt. Sommige specialisten vinden dit een onprettige taak en laten dit over aan collega's die ook betrokken zijn bij de behandeling. Vaak moeten verpleegkundigen die taak overnemen, omdat de situatie met de patiënt onhoudbaar wordt.
- er voldoende motivatie is bij de familie om de patiënt te verzorgen. Hoofden zijn door ervaring wijs geworden en checken de vaak lichtvaardig gegeven beloften tot verzorging door familieleden bij patiënt, hoofdwijkverpleegkundige en anderen.
- er voldoende hulpmiddelen zijn voor vervoer en eerste opvang (ambulance, zuurstof, bed, medicijnen, dieet, enz.)
- de zorg van de dagdienst en avond- en nachtdienst klaar staat om de patiënt en de mantelzorg te assisteren.

Bij het ontslag gaat er bericht van de hoofdverpleegkundigen naar de kruisorganisatie (de h.w.v.) en soms naar de huisartsen. Het ziekenhuis bericht de huisartsen vaak niet meer omdat het 'nazorgbericht' geen medische gegevens bevat, die de huisartsen eigenlijk wel verwachten. De specialist is verantwoordelijk voor de medische ontslagbrief en overdracht van de patiënt naar de behandelend huisarts.

De huisartsen moeten eigenlijk wel goed op de hoogte zijn bij het ontslag, want op het moment dat de patiënt thuiskomt zou de overdracht van behandeling ook geregeld moeten zijn. Sommige specialisten zorgen ervoor, dat de medische informatie bij ontslag op hetzelfde moment bij de huisarts is. Of als dit niet lukt er een telefonisch of schriftelijk bericht van aankondiging is. Het komt ook voor, dat specialisten pas later het ontslagbericht verzenden. In de 24-uurs-zorg kan dat leiden tot een opgestarte intensieve thuisverpleging, waarbij de huisarts pas later hiervan hoort. (zie paragraaf 5.1)

De leidster van dit experiment, de h.w.v., onderhield al vóór de start een goede relatie met de hoofden van afdelingen in het ziekenhuis 'Lievensberg'. Door de wekelijkse bezoeken leerde men elkaar goed kennen en de h.w.v. verzorgt in de leerlingenopleiding een lessenpakket MGZ.

Bij de start van het project werd het ziekenhuis op de hoogte gesteld en kreeg de h.w.v. de gelegenheid om tijdens een halfjaarlijkse evaluatiebijeenkomst, met betrekking tot beleid en ontwikkeling, met de hoofden van alle afdelingen het project en de werkwijze toe te lichten. Dit heeft ertoe geleid dat het ziekenhuis voor patiënten uit Tholen/St.Philipsland na een half jaar is gaan anticiperen op eerder ontslag van de patiënt, waarbij de 24-uurs-zorg tijdelijk kan worden ingeschakeld. Doordat er goed overleg

mogelijk is met de h.w.v. kunnen zij het ontslag precies voorbereiden, dat wil zeggen doorpraten met de h.w.v., die dan met de eerstelijnszorgers en de mantelzorgers de komst van de patiënt voorbereidt.
Soms komt het voor dat een hoofd van de afdeling een ontslag vanuit het ziekenhuis moet voorbereiden, waarbij men geen beroep kan doen op een plaatselijk bekende zorg-coördinator, zoals de h.w.v. In dat geval is men soms drie uur achter elkaar bezig om gezinshulp, tafeltje-dekje, enzovoorts te regelen ten behoeve van de terugkeer. Inschattingsfouten worden in het overleg ook hersteld:
'Bejaarde patiënt ligt op de afdeling chirurgie na prostaatoperatie. In een gesprek met de familie wordt door het hoofd van de afdeling het ontslag voorbereid. De patiënt moet gespoeld worden en de kinderen moeten dit doen. De hulp wordt toegezegd en het ontslag kan worden voorbereid. Nog voordat de patiënt wordt ontslagen belt één van de kinderen met de h.w.v.:'hoe moet dat nou? We hebben het wel toegezegd, maar we schrikken er eigenlijk voor terug'.
De h.w.v. stelt het hoofd van de afdeling op de hoogte van de reactie van de kinderen en overlegt met het hoofd over de inschakeling van de kruiszorg. Het hoofd is weer een ervaring wijzer geworden.
Beleidsmatig ziet men deze zorg goed aansluiten bij het ziekenhuisbeleid, gericht op verkorting van opnameduur. Vooral voor terminale en chronische patiënten ziet men deze zorg als zeer relevant, omdat de specialist weet dat er professionele verpleegkundige hulp thuis bereikbaar is bij het optreden van complicaties. Voor de andere categorieën patiënten, waarbij volledig herstel kan worden bereikt, is het de vraag of verkorting van de opnameduur door inschakeling van de 24-uurs-zorg mogelijk is. De optredende complicaties bij deze groep herstellende patiënten na een ingreep zijn zeer beperkt en vereisen veelal behandeling van specialisten.
De samenwerking met de basiseenheid in het kader van het experiment verloopt zeer goed. Behalve het goed op elkaar aansluiten van de onderlinge contacten is hier ook aan drie andere voorwaarden voor samenwerking voldaan:

- de professionele visie op de zorg van de hoofden van afdeling en de hoofdwijkverpleegkundigen is gelijkluidend en wordt regelmatig geëvalueerd.
- er is grote belangstelling voor de resultaten van de 24-uurs-zorg, omdat het belang van het ziekenhuis (verkorting opnameduur) parallel loopt aan de belangen van de kruisorganisatie (het 24-uurs-aanbod van het basispakket van kruisorganisatie);
- overleg en sturing van de zorg zijn in het ziekenhuis normale, vaak terugkerende zaken.

De hoofden van afdeling zijn gewend vrij direct te communiceren ten behoeve van deze coördinatie. De aanwezigheid van communicatievaardigheden en ervaring komt de ontwikkeling van de 24-uurs-zorg in een vlot

wederzijds contact ten goede. Door de hoofden van afdelingen werd tijdens een interview naar voren gebracht, dat in sommige gevallen ontslag alleen mogelijk is, als de 24-uurs-zorg beschikte over een te allen tijde bereikbare zuster, die ook daadwerkelijk hulp kan verlenen. Als men onzeker is over de situatie van de patiënt, respectievelijk zijn vermogens om met de apparatuur, medicaties en dergelijke om te gaan werkt de mogelijkheid van het alarmnummer alleen al geruststellend en ontslagbevorderend.

5.4 Het Algemeen Burger Gasthuis te Bergen op Zoom

Toen in 1968 het ziekenhuis naar zijn nieuwe behuizing trok werd in het van de dertiende eeuw daterende Algemeen Burger Gasthuis een verpleeghuis gevestigd. Na de laatste uitbreiding en verbouwing in 1983 biedt het gasthuis plaats aan ongeveer 250 opgenomen patiënten. Wekelijks kunnen circa 40 patiënten overdag hulp en verzorging met de dagbehandeling ontvangen.
Van de interne patiënten is de verdeling:

– psychogeriatrisch	120
– somatisch	
. revalidatie	40
. terminaal	40
. langdurig ziek	45

De verdeling van de plaatsen op de dagbehandeling is:
– 14 plaatsen voor somatische patiënten;
– 12 plaatsen voor psychogeriatrische patiënten.

Ongeveer 20 procent van het aantal opgenomen patiënten in het ABG is afkomstig van Tholen/St.Philipsland.
De intake-procedures voor opname in het ABG en de dagbehandeling zijn uiterst zorgvuldig, hetgeen onder meer samenhangt met de voorschriften voor de AWBZ (vergoedt 100 procent) en de afgifte van een machtiging door een arts voor opname. Na aanmelding volgt bezoek aan patiënt door de maatschappelijk werker van het verpleeghuis, kennismaking met de patiënt door de arts van het ABG, en voorlichting over het verpleeghuis aan de familie. Nadat de opnamecommissie vastgesteld heeft dat er plaats is, kan opname volgen. Deze volgt uitsluitend na machtiging en goedkeuring van de arts van de AWBZ.

De dagbehandeling richt zich uitsluitend op die patiënten, waarvan men verwacht dat behandeling een verbetering van het functioneren zal inhouden. De behandeling vindt plaats tussen 10.00 uur en 15.30 uur. De patiënten worden gehaald en gebracht.
De groep somatische patiënten kunnen fysiotherapie krijgen. De psycho-

geriatrische patiënten onderscheidt men in een groep demente patiënten en een tussengroep.

De demente patiënten werken een groepsprogramma af, gericht op geheugentraining, oriëntatietraining, groepsgymnastiek en bezigheidstherapie. De tussengroep zijn patiënten, waarbij de nadruk valt op hun inactiviteit (kunnen zowel somatisch als psychische handicap hebben). Het programma van behandeling lijkt op dat voor de demente patiënten maar is uitgebreid met extra gespreksgroepen.

De intake-procedure voor de dagbehandeling lijkt op die van de interne opname.
Het hoofd van de dagbehandeling bezoekt de thuissituatie en observeert de patiënt.
Ook met de kruisorganisatie worden afspraken gemaakt om de afstemming tijdens het verblijf op de dagbehandeling met de zorg, die 's morgens of 's avonds wordt verstrekt, te bereiken.
Ook wordt de h.w.v. of de dagwijkverpleegkundige soms gevraagd om informatie te geven over de patiënt of over de partner. Juist bij psychogeriatrische patiënten of inactieve patiënten is het niet gemakkelijk om een indruk te krijgen van het niveau en de ontwikkelingsmogelijkheden van de patiënt. De partner speelt een belangrijke rol in de opvang van de patiënt en de stimulans, die nodig is om van de dagbehandeling ten volle profijt te trekken.
Voor demente patiënten begeleidt het ABG speciale partnergroepen om hen te ondersteunen bij de thuisopvang. Bij de aanwezigheid van een vitale partner, ook vaak een voorwaarde voor thuiszorg, kan blijvende opname voorkomen worden.
De afwezigheid van zo'n partner veroorzaakt de opname van ongeveer 40 patiënten, uit de totale regio van het ABG.
Ontslag uit het verpleeghuis respectievelijk de dagbehandeling volgt, wanneer de verpleging overgaat in verzorging of het doel van de dagbehandeling (de gewenste verbetering in het functioneren) is gehaald.

De contacten tussen het ABG en de h.w.v. in het kader van de 24-uurszorg betreffen slechts enige patiënten (2 tot 3) in de afgelopen projectperiode. Het overleg betreft dan opname in de dagbehandeling, ontslag of opname voor 24 uur in het verpleeghuis. Met name het dagbehandelingsoverleg vraagt om veel begrip over en weer voor elkaars werk. De contacten waren daardoor wel heel intensief.

Het hoofd van de dagbehandeling heeft een werkvergadering van de basiseenheid bezocht en uitleg gegeven over de werkwijze. In specifieke gevallen vindt overleg plaats ten behoeve van de afstemming (mantelzorg, begeleiding, verzorging, en dergelijke).

In de loop van het project zijn de hoofden en de maatschappelijk werkers van het verpleeghuis sterker betrokken geraakt bij de thuisverpleging op Tholen/St. Philipsland en het werk van de kruiszorg.
Het verpleeghuis communiceert vrij open met de werkers in de eerstelijnszorg en deze hebben het vertrouwen dat de instelling ook iets voor hen doet. Moeilijkheden komen voor, maar bleken in de afgelopen 2 jaar steeds bespreekbaar en op te lossen. Het verpleeghuis heeft voor wat betreft de toevoer van patiënten (20% komt van het eiland) een groot belang bij een goede relatie met de eerstelijns werkers daar. De basiseenheid heeft de mogelijkheid van de dagbehandeling de afgelopen jaren gebruikt voor de thuisverpleegden, waar de mantelzorg enige tijd ontlast moest worden, maar vooral voor patiënten die zeer gericht gereactiveerd moesten worden om dreigend functieverlies te voorkomen. Dit belang van de zorg van het verpleeghuis gekoppeld aan de permanente mogelijkheid van een adres te hebben voor een acute opname betekent, dat ook de kruiszorg zich moeite getroost om de samenwerking met het verpleeghuis goed te laten verlopen.

5.5 De media

Vanaf het eerste begin is er vanuit het project een beroep gedaan op de in de regio verschijnende Eendrachtbode en de provinciale couranten, van Zeeland en Brabant (Provinciale Zeeuwse Courant, De Stem en Brabants Nieuwsblad) om aan hun lezers informatie te verstrekken over het project.

De Eendrachtbode verzorgde in 1983 en 1984 twee keer een artikel over het project, waarin men de start en de voortgang besprak. Dit is gebeurd op basis van een verzonden persbericht, ontvangen samenvatting of gesprek met de projectleidster respectievelijk de beleidsgroep. In mei 1984 verscheen een artikel (met de kop 'Experiment 24-uurs-zorg vervult vitale functie) waarin ook erg veel gegevens en indrukken van de onderzoekers werden vermeld. Mede op grond van dit artikel, (De afstand huisarts-ziekenhuis is ook verschrikkelijk groot' werd als bijzonder storend ervaren) kwam er met de huisartsen een discussie op gang over de berichtgeving bij ontslag uit het ziekenhuis en de opname in de 24-uurs-zorg. Jaarlijks verzorgt de Eendrachtbode ook een uitgebreid verslag van de algemene ledenvergadering van de plaatselijke kruisvereniging, waarvan praktisch alle gezinnen op het eiland lid zijn. In dezelfde krant verscheen in juni 1983 een dankbetuiging van de familie van een overleden patiënt in het blad, waarin de goede verzorging van 'zowel dag- als nachtverpl. in het Groene Kruis' werden genoemd.
In de provinciale couranten werd er tweemaal een bericht opgenomen over start en voortgang van het project. De beleidsgroep van het project heeft

zich in de loop van het project (begin 1984) op het standpunt gesteld dat de berichtgeving naar de pers niet mocht afhangen van de toevallige interesse van deze of gene journalist. Vanaf mei 1984 werd afgesproken dat slechts de beleidsgroep met de pers in contact zou treden en de contacten niet meer af te laten hangen van initiatieven van journalisten.

De alerte en uitgebreide berichtgeving in de Eendrachtbode heeft zeker bijgedragen tot de inburgering van de nieuwe zorg op Tholen/St. Philipsland. De signalering in de provinciale pers heeft het thema 24-uurs-zorg onder de aandacht gebracht, hetgeen in de loop van de afgelopen 2 jaar in Zeeland onder meer heeft bijgedragen tot de ontwikkeling van een beleid voor avondzorg door de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis.

Naar de vakgenoten in de kruiszorg in den lande werd vanuit het project een samenvatting van de interimrapportage verzonden. De Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis verzond exemplaren van het eerste tussentijdse rapport. De onderzoekers publiceerden een artikel over het experiment in het tijdschrift M.G.Z. (12° jg, nr. 5, mei 1984).

5.6 Overige externen

In de loop van het project zijn er vele instellingen en instanties geweest, die bij het experiment betrokken zijn geweest. De P.T.T. in Breda heeft zich ingespannen om de mobilofoon te leveren, hetgeen veel moeilijker is verlopen dan verwacht door de projectleiding. De inspectie van volksgezondheid van Zeeland, in de persoon van Mw. Vader heeft zich zeer geïnteresseerd doch kritisch opgesteld naar het project. Uit de gesprekken met de inspectie zijn nieuwe aandachtspunten naar voren gekomen, zoals de substitutie van zorg binnen de dagzorg ten gevolge van het nieuwe aanbod van avondzorg en de betekenis van de zorgcoördinatie met mantelzorg en andere hulpverleners voor het opleidingsniveau. De thematiek vindt u terug in dit rapport. De relatie van de inspectie naar het project was niet afwijkend van de normale toetsende opstelling en behoeft als zodanig geen nadere bespreking. De GMD (Gemeenschappelijke Medische Dienst) te Goes heeft zich geïnteresseerd getoond in de ontwikkeling van een nieuw thuisverplegingsaanbod. Zij waren aanwezig tijdens de voorlichtingsbijeenkomst bij het begin van het project en hebben onderweg in voorkomende gevallen concreet hulp geboden met de financiering van hulpmaterialen. Als instelling speelt de GMD een rol op afstand: de GMD kan bij voldoende zicht op het aanbod van thuisverpleging aanvragen voor hulpappararatuur beoordelen.

P.T.T.

inspectie

Andere 'derden' zoals de gemeente, het provinciale bestuur, waaronder de provinciale raad van de volksgezondheid, zijn slechts in de sfeer van informatie-uitwisseling bij dit project betrokken geweest.

5.7 Tenslotte: de samenwerking geëvalueerd

Ook al zijn er vele institutionele regelingen in de gezondheidszorg, die de hulpverleners en hulporganisaties impliciet voorschrijven om samen te werken omdat er sprake is van gemeenschappelijke cliënten, nergens zijn er vooraf afspraken of bindende organisatorische procedures voor de samenwerking tussen hulpverleners die niet uit één organisatie afkomstig zijn vastgesteld.
Het gaat hier om interorganisationele samenwerking tussen vrij gevestigde hulpverleners, respectievelijk hulpverleners van zelfstandige particuliere organisaties. In de eerstelijns-gezondheidszorg betekent dit ook gescheiden subsidiestromen; huisartsen ontvangen gelden rechtstreeks van patiënten of van de ziekenfondsen, de gezins- en bejaardenzorg wordt betaald door het departement van WVC. De zorg van de kruisvereniging wordt gefinancierd door de AWBZ, waarvan de uitvoering berust bij het verbindingskantoor van samenwerkende ziekenfondsen. Elke financier regelt de toegestane verstrekkingen op een andere manier. Er is overleg op het niveau van landelijk beleid (schets eerstelijnsgezondheidszorg 1983) maar dit werkt nog niet door in de eerste lijn. Als men in een bepaalde plaatselijke situatie een gezamenlijke aanpak nastreeft voor een nieuw hulpaanbod, dan moet er bereidheid worden gecreëerd bij de partijen op basis van vrijwillige deelname. Coalities worden dan het regelend principe voor de ontwikkeling van samenwerking tussen de zelfstandige partijen.
Deze aanpak houdt in, dat men een vernieuwing niet van bovenaf kan doorvoeren. Het moet groeien en het formaliseren van samenwerking kan alleen op basis van voor allen aanvaardbare regels. Procedures kunnen dus niet door één partij aan alle overigen worden opgelegd.

Bij het aanbieden van een nieuwe dienstverlening door één van de zorgaanbieders, hier de kruisvereniging, was het van meet af aan duidelijk dat het experiment zich alleen goed zou kunnen ontwikkelen door de bereidheid van 'significante derden' om mee te doen aan de vernieuwing. Er zijn drie condities te noemen, waaraan voldaan moet worden om tot optimale afstemming te komen:

1 *Vernieuwen met een open innovatiemodel.*
De brenger van de vernieuwing ('innovator') moet zich bewust zijn van de positie van de deelnemende partijen, die op vrijwillige basis moeten meedoen. Het nieuwe produkt moet beinvloedbaar zijn door die partijen, zodat zij hun bijdragen kunnen afstemmen op de nieuwe zorg. Bij een open innovatiemodel houdt de vernieuwer rekening met de mogelijke aanpassingen ten behoeve van deze afstemming. Bij een gesloten model wil de vernieuwer, dat de anderen het produkt aanvaarden zoals

het is gepresenteerd. Bij een geringe aanvaarding, wordt dit door de vernieuwer weerstand tegen verandering genoemd.

In het experiment werd het aanbod van de kruisvereniging niet van tevoren geheel vastgelegd en bleef het beïnvloedbaar door derden:
- met de gezinszorg werd overleg gevoerd over de manier, waarop men tot taakafstemming kon overgaan
- met de hoofden van afdelingen van het ziekenhuis werd een overleg opgezet om bij mogelijk ontslag de 24-uurs-zorg tijdig in te schakelen
- met het verpleeghuis werd het overleg over de zorg via het maatschappelijk werk en het hoofd van de dagbehandeling opgezet
- met de huisarts werd nog voor de start het experiment doorgesproken maar na de start bleek dat er onvoldoende aanvaarding was.

De aandacht voor de positie van de huisartsen werd door de problemen in de samenwerking geleidelijk groter. De kritiek van de huisartsen betrof zowel de aangeboden zorg als de kruisvereniging optredend als 'innovator'. Waar de kruisvereniging er vanaf het begin wèl met het ziekenhuis en de gezinszorg in slaagde tot goede afbakening van taken te komen bleek dit met de huisartsen veel moeilijker. De huisartsen voelden zich 'overvallen', door het initiatief. Kritiek op de initiatiefneemster (de kruisorganisatie) was niet tegen te houden. De kwesties die in het verloop van de besprekingen met de huisartsen (aan de hand van de interimrapportages) naar voren kwamen waren ten dele terug te voeren op de invoering van 24-uurs-zorg.
De opname van patiënten in 24-uurs-zorg na ontslag uit het ziekenhuis bracht een oud probleem aan de orde: worden huisartsen wel tijdig op de hoogte gesteld van het ontslag?
Het grensoverschrijdende aanbod van de avond- en nachtzorg (bijvoorbeeld het reageren op telefonische oproepen voor zieke baby's en kleuters) was nieuw en heeft geleid tot goede taakafbakening. Het vervullen van de zogenaamde 'spilfunctie' door de huisarts respectievelijk de dagverpl. voor het coördineren van de zorg, werd als vraagstuk in de loop van het experiment voldoende opgehelderd. De huisarts houdt medisch de eindverantwoordelijkheid. De echte coördinatie behoort bij de patiënt en de interne mantelzorg. Tijdelijk kan de dagverpl. de coördinatie overnemen omdat zij de zorgsituatie goed kent door haar dagelijkse bezoeken.

De artsen zijn als partij zeer direct betrokken bij de invoering van 24-uurs-zorg. De kruisvereniging doet er verstandig aan huisartsen bij de invoering concreet te betrekken voor wat betreft de opname van patiënten in de zorg, het vergelijken van verpleegplannen met de aanpak van de huisarts en het optreden van mogelijk grensoverschrijdende hulpvragen.

2 *Relatievorming op basis van erkenning van elkaars belangen.*
In dit project zien we dat de relatie vanuit het project het best verloopt met partijen (ziekenhuis, gezinszorg, ABG) waarin de belangen van project en instelling goed op elkaar aansluiten en er veel aandacht wordt besteed aan de visie op de zorg en de onderlinge verschillen, aanvullingen, en dergelijke. Met de huisartsen is deze relatie pas in de loop van het project op gang gekomen.
Als de kruisvereniging voor de invoering goede relaties heeft met het ziekenhuis, de gezinszorg, enzovoort dan loopt het overleg over 24-uurs-zorg veel makkelijker. Afspraken en afstemming komen dan sneller tot stand.
Als de samenwerking voor de invoering niet of nauwelijks aanwezig is, dan moet deze geleidelijk aan worden ontwikkeld. Bij de relatielegging met huisartsen speelt de individuele opstelling van huisartsen ten opzichte van de kruisvereniging, die voor alle verpl. gezamenlijk kan optreden een belangrijke rol. Huisartsen willen met de dagverpl. in hun gebied wel graag tot afspraken komen. Het ontwikkelen van standpunten over zorg namens alle huisartsen gaat hen van nature minder gemakkelijk af.
Hiermee rekening houdend, doet de kruisvereniging er verstandig aan in het contact met huisartsen bij invoering van 24-uurs-zorg:
- concreet de gevolgen voor het werk met de dagverpl. en de avond- en nachtverpl. te overleggen (verpleegplannen, bereikbaarheid, enzovoort),
- grensoverschrijdingen en dilemma's te onderkennen en hun te vragen om mee te doen aan taakafbakening en opheldering van verantwoordelijkheden,
- hen te betrekken bij evaluatief overleg over de ontwikkelingen (nieuwe hulpvragen).

3 *Uitwisseling van de visie op de zorg door de betrokken beroepen is noodzakelijk om tot specifieke afstemming te komen.*

Naarmate de druk op het experiment groter is (waarmaken van de doelstellingen, organisatorisch snel uitbouwen, en dergelijke) is het vermogen om aandacht aan de visie op de zorg te geven kleiner. Pas na een aantal gesprekken met de huisartsen begon het begrip van de zijde van het project voor de kritiek ten gevolge van de gemaakte fouten bij de start door te veel de nieuwe zorg als uitsluitend een bijdrage van de avond- en nachtverpl. zusters voor te stellen, te ontstaan. Pas daarna kon men toegeven, dat er over en weer ook in de werkrelatie onprettige zaken en wantrouwen was gegroeid. Na deze fase kon er weer door beiden, project en huisartsen, gezocht worden naar een verbetering van de afstemming, waarvan tekenen zich reeds aandienden.

Met het ziekenhuis en de gezinszorg vond de onderlinge uitwisseling zeer regelmatig plaats, waardoor de taakafbakening gemakkelijk verliep. Met het verpleeghuis kwam de uitwisseling in de loop van het experiment op gang, mede omdat het hoofd van de afdeling dagbehandeling voor de basiseenheid een inleiding over zijn werk hield. In de hulpverlening is het begrip tussen hulpverleners over het 'hoe en waarom' van de werkwijze noodzakelijk alvorens men zich praktisch op elkaar gaat afstemmen. Bij de invoering van 24-uurs-zorg kan dit betekenen, dat de kruisvereniging haar aanpak voor chronische en terminale patiënten moet verhelderen naar 'derden'. De visie van de laatsten maakt duidelijk wat er van de kruisvereniging verwacht wordt. Men kan daar dan bij de afstemming in taken rekening mee houden.

Bovengenoemde condities zijn nog nauwkeuriger uit te werken. Veel zin heeft dat hier verder niet. Specificaties als het ontwerpen van protocollen, methoden van consultatie, periodieke evaluaties, enzovoort zullen, afhankelijk van de situaties, alleen werken als aan de drie genoemde condities is voldaan.
Het werken aan de voorwaarden kan het best gebeuren, als het project dat innoveert zich bewust is van de effecten die ze oproept. Als de kruisvereniging bereid is stap voor stap aandacht te geven aan de vragen van 'derden' en de condities in het oog houdt verloopt de innovatie van 24-uurs-zorg voorspoedig.

hoofdstuk 6 Samenvatting en conclusies

Vooraf willen wij de uitspraken die hieronder volgen relativeren. Zij zijn gebaseerd op bevindingen van een onderzoek van een experiment dat niet beschouwd kan worden als een 'gemiddelde' van 24-uurs-zorg projecten in Nederland. De plattelandssituatie van Tholen/St. Philipsland is niet te vergelijken met bijvoorbeeld stedelijke situaties, en ook niet zonder meer met andere platteiandssituaties. Op het eiland heeft men een aparte traditiegebonden opvatting over ziek zijn en zorg.
Het experiment duurde betrekkelijk lang, maar de 99 patiënten waarop wij onze uitspraken baseren zijn niet voldoende om met enige statistisch onderbouwde waarschijnlijkheid uitspraken te doen. Alle opmerkingen bijvoorbeeld over een mogelijk substitutie-effect tussen intra-murale en extra-murale zorg zijn daardoor niet meer dan mogelijke indicaties.

Toch willen wij ter afsluiting van dit rapport een aantal saillante aspecten uit het verslag presenteren.

6.1 De inhoud van de zorg

6.1.1 Het bereik van 24-uurs-zorg

conclusies

- *Gedurende twee jaar experiment hebben 181 patiënten contact gehad met de avond- en nachtverpleegkundigen.*
- *Van het aanbod van 24-uurs-zorg werd voornamelijk gebruik gemaakt door bejaarde patiënten. 76% van de patiënten was ouder dan 60 jaar.*
- *70% van de tijd die de avond- en nachtverpleegkundigen besteed hebben aan patiënten was gericht op de zorg voor 5 chronische patiënten.*
- *Naast de verzorging van de chronische patiënten is veel tijd geïnvesteerd in de zorg voor terminale patiënten.*

toelichting

Gedurende het experiment hebben 181 patiënten contact gehad met de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst.
Daarvan hebben 82 patiënten slechts éénmalig concakt gezocht met deze verpleegkundigen. Dit gebeurde of direct via de telefoon of indirect via de alarmcentrale te Goes. In 38% van deze contacten was de hulpvraag een

verzoek of vraag om advies met betrekking tot het uitlenen van verpleegartikelen en hulpmiddelen.
Dit was een vraag die, uitzonderingen daargelaten, niet onder de taak van de avond- en nachtverpleegkundigen viel. In alle overige gevallen betrof het wel vragen of vragen om advies met betrekking tot de zorg van een patiënt.
Van de 99 patiënten die daadwerkelijk zorg hebben ontvangen van de avond- en nachtverpleegkundigen was 76% boven de 60 jaar en 64% boven de 70 jaar. Onder de 65 jaar was de zorg hoofdzakelijk voor vrouwen, waarbij problemen ontstonden door zwangerschap en/of bevalling of de eerste maanden na de geboorte van een kind gecompliceerd verliepen.
Elke avond zijn er thans tussen 5 en de 10 patiënten te bezoeken. In het begin van het experiment lag dit aantal uiteraard wat lager, doordat 24-uurs-zorg op het eiland minder bekend was.
De patiënten kwamen over het algemeen in zorg via een *aanmelding* via de verpleegkundigen van de dagdienst of door de patiënt zelf op advies van wederom de dagverpleegkundigen.
De meest voorkomende diagnosen (52%) waarmee patiënten in 24-uurszorg werden opgenomen waren: nieuwvormingen, ziekten van bloed en bloedbereidende organen, ziekten van zenuwstelsel en zintuigen en ziekten van urogenitale organen.
70% van de tijd van de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst werd besteed aan 5 chronische patiënten. Het betrof hier patiënten die elke avond 1 en in een enkel geval gedurende beperkte periode twee keer werden bezocht.
Gedurende het 2 jaar durende experiment werden er 34 terminale patiënten verzorgd en verpleegd. In 5 situaties was de duur van de zorg langer dan 1 maand.

6.1.2 Dimensies

conclusies

- *Op basis van drie dimensies hebben wij een onderscheid gemaakt tussen chronische, terminale en herstellende patiënten en patiënten die complexe of eenvoudige zorg nodig hebben.*
- *Op grond van dit onderscheid kunnen wij stellen dat chronische patiënten een grote claim leggen op de beschikbare capaciteit qua tijd van de verpleegkundigen in de avond- en nachtzorg, en van de dagverpleegkundigen.*
- *De beslissing tot opname van patiënten in 24-uurs-zorg is gebaseerd op meerdere factoren:*
  . *valt de patiënt onder de criteria*
  . *is er voldoende mantelzorg en*

. *is er voldoende capaciteit bij de kruisvereniging.*
- *Met name bij gecompliceerde hulpvragen is het zinvol om een verpleegplan op te stellen.*

In dit experiment hebben wij een onderscheid gemaakt tussen chronische, terminale en herstellende patiënten en patiënten die complexe of eenvoudige zorg nodig hebben. toelichting
Dit onderscheid is gebaseerd op drie dimensies:
- is de kruisvereniging al bekend met de patiënt en zijn hulpvragen bij de aanmelding voor 24-uurs-zorg?
- is de benodigde zorg kort of langdurig nodig?
- is de zorg die gevraagd wordt eenvoudig van aard (slechts enige verpleegtechnische of verzorgende handelingen omvattend) of is er sprake van een meervoudige vraag om zorg waarbij de kruisvereniging een doelstelling voor de te bieden zorg moet ontwikkelen (bijvoorbeeld gericht op reactivering, zelfzorg, inschakeling andere hulpverleners, enzovoort).

In het volgende geven we een korte omschrijving van de vijf typen patiënten en de daarbij behorende zorg. Dit onderscheid heeft niet de functie van een ordening van het zorgaanbod, zodanig dat daarmee de verrichtingen van de verpleegkundigen in 24-uurs-zorg kunnen worden vastgelegd. Met de karakteristieken van deze patiënten proberen wij wel de aard van de inzet van 24-uurs-zorg te verkennen.
Chronische patiënten hebben over een langere periode (vaak meerdere jaren) eenvoudige en voorspelbare zorg nodig. Bij de aanmelding en opname van deze patiënten in 24-uurs-zorg spelen twee factoren een belangrijke rol:
- de mantelzorg moet in staat zijn om de signalering en surveillance te verzorgen alsmede de benodigde steun en coördinatie van de zorg eventueel samen met de patiënt (spilfunctie).
- de werkbelasting van de dagverpl. als van de avond- en nachtverpl. moet een opname voor langere tijd (soms enige jaren) toelaten.

Uit het onderzoek blijkt dat 70% van de uren van de avond- en nachtverpl. naar 5 chronische patiënten gaat. Met nog twee chronische patiënten erbij betekent dit dat bijna de gehele capaciteit van de avond- en nachtverpleegkundigen is benut en er nauwelijks of geen ruimte meer overblijft voor andere patiënten.

Terminale patiënten behoeven zorg die meestal meerdere handelingen omvat (zowel zorg die verpleegkundig als begeleidend van aard is) voor veelal een korte periode. Extra aandacht voor deze groep patiënten is nodig. Tijdelijk kan er veel tijd gaan zitten in ondersteuning van de mantelzorg en de afstemming met andere hulpverleners.

Herstellende patiënten hebben eenvoudige, verpleegkundige zorg nodig met daarbij instructies voor de patiënt en de mantelzorg. De kruisvereniging moet in een relatief korte periode meehelpen de patiënt zo snel mogelijk te genezen. Het aanbod moet dus gericht zijn op dat genezingsproces. In de zorg moet dit tot uiting komen in regelmatige controle en geleidelijke afbouw van de zorg.

Complexe zorg wordt verstrekt aan patiënten, die niet zoals bij de vorige groepen bekend zijn bij de kruisvereniging, en die bij aanmelding blijken zowel verpleegkundige als begeleidende zorg nodig te hebben. Bij deze patiënten moet de kruisvereniging meehelpen het zorgsysteem met mantelzorg en andere eerstelijns-hulpverleners te ontwikkelen. In de beginfase betekent dit ook dat er informatie uitgewisseld moet worden met andere hulpverleners. Na verloop van enige tijd wordt er meer duidelijkheid verkregen over de situatie van de patiënt. De complexiteit neemt daarmee af en de patiënt kan ondergebracht worden in de categorie chronisch, terminaal of herstellend. Zo niet dan volgt er een opname in de intra-murale zorg.

Bij eenvoudige zorg gaat het om zeer tijdelijke hulpbijdragen (van eenmalig tot een enkele week) van verpleegkundige aard. Het gaat hier om een of twee handelingen, die tijdelijk voor de patiënt nodig zijn. De zorg van de kruisvereniging wordt alleen voor die handelingen gevraagd, soms als tijdelijke vervanging van de mantelzorg.

De aanmelding van patiënten voor opname in 24-uurs-zorg verloopt praktisch altijd door of via de dagverpl. Afhankelijk van de relatie kan een aanmelding ook vanuit het ziekenhuis plaatsvinden of worden voorbereid. De beslissing tot opname in 24-uurs-zorg wordt meestal gebaseerd op een inschatting van verschillende factoren:
- valt de patiënt onder de criteria voor opname in 24-uurs-zorg (zie tabel 8)
- is er voldoende mantelzorg aanwezig en wat is de mogelijke inzet van deze mantelzorg?
- wat zijn de mogelijkheden van de kruisvereniging? Hierbij komt aan de orde of met name de dagverpl. de extra-werkzaamheden aankan die volgen uit opname van de patiënt in 24-uurs-zorg, maar eveneens of de avond- en nachtverpl. het aankunnen. Ook de mogelijke duur van het beroep op 24-uurs-zorg zal bij de beslissing meespelen.

Om de intake goed te laten verlopen is overleg nodig tussen een coördinator, de dagverpleegkundigen en de avond- en nachtverpleegkundigen. In het geval van 24-uurs-zorg in één basiseenheid zal de coördinator meestal de h.w.v. zijn.
Bij gecompliceerde hulpvragen is het nodig dat er zo snel mogelijk een verpleegplan wordt opgesteld. Hiermee wordt een beleid achter de verleende zorg ontwikkeld.

Als er 24-uurs-zorg wordt ingevoerd voor meerdere basiseenheden is het noodzakelijk aparte coördinatoren voor 24-uurs-zorg aan te stellen, die ook met de intake van patiënten voor deze zorg worden belast. Gezien de voorlopig beperkte capaciteit van de 24-uurs-zorg zal de instroom naar typen patiënten moeten worden bewaakt.

Op grond van onze ervaringen in het experiment blijkt, dat er niet gewerkt kan worden met formele toelatingscriteria. Wèl kan met exploratieve en richtinggevende criteria worden gewerkt, zoals we met onze karakteristieken van chronische, terminale, herstellend, complexe en eenvoudige zorg hebben laten zien. Het verdient aanbeveling enige van deze criteria samen met een norm voor maximaal toe te laten chronische patiënten en een intake-procedure vast te stellen. Hierdoor wordt voorkomen, dat de grens van de 24-uurs-zorg te snel of te eenzijdig wordt bereikt.

6.1.3 Het hulpaanbod van de kruisvereniging

conclusies

- *De zorg voor patiënten die opgenomen zijn in 24-uurs-zorg blijkt overwegend curatief van aard.*
- *Door invoering van 24-uurs-zorg is er sprake van een toename in de werkbelasting van dagverpleegkundigen door meer curatieve werkzaamheden. De preventieve taken kunnen daardoor verschoven moeten worden of geheel komen te vervallen.*
- *Voor elk uur zorg dat avond- en nachtverpleegkundigen effectief hebben verricht was een reistijd nodig van een half uur.*

De contacten van de avond- en nachtverpl. blijken overwegend curatief en verzorgend van aard te zijn: 85% van alle contacten van de avond- en nachtverpl. bestaan uit verpleegtechnische en verzorgende handelingen*. Uit het onderzoek blijkt ook dat de dagverpl. voor de patiënten opgenomen in 24-uurs-zorg bijna evenveel bezoeken moet afleggen en daar zelfs meer tijd in moet investeren dan de avond- en nachtverpl. (13% meer tijd). De verpleegkundigen van de dagdienst blijken aan 24-uurs-zorg patiënten zes keer zoveel bezoeken af te leggen voor het reactiveren van de patiënt, het helpen bij leefregels en begeleiding.
Dit onderstreept nog eens de constatering over de curatieve aard van de werkzaamheden van de avond- en nachtverpleegkundigen.
De dagverpl. verzorgen ook het merendeel van de contacten met huis-

* Tijdens een bezoek, waarbij de verpl. een verpleegtechnische handeling uitvoert wordt ook begeleiding gegeven. Maar als het hoofddoel van het bezoek de verpleegkundige handeling is wordt het contact onder deze rubrieken in het W.A.S. vastgelegd.

artsen en andere hulpverleners ten behoeve van de zorg aan de patiënten in 24-uurs-zorg.
63%, respectievelijk 19% van de totaal *bestede tijd* van de 24-uurs-zorg gaat naar de chronische en terminale patiënten. De complexe zorgsituaties vragen 12.5% van de bestede tijd. Eenvoudige zorg en herstellende patiënten doen qua bestede tijd een relatief gering beroep op 24-uurs-zorg.
Gezien de toename in de werkbelasting van de dagverpl. door opname van patiënten in 24-uurs-zorg zullen bepaalde *preventieve* werkzaamheden verschoven worden of komen te vervallen. De dagverpl. houden wel vast aan de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, alsmede de preventieve bezoeken bij de geboorte van een eerste kind. Door de 24-uurs-zorg vindt er wel een zekere verlichting plaats door het wegvallen van de avondbezoeken aan patiënten die nu door de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst bezocht worden.
Hoe groot deze verlichting is, valt niet aan te geven. In de avond- en nachturen werd door de dagverpl. meestal gewerkt buiten de C.A.O.-afspraken om.

De afstanden op Tholen/St. Philipsland zijn vrij groot: van de kern van het dorp Stavenisse tot St. Philipsland is de afstand ≤ 30 km., van Tholen naar Stavenisse is deze ongeveer 20 km. Voor elk uur zorg, dat de avond- en nachtverpleegkundigen effectief hebben verricht was een reistijd nodig van een half uur. Bij de dagdienst ligt dit gunstiger, slechts 13% van de totale tijd gaat hier zitten in reizen. De dagverpl. hoeven geen lange afstanden binnen hun wijk af te leggen, ze heeft ook geen patiënten die 'elders' wonen.

6.1.4 Mantelzorg als conditie voor opname in 24-uurs-zorg

conclusies

- *Een van de belangrijkste condities voor opname van patiënten in 24-uurs-zorg is de aanwezigheid van mantelzorg ten behoeve van de coördinatie van de zorg. Indien deze coördinatie in het geheel niet door de patiënt zelf en/of één of meer huisgenoten kan worden opgebracht zal thuisverpleging op den duur onmogelijk blijken.*
- *De plaats van de mantelzorg kan door geen enkele hulpverlener echt overgenomen worden. Alleen de verpleegkundige die dagelijks langs komt kan tijdelijk ondersteuning bieden bij de coördinatie van de zorg.*
- *De wederkerigheid van de geboden hulp door mantelzorg blijkt bij chronische en terminale patiënten niet op te gaan. De mantelzorg krijgt veelal voor de geboden hulp een vergoeding in geld.*
- *Bij leken bestaat een grote behoefte aan het opdoen van kennis over het verlenen van zorg.*

De patiënten die opgenomen zijn in de 24-uurs-zorg ontvingen behalve de hulp van de kruisvereniging ook hulp van de huisarts, de gezinszorg, de fysiotherapeut en zorg van huisgenoten, familie en bekenden. Deze laatste zorg noemen we *mantelzorg*, waarbij we een onderscheid maken in interne mantelzorg (zorg van huisgenoten van de patiënt) en externe mantelzorg (zorg van buitenshuis wonende familieleden, bekenden enzovoort).
De interne mantelzorg, meestal de echtgeno(o)t(e) van de patiënt verzorgt samen met de patiënt de coördinatie van de zorg. We moeten hier een onderscheid maken tussen patiënten met huisgenoten die wèl en die niet zelf de coördinatie van zelfzorg, mantelzorg en professionele hulpverleners aankunnen. Waar de coördinatie in het geheel niet door de patiënt en één of meer huisgenoten kan worden opgebracht, wordt thuisverpleging op den duur onmogelijk. Tijdelijk kan de dagverpleegkundige de coördinatie overnemen. Ook als er wel coördinatie-mogelijkheden liggen bij het patiëntsysteem, dan nog kunnen deze onvoldoende zijn, zodat steun van de dagverpleegkundigen nodig is.

Claims van de professionele hulpverleners om deze *spilfunctie* in de thuiszorg te mogen of te kunnen vervullen zijn niet gefundeerd op de werkelijkheid. Alleen een hulpverlener, zoals de wijkverpleegkundige, die dagelijks langs komt kan deze coördinatie goed overzien, en daarbij ondersteunen. Hij/zij kan de functie niet ècht overnemen. Ook met 24-uurszorg van de kruisvereniging kan de plaats van de mantelzorg niet worden vervangen. De signalering of surveillance van de interne mantelzorg kan alleen worden vervangen door een inwonende helper, hetgeen buiten de hulpverlening van de kruisorganisatie valt.

Mantelzorg wordt over het algemeen gedefinieerd als een zorgverlening die binnen beperkte sociale netwerken door de leden in dat netwerk aan elkaar wordt gegeven op basis van de bereidheid tot wederkerigheid, waarbij de beloning niet centraal staat.
Het principe van wederkerigheid is juist maar zal in bepaalde gevallen anders ingevuld dienen te worden.
De *externe mantelzorg* moet een zo goede relatie hebben met de patiënt, dat de persoonlijke hulp bij het aan- en uitkleden, schoonmaken en dergelijke kan worden gegeven.
Deze relatie is altijd al voor het ziekbed van de patiënt aanwezig en krijgt tijdens het verloop van de ziekte de vorm van zorgverlening. De wederkerigheid die de relatie kenmerkt qua affectie krijgt voor wat betreft het materiële gedeelte de vorm van een vergoeding in geld. In alle situaties, waarin de patiënt langdurig geholpen werd door de externe mantelzorg stond daar een vergoeding in geld tegenover.
De reden hiervan was dat de ruil in natura niet meer plaats kon vinden vanwege de ziekte van de patiënt. Omdat de patiënt niet afhankelijk wil

worden blijft een ruilrelatie op basis van wederkerigheid noodzakelijk. De enige mogelijkheid die de patiënt dan resteert is het betalen van de mantelzorg.

Waar mantelzorg langdurig nodig was voor thuisverpleging was eveneens aandacht voor de deskundigheid van de mantelzorg en het verwerken van zijn of haar ervaringen noodzakelijk. Uit de positieve reacties op het aanbod van de kruisvereniging van de cursus 'ziekenverzorging thuis' blijkt, dat er bij leken grote behoefte bestaat aan het opdoen van enige kennis over het verlenen van zorg. Door een cursus is het mogelijk dat men schroom en angst overwint voor het geven van mantelzorg. Om te voorkomen dat mantelzorg wordt gezien als semiprofessionele zorg (complementair en onmisbaar voor de eerstelijns-gezondheidszorg) verdient het de voorkeur deze cursussen te laten organiseren door bijvoorbeeld contactcommissies ter ondersteuning van de mantelzorg. Het bestuur van een kruisvereniging zal dan de vormgeving van de cursus kunnen verzorgen en voor de inhoudelijke aspecten kunnen de verpleegkundigen ingezet worden. De waarde die de gemeenschap hecht aan de persoonlijke mantelzorg wordt daarmee mede tot uitdrukking gebracht.

6.1.5 De kwaliteit van de 24-uurs-zorg

conclusies

- *Uit de positieve reacties van patiënten op de geboden zorg blijkt dat deze zorg aansluit bij een behoeftes hetgeen een indicatie is voor de kwaliteit.*
- *De continuïteit in zorg gedurende 24 uur per etmaal bepaalt een groot deel van de kwaliteit van deze zorg, met name door de garantie dat er ook 's nachts indien nodig een bezoek kan plaatsvinden.*
- *Kwalitatief goede zorg wordt verstrekt als de zorg van de kruisorganisatie let op criteria als: continuïteit, aansluiting, afstemming, flexibiliteit, menselijkheid en stimulering van zelf- en mantelzorg.*

In het onderzoek is gebleken dat de persoonlijke beleving van de patiënt en zijn of haar huisgeno(o)t(e) of mantelzorger van de aangeboden zorg niet objectief meetbaar is. De positieve reacties die tijdens het experiment zijn opgetekend kunnen dan ook niet leiden tot toereikende beoordelingen van de kwaliteit van de geboden zorg. De aansluiting van deze zorg bij de behoefte is daarbij hooguit een belangrijke indicatie voor de kwaliteit. De mogelijkheid om thuis verpleegd te worden wordt als positief ervaren. De patiënt blijft in de voor hem/haar vertrouwde omgeving en blijft, ook al is dat in mindere mate, betrokken bij het leven en gebeurtenissen van alledag. De patiënt raakt niet afgesloten van de personen, hun ambities en gevoe-

lens, die zijn referentiekader bepalen en leiden tot zijn ervaringen van een zinvol bestaan.
Daarvan afgeleid betekent 24-uurs-zorg erg veel. De angst om in een ziekenhuis of verpleeghuis te worden opgenomen is zeer groot. Het feit, dat een continue zorg dit voorkomt bepaalt in eerste instantie de kwaliteit. Dit krijgt ook grote waardering van de patiënten. Samen met de garantie dat er ook 's nachts indien nodig een bezoek kan plaatsvinden heeft dit een geruststellende werking.
Bij het aflopen van het experiment was de onrust onder met name de chronische patiënten groot: 'Wat moet er met mij gebeuren als het experiment niet doorgaat?', was de vraag!

Behalve de *garantie van continuïteit* spelen andere kwaliteitscriteria een rol in de 24-uurs-zorg voor patiënten met intensieve thuisverpleging.

- Zo dient *de zorg aan te sluiten* bij de hulpvragen van patiënten. De verpleegkundigen van de dagdienst moeten alert zijn op mogelijke veranderingen in de situatie van de patiënt en daarop de geboden zorg aanpassen of maatregelen nemen zodat anderen dit doen. Het kan hier zowel om verpleegkundige als om andere taken gaan (bijvoorbeeld begeleiding, inschakeling van mantelzorg, inschakeling van dagbehandeling verpleeghuis, enzovoort).
  Een belangrijke indicatie voor aansluiting is de subjectieve beleving van de patiënt van de geboden zorg.
- *De zorg dient afgestemd te zijn* op de bijdragen van anderen. De zorg van de kruisorganisatie van dagverpl. en avond- en nachtverpl. vindt plaats naast bijdragen van de huisarts, fysiotherapeut, gezinszorg, etc. De afstemming van de zorg van deze professionele hulpverleners behoort niet als extra probleem aan de patiënt en de mantelzorg te worden gegeven, maar dient onderling tussen de hulpverleners te gebeuren. Het initiatief hiertoe zal veelal de dagverpl. moeten nemen en bij ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis de h.w.v. Een verpleegplan is hierbij onmisbaar.
- *De zorg dient op maat te zijn.* De zorg dient niet alleen qua inhoud op maat te zijn maar ook qua tijdstip van de te bieden zorg. De dagverpl. en de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst moeten niet uitgaan van een vast pakket van zorgactiviteiten. Om de patiënten niet te belasten moeten zij indien mogelijk niet verwijzen naar andere hulpverleners maar zo flexibel zijn dat ook nieuwe activiteiten in het pakket opgenomen kunnen worden. Bij hulpbehoevende patiënten is het onmogelijk om met een rigide takenpakket te werken. Soms zal men een kleine huishoudelijke of verzorgende taak even snel moeten verrichten om de patiënt niet nodeloos te belasten. Ook zal men zo nu en dan de bezoekfrequentie tijdelijk moeten opvoeren om het genezingsproces (bijvoorbeeld van decubitus) wat sneller te laten verlopen. In het experi-

ment bleek een dergelijke soepelheid van de verpleegkundigen in gesprekken over de zorgsituaties te moeten worden ontwikkeld.

- *De zorg moet menselijk zijn.* De verzorging moet gepaard gaan met respect voor de gevoelens van de patiënt. Vooral in het werk van de avond- en nachtverpl. is gebleken dat het bezoek in de avonduren, vooral bij de chronische patiënten, niet alleen verzorgen en verplegen omvat, maar ook een persoonlijke ontmoeting is. De verpleegkundige moet even een praatje maken ter afsluiting van de dag.
  Bij terminale patiënten wordt de verpleegkundige geacht de gevoelens behorend bij het afscheid nemen van dit leven te respecteren en er als mens op te reageren. Persoonlijke betrokkenheid bij patiënten van de verpleegkundigen is onvermijdelijk. Ook in de teams van de basiseenheid dient er aandacht voor deze zaken te zijn.
- De *zelfzorg van de patiënt dient gerespecteerd en ondersteund te worden* Bij alle chronische patiënten in het experiment hebben wij waargenomen dat de dagverpl. de patiënt uitdaagt met oefeningen en activiteiten (reactivering) als de zelfzorg terug loopt. Dit blijkt noodzakelijk te zijn om de ADL activiteiten niet verder te laten afnemen. Hoe klein ook, er moeten uitdagingen zijn, die passen in de huishoudelijke omgeving.
- *Het handhaven van het sociale netwerk van de patiënt*
  Behalve reactivering blijft het belangrijk de vereenzaming van de patiënten en de mantelzorg tegen te gaan. Bezoek en deelname aan activiteiten in het dorp zijn bijvoorbeeld belangrijk voor de beleving om 'erbij te horen' en heeft een belangrijke preventieve werking.

Thuisverpleging blijkt de voorkeur te hebben boven intra-murale verpleging. Ook in de beleving van de patiënt voor wat betreft de gezondheidstoestand.*

6.2 De interne voorwaarden

6.2.1 Deskundigheid en opleiding

conclusies

- *Verpleegkundigen die gaan werken in de avond- en nachturen dienen naast de wenselijkheid een MGZ of HBO-V opleiding gevolgd te hebben, te beschikken over ervaring.*
- *De verpleegkundige dient voldoende werkervaring te hebben om om te kunnen gaan met ernstig zieken of stervenden.*
- *De verpleegkundige moet zelfstandig kunnen werken en initiatieven kunnen nemen. Daar is een zekere persoonlijkheid voor nodig.*

---

*zie ook: Deelonderzoek I, verslag enquête onder ouderen van Midden Zeeland, maart 1984.

– *De verpleegkundige dient over voldoende zorgvaardigheden te beschikken. Ze moet goed curatief kunnen werken.*

De eisen te stellen aan de opleiding van verpleegkundigen in avond- en nachtzorg liggen op het niveau van MGZ en HBO-V en ervaring. Ook al ligt het accent op curatieve werkzaamheden, de methodiek van het werken van de dagverpl. blijft gehandhaafd. Er dient systematisch gewerkt te worden met verpleegplannen (afbouw, checks, ondersteuning van de mantelzorg), overleg met de dagverpl. en de h.w.v. hierover is nodig. Ook is inzicht vereist in complexe zorgsituaties. Zelfstandig kunnen werken 's avonds en 's nachts, als er geen persoon is waarop de dienstdoende verpleegkundige kan terugvallen wordt niet alleen met een opleiding gegarandeerd maar wordt ook bepaald door persoonlijkheid en ervaring. toelichting
HBO-V-ers blijken in hun opleiding soms te weinig scholing te hebben gehad voor bepaalde verpleegtechnische handelingen. Samen met de h.w.v. moet hiervoor een scholingsprogramma worden opgezet. Ook blijkt dat jonge HBO-V opgeleide verpleegkundigen nog zo weinig ervaring hebben dat zij de confrontatie met ernstig zieken of stervenden gevoelsmatig niet gemakkelijk kunnen verwerken. In het onderhavige experiment is gewerkt met verpleegkundigen die alleen een A - opleiding hadden en de ervaringen zijn positief. Het betrof hier *ervaren* medewerksters, die snel vertrouwd raakten met de werkwijze van de basiseenheid. Naast de wenselijkheid van een opleiding MGZ of HBO-V zouden verpleegkundigen die gaan werken in de avond- en nachturen dienen te beschikken over:

– werkervaring:
  voldoende ervaring met ernstig zieken of stervenden; ook vertrouwd met dagelijkse werkzaamheden van de verpl. van de basiseenheid (rapportage, overleg, werkbegeleiding, bijscholing)
– persoonlijkheid:
  een verpleegkundige die gaat werken in de avond- en nachtdienst moet zelfstandig kunnen werken, zelf initiatieven nemen (dit is zeker nodig als men ook in de bereikbaarheidsregeling participeert), durf hebben, in staat zijn om te luisteren en op gevoelens van anderen te reageren.
– zorgvaardigheden:
  de verpleegkundige moet goed curatief kunnen werken, verpleegplannen kunnen hanteren, respectievelijk informatie daarvoor aan de dagverpl. doorspelen, complexe zorgsituaties kunnen analyseren en grenzen durven vaststellen.

6.2.2 Veiligheid en bereikbaarheid

– *Het beschikken over een mobilofoon, waardoor verpleegkundigen die 's avonds en 's nachts werken constant bereikbaar zijn en ook contact* conclusies

kunnen hebben met een centrale meldingspost lijkt in een plattelandssituatie voldoende veiligheid te garanderen.
- *Indien men landelijk 24-uurs-zorg wil gaan invoeren verdient het aanbeveling landelijk overleg te voeren met de PTT zodat voorzieningen snel en goed gerealiseerd kunnen worden.*

toelichting

Het aannemen van hulpvragen moet 24 uur per etmaal mogelijk zijn. Bij de invoering van het aanbod van avond- en nachtzorg dient hiervoor een goede voorziening georganiseerd te worden. In dit experiment kwam pas na verloop van een jaar een bevredigende oplossing tot stand door de invoering van een centrale post voor de melding van hulpvragen, waarmee de verpleegkundigen van de basiseenheid overdag en 's avonds en 's nachts (door middel van mobilofoon en piepers) contact kunnen onderhouden.
In het experiment bleek dat de dagdienst vaak slecht telefonisch bereikbaar was voor patiënten en andere hulpverleners.
Met de huidige regeling is ook bereikt dat de verpleegkundigen die 's avonds en 's nachts op pad zijn via de centrale om hulp kunnen vragen als ze in moeilijkheden verkeren. Dit geeft een zekere veiligheid. Het veiligheidsrisico zal in stedelijke gebieden groter zijn dan in plattelandsgebieden, en vraagt om betere voorzieningen en procedures. Het zal continu de nodige aandacht moeten krijgen.
Gezien de moeilijkheden met de organisatie van een centrale meldpost, de inschakeling van de PTT en het bekend worden van de meld-procedure bij de bevolking is het tijdig starten van een organisatie van de bereikbaarheid van groot belang. Voor het vinden van effectieve centrale meldposten is regionale of provinciale bemoeienis nodig. Bij het beroep op de PTT bleek, dat men per district over te weinig hulpmiddelen beschikt. Indien men in de komende jaren landelijk wil overgaan tot de invoering van 24-uurs-bereikbaarheid, verdient het aanbeveling met de PTT op grond van landelijke ramingen overleg te voeren over de benodigde PTT-hulpmiddelen.

6.2.3 Hulpmiddelen en verpleegartikelen

conclusies

- *Avond- en nachtzorg blijkt onmogelijk zonder hulpmiddelen en duurdere verpleegartikelen. Door 24-uurs-zorg is er een toename in de vraag naar duurdere verpleegartikelen te constateren met name voor de chronische patiënten.*

toelichting

Uit ons onderzoek bleek, dat de vraag naar duurdere verpleegartikelen toenam. Het betreft hier de vraag naar hoog/laag bedden, stalen verpleegsters en papegaaien.
Met name chronische patiënten doen een beroep op deze artikelen voor

een periode langer dan de toegestane termijn van de kruisvereniging van een half tot maximaal een jaar.
Tijdig moet dit geconstateerd worden zodat een beroep gedaan kan worden op fondsen die deze artikelen financieren. Naast de dure verpleegartikelen is er eveneens een grotere vraag naar hulpmiddelen als antidecubitus materiaal, en dergelijke In het experiment bleek dat deze betrokken konden worden uit het pakket van de kruisvereniging zonder dat het tot problemen aanleiding gaf.

6.2.4 De organisatie van de 24-uurs-zorg

6.2.4.1 Het werken met een gescheiden team verpleegkundigen

conclusies

- *Het werken met een gescheiden team van 3 verpleegkundigen is in dit experiment goed bevallen. De belangrijkste reden hiervan was de bescherming van de inzet van de dagverpleegkundigen.*
- *De invoering van 24-uurs-zorg betekent een verzwaring van de werkzaamheden van de dagdienst. Het curatieve werk neemt toe.*
- *De keuze voor een gescheiden aanpak of voor het zogenaamde roulatiemodel is afhankelijk van de plaatselijke situatie.*

toelichting

In het project is de avond- en nachtzorg gegeven door een gescheiden team van 3 verpleegkundigen, die om de 7 dagen opkwamen in de dienst. Elders in Nederland worden ook wel de avond- en nachtzorg taken verdeeld in een bereikbaarheidsregeling en beschikbaarheid in de avonduren voor het bezoek aan de patiënten over het gehele team, de zogenaamde 'roulatie-aanpak'. Als avond- en nachtzorg door het team van dagverpl. en ziekenverzorgsters wordt gedaan, dan zal dit leiden tot wijzigingen in de uitvoering van de dagdienst. Immers de onregelmatigheidsdiensten moeten worden gecompenseerd. Sommige dagverpl. zullen dan enige dagen niet beschikbaar zijn. Dit moet dan worden opgevangen door vervangers, die of uit andere wijken komen of daarvoor speciaal worden aangetrokken.
De aantrekkelijkheid van een 'gescheiden aanpak' voor 24-uurs-zorg ligt vooral in de bescherming van de inzet van de dagverpl. Voor een basiseenheid met een goed in wijken verdeeld werkgebied, waarbij elke dag de wijkverpleegkundige een volledige dagtaak heeft is dat uit een oogpunt van zorg en efficiency een goede zaak. Te meer daar verwacht mag worden, dat door invoering van 24-uurs-zorg de taak van de dagverpl. zal worden verzwaard. Ook de reiskosten zijn beperkt. In dun bevolkte plattelandssituaties met een grote geografische spreiding kan de situatie weer anders liggen.
Twee of drie verpleegkundigen kunnen dan onderling de beschikbaarheid

's avonds regelen en voor wat betreft de bereikbaarheid en weekenddiensten terugvallen op het grotere team van de basiseenheid. Stedelijk ligt de situatie weer anders. Daar zal de invoering van 24-uurs-zorg meestal meerdere basiseenheden moeten omvatten. In dat geval is een apart team de meest efficiente oplossing, vooral uit een oogpunt van coördinatie en specialisatie in het werk. Kan men de beschikbaarheid 's avonds regelen per basiseenheid, dan zal weer het roulatiemodel meer voor de hand liggen.
Vanuit het onderzoek zijn hierover geen duidelijke uitspraken te doen. Afhankelijk van:

- de werkdruk van de dagverpleegkundigen (die door 24-uurs-zorg zal toenemen).
- de bereikbaarheidsregeling
- de weekend-dienst
- de invoering voor één of meerdere basiseenheden

zal men plaatselijk tot een haalbaar organisatiemodel moeten komen. Beleidsmatig verdient het de voorkeur om tot één model voor een regio te komen, waarop men organisatorisch begeleiding en steun kan geven vanuit de Provinciale Verenigingen.

6.2.4.2 Het werken met een verpleegplan

conclusies

- *In de loop van het experiment is men voor bijna alle patiënten die opgenomen werden in 24-uurs-zorg verpleegplannen gaan opstellen. Dit om te voorkomen dat deze zorg voor met name de chronische patiënten vanzelfsprekend werd omdat er weinig veranderingen in de te bieden zorg en de situatie kwam. Met behulp van de verpleegplannen bleken er veranderingen in de situatie te realiseren.*
- *Men heeft het werken met verpleegplannen nuttig ervaren bij de afstemming tussen de bij een patiënt betrokken hulpverleners en bij het expliciteren, van de doelstellingen van de zorg.*

toelichting

In de loop van het experiment werd ontdekt, dat het opstellen van een verpleegplan voor patiënten, die voor opname in 24-uurs-zorg werden aangemeld noodzakelijk was. Met uitzondering van de situaties waar sprake was van eenvoudige zorg bleek, dat het zonder een goed overzicht van de benodigde zorg en de verwachtingen niet mogelijk was alle betrokkenen (hulpverleners van de basiseenheid en daarbuiten) goed op de hoogte te stellen. Ook werd de basiseenheid gedwongen per opname zich rekenschap te geven van de te bereiken doelen van de zorg. De dagverpl. stelde het plan op en met de h.w.v. werd dit doorgesproken. In het gesprek met het avond- en nachtteam werd het plan gebruikt om ook hen kennis te laten nemen van de zorgsituatie. Als er sprake was van veranderingen in

het zorgaanbod bijvoorbeeld na het bereiken van verbeteringen in de zorgsituatie werd afgesproken waar men op ging letten en hoe men dan zou handelen.
Als de dagverpl. bepaalde vragen had aan de huisarts kon zij in een gesprek met hem tevens uitleggen wat de kruisvereniging van plan was te gaan doen en de redenen aangeven waarom.
Het voornaamste nut van het werken met een verpleegplan ligt in twee zaken: afstemming tussen hulpverleners en het expliciteren van de doelstellingen van de zorg. De laatste is niet eenvoudig. Het formuleren van enige concrete doelen, die door de inspanningen van alle verpleegkundigen haalbaar worden, vereist informatie over de situatie van de patiënt en vakkennis.
Scholing van de medewerkers op dit punt bleek nodig. Begeleiding van de zijde van de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis om van de ervaringen te leren (verloopt de afstemming goed?, waar liggen de momenten waarop men moet letten, de zogenaamde checks?) blijft nodig.

6.2.4.3 De coördinatie van 24-uurs-zorg

conclusies

- *De coördinatie van 24-uurs-zorg werd in het experiment verzorgd door de h.w.v. De taken die uit de coördinatieverantwoordelijkheid voortvloeien zijn, zeker bij de start, omvangrijk en kosten veel tijd.*
- *De coördinatie van 24-uurs-zorg omvat 4 taken:*
  - *het leiden van de opname van patiënten in de zorg;*
  - *de supervisie van het verloop van de 24-uurs-zorg, zoals de roostering, de bereikbaarheidsregeling, de voortgang van het overleg binnen de teams van de basiseenheid, enzovoort.*
  - *de werkbegeleiding aan verpleegkundigen die in de uitvoering van de zorg voor zeer moeilijke situaties komen te staan en daarover advies willen hebben;*
  - *het zich verzekeren van voldoende steun van professionele hulpverleners uit de eerste- en tweedelijns-gezondheidszorg (huisartsen, gezinszorg, ziekenhuis, verpleeghuis, etc.) voor een goed verloop van 24-uurs-zorg.*
- *Na verloop van tijd, als 24-uurs-zorg een 'normaal' aanbod van de kruisvereniging is geworden, is nog slechts algemene supervisie nodig.*
- *Begeleiding van de h.w.v. bijvoorbeeld door een V.A.D. is gewenst.*

toelichting

Wanneer 24-uurs-zorg slechts één basiseenheid omvat, zoals in dit experiment het geval was, dan gaan deze taken naar de h.w.v. Het betekent, dat de h.w.v. er zeker bij de start veel werk bij krijgt. Na verloop van tijd (een half jaar tot een jaar) is slechts algemene supervisie nodig en is het werk een normaal onderdeel geworden van de functie. Zeker in de periode van

de start is begeleiding van de h.w.v. door bijvoorbeeld een Verpleegkundige Algemene Dienst (VAD) zeer zinvol.
In het experiment werd deze begeleiding opgevangen door de projectstructuur die gecreëerd was ten behoeve van het onderzoek en het experiment.
Als er sprake is van een normale uitbreiding van de zorg van een basiseenheid, dan staat de h.w.v. er alleen voor.
De begeleiding door een VAD zou zich moeten richten op de moeilijkheden die de h.w.v. ervaart op de 4 bovengenoemde taken. De VAD heeft regelmatig ontmoetingen met met de h.w.v.-en in haar gebied. Zij verdeelt haar aandacht over individuele begeleiding, bijscholingsbijeenkomsten met het gehele team van de basiseenheid en beleidsbijeenkosten met alle h.w.v.-en uit de regio voor de tot stand koming van een regionaal zorgbeleid. De ontwikkelingen van 24-uurs-zorg in de regio van een VAD zou via de laatste bijeenkomsten goed kunnen worden voorbereid.
Individuele werkbegeleiding aan de h.w.v. kan worden gerelateerd aan de ontwikkelingen, die de VAD ook verder in de Regio waarneemt.
In erkende kruisverenigingen met meerdere basiseenheden kan, zoals in Tilburg, de bereikbaarheidsdienst gedaan worden door de hoofdwijkverpleegkundigen. Eén van de h.w.v.-en heeft dienst gedurende 7 dagen. Zij coördineert de informatie met betrekking de avond- en nachtzorg en vangt vragen van patiënten op.

6.3 De externe voorwaarden

conclusies

- *Het slagen van de invoering van 24-uurs-zorg door de kruisorganisatie is afhankelijk van de bereidheid van andere hulpverlenende disciplines in de eerste- en tweede-lijnsgezondheidszorg om samen te werken.*

- *Om tot optimale afstemming te komen moet de kruisorganisatie rekening houden met drie condities:*
  . *een open innovatiemodel*
  . *relatievorming op basis van erkenning van elkaars belangen*
  . *uitwisseling van de visie op zorg door de betrokkenen.*

toelichting

In praktisch alle gevallen ontvangt de patiënt die in de 24-uurs-zorg is opgenomen naast de hulp van de kruisvereniging ook hulp van andere hulpverleners. Dit betekent dat de kwaliteit van de bijdrage van de verpleegkundigen van de kruisorganisatie mede wordt bepaald door de kwaliteit van de zorg van anderen en de afstemming tussen de verschillende bijdragen.
De samenwerking die hiervoor nodig is tussen de verpleegkundigen van de kruisorganisatie en huisartsen, gezinsverzorgsters, verpleegkundigen van

het verpleeghuis of ziekenhuis, fysiotherapeuten en anderen kan niet afgedwongen worden. Deze hulpverleners hebben een eigen praktijk of behoren tot zelfstandige soms vrij grote organisaties. De patiënt en zijn huisgeno(o)t(e) moeten de eerste coördinatie verrichten. Daarnaast moet de coördinatie op het zorgvlak mede door de hulpverleners in samenwerking geschieden.
De invoering van de 24-uurs-bereikbaarheid en avond- en nachtbeschikbaarheid (of 24-uurs-zorg) betekent dat er chronische en terminale patiënten in de eerste lijn zorg ontvangen, waarbij afstemming door middel van samenwerking tussen de verschillende hulpverleners onontbeerlijk is. Met een open innovatiemodel deze zorgvernieuwing introduceren betekent dat de kruisorganisatie andere hulpverleners, waar men later nauw mee moet gaan samenwerken, betrekt bij de invoering op een wijze, waarbij zowel de inhoud als de vorm op een aantal aspecten aangepast kan worden aan wensen van andere hulpverleners. Met een gesloten model worden anderen gedwongen de werkwijzen van de kruisorganisatie te aanvaarden en daar hun zorg op af te stemmen. De mogelijkheid aanpassing toe te laten bij de invoering kan niet betekenen dat men gaat afwijken van het binnen de kruisorganisatie mogelijk gemaakte stramien. Het houdt wel in, dat men in het overleg met derden rekening houdt met zaken als tijdigheid van berichtgeving, afstemming van taken waar overlap dreigt, van tijdig signaleren en oplossen van onduidelijkheden over de verantwoordelijkheden (medisch vs. verpleegkundig), enzovoorts. Met een dergelijke openheid kan veel samenwerkingsbereidheid worden gewonnen. Voorkomen moet worden dat een gebrek aan coördinatie als extra zorg bij de patiënt wordt gelegd.
Samenwerking tussen hulpverleners wordt vaak sterk ideologisch onderbouwd. Elke hulpverlenersdiscipline heeft zijn eigen professionele idealen en stokpaardjes, vaak vanuit de historie bepaald. De samenwerking bijvoorbeeld tussen verpleegkundigen en huisartsen wordt door beide partijen sterk bemoeilijkt door als voorwaarde voor samenwerking de erkenning voor bepaalde professionele standpunten door de andere partij af te dwingen.
Onze conclusie aan de hand van de gevonden ervaringen in het experiment is, dat een rationele benadering van de samenwerking op grond van de belangen van de hulpverleners sneller tot resultaten kan leiden. Het uitwisselen van de professionele standpunten blijft een noodzakelijke activiteit als men meer begrip wil krijgen voor de achtergronden van het handelen. Het verdient aanbeveling daar in aparte overlegmomenten, die niet gekoppeld zijn aan concrete samenwerkingstaken, aandacht te besteden.

6.4 Het beleid

6.4.1 Kosten en baten

conclusies

- *De kosten van 24-uurs-zorg voor een patiënt zijn op jaarbasis ± ƒ 63.000,–.*
  Deze kosten zijn lager dan de kosten van ziekenhuis en verpleeghuis, respectievelijk ƒ 127.750,– en ƒ 80.000,-- per jaar per bed.
- *Alle chronische patiënten en een aantal terminale patiënten die in het experiment opgenomen werden in 24-uurs-zorg, hadden naar alle waarschijnlijkheid bij het ontbreken van dit aanbod opgenomen moeten worden in ziekenhuis of verpleeghuis.*

toelichting

Voor de kostenstromen in de gezondheidszorg zijn er vanuit dit project geen harde conclusies over mogelijke baten te trekken. Wel is er waarschijnlijk sprake van een substitutie tussen intra-murale en eerstelijns-zorg. De thuisverpleegde chronische patiënten zouden in ons project naar alle waarschijnlijkheid zonder 24-uurs-zorg in een verpleeghuis opgenomen moeten worden. Bij de terminale patiënten, die opgenomen waren in de 24-uurs-zorg, bleek dat zij in een aantal gevallen zonder 24-uurs-zorg in het ziekenhuis zouden zijn opgenomen, respectievelijk niet ontslagen zouden zijn.
Een dergelijke substitutie behoeft nog niet in verlaagde uitgaven voor de intra-murale zorg zichtbaar te zijn. De verlaging van de opnameduur in de ziekenhuizen is gepaard gegaan met een gelijktijdig optredende stijging van het aantal opnamen. Verdere invoering van dagverpleging kan deze tendens versterken.
Het aantal verpleegdagen in verpleeghuizen is sedert 1972 elk jaar met 4% gestegen. Voor een deel is hierin de uitstoot van het ziekenhuis opgevangen.
De kosten van de 24-uurs-zorg voor een patiënt op jaarbasis zijn te ramen op ƒ 63.000,–.
Deze kosten zijn beduidend lager dan de kosten van het ziekenhuis en verpleeghuis, respectievelijk ƒ 127.750,– en ƒ 80.000,– per jaar per bed.
De invoering van de 24-uurs-zorg wordt gefinancierd uit de volumegroei die nog jaarlijks wordt toegestaan aan de kruiszorg (± 4%) in het kader van de versterking van de eerstelijns-zorg. Uit ons onderzoek blijkt, dat er zeker sprake is, voor wat betreft de kwaliteit en de continuïteit, van versterking van deze zorg, ook al kunnen we slechts spreken van aanwijzingen met betrekking tot substitutie.

6.4.2 Vraag en aanbod van 24-uurs-zorg

conclusies

- *Uit het experiment bleek, dat er een behoefte ontstond aan 24-uurs-zorg, die geleidelijk in de twee jaar na de invoering zichtbaar werd.*
- *Gerekend naar de huidige criteria en de huidige aard van de intra-murale hulpverlening moet zeker rekening gehouden worden met één formatieplaats voor avond- en nachtverpleging voor een basiseenheid met 10 tot 12 verpleegkundigen.*
- *Wanneer de 24-uurs-zorg wordt aangeboden in een regio, waar de intramurale zorg bewust een beleid van dagbehandeling en dagverpleging gaat nastreven, kan de beschikbare avond- en nachtzorg te weinig zijn.*
- *De continuïteit van de zorg van de kruisvereniging wordt door de invoering van 24-uurs-zorg vergroot.*

toelichting

Tijdens het experiment zijn de hulpvragen jaarlijks gestegen met ca. 20%. Ook uit andere projecten met 24-uurs-zorg blijkt, dat na invoering er een stijging optreedt van het aantal verrichtingen. In Tilburg bleek zelfs een stijging van 45% in het tweede jaar.
In het vaststellen van de potentiële doelgroep voor 24-uurs-zorg op Tholen/St.Philipsland bleek, dat er zeker nog sprake is van een mogelijke verdubbeling van het aantal patiënten dat thans in zorg is opgenomen (gerekend naar de huidige criteria voor chronische en terminale patiënten). Daarbij speelt dat de dagbehandeling van verpleeghuizen en van de ziekenhuizen de druk op de zorg van de kruisvereniging kunnen vergroten. Dit kan met 24-uurs-zorg gedeeltelijk worden opgevangen. Op het moment dat ziekenhuizen dagverpleging gaan invoeren en de verpleeghuizen een strakker opnamebeleid gaan hanteren, kan de potentiële doelgroep voor 24-uurszorg toenemen.
Het aanbod van 24-uurszorg heeft derhalve thans te maken met een doelgroep, die zich geleidelijk bekend maakt door het stellen van hulpvragen. Deze doelgroep moet hoofdzakelijk gezocht worden in de groep bejaarde tot hoogbejaarde patiënten en terminale patiënten. 24-uurs-zorg kan alleen gegeven worden als er sprake is van interne en externe mantelzorg voor deze situaties. Het gevaar van verdringing van de mantelzorg door professionele zorg is niet aanwezig. Eerder is het tegendeel het geval. Door het aanbod van 24-uurszorg gaan patiënten proberen intramurale zorg te vermijden en gaan zij zich instellen op meer zelf- en mantelzorg.

Hiervoor is al aan de orde geweest dat de *patiënt* thuisverpleging positief ervaart en 24-uurs-zorg positief waardeert. Het is moeilijk de baten van deze zorg voor de patiënt in geld uit te drukken.
Thuisverpleging blijkt vereenzaming tegen te gaan en geeft meer kansen tot reactivering en behoud van functieniveau.

Door de invoering van 24-uurs-zorg in de plaatselijke situatie (platteland of stad) wordt de *continuïteit* van de zorg van de kruisvereniging vergroot. De 24-uurs-bereikbaarheid voor hulpvragen wordt ingevoerd, daar waar deze al was ingevoerd wordt zij meestal verbeterd, door de invoering van centrale meldnummers en procedures. De koppeling met daadwerkelijke zorg in de avond- en nachturen maakt het mogelijk de overdag gegeven zorg te continueren. Door goed overleg met de plaatselijke intra-murale instellingen kunnen deze ook in het geval van ontslag en proefverlof uit ziekenhuis of verpleeghuis een betere continuïteit in de zorg garanderen. De meerwaarde van een organisatie van de 24-uurs-zorg, waarbij ook rekening wordt gehouden met het bezoeken van patiënten in de nachtelijke uren, betreft twee aspecten: het kwaliteitaspect en het aspect van de volcontinue-garantie. Het eerste aspect betreft de ervaringen van patiënten, die de mogelijkheid van nachtelijke hulp met een bezoek van de verpleging als een geruststelling ervaren. De garantie van volcontinue zorg, waarbij ook 's nachts een professionele verpleegkundige beschikbaar is kan een doorslaggevende rol spelen in de besluitvorming over ontslag uit het ziekenhuis.

6.5 Een terugblik op het onderzoek

In de loop van het experiment, gestart op 1 april 1983, zijn drie tussentijdse rapporten uitgebracht, te weten in oktober 1983, april 1984 en december 1984. In deze tussentijdse rapporten werd de stand van zaken van het experiment zo goed mogelijk vastgelegd.
Deze tussentijdse rapportages gaven de beleidsgroep de gelegenheid tot bijsturing. De projectleidster en de werkgroep werkten aan de hand van de voorstellen van de beleidsgroep verbeteringen uit voor het project.
De uiteindelijke vorm van het experiment, zoals in dit eindverslag is beschreven is geleidelijk tot stand gekomen, mede onder invloed van de onderzoeksresultaten.

De aandacht van de onderzoekers voor het verloop van het experiment heeft als voornaamste effect gehad, dat de ontwikkeling van het experiment een maximum aan informatie heeft opgeleverd over allerlei kwalitatieve aspecten van het zorgverlenen en de sturing daarvan.

Een dergelijke benadering vraagt om een goed samenwerkingsverband tussen verpleegkundigen, projectleidster/h.w.v., onderzoekers en beleidsgroep, waarin goede afspraken over taken en rollen worden gemaakt en men zich tot het uiterste inzet om deze zo zorgvuldig mogelijk na te komen. Dit aspect van het experiment en onderzoek verdient hier apart te worden genoemd. Zonder de grote inzet van de betrokkenen kan een dergelijk

ontwikkelingsmodel niet werken. Men kan zeggen, dat actie-onderzoek naar kwalitatieve aspecten van de zorgverlening alleen mogelijk is, als er ook veel aandacht wordt gegeven aan de kwaliteit in de menselijke betrekkingen. De onderzoekers prijzen zich gelukkig met vertegenwoordigers van de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis en de kruisvereniging Tholen/St. Philipsland intensief te hebben mogen samenwerken om zodoende de onderzoeksopdracht zo goed mogelijk uit te voeren.

Geraadpleegde literatuur

Breuer, F., *De interorganisationele analyse,* in: M & O, tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid, nummer 1, Samson, Alphen aan de Rijn, 1978.

Beugen, van M., *interdisciplinaire samenwerking en hometeam,* in: de eerste lijn, 9e jaargang nummer 5/6, 1985.

Broecke, van den, Drs. A.M., *Deelonderzoek 1, verslag van de enquête onder de ouderen van Midden-Zeeland,* provinciaal opbouworgaan Stichting Zeeland, Middelburg, maart 1984.

Cassileth, B. en Donovan, J., *Hospice; history and implication of the new legislative,* in: Journal of Psychosocial Oncology, Spring, 1983.

Districtsvereniging 'Het Groene Kruis', district Veendam/Stichting '70, *evaluatieverslag bereikbaarheidsdienst,* Veendam, februari 1985.

Grol, R., e.a., *Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer,* in: Gezondheid en samenleving, 6e jaargang nummer 1, van Loghum Slaterus, maart, 1985.

Hattinga Verschure, J.C.M., *Het Verschijnsel Zorg, een inleiding tot de zorgkunde,* de tijdstroom, Lochem, 1981.

Hattinga Verschure, J.C.M., *Zelfzorg, een omstreden begrip,* in: medisch contact, nummer 1, 1979.

Hattinga Verschure, J.C.M., *Zelfzorg en mantelzorg voor gezondheid,* in: metamedica, nummer 5, 1977.

Holland, J. en P.J.M. Wilms, *Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg,* Instituut voor onderzoek van overheidsuitgaven nr. 14, 's Gravenhage, oktober 1984.

Huygen, F., *Het Home-Team,* in: Huisarts en wetenschap nr. 5, 1962.

Knapen, Drs. M.H.J.M., e.a., *Patiënt, wijkverpleegster en huisarts,* H.D. Tjeenk Willink B.V., Groningen, 1976.

Kruiswerk en Tuberculosebestrijding, *Collectieve Arbeidsovereenkomst,* Bunnik, januari 1984.

Kruisvereniging Enschede/Haaksbergen, *regeling avond- en nacht- en weekenddienst wonen in werkgebied of plaats van tewerkstelling,* Enschede, juni 1984.

Londen, van J., *van NHI tot NIVEL tien jaar structuurnota 1974,* in: eerste lijn, 9e jaargang 1985 nummer 5/6.

Meerdink H.B. en Fijn J.M.G., *Chronisch zieken in de wijkverpleging,* Provinciale Friese Kruisvereniging, augustus 1984.

M.G.Z., *24-uurs-zorgverlening steeds een stap verder,* 12e jaargang nummer 5, mei 1984.

Nationale Kruisvereniging, *Nota grensverkenning wijkverpleging, een aanzet tot diskussie,* Bunnik, september 1982.

Nationale Kruisvereniging, *Discussienota 24-uurs-zorgverlening binnen de kruisorganisatie,* Bunnik, augustus 1982.

Nationale Kruisvereniging, *Richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid,* Bunnik, maart 1985.

Prichard, E.R., e.a., *Home Care, living with Dying,* Columbia University Press, New York, 1979.

Provinciale Vereniging 'Het Zeeuwse Kruis', *handleiding invoering avondzorg,* Goes, januari 1985.

Provinciale Vereniging 'Het Zeeuwse Kruis', *Nota 24-uurs-zorgverlening, projectgroep 24-uurs-zorgverlening,* Goes, juni 1982.

Riel-Maat, van C., *Twee jaar ervaring met 24-uurs-zorgverlening bij de Tilburgse Kruisvereniging,* Tilburg, mei 1984.

Rogers, E.M., *Diffusion of Innovations, Third edition,* The Free Press, New York, 1983.

Sager, A.P., *Planning Home Care with the Elderly,* Bullinger Publishing Cy., Cambridge, Mass., 1983.

Seidl, E.W., e.a., *Delivering In-home Services to the aged and disabled; the wisconsin experiment,* Lexington Books, Heath & Cy., Lexington, Mass., 1983.

Spiegel, A.D., *Home Health Care,* National Health Publising, Mills, 1983.

Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Besluit erkenningsnormen kruisorganisaties,* Leidschendam, juni 1981.

Stark, D., en Johnson, E., *Implication of Hospice Concepts for social work Practice in oncology in acute care teaching hospital,* in: Social Work in Health Case, vol. 9-1, 1983.

Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen, *Het avontuur van het avonduur!,* Amsterdam, augustus 1984.

Stichting Kruiswerk Almelo en Omstreken, *24-uurs-zorgverlening,* Almelo, mei 1983.

Stichting Het Nederlands Economisch Instituut, *Deelonderzoek III, de Behoefte aan bijzondere vormen van huisvesting voor ouderen in Zeeland,* Rotterdam, april 1984.

Verpleeghuis Algemeen Burger Gasthuis, *Verslag afdeling Dagbehandeling,* Bergen op Zoom, juli 1983.

Nationale Kruisvereniging - Dienst informatieverzorging, *wijkadministratiesysteem, verpleegkundig methodisch handelen,* Bunnik, november 1980.

Williams, W., en Elmore, R.F., *Social Program Implementation,* Academic Press Inc., New York, 1976.

Wolff, L., e.a., *Fundamentals of Nursing,* Lippincott (ed.), 1979.

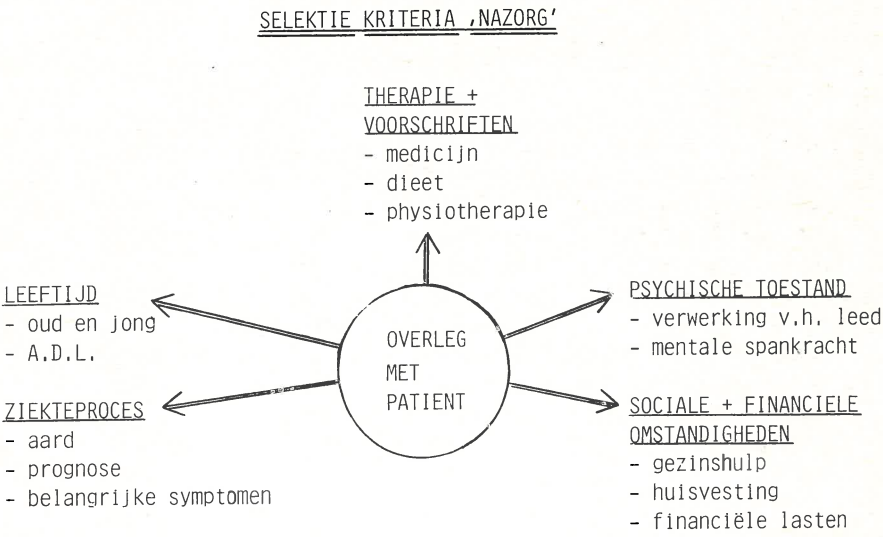
Index van tabellen

Tabel 1 Leeftijd en geslacht van patiënten opgenomen in 24-uurs-zorg in de experimentele periode 25
Tabel 2 Diagnose van patiënten in 24-uurs-zorg 26
Tabel 3 Aantallen patiënten per type 28
Tabel 4 Duur en verblijf in 24-uurs-zorg per type 28
Tabel 5 Verdeling over teams en woonplaatsen van patiënten in 24-uurs-zorg 31
Tabel 6 Verdeling van patiënten over teams en typen zorg in 24-uurs-zorg 32
Tabel 7 Aanmelding van patiënten opgenomen in 24-uurs-zorg 33
Tabel 8 Criteria bij opname van patiënten in 24-uurs-zorg 38
Tabel 9 Reden van beëindiging van het contact 40
Tabel 10 Reden voor intra-murale opname van patiënten in 24-uurs-zorg 40
Tabel 11 Telefonische contacten: aard en aantal 69
Tabel 12 Aard en aantal contacten met patiënten in 24-uurs-zorg 73
Tabel 13 Plaats en aantal van de contacten in 24-uurs-zorg 74
Tabel 14 Absoluut bestede tijd (in uren en minuten) gedurende 2 jaar experiment van avond- en nachtdienst en dagdienst naar type zorg 75
Tabel 15 Bestede tijd (in percentage van het totaal) van avond- en nachtverpl. en dagverpl. naar type zorg (over 2e, 3e en 4e fase) 76
Tabel 16 Tijdsinvestering met betrekking tot chronische patiënten (in uren en minuten 77
Tabel 17 Contacten van avond- en nachtdienst in de nachtelijke uren (tijd in uren en minuten) 91
Tabel 18 Leeftijdsopbouw Tholen/St. Philipsland 95
Tabel 19 Niet patiënt gerichte werkzaamheden van de avond- en nachtverpleegkundigen over twee jaar experiment 107

Index van figuren

Figuur 1 Relaties tussen invalshoeken 12
Figuur 2 Periode afgezet tegen het aantal en type patiënten 30
Figuur 3 Voorbeeld van één avond werken 76
Figuur 4 Logboek activiteiten w.v. en w.z.v. 79
Figuur 5 Model: fasen, activiteiten en gegevens 88
Figuur 6 Geschatte werk- en bereikbaarheidsuren avond- en nachtdienst 92
Figuur 7 Aantal hulpvragen voor dagdienst en avond- en nachtdienst via de mobilofoon vanaf november 1983 tot en met maart 1985 105
Figuur 8 Contacten tussen hulpverleners bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis 116
Figuur 9 Voorwaarden voor samenwerking 121

BIJLAGE 1 SELECTIECRITERIA NAZORG



GEEF het door aan de Hoofdwijkverpleegkundige KRUISWERK

BIJLAGE 2 RICHTLIJNEN T.A.V. DIENSTEN 'S AVONDS, 'S NACHTS EN IN DE WEEKEINDEN

Om patiënten/cliënten, voor wie dit nodig is, zowel binnen de normale werkuren[1] als daarbuiten, te kunnen verplegen, draagt de erkende kruisorganisatie er zorg voor:

a dat een wijkverpleegkundige zowel binnen als buiten de normale werkuren bereikbaar is[2] voor urgente hulpvragen van onvoorziene aard;

b dat als regel tenminste één wijkverpleegkundige aangewezen is (beschikbaar[3]) voor hulpverlening gedurende de avond tot minimaal 22.00 uur en tijdens de weekeinden en feestdagen zowel overdag als 's avonds en dat daartoe een schema wordt opgesteld;

c dat bovendien, tussen 22.00 en 08.00 uur aan urgente hulpvragen van onvoorziene aard, naar vermogen wordt voldaan;

d dat bij overdracht van diensten uitwisseling van gegevens, van belang voor een optimale hulpverlening, plaatsvindt;

e dat duidelijk wordt bekend gemaakt aan verzekerden en andere belanghebbenden, wie in urgente gevallen kan worden gewaarschuwd.

maart 1985

TOELICHTING:

1 Onder normale werkdagen worden verstaan de uren gelegen tussen 08.00 en 18.00 uur op de werkdagen van maandag t/m vrijdag, met uitzondering van de feestdagen.

2 Onder bereikbaarheid wordt verstaan dat een wijkverpleegkundige 24 uur bereikbaar is voor het aannemen van hulpvragen en het zonodig adviseren daarover.

3 Onder beschikbaarheid in dit verband wordt verstaan, dat als regel tenminste één wijkverpleegkundige aangewezen is om patiënten/cliënten te verplegen van wie tevoren bekend is, dat deze hulp voor deze patiënten/cliënten noodzakelijk is. Daarnaast dient te worden voldaan aan hulpvragen van onvoorziene aard, die geen uitstel gedogen.
Wanneer de werkzaamheden vereisen dat meer functionarissen aangewezen moeten worden, kunnen deze functionarissen, indien de aard van de werkzaamheden dit toelaat, tevens wijkziekenverzorgenden zijn.