

BIBILOGRAFIE

EXTRAMURALE VERPLEGING IN HET BUITENLAND

3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Samenstelling: K. Dijkhuis

juli 1988

De bibliografie "Extramurale verpleging in het buitenland" is een publicatie die deel uit maakt van een serie van uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon: 030-319946

Openingstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00-16.00

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK

Dijkhuis, K.

Bibliografie extramurale verpleging in het buitenland /
K. Dijkhuis. - Utrecht: Stichting NIVEL
ISBN 90-6905-074-9
SISO 613.7 UDC 614.2(01)
Trefw.: wijkverpleging ; thuiszorg ; bibliografieën.

Inhoudsopgave

Verantwoording	v
Inleiding	vii
Opbouw van de bibliografie	xvi
Aanwijzingen voor het gebruik	xviii
1. Algemeen	1
2. Structuur en organisatie	13
3. Taken en werkwijze	
3.1 Algemeen	28
3.2 Preventie	48
3.3 Zorg voor terminale patiënten	54
4. Samenwerking	61
5. Substitutie van intramurale zorg door thuiszorg	68
6. Nazorg en continuïteit van de zorg	86
7. Opleiding en nascholing	92
8. Gebruik van extramurale verpleging	101
Trefwoordenindex	115
Auteursindex	121
Bronnen	131
Reeds verschenen bibliografieën	134

Verantwoording

Deze bibliografie bevat publicaties over extramurale verpleging in het buitenland, met dien verstande dat deze vooral gaan over thuiszorg en de rol van de verpleegkundige daarin. Tijdens het verzamelen van publicaties bleek al snel dat bovenstaande afbakening een aanzienlijke beperking ten aanzien van het aantal op te nemen publicaties met zich mee bracht.

Veel onderzoeksverslagen betreffen thuiszorg in het algemeen. Deze komen overeen voor zover er verslag wordt gedaan van een aantal diensten die aan de cliënt thuis worden aangeboden. Dergelijke publicaties zijn slechts dan opgenomen indien de rol van de verpleegkundige centraal staat of als de verpleegkundige in belangrijke mate bijdraagt aan de thuiszorg. In dit kader wijs ik alvast op het verschijnen van de bibliografie 'Thuiszorgexperimenten', medio december 1988, waarin het aanbod van diverse (para-)medische diensten centraal staat en de aandacht niet primair uitgaat naar de verpleging.

Van de publicaties die de extramurale verpleging in het algemeen betreffen, zijn vooral boeken en artikelen opgenomen die de rol van de verpleegkundige in de thuiszorg beschrijven of onderzoeken. Ook zijn een aantal overzichtsstudies opgenomen waarin de taken van extramuraal werkende verpleegkundigen worden gespecificeerd. Zo kan enerzijds een vergelijking worden gemaakt tussen de tijd besteed aan taken voortvloeiend uit thuiszorg en overige taken, en anderzijds tussen de taken van wijkverpleegkundigen in Nederland en extramuraal werkende verpleegkundigen in het buitenland. Van belang voor inzicht in het takenpakket van wijkverpleegkundigen is het in 1987 verschenen onderzoeksverslag van Kerkstra en De Wit ¹ waarin onder andere onderscheid wordt gemaakt tussen huisbezoeken, patiënt-gebonden activiteiten in het wijkgebouw en niet-patiënt gebonden activiteiten.

¹. Kerkstra, A., A.M.G.J. de Wit. Het werk van wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden en wijkziekenverzorgenden. Utrecht: Nivel, 1987. 217 p., 4 bijln., 76 lit.opgn.

Afgeleid uit bovenstaande kan gesteld worden dat voor de zoekprocedure twee ingangen beschikbaar waren, corresponderend met de begrippen **thuiszorg** en **extramurale verpleging**. Op de buitenlandse terminologie zal in de inleiding nader worden ingegaan.

Voor literatuur is in de eerste plaats de Nivel-catalogus geraadpleegd. Mede vanwege de aangebrachte restricties bleef het gewoonlijk door de literatuurverwijzingen optredende 'sneeuwbal-effect' aanvankelijk uit. In een vroeg stadium zijn er via het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) in totaal drie searches uitgevoerd: twee volgens de twee ingangen (thuiszorg en extramurale verpleging) bij het Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) en één bij het DIALOG-bestand Nursing & Allied Health (CINAHL) waarbij beide ingangen zijn samengevoegd. Deze searches hebben vooral artikelen uit angelsaksische periodieken opgeleverd. In de derde plaats is een paar dagen gezocht in de Medische Bibliotheek Randwyck van de Rijksuniversiteit Limburg. Dit heeft geleid tot opname van niet onbelangrijke overzichtsstudies met betrekking tot de extramurale verpleging. Vooral in een latere fase vormden de literatuurverwijzingen in de publicaties een vierde bron voor literatuur.

Voorts is getracht zoveel mogelijk publicaties van recente datum op te nemen. Voor vooral grootschalige onderzoeken zijn uitzonderingen gemaakt omdat deze ronduit schaars zijn. De bibliografie bevat dan ook wat materiaal uit de jaren zeventig.

Achterin deze bibliografie staan onder 'Bronnen' alle bibliotheken vermeld die de samensteller heeft bezocht of waarvandaan literatuur is verzonden via het interbibliothecaire leenverkeer (IBL), waarbij kwantitatief vooral de Medische Bibliotheek Randwyck en de bibliotheek van het Nationaal Ziekenhuisinstituut een grote rol hebben gespeeld.

Inleiding

De literatuur is in deze bibliografie rond een aantal aspecten gegroepeerd (zie 'Opbouw van de bibliografie'). Met uitzondering van hoofdstuk acht betreft deze indeling de aanbodzijde van de extramurale verpleging. In deze inleiding zal per land worden getracht de organisatie en financiering van extramurale verpleging en thuiszorg samenvattend weer te geven. Het leeuwedeel van de publicaties is van angelsaksische signatuur. Achtereenvolgens zal aandacht worden besteed aan de situatie in België, Groot-Brittannië en in de Verenigde Staten. In de geraadpleegde databases en bibliotheekcatalogi waren slechts incidenteel publicaties voorhanden of toegankelijk die de thuiszorg in andere landen als onderwerp hebben. Omdat het beeld van de extramurale verpleging en de thuiszorg in landen als Frankrijk, de Bondsrepubliek derhalve gefragmenteerd is zal daar in deze inleiding niet op worden ingegaan. Om relatief snel op land te kunnen zoeken zijn in de trefwoordenindex alle voorkomende landen opgenomen.

België

Naar Nederlands model is in 1937 de eerste Wit-Gele Kruisvereniging opgericht. Het Wit-Gele Kruis is de overkoepelende en coördinerende instantie voor thuiszorg in België, waar andere organisaties van onder meer kerkelijke signatuur in zijn opgegaan. In 1979 waren er 1.989 verpleegkundigen in dienst van het Wit-Gele Kruis verspreid over 117 diensten en werden er 12 miljoen huisbezoeken afgelegd. In nationaal opzicht zijn er bepalingen aangaande de medische interventies, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding daarentegen valt onder de competentie van de gemeenschapsautoriteiten. De regionale afdelingen zijn verantwoordelijk voor de verpleging van de patiënt thuis. De gehanteerde term voor het in de verantwoording gespecificeerde onderwerp is veelal **thuisverpleging**.

De zorg die aan de patiënt wordt verleend is gaandeweg medischer van aard geworden. Deze ontwikkeling valt samen met de ontwikkeling waarbij door de 'thuisverpleegkundigen' steeds vaker wordt samengewerkt met huisartsen, maatschappelijk werkenden, gezinshulpen etc. In multidisciplinaire teams (De Jonghe in no. 74; D'Haese et al., no. 4). Dientengevolge wordt ook wel gesproken van **thuisgezondheidszorg**

dat door het multidisciplinaire karakter in belangrijke mate gericht is op het vermijden van hospitalisatie. Bovenstaand begrip is geëvolueerd tot: optimale zorg- en hulpverlening aan de patiënt op fysiek, psychisch en sociaal niveau in het vertrouwde leefmilieu (Seutin, no. 97).

Er is in België een aantal onderzoeken uitgevoerd naar de kostprijs van thuisgezondheidszorg (Spinnewyn en Pacolet, no. 131, en in de bundel 'Gezondheid en Economie, no. 93, 95, 97). In het eerstgenoemde onderzoek is de thuisverpleging verantwoordelijk voor 26% van de totale uitgaven voor thuisgezondheidszorg. In de symposiumbundel komt in diverse studies tot uitdrukking dat één dag thuisverpleging maximaal de helft kost van een opnamedag in het ziekenhuis.

Voor de patiënt geldt dat voor thuiszorg per prestatie 'remgelden' moeten worden betaald (eigen bijdrage), de overige kosten worden vergoed. De kosten voor de patiënt liggen vaak aanzienlijk hoger dan die bij intramurale zorg en worden door een deel van de gezinnen in het onderzoek van Spinnewyn en Pacolet als een aanzienlijke last beschouwd. Daartegenover staat dat thuisverpleging veelal een positief effect heeft op de kwaliteit van het leven van de patiënten.

Uit het rapport 'Eerstelijns gezondheidszorg' van het Nationaal Onderzoeksprogramma ² blijken de volgende kenmerken van thuisverpleegde patiënten: bijna drie kwart van de patiënten zit in de leeftijdscategorie 54 tot 84 jaar, 53,2% in de categorie 64 tot 84 jaar. Met betrekking tot geslacht valt op dat 65,3% vrouw is. Voorts is 45,4% gepensioneerd, 29,1% is huisvrouw en 14,2% is gehandicapt.

Een belangrijk verschil tussen de thuisverpleegkundigen in dienst van het Wit-Gele Kruis in België en de wijkverpleegkundigen van de kruisverenigingen in Nederland is dat de thuisverpleegkundigen alleen contact met de cliënt heeft in zijn eigen omgeving en niet zoals de wijkverpleegkundigen in Nederland actief zijn in wijkgebouwen voor consultatiebureaus, spreekuren etc.

Een ander verschil is dat de Nederlandse wijkverpleegkundigen direct kunnen worden bezocht, terwijl in België en andere landen verwijzing door een (huis-)arts een vereiste is.

². Seutin, R. Thuisverpleegkunde als georganiseerde dienstverlening. p. 162.

In: Nys, H., M. Foets, J. Mertens. Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Antwerpen: Van Loghum Slaterus, 1985.

Volgens het landelijke onderzoek van het Wit-Gele Kruis in 1982 naar de cliënten en aard van de thuisverpleging (no. 132) wordt aan de patiënten één of meer van de volgende types zorg verleend:

- injecties 58%
- hygiënische verzorging 42%
- wondverzorging 21%
- overige verpleging 10%

De gemiddelde leeftijd van de patiënt is 72 jaar, met 30,4% in de leeftijdsklasse 70 tot en met 79 jaar, 22,2% in de klasse 80 t/m 89 jaar en 16,8% in de klasse 60 t/m 69 jaar.

Zoals in vrijwel alle landen die in deze bibliografie ter sprake komen is de voortschrijdende vergrijzing verantwoordelijk voor een toenemend aantal huisbezoeken en een aanzienlijke lastenverzwaring voor de verpleegkundigen in de thuiszorg.

Groot-Brittannië

Tot 1974 bestond er binnen de National Health Service (NHS) een structurele driedeling ³:

- family practitioners services
- hospital services
- community services.

Ook de wijze van financiering van deze drie groepen onderling verschilt veel, hoewel een aantal knelpunten in organisatie en financiering zijn opgelost na de herstructurering van de NHS in 1974. Aan deze herstructurering wordt in de opgenomen publicaties nogal eens gerefereerd. Hoewel de community services meer financiële middelen ter beschikking kregen, is de beleidsintentie om het aantal wijkverpleegkundigen jaarlijks met zes procent te laten toenemen geen werkelijkheid geworden (McIntosh, no. 24). De community services betreffen zowel wijkverpleging, basisgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening als de residentiële zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Deze voorzieningen worden gefinancierd met lokale belastinggelden aangevuld met geld van de staat.

Veelvuldig zal men in deze bibliografie de term **community nurses** tegenkomen, waarmee dan zowel wijkverpleegkundigen, schoolverpleeg-

³. Groenewegen, P.P., R. Willemsen. Naar een sterkere eerste lijn? 2. Buitenlandse ervaringen. Utrecht: Nivel, 1987. 64 p., 60 lit.opgn.

kundigen als verpleeghulp (nursing auxiliaries) etc. kunnen worden bedoeld. De functie van de wijkverpleegkundigen in Nederland wordt in Engeland vervuld door zowel **district nurses** als **health visitors**. De health visitors hebben vooral preventieve taken en uit onderzoek blijkt dat zij vooral gericht zijn op moeders en jonge kinderen. Het werk van district nurses betreft met name directe, verpleegkundige zorg, meestal maar niet persé bij de patiënt thuis. De patiënten zijn vaak ouderen. Gezien de primaire aandacht in deze bibliografie voor algemene verpleging ongeacht de leeftijd of maatschappelijke klasse van de cliënt behandelt de hier bijeengebrachte literatuur rol en taken van de district nurses (veelal vertaald met 'wijkverpleegkundigen', terwijl 'health visitors' onvertaald is gelaten).

De overheidsnorm met betrekking tot het aantal wijkverpleegkundigen is één wijkverpleegkundige op 5.000 inwoners, maar de ratio is in 1987 in werkelijkheid 1 op 3.243 (Baker, et al., no. 2). Aangezien ongeveer 70% van de huisbezoeken van wijkverpleegkundigen patiënten betreft van 65 jaar en ouder, is het aantal ouderen in een bepaalde regio van grote importantie voor de verhouding wijkverpleegkundigen:bevolking. Deze ratio verschilt regionaal van 1:2.720 tot 1:6.698 (Keywood, no. 8).

Het werkgebied van de district nurse kan op twee manieren gedefinieerd zijn:

- binnen een **geografisch afgebakend gebied**, of
- door middel van **detachering** bij een huisartspraktijk.

Teneinde de praktijken van huisartsen en wijkverpleegkundigen op elkaar af te stemmen en de samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken zijn gaandeweg steeds meer district nurses gedetacheerd bij een huisartspraktijk. In de uitgebreide overzichtsstudie van Hicks 'Home nursing and home nurses' (no. 40) wordt onderzoek uit 1965 aangehaald waarin 39 procent van de **State Registered Nurses** (bij de overheid geregistreerde verpleegkundigen) gedetacheerd is. In het onderzoek van Dunnell en Dobbs uit 1987 (no. 36) is van alle district nurses en health visitors respectievelijk al 83% en 89% praktijkgebonden. Twintig procent van de wijkverpleegkundigen is in dit onderzoek zelfs verbonden met vier of meer huisartspraktijken. In enkele regio's gaat men er echter toch weer toe over voor de wijkverpleegkundigen een geografisch werkgebied af te bakenen omdat detachering niet altijd even effectief is. Naast het feit dat de wijkverpleegkundige geen inzicht krijgt in de morbiditeitspatronen in een bepaalde wijk speelt ook de kosteneffectiviteit van detachering

een rol. Deze kosteneffectiviteit kan ongunstiger zijn door toegenomen reistijd, zodat de verhouding tussen tijd besteed aan direct patiëntencontact en overige tijdsbestedingen verandert.

Een belangrijk discussiestuk vormt het rapport 'Neighbourhood nursing' (Cumberlege et al, no. 18), in 1986 uitgebracht in opdracht van het Department of Health and Social Security, waarin wordt gepleit voor het definiëren van **wijken** binnen de huidige districten ten einde de planning en organisatie van community nursing en overige eerstelijnsvoorzieningen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.

Sinds de Public Health Act van 1968 is er nog een andere ontwikkeling waar te nemen: contacten die district nurses met cliënten hebben vinden steeds vaker ergens anders plaats dan in de woning van de patiënt, bijvoorbeeld in gezondheidscentra. Desalniettemin blijkt uit het onderzoek van Dunnell en Dobbs (no. 36) dat 90 procent van de tijd door wijkverpleegkundigen aan patiëntenzorg besteed, bij de patiënt thuis wordt doorgebracht.

In hetzelfde onderzoek worden de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen ingedeeld in reistijd, non-klinische activiteiten en 'patiëntentijd', waar respectievelijk 24, 26 en 50 procent van de werktijd aan wordt besteed.

Onder verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige kunnen nog andere verpleegkundigen werkzaam zijn. Voor de verpleegkundige taken zijn de **State Enrolled Nurses** (in dienst van de overheid) volledig inzetbaar. Ter ondersteuning van de wijkverpleegkundigen zijn er voor de minder technische taken in sommige praktijken **nursing auxiliaries** beschikbaar.

Voor huishoudelijke ondersteuning en persoonlijke zorg zijn er voor de cliënt **home helps** beschikbaar.

Samenhangend met het veranderde morbiditeitspatroon, het eerdere ontslag uit het ziekenhuis en de vergrijzing van de bevolking heeft het Panel of Assessors for District Nursing Training aanbevelingen gedaan voor een nieuwe structuur en curriculum van de opleiding van district nurses (zie o.a. Miller in no. 107). Deze aanbevelingen zijn voor het merendeel vanaf 1981 in de opleiding verwerkt. Eén van de belangrijkste veranderingen betreft de invoer van het **nursing process** in de opleiding. Deze benadering is probleemgericht, **problem-oriented** en wordt in de praktijkvoering door diverse typen verpleegkundigen steeds frequenter gehanteerd. Nursing process wordt hier vertaald met 'verpleegkundig proces'. Het verpleegkundig proces valt uiteen in beoordeling, planning, toepassing en evaluatie (Elliott et al, no.

Verenigde Staten

Inherent aan de complexe structuur van de Amerikaanse gezondheidszorg zijn er in de gezondheidsmarkt voor thuiszorg veel verschillende organisaties werkzaam en komen in deze bibliografie diensgevolge meerdere typen verpleegkundigen aan de orde. De allesomvattende en neutrale term voor de medische, verpleegkundige en ook wel maatschappelijke zorg voor cliënten in hun woonomgeving is **home health care**.

In een poging de home health care te conceptualiseren onderscheidt de American Hospital Association drie niveaus (Stewart, no. 11):

- 1) het intensieve niveau, ook wel aangeduid met '**coordinated home care**'. Op dit niveau worden acuut zieke personen die anders geïnstitutionaliseerd zouden worden thuis verzorgd. De zorg wordt aangeboden door multidisciplinaire teams, waaronder artsen. De leden veelvuldig huisbezoeken af gedurende een relatief korte periode.
- 2) het intermediaire of revalidatie-niveau. De cliënten zijn veelal herstellende van een aandoening en zijn recent uit het ziekenhuis of een andere intramurale instelling ontslagen. Het team bevat naast verpleegkundigen en een arts ook fysiotherapeuten en overige therapeuten.
- 3) het basis niveau. Op dit niveau wordt hulp geboden aan cliënten die anders niet in staat zijn zelfstandig thuis te leven. Continue supervisie en aandacht voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zijn voor chronisch zieken en gehandicapten een noodzaak. De rol van de verpleegkundige is hier groter en er wordt veelvuldig gebruik gemaakt van **home health aide services** en overige ondersteunende voorzieningen. De duur van dit type thuiszorg is veelal langer dan van de eerste twee.

In de literatuur worden diverse indelingen gehanteerd met betrekking tot de organisaties op het gebied van de thuiszorg. Een zeer globale maar desalniettemin veel voorkomende indeling van **home health care agencies** is die in **hospital-based** en **community-based** agencies. Het aan een ziekenhuis of aan de gemeenschap gelieerd zijn van thuiszorgprogramma heeft dan vooral betrekking op locatie en beheer.

Hoewel het niet mogelijk is de drie onderscheiden thuiszorg-niveaus te verdelen over deze organisatievormen, kan wel gesteld worden dat community-based home care zich minder richt op het eerste niveau en dat hospital-based home care minder is gericht op het tweede en derde

niveau. Aan de andere kant is er onder invloed van de **Diagnosed Related Groups** (DRGs) en het bijkomende effect van korter durende hospitalisatie, met name in de commerciële sector een ontwikkeling waar te nemen dat grotere ziekenhuizen zich meer ontfemen over de cliënt die hulpbehoevend is op het tweede en soms zelfs derde niveau. Het voor de hand liggende verschil tussen thuiszorg vanuit het ziekenhuis en thuiszorg vanuit de gemeenschap is dat bij de eerste gebruik wordt gemaakt van mankracht en apparatuur in het ziekenhuis. Omdat de thuiszorg vanuit de gemeenschap organisatorisch en financieel niet geleerd is aan intramurale gezondheidszorg en omdat de (wijk-)verpleegkundige hierin prominenter aanwezig is, gaat in deze bibliografie vooral de aandacht uit naar 'community-based home care'. Bovendien is het aandeel van community thuiszorg binnen het totaal van thuiszorg veel groter: in 1977 ongeveer 90% van de organisaties.

Gelet op de organisatiestructuur en financiering kunnen de community-based agencies verder worden ingedeeld in:

- officiële organisaties: op lokaal, staats-, en federaal niveau gefinancierd uit belastinggelden.
- vrijwillige organisaties: autonome organisaties gefinancierd met particuliere fondsen.
- combinatie van vrijwillig/officieel
- particuliere organisaties: 'profit' of 'non-profit', de niet-commerciële organisaties zijn vrijgesteld van belasting.

De primaire invloed van de overheid op de thuiszorg vindt plaats door middel van financiering van **Medicare** en **Medicaid**, een soort ziekenfondsen. De financiële middelen zijn afkomstig uit zowel belastinggelden als uit premies betaald door bepaalde doelgroepen. In de Verenigde Staten wordt bij vergoedingen door voornoemde fondsen en particuliere verzekeraars aan de hulpgever gesproken van **third-party reimbursement**. Sinds in 1966 thuiszorg door deze instanties is aanvaard loopt dwars door de voorgaande indelingen de tweedeling van organisaties die **Medicare-certified** zijn en die dat niet zijn.

De officiële thuiszorgprogramma's maken doorgaans deel uit van de **community health nursing services**. De mankracht van dergelijke programma's kan variëren van één enkele **public health nurse** (ook wel **community health nurse**) tot een uitgebreid team van artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, etc. De taken binnen de officiële thuiszorg zijn vooral die van preventie en van beheersing van infectieuze ziekten. Van alle verpleegkundigen werk-

zaam in de Amerikaanse thuiszorg komt de positie van de public health nurse het meest overeen met die van de wijkverpleegkundige in Nederland.

In directe verpleegkundige zorg wordt echter vaker voorzien door vrijwillige organisaties waarvan de lokale **Visiting Nurse Associations** (VNA's) wel de belangrijkste zijn. De vrijwillige organisaties bestaan meestal uit de disciplines verpleegkunde en therapeutisch en maatschappelijk werk. De zorg betreft vooral chronisch zieken en gehandicapten en wordt vaak voor een lange periode ingesteld. Deze voorziening correspondeert met het derde type thuiszorg.

De combinaties van vrijwillige en officiële organisaties zijn voortgekomen uit het streven de kosten te reduceren en duplicatie van voorzieningen binnen één gemeenschap te voorkomen. Bovendien wordt de verwarring bij de cliënt ten aanzien van het doel en de functie van de diverse organisaties verminderd.

Particuliere organisaties zijn in bepaalde staten (in 1978 in zestien staten) erkend door Medicare. De meesten zijn dat echter niet.

In hoofdstuk twee van Stewart (no. 11) is een overzichtstabel opgenomen met alle organisaties voor thuiszorg die erkend zijn door Medicare. Deze tabel wordt hier verkort weergegeven:

MEDICARE-CERTIFIED (in %)

	officieel	VNAs	combinatie	ziekenhuis	particulier	totaal
1966	45	40	7	6	2	100=1.275
1977	50	20	2	11	17	100=2.496

Samenhangend met de Medicare-erkenning heeft de National League for Nursing criteria aangelegd voor een professionele praktijkvoering van organisaties voor thuiszorg (Accreditation Standards Committee, no. 12). De basistekst is 1961 geformuleerd en is in essentie dezelfde gebleven. De belangrijkste doeleinden van deze criteria zijn:

- ontwikkeling van het functioneren van de organisaties en het bevorderen van praktijkevaluatie
- het verschaffen van een basis waarop de erkenning kan worden gebaseerd
- het aan de consument een indicatie verschaffen omtrent de kwaliteitsbewaking van thuiszorgorganisaties.

Hoewel het bereik van de thuiszorg sterk is toegenomen (in 1963 56% van de bevolking, in 1972 92%), zijn er wel aanzienlijke regionale

verschillen (Gallagher, no. 21). In overwegend rurale gebieden is het voorzieningenniveau lager en kan het voorkomen dat de public health nurse in diverse soorten zorg voorziet (preventie, kraamzorg, fysiotherapie etc.).

Vergelijkbaar met de situatie in andere landen zijn er veel ouderen die thuis worden verpleegd, waarbij de zorg doorgaans op het eerder-vermelde derde niveau ligt. Een probleem vormt het feit dat ouderen de doelgroep zijn van Medicaid, wiens vergoedingen voor thuiszorg of zeer laag of van korte duur zijn. Incidenteel worden wel thuiszorg-experimenten uitgevoerd waarbij Medicaid is betrokken en waarvoor de vergoedingen dan ook hoger zijn, bijvoorbeeld in New York (zie Birnbaum et al, no. 80; Gaumer et al, no. 100).

De effecten van thuiszorg, via samenwerkings-experimenten of de reguliere community health nursing, op de gezondheidszorgconsumptie in het algemeen en hospitalisatie in het bijzonder en op de kosten worden frequent bestudeerd. Het blijkt dat de effecten controversieel zijn. Door Hedrick en Inui (no. 87) wordt een twaalftal onderzoeken samengevat met (quasi-)experimentele designs. Het algemene beeld is dat de thuiszorg een verwaarloosbare invloed uitoefent op de mortaliteit en het functioneren van patiënten. Ten aanzien van hospitalisatie heeft de thuiszorg geen effect of tendeert de thuiszorg het aantal ziekenhuisdagen te verhogen. Het gebruik van ambulante zorg kan met 40% stijgen. De kosten variëren van nul tot plus vijftien procent van de kosten die gemaakt zouden zijn zonder de thuiszorg.

In andere onderzoeken, zoals in de studie naar het lange-termijn thuiszorg-project in Chicago (Hughes, et al., no. 89) komt een positief effect naar voren ten aanzien van het aantal verpleeghuisdagen van de 'thuiszorgpatiënten'.

Op basis van het tot nu toe uitgevoerde onderzoek is een eensluidende conclusie ten aanzien de effecten van thuiszorg dan ook niet mogelijk.

Opbouw van de bibliografie

In eerste instantie is er voor gekozen de publicaties per land te rangschikken. Daar is later op teruggekomen omdat het overwicht van de angelsaksische literatuur zou hebben gezorgd voor sterk ongelijke hoofdstukken. Het nadeel van de huidige indeling is dat sommige publicaties moeilijk in te passen zijn en de verdeling daarom wat arbitrair kan overkomen. Een belangrijke aanvulling op de hoofdstukindeling is de trefwoordenindex.

In het eerste hoofdstuk zijn enerzijds publicaties opgenomen die gelet op hun aard eigenlijk in (haast) alle hoofdstukken passen. Anderzijds bevat het hoofdstuk publicaties waarin slechts algemene ontwikkelingen of kenmerken met betrekking tot thuiszorg en extramurale verpleging worden weergegeven. Tot de eerste categorie behoren veelal hand- of leerboeken waarin op overzichtelijke wijze alles wat met thuiszorg of extramurale verpleging heeft te maken aan de orde komt en uitgebreide overzichtsstudies waarin zowel organisatorische aspecten, taken, samenwerking etc. zijn onderzocht.

In hoofdstuk twee 'Organisatie en structuur' is literatuur bijeengebracht over de organisatie van thuiszorg-experimenten en van structurele voorzieningen in de gezondheidszorg. Aspecten die daarbij aan de orde komen zijn financiering en de structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg.

In de tweede en derde paragraaf van hoofdstuk drie komen taken aan bod die respectievelijk liggen op het vlak van preventie, zoals gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en de terminale zorg bij kanker. In de eerste paragraaf komen alle overige taken ter sprake en zijn ook onderzoeken opgenomen die alle taken van de verpleegkundigen in de thuiszorg betreffen.

Hoofdstuk vier over samenwerking betreft samenwerking van verpleegkundigen in de thuiszorg onderling en samenwerking met huisartsen en andere verpleegkundigen, zoals de health visitors in Engeland. Ook het functioneren van gezondheidsteams en het werken van verpleegkundigen in gezondheidscentra hoort hierbij.

Bij substitutie gaat het primair om ziekenhuis-vervangende thuiszorg. Hierbij kan gedacht worden aan de thuiszorg van de 'hospital-based home health agencies' in de Verenigde Staten en de 'Hospital at Home'-projecten in het Verenigd Koninkrijk. Ook onderzoeken waarin

een vergelijking wordt gemaakt tussen intramurale zorg en thuiszorg zijn in dit hoofdstuk onder gebracht.

Het zesde hoofdstuk bevat publicaties die de thuiszorg na het ontslag uit het ziekenhuis behandelen. Naast literatuur over continuïteit van de zorg tussen de eerste en tweede lijn is in dit hoofdstuk literatuur opgenomen over de continuïteit binnen de extramurale verpleegkundige zorg, zoals het functioneren van nachtverpleging.

Over de inrichting van de opleiding, studentenattitudes, na- en bijscholing en de relatie tussen opleiding en praktijk gaat het zevende hoofdstuk 'Opleiding en nascholing'.

In het laatste hoofdstuk zijn onderzoeken opgenomen die zich vooral gericht hebben op de vraag naar thuiszorg en patiëntenkenmerken.

Aanwijzingen voor het gebruik

De publicaties in de bibliografie zijn per hoofdstuk alfabetisch gerangschikt op naam van de eerste auteur. Voor de gebruiker is achterin een alfabetische auteursindex met daarachter de publicatienummers, opgenomen. De nummering van de publicaties is doorlopend.

Om specifiekere te kunnen zoeken dan de hoofdstukindeling toelaat is achterin een trefwoordenindex opgenomen. Alle publicaties zijn voorzien van meerdere trefwoorden, waaronder het land of de landen waar het artikel of boek over gaat.

De publicaties kunnen worden aangevraagd bij de instelling(en) vermeld direct onder de titelbeschrijving. Als het Nivel daar deel van uitmaakt wordt, in geval het een boek, rapport of een gekopieerd artikel betreft, tussen haakjes het interne nummer gegeven (bijv. B 2345, R 4123 of C 6068).

1. Algemeen

1

ALMIND, G.

Primary health service for the elderly.

Danish Medical Bulletin; 29, 1982, no. 3, p. 128-30, 2 lit.opgn.

knew nivel (C ~~1802~~)

2065

Artikel over de verschillende mogelijkheden van zorg voor ouderen in de eerstelijnsgezondheidszorg in Denemarken. De verzekeringsstatus van ouderen wijkt in feite niet af van die van andere leeftijdsgroepen en ouderen zijn vrij in hun keuze van huisarts, verpleeghuis en thuisverpleging dan wel gezinshulp. De gemeenteraad kan beslissen of er permanent een verpleegkundige en huisarts in een verpleeghuis zijn of dat wijkverpleegkundigen het verpleeghuis of de patiënt in de eigen omgeving visiteren. De redenen voor het vragen van medische hulp door ouderen worden veelal gekarakteriseerd door complexe aandoeningen van chronische aard, speciale sociale condities en bepaalde psychische problemen.

De wijkverpleegkundigen hebben veelal permanente districten maar soms hebben wijkverpleegkundigen hun patiënten in één huisartspraktijk. Er wordt aandacht besteed aan de procedures en inhoud van contact van ouderen met medische hulpverleners.

In de meeste regio's van Denemarken is het percentage dat thuis sterft minder dan tien, maar er is een algemene wens van ouderen de mogelijkheden hiertoe uit te breiden.

2

BAKER, G., J.M. BEVAN, L. MCDONNELL, B. WALL.

Community nursing: research and recent developments.

New York: Croom Helm, 1987. 310 p., ± 360 lit.opgn.

nivel (B 1803)

Dit boek bevat een uitputtende literatuurstudie naar de recente (vanaf 1974: reorganisatie van de National Health Service (NHS) in Engeland en studie van Hicks, zie no. 40) ontwikkelingen in en onderzoeken naar de verpleging in de extramurale gezondheidszorg.

De aandacht richt zich op de community nurses, zoals district nurses (wijkverpleegkundigen), health visitors, treatment room nurses en practice nurses (praktijkverpleegkundigen). Deze samenvatting is toegespitst op de wijkverpleging.

In het eerste hoofdstuk worden de taken van de vier categorieën verpleegkundigen alsmede de opleidingen beschreven. Behalve de praktijkverpleegkundigen zijn alle verpleegkundigen in dienst van de NHS en maken zij deel uit van verpleegdiensten van een lokale gezondheidszorgautoriteit (district health authority). In tegenstelling tot voorheen zijn steeds meer health visitors en wijkverpleegkundigen gedetacheerd bij een huisarts in plaats van gebonden te zijn aan geografisch afgebakend gebied.

In hoofdstuk twee wordt de context geschetst waarin de ontwikkelingen in de extramurale verpleging hebben plaatsgevonden. Het aantal wijkverpleegkundigen is toegenomen tot één per 3.243 inwoners (huisartsen 1:2.116; health visitors 1:4.838). Hoewel detachering van verpleegkundigen de algemene norm is, is in 1981 geconstateerd dat men in sommige regio's terugkeert naar de definiering van een geografisch werkgebied omdat bleek dat niet in elk district detachering even effectief is. Sinds de Public Health Act van 1968 is het mogelijk dat health visitors en wijkverpleegkundigen hun patiënten niet in hun woonomgeving behandelen: volgens onderzoek was het aantal contacten van wijkverpleegkundigen met cliënten buiten hun huis in 1983 opgelopen tot ongeveer de helft. Overige beschreven ontwikkelingen zijn onder andere de groei van het primary health care team, managementtaken en prioriteiten in de gezondheidszorg alsook beperkingen en kosten daarvan. Tevens wordt ingegaan op de invoering van het 'verpleegkundig proces', systematisering en automatisering.

Het derde hoofdstuk bevat 32 rapporten en beleidsstukken die worden samengevat en geciteerd voorzover zij betrekking hebben op de ontwikkelingen in de extramurale verpleegkunde van de laatste tien jaar.

Hoofdstuk vier betreft deze ontwikkelingen toegespitst op de typen verpleegkundigen en gerelateerd aan toekomstige ontwikkelingen. Met betrekking tot de wijkverpleging komen onder andere aan de orde de organisatorische aspecten, verpleegkundige zorg buiten normale werkuren (betrokken verpleegkundigen, soort zorg etc.), wijkverpleegkundigen en ouderen, pediatrie thuiszorg, effecten van dagbehandeling en vroeg ontslag uit het ziekenhuis, intensieve thuiszorg, terminale zorg en tenslotte de relatie en eventuele samenwerking met of ondersteuning van overige hulpver-

leners. Een andere tendens is dat algemeen verpleegkundigen in dienst van huisartsen ook huisbezoeken afleggen. Ook de wijkverpleging ondergaat veranderingen gezien de uitbreiding van de klinische rol van de wijkverpleegkundige. Aan de criteria van het Department of Health and Social Security, specifiek takenpakket, opleidingseisen en reglementaire bepalingen, wordt dan niet altijd voldaan.

In hoofdstuk vijf classificeren de auteurs die publicaties uit het vorige hoofdstuk waarin pogingen worden gedaan een rationele evaluatie van de genoemde ontwikkelingen te geven. De publicaties worden geclassificeerd naar jaar van uitgave, tijdschrift of uitgever, type auteur, locatie van het onderzoek, 'pilot' of voorlopig onderzoek, al dan niet een onderzoeksdesign met controlegroep, onderzoekspopulatie t.g.v. aselechte steekproef, schaal, en tenslotte informatie over input en resultaten. In tabellen wordt de classificatie weergegeven.

Prioriteiten voor toekomstig onderzoek worden besproken in hoofdstuk zes. De geselecteerde onderzoeksgebieden zijn:

- managementstructuren in de extramurale verpleging
- detachering versus geografische afbakening
- de rol van de wijkverpleegkundige in relatie met die van de praktijkverpleegkundige
- de zorg van wijkverpleegkundigen buiten de normale werkuren.

Per onderzoeksgebied worden enkele mogelijke onderzoeksvragen geformuleerd. Apart worden nog drie onderzoeksgebieden genoemd die het hele gebied van extramurale verpleegkunde beslaan, waaronder intensieve thuiszorgprogramma's (chronisch of terminaal zieken) die een groot beslag leggen op de relatief beperkt uitgeruste extramurale verpleging. Onderzoek hiernaar zou toegespitst kunnen worden op het welzijn van verplegend personeel, patiëntensatisfactie in relatie met het niveau van de intensiteit van de thuiszorg.

In hoofdstuk zeven tenslotte wordt een raamwerk gepresenteerd waarin onderzoek naar community nursing kan worden geanalyseerd. Aan de hand daarvan worden de sterke en zwakke punten van de reeds uitgevoerde onderzoeken besproken. De onderzoeken vallen overwegend in de eerste, preliminaire fase (voor de stand van het onderzoek worden drie fasen onderscheiden), waarin de nadruk ligt op de invoering en haalbaarheid van relatief nieuwe ideeën, maar waarin geen formele evaluatie plaatsvindt. Onderzoeken met een experimenteel design (d.i. met controlegroep) zijn zeldzaam.

COOMBS, E.M.

A conceptual framework for home nursing.

Journal of Advanced Nursing; 9, 1984, no. 2, p. 157-63.

wvc nivel (C 1971)

Thuisverpleging wordt meestal afgedaan als een aantal basistaken, beperkt in bereik. Dit artikel beschrijft onderzoek waarin deze opvatting wordt verworpen en waarin een conceptueel raamwerk van thuisverpleging wordt gepresenteerd, dat de dynamiek en invloed van deze verzorgingsvorm op de patiënt weergeeft. Met behulp van de 'grounded theory' (Glaser & Strauss 1967) is de huidige stereotypering afgedaan en blijkt thuisverpleging veel complexer en uitdagender dan algemeen wordt aangenomen. Naast het primaire doel van dit onderzoek, het ontwikkelen van een raamwerk, heeft de auteur de onderzochte thuisverpleging in Australië vergeleken met de observaties van Kratz (1976, 1978) van de 'wijkverpleging' (district nursing). Het bleek dat de verpleegkundige bij de patiënt thuis een centrale rol speelt ten aanzien van de respons van de patiënt op chronische ziekte. De relatie tussen de patiënt, familie en de hulpverlener staat centraal. Lawrence & Lawrence (1979) hebben beschreven hoe interventie van verpleegkundigen, door aanpassing van de stress als gevolg van ziekte op de lange termijn, een hogere vorm van menselijk functioneren kan produceren dan bij de aanvang van de ziekte. Dit proces is nog nooit onderzocht in relatie met thuisverpleging, terwijl steeds grotere aantallen patiënten met chronische ziekten en invaliditeit thuis worden verpleegd. In het onderhavige onderzoek is gevonden dat verschillende variabelen en parameters invloed uitoefenen op de verpleeginterventie in de thuisverpleging. Deze variabelen spelen geen rol in overige verpleegsettings. Inzicht in verschillende verpleegsituaties en in de variabelen die daarin een rol spelen is essentieel als de kennis van verpleging wordt ontwikkeld en daarvan de opleiding van verpleegkundigen wordt afgeleid. De auteur hoopt dat deze inductieve studie wordt gevolgd door toekomstig onderzoek dat bestaande concepten ordent en verbanden schept opdat een theorie van thuisverpleging ontwikkeld kan worden.

(vert. aut.ref.)

D'HAESE, D., M. KAMP, I. ROUSSEAU, M. VAN HECKE, F. VANTIEGHEM, P. VANTILT.

Thuisverpleegkunde.

Antwerpen: Standaard Uitgeverij, N.V. Scriptoria, 1978. 139 p.
rui

De werkgroep thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis in België heeft een handleiding samengesteld die steunt op ervaringen opgedaan door thuisverpleegkundigen en tevens vanuit de hedendaagse praktijk een blik werpt op de toekomst van de thuisverpleging.

In het eerste hoofdstuk wordt beknopt een historisch overzicht gegeven van thuisverpleegkunde.

In hoofdstuk twee komen enkele bevorderende alsmede remmende factoren aan bod ten aanzien van de thuisverpleegkunde.

Hoofdstuk drie gaat over de relatie tussen thuisverpleegkunde en gezondheidszorg. Thuisverpleegkunde wordt beschouwd als een specifieke vorm van gezondheidszorg waar de psychologische, familiale en sociale factoren tezamen met de medische behandeling bijdragen tot het bespoedigen van de genezing en leiden tot een reïntegratie in het sociale leven. De thuisverpleegkundige dient de mens als geheel centraal te kunnen stellen, moet kunnen werken in multidisciplinair teamverband en dient ontslagen ziekenhuispatiënten op te kunnen vangen.

Hoofdstuk vier, 'Realisaties in de thuisverpleegkunde', betreft samenwerking van verpleegkundigen met huisartsen dan wel samenwerking in een multidisciplinair team. Tevens wordt het begrip 'home-care' gedefinieerd: de diensten zijn beperkt in tijd en omvang, zijn van uiteenlopende aard en worden verleend in geëquipeerd verband.

De thuisverpleegkunde in Nederland, Bondsrepubliek Duitsland en Frankrijk komt aan de orde in hoofdstuk vijf. De vraag naar thuiszorg door de 'Gemeindekrankenschwester' (wijkverpleegkundige) in Duitsland was dalende tot de oprichting van de 'Sozialstationen' (wijkgezondheidscentra) in 1970, waarin een aantal diensten ambulante zorg verlenen aan zieken en bejaarden. In Frankrijk vindt thuisverpleging plaats door zowel onafhankelijk werkwijzen als verpleegkundigen van georganiseerde diensten. Een vrij recente ontwikkeling is die van het 'Hospitalisation à domicile', waarvoor onder meer de volgende principes gelden:

- voorafgaande hospitalisatie van de patiënt is vereist

- de patiënt is vrij in zijn keuze van behandelend geneesheer
- goedkeuring van zowel de zieke als zijn familie is vereist
- de kosten mogen niet meer bedragen dan twee derde deel van die van hospitalisatie.

Tevens is er de ontwikkeling van zorg aan huis door wijkverpleegkundigen werkzaam bij de 'Centres de soins infirmiers' (wijkgezondheidscentra).

De overige hoofdstukken zijn vaak wat specifiek en betreffen het beroepsprofiel en taken van de wijkverpleegkundige, verpleegkundige aspecten van de thuisverpleegkunde, de diverse verpleegkundige zorgen aan huis en samenwerking met diensten. Hoofdstuk elf tenslotte behandelt de wettelijke en administratieve aspecten voor de thuisverpleegkundige, voortvloeiende uit de overeenkomst met de Rijksdienst voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en uit de wetgeving op de diensten voor thuisverzorging.

5

DAVIDSON, S.V.

Community nursing care evaluation.

Family and Community Health; 1, 1978, no. 1, p. 37-53, 68 lit.opgn.
niveau (C 1754)

Dit artikel over evaluatie van verpleegkundige zorg in de eerste lijn (community nursing care evaluation, NCE) valt uiteen in zes delen: evaluatie in instellingen voor thuiszorg, kwaliteitsbewaking in verpleging, componenten van kwaliteitsbewaking, nursing care evaluation, algemene aspecten van NCE-onderzoek, samenstelling van NCE-criteria en verantwoordelijkheid voor NCE. Los van de organiserende instantie of de organisatievorm is elk thuiszorgbureau opgericht om te voorzien in minder intensieve medische, verpleegkundige, sociale en aanvullende zorg dan in het ziekenhuis. Evaluerende activiteiten binnen organisaties worden beïnvloed door Medicare, Professional Standards Review Organizations (PSROs), consumenten en professionele verpleegkundigen. In de programma-evaluatie wordt onderscheid gemaakt tussen structuur, proces en resultaten.

Bij kwaliteitsbewaking gaat het om de mate waarin de professionele praktijk voldoet aan bepaalde doeleinden die gebaseerd zijn op specifieke waarden. Deze waarden zijn geëxpliciteerd in richtlijnen, criteria en normen. In de kwaliteitsbewaking neemt 'zelfregulatie' een belangrijke plaats in. De National League for

Nursing is tevens aangevangen met intercollegiale toetsing.

Een uitputtend systeem van kwaliteitsbewaking bevat de volgende componenten:

- evaluatie van de verpleegkundige zorg, lopende en retrospectieve evaluatie
- continue scholing, gebaseerd op de tekortkomingen die uit bovenstaande evaluaties naar voren zijn gekomen,
- profielanalyse: evaluatie van de effectiviteit van de diverse componenten, identificatie van evaluatieprioriteiten en vergelijking met andere lokale verpleeggroepen.

Bovenstaande elementen van kwaliteitsbewaking worden uitvoerig besproken. Besloten wordt met de doeleinden en criteria voor onderzoek en registratie van NCE.

6

DEHAENE, J-L.

Overheidsbeleid inzake thuisverpleging en de eerstelijnszorg.

In: Thuisverpleging in de eerstelijnsgezondheidszorg. Wit-Gele Kruis.

Leuven: Acco, 1983. Thuisverpleging in België. p. 59-69.

nivel (B 891)

Eerst wordt de eerstelijnsgezondheidszorg in een internationale context geplaatst door het aanhalen van enkele prioriteiten van de Wereldgezondheidszorgorganisatie. In België is onderzoek uitgevoerd naar de gezondheidsbehoeften van de bevolking op het niveau van klachten, opvattingen omtrent gezondheid en ziekte en op het niveau van gezondheidsgedrag. De gesignaleerde discrepanties tussen het functioneren van de gezondheidszorg en de gereleeverde behoeften kunnen deels ondervangen worden door een breed georiënteerde thuiszorg. In de thuiszorg dienen dan de functies van de huisarts, thuisverpleging, gezinshulp en maatschappelijk werk te worden samengevoegd. Op nationaal niveau worden beslissingen genomen ten aanzien van de organieke wetgeving, financiering van de exploitatie, en de erkenningsnormen die een weerslag hebben op de financiering van de exploitatie. De gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en overige preventieve werkzaamheden vallen daarentegen onder de bevoegdheid van de gemeenten. Teneinde een coherentie te bereiken tussen het concept van geïntegreerde thuisverzorging en de praktische verwezenlijking zal overleg tussen de instanties moeten worden gepleegd.

FOWLER, N., N. EDWARDS, T. KING, M. RIFKIND.

Community nursing services.

In: Primary Health Care: an agenda for discussion. London: Her Majesty's Stationery Office, 1986. p. 46-48.

nivel (R 3237)

In dit beleidsstuk van de overheid met betrekking tot de eerste lijnsgezondheidszorg, is één hoofdstuk gewijd aan community nurses, zoals wijkverpleegkundigen, health visitors, schoolverpleegkundigen, kraamverpleegkundigen en overige specialistische verpleegkundigen werkzaam in de eerste lijn. Het rapport van het evaluatieteam onder leiding van Cumberlege 'Neighbourhood Nursing: a focus for care' (zie no. 18) wordt beschouwd als een discussiestuk. De aanbevelingen en suggesties in dat rapport betreffen de vijf thema's: neighbourhood nursing services (wijkverpleging), beter gebruik van verpleegkundige vaardigheden, verbetering van de effectiviteit van het eerstelijnsgezondheidsteam, veranderingen in opleiding en scholing en toename van de publieke betrokkenheid bij de organisatie van de verpleegkundige voorzieningen. De aanbevolen maatregelen voor betere praktijkvoering worden beschouwd in het kader van kwaliteitsbewaking in de eerste lijn. Als de wijkverpleging zich in de aanbevolen richting ontwikkelt, is het waarschijnlijk dat huisartsen zich binnen het gezondheidsteam van verpleegkundige adviezen voorzien. Desalniettemin zal de overheid het in dienst zijn van praktijkverpleegkundigen bij huisartsen niet tegenwerken. De bestaande regelingen voor honorering worden gehandhaafd.

KEYWOOD, O.

Nursing in the community.

London: Baillière Tindall, 1977. 212 p., 130 lit.opgn.

ru1

Vernieuwd handboek voor met name wijkverpleegkundigen (district nurses of home nurses). De primaire functie van de home nurse is het voorzien in professionele verpleegkundige zorg onder klinische begeleiding van de huisarts, niet alleen bij de patiënt thuis maar ook bijvoorbeeld in gezondheidscentra. De wijkverpleegkundige houdt zich verder bezig met revalidatie en elemen-

taire fysiotherapie en de interpretatie van de diagnoses resulterend in een uitwerking van de aanbevolen medische behandeling. Ook preventieve taken als gezondheidsvoorlichting behoren tot het takenpakket.

De eigenlijke tekst valt uiteen in vier delen. Het eerste deel gaat over de wijkverpleging binnen het eerstelijnsgezondheidsteam. De organisatie van de dienstverlening kan geografisch georiënteerd zijn of binnen een huisartspraktijk plaatsvinden (detachering). De laatste vorm is sinds 1960 aanzienlijk toegenomen. In 1973 is 77,2% van de wijkverpleegkundigen gebonden aan een huisartsenpraktijk. In rurale organisaties worden bovengenoemde organisatievormen wel gecombineerd. Bovendien kan de verpleegkundige daar ook aan health visiting en kraamzorg doen. De ratio wijkverpleegkundigen/bevolking verschilt regionaal sterk: van 1:2.720 tot 1:6.698. Richtlijn is één wijkverpleegkundige op 5.000 personen. Aangezien meer dan de helft van de patiënten ouder is dan 65 jaar, en deze groep bij benadering 70% van de visites voor haar rekening neemt, is de ratio sterk afhankelijk van het aantal ouderen in een regio.

Voorts komen de verschillende categorieën verpleegkundigen binnen de wijkverpleging aan de orde alsook de planning van de huisbezoeken en de meer praktische uitwerking daarvan. In het kader van thuisverpleging worden verschillende typen patiënten besproken. Het eerste deel wordt besloten met overige locaties voor behandelingen, samenwerking met andere disciplines en juridische aspecten.

In recente jaren heeft district nursing een uitbreiding ondergaan in de richting van gespecialiseerde verpleegkunde. In het tweede deel komen achtereenvolgens aan de orde psychiatrische verpleging, pediatrische verpleging, oculaire verpleging, nierdialyse aan huis en tenslotte verpleging binnen de medische dienst van een bedrijf of een bedrijfstak (occupational health nursing).

Het derde deel bevat informatie over de afdelingen maatschappelijk werk van regionale autoriteiten. Een belangrijke taak is het voorzien in hulp aan huis door home helps. Het aanbod hiervan is gelimiteerd door beschikbare arbeidskrachten en natuurlijk financiën en wordt ruimschoots overtroffen door de vraag. De kosten voor de patiënt zijn verwerkt in een uurtarief en zijn afhankelijk van het inkomen van de patiënt. Voorts aandacht voor 'meals on wheels', aanpassingen aan het huis van de patiënt en de zorg voor kinderen.

In deel vier komen overige aan de wijkverpleging gerelateerde

dienstverleningen aan de orde (family practitioners, sociale diensten, fysiotherapie, etc.)

Als addendum is een omschrijving van de district nurse training bijgevoegd.

9

LEFROY, R.B.

Community support services for elderly people.

Australian Family Physician; 11, 1982, no. 10, p. 753-56, 9 lit.opgn. niveau

Er wordt een overzicht gegeven van de gebruikte methoden van basiszorg (community support). Het criterium voor thuisverpleging is een bepaalde mate van lichamelijk disfunctioneren. Naast huishoudelijke steun zijn vooral 'social support' en medische hulp essentieel voor de thuisverpleegde patiënt.

Voorts bespreekt de auteur personen die een rol spelen in de thuisverpleging: familieleden, de huisarts, de verpleegster, de hulp aan huis, maatschappelijk werkers en speciale therapeuten. De huisarts heeft een centrale functie in de ondersteuning. Veel van de diensten worden ingesteld op instigatie van zijn of haar beoordeling van de patiënt en zijn omgeving. Belangrijke taken heeft ook de verpleegkundige: naast bepaalde diagnostische vaardigheden, die voorheen bij de arts lagen, dient hij of zij in bepaalde hulp bij invaliditeit te kunnen voorzien en de mentale en sociale gevolgen bij de patiënt kunnen opvangen. De aanpak van thuisverpleging wordt steeds meer multidisciplinair van aard. De verpleegkundige zit in de geschikte positie om zoveel mogelijk multidisciplinaire aspecten te vertegenwoordigen.

10

POOLE, A.A.B.

Patients first and its impact on the community nursing services.

Nursing Times; 76, 1980, maart, p. 523-24.

nzi

In dit artikel wordt een zestal punten besproken waar meer aandacht aan dient te worden besteed wil de gezondheidszorg in de eerste lijn verbeterd worden. Dit naar aanleiding van het onlangs verschenen consultatierapport 'Patients First'. In het kort komt

de invloed van de reorganisatie van de National Health Service in 1974 op de wijkverpleging aan de orde. Achtereenvolgens worden besproken de wijkverpleging, de health visitors, de schoolverpleging, samenwerking met lokale autoriteiten in de gezondheidszorg, de opleiding van de diverse verpleegkundigen in de eerste lijn en de organisatie van het management.

11

STEWART, J.E.

Home health care.

St. Louis, etc.: The C.V. Mosby Company, 1979. 183 p., 151 lit.opgn.,
bijn.

rul

Huidige trends en belangrijke professionele en economische invloeden in de thuisgezondheidszorg worden gepresenteerd. Het boek is geschreven vanuit een verpleegkundig perspectief.

Het eerste hoofdstuk geeft een overzicht van de doeleinden, waarde en kosten van thuisgezondheidszorg en bevat tevens een beknopt historisch overzicht van gebeurtenissen die de thuisgezondheidszorg beïnvloed hebben.

Hoofdstuk twee bevat een overzicht van de diverse typen organisaties die thuiszorg leveren en van de verschillen in organisatie, beheer en financiering. De diverse thuiszorginstellingen reflecteren de diversiteit in het aanbod van de gezondheidszorgsystemen in het algemeen. Het meest geprononceerde verschil tussen de officiële, vrijwillige en particuliere organisaties betreft eigendom en komt niet zozeer tot uiting in financiering, beheer of locatie.

In de hoofdstukken drie en vier komen respectievelijk de rol van professionele hulpverleners en die van ondersteunende disciplines in thuiszorg aan de orde. In tegenstelling tot 'public health nurses' die traditioneel vooral in stedelijke gebieden aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding hun taken ontleen, voorzien 'home health nurses' in zorg op elk punt van het gezondheid/ziekte continuum en combineren zij preventie met fysieke verpleegkundige zorg. Met betrekking tot verpleegkundigen komen aan de orde directe zorg, indirecte zorg en de rol van de case-manager. Overige delen van de hoofdstukken betreffen thuishulpen/gezinshulp, huisartsen, fysiotherapeuten, bezigheidstherapeuten, maatschappelijk werkers, etc.

Hoofdstuk vijf beschrijft de financieringsmogelijkheden van thuiszorg en het effect van ziektekostenverzekeraars op de thuiszorg-markt. Vooral de functie van het 'ziekenfonds' Medicare wordt gedetailleerd beschreven.

In hoofdstuk zes staat de continuïteit van de zorg tussen de diverse thuiszorg-leveranciers en binnen één thuiszorginstelling centraal. De huidige fragmentatie op nationaal, regionaal en lokaal niveau kan inhouden dat cliënten door verschillende thuiszorginstellingen worden bezocht.

Het zevende en laatste hoofdstuk is gewijd aan huidige praktijkvoeringen en problemen alsmede aan toekomstige ontwikkelingen in de thuisgezondheidszorg.

2. Organisatie en structuur

12

ACCREDITATION STANDARDS COMMITTEE.

Criteria and standards for NLN/APHA accreditation of home health agencies and community nursing services.

New York: National League for Nursing, 1980. 48 p.

nivel (C 2021)

De hier gepresenteerde criteria en normen voor praktijkvoering waaraan thuiszorginstellingen en community nursing services moeten voldoen willen zij erkend worden, zijn het resultaat van professionele consensus. De basistekst van de criteria is geformuleerd in 1961 en is in essentie dezelfde gebleven. De drie hoofddoelen van de criteria en normen zijn:

- een organisatie bijstaan om het functioneren te ontwikkelen, te interpreteren en alle aspecten te evalueren,
- een basis verschaffen waarop de erkenning kan worden gebaseerd,
- de consumenten verzekeren dat de instelling tegemoet gekomen is aan normen die gerelateerd zijn aan kwaliteitsbewaking.

De geformuleerde criteria vallen uiteen in zes hoofdgroepen:

1. community assessment: de organisatie baseert de filosofie en doelen op de vastgestelde gezondheidsbehoeften van de gemeenschap.
2. organisatie en beheer: de dienstverlening dient te worden gecoördineerd met andere eerstelijnsvoorzieningen. Er dient een bestuurlijk lichaam verantwoordelijk te zijn voor het management van de instelling. Bevolkingsgroepen participeren in het proces om beleid en programma's vast te stellen.
3. programma: programma's worden gepland en uitgevoerd in overeenstemming met de zorgbehoeften binnen een gemeenschap.
4. staf: administratief, leidinggevend, ondersteunend personeel en personeel voor de directe zorg is essentieel voor een effectieve voorziening van gezondheidszorg. De professionele staf is verantwoordelijk voor planning, uitvoering en supervisie van diensten aan patiënten en families en voor de coördinatie van de activiteiten van het multidisciplinair personeel.
5. evaluatie: de organisatie is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit wordt gecontroleerd met behulp

van een effectief evaluatie-proces.

6. toekomstige plannen: thuiszorginstellingen zijn van nature doel-georiënteerde eenheden. Er dient constant afstemming plaats te vinden op de zorgbehoeften door een gezonde besluitvorming.

Per groep worden er diverse criteria en normen alsmede de praktische uitwerking gedefinieerd.

13

BANNING, J.

Community nursing in Québec.

The Canadian Nurse; 77, 1981, no. 4, p. 23-30, 2 lit.opgn.

rul nivel (C 1963)

In dit artikel wordt verslag gedaan van het functioneren van de in 1975 geïntroduceerde Centres Locaux de Services Communitaires (CLSC's), lokale eerstelijnsgezondheidscentra, in de provincie Québec in Canada. De 81 CLSC's maken deel uit van een gedecentraliseerde organisatie-structuur. De gezondheidszorg in de provincie valt onder het Ministerie van Sociale Zaken, daaronder ressorteren twaalf Regionale Raden die zorg dragen voor de distributie van diensten en financiën van ziekenhuizen, basisklinieken en alle andere gezondheidsinstellingen. In elke regio zijn aan ziekenhuizen gelieerde Departements de Santé Communitaire (DSC's) doende de hulpverlening te coördineren, te plannen en indien gewenst hulpprogramma's te initiëren. De CLSC's worden meestal vanuit de DSC's ontwikkeld. Deze organisatievorm staat het dichtst bij de mensen en biedt een geïntegreerde eerstelijnszorg. Ter verduidelijking wordt oprichting en functioneren van één DSC en van één CLSC besproken. De voorzieningen van CLSC Metro vallen uiteen in: Guy Metro Clinic, Youth and Women's Clinic, Home Care Program en Family Life Education. Met uitzondering van het laatste programma spelen de verpleegkundigen een grote rol in deze hulpverlening. In het thuiszorgprogramma wordt door acht verpleegkundigen, vijftien thuishulpen en enkele maatschappelijk werkers geïntegreerde zorg aan vooral ouderen en gehandicapten aangeboden. Het primaire doel van het programma is de cliënten zolang mogelijk thuis te laten en hen te helpen met Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen en voor te lichten over voeding etc.

BELSTLER, M.

Organisatie en financiering.

In: Thuisverpleging in de eerstelijnsgezondheidszorg. Wit-Gele Kruis.
Leuven: Acco, 1983. Thuisverpleging in Duitsland. p. 31-39.
niveau (B 891)

Voor een beter begrip van de organisatie van de thuisverpleging in Duitsland worden eerst de staatsstructuur, de kerkelijke structuur en de sociale zekerheid in de Bondsrepubliek behandeld. Het land is ingedeeld in stads- en landelijke districten waarbinnen ook de diensten voor thuisverpleging zijn georganiseerd. Sinds 1970 hebben de 'Sozialstationen' waarin de ziekenverpleging, de bejaardenhulp en de gezinszorg geconcentreerd zijn een hoge vlucht genomen.

Aan de financiering van de thuisverpleging wordt bijgedragen door ziekenfondsen (uitkeringen voor medische prestaties), door de rijksoverheid, districten en gemeenten (op vrijwillige basis), door de patiënt (voor verpleegtechnische prestaties of indien de patiënt niet is aangesloten bij een ziekenfonds) en tenslotte door de organisaties zelf.

De Sozialstationen zijn volgens de auteur concurrerend met ziekenhuizen en bejaardentehuizen. De verwachtingen ten aanzien van kostenbesparingen zijn echter niet altijd uitgekomen.

BENNET, M.J.

An alternative staffing pattern for domiciliary care: registered nurses and substitute relatives, part 2. Quality of care given by home health aide.

The Australian Nurses Journal; 12, 1983, no. 6, 12 lit.opgn.

kb niveau (C 1967)

Een niet professionele werker, de Home Health Aide, is geïntroduceerd in een verpleegkundig team als plaatsvervangend familielid voor een proefperiode van zes maanden. Onder verpleegkundige supervisie deed de hulp activiteiten die anders door een familielid zouden zijn gedaan, namelijk persoonlijke zorg en incidenteel wat huishoudelijk werk voor ouderen. Deel I van dit artikel laat zien dat hun introductie in het team het de wijkverpleegkundige mogelijk maakt significant minder tijd te besteden aan basis hygiëne

en meer tijd te besteden aan ondersteunende en sociale activiteiten en aan zorg van een meer technische en complexe aard. De verzekeraars waren bereid gedurende een langere periode en/of meer frequente visites te dekken voor intensieve verpleging alsook voor hen die een substituut familielid behoefden.

In deel II blijkt dat de verzorging van de health aides van hoge kwaliteit was en tegemoet kwam aan de zorgbehoeften. Voor de kwaliteitmeting zijn vier methoden gebruikt: beoordeling van de klinische uitvoering, interviews met huidige en ontslagen patiënten, een enquête onder de locale, verwijzende medische staf en een retrospectieve controle van de resultaten. De alternatieve personeelstructuur bleek tevens kosteneffectief.

(vert. aut.ref.)

16

BRYAN, N.E.

Manpower utilization in community nursing: a key to better health care.

Australian Nurses Journal; 12, 1983, no. 9, p. 41-3, 14 lit.opgn.

kb

In dit artikel over de organisatie en het gebruik van extramurale verpleegkundige zorg onderscheidt de auteur drie gebieden waarin verpleegkundigen actiever moeten zijn:

- het nemen van initiatieven gericht op het beïnvloeden van de beroepskrachtenplanning;
- innovatie in relatie met de ontwikkeling van de functie;
- identificatie van en confrontatie met de factoren die de ontwikkeling van extramurale verpleegkundige zorg in de weg staan.

De auteur bespreekt de drie aspecten met verwijzing naar onderzoeken naar beroepskrachtenplanning, takenpakket etc., in Australië en het buitenland. De uitbreiding van vooral de thuiszorg voor ouderen en terminaal zieken zal maatschappelijk gezien op tegenstand stuiten van de gezinshulp en delen van de medische professie.

17

BUHLER-WILKINSON, K., S. REVERBY.

Can a time-honored model solve the dilemma of public health nursing ?

American Journal of Public Health; 74, 1984, no. 10, p. 1081-83, 9
lit.opgn.
niveau

Beschouwing over 'public health nursing' naar aanleiding van het artikel van Dreher (zie no. 19). Ondanks complexe medische, sociale en economische problemen die een tijdelijke behoefte creëren voor het door Dreher gepropageerde 'gegeneraliseerde wijkverplegingsmodel' beschouwt de auteur het model als een ideaal dat alleen in zeldzame omstandigheden haalbaar is. De argumenten voor het feit dat het model niet landelijk is ingevoerd zijn verwerkt in een klein historisch betoog dat begint met het ontstaan van wijkverpleging aan het einde van de vorige eeuw. Een belangrijke ontwikkeling is de scheiding van curatieve en preventieve zorg, door respectievelijk vrijwilligers en publieke gezondheidsorganen. In bepaalde plaatsen combineren wijkverpleegkundigen beide soorten zorg. Een probleem blijft de honorering: de wijkverpleegkundige blijft afhankelijk van de prioriteiten die het lokale bestuur stelt.

18

CUMBERLEGE, J., A. CARR, P. FARMER, E. GILLESPIE.

Neighbourhood nursing: a focus for care: report of the Community Nursing Review.

London: Department of Health and Social Security, 1986. 110 p.

niveau (R 3140)

Deze nota over de structuur van eerstelijnszorg in het algemeen en wijkverpleging in het bijzonder, valt uiteen in twee delen. Het eerste deel bevat het verslag van de opgedane ervaringen in het werkveld, het tweede deel is een specifiek programma van maatregelen die genomen moeten worden indien de geformuleerde aanbevelingen worden overgenomen, toegespitst op de diverse groepen van cliënten.

In de eerste hoofdstukken worden diverse categorieën van patiënten onderscheiden die vooral zijn aangewezen op de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals chronisch zieken, ouderen en gehandicapten. Veel van deze groepen worden bij voorkeur thuis verzorgd, sommige patiënten behoeven 24 uur per dag professionele verpleeghulp en ondersteuning en advies voor hunzelf en hun informele verzorgers. Een van de geformuleerde doelen luidt dan ook dat substitutie van

tweedelijns- door eerstelijnsgezondheidszorg vooral door werkzaamheden van de wijkverpleegkundige moet worden bevorderd, zodat mensen met permanente gezondheidsproblemen thuis kunnen blijven en terminaal zieken, indien gewenst, thuis kunnen sterven. Tevens dienen bij de planning van de diensten en de evaluatie van de effectiviteit zowel vrijwilligers als professionele hulpverleners te worden betrokken.

Sinds 1974 is het aantal beroepskrachten in de wijkverpleging met ongeveer een derde gestegen en zijn de verpleeghulp in aantal verdubbeld. In de relatie tussen specialistische verpleegkundigen en verpleegkundigen in de eerste lijn en tussen de diverse gezondheidswerkers aan de basis onderling, worden bepaalde overlappingen in werkzaamheden vastgesteld. Tevens mist het beleid van gezondheidszorgautoriteiten de coördinatie voor een effectieve onderlinge afstemming. Gezondheidsteams worden veelal gevormd door toevoeging van een districtsverpleegkundige aan een huisartsenpraktijk. Het probleem hierbij is dat de huisartspraktijken meestal niet gericht zijn op een bepaald gebied, terwijl het werkgebied van de wijkverpleging dat wel is.

In hoofdstuk vier wordt aanbevolen binnen elk district wijken (neighbourhoods) te definiëren ten behoeve van planning, organisatie en het voorzien in verpleeg- en daaraan gerelateerde eerstelijnsvoorzieningen. Onder één wijk ressorteren tien tot vijftientwintig duizend mensen. Voor elke wijk dient een profiel te worden vastgesteld met trends in morbiditeit en mortaliteit en sociale kenmerken van de bewoners. Binnen de wijk zouden 'Neighbourhood nursing services' moeten worden opgericht, waarin health visitors, district nurses en schoolnurses zoveel mogelijk samenwerken en de hulpverlening gecoördineerd wordt.

In de overige hoofdstukken van het eerste deel komt de organisatie van de verpleegdiensten aan de orde, alsook de rol van andere verpleegkundigen en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook worden enkele maatregelen voorgesteld ten aanzien van onder andere de opleiding van verpleegkundigen.

19

DREHER, M.

District nursing: the cost benefits of a population-based practice. American Journal of Public Health; 74, 1984, no. 10, p. 1107-1111, 6 lit.opgn.

nivel

Enkele belangwekkende resultaten van een etno-historisch onderzoek naar verpleging in de volksgezondheid (public health nursing) in het rurale New England worden gepresenteerd. In vogelvlucht wordt de ontwikkeling van het gedecentraliseerde distributiesysteem met 'community nursing services' gememoreerd. De laatste jaren is er sprake van centralisatie in de gezondheidszorg omdat dat de kwaliteit en de onderlinge afstemming van de diensten ten goede zou komen.

De verzamelde gegevens zijn zowel kwantitatief als kwalitatief van aard en zijn verkregen uit openbare dossiers vanaf 1900, bevolkingsonderzoeken, en open interviews met notabelen en verpleegkundigen. Het onderzoek beperkte zich tot een gebied met 26 leefgemeenschappen. Voor 19 daarvan is een centrale verpleegvoorziening met onder andere thuiszorg, opgezet. Aan de orde komen de aanwezigheid en toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, uitputtendheid, continuïteit en coördinatie en de kosten van de verpleegvoorzieningen in de 26 gemeenschappen.

Besloten wordt met enkele aanbevelingen om de kwaliteit van de zorg te handhaven of te verbeteren door middel van voorzieningen voor opleiding en nascholing, centralisering van de staf en het organiseren van conferenties om isolatie van de 'district nurse' tegen te gaan.

20

EMERY, G.M.

General practitioners and the community health nursing service.

New Zealand Medical Journal; 95, 1982, no. 710, p. 428-30, 1 lit. opgn.

er nivel (C 2023)

Onderzoek naar de wenselijkheid van het afstemmen van het werkgebied van huisartsen en community health nurses. Op de onderzoeksdag zijn 590 patiënten van 48 huisartsen bezocht door wijkverpleegkundigen. Gemiddeld bezocht een wijkverpleegkundige achttien patiënten op de onderzoeksdag. De meerderheid van de huisartsen (34) hadden echter niet meer dan 14 bezochte patiënten ingeschreven. Bij detachering zouden twee huisartsen drie verpleegkundigen nodig hebben gehad (de derde niet full-time), twee huisartsen twee verpleegkundigen en bij vierendertig huisartsen zou één gedetacheerde verpleegkundige niet full-time werkzaam kunnen zijn. Ook is onderzocht in hoeveel straten de bezochte patiënten

van een huisarts wonen. Het aantal straten varieert van drie tot 191.

Naast technische vaardigheden wordt de kosten-effectiviteit van de wijkverpleging bepaald door de verhouding tussen de tijd besteed aan direct patiëntencontact en de tijd besteed aan reizen en indirecte patiëntenzorg. De conclusie luidt dat detachering niet kosten-effectief is omdat gelet op de toegenomen reistijd meer verpleegkundigen nodig zouden zijn voor het zelfde aantal huisbezoeken.

21

GALLAGHER, B.M.

Nursing role in home health care.

In: Community health nursing: keeping the public healthy. L.L. Jarvis (ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company, 1981. p. 199-218, 23 lit.opgn.

rul nivel (C 1985)

Dit hoofdstuk richt zich op verpleegkundige zorg door thuiszorginstellingen (door de National League for Nursing (NLN) gedefinieerd als organisaties die multidisciplinaire zorg leveren aan zieken, gehandicapten en gewonden in hun thuisomgeving). Thuiszorginstanties kunnen zijn: visiting nurse associations, thuiszorg-afdelingen van ziekenhuizen, particuliere organisaties, thuiszorg eenheden binnen de nationale gezondheidszorg of combinaties van deze soorten. Cliënten die verpleegkundige zorg thuis ontvangen zijn veelal aan huis gebonden of hebben verpleegbehoeften waaraan het effectiefst in deze omgeving tegemoet kan worden gekomen. Er volgt een schets van de historische ontwikkeling van thuiszorg in Europa met het doel nog eens te benadrukken dat thuiszorg geen nieuw verschijnsel is.

De auteur benadrukt het belang van de voorbereidende opleiding van community health nurses, omdat zij veel persoonlijker contact met patiënten hebben dan andere leden van het gezondheidsteam. Thuisverpleegkundigen moeten bovendien in staat zijn zelfstandig beslissingen te nemen. Binnen de opleiding nemen preventie, herstel en patiënteneducatie een centrale plaats in. Omdat zij tevens te maken krijgen met patiënten van verschillende leeftijden en uit diverse socio-economische en culturele groepen, is scholing in de menswetenschappen vereist.

Door de United States Public Health Services en de departementen

van public health in de staten worden sinds 1937 periodiek gegevens verzameld met betrekking tot de opleiding en overige karakteristieken van public health nurses.

Het meest recente onderzoek dateert uit 1972 en betrof 57 duizend geregistreerde community health nurses voor wie thuiszorg de primaire taak was. In vergelijking met de aanbevelingen van de NLN bleek 66% van de verpleegkundigen niet te voldoen aan de opleidingseisen.

Het bereik van thuiszorg is tussen 1963 (56% van de bevolking; 1.163 organisaties) en 1972 sterk vergroot (92%; 3.151). De regionale verschillen in toegankelijkheid zijn echter aanzienlijk. Met name in overwegend rurale gebieden kan het voorzieningenniveau laag zijn en is het waarschijnlijk dat (wijk)verpleegkundigen in diverse soorten zorg voorzien.

Er worden vier typen organisaties voor thuiszorg onderscheiden en besproken:

- vrijwillig: niet commercieel en onofficieel
- officieel: niet commercieel en gefinancierd uit belastinggelden
- combinatie: niet commercieel en gefinancierd door belasting en honoraria
- particulier: commercieel.

Besloten wordt met wettelijke bepalingen ten aanzien van thuiszorg die vaak ook de kwaliteit van de zorg betreffen.

22

HOWDEN, C.L.

Neighbourhood nursing.

Family Practice; 4, 1987, no. 1, p. 1-2, 7 lit.opgn.
niveau

De auteur bespreekt twee recente rapporten die de discussie over toekomstige ontwikkelingen in de extramurale verpleging hebben gestimuleerd, namelijk 'Project 2000: a new preparation for practice' en 'Neighbourhood nursing: a focus for care' (zie no. 18). Terwijl de verpleging traditioneel gericht is op de relatie patiënt-verpleegkundige wordt in deze twee rapporten de relatie van de zorg met de gemeenschap benadrukt.

HUGHES, J., P. STOCKTON, J.A. ROBERTS, R.F.L. LOGAN.

Nurse in the community: a manpower study.

Journal of Epidemiology and Community Health; 33, 1979, no. 4, p. 262-269, 16 lit.opgn.

bijl nivel (C 1983)

In de huidige verschuiving van institutionele naar eerstelijnszorg wordt hoge prioriteit gegeven aan de expansie van zowel health visiting als wijkverpleging. Het doel van dit onderzoek is om verpleegmanagers van elementaire informatie te voorzien over community nurses dat gebruikt kan worden voor dienstenplanning en -ontwikkeling. Gegevens als leeftijd, sexe, qualificaties, werkuren etc. van in totaal 5.033 community nurses en ondersteunende verpleegkundigen werkzaam in de North-east en North-west Thames Region, zijn verzameld. Daarvan was 37% wijkverpleegkundige.

Uit de resultaten blijken specifieke problemen van de beroepskrachtenvoorziening in de Londense binnenstad een rol te spelen met name omdat de wijkverpleegkundigen en health visitors relatief jong zijn, kort in dienst zijn en relatief minder ervaren zijn vergeleken met de staf in andere delen van de regio's. Zowel het hoge verloop onder de verpleegkundigen als chronische recruiteringsproblemen zijn er verantwoordelijk voor dat in Londen de kwaliteit van de diensten niet gewaarborgd is.

MCINTOSH, J.B.

District nursing: a case of political marginality.

In: Political issues in nursing: past, present and future. R. White (ed.). Chicester, etc.: John Wiley & Sons, 1985, vol. 1. p. 45-66, 62 lit.opgn.

nivel (B 1813)

Centraal thema in dit hoofdstuk is de marginaliteit van de wijkverpleging als een professionele institutie in het gezondheidszorgbeleid. Van de hedendaagse onderzoeken naar de organisatie van de gezondheidszorg en professionele hulpverleners, die steeds vaker een theoretisch raamwerk tot doel hebben, zijn drie concepten uitgezocht om te worden gebruikt voor het onderzoek naar wijkverpleging in Engeland. De drie daarvan afgeleide aandachtspunten tegen welke achtergrond de ontwikkeling van de

wijkverpleging wordt beschouwd, zijn:

- extra-parlementaire invloeden (bv. van actiegroepen, comités van deskundigen en adviserende lichamen) op de wijkverpleging, met name van het medische establishment en van de intramurale professionele verpleegelite,
- mate waarin de vooruitgang van bovengenoemde groepen heeft geleid tot stilstand of negatieve ontwikkelingen in de wijkverpleging. De ontwikkeling naar hoog-technologische curatieve zorg is een voorbeeld,
- mate van 'symbolic policy-making': binnen het beleid van het Department of Health and Social Services (DHSS) worden geldstromen vooral besteed aan het in stand houden van bestaande voorzieningen en minder aan ontwikkeling en innovatie. Gezien de nodige reallocatie van bronnen binnen de community nursing heeft dit gevolgen voor de toekomstige wijkverpleging.

Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan de organisatie en management in de periode 1859-1984, de rol van de wijkverpleegkundigen in gezondheidsteams, de beroepsopleiding en problemen in de beroepskrachtenplanning. Bij deze planning is geen rekening gehouden met factoren die de vraag naar wijkverpleegkundigen beïnvloeden, zoals het percentage ouderen in een bevolkingsgroep, de mate van sociale en economische deprivatie, morbiditeit, de schaal van dienstverlening door overige ondersteunende hulpverleners en de mate van intramurale geriatrische hulpverlening. De reorganisatie van de National Health Service in 1974 had een verschuiving van financiën naar de eerste lijn tot gevolg en pleitte specifiek voor een jaarlijkse toename van het aantal wijkverpleegkundigen met zes procent. Door diverse oorzaken zijn deze beleidsintenties echter niet volledig ontplooid.

Een belangrijke conclusie in de laatste paragraaf is dat in deze tijd van economische teruggang de wijkverpleging borg moet staan voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

25

REMY, J-C.

Verpleegkundige verzorging van bejaarden.

In: Thuisverpleging in de eerstelijnsgezondheidszorg. Wit-Gele Kruis.

Leuven: Acco, 1983. Thuisverpleging in Frankrijk, p. 21-30.

nivel (B 891)

De reglementering voor voorzieningen ten aanzien van de oprich-

ting en uitbreiding van thuisverpleging is sinds 1981 volledig. Eind 1982 zijn er 373 diensten geteld voor 13.000 patiënten. De thuisverpleging maakt deel uit van het medisch-sociaal beleid voor ouderen. De oprichting van de thuiszorg-instellingen geschiedt plaatselijk na overleg met de autoriteiten van een departement. De behandelend geneesheer, de huisarts of een medisch adviseur (na hospitalisatie) schrijven de behandeling voor die door verpleegkundigen, al dan niet in dienstverband, en verpleeghulpverleners wordt uitgevoerd. Voorts aandacht voor de organisatie van de diensten, personeel en financiering. Voor de werkingskosten en administratiekosten ontvangt een dienst een globaal 'jaarforfait'. Het forfait valt ten laste van de ziekteverzekering. Recente overheidsbeslissingen ten aanzien van de opleidingsmogelijkheden voor de hulpverleners van diensten van thuisverpleging zullen er toe leiden dat op halflange termijn de thuisverplegingsvoorziening, aangevuld met mantelzorg, een efficiënt alternatief is voor opname van ouderen in instellingen.

26

ROBERTS, J.A.

Staffing community nursing services in London.

Nursing Times; 76, 1980, 4 december, p. 2164-66, 7 lit.opgn.

nzi nivel (C 2007)

In 1977 en 1978 is onderzoek uitgevoerd naar wijkverpleegkundigen in functie in de regio North East en North West Thames. Informatie is verkregen over leeftijd, status, qualificaties en duur van het dienstverband. Verschillen worden besproken tussen de wijkverpleegkundigen en health visitors in het centrum van London en de buitenwijken. In het centrum zijn de wijkverpleegkundigen relatief jong, vaker ongehuwd en korter in dienst. Ten behoeve van een beleid ten aanzien van de opleiding van de wijkverpleegkundige wordt de aantrekkelijkheid van het beroep bekeken. Er wordt een aantal aanbevelingen gedaan om het tekort aan wijkverpleegkundigen en vooral health visitors op te heffen en een efficiënt personeelsbeleid te ontwikkelen.

27

ROBERTSON, R.

The nursing process in community nursing.

Nursing Times; 77, 1981, 22 juli, p. 1299-1304, 7 lit.opgn.
nzi nivel (C 2008)

Beschrijving van een onderzoek naar de toepassing van het verpleegkundig proces door een groep wijkverpleegkundigen. De basisstappen van het proces (beoordeling, planning, toepassing en evaluatie) zijn voor de verpleging in het ziekenhuis en in de eerste lijn gelijk. Er is een poging gedaan deze benadering van verpleging tegemoet te laten komen aan de behoeften van de wijkverpleging. Het doel van de pilot-studie in 1978/79 was:

- heroriëntatie van de staf ten opzichte van de benadering van de basisstappen van verpleegkundige zorg
- vaststellen van het kennisniveau van de staf
- introductie en testen van een registratiesysteem
- opsporen van de voordelen voor de patiënt van deze meer systematische benadering.

Een evaluatie van 72 patiënten die door 10 wijkverpleegkundigen behandeld waren, vond uiteindelijk plaats in 1982. Enkele resultaten: de tijd besteed aan administratieve handelingen was toegenomen en ten aanzien van het zorgplan bestonden onduidelikheden over het formuleren van doelen en het registreren. Desalniettemin werd het basisconcept als waardevol beschouwd. Wellicht is het schema ook bruikbaar voor bijvoorbeeld kraamvrouwen.

De conclusie luidt dat de verpleegkundige zorg een hogere graad van organisatie heeft en professioneler is dan voorheen. Het beeld van de patiënten is duidelijker, door de geregistreeerde leefstijl, gezondheidsproblemen en individuele behoeften. Een zorgstructuur die tevens tegemoet komt aan de individuele patiënt, zal zich ontwikkelen.

28

TEHAN, J., S.L. COLEGROVE.

Risk management and home health care: the time is now.

Quality Review Bulletin; 12, 1986, no. 5, p. 179-86, 9 lit.opgn.

rul nivel (C 2016)

Dit artikel onderzoekt de thuisverpleging waarin sprake is van risico's voor de Medicare-thuiszorginstellingen, met de nadruk op patiëntenzorg. Tevens wordt een werkbare structuur voor een 'risk-management' programma voorgesteld.

De laatste vijf jaar is het aantal thuiszorginstellingen meer dan

verdubbeld. Desalniettemin zijn de uitgaven voor thuiszorg nog slechts twee procent van het totaal van Medicare. In de thuiszorg zijn toenemend complexe patiëntenzorgprocedures er verantwoordelijk voor dat er sprake is van een groeiende 'risk exposure', waardoor de verzekeringspremies zijn gestegen. Hoewel de thuiszorginstellingen, als zij een contract willen met Medicare, moeten voldoen aan een aantal voorwaarden voor deelname, zijn deze voorwaarden minimaal en vormen zij geen garantie voor potentiële en werkelijke risico's.

Als gevolg van de invoering van competitie modellen en de prospective payment systems moeten de thuiszorgbureaus steeds ziekere patiënten verzorgen voor hetzelfde geld.

De risico's komen voor in drie gebieden:

- zorg voor de patiënten
- rol van de primaire verzorger (mantelzorg)
- gezondheid en veiligheid van het verplegend personeel.

Preventieve maatregelen voor risico's bij de patiëntenzorg zijn: zorgvuldige selectie, oriëntatie en interne training van het aan te trekken verpleegpersoneel. Een verpleegkundige uit het ziekenhuis zal bijvoorbeeld moeten worden omgeschoold. Voorts: registratie van de klinische praktijk en administratieve functies om te controleren of deze in overeenstemming zijn met de gebruikelijke procedures, en tenslotte: een gecentraliseerd rapportagesysteem voor het snel onderkennen van problemen in de patiëntenzorg. Verpleegkundigen dienen snel vertrouwd te raken met de procedures voor chemotherapie, intraveneuze medicatie en parenterale voeding: steeds vaker standaardtaken. Voorts dient de verpleegkundige situaties te herkennen waarin alternatieve interventies geboden zijn of waarin de betrokken arts op de hoogte moet worden gebracht. Bij een effectieve training wordt de kans op medische fouten of nalatigheid kleiner. Een uitvoerige voorlichting voor de primaire verzorger (partner, familielid of bureu) kan dezelfde functie hebben.

Besloten wordt met een aantal aanbevelingen om een effectief en centraal 'risk-management' programma te ontwikkelen, teneinde bovengenoemde risico's te verkleinen.

Verslag van een onderzoek naar de toepassing van een nieuw management informatie systeem, als basis voor planning van de diensten, en de variaties in het werk van wijkverpleegkundigen. De Wigan Area Health Authority wordt beschreven naar inwoners, sociale achtergronden en de faciliteiten op het gebied van de gezondheidszorg. Sinds 1974 zijn steeds meer wijkverpleegkundigen gedetacheerd bij een huisarts, in plaats van gebonden te zijn aan geografische gebieden. Alle verpleegkundigen betrokken bij het onderzoek hebben formulieren voor procedurele registratie en een dagboek bijgehouden. Het eerste bevat uitvoerige informatie over de fysieke en mentale toestand van de patiënt, alsmede het sociale milieu. Het tweede bevat de hoeveelheid tijd door de wijkverpleegkundigen aan de verschillende taken besteed. Alle gegevens worden in tabellen uitgesplitst naar State Registered Nurses (SRN's) en State Enrolled Nurses (SEN's) en verpleeghulp. De gemiddelde patiënt is een vrouw, ouder dan 65 jaar, is ambulant of semi-ambulant, kwetsbaar of gehandicapt, continent en veelal in aanmerking komend voor lange-termijn zorg.

Enkele conclusies:

- de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen in Wigan wijkt nauwelijks af van de landelijke cijfers,
- het gemiddeld aantal minuten door SRN's en SEN's besteed aan de activiteitencategorieën vertoont grote overeenkomst,
- vergelijking van het gemiddeld aantal minuten voor diverse activiteiten tussen de gezondheidscentra en tussen de verpleegkundigen onderling laat aanzienlijke variatie zien.

3. Taken en werkwijze

3.1 Algemeen

30

BATTLE, S., J. MORAN-ELLIS, B. SALTER.

Defining a role.

Community Outlook; 1985, oktober, p. 11-12, 14, 12 lit.opgn.

nzi nivel (C 1965)

De belangrijkste resultaten van het onderzoek van het Department of Educational Studies van de Universiteit van Surrey naar het werk van wijkverpleegkundigen en de kloof tussen de praktijk en de theorie van de sinds 1981 verplichte scholing, worden hier samengevat. Aandachtspunten binnen het onderzoek waren de importantie van de selectie om zorg te dragen voor efficiënte hulpverlening, alsook het effect van reorganisatie op managementeenheden en de beheersing van de budgetten voor scholing. Het doel van het onderzoek was:

- analyse van de rol van de wijkverpleegkundige en de relatie met overigen van het gezondheidsteam;
- het vaststellen van de belangrijkste factoren verantwoordelijk voor de veranderingen binnen de rol;
- het relateren van de eerste twee doelen aan het huidige curriculum en het formuleren van aanbevelingen op dat gebied;
- het vaststellen van manieren waarop de opleidingscentra kunnen reageren op deze veranderingen.

Informatie is verkregen door middel van gestructureerde interviews en dagboeken bijgehouden door wijkverpleegkundigen. De studenten vonden dat de cursus vertrouwen in hun werk had opgeleverd.

31

BATTLE, S., J. MORAN-ELLIS, B. SALTER.

Spreading the load.

Community Outlook; 1985, december, p. 22-23, 2 lit.opgn.

nzi nivel (C 1966)

Dit artikel is de derde in de serie van het Department of Health and Social Security naar het werk van wijkverpleegkundigen in een ruraal en urbaan district. Drie aspecten staan centraal:

- de visie van de wijkverpleegkundigen op hun werkdruk,
- hun visie op de patiëntengroepen,
- hun attitude ten aanzien van beslissingen over verpleegkundige zorg.

Daarvoor zijn 59 verpleegkundigen in twee districten geïnterviewd. Op één na zijn alle wijkverpleegkundigen formeel gezien gedetacheerd bij huisartsen. De spreiding in het stedelijke district bleek groter: 44% werkte met vier of minder huisartsen, 35% met vijf tot acht huisartsen. Als de wijkverpleegkundige werkzaam is in een gezondheidscentrum kan het aantal aanzienlijk oplopen. Van het rurale en het urbane district hadden respectievelijk 39% en 35% regelmatig overleg met de huisartsen en andere stafleden. De overleggegevens worden uitgesplitst naar type verpleegkundige en district. Algemene indruk is dat de werkdruk is verhoogd: 42% meende meer patiënten te behandelen, 31% vergaderde frequenter, 47% had meer papierwerk en 39% vond dat er minder tijd voor de patiënt was. Overige onderzoeksgegevens betreffen de soort patiënten, de functie van de verpleeghulp en de attitude van de huisarts ten opzichte van de wijkverpleegkundigen.

32

BOWLING, A.

District Health Authority policy and the 'extended clinical role of the nurse' in primary health care.

Journal of Advanced Nursing; 10, 1985, no. 5, p. 443-454, 16 lit. opgn.

ruil nivel (C 1969)

Artikel over de 'uitgebreide klinische rol, van de verpleegkundige in de eerstelijnsgezondheidszorg, met een verslag van een enquête afgenomen aan alle (n=192) Directors of Nursing Services (DNS's) in Engeland. Het doel was na te gaan in welke mate er een beleid bestaat betreffende het uitvoeren van gedelegeerde medische taken door wijkverpleegkundigen, en in hoeverre dat overeenkomt met de criteria van het Department of Health and Social Services (DHSS).

Hoewel 136 districten (71%) een vastgelegd beleid inzake delegatie hebben, is in 122 districten (64%) duidelijk vastgelegd welke

taken in aanmerking komen, en is in slechts 25 districten (13%) gespecificeerd welk type verpleegkundige de omschreven taken mag uitvoeren. Dat laatste is wel één van de criteria van het DHSS. Een belangrijk criterium is voorts de specificatie van voorzorgsmaatregelen om de veiligheid van de patiënt niet in gevaar te brengen. Dit is door het DHSS niet uitgewerkt, zodat het beleid van de districten moeilijk hierop af te stemmen is.

Indien alle districten uniforme en gedetailleerde richtlijnen opstellen, zal de verwarring over de 'extended role' afnemen en zullen tevens de juridische implicaties duidelijk worden voor de betrokken (wijk-)verpleegkundigen. Het DHSS zou hierin het voortouw moeten nemen.

33

CARR, A.J.

The state enrolled nurse in the community.

Journal of Community Nursing; 3, 1980, no. 12, p. 14-15.

nivel (C 1970)

Artikel over de state enrolled nurse naar aanleiding van het 'Report of the Working Party on the Education and Training for the State Enrolled Nurse'. Net als de district nurse (wijkverpleegkundige) is de State Enrolled Nurse (SEN) volledig inzetbaar als lid van het gezondheidsteam in de eerste lijn met verantwoordelijkheden voor alle patiënten. De SEN is wel verantwoording schuldig aan de district nurse voor het gedeeltelijk of geheel uitvoeren van het verpleegprogramma ten aanzien van individuen of families. Door de werkgroep is binnen de opleiding nadruk gelegd op elementaire verpleegkundige vaardigheden en op het gebruik van het verpleegkundig proces. Tevens wordt er voor gepleit dat niet meer dan twee typen verpleegkundigen de district nurse assisteren, de district enrolled nurse en nursing auxiliaries (verpleeghulp).

34

CLARKE, L.

District nurse: co-ordinator.

Journal of District Nursing; 3, 1985, no. 9, p. 9-10, 14 lit.opgn.

nivel (C 1972)

Naar aanleiding van de groeiende bezorgdheid van wijkverpleegkundigen over hun rol en taken in het eerstelijns gezondheidsteam bevat dit artikel een beknopt historisch overzicht van de thuisverzorging van patiënten tot aan de invoering van de 'auxiliary nurse', de verpleeghulp. Een ander deel gaat over de huidige taken van de wijkverpleegkundige. Het laatste deel betreft toekomstige ontwikkelingen. De wijkverpleging betreft vooral ouderen (43% van de cliënten). Een aantal onderzoeken naar de taken van wijkverpleegkundigen wordt aangehaald. De hoeveelheid tijd die de verpleegkundigen direct aan patiëntencontact besteden is afgenomen: in 1965 was dat 60% van de tijd, in 1982 minder dan 50%.

In de toekomst zal de wijkverpleegkundige zich voor interventie meer moeten richten op een wijk dan op de individuele patiënt, zodat meer tijd overblijft voor het vaststellen van de sociale en verpleegkundige behoeften van de patiënt, het opstellen van behandelingsprogramma's, het delegeren van verantwoordelijkheden en het coördineren van de verschillende diensten voor de patiënt.

35

CHAVIGNY, K.H., M. KROSKE.

Public health nursing in crisis.

Nursing Outlook; 31, 1983, no. 6, p. 312-16, 14 lit.opgn.

nzi nivel (C 2025)

In dit artikel worden drie factoren onderscheiden die hebben bijgedragen tot de 'crisis' in public health nursing:

- fragmentatie van voorzieningen
- problemen in de opleidingen
- verwarring over de rol van de public health nurse.

In een model voor Public Health Nursing Practice worden zeven, deels overlappende gebieden gedefinieerd, zoals oriëntatie op de gemeenschap, oriëntatie op het gezin, preventie etc.

Er wordt voorgesteld dat public health nurses zich moeten toelagen op preventie en controle en dat verpleegkundigen in andere disciplines naar hen verwijzen als hun specifieke vaardigheden benodigd zijn.

DUNNELL, K., J. DOBBS.

Nurses working in the community: a survey carried out on behalf of the Department of Health and Social Security in England and Wales in 1980.

London: Her Majesty's Stationery Office, 1982. 94 p., bijln., tabln., 7 lit.opgn.

nivel (R)

Gezien de veranderingen in organisatie van de verpleging in de gemeenschap, is de behoefte aan nieuw nationaal onderzoek naar wijkverpleegkundigen en hun taken in de afgelopen jaren gegroeid. De opdracht daartoe is gegeven door het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken in Engeland aan de Social Survey Division. Het doel van het onderzoek is driedelig:

- het schetsen van een profiel van de verpleegkundigen in de community, dat wil zeggen training, ervaring en qualificaties. En ook: wijze waarop het werk is georganiseerd en de attitude van de verpleegstaf daartegenover.
- het produceren van een overzicht van de activiteiten van de verschillende typen verpleegkundigen. De diverse categorieën van activiteiten worden afgezet tegen verschillende cliënten.
- het identificeren van arbeidsstructuren binnen de gezondheids-districten (health districts) en het relateren daarvan aan de karakteristieken van die districten.

Informatie is verkregen door middel van interviews van alle typen verpleegkundigen: wijkverpleegkundigen (district nurses) 33% van het totaal, kraamverpleegkundigen 8%, health visitors (vooral preventie) 20%, verpleeghulp 11%, schoolverpleegkundigen 8%, verpleegkundigen in dienst van huisartsen 6% en overige verpleegkundigen 14%, totaal 4528 respondenten in de verpleging. Van de respondenten heeft 95% bovendien gedurende één week een dagboek bijgehouden van de dagelijkse activiteiten.

Een deel van het interview gaat over de relatie van de verpleegkundigen met de huisartspraktijk. Ongeveer de helft van de wijkverpleegkundigen, kraamverpleegkundigen en health visitors waren gelieerd aan één huisartspraktijk. Van de wijkverpleegkundigen werkt 20% bij vier of meer huisartspraktijken. Uit nadere analyse blijkt dat contacten met één of met vier of meer praktijken samenhangen met minder positieve beoordelingen van de bovengenoemde relatie van de kant van de verpleging.

Voorts is de verpleegkundigen gevraagd zes aan patiënten gerela-

teerde aspecten van hun werk te beoordelen, zoals de mogelijkheid patiënten te leren kennen en de continuïteit van de zorg. Een ander hoofdstuk betreft de reistijd en de tijd die op verschillende locaties wordt doorgebracht.

Uit analyse van de dagboeken blijkt dat de werkweek voor een derde van bijna alle verpleegkundigen 41 uur of meer. Ook meer dan een vierde deel van de health visitors werkte 41 uur of meer. Het werk kan worden onderverdeeld in de categorieën reistijd, non-clinische activiteiten en tijd aan patiënten besteed. Wijkverpleegkundigen besteedden respectievelijk 24%, 26% en 50% van hun tijd aan deze activiteiten. Health visitors respectievelijk 16%, 46% en 38%. De tijd aan patiënten besteed is verdeeld in:

- technische testen
- technische procedures (injecties e.d.)
- overige verpleegkundige hulp (persoonlijke zorg)
- adviserende activiteiten.

In een tabel wordt de tijdsbesteding met patiënten gespecificeerd per type verpleegkundige. Van de 'patiëntentijd' wordt door de wijkverpleegkundige 90% bij de patiënten thuis doorgebracht. Health visitors besteedden slechts 56% aan huisbezoeken. Alle categorieën tijdsbesteding zijn onderverdeeld en worden weer per type verpleegkundige gespecificeerd.

Tussen de 24 gezondheidsdistricten werden enkele opvallende verschillen gevonden. Hoewel de groep wijkverpleegkundigen in alle districten het grootst was, gevolgd door de health visitors, werden tussen de aantallen overige verpleegkundigen per district soms aanzienlijke verschillen gevonden. In slechts twee districten waren bijvoorbeeld 62% van de geriatrische verpleegkundigen werkzaam. Per district is met behulp van de dagboek-informatie de tijd berekend die aan de verschillende leeftijds- en sexegroepen wordt besteed, uitgedrukt per hoofd van de bevolking. De verschillen tussen districten leken vooral veroorzaakt te worden door een specifieke organisatievorm van de basiszorg en minder door een scala van sociale en economische variabelen, aan de hand waarvan de districten in zes groepen zijn ingedeeld.

37

ELKINS, C.P.

Providing service in a client's home.

In: Community health nursing: skills and strategies. C.P. Elkins.

Maryland: Robert J. Brady Co, 1984. p. 231-255, 36 lit.opgn.

Alhoewel community health nursing is voortgekomen uit huisbezoeken, is de thuisverpleging nu slechts één van de mogelijkheden in de voorziening van community health nursing. De eerste paragraaf behandelt de verschillen voor de verpleegkundige tussen thuiszorg en de zorg in de ziekenhuissetting. Voor het welslagen van huisbezoeken wordt een aantal praktische voorwaarden gegeven. Als taken worden onderscheiden: voorlichting, supervisie met betrekking tot gezondheidsgedrag, observatie van patiënten met degenererende gezondheidscondities en tenslotte directe verpleegkundige zorg voor aan huis gebonden cliënten. In vier aparte paragrafen worden deze taken besproken.

Cliënten van de diverse thuiszorginstellingen kunnen diverse zorgbehoeften hebben:

- intermitterende behoeften op korte termijn: supervisie van chronische ziekten en directe zorg en voorlichting.
- verlengde zorgbehoeften: ondersteuning van terminaal zieken en hun dagelijkse verzorgers.
- dagelijkse behoeften op korte termijn: zorg na ziekenhuisontslag en bij acute ziekten.
- intermitterende behoeften op de lange termijn: behandeling van chronische ziekten en revalidatie.

Een aparte paragraaf is gewijd aan het hospice-concept, waarin terminaal zieken worden voorzien van medische en verpleegkundige hulp en ondersteuning van familie en vrijwilligers. Zowel in dit type thuiszorg als in de overige staat de team-aanpak centraal. Het team bestaat minimaal uit de verwijzend huisarts, de coördinerende community health nurse en de cliënt zelf.

De auteur legt nadruk op een effectieve ontslagplanning van het ziekenhuis en de functie van de 'hospital liaison nurse' die de conituteit van de zorg van ziekenhuis naar huis dient te bevorderen.

De financiering van thuiszorg door ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen neemt snel toe. Thuiszorginstellingen voorzien in zorg op basis van honorering per verrichting. Het merendeel wordt gefinancierd door Medicare, Medicaid en particuliere verzekeraars.

De rest van het hoofdstuk bevat informatie over het informele ondersteuningssysteem (gevormd door familie, vrienden en vrijwilligers), over aanpassingen in het huis en de veiligheid van thuiszorg.

38

GILHOOLY, M.L.M.

The impact of care-giving on care-givers: factors associated with the psychological well-being of people supporting a dementing relative in the community.

British Journal of Medical Psychology; 57, 1984, no. 1, p. 35-44, 25 lit.opgn.

wkz nivel (C 1976)

Het doel van de paper is het presenteren van onderzoeksresultaten met betrekking tot een scala van factoren die direct of indirect het psychologische welzijn van personen die voor een dement familielid zorgen, beïnvloeden. De steekproef betrof zowel verzorgers in het huis van de patiënt als verzorgers elders woonachtig. De gegevens zijn verzameld via een semi-gestructureerd interview. Van alle factoren bleken alleen de sexe van zowel afhankelijke als verzorger, satisfactie, familierelaties, duur van de zorg en tenslotte de frequentie van de visites van thuishulpen en wijkverpleegkundigen significant voor de houding en de mentale gezondheid van de verzorgers. De richting en mate van de correlaties waren niet altijd zoals verwacht werd.

39

GREEN, R.

Community records, part 2. District nursing staff.

Medical Records Health Care Information Journal; 25, 1984, no. 1, p. 7-13.

eu nivel (C 1981)

Zeer beknopt komen in dit artikel de taken van de wijkverpleegkundige aan de orde. Verwijzing naar de wijkverpleegkundige wordt gedaan door de huisarts, de health visitor of geschiedt via het ziekenhuis. Naast algemeen verzorgende en verpleegkundige taken, zoals die ook in het ziekenhuis voorkomen, dient hij of zij in geval van ernstige ziekte tevens de familie te instrueren om aan de behoeften van de patiënt tegemoet te komen. Naast de traditionele methode worden in het kort ook de fasen beschreven van het sinds kort gehanteerde 'verpleegkundig proces', dat vooral gebaseerd is op probleemoriëntatie. Ter verduidelijking zijn in dit artikel formuleren opgenomen waarmee de verpleegkundigen werken.

HICKS, D.

Home nursing and home nurses.

In: Primary health care: a review. Department of Health and Social Security, D. Hicks. London: Her Majesty's Stationery Office. 1976. p. 299-359, ± 40 lit.opgn., tabn.

nivel (B 225)

In navolging van de Sub-Committee on the Organisation of Group Practice maakt de auteur onderscheid tussen de health visitor (vooral preventief werk), de home nurse (patiëntenzorg thuis en in de groepspraktijk onder de klinische leiding van de huisarts) en de community nurse (combinatie van de taken van de health visitor, home nurse en soms ook van de midwife). Naast de laatste twee typen verpleegkundigen wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de practice nurse en aan de enrolled nurse, welke laatste taken uitvoert onder supervisie van de home nurse. Uit het rapport van het bovengenoemde comité wordt uitgebreid geciteerd voor zover het de taken van de verpleegkundigen en de organisatie daarvan binnen de eerstelijnsgezondheidszorg betreft.

In tabellen komen gegevens aan de orde met betrekking tot het aantal home nurses, al dan niet gedetacheerd, spreiding van community nurses, het totale aantal verpleegde patiënten en het aantal verpleegde patiënten thuis (gespecificeerd naar leeftijd). In de laatste tabel valt de toename op van het aantal thuis verpleegde ouderen van 65 jaar en ouder.

Uit onderzoek van Hockey uit 1965 blijkt dat in geval van detachering van home nurses, de samenwerking en communicatie tussen huisartsen en verpleegkundigen minimaal is. De opleiding van home nurses, de training van het Royal Institute of District Nursing, is in die tijd geen noodzakelijke qualificatie voor een certificaat of praktijkvoering.

Uit analyse van 352 dagboeken bijgehouden tijdens een onderzoek in 1970/71 van dezelfde onderzoeker, blijkt dat community nurses de meeste tijd besteden aan reizen (43%) en aan patiëntencontacten (40%). De patiënten zijn vooral vrouwen (74%), zijn vrij mobiel (slechts 7% is 'bedvast') en 33% is 75 jaar of ouder. De patiënten vallen voor het grootste deel (40%) in de tweede categorie: patiënten met ziekten/aandoeningen waarvoor de totale zorg/behandeling langer dan 12 weken duurt. Van de 13.756 patiënten zit 17% in categorie 1 (curatieve zorg, niet langer dan 12 weken) en 17% in categorie 3 (patiënten die oud, zwak of lichame-

lijk dan wel geestelijk gehandicapt zijn). Ten tijde van dit onderzoek was 39% van de State Registered Nurses (SRNs) en 31% van de State Enrolled Nurses (SENs) gedetacheerd bij een huisartspraktijk.

Over de rol van de community nurse en de evaluatie daarvan worden diverse, beperktere en regionale, onderzoeken aangehaald. Uit het onderzoek van Cartwright, Hockey en Anderson (1973) naar de zorg voor 703 terminaal zieken in het laatste jaar, blijkt dat 33% van de patiënten contact heeft gehad met wijkverpleegkundigen. Het grootste deel (23%) ontving een home nurse tussen de 50 en 300 keer. Het type zorg bestreek vrijwel het hele scala van verpleegkundige basistaken alsmede een aantal technische taken.

Dit hoofdstuk wordt besloten met een aantal onderzoeken naar het gebruik van verpleegkundigen om te voorzien in primaire klinische dienstverlening, binnen de eerstelijnsgezondheidsteams.

41

ILLSLEY, V., L. GOLDSTONE.

Measuring quality in district nursing.

Nursing Times; 82, 1986, no. 27, p. 38-40, 6 lit.opgn.

nzi nivel (C 1978)

Verslag van een nationaal onderzoek naar wijkverpleging voor het verkrijgen van informatie over het gebruik van het verpleegkundig proces en verpleegkundige modellen en over verpleegverslagen. Tevens zijn additionele vragen gesteld naar de evaluatie van de kwaliteit, aangezien er geen maatstaven zijn voor kwaliteit van de zorg in de wijkverpleging. Van de 240 enquêtes, naar alle autoriteiten in de gezondheidszorg gestuurd, was er een respons van 74%, 60% ingevuld door senior verpleegkundigen, en 40% door verpleegkundigen verantwoordelijk voor de klinische praktijk.

De informatie, geanalyseerd met een computerprogramma, laat zien dat het verpleegkundig proces standaard wordt, hoewel het in een derde van de districten relatief nieuw is. Verpleegkundige modellen blijken niet algemeen gebruikt te worden; aan de modellen van Roper en Henderson wordt het meest gerefereerd. In 93% van de districten worden de dossiers bij de patiënt thuis gelaten, de pro's en contra's hiervan worden bediscussieerd. Meestal worden de dossiers regelmatig herzien, 63% zond kopieën van hun documenten. Senior verpleegkundigen waren wel voor evaluatie van kwaliteit, maar onderzoek hiernaar zou op een nationale schaal moeten

gebeuren om de invloed van lokale afwijkingen te voorkomen. Alhoewel verpleegkundige modellen niet ideaal zijn voor de wijkverpleging zijn ze wel van waarde voor onderzoek naar kwaliteit. Verschillende autoriteiten dragen nu actief bij aan het ontwikkelen van een instrument voor kwaliteitsbewaking in de wijkverpleging.

(vert. aut.ref.)

42

KRATZ, C.R.

Community nursing: prescription for excellence?

Nursing Times; 78, 1982, no. 16, p. 676-82, 16 lit.opgn.

rul nivel (C 1988)

In dit artikel wordt de demografische en historische achtergrond van de wijkverpleging geschetst. Onderliggende factoren van bepaalde knelpunten worden besproken en positieve suggesties worden gedaan. Een belangrijke verandering in de zorg van de wijkverpleging is het feit dat veel mensen oud tot zeer oud worden. In een tabel worden de uitgaven van de National Health Service over vier jaren gespecificeerd. De uitgaven voor basiszorg in de gemeenschap is in 1975-78 percentueel gelijk gebleven (6,5%). In het kort wordt het werk van de health visitor (vooral zorg voor kinderen en preventie) en van de wijkverpleegkundige (evaluatie van de behoeften van de patiënt en de familie, medisch maar ook financieel en sociaal) besproken.

In tabellen komt tot uitdrukking welke cliënten en hoeveel de health visitors hebben bezocht in de periode 1967-77 en in 1978, waar de eerste behandeling plaats vond van patiënten door wijkverpleegkundigen in het jaar 1978. Dat was in de eerste plaats bij huisartsen gevolgd door gezondheidscentra en bij de patiënt thuis. Vooral de vergrijzing heeft er toe bijgedragen dat de werkdruk van de wijkverpleging aanzienlijk is toegenomen. Deze ontwikkeling wordt beschouwd in relatie met het afnemend aantal ziekenhuisbedden. De taken van de basiszorg in de samenleving worden tevens talrijker. Het aantal psychiatrische verpleegkundigen is bijvoorbeeld explosief gegroeid. Een probleem bij laatstgenoemde zorg is dat deze medisch-diagnostisch georiënteerd is in plaats van algemeen. Tevens komen spanningsvelden tussen wijkverpleging en maatschappelijk werk aan de orde.

Uitbreiding van de expertise van de verpleging in de samenleving dient bereikt te worden door:

- een goede omschrijving van het werkterrein
- het verbeteren van eerstelijnsgezondheidsteams en van samenwerking met consultants in het ziekenhuis en met het maatschappelijk werk
- het identificeren van innovatieve benaderingen van bestaande verpleegtaken en het ontdekken van nieuwe doelpopulaties.

43

MCINTOSH, J.B.

Decision making on the district.

Nursing Times; 75, 1979, no. 19, p. 77-80.

nzi nivel (C 1995)

Verslag van een onderzoek naar het werk van dertig geregistreerde wijkverpleegkundigen. Bijna twee duizend huisbezoeken zijn geanalyseerd. Er worden enkele voorbeelden besproken van besluitvorming door wijkverpleegkundigen. Het gaat dan om behandeling van wonden, aanvragen voor medische interventies, algemene verpleegkundige behandeling en het delegeren van taken aan assistentverpleegkundigen. In het artikel wordt geconcludeerd dat de besluitvorming als zodanig nog ongedefinieerd is. Dit is te wijten aan onvolkomenheden in opleidingsprogramma's. Voorts is de mate van besluitvorming door verpleegkundigen die in dienst zijn onderzocht, waaruit hun ambivalente rol bleek.

44

MILLS, R.

Community nurse: professional or provocateur?

Journal of Community Nursing; 5, 1982, no. 8, p. 7-8.

nivel (C 1997)

De nieuwe wettelijke bepalingen ten aanzien van de rol van de wijkverpleegkundige geeft de community services een nieuwe dimensie. Het vernieuwde uitgebreide programma voor de district nurse training is ook van belang. De auteur gaat in op financiële, functionele, beroeps- en opleidingsaspecten met betrekking tot het management in de wijkverpleging.

MULLER, O.H.

Contemporary demands on the community nurse.

Curationis (die suidafrikaanse tydskrif vir verpleegkunde); 7, 1984, no. 4, p. 10-2, 4 lit.opgn.

knaw nivel (C 2001)

In dit artikel aandacht voor de rol van de 'community nurse' in samenhang met trends in de huidige samenleving. De taken van de verpleegkundige in de eerstelijnsgezondheidszorg, de community health nurse, zijn allengs uitgebreid. Nu valt er schoolgezondheidszorg, health visiting en wijkverpleging onder. De nadruk ligt op gezondheid en niet op ziekte en de zorg is gericht op moeders en kinderen in familieverband. Minder dan 20% van de verpleegkundigen in Zuid-Afrika die in lokale dienst zijn, hebben de kwalificatie 'community nurse'. Van alle geregistreeerde verpleegkundigen was dat in 1983 6,2%.

PHILLIPS, E.K., M.E. FISHER, D. MACMILLAN-SCATTERGOOD, A.J. BAGLIONI, J.C. TORNER.

Home Health Care: who's where?

American Journal of Public Health; 77, 1987, no. 6, p. 733-34, 10 lit.opgn.

nivel

Onderzoek naar de verwijzingen (n=290) naar twee thuiszorginstellingen (publiek en particulier), gedurende een periode van één jaar. Veranderingen in de financiering van thuisgezondheidszorg en pogingen tot kostenbeheersing in ziekenhuizen hebben tot een voorspelbare groei geleid van het aantal thuiszorginstellingen, vooral in de particuliere sector. Het aantal instellingen erkend door Medicare (ziekenfonds +) steeg van 1.275 in 1966 tot 4.703 in 1984. De groei en privatisering van thuiszorg heeft vragen opgeworpen omtrent concurrentie, gelijkwaardigheid van de zorg en stabiliteit van de financiële bases tussen publieke en private instellingen. Deze vormen de reden voor dit exploratieve onderzoek naar twee thuiszorginstellingen in dezelfde regio.

Enkele resultaten: de verwijzingen waren gelijkmatig gedistribueerd. De cliënten van de publieke instelling werden gemiddeld twee keer per week bezocht, de cliënten van de particuliere

instelling één keer per week. Tevens onderging de eerste groep meer verpleegkundige zorg en was de zorgperiode langer. Een belangrijk verschil is voorts dat de particuliere instelling een grotere flexibiliteit kan betrachten ten aanzien van het type patiënt en de soort diensten waarin wordt voorzien.

Omdat de gevonden verschillen voort kunnen komen uit kenmerken van de regio, wordt nader onderzoek aanbevolen.

47

REEDY, B.L.E.C., A.V. METCALFE, M. DE ROUMANIE, D.J. NEWELL.

A comparison of the activities and opinions of attached and employed nurse in general practice.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 30, 1980, no. 217, tabn., 22 lit.opgn.

nivel

Met een aselechte steekproef van 153 verpleegkundigen verbonden met 113 huisartspraktijken, waarvan twaalf in een gezondheidscentrum, is een onderzoek uitgevoerd naar de verzorgende, intermediaire en technische activiteiten van zowel wijkverpleegkundigen gedetacheerd bij een huisarts als van verpleegkundigen in dienst van huisartsen. De praktijken zijn gevestigd in vier rurale en vijf urbane gezondheidsdistricten. Van de verpleegkundigen in de eerstelijnsgezondheidszorg in dienst van een district is het aandeel verpleeghulpen groeiende, ongeveer een derde deel. Tussen 1972 en 1976 is het aantal initiële contacten met de patiënt afgenomen, van 59,5% naar 44,8%. In 1976 vond 55,2% van de initiële contacten plaats in een ruimte van de huisarts of in het gezondheidscentrum. Het blijkt dat de gedetacheerde verpleegkundigen, vergeleken met de praktijkverpleegkundigen, zich meer wijden aan verzorgende en minder aan technische activiteiten. Bij de intermediaire activiteiten was het verschil minder groot. In overige tabellen komen onder andere aan de orde de meningen van de wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen over de locatie van het werk van wijkverpleegkundigen en over de professionele relatie en samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen. Ruim 85% van de verpleegkundigen vond dat wijkverpleegkundigen hun werk bij de patiënt thuis in de toekomst moeten combineren met werk bij huisartsen.

SALTER, B., S. BATTLE, J. MORAN-ELLIS.

Where the buck stops.

Community Outlook; 1986, jan., p. 19-20, 3 lit.opgn.

nzi nivel (C 2009)

In dit vierde artikel van het door het ministerie van volksgezondheid gefinancierde onderzoek naar wijkverpleging in een stedelijk en een ruraal gezondheidsdistrict, gaat het vooral om de managerrol van de verpleegkundige. Informatie is verkregen door middel van telefonische interviews met departementen voor planning en maatschappelijk werk, semi-gestructureerde interviews met leidinggevende verpleegkundigen en is voorts gebaseerd op rapporten van de gezondheidszorgautoriteiten. Beperkingen van de beschikbaarheid en het type van informatie zijn er verantwoordelijk voor dat een vergelijking tussen de twee districten niet altijd mogelijk is.

Veel van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige zijn gericht op ouderen; het aantal van 75 jaar en ouder blijft stijgen. Omdat het aantal ziekenhuisbedden niet is toegenomen, wordt nu ook hulp gegeven die eigenlijk voor de meer zelfstandige oudere was bestemd. Oorzaken voor de verhoging van de werkdruk vormen de reductie van het aantal ziekenhuisbedden en kortere ziekenhuisopnames, wat leidt tot een toename van het aantal verwijzingen en bezoeken.

SCHMELE, A.

A method for evaluating nursing practice in a community setting.

Quality Review Bulletin; 11, 1985, no. 4, p. 115-22, tabln., 18 lit.opgn.

nzi nivel (C 2010)

De aanzienlijke veranderingen in de gezondheidszorgsystemen, zoals de toegenomen patiëntenparticipatie, reguliere controles en de welhaast remmende werking van de kosten van de gezondheidszorg, zijn er verantwoordelijk voor dat er ongerustheid bestaat bij gezondheidswerkers over programma's die de kwaliteit van de zorg moeten garanderen. De auteur, een consultant, startte een evaluatie van verpleegkundige zorg door een instelling voor wijkverpleging. Met behulp van verpleegkundigen in de eerste lijn

(wijkverpleegkundigen) en een literatuuronderzoek werd duidelijk dat kwaliteitsbewaking in de community care minder aandacht heeft gekregen van verpleging dan de kwaliteitsbewaking in de acute zorgvoorzieningen. In 1973 is door het Congres voor Nursing Practice een aantal richtlijnen vastgesteld met betrekking tot de verpleegpraktijk die tevens de essentiële elementen van het verpleegkundig proces bevatten. Voor het zes maanden durend onderzoek werd het verpleegkundig proces ingedeeld in beoordeling, planning, toepassing en evaluatie van de zorg en werd aangenomen dat de richtlijnen van de associatie van verpleegkundigen professioneel zijn, dat het verpleegkundig proces invloed heeft op de patiëntenresultaten en dat verpleging in de eerstelijnsgezondheidszorg gebaseerd is op het verpleegkundig proces. De interactie tussen 28 cliënten en 14 verpleegkundigen is geanalyseerd. Voorts zijn de gegevens van de cliënten geregistreerd en is een enquête uitgevoerd onder de 28 cliënten. Generalisatie van de resultaten is niet mogelijk gezien de methode van de steekproef en de gelimiteerde onderzoekspopulatie.

50

SCOTT, R.S., M. MOUNTIER, L. BROWN, D.W. BEAVEN.

Utilisation of health services by diabetic patients. 1: The district nursing service.

New Zealand Medical Journal; 96, 1983, no. 739, p. 679-80, 2 lit. opgn.

er

In 1981 hebben de wijkverpleegkundigen in Christchurch 590 huisbezoeken afgelegd op een wekelijkse basis, aan 73 patiënten voor onder andere het injecteren van insuline. Dit betekende 13,9% van de totale werkdruk. Met behulp van een educatieprogramma beheersen veel van de patiënten de injectietechniek geheel. In andere gevallen is de frequentie van de aanwezigheid van de wijkverpleegkundige gedaald. Een jaar later, in het onderzoek, waren de gevisiteerde patiëntenaantallen gedaald tot 46, en de wekelijkse bezoeken zijn gereduceerd tot de helft. De resultaten laten de voordelen zien van onderzoeksprogramma's gericht op de evaluatie van gezondheidszorg om de efficiency te verhogen en de kosten te reduceren.

(vert. aut.ref.)

51

SPEAKMAN, J.

Measuring the immeasurable.

Nursing Times; 80, 1984, no. 22, p. 56-58.

nzi nivel (C 2014)

Verslag van een onderzoek naar het werk van health visitors en wijkverpleegkundigen in gezondheidsdistrict Lewisham en North Southwark gedurende drie dagen. Ongeveer 20% van de health visitors en 21% van de wijkverpleegkundigen waren in het onderzoek betrokken. De resultaten worden gepresenteerd in tabellen en laten zien dat de wijkverpleegkundige gemiddeld 12,7 huisbezoeken per dag aflegt. Meer dan 84% van de gevisiteerde patiënten waren 65 jaar of ouder, 65% was vrouw en 42% leeft alleen. Meer dan de helft van de visites duurde minder dan een half uur en 41% van de tijd besteed aan niet-verpleegkundige taken ging op aan reizen. De health visitor maakte gemiddeld tien visites per dag, wat 37% van de dagelijkse taken inhoudt. De grootste groep cliënten (39%) was 16 tot 65 jaar, 33% was jonger dan vijf en 23% jonger dan één jaar. De meest voorkomende vaardigheden waren luisteren, adviseren en evalueren. Het werk gegenereerd door contacten en het niveau daarvan komt ook aan de orde.
(vert. aut.ref.)

52

TORNYAY, R. DE

Public Health Nursing: the nurse's role in community-based practice.

In: Annual review of public health. vol. 1, 1980. p. 83-94, 30 lit.
opgn.

nivel (B 629)

Overzicht van de typen verpleegkundigen in de eerstelijnsgezondheidszorg en hun takenpakket ten aanzien van diverse doelgroepen. De term 'Public Health Nursing' wordt veelal vervangen door 'Community Health Nursing', omdat veel verpleegkundigen niet in dienst zijn van de overheid. De verandering van de hulpvraag in de gezondheidszorg heeft onder andere geresulteerd in een uitbreiding van de rol van de (wijk-)verpleegkundige. De wijkverpleging richt zich op groepen met hoge risico's, zoals kinderen, zwangere vrouwen en patiënten met specifieke gezondheidsproblemen op de lange termijn. De taken van de traditionele wijkverpleeg-

kundige omvatten: leiding geven aan individuele gezondheidszorg, supervisie over overig verpleegpersoneel bij deze taak, het onderwijzen en voorlichten van mensen over gezondheid, het bijhouden en analyseren van gezondheidsgegevens van individuen en groepen, het coördineren van activiteiten en hulpmiddelen in de gemeenschap, het bijdragen aan een gezonde omgeving en tenslotte het vaststellen van de hulpvraag in een gemeenschap. Er worden tevens enkele gebieden genoemd waarop de praktijkverpleegkundige actief kan zijn.

Het gevaar bestaat het gevaar dat medisch- of ziektegeoriënteerde zorg de bestaande preventieve taken van de wijkverpleging gaat verdringen, ook omdat de ziektekostenverzekeraars voor dekking bepaalde diagnostische en behandelingsprocedures hanteren. Dekking van thuiszorg is bijvoorbeeld alleen mogelijk ingeval van deskundige verpleging van een zieke. Hoewel in het verleden de wijkverpleegkundige te onderscheiden was door middel van de setting, zijn in de laatste decennia andere verpleegkundigen ook die richting opgeschoven. In navolging van Archer & Fleschman wordt een nieuwe classificatie van de belangrijkste taken van de **community of family nurse practitioner** gehanteerd, uiteenvallend in verantwoordelijkheden voor:

- zorg op de lange termijn; de behandeling van chronische gezondheidsproblemen dient gericht te zijn op zelf-zorg, eventueel met behulp van zelfhulpgroepen. Bij een stabiele situatie van een patiënt wordt steeds vaker thuiszorg ingesteld vanwege de noodzakelijke kostenbeheersing, hetgeen een verbeterde kwaliteit van het leven tot gevolg heeft.
- basiszorg (primary care); in een definitie van primary care van de American Academy of Nursing staan twee aspecten centraal: het initiële contact van de hulpvrager met de hulpgevers en de toegevoegde verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de zorg. De functie van wijkverpleegkundigen ten aanzien van het gezin wordt benadrukt.
- het werken met specifieke populatiegroepen; naast zwangere vrouwen en ouderen en jongeren in het algemeen vormen de zuigelingen en peuters een doelgroep van toenemende importantie. Het voor deze groep ontwikkelde Head Start-programma houdt zich vooral bezig met primaire en secundaire preventie. Een andere populatiegroep is die van zwangere teenagers en jonge moeders. In het algemeen kan gesteld worden dat de zorg steeds gespecialiseerder wordt aangeboden, gezien bijvoorbeeld de opkomst van pediatrische en schoolverpleegkundigen.

- het voorzien in hulpverlening voor mensen in een gedefinieerde regio; gezondheidszorg in geografisch geïsoleerde gebieden is altijd problematisch geweest. Gewezen wordt op het belang van zelfzorg. Alleen de Health Maintenance Organisations zijn echter bereid gemaakte kosten op dat gebied te dekken.

53

WESTWORTH, B.

A change of balance.

Nursing Mirror; 1982, July 21, p. viii-xii, 3 lit.opgn.

nzi nivel (C 2018)

Artikel over de werkdruk van de wijkverpleegkundige in relatie met de toename van het aantal ouderen. Het aantal personen in de leeftijdsgroep van ouder dan 75 jaar zal stijgen met 13%, in de leeftijdsgroep van ouder dan 85 jaar zelfs met 31%. De financiering van de zorg voor ouderen wordt steeds moeilijker omdat het belastbare deel van de bevolking steeds kleiner wordt. Er worden enkele programmapunten opgesomd om deze zorg voor de komende dertig jaar veilig te stellen.

54

WORRALL, J., L.A. GOLDSTONE.

The problems of variations in work patterns of district nurses.

Nursing Times; 76, 1976, april 24, p. 45-51, 5 lit.opgn.

nzi nivel (C 2019)

Een onderzoek naar wijkverpleegkundigen in Wigan (zie no. 29) bracht aan het licht dat de werkpatronen voor het merendeel overeenkomen met die in Engeland op nationaal niveau en dat het werk van State Registered Nurses (SRN's) overeenkomt met dat van State Enrolled Nurses (SEN's). Vergelijking binnen gezondheidscentra en tussen centra liet echter grote variatie zien, wat problematisch kan zijn voor het management inzake standaardisatie en controle. De informatie is verkregen door registratie door wijkverpleegkundigen van hun tijdsbesteding, van het patiëntencontact en patiëntengegevens. In dertien tabellen komen onder andere aan de orde de reistijd van SRN's, het aantal minuten doorgebracht bij de patiënt thuis en in het centrum, de hoeveelheid basiszorg en technische procedures, etc.

Enkele resultaten: de gemiddelde tijd besteed aan patiëntencontacten is 226 minuten, maar varieert van 183 tot 320 minuten. De tijd doorgebracht in de centra varieert ook sterk, en vormt gedeeltelijk een verklaring voor bovengenoemde verschillen.

Tot besluit worden enkele aanbevelingen gedaan om de knelpunten op te lossen. Er wordt onder andere voorgesteld in het patiëntendossier een patiënten-afhankelijkheids/classificatie schema op te nemen. Daarmee kan men periodiek een indruk krijgen van de werkdruk. Bovendien kan dat een basis zijn voor vervolgonderzoek.

3.2 Preventie

55

GIGL, A.

Kranksein im Alter: Krankenpflege zu Hause.

Österreichische Krankenpflegezeitschrift; 36, 1983, no. 1, p. 7-10.

knaw

Artikel over de thuisverpleging. Hoewel de extramurale gezondheidszorg patiënten behandelt ongeacht hun leeftijd, zijn het vooral chronisch zieken en oudere patiënten die gebruik maken van de mogelijkheid voor verzorging thuis. Als oudere mensen ziek worden ontstaat een nieuwe situatie, waarin de wijkverpleegkundige een ondersteunende rol kan vervullen. Een belangrijke taak is bijvoorbeeld de gezondheidsvoorlichting, zoals voedings- en dieetadviezen en voorlichting over leefstijl. In de thuisgezondheidszorg wordt met verschillende instanties en personen samengewerkt, zoals huisartsen, specialisten, ambulante hulp, ziekenfondsen, ouderen- en thuishulp, zelfhulpgroepen etc. Door de huisbezoeken leert de verpleegkundige ook de sociale omgeving van de cliënt kennen, voor de genezing een niet onbelangrijke factor. Als voorbeeld van de organisatie van de wijkverpleging wordt de situatie in Vorarlberg genoemd, waar op een bevolking van ongeveer 270 duizend al 42 verpleegkundigen (Diplomkrankenschwestern) in de thuiszorg werkzaam zijn.

56

JINADU, M.K.

The role of community health nurses in family health education at home in a southern province of Iran.

International Journal of Nursing Studies; 17, 1980, p. 47-53, 11 lit.opgn., tabln.

nzi nivel (C 1986)

Verslag van een onderzoek naar enkele aspecten van gebruik en taken van de wijkverpleging in relatie met gedefinieerde prioriteiten in de gezondheidszorg in Iran. Eerst volgt een beknopte beschrijving van de provincie Fars waar het onderzoek plaats had.

Van elk administratief district in de provincie is een wijkverpleegkundige geselecteerd die regelmatig huisbezoeken doet, in totaal tien. Voor de gegevensverzameling is de Home Visiting Schedule ontwikkeld, een aangepast schema voor health visitors in Engeland. Gedurende een periode van twee maanden zijn door de tien wijkverpleegkundigen 684 mensen opgezocht in 93 huishoudens. In tabellen komen de samenstelling van het huishouden, beroep etc. aan de orde. Ongeveer 36% van de visites vond plaats wegens pasgeboren babies. Derde reden voor visites waren algemene gezondheidsproblemen (26,8%). Een volgende tabel laat zien over welke onderwerpen het meest werd gesproken. In 40% van de huishoudens werd gesproken over gezinsplanning.

De beperkingen van dit onderzoek zijn gelegen in het gering aantal wijkverpleegkundigen en het weglaten van de mening van de patiënt. Nader onderzoek met een meer complexe opzet wordt aanbevolen.

57

LUKER, K.A.

The district nurse and anticipatory care of the elderly in the community.

Geriatric Nursing; 6, 1986, no. 1, p. 17, 18, 21, 12 lit.opgn.
niveau

De auteur bespreekt de rol van de wijkverpleegkundige in de preventieve zorgverlening. Hoewel preventie vooral de taak is van health visitors terwijl de nadruk bij wijkverpleegkundigen ligt op directe zorg, is in recente trainingprogramma's een tendens is waar te nemen van grotere betrokkenheid in gezondheidsvoorlichting en preventie. Deze ontwikkeling hangt samen met het feit dat health visitors ouderen als groep binnen het takenpakket niet als een prioriteit beschouwen. Dit hangt weer samen met arbeidsbevrediging. Een screening-methode in twee fasen wordt voorgesteld als een realistische wijze waarop wijkverpleegkundigen betrokken kunnen zijn bij preventieve zorg voor ouderen van vooral 75 jaar en ouder.

58

PHILLIPSON, C., P. STRANG.

Health education and older people: the role of paid carers.

Health Education Council / Department of Adult Education, University of Keele, 1984. 173 p., 1 bijl., lit.opgn.
niveau (R 3560)

Verslag van een onderzoek van 15 maanden naar gezondheidsvoorlichting en -opvoeding aan ouderen en naar de betrokken hulpverleners. Voor een efficiënte voorlichting zijn er de volgende tekortkomingen: kennis over de oudere populatie, organisatorische barrières, negatieve attitudes en ten slotte tekortkomingen in de opleiding. Een gestructureerde enquête is voorgelegd aan health visitors, district nurses, maatschappelijk werkers en hun assistenten, beheerders in bejaardenhuisvesting en thuishulpen (home helps). Met uitzondering van de home helps zijn alle groepen bovendien geïnterviewd. De gegevens en resultaten van het onderzoek zijn onderverdeeld in:

- taken en prioriteiten bij het bezoeken van ouderen
- coördinatie van de hulpverlening
- de rol van gezondheidsopvoeding
- opleiding/training.

In hoofdstuk vijf komen gegevens van de enquête en het interview met 57 wijkverpleegkundigen (85%) in één district aan de orde. De meerderheid (67%) werkte in een geografisch afgebakend gebied en 93% zegt minstens 60% van de werktijd aan oudere cliënten te besteden. De wens tot grotere variatie leeft onder de meesten. Het algemene beeld is dat de samenwerking met huisartsen, health visitors als positief wordt beschouwd, ten aanzien van maatschappelijk werkers verloopt het contact wat minder bevredigend.

In het achtste hoofdstuk wordt het resultaat besproken van het meten van attitudes ten aanzien van ouderen. De emoties, communicatieve vaardigheden en waarden toegeschreven aan ouderen door 334 hulpverleners (87,9%) worden geanalyseerd.

In het laatste hoofdstuk worden strategieën ontvouwd voor de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van ouderen. Wijkverpleegkundigen zouden meer aan preventie kunnen doen als zij meer te maken krijgen met 'jonge' ouderen en niet alleen met chronisch zieke ouderen. Bovendien hebben wijkverpleegkundigen een belangrijke taak in het ondersteunen van verzorgers van zwakke ouderen.

Nursing Mirror; 160, 1985, no. 8, p. 35-37, 16 lit.opgn.
nzi

Artikel over de toekomstige rol van de wijkverpleegkundige bij zorg voor de ouderen. Vooral de veranderende verhouding tussen ouderen en zeer ouderen is van belang, daar in 2000 het aantal zeer ouderen (75 jaar en ouder) 45% al uitmaken van alle ouderen. Vooral in steden (Londen) waar veel ouderen wonen is veelal weinig geïnvesteerd in eerstelijnsvoorzieningen zodat de toegankelijkheid gering is en innovaties in de dienstverlening uitblijven. Ook de wijkverpleging heeft geleden onder de bezuinigingen, zo is de ratio wijkverpleegkundigen:bevolking nog slechts 1:3.377. De auteur noemt verschillende oorzaken voor het feit dat wijkverpleegkundigen weinig tijd besteden aan advisering en gezondheidsopvoeding. Het belang van de voorlichtingsrol van wijkverpleegkundigen en interdisciplinaire samenwerking, ook met maatschappelijk werk wordt benadrukt.

60

SLATER, J.

Data on health education.

Journal of District Nursing; 6, 1987, no. 5, p. 5, 7, 8, 10.

nivel (C 2012)

Dit artikel volgend op 'Health for all' van dezelfde auteur (zie no. 61) bespreekt de resultaten van de enquête op de gebieden gezondheidsopvattingen, percepties van gezondheidsopvoeding, ad hoc programma's en concepten van gezondheid en gezondheidsopvoeding. Ten slotte komen leerstijlen voor bevordering van gezondheid aan de orde zoals de In-Service Education and Training (INSET) voor wijkverpleegkundigen aan de orde.

61

SLATER, J.

Health for all.

Journal of District Nursing; 6, 1987, no. 4, p. 18-20, 22. 9 lit.opgn.

nivel (C 2013)

Dit is het eerste artikel in een serie van drie om manieren te

onderzoeken hoe de wijkverpleegkundige kan bijdragen aan gezondheidsopvoeding. Uit onderzoeken blijkt dat de wijkverpleegkundige weinig tijd besteed aan voorlichting e.d. Uitgaande van doelen van de gezondheidszorg zoals geformuleerd door de World Health Organisation in 'Health for all 2000' zouden diverse gezondheidszorgdisciplines hier meer aandacht moeten besteden. De auteur beschrijft een onderzoek in Central Nottinghamshire Health Authority (CNHA) naar gezondheidsbevorderende taken. Aan alle 135 wijkverpleegkundigen in het district is een enquête toegestuurd om het volgende vast te stellen:

- de mate van problemen die wijkverpleegkundigen hebben bij voorlichtende vaardigheden;
- gebieden waarin de respondenten nadere scholing behoeven;
- de mate waarin de ideeën van wijkverpleegkundigen over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding overeenkomen met de huidige trends;
- de leerstijlen van onderzoeksgroep.

De verschillende secties van de enquête worden besproken. De verzamelde gegevens zullen worden aangewend voor het ontwikkelen van bijscholingsactiviteiten in het district.

62

SUTTON, A., P. WILKINSON.

You the teacher.

Journal of District Nursing; 5, 1986, no. 6, p. 21-22, 24, 10 lit. opgn.

nivel (C 2015)

In dit artikel staat de rol van de wijkverpleegkundige als gezondheidsvoorlichter en -opvoeder (health educator) centraal. De groei van aan gedrag gerelateerde ziekten heeft de behoefte aan gezondheidsvoorlichting vergroot, maar de nadruk binnen de wijkverpleging ligt nog steeds op praktische verpleegprocedures. Het concept van preventieve geneeskunde wordt niet voldoende benadrukt in de basisopleiding terwijl recent gequalificeerden het het als een attractief aspect van hun werk beschouwen. Met gebruikmaking van het verpleegkundig proces zouden wijkverpleegkundigen een meer interactieve rol moeten spelen, met voorlichting als belangrijk element. Men zou voor uitgebreide gezondheidsvoorlichting en -opvoeding samen moeten werken met health visitors en tevens leden van het basisgezondheidsteam moeten

leren wat de aard is van hun rol.

3.3 Zorg voor terminale patiënten

63

KIRSHNER, B, M.C. HALL, A. GILPIN, N. DAY.

Assessing symptom control in palliative home care.

Canadian Family Physician; 30, 1984, p. 2274-80, 8 lit.opgn.

nivel

Het thuiszorgprogramma in de Peel-regio in Canada voorziet in hulpverlening aan geselecteerde patiënten, als een alternatief voor hospitalisatie. De thuiszorgstaf coördineert diensten van verpleging, fysiotherapie, bezigheids- en spraaktherapie en andere hulpverlening aan de patiënt indien de huisarts dit gewenst acht. Bij de kankerpatiënten in de thuiszorg worden symptomen gecontroleerd om problemen te identificeren die gerelateerd zijn aan de verzorging van de patiënten in de thuisomgeving. De patiënten komen in aanmerking voor acute of ondersteunende zorg. Voor de 79 patiënten die acute zorg ontvingen was de gemiddelde duur van de periode 29,5 dagen vergeleken met een gemiddelde van 28,7 dagen voor de patiënten die ondersteunende zorg ontvingen.

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van onafhankelijke evaluatie van de medische dossiers van de patiënten en door middel van interviews met de hulpverleners in de thuisverpleging. Een tabel laat zien dat er weinig verschil was tussen het aantal aanvragen voor een basisdiscipline en het aantal voorzieningen. Problemen in het omgaan met ziekte thuis werden gemeld in 16 gevallen (8%). Problemen waren onder andere:

- het niet kunnen omgaan van de patiënt of zijn familieleden met de fysieke en emotionele druk van patiëntenzorg,
- een sterke voorkeur van sommige familieleden om de patiënt in het ziekenhuis te laten sterven, ondanks de wil van de patiënt thuis te sterven.

De resultaten brachten voorts behandelingsproblemen aan het licht ten aanzien van pijnbeheersing, misselijkheid en constipatie, veroorzaakt door de afwezigheid van optimale zorg en ook wel non-compliance. Een andere tabel laat zien dat 79 patiënten (38%) opgenomen werden in het ziekenhuis, sommige door bovengenoemde behandelingsproblemen.

Er bestaat een urgente behoefte de ondersteunende zorg aan thuiszorgpatiënten te verbeteren en te zorgen voor een betere en meer frequente evaluatie van patiënten met ongecontroleerde symptomen.

64

LAUER, M.E., B.M. CAMITTA.

Home care for dying children: a nursing model.

Journal of Pediatrics; 97, 1980, no. 6, p. 1032-35, 8 lit.opgn.

wkz nivel (C 2024)

Presentatie van een thuiszorg-model voor terminaal zieke kinderen met kanker. Gedurende de eerste twee jaar van dit project ontvingen 42 gezinnen van het Midwest Children's Cancer Center thuiszorg. De variaties in leeftijd van de patiënt, diagnose en familie-structuur vormden geen obstakel voor succesvolle participatie in het thuiszorg-programma. Voor alle gezinnen waar het kind thuis overleed, bleek de financiële last van poliklinische en ziekenhuis-zorg aanzienlijk gereduceerd te zijn. Sinds het starten van dit thuiszorg-programma ligt de nadruk bij de zorg voor terminale zieken van het kankercentrum vooral bij verpleegkundige ondersteuning thuis en minder bij medische behandeling in het ziekenhuis.

65

LUNT, B., R. HILLIER.

Terminal care: present services and future priorities.

British Medical Journal; 283, 1981, no. 6291, p. 595-598, 15 lit.opgn., tabn.

nivel

Onderzoek naar de huidige voorzieningen voor terminaal zieken, met name patiënten met kanker, gespecificeerd naar regio. Er wordt onderscheid gemaakt tussen intramurale eenheden, dat wil zeggen verpleeghuis-achtige voorzieningen of afdelingen van ziekenhuizen, ondersteuningsteams van het ziekenhuis (artsen en/of verpleegkundigen uit het ziekenhuis hebben een adviserende functie) en de thuiszorgteams bestaande uit verplegers die patiënten, familieleden en huisartsen adviseren en wijkverpleegkundigen, veelal onder begeleiding van een arts met speciale interesse in dit werk. Veel van deze voorzieningen vielen buiten

de National Health Service.

Uit de resultaten blijkt een aanzienlijke regionale variatie in voorzieningen en aantallen verpleegkundigen. In de zestien regio's varieert het aantal home teams van nul tot zes (NHS en daarbuiten). Het aantal verpleegkundigen in een dergelijk team varieert van nul tot dertieneneenhalf (voltijdse formatieplaatsen), waarvan nul tot zeven wijkverpleegkundigen. Ook ten aanzien van de intramurale eenheden en het aantal beschikbare bedden voor terminaal zieken is de regionale variatie groot. De acht ziekenhuis-ondersteuningsteams varieerden zo sterk dat generalisatie niet juist zou zijn. Met uitzondering van één team waren zij allemaal verbonden met de thuiszorgteams.

Er wordt tevens een overzicht gegeven van de voorzieningen die vanaf 1981 zijn gepland en de opleidingen die voor deze specialistische zorg benodigd zijn. Besloten wordt met een aantal aanbevelingen:

- de regionale variatie moet worden verkleind, vooral ten aanzien van de thuiszorgteams;
- aan de ontwikkeling van thuiszorgteams dient voorrang te worden gegeven boven intramurale voorzieningen;
- de ontwikkeling van ondersteuningsteams in ziekenhuizen dient aangemoedigd te worden.

66

MACDONALD, L., R. MACNAIR.

Your views on terminal care.

Journal of District Nursing; 4, 1986, no. 9, p. 11-12, 14, 6 lit. opgn.

nivel (C 1990)

Verslag van een onderzoek naar wijkverpleegkundigen in het Wandsworth Health Authority voor het verkrijgen van informatie over hun percepties van problemen en satisfacties bij de thuiszorg van terminaal zieken. Het onderzoek bestaat uit twee delen: vraaggesprekken met diverse wijkverpleegkundigen en een enquête verzonden aan alle geregistreerde en werkzame wijkverpleegkundigen in het district. Van de registered nurses zijn 26 formulieren ingestuurd (70%). Eenentwintig patiënten hadden kanker, achttien terminaal. Zestien wijkverpleegkundigen vond dat er naast de technische taken geen tijd meer was voor ondersteuning en raadgeving. Tevens is de mening gevraagd over de kwaliteit van de zorg

door de huisarts: de meningen liepen uiteen van goed (helpt) tot slecht (één vijfde). Een goede huisarts maakt regelmatig visites, is altijd beschikbaar, is up-to-date met effectieve methoden voor pijnbestrijding en beschouwt zich zelf als een lid van het basisteam (is dus bereid tot samenwerking). Matige tevredenheid werd uitgedrukt ten aanzien van andere hulpverleners, vooral maatschappelijk werkenden, en ten aanzien van de communicatie met bezigheidstherapeuten. Zestien wijkverpleegkundigen beschouwden hun opleiding niet als voldoende voor deze vorm van zorg en stonden open voor cursussen en studiedagen. Enkele suggesties voor betere dienstverlening:

- eerdere verwijzingen
- grotere competentie van de huisarts
- beter contact met de staf van het ziekenhuis, maatschappelijk werkenden en vrijwilligers.
- gespecialiseerde verpleegkundigen voor terminale zorg.

67

MARTINSON, I.M.

Dying children at home.

Nursing times; 76, 1980, no. 51 suppl. 29, p. 129-32.

ck nivel (C 1992)

Dit onderzoeksverslag is gebaseerd op de premisse dat na stopzetting van een niet langer effectieve, curatieve behandeling van kanker, met de dood als onvermijdelijke uitkomst, het wenselijk is voor het kind naar de thuisomgeving terug te keren. In de voorbereidende fase, 1972-76, is de voorziening van thuiszorg opgebouwd, waarbij uitgegaan werd dat de ouders als eerste verzorgers zouden moeten functioneren en dat zij terug moeten kunnen vallen op verpleegkundigen of huisarts. In de eerste fase (1976-78) zijn er 64 verwijzingen naar het project gedaan door artsen in negen ziekenhuizen en één multidisciplinaire kliniek in Minnesota, North Dakota en Maryland. In deze fase stierven 58 kinderen terwijl ze behandeld werden in de University of Minnesota Hospitals, waarvan 31 kinderen ook thuiszorg ontvingen.

Van de onderzoeksgroep komen de patiënt- en familiekenmerken aan de orde, zoals leeftijd, sexe, aantal familieleden, etnische achtergrond, socio-economische status en religie.

Elke familie koos zelf de intensiteit van de ondersteunende behandeling van het kind. Deze zorg werd met minimale hulp van

verpleging gegeven. De thuiszorgverpleegkundige fungeerde in eerste instantie als consultant voor de familie. Tevens bepaalde de verpleegkundige welke medische uitrusting aanwezig moest zijn. De verpleegkundige had frequent contact met de huisarts, waarbij een beoordeling werd gegeven van het kind en de familie.

68

MARTINSON, I.M., D.G. MOLDOW, G.D. ARMSTRONG, W.F. HENRY, M.E. NESBIT, J.H. KERSEY.

Home care for children dying of cancer.

Research in Nursing & Health; 9, 1986, p. 11-16, 25 lit.opgn.

rul niveau (C 1994)

De haalbaarheid van thuiszorg als een alternatief voor hospitalisatie van kinderen met terminale kanker is bestudeerd. Het onderzoek is toegespitst op:

- het in staat zijn van de familie om in de juiste zorg te voorzien
- de bereidheid van de familie om dit te doen
- de mate van betrokkenheid van verpleegkundige en arts
- de mogelijkheid voor verpleging en familie om de juiste medicatie, medische uitrusting en overige benodigdheden te bewerkstelligen.

Het thuiszorgsysteem is gebaseerd op de verpleging, binnen dit systeem is een consulterend arts werkzaam. Participatie van overige disciplines is te verwaarlozen. Zowel wijkverpleegkundigen als verpleegkundigen uit het ziekenhuis zijn in dit thuiszorgprogramma betrokken. In tegenstelling tot de publieke organisaties wordt gedurende zeven dagen en 24 uur per dag in zorg voorzien. Gedurende het project van twee jaar stierf 79% thuis en 21% in het ziekenhuis of op weg daar naar toe. De resultaten suggereren dat thuiszorg in de laatste fase van het leven van kinderen met kanker een levensvatbaar alternatief is voor de patiënt en zijn familie.

69

MARTINSON, I.M., W.F. HENRY.

Home care for dying children.

Hastings Center Report; 10, 1980, no. 2, p. 5-7.

Ib niveau (C 1993)

Verslag van het project Home Care for the Dying Child ontwikkeld aan de Universiteit van Minnesota. Het ontwikkelde zorgmodel is toegepast bij achtenvijftig families en bovendien wordt het model gebruikt om organisaties in de eerstelijns te assisteren. De aard van zorg is veeleer op ondersteuning dan op genezing gericht. Aan elke familie is een wijkverpleegkundige toegewezen, die 24 uur per dag bereikbaar is. Hoewel thuiszorg belangrijk minder kost dan vergelijkbare zorg in het ziekenhuis (preliminaire gegevens suggereren 50% lagere kosten), zijn er diverse factoren die voor het gezin een rol spelen. In de eerste plaats wordt thuisverpleging zelden voor meer dan 80% vergoed door de verzekeraars. Eerdere behandelingen van het kind heeft sommige families al veel geld gekost. Als derde factor wordt genoemd de mate waarin de ziekte van het kind tot inkomensderving voor de ouders leidt. Dit artikel besluit met opmerkingen over de controle van het zieke kind thuis. Het blijkt dat vooral de wijkverpleegkundige veel tijd besteed aan het preciseren van concepten van thuiszorg.

70

NORMAN, R., BENNETT, M.J.

Care of the dying child at home: a unique cooperative relationship.

Australian Journal of Advanced Nursing; 3, 1986, no. 4, p. 3-16, 4 lit.opgn.

kb nivel (C 2003)

Onlangs is het alternatief voor een kind thuis te sterven realiteit geworden. Dit artikel beschrijft de ontwikkeling van een project om voor kinderen met kanker te voorzien in continue zorg. De ouders namen de verantwoordelijkheid op zich voor de totale thuisverzorging. Het project bevatte een unieke coöperatieve relatie tussen de afdeling Hematologie/Oncologie van een ziekenhuis en de wijkverpleging. Er is tevens een beperkt onderzoek gedaan naar de rol van de wijkverpleegkundige. Gezamenlijk is een opleidingsprogramma voor wijkverpleegkundigen ontwikkeld. Gedurende het project is de informatieoverdracht tussen alle betrokkenen zo groot mogelijk geweest. Het doel van het onderzoek is het beschrijven van het type patiënt die thuiszorg behoeft en van de kwantiteit en de structuur van de zorg door de wijkverpleegkundige. Dit alles is gedurende een periode van vijftien maanden onderzocht.

In totaal waren er 21 kinderen betrokken in het Pediatric Pallia-

tiv Care Project, waarvan er zeventien thuis overleden zijn. De patiënten worden in tabellen geclassificeerd naar leeftijd, sexe, diagnose, diagnostische groep, ouders etc.

Het gemiddeld aantal huisbezoeken door de wijkverpleegkundigen bedraagt 20,9, gemiddeld 34,5 uur. Van het totaal aantal visites vond 80,7% (440) aan huis plaats vóór het overlijden en 9,7% in het ziekenhuis. De taak van de wijkverpleegkundige bestond voor een groot deel (67,1%) uit emotionele ondersteuning van de familie, terwijl slechts 10,3% van de tijd is besteed aan fysieke zorg.

Er wordt geconcludeerd dat de thuisomgeving een geschikte plaats is voor een kind om te sterven, mits er adequate ondersteuning is voor de ouders en het betrokken verpleegkundig personeel.

4. Samenwerking

71

BOND, J., A.M. CARLIDGE, B.A. GREGSON, A.G. BARTON, P.R. PHILIPS, P. ARMITAGE, A.M. BROWN, B.L.E.C. REEDY.

Interprofessional collaboration in primary health care.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 37, 1987, no. 297, p. 158-61, 11 lit.opgn.

nivel

Bij een onderzoek naar interprofessionele samenwerking waren 148 huisarts/wijkverpleegkundige-paren en 161 huisarts/health visitor-paren betrokken. Het onderzoek is uitgevoerd in 1982/83 in 20 gezondheidsdistricten verspreid over Engeland.

De gegevens zijn verkregen door middel van persoonlijke interviews en analyse van toekomstige verwijzingen en consultaties. De samenwerking is in het onderzoek gedefinieerd met behulp van een vijfpunts schaal, lopend van isolatie tot georganiseerde samenwerking. Bij slechts 27% van de huisarts/wijkverpleegkundige paren en 11% van de huisarts/health visitor paren bleek er sprake te zijn van gedeeltelijke of volledige samenwerking. Bijna de helft van de paren had contact op 'communicatie-niveau', wat betekent dat tijdens ontmoetingen informatie wordt uitgewisseld. De samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen was beter dan tussen health visitors en huisartsen.

Structurele aspecten als detachering van een wijkverpleegkundige bij een huisarts, het aantal huisartsen waarmee een wijkverpleegkundige werkt en het werken in hetzelfde gebouw hebben een belangrijke invloed op de mate van samenwerking.

72

EJLERTSSON, G., A-K. JANSSON.

The district nurse and the district physician in health care teams: an analysis of the content of primary health care.

Scandinavian Journal of Primary Health Care; 5, 1987, no. 2, p. 73-78, 12 ref.

nivel

In een Zweeds district voor eerstelijnsgezondheidszorg is een evaluatie van de wijkverpleging in relatie met de huisartsgeneeskunde uitgevoerd. De staf was ondergebracht in gezondheidsteams. Omdat alle leden van het gezondheidsteam gebruik maakten van dezelfde medische dossiers, was het mogelijk om voor alle patiënten in het geografisch gedefinieerde district in een veelomvattende zorg te voorzien. Van alle visites aan gezondheidsteams ging het bij meer dan 50% om de wijkverpleegkundige of de praktijkverpleegkundige. Het visitepatroon in de districtszorg werd gedomineerd door kinderen en ouderen: beneden de vijf jaar met 3,7 visites per jaar, boven de 75 jaar met 10,0 visites per jaar. De meest voorkomende diagnoses bij de ouderen waren open zweren, dementie en diabetes mellitus. Eén op de drie visites was een bezoek aan huis. In bijna de helft van de gevallen was van tevoren geen afspraak gemaakt, hetgeen de hoge toegankelijkheid van de wijkverpleegkundige aantoont. De verdeling van diagnoses brachten diverse sociale problemen aan het licht. Diagnoses als neurosen, alcoholisme en dementie leverden veel bezoeken aan enkele patiënten op. Vergeleken met huisartsen maakten wijkverpleegkundigen meer huisbezoeken, ging het bij wijkverpleegkundigen vaker om kinderen en ouderen, en was de verdeling van diagnoses verschillend. Ondanks de verschillende wijze van werken completeerden de wijkverpleegkundige en de huisarts elkaar in het samenwerkingsteam. De wijkverpleegkundige is belangrijk als professionele gezondheidszorgfunctionaris voor medische behandeling, en is tevens een belangrijk sociaal contact voor veel individuen in het district.

73

HOPKINS, A.

Practical Help.

The Lancet; 1, 1984, no. 8391, p. 1393-96, 21 lit.opgn.

nivel

Dit artikel gaat over een alternatieve zorgstructuur voor ouderen en gehandicapten in Groot-Brittannië. Allerlei instanties en verschillende hulpverleners hebben nu te maken met de wijkzorg en thuiszorg voor ouderen en gehandicapten. Zoals de wijkverpleging, gezinshulp, fysiotherapeuten, bezigheidstherapeuten, maatschappelijk werkers en natuurlijk vrijwilligers. De gebrekkige coördinatie tussen de diensten onderling verhoogt de kosten en schept

verwarring onder de bevolking. De team-benadering werkt niet altijd even efficiënt door onjuiste trainingen en overlappingen van vaardigheden. Er worden diverse redenen genoemd voor het starten van een nieuwe opleiding voor een categorie hulpverleners, die de verschillende aspecten van praktische zorg en revalidatie in zich verenigt.

74

JANVIER, F. (voorzitter), J. VAN DEN KERKHOF.

Thuisgezondheidszorg: syntheserapporten van de geneeskundige dagen van Antwerpen 1979 georganiseerd door de koninklijke geneeskundige kring van Antwerpen.

Leuven: Acco, 1980. 63 p., bijln.

niveau (B 988)

In deze brochure wordt de betekenis van de thuisgezondheidszorg vanuit verschillende invalshoeken belicht. Eerst komt de plaats van de thuisgezondheidszorg in het geheel van de gezondheidszorg aan de orde, vervolgens de verschillende vormen van teams en de fasen van groei daarin. Ten slotte volgen enkele ervaringen, telkens geformuleerd vanuit één bepaalde discipline.

In de bijdrage van **L. de Jonghe** gaat het om de plaats van de thuisgezondheidszorg waarbij wordt uitgegaan van de chronische patiënt. De huisarts zouden patiënten minder snel doorverwijzen naar het ziekenhuis indien teruggevallen kan worden op een goed geëquipeerd en getraind team van thuisverpleeg- en verzorgkundigen. Nu wordt ongeveer de helft van de ziekenhuisbedden bezet door verwijzing door de huisarts. Interessant is het te weten of de menselijke en sociale belangen van de chronische patiënt, zijn gezin en zijn omgeving effectief synchroon lopen met het financieel-economisch belang van de gemeenschap. Besloten wordt met vijf opties rond evenveel problemen rond de eerstelijnsgezondheidszorg als onderdeel van de totale gezondheidszorg.

H. de Coster maakt in zijn artikel 'groeifasen van een team' onderscheid tussen:

- de instellingsgerichte thuisgezondheidszorg, waarbij de band met het ziekenhuis sterk wordt benadrukt. Naast evidente voordelen bestaat het gevaar dat er belangenconflicten ontstaan tussen de tweedelijnszorg en de thuisgezondheidszorg.
- de functionele thuisgezondheidszorg, waarbij de nadruk ligt op functionele autonomie van het team. De patiënt speelt hier zelf

een rol in het medebepalen van het genezingsproces.

- de maatschappelijke thuisgezondheidszorg. De gezondheidsbeleving wordt hier zoveel mogelijk geïntegreerd in het maatschappelijk leven. De betrokkenheid van de patiënt en zijn omgeving is hier maximaal.

Tevens onderscheidt de auteur verschillende fasen in een thuisgezondheidszorgteam, zoals de informatieve fase, de diagnostische fase, de therapeutische fase, de identiteitsfase en de maatschappelijke fase, die alle kort worden besproken. Besloten wordt met de functie die de verpleegkundige, de maatschappelijk werker en de gezinshulp vervullen in het behandelingsproces van thuisverpleging.

In de artikelen van **L. Rombouts, L. Croes en R. van den Driessche** wordt respectievelijk de visie van een verpleegkundige, een huisarts en een gezin belicht. Na de weergave van een panelgesprek over thuisgezondheidszorg volgen nog drie addenda van respectievelijk **R. van Maele & J. van Damme, J. Heyrman & J. Onderdonk en P. van Damme** over de ontwikkeling en structuur van thuisgezondheidszorgexperimenten in achtereenvolgens de regio Leuven, in Maldegem en in Dendermonde.

75

MCCLURE, L.M.

Teamwork, myth or reality?: community nurses' experience with general practice attachment.

Journal of Epidemiology and Community Health; 38, 1984, no. 1, p. 68-74, 8 lit.opgn.

bijl nivel (C 1996)

Verslag van een onderzoek onder 93 community nurses, 48 health visitors en 45 district nurses (wijkverpleegkundigen) in één district, waar verpleegkundigen gedetacheerd zijn bij huisartspraktijken gedurende periodes tot tien jaar. Het doel van het onderzoek was de impressies van de verpleegkundigen van teamwork binnen de detachingsregeling te bepalen. Als aanvulling op hun detachering had de helft van de onderzoeksgroep verantwoordelijkheden in een geografisch afgebakend gebied. Door de gezondheidszorgautoriteiten in het district waren geen gestructureerde plannen voor de evaluatie van de gedetacheerde groepen ontwikkeld of uitgevoerd. Ongeveer een derde van de verpleegkundigen werkte in ruimten die gedeeld moesten worden met andere leden van de onder-

zoeksgroep, en vaak waren de faciliteiten onvoldoende voor teamwerk.

Health visitors bleken in het algemeen minder enthousiast over de detachering en ervoeren meer obstakels voor het ontwikkelen van teamwerk dan de wijkverpleegkundigen. Health visitors bleken tevens langer bij de detacheringsgroepen te blijven dan wijkverpleegkundigen. De meeste verpleegkundigen communiceerden onderling regelmatig, maar dit geschiedde ongestructureerd en was meestal beperkt tot directe problemen bij patiëntenzorg. Bij sommige detacheringen bleken patronen van communicatie en samenwerking niet te bestaan. Ondanks de gesignaleerde problemen prefereren de meeste respondenten detachering boven het werken in een geografisch gebied en waarderen zij de banden met de gezondheidszorg in het district. Evaluatie en positieve leiding is benodigd wil het gezondheidsteam in de eerste lijn ontwikkeld worden. (vert. aut.ref.)

76

STRANG, J.R., N. CAINE, R.M. ACHESON.

Team care of elderly patients in general practice.

British Medical Journal; 286, 1983, no. 6368, p. 851-54, 14 lit.opgn. niveau

Het doel van dit artikel over gezondheidsteams in de eerstelijnsgezondheidszorg is:

- het ontwikkelen van een formulier voor het registreren van de werkdruk dat door alle teamleden kan worden gebruikt,
- het kwantificeren van de interactie tussen de teamleden door analyse van aantallen en structuren van wederzijdse verwijzingen.

Gedurende een periode van veertien dagen tussen april 1978 en februari 1980 zijn gegevens verzameld door 46 artsen en verpleegkundigen van zeventien praktijken. Telkens als medische zorg of advies werd gegeven is een formulier ingevuld, uiteindelijk resulterend in 6.744 formulieren. Uit analyse blijkt dat artsen 55% van de patiënten behandelden, wijkverpleegkundigen 35%, praktijkverpleegkundigen 7%, health visitors 1% en maatschappelijk werkers 0,3%. Artsen verwezen ongeveer 30% van de patiënten naar verpleegkundigen terwijl slechts twee procent van de patiënten door de verpleegkundigen werd doorverwezen naar de arts. De health visitor wordt hier beschouwd als het meest onafhankelijke

lid van het team.

77

Teamwork in the community.

Lancet; 11, 1980, no. 8243, p. 403-4, 15 lit.opgn.

nivel

Artikel over gezondheidsteams in de eerstelijnsgezondheidszorg. De ontwikkelingen van samenwerking worden aangestipt. Tegenwoordig zijn bij samenwerking wijkverpleegkundigen, health visitors en huisartsen het meest frequent betrokken. Een probleem voor de teams is bijvoorbeeld de keuzevrijheid van de huisarts ten aanzien van zijn patiënten; dat strookt niet altijd met de doelgroepen van wijkverpleegkundigen. Enkele onderzoeken naar het Primary Health Care Team in Engeland worden aangehaald.

78

WOODS, J.O., M.P. PATTEN, P.M. REILLY.

Primary care teams and the elderly in Northern Ireland.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 33, 1983, no. 256, p. 693-94, 696-97, 4 lit.opgn.

nivel

Resultaten van een enquête zijn gebruikt voor analyse van de behandeling van oudere patiënten door hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg. In totaal waren 1.813 huisartsen, health visitors en wijkverpleegkundigen in het onderzoek betrokken. De respons van de huisartsen bedroeg 60%, van de verpleegkundigen 56%. De meerderheid van de praktijken had gedetacheerde health visitors (76%) en wijkverpleegkundigen (59%), terwijl 61% van de huisartsen in gezondheidscentra werkten. Van de overige wijkverpleegkundigen werkt 23% in geografisch bepaalde gebieden, 18% voorziet in meer gespecialiseerde zorg in de eerstelijns en meer dan 10% werkt full-time in gezondheidscentra. In meer dan de helft van de huisartspraktijken worden registers met leeftijd en sexe bijgehouden. In twintig procent van de praktijken worden de oudere patiënten regelmatig besproken. Slechts bij de helft hiervan waren health visitors en wijkverpleegkundigen betrokken. Minstens de helft van de huisartsen en de wijkverpleegkundigen en drie kwart van de health visitors waren niet tevreden met de zorg

voor de ouderen. Een eenmalig en systematisch onderzoek van de oudere patiënten door de huisartsen, health visitors en wijkverpleegkundigen tezamen, zou de zorg voor deze groep en het moraal van de werkers verbeteren.

79

ZIMMER, J.G., A. GROTH-JUNCKER, J. MCCUSKER.

A randomized controlled study of a home health care team.

American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 2, p. 134-41, 25 lit.opgn.

nivel

Dit verslag beschrijft de bevindingen van een aselekt onderzoek naar een nieuwe benadering van thuiszorg voor thuisgebonden chronisch of terminaal zieke ouderen. Het team, bestaande uit een huisarts, verpleegkundige en sociaal werker voorziet in eerstelijnsgezondheidszorg bij de patiënt thuis. Wekelijkse teambijeenkomsten moeten de coördinatie van de patiëntenzorg verzekeren. Het team is 24 uur per dag beschikbaar voor noodconsultaties. De huisarts begeleidt de patiënt gedurende noodzakelijke hospitalisatie. Deze benadering is geëvalueerd door middel van een onderzoek met een aselekt experimentele opzet waarmee de invloed op het gebruik van gezondheidszorg, functionele veranderingen van patiënten, en patiëntensatisfactie is gemeten.

De patiënten in de thuiszorg hadden minder hospitalisaties, verpleeghuisdagen en poliklinische visites dan de patiënten in de controlegroep. Tevens konden zij vaker thuis sterven, als dat hun wens was. Zoals verwacht gebruikten zij meer 'thuisvoorzieningen', gemeten in gewogen kosten; de gemiddelde kosten waren lager dan in de controlegroep, maar het verschil was statistisch niet significant. De functionele vermogens van thuiszorgpatiënten verschilden niet van die van de controlepatiënten, maar zij, en vooral hun informele zorgontvangers thuis, hadden een significant hogere satisfactie ten aanzien van de ontvangen zorg.

5. Substitutie van intramurale zorg door thuiszorg

80

BIRNBAUM, H., R. BURKE, C. SWEARINGEN, B. DUNLOP.

Implementing community-based long-term care: experience of New York's Long Term Home Health Care Program.

The Gerontologist; 24, 1984, no. 4, p. 380-86, 9 lit.opgn.

nzi nivel (C 1968)

Beschrijving van het toepassingsproces van het New York Long Term Home Health Care Program (LTHHCP) gedurende de eerste drie jaar. Sinds wetgeving van 1981 zijn in de helft van de staten dergelijke thuiszorgprogramma's gestart. De intentie van het LTHHCP is het voorzien in verpleegkundige zorg in de thuissituatie voor chronisch zieke patiënten die anders opgenomen zouden worden. Het doel is zowel de menselijke als financiële kosten van hospitalisatie tegen te gaan.

Het LTHHCP wijkt door bepaalde aspecten af van vorige thuiszorgprogramma's:

- breed scala aan diensten
- alleen toegankelijk voor patiënten waarvan medisch gezien de noodzaak tot hospitalisatie bestaat
- een kostenplafond tot 75% van de kosten van hospitalisatie
- coördinatie van alle hulpverlening door één persoon.

Deze vier aspecten worden uitgebreid besproken. De thuiszorg valt uiteen in professionele verpleegkundige zorg en diverse optionele diensten. Doordat elke patiënt een coördinator heeft komen zowel de medische, psychologische en sociale aspecten van de hulpvraag aan bod.

Cliënten en hun families bleken zeer tevreden met de thuiszorgprogramma's, vooral door de toegenomen onafhankelijkheid van de patiënten. Niet van alle aangeboden diensten wordt evenveel gebruik gemaakt: vooral het gebruik van de medisch-sociale diensten en van de thuisgezondheidshulpen is wijdverspreid. Hoewel uitspraken over de geaggregeerde invloed van het LTHHCP op de uitgaven van het ziekenfonds Medicaid prematuur zijn, blijken de kosten van de zorg minder dan 75% te zijn van de kosten van traditionele zorg. Voorts blijkt het programma te hebben geleid tot toegenomen mantelzorg door de familie van cliënten.

Als gevolg van de LTHHCP's hebben de traditionele instellingen voor thuiszorg, de Certified home Health Agencies, zowel hun doelgroep als het voorzieningen-niveau uitgebreid. Omdat er in New York geen unieke omstandigheden zijn, menen de auteurs dat dergelijke thuiszorgprogramma's ook in andere staten kunnen worden opgericht. Men dient dan wel uit te gaan van een lange aanlooptijd voor het volledig functioneren en flexibiliteit van het programma.

81

BRICKNER, P.W.

Home health care for the aged: how to help older people stay in their own homes and out of institutions.

New York: Appleton-Century-Crofts, 1978. 306 p., 663 lit.opgn., bijln.

rul

In dit boek worden methoden besproken om oudere, aan huis gebonden personen bij te staan door de ontwikkeling en toepassing van thuiszorgprogramma's voor ouderen. Door het hele boek heen wordt voorbeeldmateriaal ontleend aan het Chelsea-Village Program van het St. Vincent's Hospital, een thuiszorgprogramma in Manhattan dat in werking is sinds 1973. De nadruk ligt dan ook op thuiszorg georganiseerd vanuit het ziekenhuis.

In het eerste deel worden doelen voor thuiszorgprogramma's vastgesteld, organisatiemethoden besproken en wordt een analyse gegeven van het bovengenoemde Chelsea-Village Program. Het eerste hoofdstuk beschrijft de aantallen en kenmerken van aan huis gebonden ouderen, de redenen voor de huisgebondenheid en hun relatie met de maatschappij in het algemeen.

Het tweede deel bespreekt de rol van de verpleegkundige, de huisarts en de maatschappelijk werker alsmede hun samengaan in gezondheidsteams en het functioneren van dergelijke teams. Verpleegkundigen hebben te maken met screening en evaluatie van patiënten, onafhankelijke verpleegpraktijk, traditionele verpleegtaken, het gezondheidsteam, en tenslotte het onderwijzen van collegae en studenten.

Deel drie geeft informatie over 'life support services', zoals voeding, huisvesting, vervoer, gezinshulp etc..

In het laatste deel komen de financiële aspecten aan de orde en worden de kosten van thuiszorg vergeleken met die van institutio-

nele zorg.

82

CLARK, F.

Hospital at home: the alternative to general hospital admission.

London, Basingstoke: Macmillan Publishers LTD, 1984. 205 p., 71 lit. opgn.

nivel (B 1252)

In dit boek worden ervaringen met projecten in de thuisverpleging, zowel in Engeland als in andere landen, beschreven en geanalyseerd en wordt bekeken welke veranderingen in de organisatie van de National Health Service nodig zijn wil thuisverpleging een effectief alternatief zijn voor opname in een algemeen ziekenhuis.

In de eerste drie hoofdstukken komt de gezondheidszorg in Engeland in het algemeen en de historie daarvan aan de orde, met daarin ruime aandacht voor het functioneren van de National Health Service. De auteur spreekt van een impasse in de relatie tussen ziekenhuisvoorzieningen en extramurale zorg en tussen specialisten en huisartsen, onder andere omdat ziekenhuisbedden deels worden bezet door mensen die daar medisch gezien geen recht op hebben, terwijl andere patiënten op lange wachtlijsten worden geplaatst. In dat kader bespreekt de auteur de introductie van voorzieningen die het bepaalde gehospitaliseerde patiënten mogelijk maakt thuis behandeld te worden. Dit geldt vooral voor patiënten die veel verzorging en psychische ondersteuning behoeven en minder voor hen die regelmatig medische ingrepen moeten ondergaan. Patiënten uit alle leeftijdsgroepen en uit alle diagnostische groepen komen in principe voor thuisverpleging in aanmerking. De auteur onderscheidt drie voorwaarden voor een succesvolle thuisverpleging:

- een effectieve thuisbehandeling moet aan de fysieke maar ook aan de emotionele en psychologische behoeften van de patiënt tegemoetkomen;
- de patiënt moet daarvoor goed geconsulteerd zijn;
- voor de gezondheidszorgautoriteiten moet het duidelijk zijn dat in geval van thuisverpleging de kosten aanwijsbaar lager zijn.

In hoofdstuk vier komen experimenten met thuisverpleging buiten Engeland aan de orde. In de Verenigde Staten zijn de initiatieven van Dr. E.M. Bluestone in New York vanaf 1948 zeer belangrijk ge-

weest. Veel experimenten in de V.S. en elders zijn gebaseerd op zijn ideeën over thuisverpleging.

In hoofdstuk vijf geeft de auteur haar ervaringen weer met de organisatie van de 'Hospitalisation à Domicile' in Frankrijk. De experimenten, begonnen in 1957, houden in dat er voor bepaalde gehospitaliseerden mogelijkheden zijn thuis verpleegd te worden, in zoverre de patiënten nog niet toe zijn aan de basisgezondheidszorg. Instelling van thuisverpleging geschiedt alleen in overleg met en na toestemming van de patiënt zelf en diens familieleden. In 1970 wordt het thuisverplegingsalternatief wettelijk opgenomen en in de jaren zeventig is het aantal projecten op dat gebied uitgebreid tot meer dan twintig. Elke HAD-eenheid is ingedeeld in twee sectoren: één administratieve sector onder leiding van een medisch sociaal werker die de sociale en financiële belangen van de patiënt behartigt, en één sector onder leiding van een hoofdzuster die verantwoordelijk is voor de dag-tot-dag behandeling. Indien nodig worden er ook nog 'aides-soignantes' ingeschakeld die zich bekommeren om het huishouden maar ook om de geestelijke behoeften van de patiënt. De huisarts, die nauw betrokken is bij de thuisverpleging, bezoekt de patiënt, afgezien van noodgevallen, gemiddeld twee keer per week. De duur van een HAD-verpleging varieert van één week tot vele maanden of zelfs jaren. Het in 1978 uitgevoerde onderzoek onder 515 HAD-patiënten bracht aan het licht dat 16,3 % van de patiënten via de huisarts in de thuisverpleging zijn terecht gekomen.

Engelse thuiszorgprojecten passeren de revue in hoofdstuk zes. De experimenten zijn veel beperkter dan in Frankrijk en komen vooral vanaf 1976/77 onder de aandacht en zijn gericht op ouderen en terminale patiënten. Op enkele plaatsen is er enige samenwerking ontstaan tussen huisartsen en specialisten van de afdeling geriatrie van ziekenhuizen. Wat later zijn er ook thuiszorg-programma's voor kinderen gestart. De beperkte vormen van thuisverpleging door algemene ziekenhuizen stuiten soms op verzet van districtsverpleegkundigen die menen dat zij daar niet adequaat voor zijn uitgerust.

In hoofdstuk zeven komt het drie jaar durende 'Hospital at Home'-project in het Peterborough Health District aan de orde. Opmerkelijk is dat de kosten gemiddeld genomen niet lager zijn dan bij ziekenhuisopname.

In hoofdstuk acht, negen en tien komt de functie van de verschillende disciplines met betrekking tot thuisverpleging aan de orde: de medische professie, verpleegkundigen respectievelijk andere

hulpverleners.

De auteur gaat in hoofdstuk elf nader in op de voorwaarden van het initiëren van een lokaal thuisverplegingsprogramma. Concluderend stelt de auteur in hoofdstuk twaalf dat reorganisatie van de National Health Service noodzakelijk is voor een optimale zorg voor patiënten. De voordelen die de NHS bij invoering bood boven gezondheidszorgsystemen in andere landen, dreigen te niet te worden gedaan. Obstakels vormen onder andere de positie van de huisarts, over wiens hulpverlening de gezondheidszorgautoriteiten geen toezicht uitoefenen, de kloof tussen ziekenhuis- en basisgezondheidszorgvoorzieningen en het grote vertrouwen van de autoriteiten in het lokale maatschappelijk werk met betrekking tot de steun voor de patiënt die niet voldoende voor zich zelf kan zorgen. Specifiek voor de thuisverpleging zou het Ministerie van Health and Social Services meer voorzieningen moeten scheppen en de financiering daarvoor moeten regelen. Voor de Hospital at Home zou een nieuw type verpleegkundige benodigd zijn: georiënteerd op totale patiëntenzorg in de thuisomgeving en tevens geschikt voor 'non-nursing'-aspecten als de familie van de patiënt daar niet toe in staat is.

83

CURRERI, C.A., W.F. GILLEY, L. FAULK, R.C. SWANSBURG.

Job satisfaction: hospital-based R.N.s versus home health care R.N.s. Nursing Forum; xxii, 1985, no. 4, p. 125-34, 21 lit.opgn.

rul niveau (C 1973)

De huidige nadruk op kosten-effectieve gezondheidszorg heeft geresulteerd in afgenomen opnameduur voor patiënten en in toegevoegde zorg aan acuut zieke patiënten thuis via thuiszorginstellingen. Als gevolg van de Diagnostic Related Groups (DRGs) en andere restricties in financiering zal het aantal geregistreerde verpleegkundigen in de thuiszorgindustrie toenemen. In navolging van onderzoeken waar de arbeidssatisfactie van verpleegkundigen in het ziekenhuis centraal staan, is nu onderzoek gedaan naar de satisfactie van beide soorten verpleegkundigen. Reeds uitgevoerd onderzoek op dit gebied wordt kort besproken. Uitgaande van minder ervaren hoofdverpleegkundigen, snelle veranderingen van verantwoordelijkheden en frequentere veranderingen in de werkomgeving, wordt gesteld dat de arbeidssatisfactie van verpleegkundigen in thuiszorg wellicht minder is dan die van hun collegae in

het ziekenhuis. Voor het meten van de satisfactie zijn de vier indexen van Munson en Heda gebruikt.

De onderzoekspopulatie bestaat uit een steekproef van de medische en chirurgische afdelingen in een groot medisch centrum en van drie instellingen voor thuiszorg in Zuid-Alabama, in totaal 122 verpleegkundigen.

Resultaten: op alle vier factoren scoorden de wijkverpleegkundigen hoger op de satisfactieschaal dan hun collegae. De verpleegkundigen in de thuiszorg scoorden significant hoger op de 'involvement satisfaction' en 'intrinsic satisfaction' schalen. Beide groepen zien de satisfactie niet los van de setting waar gewerkt wordt.

84

CURRIE, C.T., L.E. BURLEY, CHR. DOULL, CHR. RAVETZ, R.G. SMITH, J. WILLIAMSON.

A scheme of augmented home care for acutely and sub-acutely ill elderly patients: report on pilot study.

Age and Ageing; 9, 1980, p. 173-80, 2 lit.opgn.

ru nivel (C 1974)

In dit artikel wordt een onderzoek naar uitgebreide thuiszorg voor oudere patiënten met acute of sub-acute ziekten beschreven. Geografisch gezien komen alleen patiënten binnen het bereik van het City Hospital te Edinburgh in aanmerking voor thuiszorg. Diagnostisch gezien waren er geen beperkingen. Het aanvankelijke overleg tussen huisartsen en de geriatrische afdeling van het ziekenhuis, is uitgebreid met de thuishulpsectie van het maatschappelijk werk en de wijkverpleging. De taken van de District Nursing Services bestaan vooral uit algemene verpleging, maar ook uit supervisie, injecties geven etc. Maar niet alle patiënten hadden een thuishulp of de zorg van de wijkverpleegkundige nodig. Soms kon worden volstaan met simpele medische interventies.

Functioneel herstel is getoetst met behulp van een nieuwe index gebaseerd op de pré-morbiditeits functie van de individuele patiënt. Van de 37 thuis behandelde patiënten van 70 jaar en ouder, werden er zes opgenomen in het ziekenhuis en zijn er drie overleden. Bij de rest was er sprake van voldoende functioneel herstel. Het onderzoek suggereert dat bij patiënten met ziekten als in het onderzoek beschreven, het herstel in termen van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) sneller gaat in geval van thuis-

zorg dan in het ziekenhuis. Nader onderzoek wordt aanbevolen.

85

DOOGHE, G.

Thuiszorg voor bejaarden: droom of werkelijkheid ?

Kontakt; 7, 1985, no. 23, p. 8-10, 2 lit.opgn.

nivel

De nieuwe visie op het bejaardenbeleid in België waarin de nadruk wordt gelegd op de semi-zelfstandigheid van de bejaarden in de eigen woning, veroorzaakt een grote druk op de ambulante dienstverlening. De thuiszorg moet zich in de eerste plaats aanpassen aan de grotere verscheidenheid aan behoeften van de bejaarden, in de tweede plaats dient de thuiszorg goedkoper te worden opdat uitbreiding ervan niet het kostenbesparend effect van het afnemen van institutionele huisvesting zou teniet doen.

Er volgt een beknopte omschrijving van het Kent Community Care Project, een experiment inzake effectieve en goedkopere thuiszorg voor ouderen. Er is een gedecentraliseerd budget ter beschikking gesteld aan ervaren maatschappelijk werkers die de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de hulpverlening en de zorg voor ouderen op zich hebben genomen. Als limiet op de uitgaven mocht de geleverde hulpverlening de kosten ter hoogte van twee derde deel van de kosten van opname in een bejaardentehuis niet overschrijden.

Het project is geëvalueerd door het welzijn van de 35 ouderen in de experimentele groep te vergelijken met die in een controle-groep. Het aantal ouderen dat naar een rusthuis vertrok was in de controlegroep drie keer zo hoog als in de experimentele groep (12 vs 4). Ook ziekenhuisopnamen kwamen in laatstgenoemde groep wat minder voor. Op de welzijnsaspecten scoorden de ouderen in de experimentele gemiddeld hoger dan hen in de controlegroep. De gemiddelde kosten per patiënt lagen in de experimentele groep 20 tot 30 % lager dan in de controlegroep.

86

GIBBINS, F.J., M. LEE, P.R. DAVISON, P. O'SULLIVAN, M. HUTCHINSON, D.R. MURPHY, C.N. UGWU.

Augmented home nursing as an alternative to hospital care.

British Medical Journal; 284, 1982, no. 6312, p. 330-33, 8 lit.opgn.

Verslag van een onderzoek naar de mogelijkheid in Cleveland het verblijf van chronisch zieke ouderen in een ziekenhuis te vervangen door thuisverpleging. Gezien de toegenomen hulpvraag van ouderen en zeer ouden en het tekort aan ziekenhuisbedden en bedden in verpleegtehuizen is het project voor thuisverpleging gestart. De staf bestaat uit een arts, een huisarts, divers verpleegkundigen en enkele organisatorische krachten. Verwijzingen voor thuiszorg zijn vooral afkomstig van huisartsen en de afdeling geriatrie van het North Tees General Hospital.

De hoeveelheid zorg per individu was afhankelijk van de mate van afhankelijkheid van de patiënt, de beschikbaarheid van familie of vrienden en tenslotte de bereidheid van de patiënt de zorg te ontvangen. Dit waren tevens de belangrijkste factoren die een rol speelden bij de uiteindelijke afwijzing van 22 verwezen patiënten op het totaal van 46 verwezen patiënten. Van de overigen ontvingen vijf patiënten intensieve verpleegzorg en intensieve thuiszorg, 18 patiënten ondergingen intensieve verpleegzorg maar geen intensieve thuiszorg en één patiënt kreeg intensieve thuiszorg maar geen intensieve verpleegzorg. Degenen wier situatie aanzienlijk verbeterde, werden overgedragen aan de minder intensieve zorg van de wijkverpleging (district nursing).

Voor de periode van zes maanden waarin het onderzoek is uitgevoerd, is een controlegroep van elf patiënten van de geriatrische afdeling van het ziekenhuis met gelijkluidende diagnoses gevormd. Er is een evaluatie uitgevoerd van de toegelaten patiënten (26) en een vergelijking gemaakt met de groep die wel verwezen maar niet aanvaard werd en ook met de controlegroep in het ziekenhuis. De evaluatie is toegespitst op diverse zelfzorgfuncties, communicatie etc., uiteindelijk resulterend in een fysieke score, een mentale score en een medicatie-score. Tevens is er een kostenvergelijking gemaakt waaruit bleek dat in 24% van de gevallen de kosten van de gemeenschapszorg hoger uitviel dan de kosten van opname in het ziekenhuis.

Het effect van thuiszorg op patiëntenresultaten en kosten van de zorg is, in de Verenigde Staten en elders, controversieel. De informatie in dit artikel vat de resultaten samen van onderzoeken naar thuiszorg met gebruik van experimentele of quasi-experimentele designs, met expliciet aandacht voor oordelen over de methodologische juistheid voor het wegen van de resultaten. In twaalf onderzoeken naar programma's gericht op een chronisch zieke populatie blijkt de thuisverpleging geen invloed uit te oefenen op de mortaliteit, het functioneren van patiënten, en op plaatsingen in verpleeginrichtingen. Ook heeft in deze studies de thuiszorg geen effect op hospitalisatie of tendeert zelfs het aantal ziekenhuisdagen te verhogen. Het gebruik van ambulante zorg kan zelfs met 40 procent stijgen. De kosten van de zorg worden niet beïnvloed of zijn toegenomen met 15 procent. Er bestaat een behoefte aan onderzoeken met meer geschikte designs om de diverse types van thuiszorg te toetsen, gericht op verschillende soorten patiënten, op de uitkomsten van bestaande studies alsook op andere belangrijke aspecten als gezinsfinanciën, kwaliteit van het leven en kwaliteit van de zorg.

(vert. aut.ref.)

88

HENDRIKSEN, C., E. LUND, E. STRØMGARD.

Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial.

British Medical Journal; 289, 1984, no. 6457, p. 1522-24, 11 lit. opgn.

nivel

Gedurende drie jaar zijn 285 steekproefsgewijs geselecteerde personen van 75 jaar en ouder (de interventiegroep) elke drie maanden thuis bezocht in een voorstad van Kopenhagen, om te beoordelen of deze geplande medische en sociale preventieve interventie invloed heeft op het aantal ziekenhuisopnamen, het aantal huisartscontacten of de mortaliteit. Een steekproefsgewijs geselecteerde groep van 287 personen (de controlegroep) is bezocht gedurende de laatste drie maanden van het onderzoek.

Er zijn 219 ziekenhuisopnamen (4884 dagen) geregistreerd in de interventiegroep en 271 (6442 dagen) in de controlegroep. Vooral in de tweede helft van het onderzoek bleek een significante reductie in het aantal ziekenhuisopnamen in de interventiegroep.

Twintig personen uit de interventiegroep en 29 uit de controlegroep vertrokken naar verpleegtehuizen (p kleiner 0,05). De corresponderende aantallen sterfgevallen waren 56 en 75 (p kleiner dan 0,05). Er is geen verschil gesignaleerd met betrekking tot aantallen huisartscontacten. Wel zijn er significant minder medische noodoproepen geregistreerd in de interventiegroep. De onderzoekspopulatie in de interventiegroep had voordeel bij de reguliere visites en de toegenomen distributie van hulp en veranderingen van hun woningen die daar toe leidden. De reguliere visites hebben waarschijnlijk een belangrijke vergroting van het vertrouwen bewerkstelligd.

(vert. aut.ref.)

89

HUGHES, S.L.

Apples and oranges?: a review of evaluations of community-based long-term care.

Health Services Research; 20, 1985, no. 4, 461-488, 33 lit.opgn.

nivel

Dit artikel vat de tegenstrijdige resultaten samen van evaluaties van gemeenschaps-georiënteerde zorg op de lange termijn door dertien onderzoeken te groeperen aan de hand van drie zorgmodellen. Alle onderzoeken worden beoordeeld op hun interne en externe validiteit om vast te stellen wat bekend is omtrent de effectiviteit van het nieuwe zorgtype. De evaluaties van thuiszorg vallen onder één van de drie soorten programma's:

- traditionele professionele thuiszorg-programma's. Deze programma's voorzien veelal in professionele verpleegkundige zorg na hospitalisatie of een acute periode van ziekte. Het zorgmodel vereist een niveau van technische expertise alsook een zekere intensiteit in termen van bezoekfrequentie. De algemene bedoeling is het aantal ziekenhuisopnames te reduceren.
- uitgebreide thuiszorg-programma's. De dienstverlening is flexibeler dan in het traditionele model en bevat naast verpleging aanvullende (para-)medische of maatschappelijke diensten, zoals fysiotherapie, spraaktherapie en persoonlijke zorg.
- coördinerende instanties (case management demonstrations). Deze organisaties staan tussen de diverse soorten hulpverlening en de patiënt teneinde fragmentatie tegen te gaan.

Uit de resultaten blijkt dat toenemende pré-operationele specifi-

catie van de onderliggende theorie, toenemende nauwkeurigheid in het plannen van diensten voor hoge-risico groepen, het gebruik van multivariate analyse en de ontwikkeling van relevantere meetinstrumenten zullen leiden tot kwalitatief betere onderzoeksresultaten om daarmee bij te dragen aan de theorievorming op dit gebied.

90

HUGHES, S.L., D.S. CORDRAY, V.A. SPIKER.

Evaluation of a long-term home care program.

Medical Care; 22, 1984, no. 5, p. 460-75, 31 lit.opgn.

nivel

Dit artikel bespreekt de uitkomsten van een negen maanden durend onderzoek, het Five Hospital Homebound Elderly Program (FHHEP), een uitgebreid, gecoördineerd thuiszorg-programma op de lange termijn in Chicago. De thuiszorg is bedoeld voor patiënten die ouder zijn dan 60 jaar, in een bepaalde regio wonen, aan huis gebonden zijn en bepaalde medische behoeften hebben, zowel medische als sociale hulp behoeven en tenslotte zich zelf kunnen redden zonder 24 uur per dag begeleiding van familie of vrienden. De data-verzameling vond plaats in een periode van 31 maanden. Het onderzoek is uitgevoerd in een quasi-experimenteel design met een controle groep die bestaat uit vergelijkbare ouderen die maaltijden thuis ontvangen. De resultaten bevatten gegevens over mortaliteit, uitgebreide functionele status, gradaties in hospitalisatie van ouderen (gemiddelde leeftijd 80,4) en tenslotte over de chronisch verzwakte populatie behandeld onder het FHHEP. De opeenvolgend geaccepteerde cliënten in de experimentele groep (n=122) en de controlegroep (n=123) zijn zowel aan het begin van de periode als negen maanden later geïnterviewd met de Duke/OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. Gegevens over de functionele status na het onderzoek zijn verkregen van 83% van de experimentele en 81% van de controle-subjecten. Ter controle van de gemeten verschillen in het onderzoek is de multivariate analyse gehanteerd.

De belangrijkste resultaten laten onder andere zien dat het aantal opnamen en het aantal dagen in een verzorgingshuis met betrekking tot de cliënten in de experimentele groep, significant verminderd is. De resultaten laten ook een toename zien bij de cliënten in de experimentele groep van het bewustzijn ten aanzien

van fysieke gezondheid en een afname van bepaalde zorgbehoeften waar voorheen niet aan tegemoetgekomen werd. Tevens gaf de experimentele steekproef een afname te zien van fysieke activiteiten in het dagelijks functioneren. Het niveau van mortaliteit en hospitalisatie zijn voor beide groepen gelijk. Ondanks besparingen op het aantal dagen in verzorgingshuizen waren de kosten per cliënt in de experimentele groep 19% hoger dan in de controlegroep. Deze additionele kosten gingen echter gepaard met een verhoging van de kwaliteit van het leven. Kosten en uitkomsten op de lange termijn worden getoetst door een gevorderd vier-jarig follow-up onderzoek.

91

HUGHES, S.L., L.M. MANHEIM, P.L. EDELMAN, K.J. CONRAD.

Impact of long-term home care on hospital and nursing home use cost. Health Services and Research; 22, 1987, no. 1, p. 19-47, 22 lit.opgn. niveau

Rapportage van de resultaten van een onderzoek naar de invloed op de lange termijn van een lange termijn thuiszorg-programma in Chicago op de opnames in ziekenhuis en verpleeghuizen en op de gemiddelde kosten van de zorg gedurende de vier onderzoeksjaren. De evaluatie vond plaats in een quasi-experimenteel design met een controlegroep met cliënten die thuis maaltijden ontvingen. De experimentele groep (n=157) en de controlegroep (n=156) is 48 maanden na het begin van de hulpverlening gevolgd.

Uit de resultaten blijkt een significant kleinere kans op permanente opname in een verpleeghuis op intermediair niveau voor de leden van de experimentele groep. Ondanks besparingen op verpleeghuisdagen met een geringe intensiteit geven de preliminaire resultaten aan dat de totale kosten in de experimentele groep 25% hoger zijn. Desalniettemin gaan deze kosten vergezeld van significante voordelen ten aanzien van de kwaliteit van het leven.

92

MACLENNAN, W.J., F.E. ISLES, S. MCDUGALL, E. KEDDIE.

Medical and social factors influencing admission to residential care. British Medical Journal; 288, 1984, no. 6418, p. 701-03, 14 lit.opgn. niveau

Het toenemend aantal mensen boven de 75 jaar drukt in Engeland zwaar op de gezondheidszorg en sociale dienstverlening. Om inzicht te verkrijgen in een rationele toewijzing van hulpverlening aan huis en in instellingen, is een groep van 98 aan huis gebonden vrouwen boven de 75 jaar vergeleken met een groep van 99 vrouwen van dezelfde leeftijd in een instelling. De lichamelijke gezondheid in deze groepen was ongeveer gelijk met uitzondering van doofheid die meer voorkwam in de institutioneel verzorgde groep. Ook waren er in laatstgenoemde groep meer demente vrouwen. Hoewel de in een tehuis residerende patiënten in veel opzichten meer fysieke capaciteiten hadden, was de behoefte aan hulp in noodgevallen groter. Een belangrijke sociale factor was dat de cliënten thuis vaker verzorgd werden door derden, vooral familieleden.

Enige reductie op het aantal plaatsingsmogelijkheden in verzorgingstehuizen voor oudere vrouwen wier familieleden niet beschikbaar of in staat zijn de patiënten op te vangen, zou de oprichting van een effectieve basis-psychogeriatrische dienst en een systeem voor de levering van 24-uurs zorg en supervisie noodzakelijk maken.

93

MAESENEER, J. DE

Thuishospitalisatie in het kader van het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt: een eerste rapport met bijzondere aandacht voor de economische aspecten.

In: Gezondheid en Economie: tweede symposium Gezondheid en Economie georganiseerd door de Universitaire Instelling Antwerpen.

Antwerpen: UIA, 1983. p. 119-142, 6 lit.opgn.

nivel (R 1577)

In dit rapport wordt het begrip thuishospitalisatie omschreven, de algemene principes daarvan verduidelijkt en er wordt verslag uitgebracht van de eerste registratie van patiënten die thuis worden verpleegd, met aandacht voor de voornaamste knelpunten. In het economisch deel wordt uitgebreid ingegaan op een kostenvergelijking tussen thuishospitalisatie en ziekenhuisopname.

In het wijkgezondheidscentrum werken als vaste medewerkers vier huisartsen, twee verpleegkundigen, één diëtist, één maatschappelijk werker en één administratieve kracht die betrokken zijn bij de thuishospitalisatie. Daarnaast werken er nog twee zelf-

standige fysiotherapeuten en andere professionele werkers en nog een aantal vrijwilligers mee aan het project. De patiënten die voor thuishospitalisatie in aanmerking komen zijn mensen die tijdelijk met een veranderde gezondheidstoestand te kampen hebben hetgeen een intensieve multi-disciplinaire interventie vereist. Er worden factoren opgesomd die een rol spelen vanuit het team van hulpverleners en vanuit de patiënt en zijn omgeving bij het instellen van thuishospitalisatie.

Aan de registratie van deze patiënten is een aantal eisen gesteld. Uiteindelijk richt het onderzoek zich op negentien patiënten met een gemiddelde leeftijd van 61,7 jaar en een gemiddelde verpleegduur van ruim 24 dagen.

Bij de kostprijsberekening van een dag thuisverpleging worden de collectieve bijdragen van de gemeenschap gescheiden gehouden van de bijdrage van de patiënt. Uit gespecificeerde tabellen blijkt dat een opname-dag ongeveer vijf maal zo duur is als een dag thuisverpleging. Het grote verschil zit in de ligdagprijs die in het ziekenhuis acht keer zo hoog is. De bijdrage van de patiënt is bij de thuishospitalisatie hoger, vooral veroorzaakt door de hoge bijdrage voor geneesmiddelen.

Er is een aantal variabelen dat de verhouding tussen de ziekenhuiskosten en de thuishkosten kan doen veranderen, zoals: het type ziekenhuis, vervanging van mantelzorg door professionele zorg etc.

Als oorzaken voor het soms mislukken van thuishospitalisatie worden genoemd:

- gebrek aan medewerking van specialisten in ziekenhuizen,
- het probleem om snel en gedurende een langere periode gezins- en bejaardenhulp in te stellen,
- de financiële last voor de patiënt.

Ook komt een aantal structurele factoren ter sprake die de ontwikkeling van thuishospitalisatie bemoeilijken, zoals onder andere de betaling per prestatie, die een drempelverhogende werking heeft, en de verzuiling en grootschaligheid van de gezondheidszorg. Concluderend wordt gesteld dat er voor de thuishospitalisatie een globale forfaitaire betaling moet worden ingevoerd die aangepast is aan de geleverde verzorging. De overheid dient experimenten met thuisverpleging te stimuleren en een wettelijk kader daarvoor te scheppen.

MILLER, R.

Community nursing centers.

Nursing Administration Quarterly; 1984, p. 46-49, 2 lit.opgn.
rul

De ANA heeft in 1982 het initiatief genomen tot wettelijke regeling van twee primaire aspecten van professionele verpleegkunde: garantie voor de toegankelijkheid van de zorg, vooral voor risicogroepen als kinderen en ouderen, en het ontwikkelen van een honoreringssysteem voor verpleegkundige zorg. Tevens zouden de Community Nursing Centers in werking moeten treden, die in zorg dienen te voorzien voor Medicare-patiënten die anders opgenomen zouden worden. De centra zouden ook andere programma's kunnen bevatten, vooral voor particulier verzekerden. De honorering van de diensten zal worden gebaseerd op een maandelijks tarief, van te voren betaald, voor een ieder individu dat recht heeft op deze dienstverlening ongeacht de duur, hoeveelheid en aard van de dienstverlening.

Terwijl de federale overheid geen haast maakt met een nieuwe wetgeving op dit gebied, is de auteur van mening dat in bij het inwerking treden van wijkverpleegkundige centra het de geaggregeerde kosten van bestaande programma's zal doen verlagen.

MOENS, G.

Ziek thuis of ziekenhuis.

In: Gezondheid en Economie: tweede symposium Gezondheid en Economie georganiseerd door de Universitaire Instelling Antwerpen.

Antwerpen: UIA, 1983. p. 107-118, 1 lit.opg.

nivel (R 1577)

In deze bijdrage wordt een vergelijking gemaakt van de kosten van thuisverpleging en opname in een ziekenhuis. Ook de verzorgingsinstellingen worden in deze vergelijking betrokken. De thuisverpleging bevat een totaal zorgpakket: verpleging, paramedische hulp, sociale bijstand en familiale hulp. Dit alles onder de verantwoordelijkheid van een geneesheer-huisarts. Een probleem in dit onderzoek vormt een aantal slecht in geld uit te drukken variabelen. Er wordt uitgebreid ingegaan op de vraag welke kosten worden meeberekend bij welke verplegingsvorm en op welke manier

dat gebeurt. De berekende kosten worden telkens uitgesplitst in collectieve kosten en kosten voor de patiënt.

In 1981-82 werden zeventien vrouwen en acht mannen gevolgd, met een medisch profiel dat vooral verpleging en verzorging noodzakelijk maakte en niet zozeer medische ingrepen. In diverse tabellen komt tot uitdrukking dat een dag thuisverpleging ongeveer de helft kost van een opname-dag in het ziekenhuis. Ook is thuisverpleging goedkoper dan een verzorgingsinstelling. De goedkopere thuisverpleging houdt in dat de kosten voor zowel de gemeenschap als voor de patiënt zelf lager zijn. Gemiddeld genomen voelden de meeste patiënten zich goed onder de thuisverpleging.

96

MOWAT, I.G., R.T.T. MORGAN.

Peterborough Hospital at Home Scheme.

British Medical Journal; 284, 1982, no. 6316, p. 641-43.

nivel

Het Peterborough Hospital at Home Scheme heeft de mogelijkheden geëxploreerd om patiënten thuis te behandelen, die anders in het ziekenhuis zouden verblijven. Het programma is enthousiast ontvangen door patiënten, consulterend geneesheren, huisartsen, verpleegkundigen en andere gezondheidszorgwerkers. Een volledig rapport over de resultaten is in voorbereiding, maar enkele centrale bevindingen worden al in dit artikel weergegeven.

Meer dan 200 patiënten zijn al tot het programma toegelaten. Indien een patiënt toegelaten wordt is de districtsverpleegkundige primair verantwoordelijk voor de patiënt. Indien gewenst kan er een 24-uurs begeleiding worden ingesteld. In de praktijk is de gemiddelde begeleiding, per patiënt per dag, uitgesplitst naar de diverse soorten verpleegkundigen: de verantwoordelijke verpleegkundige 0,84 uur, bij de overheid geregistreerde verpleegkundige 1,36 uur, de verpleegkundige in dienst bij de overheid 1,86 uur en patiëntenhulp 5 uur. Voor elke patiënt zijn door huisartsen vragenlijsten ingevuld, en drie interviewers hebben gestructureerde evaluatieve interviews afgenomen aan de wijkverpleegkundigen, aan de meest betrokken patiëntenhulp en familieleden en, waar mogelijk, aan de patiënt. Aan de respondenten is gevraagd de taken van de staf te benoemen en deze te rangschikken naar belang voor de zorg van de patiënt. De meest voorkomende taken van de districtsverpleegkundige waren: supervisie over de patiëntenhul-

pen (in 55% van de gevallen), verpleegprocedures (47%), ondersteuning van en supervisie over de patiënt (43%), ondersteuning van familieleden (37%), toezicht houden op de conditie van de patiënt (43%), evaluatie van de patiënt (25%) en mobilisatie van de patiënt (12%).

Bij pogingen om de kosten van Hospital at Home te vergelijken met die van een conventioneel ziekenhuis is, gezien de vele variabele factoren, terughoudendheid geboden. De thuiszorgkosten per dag zijn, bijvoorbeeld, lager dan in een ziekenhuis voor acute gevallen, maar de duur van de thuisverpleging is vaak langer. Mogelijkwerwijs behoeft de gemiddelde patiënt in de thuisverpleging meer verpleegtijd omdat velen terminaal ziek zijn.

97

SEUTIN, R.

Thuisgezondheidszorg: een nieuwe visie op de hulpverlening.

In: Gezondheid en Economie: tweede symposium Gezondheid en Economie georganiseerd door de Universitaire Instelling Antwerpen.

Antwerpen: UIA, 1983. p. 95-106, 3 lit.opgn.

nivel (R 1577)

In de eerste plaats wordt het begrip thuisgezondheidszorg gedefinieerd en nader omschreven. In het begin van de ontwikkeling van de thuisgezondheidszorg ligt de nadruk daarbij sterk op de medische zorg, opdat bepaalde ziekenhuisopnamen vermeden kunnen worden en het ziekenhuisverblijf kan worden ingekort. Het begrip is geëvolueerd tot: optimale zorg- en hulpverlening aan de patiënt op fysiek, psychisch en sociaal niveau in het vertrouwde leefmilieu, dat wil zeggen met aandacht voor de positie en de rol van het gezin, familie etc. De eigen inbreng en verantwoordelijkheid van de patiënt speelt hierin een belangrijke rol.

Hoewel door samenwerking van hulpverleners de mogelijkheden van thuisverpleging worden vergroot, is dit volgens de auteur geen vereiste, daar het in eerste instantie gaat om een mentaliteit in de hulpverlening. Indien er sprake is van een team, komen er naast de hulpverleners van de basisdisciplines huisartsgeneeskunde, verpleegkunde, maatschappelijk werk en gezins- en bejaardenhulp nog vaak fysiotherapeuten of andere hulpverleners bij de patiënten thuis. Over de frequentie van de huisbezoeken van de verschillende disciplines worden enkele onderzoeken aangehaald. Uitgaande van gemiddelde kostprijzen van dienstverlening door de

basisdisciplines berekent de auteur dat een dag thuisverpleging maximaal de helft kost van een opnamedag in het ziekenhuis. Wel is de thuisverpleging voor de patiënt duurder wegens hogere rem-gelden (eigen risico) in de eerstelijnsgezondheidszorg. Macro-economisch gezien is er voor de inschatting van de financiële gevolgen van de ontwikkeling van teams in de thuisgezondheidszorg meer onderzoek nodig.

6. Nazorg en continuïteit van de zorg

98

AUERBACH, M.

Changes in home health care delivery: another perspective on the effects of DRGs.

Nursing Outlook; 33, 1985, no. 6, p. 290-91, 4 lit.opgn.

nzi

Artikel over de effecten van Diagnosis Related Groups (DRGs). De Taylor-hypothese luidt dat de DRGs sporadisch een toename van verwijzing naar thuiszorgbureaus van zowel chronisch als acute ziekten tot gevolg zal hebben. Deze patiënten zullen moeten herstellen van hun ziekte die hun hospitalisatie veroorzaakte. Het hier beschreven New Jersey-experiment geeft aan dat het krappere budget van het honoreringssysteem een kortere periode van thuiszorg zal toestaan dan voorheen. Hoewel thuiszorg diensten vereist gedurende de hele week 24 uur per dag, zal het moeilijker worden dit te rechtvaardigen tegenover Medicare. Voor het doorgronden van alle effecten van de veranderingen in de gezondheidszorghonorering van patiëntenzorg en verpleegkundige zorg is nader onderzoek vereist.

(vert. aut.ref.)

99

BARNETT, D.

Smooth passage home.

Journal of District Nursing; 5, 1986, no. 3, p. 4-6, 5 lit.opgn.

nivel (C 1964)

Dit onderzoeksverslag betreft een studie naar de continuïteit van de verpleegkundige zorg in de eerste lijn na ziekenhuisopname, en de communicatieproblemen daarbij. Een afdeling van het ziekenhuis is geselecteerd omdat daar de meeste verwijzingen naar wijkverpleging plaats vonden. De gebruikte formulieren bevatten informatie over de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis, huidige problemen en suggesties voor behandeling en een begeleidend schrijven voor de wijkverpleegkundige. Van de toegestuurde enquêtes

naar wijkverpleegkundigen waren er 23 bruikbaar. De meesten keurden het nieuwe formulier goed, maar de informatie over de gevraagde diensten, zoals 'meals on wheels' en gezinshulp, was onvoldoende of inaccuraat. De formulieren zijn uitgebreid met een extra vel waarop de wijkverpleegkundige evaluerende opmerkingen kan plaatsen. De formulieren zullen gefaseerd in algemene ziekenhuizen in het district worden ingevoerd.

100

GAUMER, G.L., BIRNBAUM, H., F. PRATTER, R. BURKE, S. FRANKLIN, K. ELLINGTON-OTTO.

Impact of the New York Long-Term Home Health Care Program.
Medical Care; 24, 1986, no. 7, p. 641-653, 4 lit.opgn.
niveau

Het Long-Term Home Health Care Program (LTHHCP) is een innovatief en uitgebreid Medicaid-programma in de staat New York dat voorziet in zorg voor patiënten thuis vergelijkbaar met de zorg in een verpleeghuis. Dit artikel is een evaluatie van de eerste negen LTHHCP-locaties in de eerste twee jaar van het programma. De experimentele groep bestaat uit 724 cliënten, de controlegroep uit 649. Allen zijn ontslagen uit het ziekenhuis of verpleeghuis en moesten voldoen aan een aantal toelatingscriteria. Uitgebreid komen de patiëntenkenmerken aan de orde. De zorg bestaat uit algemeen verpleegkundige zorg, gezinshulp, fysiotherapie, logopedie etc. De vraag naar ongeschoolde hulp was het grootst: persoonlijke zorg werd gemiddeld 12,4 keer per maand verleend. Voor geschoolde verpleegkundige zorg werd de patiënt gemiddeld bijna tien keer per maand bezocht.

Op alle locaties werd duidelijk dat het programma zeer succesvol was in het reduceren van het gebruik van verpleeghuizen. Buiten de stad New York werd de patiëntenmorbiditeit verbeterd, terwijl tevens kostenbesparingen werden gerealiseerd. In New York waren de patiëntenresultaten ook gunstig, maar waren de kosten voor de cliënten hoger dan het geval was geweest bij andere zorgstructuren. De resultaten zouden gunstiger zijn geweest als het programma gericht was geweest op patiëntengroepen waarbij het thuiszorgprogramma het meest kosteneffectief is.

GILLESPIE, J.V.

Night nursing service in West Fife.

Health Bulletin; 38, 1980, p. 187-93, tabn., 5 lit.opgn.

knaw nivel (C 2022)

Verslag van een onderzoek naar nachtverpleging door wijkverpleegkundigen en verpleeghulp in het West Fife District. Deze vorm van hulpverlening is bestemd voor ernstig zieke of terminale patiënten en wordt veelal gedurende een korte periode gegeven in crisissituaties. Als alternatief is deze zorg ook wel verleend voor één of twee nachten per week gedurende een langere periode om familieleden te ontzien.

Verwijzingen zijn afkomstig van wijkverpleegkundigen of huisartsen. Enkele resultaten: Na één jaar hebben 35 patiënten van deze continue zorg gebruik gemaakt. Bijna de helft van de patiënten is in deze periode in het ziekenhuis opgenomen. Een ander deel is overleden. In een tabel worden de diagnoses tegen de gezinsomstandigheden van de patiënten afgezet. De meeste patiënten ontvingen hulp gedurende één, twee of drie nachten.

Ook wordt verslag gedaan van een uitbreiding van de diensten van de wijkverpleging waardoor het mogelijk is dat één verpleegkundige 's avonds meerdere patiënten bezoekt (Tucking Down Service). De invloed van het experiment op hospitalisaties is met dit onderzoek niet vast te stellen.

KING, F.E., J. FIGGE, P. HARMAN.

The elderly coping at home: a study of continuity of nursing care.

Journal of Advanced Nursing; 11, 1986, no. 1, p. 41-46, 16 lit.opgn.

rul nivel (C 1987)

Drieëndertig oudere patiënten (65 jaar en ouder) die gehospitaliseerd waren en continue thuiszorg behoeften zijn gedurende drie maanden bestudeerd. In totaal zijn er door verpleegkundigen 836 huisbezoeken gemaakt. Het aankunnen van de situatie (coping) is bestudeerd in relatie met zekerheid/onzekerheid scores, mening over gezondheidsniveau en de satisfactie ten opzichte van de verpleegkundige zorg. De eerste twee relaties bleken significant. De relatie tussen coping en de subjectieve satisfactie was dat niet. Aangezien verpleging een dynamische component is voor de

continuïteit van de zorg voor ouderen thuis, hebben deze resultaten invloed op de verpleegkundige praktijk. Besloten wordt met een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek dat op deze resultaten voortborduurt.

103

MARTIN, M.H., ISHINO, M.

Domiciliary night nursing service: luxury or necessity ?

British Medical Journal; 282, 1981, no. 6267, p. 883-885, 5 lit. opgn., tabn.

nivel

Onderzoek naar het functioneren van avond- en nachtverpleging in het Newham Health District. De 242 patiënten zijn in te delen in drie groepen: reguliere patiënten, langer dan 28 dagen verzorgd; patiënten met terminale kanker; patiënten minder dan 28 dagen verzorgd. De patiënten zijn verwezen door dagverpleging, huisartsen, ziekenhuisconsultanten en eerste hulp-afdelingen. Er waren 43 chronisch zieke ouderen en vijf gehandicapten onder de vijftig jaar. Voorts hadden 63 patiënten terminale kanker en 131 patiënten hadden observatie/zorg op korte termijn nodig. De patiënten worden geclassificeerd naar leeftijd, diagnose, medische conditie en duur van de verzorging. Gemiddeld werden er 34,5 patiënten per nacht verzorgd. Van alle verpleegkundige activiteiten was 92,4% van algemeen verpleegkundige aard. Tevens worden de kosten van de thuiszorg gespecificeerd.

Alhoewel deze dienstverlening niet geschikt is voor alle patiënten, zoals patiënten die meer technische verpleging en medische interventie behoeven of patiënten met psychische aandoeningen, worden met deze vorm van nachtverpleging op een aanvaardbare wijze grote groepen patiënten bereikt.

104

RUCKLEY, C.V., W.M. GARRAWAY, C. CUTHBERTSON, N. FENWICK, R.J. PRESCOTT.

The community nurse and day surgery.

Nursing Times; 76, 1980, no. 6, p. 255-56, 6 lit.opgn.

rul

Kort verslag van de post-operatieve zorg voor patiënten met hernia (76 patiënten) en spataderen (284) door wijkverpleegkundigen en huisartsen. Van de 360 patiënten werden 117 dezelfde dag uit het ziekenhuis ontslagen. Een tweede groep kwam gedurende 48 uur in een herstellingsoord en een derde groep bleef voor 48 uur in het ziekenhuis. Van de 162 betrokken wijkverpleegkundigen heeft 73% vragenformulieren ingevuld. Het gemiddeld aantal minuten wat door de wijkverpleging werd besteed aan patiënten uit bovengenoemde groepen bedroeg respectievelijk 325, 204 en 186. Slechts 24% van de respondenten heeft de dagbehandeling (groep 1) als een vergroting van de werkdruk ervaren. Deel van deze verzwaring vormden de pré-operatieve huisbezoeken, die door de wijkverpleegkundigen echter wel als nuttig werden ervaren, onder andere gezien de continuïteit van de zorg.

Wel werden enkele communicatieproblemen met het ziekenhuis (24% van de wijkverpleegkundigen) en met huisartsen (7%) gesignaleerd. De voordelen van de dagbehandeling voor de patiënt waren volgens wijkverpleegkundigen het vertrouwde van de thuisomgeving (22%), de aanwezigheid van faciliteiten thuis (21%), geen scheiding met de familie (18%), kortere wachttijden voor de operatie (13%), sneller herstel (8%) en de individuele aandacht thuis (5%). Andere vragen gaan over samenwerking met andere disciplines en de voor- en nadelen van dagbehandeling voor de wijkverpleegkundigen zelf.

105

VETTER, N.J., D.A. JONES, C.R. VICTOR.

Projected use in two general practices of services by the elderly at home.

British Medical Journal; 289, 1984, no. 6453, p. 1193-95, 3 lit.-opgn., tabn.

nivel

Het aantal ouderen van 70 jaar en ouder zal in de komende tien tot vijftien jaar aanzienlijk stijgen. De invloed daarvan op de verschillende gebieden en verschillende voorzieningen zal echter zeer variëren. De onderzoekspopulatie bestaat uit 1.342 personen die voor 1909 zijn geboren en die aselekt verkregen zijn door een steekproef uit de leeftijd/sexe registers van twee huisartspraktijken. Met gebruikmaking van populatieprojecties tot 1991 wordt in dit artikel de toekomstige vraag door ouderen naar voorzienin-

gen aan huis geschat. Afhankelijk van de locatie en de voorziening zal de capaciteit om dezelfde vraag/aanbod-verhouding te behouden toe moeten nemen met 11% tot 55%. In de tabellen wordt onderscheid gemaakt tussen de vraag naar huisartsen, naar huisbezoeken door huisartsen, naar wijkverpleegkundigen, naar huishulpen, 'meals on wheels', etc.

106

VICTOR, C.R., N.J. VETTER.

DN's and the elderly after hospital discharge.

Nursing Times; 80, 1984, no. 15, p. 61-62, 1 lit.opg.

nzi nivel (C 2017)

Onderzoek naar patiënten drie maanden nadat zij ontslagen waren uit non-psychiatrische ziekenhuizen in Wales door middel van een aselechte steekproef van 4%, 2.711 personen van 65 jaar en ouder. Er zijn gegevens verzameld over de sociale karakteristieken van de patiënten, hun morbiditeit en het contact met de wijkverpleging. Vergeleken met de situatie van voor de opname is het contact met wijkverpleegkundigen na het ontslag verdrievoudigd, wat aantoonst dat pogingen om het aantal ontslagen van ouderen uit het ziekenhuis te verhogen substantiële gevolgen heeft voor de wijkverpleging.

(vert. aut.ref.)

7. Opleiding en nascholing

107

District nursing.

Nursing Mirror; 151, 1980, no. 11 (supplement), p. i-xxviii, .. lit.
opgn.
rul

Hoewel de wijkverpleging (district nursing) nog steeds gebaseerd is op verzorging van de patiënt thuis, is de werkwijze in de afgelopen jaren aanzienlijk veranderd. Ook het curriculum voor de opleiding en de training van wijkverpleegkundigen zal komend jaar veranderen. In dit supplement wordt door diverse auteurs de opleiding van de wijkverpleegkundige en ook de hulpvraag, onder de loep genomen.

In de bijdrage van **P. Miller** wordt verslag gedaan van de aanbevelingen van het Panel of Assessors for District Nursing Training voor het nieuwe curriculum. Deze aanbevelingen moeten afgestemd worden op de huidige rol van de wijkverpleegkundige binnen het gezondheidsteam. Deze rol impliceert voorschrijven, toetsing en evaluatie van verpleegkundige zorg in de gemeenschap. Veranderingen in de opleiding hangen tevens nauw samen met het veranderde morbiditeitspatroon, het vroege ontslag uit het ziekenhuis, de toename van het aantal ouderen, vooral van 75 jaar en ouder, en tenslotte met de veranderingen in het management van gezondheidsdiensten.

J. Spiller bediscussieert het verpleegproces en de manier waarop dat naar leerling-wijkverpleegkundigen wordt overgebracht aan het West London Institute of Higher Education. Aan de hand van de veelgebruikte indeling in beoordeling, planning, toepassing en evaluatie wordt het verpleegproces besproken, toegespitst op de rol van leerlingen. Bij de planning wordt onderscheid gemaakt tussen doelen op de korte termijn en doelen op de lange termijn. De prioriteiten binnen de zorg kunnen aan de hand van Maslow's pyramide van behoeften-hiërarchie worden vastgesteld. Omdat het bij thuiszorg vaak gaat om chronische of langdurige ziekten, dient de evaluatie van gegeven hulp met gelijke tussenpozen te worden uitgevoerd.

In de nogal praktische bijdragen van **S. Marshall**, **T. Lake** en **N.**

Marzella komen respectievelijk aan de orde het nut van het verpleegproces in een praktijkvoorbeeld, patiënten met emotionele problemen en de rol van de wijkverpleegkundige en tenslotte de behandeling van zweren.

In het laatste artikel, van **H. Ruddick-Bracken**, worden enkele observaties gemaakt van de nieuwe 'district nurse course'. De huidige cursus wijkverpleging zal uitmonden in een opleiding en training van wijkverpleegkundigen dat qua niveau overeenkomt met de opleiding van de health visitor. Er zal aandacht worden besteed aan het feit dat de wijkverpleegkundige bij alle sociale groeperingen thuis komt en zodoende sociale, culturele, psychologische en medische verschillen met elkaar in verband moet kunnen brengen.

108

DURVILLE, H.M.M.

Mogelijkheden en moeilijkheden bij wijkverpleging in de Verenigde Staten.

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 81, 1971, no. 5, p. 195-205, 10 lit.opgn.

nivel (C 337)

Verslag van een bezoek aan zeventien universiteiten en gezondheidsinstellingen verspreid door de Verenigde Staten. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan de opleiding voor wijkverpleegkundigen, de taken en functies waarvoor wordt opgeleid en de plaats die de wijkverpleging inneemt in het geheel van de gezondheidszorg.

Sinds 1964 moet men om als wijkverpleegkundige werkzaam te zijn een opleiding volgen die leidt tot een Bachelor's Degree (BS) omdat dan een deel gewijd is aan maatschappelijke gezondheidszorg. Van de 254 opleidingen zijn er 174 erkend door de National League for Nursing (NLN). Aan universiteiten is er de mogelijkheid een Master's Degree te behalen in verpleging of volksgezondheid, in een periode van één tot twee jaar. Men kan zich specialiseren tot public health nurse specialist, public health nurse supervisor, public health nurse educator en public health nurse educator. De achtergrond van voortgezette opleiding in wijkverpleging is steeds: personen helpen bij hun gezondheidsproblemen, vanuit het gezin maar ook in breder maatschappelijk verband. Mogelijke functies waarin wijkverpleegkundigen in de maatschappe-

lijke gezondheidszorg kunnen werken zijn hierboven al aangeduid. Wijkverpleegkundigen werken zoals in Nederland na verwijzing door een arts, vooral bij ouderen is de verwijzing hoog. De wijkverpleging wordt gezien als een belangrijke schakel in de 'continuity of care'. Administratief gezien heeft de inwerking-treding van Medicare (ziekenfonds) in 1966 het nadeel dat nu van elke verrichting een verslag naar het ziekenfonds dient te worden gestuurd. Besloten wordt met een aantal aanbevelingen voor de wijkverpleging in Nederland.

109

ELLIOTT, A, P. FREELING, J. OWEN.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 30, 1980, no. 211, p. 69-70 en 74, 6 lit.opgn.

nivel

Artikel over de opleiding van wijkverpleegkundigen. In 1981 zal de wijkverpleging een nieuwe administratieve structuur, een nieuw curriculum en een nieuw examen krijgen. Bijscholing zal, net als voor de huisarts, verplicht worden.

In het kort wordt een historisch overzicht gegeven van de ontwikkeling op het gebied van training van wijkverpleegkundigen. In de jaren zestig werd de opleiding uniformer, resulterend in een staatsexamen voor wijkverpleegkundigen in overheidsdienst, hoewel locale verschillen in opleiding nog voortbestaan. Docenten zijn meer dan vroeger bewust van het belang van probleem-georiënteerde patiëntengegevens en patiënt-georiënteerde systemen. Het nieuwe curriculum zal voornamelijk gebaseerd zijn op het 'verpleegkundig proces'. Als bijlage is de globale inhoud van het nieuwe curriculum bijgevoegd.

110

GRAHAM, L.

Education and the district nurse: 7. The nursing process in theory. Journal of Community Nursing; 4, 1981, no. 9, p. 10, 14, 18, 7 lit.opgn.

nivel (C 1980)

Het artikel valt uiteen in drie delen: een schets van de toepassing van het verpleegkundig proces in de wijkverpleging; verdui-

delijking van de relatie tussen het proces en de opleiding; de ervaringen van de docenten in het Surrey district met het proces in de vernieuwde opleiding. Het uiteindelijke succes van het verpleegkundig proces hangt af van de inzet van zowel praktijkdocenten en verpleegmanagers.

111

JARVIS, P.

Continuing education.

Journal of District Nursing; 3, 1984, no. 6, p. 12, 14, 16, 11 lit. opgn.

nivel (C 1984)

In dit artikel staat de relatie tussen de menselijke behoefte en continue scholing centraal. De criteria voor de vraag dienen te worden omschreven. In navolging van Bradshaw wordt er onderscheid gemaakt tussen normatieve, gevoelde, geuite en comparatieve behoeften. De toegenomen kennis als gevolg van meer onderzoek in aanverwante disciplines heeft geleid tot grotere kennis over wijkverpleging die nog niet is verwerkt in de opleiding. De wijkverpleegkundige kan kennis nemen van nieuwe ontwikkelingen door continu leren en continue scholing; de auteur beoordeelt de scholing positiever.

112

LOPEZ, M.J., N.H. RADFORD.

District nurse training: a pilot survey of demand, provision and students.

Journal of Advanced Nursing; 10, 1985, p. 361-67, 5 lit.opgn.

nzi nivel (C 1989)

Een pilot-onderzoek naar de training van wijkverpleegkundigen in de periode april 1982 tot maart 1983 is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de instituties voor scholing, hun menskracht, cursussen en studenten. Naar vijftig instellingen is een enquête gestuurd. Het onderzoek bracht verschillen aan het licht tussen trainingen van wijkverpleegkundigen, zoals omvang en duur van de cursussen. Ook is een overzicht verkregen van de karakteristieken van de studenten en het voorzien in training van andere professionele groepen. Het onderzoek toont de waarde aan van het verzame-

len van dergelijke informatie, en verschaftte een basis aan lopend onderzoek (Baseline Data Project), dat veel onderzoeksmateriaal zal produceren, alsook software voor analyse om de gegevensverzameling in het vervolg mogelijk te maken.

(vert. aut.ref.)

113

MILNE, M.A.

Community nursing: community enquiry techniques.

Midwife, Health Visitor and Community Nurse; 17, 1981, no. 6, p. 237-41, 11 lit.opgn.

kb nivel (C 1999)

Het doel van dit artikel is de verschillen te belichten ten aanzien van patiëntenzorg door de leden van een gezondheidsteam. Studenten van de opleidingen voor huisarts, health visitor, wijkverpleging en maatschappelijk werk is een gesimuleerde case voorgelegd waarin zich allerlei familieproblemen voordoen. De variabelen in de wijze van benaderen zijn de mate waarin onderliggende oorzaken worden blootgelegd, mate van betrokkenheid van de patiënt in het besluitvormingsproces en de structuur van de vragen. Studenten voor maatschappelijk werk en huisartsgeneeskunde bleken in hun vraagstelling een constructieve benadering te hanteren. Health visitors en district nurses (wijkverpleegkundigen) bleken nogal chaotisch in hun vraagstelling. Deze en andere verschillen voortvloeiend uit de verschillende opleidingen zijn mede verantwoordelijk voor de problemen in het functioneren van gezondheidsteams in de eerstelijnsgezondheidszorg.

114

MORGAN, A.

Carry on learning.

Community Outlook; 1986, nov., p. 27-28, 16 lit.opgn.

nzi nivel (C 2000)

Een docent wijkverpleging onderzocht de meningen van managers in de wijkverpleging over continue nascholing. De reden voor het onderzoek is gelegen in de geringe belangstelling voor cursussen en is tevens bedoeld voor het verkrijgen van informatie voor het plannen van nieuwe cursussen. De respondenten komen uit dertien

verschillende gezondheidsdistricten. De selectie bleek arbitrair te zijn en er bestaat geen formeel beleid ten aanzien van nascholing. Continue nascholing met betrekking tot wijkverpleging zou systematischer moeten zijn.

115

NEILSON, A.

Managing to cope ?

Journal of District Nursing; 4, 1986, no. 8, p. 9-11, 11 lit.opgn.
nível (C 2002)

De auteur bespreekt eerst het belang van training van wijkverpleegkundigen om te leren omgaan met de verschillende percepties en verwachtingen ten aanzien van hun rol. Vervolgens gaat het over de benadering van de training van managementsvaardigheden. Doel en methoden van de cursus worden besproken. Vier aspecten worden besproken: behandeling van de patiënt, 'self-management', leiding geven aan het team en beoordeling van de hulpvraag van de 'community'. De auteur benadrukt het belang van het versterken van de relatie tussen theorie en praktijk en tussen de diverse componenten van de opleiding voor wijkverpleging.

116

OWEN, J.

Learning from each other.

Community Outlook; 1987, feb., p. 15, 18, 12 lit.opgn.
nzi nível (C 2004)

Verslag van een onderzoek naar interprofessionele educatie in de 151 huisarts trainingspraktijken, met het doel te ontdekken of deze faciliteiten ook geschikt zijn voor andere leden van het gezondheidsteam. Er zijn enquêtes gestuurd naar 14 organisatoren van cursussen, naar negen verpleegkundigen in de eerste lijn, naar docenten van wijkverpleegkundigen en health visitors en naar leidinggevendenden in het maatschappelijk werk. Tevens is er een experimentele enquête naar 20 praktijkverpleegkundigen gestuurd en vond discussie plaats met schoolverpleegkundigen en docenten kraamverpleging. Interdisciplinaire educatie bleek niet algemeen en kwam meer voor in grotere praktijken in stedelijke gebieden. De reacties van alle categorieën stafleden worden geanalyseerd en

er blijkt een gebrek aan interesse voor training bij huisartsen. Er wordt voorgesteld dat het nieuw opgerichte Centre for the Advancement of Interprofessional Education de activiteiten op dit gebied coördineert.
(vert. aut.ref.)

117

RADFORD, N., M. LOPEZ.

A look at you.

Journal of District Nursing; 5, 1986, no. 1, p. 10, 12.

nivel (C 2005)

Dit artikel gaat over een deel van het onderzoeksrapport 'District nurse education and training in the United Kingdom' waarin een steekproef van 73 wijkverpleegkundigen uit vijf gebieden de onderzoekspopulatie is. De afgenomen enquête bestaat uit drie delen: vragen over achtergrond en redenen om deel uit te maken van district nursing; over meningen ten aanzien van opleiding en scholing; en tenslotte over toekomstige intenties. De respons bedroeg 58%. De meesten beschouwden hun opleiding als zinnig, met name het theoretische gedeelte. Het begeleide praktijkgedeelte werd minder zinvol gevonden, te wijten aan de kwaliteit van begeleiding en ondersteuning. Als gevolg van vooral geringe arbeidsbevredestiging had 10% van de verpleegkundigen de wijkverpleging verlaten, 17% wil dat binnen één tot drie jaar doen en 23% binnen drie tot vijf jaar. Hoewel sommigen enthousiast zijn over de opleiding vindt de auteur de kloof tussen theorie en praktijk een zorgwekkend.

118

RADFORD, N., M. LOPEZ.

Baselin data project.

Journal of District Nursing; 4, 1985, no. 5, p. 16, 18, 20, 4 lit. opgn.

nivel (C 2006)

Dit artikel beschrijft het 'base-line data project' aan de Universiteit van Surrey voor onderzoek naar de opleiding en training van wijkverpleegkundigen (district nurses). Twee nationale onderzoeken in 1982 en 1983 hebben de noodzaak aangetoond

van een jaarlijks profiel, met gebruikmaking van een gestandaardiseerd onderzoekspakket gerelateerd aan gegevens van beroepskrachten en bevolking. De doelen waren:

- produceren van basisgegevens over de training van wijkverpleegkundigen in Engeland alsook kwantificeren van de vraag naar opleidingen;
- beoordelen van de prestaties van cohorten studenten en de opleidingscentra;
- presenteren van onderzoeksmateriaal als een onafhankelijk pakket dat gemakkelijk in volgende jaren kan worden toegepast.

De gegevens van 47 district nurse courses (van de vijftig) en 19 district enrolled nurse courses (van de dertig) zijn geautomatiseerd verwerkt. Uit de resultaten blijkt dat de gezondheidszorgautoriteiten een grote rol spelen in de selectie van kandidaten. Gegevens over financiële ondersteuning waren moeilijk te verkrijgen. De studenten/staf ratio's illustreren de ongelijke voorziening: het aantal studenten per docent varieert van 4 tot 21. De gemiddelde lengte van de cursussen is korter dan aanbevolen en de organisatie daarvan wordt besproken. Het onderzoekspakket wordt in orde bevonden.

119

SPICER, J.

Bringing the system home.

Nursing Mirror; 1980, september 11, p. iv, vi, viii-ix, 3 lit.opgn.

nzi

De auteur bespreekt het 'verpleegkundig proces' alsmede de wijze waarop dat aan leerling-verpleegkundigen wordt onderwezen. In het artikel komen de fasen van het proces één voor één aan de orde: beoordeling van de behoeften van de patiënt, planning, toepassing en tenslotte evaluatie. Bij de planning kan onderscheid worden gemaakt tussen doelen op de lange termijn, zorg-prioriteiten, doelen op de korte termijn en de daadwerkelijke planning. De evaluatie bestaat uit het vaststellen van de mate waarin aan de gestelde doelen is voldaan, de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de individuele verpleegzorg (zelf-evaluatie). Er wordt gewezen op het belang van het geleidelijk eigen maken van het verpleegkundig proces door leerlingen in praktijksituaties.

TURTON, P.

Nurses working in the community.

Nursing Times; 80, 1984, 30 mei, p. 40-42, 10 lit.opgn.

nzi

Dit artikel is een beschouwing van de veranderingen in de maatschappij van de afgelopen veertig jaar en in de toekomst en de noodzakelijke veranderingen in de opleiding van wijkverpleegkundigen. Van alle verpleegkundigen in de eerstelijns is ongeveer een derde wijkverpleegkundige. De rol van de wijkverpleegkundige zou centraal moeten staan in de voorziening van gezondheidszorg. De belangrijkste componenten van de rol van de wijkverpleegkundige overlappen en beïnvloeden elkaar.

Er is ook sprake van economische druk als gevolg van de verviervoudiging van de werkdruk in 1972-1977. Ook de invloed van de onelgenlijke scheiding tussen het werk van wijkverpleegkundigen en health visitors komt aan de orde. Aan de andere kant is er de tendens de basiszorg over te laten aan lager gequalificeerde krachten zoals verpleeghulp, gezinshulp etc.

De opleiding van de wijkverpleegkundige bestaat uit een driejarige opleiding georiënteerd op het ziekenhuis, gevolgd door minimaal twee jaar ziekenhuisstage en een training voor wijkverpleegkundigen van negen maanden. Een optie om de opleiding beter op de praktijk te laten aansluiten is bijvoorbeeld het omdraaien van de tijd die de wijkverpleegkundige in het ziekenhuis en in de eerstelijns doorbrengt. Bovendien zijn niet alle vaardigheden die de leerlingen opdoen in het ziekenhuis zonder meer relevant voor de wijkverpleging. Als basis voor de opleiding kan de holistische triangel functioneren van de British Holistic Medical Association.

8. Gebruik van extramurale verpleging

121

BRANCH, L.G., T.T. WETLE, P.A. SCHERR, N.R. COOK, D.E. EVANS, L.E. HEBERT, E.N. MASLAND, M.E. KEOUGH, J.O. TAYLOR.

A prospective study of incident comprehensive medical home care use among the elderly.

American Journal of Public Health; 78, 1988, no. 3, p. 255-59, 25 lit.opgn.

nivel

Dit prospectieve onderzoek bestudeert in een gedefinieerde populatie de mate waarin een breed scala van patiëntenkenmerken het gebruik van medische thuiszorg op de lange termijn kan voorspellen. Het onderzoek beslaat een periode van twee jaar en heeft betrekking op een cohort van 3.706 personen van 65 jaar en ouder. Het thuiszorg-programma van het East Boston Neighborhood Health Center (EBNHC) is georiënteerd op de gemeenschap en biedt uitputtende zorg door multidisciplinaire teams van artsen, verpleegkundigen, verpleeghulpers, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, etc. aan ouderen die voor onbepaalde tijd aan huis gebonden zijn.

Het gebruik door zowel mannen als vrouwen bleek in de leeftijdsklasse 85 jaar en ouder twaalf keer zo groot te zijn als in de leeftijdsklasse van 65 tot 74 jaar. De variabelen voor het gebruik van thuiszorg vallen uiteen in vijf groepen: demografische variabelen (opleiding, woonsituatie, etc.), informele netwerken, functionele staat (ADL, Rosow-Breslau Functional Health Scale, etc.), mentale gezondheid en gezondheidstoestand. Personen die in aanmerking komen voor thuiszorg zijn degenen met substantiële beperkingen in fysiek, cognitief en sociaal opzicht. Een relatie tussen demografische factoren en het gebruik van thuiszorg werd niet gevonden.

Deze en andere resultaten van het onderzoek wijzen op verschillen in kenmerken tussen thuis en institutioneel verzorgde cliënten.

FORTINSKY, R.H., C.V. GRANGER, G.B. SELTZER.

The use of functional assessment in understanding home care needs.

Medical Care; 19, 1981, no. 5, p. 489-97, 16 lit.opgn.

nivel

In dit onderzoek wordt het gebruik van functionele evaluatie onderzocht als een middel de individuele behoefte aan zorgverlening op de lange termijn in de thuisomgeving te peilen. Primaire focus van het onderzoek is het testen op de bruikbaarheid van een aangepaste Barthel Index als het functionele evaluatie-instrument dat de persoonlijke zorgbehoefte moet meten. Er zijn gegevens verzameld van 89 chronisch zieke en/of gehandicapte patiënten, die thuis verzorgd worden door de Visiting Nurse Association of metropolitan Providence, Rhode Island (VNA). Het VNA-programma heeft de basiszorg gedefinieerd als het voorzien in 3 of 4 dagen van hulpverlening per week en in een tweewekelijks bezoek van een erkende verpleegkundige aan ouderen en chronisch zieken die geen acute medische hulp behoeven maar zonder die hulp waarschijnlijk niet thuis verzorgd kunnen worden. In het onderzoek wordt de persoonlijke zorgbehoefte niet diagnostisch gedefinieerd maar veeleer in functionele termen. Naast de persoonlijke zorgbehoefte zijn in dit onderzoek ook de psychologische, demografische en sociaal-economische kenmerken van deze patiënten en de specifieke hulpverlening door de VNA onderzocht.

Uit de resultaten blijkt dat de aangepaste Barthel Index gebruikt kan worden om gedetailleerde informatie te verkrijgen over de mogelijkheid algemene dagelijkse activiteiten thuis te verrichten.

De gegevens laten zien dat het psychologisch functioneren zorgvuldig moet worden geëvalueerd wanneer er een persoonlijke zorgbehoefte is geconstateerd, vooral bij oudere personen. De bevindingen in het onderzoek geven aan dat individuele behoefte voor thuiszorg op de lange termijn gemeten kunnen worden met de functionele methode om de dienstverlening effectief thuis te laten plaatsvinden.

GINZBERG, E., W. BALINSKY, M. OSTOW.

Home health care: it's role in the changing health services market.

Totowa, New Jersey: Rowman & Allanheld, Publishers. 1984, 186 p., 126

lit.opgn., tabln., bijln.

nivel (B 1333)

In dit uitputtende onderzoek naar thuiszorg in zeventien zuidelijke provincies in de staat New York, is in de eerste plaats een representatieve onderzoekspopulatie samengesteld uit zowel op het ziekenhuis als op de gemeenschap gebaseerde organisaties voor thuiszorg. Vervolgens is een analyse gemaakt van het type patiënt dat thuis is verzorgd en is vastgesteld welke zorg de patiënten ontvingen en wat de resultaten daarvan waren. Ook de kosten verbonden aan de thuiszorg komen aan de orde alsook de financiering. Tenslotte wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste beleidslijnen voor instellingen voor thuiszorg in de jaren tachtig. Tevens is een literatuuronderzoek uitgevoerd.

Hoofdstuk 1 bevat de ruwe lijnen van het onderzoek en een beknopt historisch overzicht van thuisverpleging. Een doorbraak met betrekking tot het aantal thuiszorgprogramma's en de financiering is de erkenning van thuiszorg door de ziekenfondsen Medicare en Medicaid in 1965. In 1978 financieren zij 80% van alle thuiszorg. In hoofdstuk 2 wordt met behulp van het literatuuronderzoek een aantal oorzaken blootgelegd van de slechts trage groei van de thuiszorg binnen het totaal van uitgaven voor de individuele gezondheidszorg. Genoemd worden de relatieve onbekendheid met de mogelijkheid van thuisverpleging, de administratieve complexe structuur, de lage vergoedingen van Medicaid, onvoldoende garantie voor de kwaliteit van de zorg, etc.

In het derde hoofdstuk wordt verslag gedaan van het patiëntenonderzoek. Belangrijk is dat vooral ouderen algemene verzorging behoeven en alleen Medicaid dat dekt, terwijl veel ouderen op Medicare zijn aangewezen. Opvallend is het feit dat bijna alle thuiszorgpatiënten al eens in het ziekenhuis waren opgenomen. De meeste ontvangers van deskundige thuiszorg waren gepensioneerd of beschikten over een laag inkomen.

Hoofdstuk 4 is een weergave van de veldstudie onder de thuiszorginstellingen. De op de gemeenschapszorg gebaseerde instellingen concentreren zich veelal op een beperkt aantal doelen. De instellingen gebaseerd op het ziekenhuis zijn componenten van grotere organisationele structuren, zodat de functies en uitvoeringen

moeten stroken met de institutionele doelen van het moederziekenhuis of het provinciale departement voor gezondheid. De meeste patiënten ontvangen zorg van het eerste type instelling, direct of via een contract met het ziekenhuisbureau. In de community staan de (wijk-)verpleegkundigen centraal, zij bezoeken de patiënten thuis en hebben taken op het gebied van recruterings, training en supervisie. In een ziekenhuis-programma is de rol van verpleegkundigen veelal beperkt tot coördinatie van de zorg.

Uitgaand van eerder opgedane ervaringen en de huidige omstandigheden wordt in hoofdstuk 5 een poging gedaan het potentieel en tevens de beperkingen van de toekomstige groei van de thuisgezondheidszorg vast te stellen.

Ter afsluiting worden in hoofdstuk 6 de specifieke karakteristieken van het zuiden van New York uit al het bovenstaande geëxtrapoleerd en worden enkele beleidsmatige aanbevelingen geformuleerd.

124

GRIMES, D., C. STAMPS.

Meeting the health care needs of older adults through a community nursing center.

Nursing Administration Quarterly; community outreach, part 1. p. 31-40, 11 lit.opgn.

rul

Artikel over de zorg voor ouderen via het wijk centrum. Ouderen lopen grotere risico's door veranderingen in hun gezondheidsstatus door het effect van veranderende fysiologische, psychologische en socio-economische omstandigheden. Desalniettemin is slechts vijf procent van de ouderen geïnstitutionaliseerd. Onderzoek heeft aangetoond dat verpleegkundige interventies in de community de gezondheidsperceptie van ouderen kan verbeteren. De Houston School of Nursing en het lokale Health Department hebben een community health center opgericht zodat het Health Department kon voorzien in verpleegkundige zorg en de school de studenten klinische ervaring kon laten opdoen. Naast evaluatie van de functionele gezondheidsstatus en voorlichting over gezondheid zijn er huisbezoeken gedaan en is, indien nodig doorverwezen. Na een jaar functioneren zijn er 135 gezondheidsproblemen geïdentificeerd bij 43 cliënten. Toekomstige plannen zullen gericht zijn op kwaliteit van de zorg, evaluatie en tevens expansie.

HINDS, C.

The needs of families who care for patients with cancer at home: are we meeting them?

Journal of Advanced Nursing; 10, 1985, no. 6, p. 575-81, 8 ref.

nivel (C 1982)

Indien een familie lid kanker heeft, heeft dat invloed op de gehele familie. Dit onderzoek is uitgevoerd om de behoefte van families vast te stellen indien zij te maken krijgen met kankerpatiënten, te beoordelen hoe families met deze behoefte omgaan, en om vast te stellen van welke diensten zij gebruik maken. De families zijn geselecteerd door middel van een aselechte gestratificeerde steekproef onder patiënten die behandeld worden bij een lokale kankerkliniek. Er is geclassificeerd aan de hand van sexe en locatie van de ziekte. Aan het onderzoek werkten 83 familieleden, 43 mannen en 40 vrouwen, mee. Wat betreft de fysieke zorg voor de patiënt hadden de families ondersteuning nodig, 31% kon de fysieke zorg niet goed aan. Ook op het psycho-sociale vlak waren er behoeften bij de families waaraan niet voldaan was, zoals de behoefte aan een plaats waar zij hun angsten konden bespreken. Van het bestaan van verpleegkundigen werkzaam in de community wist slechts 23% van de families, terwijl slechts 8% gebruik had gemaakt van deze basiszorg. Het is opvallend dat de wijkverpleging het laatst werd genoemd (3%) als mogelijke ondersteuning. Eén van de conclusies luidt dat voor een adequate, op de familie gerichte zorg families meer moeten weten van alle soorten dienstverlening in de gemeenschap.

JONES, R.

A measure of support.

Nursing Mirror; 1981, sept., p. 30-31, 3 lit.opgn.

nzi

Onderzoeken hebben aangetoond dat ouderen het meest frequent worden opgezocht door wijkverpleegkundigen. Dit artikel geeft een analyse van alle huisbezoeken van twee geregistreerde wijkverpleegkundigen en één verpleeghulp aan patiënten in één huisartspraktijk. Gedurende drie maanden zijn de huisbezoeken bijgehouden alsook de uitgevoerde handelingen, diagnose en leeftijd van

de patiënt. Het verpleegkundig handelen is onderverdeeld in: diagnostiek, behandeling, evaluatie, ondersteuning, acute verpleging en chronische verpleging gecombineerd met ondersteuning. Van de in totaal 915 visites is 55% afgelegd voor de verpleging van chronisch dan wel terminaal zieken. Ongeveer 32% van de bezoeken is voor behandeling (injecties, etc.). De leeftijdsgroep wordt afgezet tegen de gevolgde procedure. Het blijkt dat, hoewel de handelingen toenemen met de leeftijd, de belangrijkste zorg voor patiënten van 60 jaar en ouder van langdurige aard is. De rol van de wijkverpleegkundige is de laatste twintig jaar langzaam veranderd door bijvoorbeeld de opkomst van de health visitor voor vooral kinderen. De wijkverpleegkundige dient haar evaluerende rol te vergroten, de samenwerking met de huisarts te intensiveren en de dienstverlening binnen de gezondheidszorg te herwaarderen, wil de arbeidsbevrediging niet bedreigd worden.

127

KRAMER, A.M., P.W. SHAUGHNESSY, M.L. PETTIGREW.

Cost-effectiviness Implications based on a comparison of nursing home and home health case mix.

Health Services Research; 20, 1985, no. 4, p. 387-405, 15 lit.opgn.
niveau

'Case-mix' verschillen tussen 653 thuiszorgpatiënten en 650 patiënten in verpleeginrichtingen, en tussen 455 'Medicare' thuiszorgpatiënten en 447 'Medicare' patiënten in verpleeginrichtingen (Medicare dekt vooral de gezondheidskosten van ziekenhuis- en thuiszorg voor personen boven de 65 jaar die binnen het Social Security System vallen) zijn vastgesteld in aselechte onderzoekspopulaties geselecteerd uit 20 thuiszorg-bureaus en 46 verpleeginrichtingen in twaalf staten gedurende 1982 en 1983. De thuiszorg-patiënten waren jonger, minder lang ziek en minder functioneel gehandicapt dan patiënten in verpleeginrichtingen. Traditionele verzorgingsproblemen op lange termijn, die een persoonlijke verzorging vereisen, kwamen vaker voor bij de patiënten in verpleegtehuizen, terwijl problemen die vakkundige verzorging vragen vaker voorkwamen bij de thuiszorgpatiënten. Van de Medicare patiënten, blijken patiënten in verpleegtehuizen veel afhankelijker te zijn met betrekking tot ADL (Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen) dan thuiszorgpatiënten. Medicare patiënten in verpleegtehuizen en thuiszorgpatiënten waren relatief verge-

lijkbaar voor wat betreft de problemen in de verzorging op lange termijn, en verschillen in medische problemen waren minder uitgesproken vergeleken met die tussen alle patiënten in verpleegthuizen en thuiszorgpatiënten. Gezien vanuit het standpunt van de kostenbeheersing, lijkt het erop dat de thuisgezondheidszorg voor een substitutie kan zorgen voor directe ziekenhuiszorg, vooral in een latere fase van het ziekenhuisverblijf, en tevens lijkt het een meer uitvoerbare optie te zijn in de zorg voor patiënten die niet ernstig gehandicapt zijn en geen uitgesproken functionele problemen hebben.

(vert. aut.ref.)

128

MALCOLM, L.A., C.S. HIGGINS.

A study of the recipients of district nursing services in Christchurch.

New Zealand Medical Journal; 96, 1983, no. 741, p. 762-65, 18 lit. opgn., tabln.

er nivel (C 1991)

Verslag van een onderzoek naar patiënten en de hulpverlening van de Nurse Maude District Nursing Association in Christchurch. Per patiënt worden persoonlijke gegevens en verpleegkundige hulp geregistreerd, zoals sexe, leeftijd, diagnose, verwijzingsbron, aantal visites van de wijkverpleegkundige en wekelijkse verpleegtijd. In totaal zijn er 1.149 patiënten geregistreerd. Tevens werden 159 huisbezoeken geregistreerd door een onafhankelijke verpleegkundige.

Van de 1.149 patiënten was 80,8% ouder dan 65 jaar, 68,8% waren vrouwen. Van de diagnoses kwamen spier- en botziekten bij chronisch zieken voor in meer dan een derde van de gevallen. Aan 26 van de 1.000 ouderen in de bevolking werd hulp verleend, wat overeenkomt met de richtlijnen. De ratio stijgt aanzienlijk met de leeftijd.

Tien procent van de patiënten nam 40% van de verpleegtijd in beslag. Juist voor deze patiënten is de wijkverpleging en eerstelijnszorg in het algemeen een efficiënt alternatief voor langdurige ziekenhuisopname.

SEUTIN, R.

Thuisverpleging in Zwitserland doorgelicht: baanbrekend studiewerk. Kontakt; 5, 1983, no. 18, p. 16-18.
niveau

In dit artikel wordt het functioneren van het Centre Lausannois des Soins à Domicile (CLSAD) besproken naar aanleiding van een rapport daarover verschenen in 1982. De geschiedenis van deze dienst begint in 1861 met de oprichting van Comité voor Thuisverpleging. In 1967 is de wet aangenomen waarin de werking en financiering van diensten voor thuisverpleging zijn geregeld. Het personeel van het CLSAD is samengesteld uit ongeveer dertig verpleegkundigen, waarvan twee derde deel een speciale vorming heeft verkregen afgestemd op de verpleging aan huis, en negen verpleegassistenten. In het onderzoek zijn gegevens verzameld van 652 in 1979 thuisverpleegde patiënten. De gemiddelde leeftijd was 74 jaar. Gemiddeld zijn de patiënten eens in de vijf dagen bezocht. De hulpverlening kan worden ingedeeld in:

- hygiënische zorg en basisverzorging
- verpleegtechnische zorg
- preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
- evaluatiebezoeken.

De verpleegkundigen besteedden hun tijd aan ziekenverzorging (36 à 38 %), reistijd (11 à 16 %), administratie (30 à 35 %), informatieuitwisseling (6 à 10 %), bijscholing (3 à 4 %) en overige werkzaamheden (5 à 16 %). Uitgaande van 293 patiënten is de kostprijsverhouding tussen thuisverpleging en hospitalisatie een verhouding van 1 op 3.

Treffend is de grote overeenkomst van deze resultaten met die van het Wit-Gele Kruis-onderzoek van 1982, zoals:

- 70 % van de patiënten zijn vrouwen
- 40 à 45 % van de hulpverlening bestaat uit hygiënische verzorging
- 30 % van de patiënten heeft nog behoefte aan andere hulpverleners
- de kosten van thuisverpleging zijn minstens de helft goedkoper dan die van opname in een instelling.

SIENKIEWICZ, J.I.

Patient classification in community health nursing.

Nursing Outlook; 32, 1984, no. 6, p. 319-21, 4 lit.opgn.

nzi nivel (C 2011)

Hoewel patiëntenclassificatie in de gezondheidszorg een toenemende rol speelt zijn er geen applicaties van classificatiesystemen in de verpleging in de eerstelijnsgezondheidszorg of in de thuisgezondheidszorg toegepast. Dit onderzoek is gericht op de effecten van een gewogen patiëntenclassificatiesysteem op de kwaliteit van de zorg van extramurale verpleging, daarbij uitgaand van de documentatie gemaakt bij het eerste huisbezoek. Deze quasi-experimentele studie vergelijkt de kwaliteit van de zorg tussen een experimentele en een controlepatiëntengroep van de MCOSS Nursing Services, die meer dan vijf honderd mensen in dienst heeft waarvan 130 professionele stafleden zijn. De patiënten in de experimentele populatie zijn geclassificeerd. De verschillen in kwaliteit bleken het grootst in de beoordelingsfase.

SPINNEWYN, H., J. PACOLET.

Kostprijs van de thuisgezondheidszorg.

Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Hoger Instituut voor de Arbeid, 1985. 174 p., bijln., tabln., 37 lit.opgn.

nivel (R 2614)

Een verslag van een onderzoek naar de financiële aspecten van thuisgezondheidszorg, toegespitst op de diensten van het Wit-Gele Kruis en het maatschappelijk werk van de Christelijke Mutualiteiten (opdrachtgevers van het onderzoek) en een aantal diensten van gezins- en bejaardenhulp. De thuiszorg die alleen steunt op de mantelzorg van het gezin of omgeving of op hulp van de huisarts zijn niet in het onderzoek opgenomen.

In hoofdstuk I vindt een terreinafbakening van de thuisgezondheidszorg plaats. Tevens worden verschillende types van thuiszorg onderscheiden. Besloten wordt met elementen van de kostprijsberekening, onderverdeeld naar arbeidskosten, kapitaalkosten en consumptiekosten.

Hoofdstuk II behandelt de organisatie van het onderzoek. De enquête startte in 1984 en werd uitgevoerd door bovengenoemde in-

stellingen. Uiteindelijk zijn er 577 chronisch en/of bejaarde patiënten (gemiddelde leeftijd 54 jaar, twee derde zijn vrouwen) geënquêteerd. De enquête bevatte een gedetailleerde vragenlijst over de socio-economische gezinssituatie van de patiënt, en over de medische situatie.

In het derde hoofdstuk wordt de aanwezigheid, de duur en de activiteiten van de professionele hulpverleners besproken. Het vierde hoofdstuk bevat een overzicht van de verzorgingstijd die door de naaste omgeving van de patiënt wordt besteed (mantelzorg), uitgesplitst naar de soort hulpverlening.

In de hoofdstukken V en VI worden de kosten in financiële termen besproken en samengevat. Het laatste hoofdstuk vat de voornaamste onderzoeksresultaten samen en trekt daaruit enkele beleidsconclusies.

In de onderzoekspopulatie komt thuisverpleging zeer frequent en intensief voor, namelijk bij 78% van de patiënten van één tot vier keer per dag. De geneesheer is wat minder frequent aanwezig: bij de helft van de patiënten één of twee keer per maand. De meest voorkomende ziekten zijn somatisch van aard, die zowel medische als niet-medische hulp vereisen. Wat de kosten betreft blijkt dat deze voor de patiënt aanzienlijk hoger zijn in geval van thuisverpleging, voor 20% van de gezinnen vormt de verpleging een aanzienlijke financiële last. Eén van de conclusies luidt dan ook dat financiële tegemoetkomingen voor patiënten in de thuisgezondheidszorg noodzakelijk zijn.

132

WIT-GELE KRUIS.

Beschrijvend onderzoek van de patiënten verpleegd door het Wit-Gele Kruis en van hun zorgverstrekking.

In: Thuisverpleging in de eerstelijnsgezondheidszorg. Wit-Gele Kruis.

Leuven: ACCO, 1983. Thuisverpleging in België. p. 71-95, tabn.

nivel (B 891)

Verslag van een enquête onder 2.288 patiënten van een steekproef van alle door de vereniging verzorgde patiënten in juni 1982.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 72 jaar, slechts vier procent is jonger dan 65 jaar. Bijna tweemaal zoveel vrouwen dan mannen doen een beroep op het Wit-Gele Kruis. Ongeveer dertien procent van de onderzoekspopulatie kan zich zonder hulp nagenoeg niet verplaatsen. Het aantal thuisverpleegde patiënten dat uit

het ziekenhuis is ontslagen is opvallend hoog (44%). Andere gegevens van de patiënten betreffen de woonsituatie.

Het onderzoek naar de kenmerken van de thuisverpleging richt zich op de frequentie van de verpleegzorg, de aard van de verpleging, opnameduur en -ontslag in de thuisverpleging en tenslotte het aantal contacten voor een goede verpleging aan huis. Zesenvoertig procent van de patiënten wordt één keer per dag opgezocht, 18% twee of drie keer per week en 16% eens per week. Het grootste deel van de patiënten (58%) ontvangt injecties, 42% krijgt hygiënische verzorging, 21% wondverzorging. De thuisverpleegkundige heeft gedurende de onderzoeksmaand voor 160 patiënten contact gezocht met de behandelende arts. Ook de gezinshulp, kinesitherapeut en maatschappelijk werker zijn vaak gecontacteerd (respectievelijk voor 27, 23 en 22 patiënten).

Andere gegevens hebben betrekking op mantelzorg en de contacten door andere hulpverleners voor de patiënten met het Wit-Gele Kruis gelegd. Apart behandeld worden de onderzoeksresultaten ten aanzien van de 'plustachtigers' (26%).

Concluderend wordt gesteld dat er twee typen patiënten zijn:

- chronische patiënten waaronder veel afhankelijke ouderen. Deze groep vraagt intensieve verpleging (hygiënische zorg) en veel patiënten komen uit het ziekenhuis.
- kort-verpleegde patiënten. De patiënten zijn veelal jonger en de verpleging is gericht op spoedig herstel. Een deel hiervan is ook gehospitaliseerd.

133

ZIMMERMANN, R., S. BERNHART.

Das soziale Umfeld und Betreuungsformen von Hochbetagten.

Aktuelle Gerontologie; 11, 1981, no. 4, p. 141-43.

kna w nivel (C 2020)

Verslag van een researchproject met betrekking tot de kosten en effectiviteit van intramurale en ambulante zorg voor oudere mensen. Zowel economische als sociale factoren zijn in beschouwing genomen. In het sociologische deel zijn objectieve condities (gezondheidstoestand, financiële situatie, familierelaties) gecorreleerd met subjectieve factoren als gezondheidsperceptie en diverse attitudes. Hiervoor zijn drie aselechte steekproeven van in totaal 900 ouderen genomen in een urbaan, semi-urbaan en ruraal gebied. De steekproeven betreffen bewoners van bejaarden-

oorden/verpleeghuizen, personen die ambulante zorg ontvangen (thuishulp en wijkverpleging, etc.) en een representatieve controle groep.

Met betrekking tot de algemene fysieke en mentale toestand, het zorgniveau, gezinssituatie, sociale integratie en attituden bleken er opmerkelijke verschillen tussen de drie onderzoekspopulaties te zijn. De cliënten die intramurale zorg ontvingen waren minder tevreden en minder sociaal geïntegreerd.

Trefwoordenindex

A

ADL

84, 127

anamnese

113

arbeidsatisfactie

26, 66, 83, 117, 126

arts-patient relatie

1

attituden

58, 66, 115, 117

Australie

3, 9, 15, 16, 70

B

Belgie

4, 6, 74, 85, 93, 95, 97, 131, 132

beroepskrachtenplanning

16, 18, 23, 24, 26, 118

besluitvorming

43, 113

bijscholing

30, H. 7

Bondsrepubliek Duitsland

4, 14

C

Canada

13, 63

chronisch zieken

86, 122, 126

commerciele gezondheidszorg

21, 46

communicatie

71, 75, 99, 104

competitie

46

continue scholing

5, H. 7

continuïteit van de zorg

11, 19, 37, H. 6, 108

coping

102

criteria

5, 12

D

dagbehandeling

104

dementie

38

Denemarken

1, 88

detachering

2, 18, 31, 36, 40, 47, 75

diabetici

50

diagnos

72, 128

E

eerstelijnsgezondheidszorg

1, 6, 7, 8, 10, 13, 18, 77, 78

eigen bijdrage

93, 97

evaluaties

5, 12, 27, 41, 49, 80, 87, 89,
97, 100

extramurale verpleging (alg.)

7, 8, 10, 13, 16, 21, 22, 24,
29, 31, 33, 34, 36, 45, 52, 94,
120, 129, 130

F

financiering

11, 14, 21, 24, 25, 37, 44, 53,
123

Frankrijk

4, 25, 82

G

gebruik extramurale verpleging

50, H. 8

geschiedenis

4, 11, 17, 21, 34, 82, 109

gezondheidscentra

29, 42, 47, 54, 93

gezondheidsteams

72, 74, 75, 77, 78, 81

GVO

55, 57, 58, 60, 61, 62, 124

Groot-Brittannie

3, 7, 8, 10, 17, 18, 20, 22, 23,
24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33,
34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43,
44, 47, 48, 49, 51, 53, 54, 57,
58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 71,
73, 75, 76, 77, 78, 82, 84, 85,
86, 92, 96, 99, 103, 104, 105,
106, 107, 109, 110, 111, 112,
113, 114, 115, 116, 117, 118,
119, 120, 126

H

health visitors

2, 10, 36, 40, 42, 51, 71, 75,
76, 77, 78, 113, 116, 120

honorering

17, 93, 94, 98

hospitalisatie

63, 79, 84, 85, 88, 91, 101

huisartsen

20, 31, 47, 71, 72, 76, 77, 78,
79, 81, 88, 105, 113, 116

huisbezoeken

8, 20, 37, 43, 51, 56, 70, 105,
126

hulpvraag

1, 105, 115

I

institutionalisering

90, 91, 92, 100

interviews

30, 31, 36, 47, 48, 58, 63, 66,
71, 96

intramurale gezondheidszorg

65, 74, 82, 87, 93, 121

Iran

56

K

kanker

63, 64, 68, 125

kinderen

64, 67, 68, 69, 70

kosten

15, 19, 20, 64, 69, 80, 81, 85,
86, 87, 93, 95, 96, 103, 123,
129, 131, 133

kwaliteit van de zorg

66, 87, 119, 130

kwaliteitsbewaking

5, 7, 15, 19, 41, 49

L

lange-termijn zorg

80, 89, 91, 100, 122

M

maatschappelijk werk

11, 74, 76, 79, 81, 85, 116

mantelzorg

37, 38, 63, 67, 68, 70, 86, 92,
125, 132

Medicare/Medicaid

11, 28, 98, 100, 127

medische fouten

28

meetinstrumenten

89, 118

methodologie

87, 89

modellen

2, 3, 35, 64, 69, 89

mortaliteit

88, 90

multidisciplinaire thuiszorg

9, 11, 12, 13, 21, 63, 65, 80,
84, 93, 97, 121

N

nachtverpleging

101, 103

National Health Service

24, 82

Nederland

4

Nieuw-Zeeland

50, 128

O

onderzoek

3, 19, 20, 23, 26, 27, 29, 30,
32, 36, 41, 42, 43, 46, 47, 49,
50, 51, 54, 56, 58, 63, 64, 65,
66, 67, 68, 70, 71, 75, 76, 78,
79, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91,
92, 96, 99, 100, 101, 102, 103,
104, 106, 112, 116, 117, 118,
121, 122, 123, 125, 128, 129,
130, 131, 132, 133

- comperatief onderzoek

47, 113, 127

- literatuuronderzoek

2, 40, 49

Oostenrijk

55

opleiding

2, 10, 18, 21, 30, 33, 40, 44,
58, 60, 61, 66, 73, H. 7

opleidingscentra

112, 118

organisatorische aspecten

4, 8, 11, H. 2, 36, 40

ouderen

1, 9, 25, 57, 58, 59, 76, 78,
81, 84, 85, 86, 88, 90, 102,
105, 121, 124, 126, 133

overheidsbeleid

2, 6, 7, 18, 22, 24, 25, 32, 94

P

patientenclassificatie

54, 103, 125, 130

patientenkenmerken

29, 42, 49, 51, 67, 72, 100,
106, 122, 123, 128, 131, 133

patientensatisfactie

79, 80, 102, 133

patiënt-verpleegkundige relatie

3

post-operatieve zorg

104

preventie

13, 17, 23, 35, 37, 52, H. 3.2

psycho-sociale aspecten

38, 80, 103, 122, 125

R

regionale variatie

65, 109, 118

registratie

27, 28, 29, 54

S

samenwerking

4, 10, 18, 31, 36, 40, 42, 47,
55, 59, 62, H. 4, 97, 104

samenwerking eerste en tweede
lijn

70

screening

57, 81

sociale factoren

15, 92, 121, 133

T

takenpakket

2, 8, 16, 29, 96, 107, 108, 123,
126, 129

terminaal zieken

H. 3.3, 79

thuiszorgexperimenten

74, 82, 96

toegankelijkheid

72

U

USA

5, 11, 12, 19, 21, 28, 35, 37,
46, 52, 64, 67, 68, 69, 79, 80,
81, 82, 83, 87, 89, 90, 91, 94,
98, 100, 101, 102, 108, 121,
122, 123, 124, 125, 127, 130

V

vergrijzing

53

verpleeghuizen

127

verpleeghulpen

15, 40, 52, 101

verpleegkundig proces

2, 27, 39, 41, 49, 107, 109,
110, 119

verwijzen

35, 71, 74, 76, 98, 132

vrouwen

92

W

werkbelasting

20, 23, 31, 42, 48, 53, 54, 104,
120

Z

zelf-zorg

86

ziekenhuizen

83, 99, 123

zorgbehoefte

37, 90, 107, 111, 122

Zuid-Afrika

45

Zweden

72

Zwitserland

129, 133

Auteurs index

Accreditation Standards Committee

12

Acheson, R.M.

76

Almind, G.

① F.A.

Armitage, P.

71

Armstrong, G.D.

68

Auerbach, M.

⑨8

B

Baglioni, A.J.

46

Baker, G.

2

Balinsky, W.

123

Banning, J.

13

Barnett, D.

⑨9 F.A.

Barton, A.G.

71

Battle, S.

③0, 31, 48

L.v.A.

Beaven, D.W.

50

Benjamin, A.E. O

Belstler, M.

14

Bennett, M.J.

⑩5, 70

Bernhart, S.

133

Bevan, J.M.

2

Birnbaum, H.

80, 100

Bond, J.

⑦1

Bowling, A.

32

Branch, L.G.

121

Brickner, P.W.

81

Brown, A.M.
71

Brown, L.
50

Bryan, N.E.
16

Buhler-Wilkinson, K.
17

Burke, R.
80, 100

Burley, L.E.
84

C

Caine, N.
76

Camitta, B.M.
64

Carr, A.
18, 33

Cartlidge, A.M.
71

Chavigny, K.H.
35

Clarke, L.
34

Clark, F.
82

Colegrove, S.L.
28

Conrad, K.J.
91

Cook, N.R.
121

Coombs, E.M.
3

Cordray, D.S.
90

Coster, H. de
74

Croes, L.
74

Cumberlege, J.
18

Curreri, C.A.
83

Currie, C.T.
84

Cuthbertson, C.
104

D

Damme, J. van
74

Damme, P. van
74

Davidson, S.V.

5

Davison, P.R.

86

Day, N.

63

Dehaene, J.L.

6

D'Haese, D.

4

Dobbs, J.

36

Dooghe, G.

85

Doull, Chr.

84

Dreher, M.

19

Driessche, R. van den

74

Dunlop, B.

80

Dunnell, K.

36

Durville, H.M.M.

108

E

Edelman, P.L.

91

Edwards, N.

7

Edwardson, S.R.

Ejlertsson, G.

(72)

Elkins, C.P.

37

Ellington-Otto, K.

100

Elliott, A.

(109)

Emery, G.M.

20

Evans, D.E.

121

F

Farmer, P.

18

Faulk, L.

83

Fenwick, N.

104

Figge, J.

102

Fisher, M.E.

46

Fortinsky, R.H.

122

Fowler, N.

7

Franklin, S.

100

Freeling, P.

109

G

Gallagher, B.M.

21

Garraway, W.M.

104

Gaumer, G.L.

100

Gibbins, F.J.

86

Gigl, A.

55

Gilhooly, M.L.M.

38

Gillespie, E.

18

Gillespie, J.V.

101

Gilley, W.F.

83

Gilpin, A.

63

Ginzberg, E.

123

Goldstone, L.A.

29, 41, 54

Graham, L.

110

Granger, C.V.

122

Green, R.

39

Gregson, B.A.

71

Grimes, D.

124

Growth-Juncker, A.

79

H

Hahn, S. O

Hall, M.C.

63

Hampton, S. O

Harman, P.

102

Hebert, L.E.

121

Hecke, M. van

4

Hedrick, S.C.

87

Hendrikson, C.

88

Henry, W.F.

68, 69

Heyrman, J.

74

Hicks, D.

40

Higgins, C.S.

128

Hillier, R.

65

Hinds, C.

125

Hopkins, A.

73

Howden, C.L.

22

Hughes, J.

23

Hughes, S.L.

89, 90, 91

Hutchinson, M

86

I

Illsley, V.

41

Inui, T.S.

87

Ishino, M.

103

Isles, F.E.

92

J

Jansson, A.K.

72

Janvier, F.

74

Jarvis, P.

111

Jinadu, M.K.

56

Jones, D.A.

105

Jones, R.

126

Jonghe, L. de

74

K

Kamp, M.

4

Keddie, E.
92

Keough, M.E.
121

Kerkhof, J. van den
74

Kersey, J.H.
68

Keywood, O.
8

King, F.E.
102

King, T.
7

Kirshner, B.

(63)
Kivel, P-L O
Kramer, A.M.
(127)

Kratz, C.R.
42

Kroske, M.
35

L

Lake, T.
107

Lauer, M.E.
64

Lee, M.
86

Lefroy, R.B.
9

Logan, R.F.L.
23

Lopez, M.J.
(112), 117, 118
f.O

Luker, K.A.
57

Lund, E.
88

Lunt, B.
65

M

MacDonald, L.
(66) f.O.

MacLennan, W.J.
(92)

MacMillan-Scattergood, D.
46

Macnair, R.
66

Maele, R. van
74

Maeseneer, J. de
93

Malcolm, L.A.

128

Manheim, L.M.

91

Marshall, S.

107

Martinson, I.M.

67, 68, 69

Martin, M.H.

103

Marzella, N.

107

Masland, E.N.

121

McClure, L.M.

75

McCusker, J.

79

McDonnell, L.

2

McDougall, S.

92

McIlmoy, E.L.O.

McIntosh, J.B.

24, 43

Metcalfe, A.V.

47

Miller, P.

107

Miller, R.

94

Mills, R.

44

Milne, M.A.

113

Moens, G.

95

Moldow, D.G.

68

Moran-Ellis, J.

30, 31, 48

Morgan, A.

114

Morgan, R.T.T.

96

Mountier, M.

50

Mowat, I.G.

96

Muller, O.H.

45

Murphy, D.R.

86

N

Neilson, A.

115 C.A.

Nesbit, M.E.

68

Newell, D.J.

47

Norman, R.

70

O

Onderdonk, J.

74

Ostow, M.

123

O'Sullivan, P.

86

Owen, J.

109, 116

P

Pacolet, J.

131

Patten, M.P.

78

Pettigrew, M.L.

127

Phillips, P.R.

71

Phillips, E.K.

46

Phillipson, C.

58

Poole, A.A.B.

10

Pratter, F.

100

Prescott, R.J.

104

R

Radford, N.H.

112, 117, 118

Ravetz, Chr.

84

Reedy, B.L.E.C.

47, 71

Reilly, P.M.

78

Remy, J.C.

25

Reverby, S.

17

Rifkind, M.

7

Roberts, J.A.

23, 26

Robertson, R.

27

Rombouts, L.

74

Ross, F.

59

Roumanie, M. de

47

Rousseau, I.

4

Ruckley, C.V.

104

Ruddick-Bracken, H.

107

S

Salter, B.

30, 31, (48)

Sankar, A.

Scherr, P.A.

121

Schmele, A.

(49)

Scott, R.S.

(50)

Seltzer, G.B.

122

Seutin, R.

97, 129

Shaughnessy, P.W.

127

Sienkiewicz, J.I.

130

Slater, J.

(60), (61)

I.A. I.W.

Smith, R.G.

84

Speakman, J.

(51) I.A.

Spicer, J.

119

Spiker, V.A.

90

Spiller, J.

107

Spinnewyn, H.

131

Stamps, C.

124

Stewart, J.E.

11

Stockton, P.

23

Strang, J.R.

(76)

Strang, P.

58

Strömberg, E.

88

Sutton, A.

(62) I.A.

Swansburg, R.C.

83

Swearingen, C.

80

T

Taylor, J.O.

121

Tehan, J.

28

Torner, J.C.

46

Tornyay, R. de

52

Turton, P.

120

U

Ugwu, C.N.

86

V

Vantieghem, F.

4

Vantilt, P.

4

Vetter, N.J.

105, 106

Victor, C.R.

105, (106) *l.o.*

W

Wall, B.

2

Wetle, T.T.

121

Westworth, B.

53

Wilkinson, P.

62

Williamson, J.

84

Wit-Gele Kruis

132

Woods, J.O.

(78)

Worrall, J.

29, (54) *l.o.*

Z

Zimmer, J.G.

(79)

Zimmerman, R.

133

So engelse sam.

Bronnen

(bijl)

Medische Bibliotheek Bijlhouwerstraat
Rijksuniversiteit Utrecht
Bijlhouwerstraat 6
3511 GG Utrecht
tel.: 030-331123

(eu)

Erasmus Universiteit Rotterdam
Universiteitsbibliotheek
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
tel.: 010-4081111

(kb)

Koninklijke Bibliotheek
Postbus 90407
2509 LK 's Gravenhage
tel.: 070-140911

(knav)

Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
Bibliotheek
Postbus 41950
1009 DD Amsterdam
tel.: 020-685511

(lb)

Landbouwhogeschool
Universiteitsbibliotheek
Postbus 9100
6700 HA Wageningen
tel.: 08370-84440

(nive1)

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
Bibilotheek
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
tel.: 030-319946

(nzi)

Nationaal Ziekenhuisinstituut
Dienst Bibilotheek en Documentatie
Postbus 638
3500 AP Utrecht
tel.: 030-334531

(ru)

Rijksuniversiteit Utrecht
Universiteitsbibliotheek
Postbus 16007
3500 DA Utrecht
tel.: 030-392500

(rul)

Rijksuniversiteit Limburg
Universiteitsbibliotheek
Postbus 616
6200 MD Maastricht
tel.: 043-888394
Medische Bibliotheek Randwyck
tel.: 043-616100

(wkz)

Wilhelmina Kinderziekenhuis
Bibliotheek
Nieuwe Gracht 137
3512 LK Utrecht
tel.: 030-320318

(wvc)

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Hoofdafdeling Documentatie en Bibliotheek

Postbus 5406

2280 HK Rijswijk

tel.: 070-949233

Reeds verschenen bibliografieën

Wijkverpleging/kruisvereniging
samenstelling R. Willemsen
Bibliografie jrg. 1, no. 1, 1986

Ouderen (I)
samenstelling A.K. de Leeuw
Bibliografie jrg. 1, no. 2, 1986

Ouderen (II)
samenstelling A.K. de Leeuw
Bibliografie jrg. 1, no. 3, 1986

Relatie eerste en tweede lijn
samenstelling R. Willemsen
Bibliografie jrg. 1, no. 4, 1986

De apotheker
samenstelling A.K. de Leeuw
Bibliografie jrg. 1, no. 5, 1986

Alternatieve geneeswijzen
samenstelling A. van der Velden
Bibliografie jrg. 1, no. 6, 1986

Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg
samenstelling H. Kuijlen
bibliografie jrg. 1, no. 7, 1986

Communicatie (huis)arts-patiënt
samengestelling A.K. de Leeuw en A. Vos
bibliografie jrg. 1, no. 8, 1986

Zelfzorg en mantelzorg
samenstelling F. Wieman
bibliografie jrg. 1, no. 9, 1986

Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek
samenstelling H. Kuijlen
bibliografie jrg. 1, no. 10, 1986

De fysiotherapeut
samenstelling K. Dijkhuis
bibliografie jrg. 1, no. 11, 1986

De Nederlandse verloskundige zorg
samenstelling A.K. de Leeuw
bibliografie jrg. 1, no. 12, 1986

Technology assessment
samenstelling P. van der Heijden
bibliografie jrg. 2, no. 13, 1987

Life events
samenstelling F. Wieman
bibliografie jrg. 2, no. 14, 1987

De diëtist
samenstelling K. Dijkhuis
bibliografie jrg. 2, no. 15, 1987

Logopedisten
samenstelling P. van der Heijden
bibliografie jrg. 2, no. 16, 1987

Verzekeringstelsel en medische consumptie
samenstelling F. Wieman
bibliografie jrg. 2, no. 17, 1988

Patiëntenrechten
samenstelling P. van der Heijden
bibliografie jrg. 2, no. 18, 1988

Honoreringssystemen in de gezondheidszorg
samenstelling F. Wieman
bibliografie jrg. 2, no. 19, 1988

Extramurale verpleging in het buitenland
samenstelling K. Dijkhuis
bibliografie jrg. 2, no. 20, 1988

Compliantie
samenstelling H. Kuijlen
bibliografie jrg. 2, no. 21, 1988
(verschijnt binnenkort)

Kwaliteit van de verloskundige zorg
samenstelling H. Rengelink en A. van der Velden
bibliografie jrg. 2, no. 22, 1988

