

## **IS KWALITEIT VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG TE METEN?**

Een literatuuronderzoek naar in Nederland toepasbare meetinstrumenten voor de wijkverpleging

H. van den Hoogen

februari 1989

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) - Postbus 1568 BN Utrecht - telefoon: 030 - 31 99 46

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hoogen, H. van den

Is kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg te meten? : een literatuuronderzoek naar in Nederland toepasbare meetinstrumenten voor de wijkverpleging / H. van den Hoogen. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-092-7

SISO 613.7 UDC 364.444

Trefw.: wijkverpleging.

Tekstverwerking : Simone Kerkhove

Omslag : Mieke Cornelius

## INHOUDSOPGAVE

	pag.
<b>1. INLEIDING EN OPZET VAN HET LITERATUURONDERZOEK</b>	1
1.1. Inleiding	1
1.2. Doel en begrenzing van het onderzoek	2
1.3. De verschillende taken van de wijkverpleging	5
<b>2. GEVOLGDE WERKWIJZE</b>	7
<b>3. PROCESS EN KWALITEIT VAN WIJKVERPLEEGKUNDIG HANDELEN</b>	9
3.1. Een kwaliteitsprofiel	9
3.2. Een profiel als maat voor het handelen	12
3.3. Criteria voor kwaliteit van handelen	13
<b>4. OUTCOME EN KWALITEIT VAN WIJKVERPLEEGKUNDIG HANDELEN</b>	17
4.1. De beperking van outcome als maat voor wijkverpleging	17
4.2. Algemene outcome-maten	19
4.3. Specifieke outcome-maten	23
<b>5. HET PREVENTIEF HANDELEN VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE</b>	27
<b>6. SAMENVATTING</b>	31
<b>LITERATUUR</b>	35
<b>BIJLAGEN</b>	39
1. Het kwaliteitsprofiel	41
2. Het verbinden van wonden	45
3. The rehabilitation potential patient classification system: characteristics of patient groups	47
4. General symptom distress scale	51



# 1. INLEIDING EN OPZET VAN HET LITERATUURONDERZOEK

## 1.1. Inleiding

Dit rapport 'Is kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg te meten?' is het derde op rij van het literatuuronderzoek naar kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg. Eerder rapporteerde J.H. Rengelink-van der Lee over 'Het meten van de kwaliteit van verloskundige zorg' en 'Kwaliteit in de huisartsgeneeskunde' (1988). Het werk van de wijkverpleging is onderhevig aan maatschappelijke veranderingen, veranderende inzichten en veranderend beleid. Hierdoor komt het werk van de wijkverpleging in toenemende mate onder druk. De stijgende kosten van de gezondheidszorg vormen steeds meer een basis van beleid. De overheid probeert de kosten te beheersen, c.q. te verlagen en daarbij de kwaliteit van zorg niet aan te tasten. In dit streven krijgen ondermeer een aantal met de wijkverpleging concurrerende particuliere organisaties de ruimte een rol te vervullen in de eerstelijnsgezondheidszorg. In globale lijn streeft men naar een verschuiving van de duurdere tweede- naar de goedkopere eerstelijns. Mensen worden eerder uit het ziekenhuis ontslagen en het aantal verpleeghuisbedden en verzorgingshuisplaatsen wordt ingekrompen of minder uitgebreid dan op basis van een verouderende bevolking verwacht kan worden. Voor de wijkverpleegkundige betekent dit, dat een steeds grotere groep mensen thuis verpleegkundige zorg behoeft. Een voortschrijdende medische technologie versterkt dit effect nog doordat ze het meer mensen mogelijk maakt om thuis verpleegd te worden.

Tegelijkertijd verandert ook de vraag naar wijkverpleegkundige zorg door veranderingen in de samenleving. Mensen leven individueler, zodat ze eerder afhankelijk zijn van hulp van derden. Drie-generatiegezinnen of situaties waarbij bijvoorbeeld het jongste kind de ouders 'tot aan hun eind helpt' komen bijna niet meer voor. De mensen worden steeds ouder, waarbij met name vrouwen vaker haar man overleven en alleen achterblijven. En terwijl verpleegkundige zorg thuis in vroegere jaren een privilege was voor degenen die het konden betalen, wordt het nu steeds meer ervaren als iets waar een ieder recht op heeft. Dit betekent, dat waar men eerst dankbaar was voor elk stukje zorg, men nu vaker eisen stelt aan de verleende zorg.

De hier geschetste ontwikkelingen benadrukken de noodzaak om omvang en met name ook inhoud van wijkverpleegkundige zorg te begrenzen en

te expliciteren: wat zijn de kwaliteiten van de wijkverpleging?

## 1.2. Doel en begrenzing van het onderzoek

Doel van dit literatuuronderzoek is nagaan wat al bekend en beproefd is om kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg te meten.

Dit literatuuronderzoek concentreert zich, evenals de voorafgaande studies, op beschrijvingen van onderzoek waarin het meten van kwaliteit centraal staat (Eng.: quality assessment). Hiermee sluiten wij een groot deel van de literatuur uit, dat zich bezighoudt met begrippen als kwaliteitsbevordering en -bewaking (Eng.: quality assurance). De algemene gang van zaken bij activiteiten van quality assurance is in grote lijnen als volgt: vaststellen op welke onderwerpen men zich richt, wat wenselijk is, meten wat er in werkelijkheid gebeurt, de werkelijkheid toetsen aan de wenselijkheid, feedback van dit resultaat aan de betrokkenen, eventueel bijstellen van de wenselijkheid en weer opnieuw meten, etcetera.

Het meten van kwaliteit is niet de belangrijkste activiteit van dergelijke programma's; het ontwikkelingskarakter, het bevorderen van de kwaliteit van het handelen van individuele hulpverleners staat voorop. De definiëring van het begrip kwaliteit draagt in veel quality assurance projecten een ad hoc karakter. De definitie komt alleen tot uiting in het vaststellen van de wenselijkheid het beperkte onderwerp waarop het project zich op dat moment richt of kwaliteit wordt gedefinieerd in termen van hoe hulpverleners zouden willen werken. Om deze verschillende redenen is bij dit literatuuronderzoek de meeste literatuur over quality assurance buiten beschouwing gelaten. Wel is die literatuur opgenomen waarin een duidelijke beschrijving werd gegeven van een systematische kwaliteitsmeting.

Een eerste probleem daarbij is de definitie van kwaliteit. Wat is kwalitatief goede of niet goede wijkverpleegkundige zorg? De meest gedetailleerde en algemeen aanvaarde theorievorming met betrekking tot het meten van kwaliteit binnen de gezondheidszorg is afkomstig van Avedis Donabedian, School of Public Health, University of Michigan. Hij definieert kwaliteit als de mate van overeenstemming tussen de werkelijkheid en vooraf gestelde criteria (Donabedian, 1980). Een alles omvattende en toch eenduidige definitie is volgens hem niet te geven. Ook twee in Nederland actieve mensen op het gebied van kwaliteitsbewaking in de verpleegkunde, Hollands en Van Bergen (1987), hanteren een dergelijke definitie: 'Kwaliteitsmeting

is het vaststellen van de mate waarin de feitelijkheid van verleende zorg in overeenstemming is met/afwijkt van wat wenselijk geacht wordt, bedoeld is'. Een nadere invulling van het begrip hangt af van het uitgangspunt, c.q. het belang of het doel waarmee kwaliteit wordt beoordeeld. Patiënten zullen andere criteria hanteren dan wijkverpleegkundigen en dan de overheid.

In discussies over de kosten van de gezondheidszorg komen zowel de verschillende belangen, afhankelijk van het uitgangspunt, als de nog bestaande onmogelijkheden bij het oordelen over kwaliteit van de zorg duidelijk naar voren. In vereenvoudigde bewoording zegt de overheid: 'Het geld raakt op. Goedkopere zorgverlening met dezelfde kwaliteit is betere zorgverlening en daar moeten we ons op richten'. De zorgverlening: 'Zorg van een zo hoog mogelijk niveau staat voorop. Kwaliteit kost nu eenmaal geld en minder geld betekent al snel minder kwaliteit'. De patiënt: 'Gezondheidszorg kost ons een heleboel via premies en belastingen. Dat betekent dat wij een kwalitatief hoogstaande zorgverlening mogen verwachten, die op consument-vriendelijke wijze wordt verleend'. Wat in de discussie ontbreekt, is een maat voor de kwaliteit van de verleende zorg. We weten wat het kost, maar niet wat de kwaliteiten zijn.

Deze en soortgelijke discussies zijn voor ons een reden geweest om het begrip kwaliteit toch enigszins af te grenzen. Binnen het ruime kwaliteitsbegrip volgens de definitie van Donabedian kan men een aantal dimensies onderscheiden, die allemaal een onderdeel vormen van het begrip kwaliteit. Door Williamson (1978) wordt een drietal deelaspecten van kwaliteit onderscheiden, te weten efficacy (werkzaamheid), effectiveness (doeltreffendheid) en efficiency (doelmatigheid). Hij definieert efficiency als 'the proportion of total cost (e.g. money, scarce resources and time) that can be related to actual benefits achieved'. Evenals in de voorgaande rapporten zijn wij vooral geïnteresseerd in de inhoudelijke kant van het werk en niet zozeer in de kosten van dat werk. Dit literatuuronderzoek beperkt zich tot de kwaliteit van het wijkverpleegkundig handelen waarbij de kosten buiten beschouwing blijven. Sprekend over kwaliteit bedoelen wij dus eigenlijk het deelaspect 'effectiveness'. Williamson definieert dit als 'the extent to which benefits, achievable under optimal conditions of care are actually achieved in clinic practice'.

Verder is het veelomvattende begrip kwaliteit beter hanteerbaar te maken door een onderverdeling naar niveaus of dimensies waarop kwaliteit te meten is. Hiervoor hanteren wij de klassieke indeling van Donabedian (1966) in 'structure, process en outcome'.

**Structure** staat voor de voorwaarden van goede zorg, zoals opleiding van wijkverpleegkundigen, aanwezigheid van apparatuur en bereikbaarheid van voorzieningen. Voor de wijkverpleging is vanuit de praktijk een soort consensus ontstaan over het minimale niveau van voorzieningen en opleiding en het minimum aantal wijkverpleegkundigen in verschillende omstandigheden. Dit minimum is vastgelegd in een aantal wetten en erkenningseisen voor gezondheidszorginstellingen. In dit onderzoek blijft literatuur over het meten van kwaliteit op het niveau van structure buiten beschouwing. De relatie van structure met effectiveness van wijkverpleging is niet vast te stellen zonder maatgeving voor kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen. Zonder voorzieningen is het duidelijk niet mogelijk om kwalitatief goede zorg te verlenen. Zonder maat voor goede zorg is het echter ook niet mogelijk om het optimale niveau van voorzieningen vast te stellen. Evenmin is het mogelijk om vast te stellen of bijvoorbeeld vermindering van het aantal wijkverpleegkundigen ook de kwaliteit van de zorg beïnvloedt. Mede ook daarom richt dit onderzoek zich op het handelen van de wijkverpleegkundige in de individuele hulpverleningssituatie en niet op systemen van zorg.

**Process** heeft betrekking op datgene wat plaatsvindt in het contact tussen wijkverpleegkundige en patiënt. **Outcome** staat voor het resultaat van de behandeling in termen van gezondheidstoestand, complicaties of satisfactie. Zoekend naar wat maatgevend is voor het handelen van de wijkverpleging, dringt de vraag zich op of process, danwel outcome-kenmerken het meest geschikt zijn. Het voornaamste argument tegen process-kenmerken als maat voor kwaliteit van zorg berust op het gebrek aan 'harde criteria'. De hardste maat bestaat uit een consensus van de beroepsgroep. De beste zorg is de zorg die door de beroepsgroep als beste wordt gezien. De geschiedenis heeft echter geleerd, dat consensus over een behandeling niet altijd de beste behandeling tot gevolg heeft. Trommelvliezen worden bijna nooit meer doorgeprikt terwijl dat vroeger heel vaak gebeurde. Onderzoek toonde aan dat het prikken de klachten, de afloop en de complicaties niet verbeterde (Buchem, 1981).

Aan outcome als maat voor kwaliteit kleven echter ook een aantal bezwaren. Deze spelen met name bij een niet zozeer op het genezen (cure), maar vooral op het verlenen van zorg en ondersteuning (care) gericht beroep als de wijkverpleging. Het doel van de wijkverpleging is niet in harde maten als het al dan niet sterven of genezen weer te geven. De relatie tussen het handelen en de outcome wordt daardoor nog onduidelijker. In hoeverre wordt outcome bepaald door het natuurlijk beloop, de patiënt, de behandeling, de zorg, de hulpver-



leen(st)er? Voor de wijkverpleging speelt deze onduidelijke relatie met name ook omdat zij zelden of nooit de enige hulpverlenende instantie is. Voor de beoordeling van de kwaliteit van wijkverpleegkundige hulp zal men dus niet kunnen volstaan met het meten op of process of outcome niveau.

### 1.3. De verschillende taken van de wijkverpleging

Het werk van een wijkverpleegkundige is een samenstel van zeer verschillend gearde bezigheden. Thuisverpleging, consultatiebureaus, preventieve huisbezoeken, spreekuren en materiaaluitleen. Een gedetailleerde beschrijving van het werk van de wijkverpleegkundige is eigenlijk niet te geven. Het takenpakket wordt op verschillende wijzen ingevuld. Deze invulling verschilt per regio en vaak ook per wijkverpleegkundige. Diverse factoren beïnvloeden het uiteindelijke takenpakket, zoals het werken in een stad of op het platteland, de samenwerking met en taakverdeling tussen de verschillende disciplines in eerste- en tweedelijns en de beschikbaarheid van voorzieningen als verzorgings- en verpleeghuizen. Tegelijkertijd is 'het veld' momenteel ook nogal in beweging. Op diverse plaatsen wordt geëxperimenteerd met thuiszorgprojecten, particuliere hulpverlening, 24-uurs zorgverlening, en dergelijke.

Kerkstra en De Wit (1987) ontwikkelden een instrument waarmee nu geprobeerd wordt een betrouwbaar landelijk overzicht te maken van de verschillende werkzaamheden van de wijkverpleging in de verschillende plaatsen. Voor de beoordeling van kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg heeft dit zeer diverse en gevarieerde takenpakket een tweetal consequenties. Het werk van de ene wijkverpleegkundige te A hoeft niet gelijk te zijn aan het werk van een ander te B. Bij het vergelijken van kwaliteit van zorg dient men hiermee rekening te houden. Daarnaast is de aard van de verschillende werkzaamheden zo anders, dat het praktisch onmogelijk lijkt om het hele werk in al haar facetten met een enkel instrument op kwaliteit te toetsen.

In grove lijnen kan het werk in twee delen worden gesplitst met ieder een eigen doelstelling. Een op preventie en vroege opsporing van medische problemen gericht deel en een op het verlenen van verpleegkundige zorg gericht deel. Bij gebrek aan onderzoek naar het preventieve deel ligt de nadruk in deze literatuurstudie op het verpleegkundige deel (hoofdstuk 3 en 4). Onderzoek naar de kwaliteit van het preventieve werk van de wijkverpleging wordt in hoofdstuk 5 besproken.

Het merendeel van de literatuur over kwaliteitsmeting, quality assessment, en kwaliteitsbewaking, quality assurance, is afkomstig uit de Verenigde Staten. De meeste activiteiten op dit gebied binnen de gezondheidszorg lijken zich hier ook af te spelen. Een organisatie van wijkverpleging, zoals in Nederland via de kruisverenigingen, kent men daar niet. Het werk, dat hier door de wijkverpleging wordt gedaan, wordt in Amerika door op verschillende wijzen georganiseerde en gefinancierde instanties gedaan. Een deel van de taken wordt door aan het ziekenhuis verbonden instanties gedaan. Afhankelijk van de organisatie en financiering bestaan de uitvoerende teams uit een wisselend aantal verpleegkundigen, artsen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en veelal ook vrijwilligers. Al met al bestaat er een slechts moeizaam met Nederland te vergelijken invulling van het werk van de wijkverpleging. In dit literatuuronderzoek hebben we zoveel mogelijk geprobeerd uit de Amerikaanse literatuur datgene te selecteren, wat in de Nederlandse situatie toepasbaar is of toepasbaar is te maken.

## 2. GEVOLGDE WERKWIJZE

Voor het verzamelen van literatuur werd gebruik gemaakt van de volgende methoden. In een internationale database (Dimdi) werd een 'online' literatuuronderzoek uitgevoerd met behulp van trefwoorden zoals 'quality', 'evaluation', 'measurement', 'criteria', gecombineerd met 'primary care', 'home health care', 'public health nurse', 'community nurse', 'district nurse' en 'health visitor'. De bibliografie 'Extramurale verpleging in het buitenland' van het NIVEL (1988) en de 'Inventarisatie 1987: onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten' van de Nationale Kruisvereniging werden geraadpleegd, evenals de laatste vier jaargangen van de volgende tijdschriften: American Journal of Public Health, Community Medicine, Evaluation & the Health Professions, Health Services Research, Journal of Advanced Nursing, Journal of District Nursing, Maatschappelijke Gezondheidszorg, Nursing Outlook, Nursing Research, Nursing Times, Quality Review Bulletin, Tijdschrift voor Ziekenverpleging en Verpleegkunde. En verder werden relevant lijkende referenties nagezocht.

Het onderzoek is in sterke mate gericht op de betrouwbaarheid en validiteit van gebruikte meetinstrumenten in relatie tot de kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg. Hierdoor is minder aandacht besteed aan editorials en discussiestukken. En in de beschrijving van verschillende onderzoeken wordt daardoor niet altijd recht gedaan aan andere kwaliteiten of zelfs de essentie van het betreffende onderzoek. Evenzo krijgt niet elke onderzoeker de plaats die hij/zij op basis van activiteiten om te komen tot kwaliteitsbewaking van de wijkverpleegkundige zorg zou kunnen verwachten.



### 3. PROCESS EN KWALITEIT VAN WIJKVERPLEEGKUNDIG HANDELEN

#### 3.1. Een kwaliteitsprofiel

Methoden om process-kenmerken van verpleegkundige zorg te meten, zijn vrijwel zonder uitzondering afkomstig of afgeleid van in de Verenigde Staten ontwikkelde instrumenten. Wijkverpleging, zoals wij in Nederland kennen, bestaat daar niet. Bestaande instrumenten zijn veelal ontwikkeld voor in de tweedelijns verleende verpleegkundige zorg en daarmee niet zonder meer toepasbaar in de wijkverpleging. Twee in de Verenigde Staten veel gebruikte instrumenten zijn Quality of Patient Care Scale (Qualpacs) en Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care (Rush-Medicus) (Ventura e.a., 1982).

Van Bergen, Hollands en Nijhuis (1977) ontwikkelden een soortgelijk instrument voor de Nederlandse tweedelijns; het kwaliteitsprofiel. Een mede door hen zelf opgestelde definitie van het verpleegkundig beroep en wat dit idealiter zou moeten inhouden, vormde het uitgangspunt. De verpleegkundige zorg wordt in het kwaliteitsprofiel op drie dimensies beoordeeld: coördinatie van zorg (27 criteria), instrumenteel-technische aspecten (70 criteria) en agogische aspecten van de verpleging (42 criteria). Een onafhankelijke verpleegkundige verzamelt gegevens uit de verslaglegging, uit observatie en uit vraaggesprekken met verpleegkundigen en patiënten. De criteria zijn zoveel mogelijk vertaald in waarneembaar gedrag en worden als goed, voldoende of onvoldoende gescoord, voor zover ze van toepassing zijn. De kwaliteit wordt per dimensie uitgedrukt in een percentage van de maximaal te behalen score. Een meting op een afdeling van circa 40 bedden kost een geoefend verpleegkundige ongeveer een week (voorbeeld bijlage 1).

De betrouwbaarheid van de meting met het kwaliteitsprofiel wordt in de ogen van de onderzoekers vooral beïnvloed door de waarnemer, het tijdstip van afname en het aantal betrokken patiënten. Ter vermindering van de invloed van de waarnemer is elk criterium voorzien van een duidelijk meetvoorschrift, is het aantal antwoordmogelijkheden beperkt en moet de waarnemer een verpleegkundige van een andere afdeling zijn.

De validiteit, meten wat je meten wilt, van een dergelijk meetinstrument blijft een probleem. Van Bergen e.a. baseren de validiteit van het kwaliteitsprofiel grotendeels op het feit dat zij zelf hebben gedefinieerd wat goede zorg is en dat het is geoperationaliseerd

op basis van deze definitie. Daarnaast is het profiel aan een panel van zeven deskundigen voorgelegd met de vraag in hoeverre het een volledig beeld geeft van kwaliteit van verpleegkundige zorg. Over de sensitiviteit, de mate waarin afdelingen moeten verschillen om een verschillende score te krijgen, worden geen uitspraken gedaan.

Dit kwaliteitsprofiel is en wordt nu op verschillende ziekenhuisafdelingen gebruikt in het kader van kwaliteitsbewaking en -verbetering. In het kader van een afstudeerwerkstuk naar consequenties van deeltijdarbeid onder wijkverpleegkundigen, gebruikte Appelman (1985) een door haar voor de wijkverpleging aangepast kwaliteitsprofiel. Een vraag was of deeltijdarbeid de kwaliteit van zorg beïnvloedt. Met het aangepaste profiel vergeleek zij de kwaliteit van de zorg van 12 in voltijd werkende wijkverpleegkundigen met 12 deeltijders met een 0,8 of 0,6 aanstelling bij 42 patiënten. De conclusie was, dat deeltijders op de dimensie coördinatie van zorg lager scoorden, terwijl de zorg op andere dimensies niet of nauwelijks verschilde. Gezien de beperkte omvang van de meting en de aanpassing van het profiel moeten deze conclusies met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het begrip kwaliteit van zorg is vanwege het instrument beperkt tot kwaliteit van thuisverpleging. Voor andere activiteiten van de wijkverpleging: preventieve huisbezoeken, consultatiebureau's en dergelijke was geen meetinstrument voorhanden. Bij de beoordeling is afgezien van uit observatie verkregen gegevens, omdat beide interviewers geen verpleegkundige waren. Verder is met name de dimensie met betrekking tot instrumenteel-technische aspecten van zorg ingekort tot de concrete uitwerking en uitvoering van het verpleegplan en de bekendheid van patiënt en wijkverpleegkundige met dit plan.

Ook Appelman merkt op, dat de validiteit van deze technische dimensie daarmee beperkt is. Door de aangepaste versie aan een paar studenten en een docent van de kaderopleiding aan de KHSV te Nijmegen voor te leggen, is geprobeerd de inhoudelijke validiteit te verhogen. Verder sluit zij zich betreffende de validiteit van het instrument aan bij de validering door Van Bergen e.a..

De betrouwbaarheid van het op deze wijze gehanteerde en aangepaste profiel is niet onderzocht. Door het sterk wisselende aantal 'missing values' (niet van toepassing antwoorden) was een vergelijking van de twee interviewers niet mogelijk. In hoeverre deze 'missing values' invloed hebben op de scores van het profiel is evenmin onderzocht. Zij sluit haar afstudeerwerkstuk dan ook af met de aanbeveling het meetinstrument voor kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg verder te ontwikkelen en te onderzoeken op betrouwbaarheid en

validiteit.

Ook in een onderzoek voor de opleiding beroepsinnovatie aan de KHSV te Nijmegen door Van der Bom e.a. (1987) wordt een aangepaste versie van het profiel gebruikt om kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg te meten. Onderzocht werd of invoering van het standaardverpleegplan de kwaliteit van zorg bij de met insuline behandelde diabetes patiënt beïnvloedt. Daartoe werd het door Appelman voor de wijkverpleging aangepast kwaliteitsprofiel verder aangepast en toegespitst op de diabetes patiënt. De kwaliteit van zorg werd beoordeeld bij 39 patiënten uit vier kruisverenigingen. Op dat moment was bij 19 patiënten het standaardverpleegplan voor behandeling van type II diabetes drie maanden in gebruik (de experimentele groep). De overige 20 patiënten waren van andere basiseenheden van dezelfde kruisvereniging, waar geen standaardverpleegplan werd gebruikt (de controlegroep). De conclusie was, dat de kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg in dit geval verbeterde door invoering van het standaardverpleegplan. De patiënt had meer vertrouwen in de wijkverpleging. En de rapportage over de patiënt, de kennis van patiënt en mantelzorger over de ziekte zowel als de relatie met de familie verbeterde.

Met betrekking tot de betrouwbaarheid van het instrument wordt verwezen naar het kwaliteitsprofiel van Van Bergen e.a.. Binnen het onderzoek wordt de betrouwbaarheid vergroot, doordat de interviewers niet wisten of de patiënt tot de experimentele of controlegroep behoorde. Ook in dit onderzoek blijft de vraag in hoeverre missing values de score beïnvloeden onbeantwoord. Illustratief is, dat de verschillen na correctie voor items met minstens zeven maal niet van toepassing op twee van de drie dimensies niet meer significant zijn. De validiteit wordt eveneens ontleend aan het in de tweedelijng gebruikte kwaliteitsprofiel van Van Bergen e.a.. Daarnaast is het ter validering voorgelegd aan een van de ontwerpers van het kwaliteitsprofiel B. van Bergen, aan een ervaren districtswijkverpleegkundige en aan een docent van de KHSV. Het is de vraag of en hoeverre de validiteit niet toch wordt verminderd door het aanpassen en toespitsen op de zorg voor diabetes patiënten. In het onderzoek werd nagegaan of het standaardverpleegplan in dit geval de kwaliteit van de zorg verbeterde. De score, die als maat voor de kwaliteit wordt gehanteerd, wordt voor een belangrijk deel bepaald door het al dan niet toepassen van het standaardverpleegplan. Meet het aangepast profiel nu een aantal verschillende facetten van kwaliteit van de zorg of meet het vooral de mate waarin het verpleegplan wordt toegepast?

### 3.2. Een profiel als maat voor het handelen

Het is de vraag of het daadwerkelijk mogelijk is om met één instrument, zoals het kwaliteitsprofiel een compleet beeld te geven van de kwaliteit van het handelen van een (wijk)verpleegkundige. Voor het kwaliteitsprofiel van Van Bergen e.a. en daarvan afgeleide instrumenten ligt het antwoord in de compleetheid en operationalisatie van de gehanteerde definitie van verpleegkundige zorg. In ieder geval hebben zij het begrip kwaliteit een bredere uitleg gegeven dan veelal gebeurt door in verpleegkundige zorg drie dimensies te onderscheiden. In veel toetsingsprocedures ligt de nadruk op instrumenteel technische aspecten als het al dan niet verschonen van het bed en het op juiste wijze verwisselen van infusen. Met name agogische aspecten van zorg ontbreken in veel toetsingen.

Zowel Appelmann als Van der Bom e.a. hanteerden een aangepast kwaliteitsprofiel vanuit de veronderstelling, dat de inhoudelijke validiteit niet verandert door de wijziging van het origineel. Lacko (1987) ontwikkelde een ingekorte versie van het kwaliteitsprofiel, omdat meten met het origineel erg arbeidsintensief is. Voornamelijk op basis van onderscheidend vermogen werden de oorspronkelijke 139 criteria teruggebracht tot 45. Daartoe werden gegevens geanalyseerd die verkregen waren met het kwaliteitsprofiel op 16 verpleegafdelingen in vier ziekenhuizen. Opmerkelijk was, dat een panel van vier hoofdverpleegkundigen en twee op het stafbureau werkzame verpleegkundigen ook dit ingekorte instrument representatief achtte voor de kwaliteit van de verpleging. Ook in dit instrument werden geen criteria gemist. Lacko zelf heeft blijkens zijn beschouwing niet het idee, dat de ingekorte versie een compleet beeld geeft van alle aspecten van kwaliteit van verpleegkundige zorg. Wel denkt hij, dat het ingekorte profiel een handzaam instrument is om bijvoorbeeld het effect van organisatieveranderingen op de kwaliteit van de zorg te onderzoeken.

Ventura e.a. (1982) vergeleken de uitkomsten van twee soortgelijke kwaliteitsprofielen in de Verenigde Staten: Quality of Patient Care Scale (Qualpacs) en Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care (Rush-Medicus). Beide instrumenten zijn ontwikkeld om het geheel van de kwaliteit van verpleegkundige zorg te beoordelen. Zij meten kwaliteit op respectievelijk 68 en 257 items verdeeld over verschillende dimensies van zorg. Het oordeel wordt gebaseerd op gegevens uit de verslaglegging, directe observatie en vraaggesprekken met patiënt en verpleegkundige. Uit het onderzoek onder 73 patiënten blijkt, dat uitslagen van beide instrumenten op in het onderzoek on-



derscheiden dimensies 'Physical' en 'Psychosocial' niet met elkaar correleren. Qualpacs en Rush-Medicus lijken andere aspecten van kwaliteit van zorg te meten. De onderzoekers raden aan om voor elk onderzoek een instrument te kiezen dat voor het doel van het onderzoek het meest geschikt is.

Concluderend kan gesteld worden, dat kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg een te complex geheel vormt om in een enkel instrument te vangen. Een kwaliteitsprofiel, dat alle aspecten van de zeer diverse taken van de wijkverpleging omvat, zou een onwerkbare omvang krijgen. Daarnaast leert de ervaring in de Verenigde Staten (Ventura e.a., 1982) dat het heel moeilijk is een instrument te ontwikkelen dat alle dimensies van goede zorg omvat. Wel lijkt het mogelijk om deelaspecten van wijkverpleegkundige zorg met een soortgelijk instrument op kwaliteit te toetsen (Van der Bom e.a., 1987).

### 3.3. Criteria voor kwaliteit van handelen

De grote moeilijkheid bij validering van meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg is het ontbreken van een gespecificeerde omschrijving van wat goede zorg inhoudt. Bestaande omschrijvingen, ook die waar Van Bergen e.a. vanuit gaan, hebben een te hoog abstractie-niveau om meting van kwaliteit mogelijk te maken. Algemene uitspraken betreffende een aanvaardbaar niveau van de zorgverlening, oftewel **standaarden**, zijn nog onvoldoende beschikbaar\*. Beschrijvingen op meetbaar niveau van voor kwaliteit van verpleegkundige zorg bepalende aspecten, oftewel **criteria**, zijn er niet of nauwelijks. Evenmin bestaan er normen in de zin van waar voor criteria de grens tussen goede en slechte zorg ligt. Voor verpleegkundigen in de tweedelij zijn binnen het CBO-project 'Ontwikkeling Verpleegkundige Toetsing' 15 verpleegkundige onderwerpen in criteria weergegeven (CBO: Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing, 1987). De op een aantal afdelingen ontwikkelde criteria zijn niet zonder meer op andere afdelingen toepasbaar en zeker niet op de wijkverpleging. Wel vormen zij een mogelijke leidraad bij de ontwikkeling van

\* Geïnteresseerden in de verschillende gangbare definities op dit terrein worden verwezen naar een jaarwerkstuk van Hélianne Valraths: 'Criteria en standaarden bij de bewaking en bevordering van verpleegkundige zorgkwaliteit' (Rijksuniversiteit Limburg, Verplegingswetenschappen, augustus 1988).

criteria voor de wijkverpleging. Voor elk onderwerp is omschreven welke materiële voorzieningen nodig zijn (structure), hoe en wat er dient te gebeuren (process) en wat het resultaat moet zijn (outcome). Als voorbeeld bijlage II: het verbinden van wonden.

Binnen de wijkverpleging is men nog niet zo ver. Voor een deel is dit mogelijk terug te voeren op het relatief solistische werkkarakter. De mogelijkheid om meer dan bijvoorbeeld in een ziekenhuis aan het werk een eigen invulling te geven, lijkt een belangrijke factor in de motivatie om in de wijkverpleging te werken. Tegelijkertijd is het een belemmerende factor om tot consensus te komen over criteria en standaarden; een voorwaarde bij het meten van kwaliteit (Keurentjes, 1986).

Voor ontwikkeling van criteria en standaarden bestaan verschillende methodes. Een door veel onderzoekers gehanteerde methode bestaat uit het opstellen van criteria, die ter validering aan een panel van experts worden voorgelegd. De criteria worden, al dan niet gebaseerd op literatuurgegevens, afgestemd op het doel en de opzet van het onderzoek. De experts beoordelen de aldus gestelde criteria op compleetheid, fouten en geschiktheid voor het onderzoek. Een mogelijk probleem bij op deze wijze op onderzoeksdoeleinden afgestemde criteria is de relevantie voor de dagelijkse praktijk.

Om tot een kwaliteitsprofiel voor de wijkverpleging in Nederland te komen, heeft de Nationale Kruisvereniging een onderzoek geïnitieerd, dat op soortgelijke wijze criteria en standaarden wil ontwikkelen. Het onderzoek wordt uitgevoerd door A. Appelman en H. Ligtenberg (1988). Zij gebruiken de zogenaamde Delphi-methode. Deze methode volgend, geeft een panel van belanghebbenden in een aantal rondes een steeds preciezer antwoord op een aantal vragen. Na elke ronde worden de antwoorden van de verschillende panelleden naast elkaar gelegd en opnieuw aan het panel gepresenteerd met een aantal nadere vragen. Om tot een duidelijke omschrijving van criteria en standaarden voor wijkverpleegkundige zorg te komen, hebben de onderzoekers vijf Delphi-rondes gepland. In verband met de representativiteit en relevantie van deze criteria voor de beroepsgroep zelf, wordt de samenstelling van het panel van groot belang geacht. Voor de onderzoekers moeten panelleden aan de volgende eisen voldoen: zij moeten functioneel betrokken zijn bij kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg, interesse en tijd hebben voor deelname; 'wenselijke' zorgverlening aan kunnen geven en dus enigszins los kunnen komen van de dagelijkse praktijk, uit verschillende delen van het land komen en in gemeenten van verschillende urbanisatiegraad werkzaam zijn. De resultaten van dit onderzoek zullen in mei 1989 ter beschikking komen.

Er wordt ook gepleit voor andere methoden om tot criteria en standaarden van wijkverpleegkundige zorg te komen. Methodes die zijn gericht op ontwikkeling vanuit de basis, vanuit de in het veld werkzame wijkverpleegkundigen. Zo zouden de criteria beter worden aangepast aan eisen van de dagelijkse praktijk en ook in sterkere mate door de beroepsgroep worden gedragen. Mogelijke aanknopingspunten hiervoor zijn te vinden in een toenemende belangstelling en initiatieven voor kwaliteitsbewaking door intercollegiale toetsing (Nationale Kruisvereniging, 1986).

Vanuit de Nationale Kruisvereniging worden op dit moment drie verschillende quality assurance methodes getoetst (Lapré, 1988). Vooral de zogenaamde Basis/Buurtgebonden Toetsing (BGT) lijkt een mogelijkheid om vanuit de basiscriteria te ontwikkelen voor quality assessment. Deze BGT is een ten behoeve van de wijkverpleging door Mastbergen gemaakte vertaling van de 'Afdelingsgebonden Toetsing', die door Giebing (1987) is beschreven. Zoals eerder vermeld, heeft deze afdelingsgebonden toetsing voor de tweedelijng geleid tot een 15-tal in criteria weergegeven verpleegkundige onderwerpen (CBO, 1987).

In het kader van de Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg (beroepsinnovatie) ontwikkelde en beproefde Mastbergen (1987) de Basis/Buurtgebonden toetsing. De basis van deze toetsing is afkomstig van het door Lang (1974) geformuleerde circulaire model voor kwaliteitsbewaking. Toetsing gebeurt per onderwerp/onderdeel van handelen. Criteria en standaarden worden door het team zelf geformuleerd en de teamleden toetsen ook zelf in hoeverre aan gestelde standaarden wordt voldaan. Het doel van de BGT is toetsing van de zorg, die door het team wordt verleend en niet de zorg van een individuele wijkverpleegkundige. Een belangrijk voordeel van deze methode lijkt een naar verwachting hoge acceptatiegraad door de aansluiting op problemen en thema's uit de dagelijkse praktijk.

De BGT wordt vooral ook gekenmerkt door een grote nadruk op het formuleren van concrete en meetbare criteria. In navolging van de afdelingsgebonden toetsing moeten de criteria voldoen aan de zogenaamde RUMBA-eisen: Relevant, Understandable, Measurable, Behavioral, Attainable. Will Mastbergen begon het project vanuit een ervaren gebrek aan criteria om kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen te toetsen. In haar ogen is de BGT een geschikte methode om criteria te ontwikkelen vanuit de in het veld werkzame wijkverpleegkundigen.

De in een BGT ontwikkelde criteria zijn niet zonder meer toepasbaar in een ander team van wijkverpleegkundigen. Toepassing van deze cri-

teria bij het meten van kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg vereist een nadere validering. Een belangrijke vraag is in hoeverre de zo ontwikkelde criteria worden bepaald door aan de plaatselijke situatie gebonden factoren. De criteria dienen aan een panel van experts te worden voorgelegd of kunnen, zoals Mastbergen voorstelt, door de beroepsgroep zelf gevalideerd worden. De criteria zouden op regionaal en landelijk niveau vergeleken kunnen worden en bijvoorbeeld tot protocollen verwerkt worden.

### **Samenvattend**

Het kwaliteitsprofiel van Van Bergen e.a. lijkt een goede basis voor ontwikkeling van instrumenten om deelaspecten van wijkverpleegkundig handelen op kwaliteit te toetsen.

Het grootste probleem is het ontbreken van gevalideerde criteria voor kwaliteit van dit handelen. De Nationale Kruisvereniging heeft via twee sporen de aanzet gegeven tot ontwikkeling van valide criteria en door de beroepsgroep geaccepteerde standaarden. Enerzijds door op de Delphi-methode gebaseerd ontwikkelingsonderzoek en anderzijds door een experiment met onder andere de Basis/Buurtgebonden toetsing in de kruisvereniging zelf.

## 4. OUTCOME EN KWALITEIT VAN WIJKVERPLEEGKUNDIG HANDELEN

### 4.1. De beperking van outcome als maat voor de wijkverpleging

In de Verenigde Staten zijn de laatste decennia verschillende onderzoeken verricht naar de effectiviteit en de kosten van thuiszorgprojecten. Een van de eerste regelmatig gequoteerde artikelen stamt uit 1968, Katz e.a.. De thuiszorgprojecten worden uitgevoerd door een op verschillende wijze samengesteld team van artsen, verpleegkundigen, gezinsverzorging en voorzieningen als 'tafeltje dekje'. De doelgroepen bestaan uit chronisch zieken, recent uit het ziekenhuis ontslagen patiënten en zorgbehoevende ouderen of een combinatie hiervan. Het effect van dit soort projecten wordt voornamelijk beoordeeld op outcome-maten als mortaliteit en frequentie en duur van zieken- en verpleeghuisopnames. Daarnaast worden de kosten vergeleken en hanteert men een wisselend aantal andere outcome-maten. Hughes (1985) en Hedrick e.a. (1986) vergeleken de gehanteerde methodes en uitkomsten van dit effectonderzoek. Beide constateren dat dit soort onderzoek grote methodologische problemen oproept. Uit methodologisch goed opgezet onderzoek met een (randomised) controlled design blijkt de mortaliteit niet te veranderen. Ook het aantal opnames in met name verpleeghuizen daalt niet. Het aantal ziekenhuisopnames blijft gelijk of wordt hoger, terwijl de kosten eveneens gelijk blijven of hoger worden. Het lichamenlijk functioneren verbetert niet. Beide concluderen, dat mortaliteit en opname in zieken- en verpleeghuis weinig sensitief zijn om verschillen in zorg vast te stellen. Greene (1987) concludeert zelfs, dat het a priori risico voor opname in het verpleeghuis in de onderzochte populaties te klein is om bijvoorbeeld een kostendaling te verwachten door minder opnames. Hughes en Hedrick e.a. concluderen, dat onderzoekers zich moeten richten op specifieke patiëntgroepen met grote a priori kansen op opname of op andere outcome-maten die beter zijn afgestemd op de verleende zorg. Recent nog werd een speciaal nummer van Health Services Review (vol. 23, nr. 1, 1988) gewijd aan een zeer groots opgezet effectonderzoek: the National Long Term Care Demonstration (Kemper e.a., 1988). In een randomised controlled design vergeleken zij twee modellen voor experimentele thuiszorg voor ouderen met bestaande zorg in 10 staten onder 6.326 patiënten gedurende 12 tot 18 maanden. In de experimentele zorg kreeg elke patiënt een case-manager aangewezen. Deze was verantwoordelijk voor de coördinatie en afstemming van

zorg op de door hem/haar zelf vastgestelde zorgbehoefte. In de helft van de experimentele groepen beschikte hij/zij ook over de toewijzingsbevoegdheid in verband met de financiering. De case-manager controleerde op verschillende tijdstippen het verloop van de zorg en was voor zowel de patiënt als de betrokken hulpverlener(s) steeds direct benaderbaar. Deze experimentele zorg werd vergeleken met de bestaande zorg. Deelnemende patiënten moesten ouderen zijn met een relatief groot risico voor verpleeghuisopname. Concreet betekende dit, dat zij (1) ouder waren dan 65, (2) op basis van een chronisch probleem minstens twee stoornissen hadden in het dagelijks functioneren (ADL: Activities of Daily Living en IADL: Instrumental ADL) en (3) dat zij minstens drie maanden thuis woonden. Voor bepaling van het effect werden verschillende outcome-maten gebruikt. De betrouwbaarheid van deze maten wordt op uitgebreide wijze beschreven en zo veel mogelijk gecontroleerd.

Zoals verondersteld vergrootte de coördinatie van zorg via een case-manager de omvang en intensiteit van de formele zorgverlening. De omvang van de informele zorg veranderde niet. Het coördineren van zorg had evenmin effect op de mortaliteit of op het aantal en de duur van zieken- en verpleeghuisopnames. Ook het functioneren van patiënten (ADL, IADL) verbeterde niet. De kosten namen toe. De patiënten waren wel tevreden over het niveau van de zorg en kregen meer vertrouwen in de toekomst. De omvang van de bij aanvang ervaren onvervulde zorgbehoefte (Unmet Needs) nam in statistisch significante doch geringe mate af. Een belangrijke eindconclusie was, dat de a priori kans op opname in verpleeghuis toch te klein bleek om kostenbesparend te werken door substitutie van zorg.

Ook Hughes e.a. (1987 en 1988) onderzochten op soortgelijke wijze het effect van Long-Term Home Care op de zorg voor chronisch zorgbehoevende ouderen, maar dan gedurende vier jaar. In een quasi-experimenteel design werden twee groepen gevormd; een experimentele groep (n = 157), die de zorg in experimentele vorm via het zogenaamde Five Hospital Program kregen en een controlegroep (n = 156) uit geografisch soortgelijke gebieden zonder een dergelijk programma. Vooraf werden de deelnemers op een aantal voorwaarden geselecteerd. Zij moesten (1) ouder zijn dan 60, (2) in Chicago wonen, (3) aan huis gebonden zijn, (4) zorgbehoevend zijn op zowel medisch als sociaal gebied en (5) zonder 24-uurs zorg kunnen. Bij aanvang van het onderzoek werden de beide groepen met elkaar vergeleken. Met betrekking tot geslacht, ras, huwelijks staat, psychiatrische symptomatologie en aantal en aard van aandoeningen werden geen verschillen gevonden. Wel bleek de experimentele groep wat ouder en enigszins beperkter in

het dagelijks functioneren (ADL, IADL). Ook het cognitieve niveau was in de experimentele groep iets lager. Ter bepaling van het effect werden verschillende metingen verricht na 9, 24, 36 en 48 maanden.

De kosten voor de experimentele groep waren hoger. De mortaliteit en ook het ziekenhuisgebruik van de controlegroep daalde in het laatste jaar. Een verklaring hiervoor werd niet gevonden. Het aantal verpleeghuisopnames daalde niet door het programma. Wel werd het risico voor opname in 'sheltered and intermediate-level nursing home care' (verzorgingshuizen in Nederland?) kleiner. Het dagelijks functioneren (ADL, IADL) verbeterde niet. Wel verbeterde het cognitieve functioneren, met name na negen maanden, maar ook nog na 48 maanden. De onvervulde zorgbehoefte (Unmet Needs) verminderde na negen maanden en was na 48 maanden weer hetzelfde als in de controlegroep. De slotconclusie was, dat long-term home care de zorg voor ouderen op belangrijke punten verbetert zonder stijging van de mortaliteit. De conclusies moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Na vier jaar onderzoek was nog slechts 18% van de aanvankelijk betrokkenen in leven.

#### 4.2. Algemene outcome maten

Deze en soortgelijke effectmetingen van thuiszorgprojecten illustreren de beperkingen en problemen van outcome als maat voor de kwaliteit van zorgverlening. Daarbij rijst de vraag welke outcome-maten, op welke wijze toegepast, mogelijk geschikt zijn om kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen te toetsen.

**Mortaliteit, zieken- en verpleeghuisopname** komen uit onderzoek naar voren als weinig sensibele maatstaven met een grote 'standaarddeviatie'. Groot opgezet effectonderzoek met controle voor vele factoren geeft geen of slechts geringe verandering, terwijl er tijdens het onderzoek wel een grote onverklaarde verandering in de cijfers ontstaat (Hughes e.a., 1987). Voor de wijkverpleging op zichzelf zullen deze maten nog minder waarde hebben, omdat zij niet op cure maar op care is gericht. Mortaliteit, zieken- en verpleeghuisopname kunnen slechts in een enkel geval van betekenis zijn als maat voor het wijkverpleegkundig handelen. Concreet kan dit enkel bij een specifieke groep patiënten met een hoge a priori kans op opname of sterven, die door wijkverpleging beïnvloedbaar is.

Ook de **gezondheidstoestand**, het dagelijks functioneren lijkt als algemene maat voor de kwaliteit van de wijkverpleging een geringe rol

te spelen. Uit effectonderzoek van thuiszorgprojecten, waar ook geneeskundige zorg deel van uitmaakte, blijkt dat het functioneren van patiënten niet of slechts in geringe mate verbetert. Ter bepaling van de gezondheidstoestand zijn verschillende instrumenten gebruikt. Als maat voor het lichamelijk functioneren is veelal een maat gehanteerd voor de ADL en de IADL. Een mogelijke vraag daarbij is of de gebruikte instrumenten wel gevoelig genoeg zijn om kleine veranderingen op te sporen. Evenals mortaliteit heeft de gezondheidstoestand extra weinig betekenis als maat voor de wijkverpleging door het niet op cure gericht zijn van de zorg.

De gezondheidstoestand kan in vergelijkend onderzoek wel een belangrijke rol spelen. De mate van niet goed/gebreekt functioneren, is vooral ook in de wijkverpleging zeer bepalend voor de inhoud van de zorg. In vergelijkend effectonderzoek is het essentieel om te weten of en in hoeverre de gezondheidstoestand van de vergeleken groepen bij aanvang gelijk is. De Sickness Impact Profile (SIP) is een in de jaren '70 in de Verenigde Staten ontwikkelde vragenlijst voor het functioneren van zowel patiënten als gezonde mensen. De SIP beoogt veranderingen in gedrag en activiteiten te meten, die naar het oordeel van de respondent samenhangen met zijn/haar gezondheidstoestand. Uit Amerikaans onderzoek komt de SIP naar voren als een valide en betrouwbaar meetinstrument voor verschillende patiëntcategorieën. Door De Witte e.a. (1987) werd de in het Nederlands vertaalde SIP in een drietal onderzoeken beproefd. De SIP kiest voor het meten van de gevolgen van ziekte voor het dagelijks leven in termen van concreet gedrag. Er wordt niet gevraagd naar symptomen, ziektegevoel of -beleving, maar naar feitelijke gedragingen en activiteiten in het dagelijks leven. Dingen, die men ten gevolge van een ziekte of handicap wel, minder of niet meer doet. Het (dys)functioneren in termen van gedrag wordt met de SIP in kaart gebracht. In principe is de gezondheidstoestand op deze wijze ook door anderen met de SIP vast te leggen. De SIP bestaat uit 136 met ja of nee te beantwoorden beweringen/uitspraken over ziekte gerelateerd dysfunctioneren verdeeld in 12 categorieën. Elk item heeft een bepaald gewicht en door de score te delen door het maximaal mogelijke, ontstaat een relatieve score als percentage van het maximale per categorie. Zo kan een totaalscore en een deelscore voor fysiek dysfunctioneren en psychosociaal dysfunctioneren worden berekend. Een interviewer kan de SIP in 20-30 minuten afnemen.

De Nederlandse SIP werd beproefd door 66 patiënten met niet-acute buikklachten uit vijf huisartspraktijken, negen reumapatiënten van een polikliniek en 21 dwarslaesie-, 25 reuma- en 21 CVA-patiënten



uit een revalidatiecentrum te interviewen. Als maat voor de validiteit en de sensitiviteit van de SIP werd een aantal hypothesen geformuleerd over de te verwachten verschillen in scores van verschillende patiëntgroepen. Daarnaast werd de patiënten van het revalidatiecentrum gevraagd naar een eigen beoordeling van gezondheid en de mate waarin de ziekte of aandoening hindert in het dagelijks leven. De scores op de SIP kwamen overeen met de in de hypothesen geformuleerde verwachtingen en correleerde middelmatig tot hoog met de eigen beoordeling van de patiënt. De Witte e.a. concluderen, dat de in het Nederlands vertaalde SIP een waardevol instrument is om valide en betrouwbaar verschillen in functioneren van verschillende patiëntcategorieën vast te leggen.

**Satisfactie** als algemene maat voor kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen kent een aantal bezwaren. Satisfactie over gezondheidszorg is in het algemeen hoog en weinig sensibel voor veranderingen in de zorg. Tevredenheid over de zorgverlening lijkt vooral bepaald door de mate waarin aan verwachtingen wordt voldaan. Naast de kwaliteit van het handelen zelf spelen ook andere factoren een belangrijke rol in verwachtingen die mensen hebben over zorgverlening. De vraag is zelfs of de invloed van algemeen maatschappelijke tendenzen, televisie, tijdschriften, persoonlijke ideeën en achtergrond niet veel bepalender zijn dan het handelen zelf. Ook in de jaren '50 was men tevreden over de gezondheidszorg terwijl deze toen geheel anders was in aard en omvang dan nu. Een andere vraag is in hoeverre het in psychologisch opzicht te verwachten is, dat mensen in staat zijn om genuanceerd de zorg te beoordelen waar men zich afhankelijk van voelt. Wachttijden op een polikliniek van een uur of meer ondanks afspraak worden nog steeds vrijwel zonder morren geaccepteerd. Zo ook vond Jacobs (1985) in een satisfactie-onderzoek onder 65 wijkverpleegkundige patiënten in Eindhoven, dat men in grote mate tevreden was over de zorg ondanks duidelijke verschillen met de door patiënten gewenste situatie. In de titel van deze doktoraalscriptie heeft zij dit tekenend verwoord: "Ik ben tevreden, maar ....". Daarnaast geeft satisfactie van patiënten slechts een indirect en incompleet beeld van de kwaliteit van handelen van de wijkverpleegkundige. Natuurlijk is tevredenheid van patiënten een van de belangrijkste uitgangspunten voor een zo op de care gericht beroep als de wijkverpleging. Maar het is onduidelijk of en in hoeverre tevredenheid van patiënten ook wijst op kwalitatief goede zorg. In de huisartsgeneeskunde wordt veel verwijzen en veel voorschrijven niet gezien als kwalitatief goede zorg, maar het geeft wel een grote tevredenheid bij patiënten. En het activeren van ouderen door de wijkver-

pleging, wat als goede zorg wordt beschouwd, zal patiënten niet altijd tot tevredenheid stemmen.

Satisfactie als algemene maat voor kwaliteit van de wijkverpleging lijkt daarmee van geringe betekenis. Toch zijn er ook facetten van wijkverpleegkundige zorg, die met name door patiënten op kwaliteit kunnen worden beoordeeld. Zaken als de bejegening door de wijkverpleegkundige, de bereikbaarheid, de coördinatie en de continuïteit van de zorg. Op deze facetten toegespitst satisfactie-onderzoek in Nederland werd door ons in de literatuur niet aangetroffen.

Van de bij effectmetingen van thuiszorgprojecten gebruikte outcome-maten lijkt **onvervulde zorgbehoefte** (Unmet Needs) het meest geschikt. Operationalisatie van behoefte aan wijkverpleegkundige zorg is echter een groot probleem. Daarmee is ook het trekken van conclusies op basis van het al dan niet verminderen van de zorgbehoefte een probleem. Hughes e.a. (1988) en Kemper e.a. (1988) zien het verminderen van Unmet Needs als een belangrijk positief effect van de door hen onderzochte experimentele zorg. Geen van beide studies beschrijft hoe Unmet Needs werd geoperationaliseerd. In het onderzoek van Hughes e.a. waren de Unmet Needs na negen maanden verminderd, maar na 48 maanden weer gelijk aan de controlegroep. In het onderzoek van Kemper e.a. daalde de Unmet Needs weliswaar statistisch significant, maar was de daling slechts gering. De conclusie, dat de experimentele zorg de onvervulde zorgbehoefte vermindert, lijkt daarmee op zwakke grond gebaseerd.

Verhaak e.a. (1985) onderzochten de zorgbehoefte onder een drietal categorieën patiënten in Twente en in Zeeland. Zij interviewden 40 chronisch zieken, die thuis werden verpleegd, 40 pas uit het ziekenhuis ontslagen patiënten en 39 voor opname in een bejaardenhuis geïndiceerde ouderen. Zij hanteren in het onderzoek naar de behoefte aan wijkverpleegkundige zorg een zeer brede definitie. In een deels gestructureerd interview met open vragen wordt geprobeerd een zo compleet mogelijk beeld te vormen van de zorgbehoefte op vier onderscheiden zorggebieden. De zorggebieden hadden betrekking op: elementaire factoren als de lichaamsverzorging, het dagelijks functioneren en het huishouden; materiële factoren als aanpassingen, hulpmiddelen en voorzieningen; geestelijke en relationele factoren als problemen in huwelijk, gezin en contact met anderen en sociale omgevingsfactoren als problemen op school/studie, op het werk of met werkloosheid en vrijetijdsbesteding. Op het gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk functioneren bleken de ondervraagde patiënten hulp naar behoefte te ontvangen. Daarnaast werd een deels onvervulde zorgbehoefte geconstateerd op het gebied van materiële, geestelijke en so-

ciale factoren. In de ogen van de onderzoekers zou een deel daarvan juist door de wijkverpleegkundige kunnen worden verleend. Validering van (onvervulde) zorgbehoefte als maat voor kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen vereist een gespecificeerde beschrijving van het deel waarin de wijkverpleging dient te voorzien. Een dergelijke omschrijving van het door de wijkverpleging te bereiken effect ontbreekt. De begrenzing van de wijkverpleegkundige zorg wordt geblokkeerd door het ontbreken van inzicht in kwaliteiten van de zorgverlening. Vraaginductie vormt een verder moeilijk oplosbaar probleem bij het op deze wijze begrenzen van zorgverlening; aanbod van zorg roept vraag naar zorg op. Hoe bepaal je welk deel van de zorgbehoefte door het aanbod is opgeroepen?

#### 4.3. Specifieke outcome maten

In de literatuur worden twee methodes beschreven, waarmee op zorgbehoefte afgestemde outcome als maat voor kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen in Nederland zou kunnen worden ontwikkeld.

Daubert (1979) beschrijft een systeem waarin patiënten afhankelijk van de mogelijkheid tot herstel in categorieën worden ingedeeld: **the Rehabilitation Potential Patient Classification System (RPPCS)**. Er zijn 5 categorieën met van 1 naar 5 een aflopende mogelijkheid tot herstel van de gezondheidstoestand voorafgaand aan de ziekteperiode. Groep 1 betreft patiënten met een acute, niet-chronische, episodegebonden ziekte of functiebeperking. Zij kunnen herstellen tot het niveau van voor de ziekte/aandoening. Groep 3 betreft patiënten met chronische ziekte(n) of functiebeperking(en) die niet kunnen herstellen tot het niveau van de voorafgaande periode. Wel kunnen ze zo ver herstellen, dat er geen wijkverpleegkundige zorg meer nodig is. Groep 5 betreft terminale patiënten, die niet meer zullen herstellen, maar gaan sterven. Elke groep kent een specifiek doel in termen van te bereiken herstel met daarnaast een aantal specifieke subdoelen (bijlage 3). Zo mogelijk bij het eerste en in ieder geval voor het derde contact wordt elke patiënt in een van de 5 categorieën ingedeeld. Bij beëindiging van het contact of stabilisering van het aantal contacten bij chronisch zorgbehoevendenden wordt nagegaan in hoeverre de aan de categorie verbonden doelen zijn bereikt. De methode levert op relatief eenvoudige en weinig tijdkostende wijze voor de wijkverpleegkunde specifieke outcome. Op basis van deze gegevens is een succes-percentages te berekenen waarin wordt rekening gehouden met het vermogen tot herstel bij aanvang van de

zorg. Een dergelijk cijfer vormt daarmee een meer valide maat voor het effect van wijkverpleegkundige zorg, dan morbiditeit en mortaliteit. Harris e.a. (1987) beschrijven een systeem waarbij het RPPCS wordt gekoppeld aan een registratie van de aan de zorg besteedde tijd en kosten. Een dergelijk systeem zou ook een beoordeling van de efficiëntie van de zorg mogelijk maken.

De betrouwbaarheid van uit deze methode voortkomende gegevens is met name afhankelijk van de betrouwbaarheid van de indeling in een van de vijf categorieën. De specificiteit van de categorieën speelt daarin een cruciale rol. Ter bepaling van de betrouwbaarheid van deze methode zou verder onderzoek noodzakelijk zijn.

De validiteit van deze outcome-bepaling als maat voor de kwaliteit van de wijkverpleging lijkt groter dan van tot nu toe beschreven outcome-maten. De methode meet immers in hoeverre door de wijkverpleging zelf gestelde doelen worden gehaald. Een deel van de validiteit van outcome als maat voor de kwaliteit van het handelen is echter niet opgelost. De vraag in hoeverre het effect is toe te schrijven aan het handelen van de wijkverpleegkundige, aan andere hulpverleners, de patiënt of aan het natuurlijk beloop, blijft moeilijk te beantwoorden.

Lalonde (1987) kiest een ander uitgangspunt in het zoeken naar outcome als maat voor kwaliteit van zorg. Zij ontwikkelde de **General Symptom Distress Scale (GSDS)**. Deze gaat uit van 11 algemene klachten/symptomen. In een enquête onder 40 home care agencies werd gevraagd naar algemene klachten/symptomen, die veel voorkomen en door Home Care zouden moeten worden verholpen, verlicht of opgevangen. Een commissie van experts stelde op basis van deze enquête een lijst op van 11 klachten/symptomen. Deze 11 werden door de commissie van belang geacht voor de zorg. Zij kwamen frequent voor en waren eenvoudig op te vangen of kwamen minder frequent voor, maar waren voor patiënt/familie zeer vervelend en door home care eenvoudig op te vangen. Elke klacht/symptoom krijgt, afhankelijk van de mate waarin het leven van de patiënt wordt verstoord, een ernstgraad: (1) opgelost, de laatste drie dagen geen last gevend, (2) niet opgelost, maar kan makkelijk genegeerd worden, (3) niet te negeren, geeft gedurende minder dan de helft van de tijd dat de patiënt wakker is last, (4) niet te negeren en geeft gedurende meer dan de helft van de tijd last (bijlage 4). De GSDS werd beproefd in een onderzoek onder 130 patiënten uit vier home care agencies: 27 met een CVA, 57 met chronisch obstructief longlijden of decompensatio cordis en 46 met kanker.

Door 1 op de 5 patiënten ook telefonisch te ondervragen, kon een in-

terrorator-betrouwbaarheid van 91,5% worden berekend. Dit wijst op een voldoende specificiteit van klachten/symptomen en ook van de er aan gekoppelde ernstgraden om de GSDS betrouwbaar af te nemen. Een test-retest betrouwbaarheid werd nog niet onderzocht. Bij gebruik van de GSDS in kwaliteitsbewaking, bij herhaald gebruik op verschillende tijdstippen lijkt deze test-retest betrouwbaarheid echter van groot belang.

De inhoudsvaliditeit van de GSDS lijkt gewaarborgd door de betrokkenheid van de beroepsgroep in de ontwikkeling. Om de test nader te valideren, werd een aantal hypothesen getoetst met betrekking tot de uitkomsten voor de verschillende patiëntgroepen. De sensitiviteit, de gevoeligheid voor verbetering van klachten/symptomen werd niet onderzocht.

Geconcludeerd wordt dat de GSDS een betrouwbaar af te nemen en valide instrument is om te bepalen in hoeverre home care 11 belangrijke klachten/symptomen behandelt. Daarmee lijkt het een waardevol instrument om in kwaliteitsbewaking te gebruiken. Wel merkt Lalonde op, dat het vinden van veel ernstig belemmerende klachten niet noodzakelijkwijs op slechte zorg duidt: "..., many factors other than home care influence outcome for home care clients".

Het Rehabilitation Potential Patient Classification System noch de General Symptom Distress Scale zijn direct bruikbaar als meetinstrument voor de kwaliteit van het wijkverpleegkundig handelen in Nederland. Wel lijken de voor deze instrumenten gebruikte methodes om te komen tot outcome als maat voor kwaliteit ook in de Nederlandse situatie toepasbaar.

### **Samenvattend**

Outcome is moeilijk als valide maat voor kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen te gebruiken. Wijkverpleegkunde is gericht op het verlenen van zorg en ondersteuning (care) en niet zozeer op het genezen (cure). En een wijkverpleegkundige is zelden of nooit de enige in de situatie betrokken hulpverleen(s)ter.

Het Rehabilitation Potential Patient Classification System van Daubert (1979) en de General Symptom Distress Scale van Lalonde (1987) zijn gebaseerd op methodes, die geschikt lijken om specifieke outcome maten voor de wijkverpleging in Nederland te ontwikkelen.



## 5. HET PREVENTIEF HANDELEN VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

In deze literatuurstudie ligt de nadruk door gebrek aan ander onderzoek op de verpleegkundige aspecten van wijkverpleging. Onderzoek naar het op preventie gericht deel van het werk is er niet of nauwelijks. Onderzoek naar process-kenmerken van dit deel van de zorg werd in de literatuur niet aangetroffen. Met betrekking tot outcome als maat voor de kwaliteit van het preventief handelen zijn een paar onderzoeken gevonden.

In de 'Inventarisatie 1987' van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten binnen het kruiswerk wordt een klein aantal rapporten vermeld over algemeen satisfactie-onderzoek naar het functioneren van een aantal consultatiebureaus voor 0-4-jarigen. Daarnaast worden blijkens deze inventarisatie op een aantal plaatsen verschillende screeningsmethoden voor visus-, gehoor-, of ontwikkelingsstoornissen op hun effecten onderzocht.

Een groot probleem bij onderzoek naar kwaliteit van het preventief handelen wordt gevormd doordat dit op verschillende plaatsen op verschillende wijzen wordt ingevuld. Zo deed Vorst-Thijssen (1987) een enquête-onderzoek naar het functioneren van 365 consultatiebureaus. Zij enquêteerde 160 wijkverpleegkundigen, 52 consultatiebureauartsen, 106 huisartsen met consultatiebureaus, 184 huisartsen zonder bureau en 919 ouders met kinderen die een bureau bezochten. Blijkens dit onderzoek bestaan er grote verschillen in de organisatie van consultatiebureaus en ook in de taakverdeling tussen artsen en wijkverpleegkundigen. Aan kwaliteit van zorg gerelateerde criteria werden node gemist.

Combs-Orme e.a. (1985) vonden in de literatuur van 1960 tot 1984 een achttal onderzoeken naar het effect van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) door public health nurses. De onderzoeken hebben betrekking op het effect van preventieve huisbezoeken en experimentele vormen van voorlichting en opvoeding van verschillende groepen jonge moeders. De helft van de onderzoeken maakte gebruik van een design met een pre- en posttest en een controlegroep. Geen van de acht hanteerde een theoretische basis op grond waarvan verwacht kon worden dat het onderzochte handelen de moeders zou beïnvloeden. Het onderzochte handelen/de gebruikte onderwijsvormen worden onvoldoende geëxpliciteerd. De beschrijvingen bleven beperkt tot weinig specifieke uitspraken: de moeders werden bezocht en kregen informatie op basis van individuele behoefte. De betrouwbaarheid en validiteit

werden niet of nauwelijks beschouwd. En de statistische kracht, de waarschijnlijkheid om op correcte wijze effecten van (be)handelen te vinden, schiet door de kleine aantallen moeders te kort om kleine verschillen vast te stellen. Ondanks alle methodologische problemen concluderen Combs-Orme e.a., dat er aanwijzingen zijn, dat public health nurses met GVO de kennis en het gedrag van moeders kunnen beïnvloeden. Ondanks de gebrekkige statistische kracht vindt een enkel onderzoek toch effecten in deze zin. Zij pleiten voor onderzoek met betere designs. Het onderzochte handelen zou beter moeten aansluiten op de behoeften/gebreken van risicogroepen. De maat voor het effect zou meer moeten overeenkomen met het door het handelen te verwachten effect. Methodologisch goed onderzoek laat blijkens deze studie nog op zich wachten.

Hendriksen e.a. (1984) onderzochten het effect van preventieve huisbezoeken aan ouderen door home nurses. Gedurende drie jaar werden 285 at random geselecteerde thuiswonende mensen van 75 jaar en ouder uit een voorstad van Kopenhagen elke drie maanden bezocht. Tijdens de visites werd de zorgbehoefte op medisch en sociaal gebied vastgesteld middels een gestructureerde vragenlijst. Bij onvervulde zorgbehoefte zorgde de interviewer/onderzoeker voor contact met de benodigde zorgverlening. Tijdens de laatste drie maanden werden ook 287 andere at random geselecteerde ouderen bezocht en geïnterviewd. Bij aanvang van het onderzoek was er geen verschil tussen de twee groepen met betrekking tot leeftijd, geslacht en huwelijkse staat. Na drie jaar bleek, dat in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (1) minder mensen stierven (56-75;  $p < 0,05$ ), dat (2) mogelijk minder mensen in een verpleeghuis werden opgenomen (20-29;  $p > 0,05$ ) en dat (3) er minder ziekenhuisopnames nodig waren (219 = 4.884 beddagen versus 271 = 6.442 beddagen;  $p < 0,01$ ). Het aantal contacten met de huisarts was voor beide groepen gelijk. Het aantal eerste hulp contacten was echter duidelijk lager in de interventiegroep (30-60;  $p < 0,05$ ). De auteurs concluderen, dat preventieve huisbezoeken aan ouden van dagen een positief effect hebben op de gezondheid van ouderen. Waardoor dit effect wordt bereikt, is op basis van dit onderzoek niet vast te stellen. Met name het vertrouwen tussen home nurse en oudere speelt in de ogen van de onderzoekers een grote rol. Ouderen zouden zich daardoor actiever opstellen bij het zoeken van de nodige hulp. De gezondheidstoestand zou daardoor minder snel achteruitgaan en/of ontsporen (zie ook: Van Rossum en Frederiks, 1988).

Over de betrouwbaarheid van de gegevens worden geen uitspraken gedaan. Een belangrijk probleem voor de validiteit van de conclusies



is het ontbreken van gegevens over de gezondheidstoestand van beide groepen bij aanvang van het onderzoek. Aan de Rijksuniversiteit Limburg wordt dit onderzoek naar effecten van preventief bejaardenbezoek momenteel 'herhaald'. Afgezien van de mogelijke kritiek op het onderzoek laat het zien, dat methodologisch goed onderzoek naar het effect van het preventief werk van de wijkverpleging wel degelijk mogelijk is.

Daarnaast is opvallend, dat mortaliteit en het aantal ziekenhuisopnames in dit onderzoek wel verschillen tonen. Bij effectmetingen van thuiszorgprojecten kwamen deze outcome-maten als weinig sensibel naar voren. Mogelijk is de sensibiliteit van dit soort maten voor effecten van preventieve zorg wel voldoende. De geheel andere doelgroep zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. De bij de thuiszorgprojecten betrokken mensen waren ouder, maar met name ook veel hulpbehoevender dan in het onderzoek van Hendriksen e.a.. De hulp in thuiszorgprojecten wordt verleend in een situatie waarin de gezondheidstoestand al flink is achteruitgegaan.

Ook onderzoek naar mogelijkheden om risicogroepen op te sporen zijn in de literatuur niet of nauwelijks aangetroffen. Combs-Orme e.a. (1985) deden op basis van literatuuronderzoek de aanbeveling preventieve programma's meer specifiek op bepaalde risicogroepen af te stemmen. Het meetbaar effect en ook de efficiëntie van GVO zou daarmee groter worden. Ook in effectonderzoek van home care programma's (Kemper e.a., 1988, Hughes e.a., 1987) wordt geconcludeerd dat het effect en de efficiëntie van home care door betere afstemming op risicogroepen verbeterd zou kunnen worden. De mogelijkheid om over kwaliteit van zorg op basis van outcome te oordelen wordt aldus beïnvloed door de afstemming van het programma op de bedoelde risicogroep.

Wolinsky e.a. (1986) beschrijven een methode om ouderen te screenen op aan voeding gerelateerde gezondheidsrisico's: the Nutritional Risk Index (NRI). Deze bestaat uit een korte vragenlijst (16 items), die gemakkelijk ook door leken kan worden afgenomen. De NRI is onder 401 at random geselecteerde thuiswonende ouderen (> 65 jaar) in St. Louis, Verenigde Staten, op betrouwbaarheid en validiteit getoetst. De betrouwbaarheid in de zin van interne consistentie en test-retest was hoog. De validiteit werd middels factoranalyse en vergelijk van scores op andere outcome-maten beproefd (ADL, IADL, ervaren gezondheid, gebruik van gezondheidszorgdiensten). De conclusie was, dat een hogere score op de NRI een slechtere gezondheid betekende in de zin van andere meetmethoden en gepaard ging aan een hoger gebruik

van gezondheidsdienstverlening.

De onderzoekers achten het noodzakelijk om de methode ook in andere situaties, verpleeg- en ziekenhuizen te toetsen. Zij menen, dat de NRI uit dit onderzoek naar voren komt als een valide en betrouwbaar meetinstrument om bijvoorbeeld ouderen te screenen op gezondheidsrisico's.

Samenvattend kunnen we zeggen, dat naar de kwaliteit en het effect van het op preventie gerichte deel van het werk van de wijkverpleging weinig onderzoek verricht is. Ondanks methodologische problemen lijkt onderzoek naar deze aspecten wel degelijk mogelijk. Het weinige verrichte onderzoek lijkt te wijzen op een ook met weinig sensibele maten meetbaar effect van het preventief handelen van de wijkverpleegkundige.

## 6. SAMENVATTING

Veranderende vraag en veranderend beleid zetten het werk van de wijkverpleging in toenemende mate onder druk. De noodzaak om omvang en inhoud van wijkverpleegkundige zorg af te grenzen en te expliciteren wordt daardoor benadrukt. In dit literatuuronderzoek is nagegaan wat al bekend en beproefd is om kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen te meten. Het zoeken is geconcentreerd op maatgeving voor de deugdelijkheid van het handelen zelf. De leidraad in dit onderzoek wordt gevormd door het theoretisch concept van Avedis Donabedian over het meten van kwaliteit in de gezondheidszorg. Volgens dit concept is meten van kwaliteit op drie niveaus mogelijk: structure, process en outcome. Structure staat voor voorwaarden van zorg, process voor hetgeen plaatsvindt tussen patiënt en hulpverleen(s)ter en outcome voor het effect van de zorg.

De relatie tussen structure en kwaliteit van wijkverpleegkundig handelen is onduidelijk en weinig toegankelijk voor wetenschappelijk onderzoek. Gaat verschuiving van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn, verzwaring van taken ten koste van kwaliteit? Ter beantwoording van deze en soortgelijke vragen is vooral een valide en betrouwbare maatgeving nodig met betrekking tot de kwaliteit van het handelen zelf (process) en het effect daarvan (outcome). Meten op structure-niveau blijft daarom buiten beschouwing van dit literatuuronderzoek.

Op grond van de theorie zou maatgeving voor process-kenmerken van zorg een centrale rol moeten spelen in het oordeel over de kwaliteit van zorg. Onduidelijkheid met betrekking tot het doel en het effect van verpleegkundig handelen, beperkt de validiteit en betrouwbaarheid van oordelen over kwaliteit op basis van processkenmerken. De meest harde maat bestaat uit consensus van de beroepsgroep.

Van Bergen, Hollands en Nijhuis (1977) ontwikkelden voor de tweede lijn een instrument om kwaliteit van verpleegkundig handelen op processniveau te meten: het kwaliteitsprofiel. Het verpleegkundig handelen wordt hierin op drie dimensies beoordeeld: coördinatie van zorg (27 criteria), instrumenteel-technische aspecten (70 criteria) en agogische aspecten van zorg (42 criteria). Zowel Appelman (1985) als Van der Bom e.a. (1987) gebruikten een voor de wijkverpleging aangepast profiel in een onderzoek onder een beperkte groep wijkverpleegkundigen. Lacko (1987) ontwikkelde een ingekorte versie van het profiel op basis van het onderscheidend vermogen van de verschillen-

de criteria. Het profiel wordt geacht een compleet beeld te geven van de kwaliteit van het verpleegkundig handelen. Gezien de mogelijke aanpassingen en vooral ook de ervaring met soortgelijke instrumenten in de Verenigde Staten (Ventura e.a., 1982) lijkt het niet reëel te veronderstellen dat een enkel instrument alle dimensies van zorg kan omvatten. In opzet en door de aandacht voor verschillende dimensies van zorg lijkt een aangepast profiel een geschikt instrument om deelaspecten van wijkverpleegkundige zorg op kwaliteit te toetsen.

Een voor de wijkverpleging specifiek probleem met betrekking tot de aanpassing en/of ontwikkeling van meetinstrumenten is het ontbreken van gevalideerde criteria en standaarden. Beschrijvingen op meetbaar niveau van voor kwaliteit van zorg bepalende aspecten 'criteria' en normen in de zin van waar de grens ligt tussen goede en slechte zorg 'standaarden' zijn er niet of nauwelijks. De Nationale Kruisvereniging initieerde een onderzoek, dat via de Delphi-methode criteria en standaarden wil ontwikkelen (Appelman, 1988). De resultaten zullen in mei 1989 ter beschikking komen.

Daarnaast wordt er momenteel in het kader van kwaliteitsbewaking geëxperimenteerd met onder andere de door Mastbergen (1987) ontwikkelde Basis/buurt Gebonden Toetsing (BGT). Deze is expliciet op de ontwikkeling van criteria en standaarden gericht. Toetsing gebeurt per onderwerp/onderdeel van het handelen. Criteria en standaarden worden door het team zelf geformuleerd en in de praktijk getoetst. De methode benadrukt een concrete formulering van criteria. De BGT lijkt een geschikte methode voor de ontwikkeling van criteria en standaarden vanuit de basis vanuit de werkers in het veld.

Het te bereiken effect van wijkverpleegkundige zorg is moeilijk in meetbare outcome weer te geven. Wijkverpleegkunde richt zich op het verlenen van zorg (care) en niet zozeer op het genezen van mensen (cure). De vooral in de Verenigde Staten gebruikte outcome-maten ter evaluatie van thuiszorgprojecten zijn veelal ongeschikt als maat voor de kwaliteit van het wijkverpleegkundig handelen. Een voor de ontwikkeling van valide outcome-maten noodzakelijke omschrijving van het deel van de zorg waarin de wijkverpleging zou moeten voorzien ontbreekt. In de literatuur worden twee methodes beschreven waarmee op het effect van zorgverlening afgestemde maten voor wijkverpleegkundig handelen in Nederland ontwikkeld zouden kunnen worden.

Daubert (1979) beschrijft een systeem waarin patiënten bij aanvang van de zorg afhankelijk van de mogelijkheid tot herstel in categorieën worden ingedeeld: the Rehabilitation Potential Patient Classi-

fication System (RPPCS). Bij beëindiging van het contact of stabilisering van het aantal contacten bij chronisch zorgbehoevenden wordt nagegaan in hoeverre het aan elke categorie verbonden effect is bereikt. Op basis van dit systeem is het mogelijk een succes-percentage te berekenen waarin rekening wordt gehouden met de bij aanvang van zorg aanwezige mogelijkheid tot herstel. De betrouwbaarheid en validiteit van dit systeem moeten nog verder onderzocht worden. De validiteit lijkt in ieder geval hoger dan van maten als morbiditeit en mortaliteit.

Lalonde (1987) ontwikkelde de General Symptom Distress Scale (GSDS). In deze toets wordt nagegaan in hoeverre 11 algemene klachten/symptomen door home care worden behandeld, opgevangen of verlicht. De lijst van 11 werd opgesteld door een panel van experts naar aanleiding van een enquête onder home care organisaties. In de enquête werd gevraagd naar algemene klachten/symptomen, die frequent voorkomen en waar home care iets aan zou moeten doen. Elke klacht of symptoom krijgt in het systeem een ernstgraad die afhankelijk is van de mate waarin het leven van de patiënt wordt verstoord. De GSDS lijkt een potentieel waardevol instrument voor kwaliteitsbewaking. De test-retest betrouwbaarheid werd niet onderzocht. De validiteit met betrekking tot het al dan niet verbeteren van de 11 klachten/symptomen lijkt hoog. Het grote probleem blijft in hoeverre het effect door verpleegkundige zorg wordt bepaald en in hoeverre door andere factoren (natuurlijk beloop, de dokter).

Onderzoek naar de kwaliteit van het op preventie gerichte deel van het wijkverpleegkundig handelen blijkt niet of nauwelijks te zijn verricht. Combs-Orme e.a. (1985) vonden in de literatuur een achttal onderzoeken naar het effect van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) van jonge moeders door Public health nurses. Methodologisch waren alle acht onderzoeken gebrekkig opgezet. De statistische kracht was door de kleine onderzoekspopulatie te klein om meer dan grote verschillen op te sporen. Toch bevatten de onderzoeken aanwijzingen voor een positief effect van GVO op kennis en gedrag van jonge moeders.

Hendriksen e.a. (1984) onderzochten het effect van preventieve huisbezoeken aan ouderen door home nurses. Gedurende drie jaar werden 285 ouderen in een randomized controlled trial elke drie maanden bezocht door een home nurse. Na drie jaar was met name de mortaliteit en het aantal en de duur van opnames in het ziekenhuis in de interventiegroep duidelijk lager dan in de controlegroep. Afgezien van de mogelijke kritiek op dit onderzoek laat het zien, dat onderzoek naar

het effect van het op preventie gericht deel van het wijkverpleegkundig handelen met een methodologisch goede opzet wel degelijk mogelijk is. Het onderzoek lijkt te wijzen op een ook met weinig sensibele maten meetbaar effect.

### **Concluderend**

Voor de Nederlandse situatie lijkt het kwaliteitsprofiel van Van Bergen e.a. (1977) een geschikt model voor de ontwikkeling van een soortgelijk instrument voor de toetsing van kwaliteit van deelaspecten van het wijkverpleegkundig handelen. De ontwikkeling van de daartoe benodigde criteria en standaarden is ingezet. Enerzijds door op de Delphi-methode gebaseerd ontwikkelingsonderzoek. Anderzijds door een experiment met de Basis/Buurt Gebonden Toetsing (Lapré, 1988).

Daubert (1979) en Lalonde (1987) beschrijven twee mogelijk ook voor de Nederlandse situatie geschikte methodes om tot outcome als maat voor wijkverpleegkundige zorg te komen.

Onderzoek naar de kwaliteit van het wijkverpleegkundig handelen zal zich in eerste instantie moeten concentreren op de ontwikkeling van daartoe betrouwbare en valide meetinstrumenten.

Onderzoek naar het op preventie gericht deel van de wijkverpleging is niet of nauwelijks verricht. Contrasterend hiermee suggereert het weinig verrichte onderzoek een duidelijk positief effect van het preventief handelen van de wijkverpleegkundige.

## LITERATUUR

- APPELMAN, A.N. Deeltijdarbeid bij de wijkverpleging: patiënt de dupe? Scriptie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985
- APPELMAN, A.N., B. VAN BERGEN, L. HOLLANDS, H. LIGTENBERG. Onderzoek naar kwaliteit. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16, 1988, nr. 4, p. 22-23
- BERGEN, B. VAN, L. HOLLANDS, H. NIJHUIS. De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel. Lochem: De Tijdstroom B.V., 1977
- BOM, P. VAN DE, N. BURGERS, M. VAN DODEWAARD, B. VAN DER KLEYN, S. KOERS, H. HOOL, M. VAN DER MEY, B. STAVAST, M. WIJNGAARDS. Een standaard-verpleegplan bij de met insuline behandelde diabetespatiënt in de thuissituatie. Nijmegen: Katholieke Hoge School voor Verpleegkunde, 1987
- BUCHEM, F.L., J.H.M. DUNK, M.A. VAN 'T HOF. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics or neither? The Lancet; 2, 1981, p. 883-888
- CBO. 15 verpleegkundige onderwerpen in criteria weergegeven. Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, 1987
- COMBS-ORME, T., J. REIS, L. WARD. Effectiveness of home visits by public health nurses in maternal and child health: an empirical review. Public Health Reports; 100, 1985, nr. 5, p. 490-499
- DAUBERT, E. Patient classification system and outcome criteria. Nursing Outlook; 27, 1979, p. 450-454
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966, p. 166-206
- DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration Press Ann Arbor Michigan; 1, 1980
- GIEBING, H. Kwaliteitstoetsing voor en door verpleegkundigen. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does, 1987
- GREENE, V.L. Nursing home admission risk and the cost-effectiveness of community-based long-term care: a framework for analysis. Health Services Research; 22, 1987, nr. 5, p. 655-669
- HARRIS, M.D., D.A. PETERS, Y. JOAN. Relating quality and cost in a home health care agency. Quality Review Bulletin; 1987, p. 175-181
- HEDRICK, S.Th. The effectiveness and cost of home care: an information synthesis. Health Services Research; 20, 1986, nr. 6, p.

- 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, p. 1522-1524
- HOLLANDS, L., B. VAN BERGEN. Kwaliteitsmeting nog gebrekkig van kwaliteit. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*; 15, 1987, nr. 11, p. 12-14
- HUGHES, S.L. Apples and oranges?: a review of evaluations of community-based long-term care. *Health Services Research*; 20, 1985, nr. 4, p. 461-488
- HUGHES, S.L., L. MANHEIM, P. EDELMAN, K. CONRAD. Impact of long-term home care on hospital and nursing home use and cost. *Health Services Research*; 22, 1987, nr. 1, p. 19-47
- HUGHES, S.L., K. CONRAD, L. MANHEIM, P. EDELMAN. Impact of long-term home care on mortality, functional status and unmet needs. *Health Services Research*; 23, 1988, nr. 2, p. 269-294
- JACOBS, I. Ik ben tevreden, maar .... Doktoraalscriptie. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1985
- KATZ, S., P. VIGNOS, R. MORKOWITZ, H. THOMPSON, K. SVEC. Comprehensive out patient care in rheumatoid arthritis. *Journal of the American Medical Association*; 206, 1968, nr. 6, p. 1249-1254
- KEMPER, P. e.a. The evaluation of the national long term care demonstration. *Health Services Research*; 23, 1988, nr. 1, p. 1-173
- KERKSTRA, A., A. DE WIT. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden: instrumentontwikkeling. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1987
- KEURENTJES, M. Standaardverpleegplan: gevaar en perspectief. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*; 14, 1986, nr. 11, p. 8-11
- LACKO, B.J.S. Vragenlijst verpleegkwaliteit: een instrument ter beoordeling van de verpleegkundige zorg, gebaseerd op een kwaliteitsprofiel. *Verpleegkunde*; 1, 1987/1988, p. 4-14
- LALONDE, B. The general symptom distress scale: a home care outcome measure. *Quality Review Bulletin*; 1987, p. 243-250
- LANG, N.M. A model for quality assurance in nursing. Marquette University Milwaukee, doctoral thesis, 1974
- LAPRÉ, F., J. RUTTEN. Kwaliteitsbewaking in de wijkverpleging. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*; 42, 1988, nr. 17, p. 555-557
- MASTBERGEN, W. Kwaliteit toetsen in de wijk. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*; 15, 1987, nr. 1, p. 9-12
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kwaliteitsbewaking in de wijkverpleging.



Serie zorgverlening nr. 12. Bunnik, 1986

- RENGELINK-VAN DER LEE, J.H. Het meten van de kwaliteit van verloskundige zorg. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1988
- RENGELINK-VAN DER LEE, J.H. Kwaliteit in de huisartsgeneeskunde. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1988
- ROSSUM, H.J.L. van, C.M.A. Frederiks. Heeft preventief ouderenbezoek door wijkverpleegkundigen zin? De Nederlandse discussie en buitenlands onderzoek. Tijdschrift Gerontologische Geriatrie; 19, 1988, p. 3-6
- VENTURA, M., P. HAGEMAN, M. SLAKTER, R. FOX. Correlation of two quality of nursing care measures. Research in Nursing and Health; 5, 1982, p. 37-43
- VERHAAK, P.F.M., J.T. BUSSCHBACH, D. KORTENHOEVEN. Behoeftte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1985
- VORST-THIJSSSEN, T.M.L. De zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek naar de eerstelijnsgezondheidszorg, 1987
- WILLIAMSON, J.W. Evaluating quality of patient care: a strategy relating outcome and process assessment. Journal of the American Medical Association; 218, 1971, nr. 4, p. 564-569
- WITTE, L. DE., H. JACOBS, F. VAN DER HORST, A. LUTTIK, J. VORSTEN, H. PHILIPSEN. De waarde van de sickness impact profile als maat voor het functioneren van patiënten. Gezondheid en Samenleving; 8, 1987, nr. 2, p. 120-127
- WOLINSKY, F., R. COE, M. CHAVER, J. PRENDERGAST, D. MILLER. Further assessment of the reliability and validity of a nutritional risk index: analysis of a three wave panel study of elderly adults. Health Services Research; 20, 1986, nr. 6, p. 977-990



## BIJLAGEN



## BIJLAGE 1: HET KWALITEITSPROFIEL

### Lijst K Coördinatie van zorg

#### K.1 ANAMNESE

1. Van elke patiënt moeten de volgende gegevens, die van belang zijn voor z'n verpleging schriftelijk vastgelegd zijn (verpleegkundige anamnese):

- De kennis, die de patiënt over z'n ziekte heeft en verwachtingen van de opname;
- De lichamelijke en psychische gesteldheid van de patiënt;
- De mate van zelfzorg en mobiliteit die de patiënt aankan;
- Eventuele lichamelijke tekortkomingen zoals zintuigstoornissen, allergieën en eventuele prothesen;
- Eventuele belangrijke gewoonten van de patiënt m.b.t. eten, drinken, slapen, uitscheiding, ontspanning of levensbeschouwing;
- Bijzonderheden over de thuissituatie.

- \* a. Ga in de administratie na of dergelijke gegevens ook voor het grootste deel schriftelijk zijn vastgelegd.
- minstens vijf schriftelijk (2)
  - minstens vier (1)
  - minder dan vier (0)

- \* b. Ga na of al de genoemde gegevens bekend zijn. Daartoe moeten de volgende vragen beantwoord kunnen worden, hetzij uit de administratie (bij schriftelijke vastlegging), hetzij door de verantwoordelijke verplegende (A):

- Wat weet de patiënt over z'n ziekte en wat verwacht hij van z'n opname?
- Hoe voelt de patiënt zich (lichamelijk en psychisch)?
- In hoeverre is de patiënt mobiel en kan hij voor zichzelf zorgen?
- Heeft de patiënt nog lichamelijke tekortkomingen (zintuigstoornissen, allergieën, prothesen)?
- Heeft de patiënt nog bijzondere gewoonten bij eten, drinken, slapen, uitscheiding, ontspanning of levensbeschouwing?
- Zijn er nog bijzonderheden over de thuissituatie?

- Indien alle zes vragen beantwoord kunnen worden; - compleet (2)
- Indien vier of vijf vragen beantwoord kunnen worden; - incompleet (1)
- Indien minder dan vier vragen beantwoord kunnen worden. - onvoldoende (0)

## Lijst A      Agogische aspecten van verpleging

### A.1 DE PATIËNT MOET ZICH BEVINDEN IN EEN AGOGISCH GEPREFORMEERD VELD

#### A.1.1 DE PATIËNT MOET VOLDOENDE GELEGENHEID HEBBEN OM Z'N EIGEN PERSONALITEIT TE BELEVEN

1. Het verplegend personeel moet zich bij het eerste contact aan de patiënt voorstellen.

\* Vraag aan de patiënt:

- 'Stellen de verplegenden zich aan u voor, als u ze voor het eerst ontmoet?'
- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| - <u>altijd</u>          | (2) |
| - <u>meestal</u>         | (1) |
| - <u>zelden of nooit</u> | (0) |

2. Bezoek moet gewerd en toegelaten worden naar wens van de patiënt.

\* Vraag aan de patiënt:

- 'Heeft u wel eens hulp van de verplegenden gevraagd om bezoek tegen te houden, wanneer u geen drukte wilt of ze juist toe te laten wanneer u daar behoefte aan heeft?' Zo nee:
- |                 |     |
|-----------------|-----|
| - <u>n.v.t.</u> | (-) |
|-----------------|-----|
- Zo ja, vraag vervolgens:
- 'Helpen ze u dan ook om het bezoek naar uw zin te regelen?'
- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| - <u>altijd</u>          | (2) |
| - <u>meestal</u>         | (1) |
| - <u>zelden of nooit</u> | (0) |

3. Een patiënt moet de mogelijkheid hebben om een vertrouwelijk gesprek te voeren, als hij dat wil.

\* Vraag aan de patiënt:

- 'Ik zou graag weten of u hier ooit met één of meer van de volgende personen een vertrouwelijk gesprek heeft willen voeren:
- |                                 |   |                         |       |
|---------------------------------|---|-------------------------|-------|
| - met een familielid of kennis; | } | Zo nee: - <u>n.v.t.</u> | ( - ) |
| - met een verplegende;          |   |                         |       |
| - met een arts;                 |   |                         |       |
| - met een pastor;               |   |                         |       |
| - met een andere patiënt.       |   |                         |       |
- Zo ja, vraag vervolgens:
- 'Was het dan ook mogelijk om een vertrouwelijk gesprek te voeren?'
- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| - <u>altijd</u>          | (2) |
| - <u>meestal</u>         | (1) |
| - <u>zelden of nooit</u> | (0) |

4. Bij onderzoek of behandeling in bed moet de patiënt zo goed mogelijk worden afgezonderd.

\* Vraag aan de patiënt:

- 'Bent u wel eens in bed onderzocht of behandeld?'

## Lijst I.T.                      Instrumenteel-technische aspecten van verpleging

### I.T.1 ER MOET AANDACHT ZIJN VOOR HET LICHAAMELIJK WELBEVINDEN VAN DE PATIËNT EN VOOR RUST IN Z'N OMGEVING

1. Voor patiënten, die dit niet zelf kunnen, moet dagelijks het haar gekamd worden.

- \* Vraag aan de patiënt (nadat deze gewassen is):  
 'Kunt u zelf uw haar kammen?'                      Zo ja: - n.v.t.                      (-)  
 Zo nee, vraag vervolgens:  
 'Heeft iemand, bijv. een verplegende, vandaag - ja                      (2)  
 uw haar gekamd?'    - nee    (0)

2. Verplegenden moeten aandacht schenken aan klachten van de patiënt over pijn, misselijkheid, braken e.d.

- \* Vraag aan de patiënt:  
 'Heeft u de afgelopen dagen pijn gehad of zich misselijk gevoeld?'                      Zo nee: - n.v.t.                      (-)  
 Zo ja, vraag vervolgens:  
 'Heeft u hierover iets aan een verplegende verteld?'    Zo nee: - n.v.t.                      (-)  
 Zo ja, vraag vervolgens:  
 'Is er aandacht aan uw klacht besteed?'                      - ja    (2)  
    - nee    (0)

3. Verplegingsartikelen, zoals verband e.d., die de patiënt niet nodig heeft, mogen ook niet los op z'n bed, kastje of bedtafelteje achtergelaten worden.

- \* Observer, nadat het bed is opgemaakt, of er - geen overbodig  
 ook overbodig materiaal ligt; het gaat daar - materiaal                      (2)  
 bij niet om zaken, die de patiënt er zelf - wel overbodig  
 heeft neer gelegd.    materiaal    (0)

4. De bel, waarmee verplegenden opgeroepen kunnen worden, moet binnen handbereik van de patiënt zijn.

- \* Vraag aan de patiënt:  
 'Kunt u bij de bel om een verplegende op te roepen?'                      - ja    (2)  
    - moeilijk    (1)  
    - nee    (0)

5. De patiënt moet zelf een bedlampje aan kunnen doen.

- \* Observer of er een lampje is bij het bed van de patiënt.    Zo nee: - nee    (0)





## **BIJLAGE 2: HET VERBINDEN VAN WONDEN**

### **Criteria voor het verbinden van wonden**

#### **Criteria ten aanzien van de structuur:**

- Wat aanwezig moet zijn:
  - \* verbandmiddelen;
  - \* desinfectans;
  - \* steriel pincet;
  - \* handschoenen;
  - \* afvalzak;
  - \* eventueel voorgeschreven vloeistof (bij nat verband);
  - \* dienblad;
- De behandeling dient uitgevoerd te worden door tenminste een bevoegde eerstejaars leerlingverpleegkundige.

#### **Criteria ten aanzien van het proces:**

- De handeling moet tenminste een keer per dag worden uitgevoerd.
- De handeling dient uitgevoerd te worden terwijl de patiënt in zijn/haar bed ligt of op een onderzoektafel of brancard.
- De patiënt dient de eerste keer voordat de behandeling uitgevoerd wordt, geïnformeerd te worden.
- In de verpleegkundige verslaglegging dient gerapporteerd te worden dat de patiënt geïnformeerd is.
- Voor iedere verbandwisseling dient de patiënt geïnformeerd te worden dat deze plaats gaat vinden.
- Nadat een verbandwisseling heeft plaatsgevonden, dient dit in de verpleegkundige verslaglegging genoteerd te worden.
- De patiënt wordt tijdens en direct na de behandeling geïnformeerd over de toestand van de wond.
- De handeling dient volgens het werkmethode-boek uitgevoerd te worden.

#### **Criteria ten aanzien van het produkt:**

- Middels de handeling krijgen arts en verpleegkundige(n) informatie over het genezingsproces van de wond.
- Middels deze handeling kan eventuele infectie voorkomen worden.
- De handeling biedt bescherming van het linnengoed en van de kleding van de patiënt.
- De handeling dient een geruststellende werking te hebben.



### **BIJLAGE 3: THE REHABILITATION POTENTIAL PATIENT CLASSIFICATION SYSTEM: CHARACTERISTICS OF PATIENT GROUPS**

#### **Group I**

Patients with acute, nonchronic, episodic-type disease or disability who will return to pre-illness level of functioning. For example, those with a wound infection, fracture, pneumonia, poor nutritional habits, G.I. disorder, uncomplicated surgical procedure. The ultimate program objective for this group is complete elimination of the existing health problem or need for which the patient was admitted to the VNA service.

Subobjectives are (1) patient will either achieve complete recovery from his illness or his health problems or need will be eliminated, and (2) the patient or his family will independently manage his care by:

- a. maintaining ongoing medical supervision;
- b. if indicated, demonstrate an understanding of the prescribed medication regimen;
- c. if indicated, satisfactorily perform prescribed treatments/exercises;
- d. if indicated, demonstrate an understanding of the prescribed diet;
- e. if indicated, demonstrate knowledge of safety precautions;
- f. if indicated, demonstrate a knowledge of adequate hygiene practices;

The third subobjective is that the patient/family will demonstrate an understanding of preventive health measures.

#### **Group II**

Patients with chronic disease(s) or disability(ies) who are experiencing an acute episode of illness but have the potential for returning to pre-episodic level of functioning. For example, those with cardiac disease, diabetes, CVA with no residual or slight hemiplegia, COPD, arthritis, hypertension. The main objective for the group is management of chronic health problem(s) by patient/family without ongoing VNA service.

Subobjectives are:

1. patient will demonstrate capacity to return to pre-illness level of functioning;
2. patients/family will demonstrate ability to independently manage ongoing health needs;

3. patients/family will demonstrate ability to assume responsibility for maintaining ongoing medical supervision;
4. patient/family will demonstrate ability to independently perform prescribed treatments/exercises, including maintaining current medication regimen;
5. if indicated, patient/family will demonstrate an understanding of the prescribed diet;
6. patient/family will recognize signs of significant physical or emotional changes and will communicate these changes to the appropriate health care provider;
7. patient/family will demonstrate either complete or partial acceptance of the restrictions imposed by the illness or disability;
8. if indicated, patient/family will demonstrate knowledge of available community resources;
9. if indicated, patient/family will demonstrate understanding of important safety measures.

### **Group III**

Patients with chronic diseases(s) or disability(ies) who even though a return to pre-illness level of functioning is not possible will have the potential for increasing their level of functioning and will eventually function without VNA service(s). For example, patient with cardiac disease, CVA with hemiparesis, arthritis, CHF, amputation of a limb. The ultimate goal for this group is rehabilitation of the patient to maximum level of physical, emotional and social functioning without continued VNA services.

Subobjectives are:

1. patient's degree of physical/psychological disability will be reduced;
2. patient will demonstrate some improvement in ability to function independently;
3. if indicated, patient/family will demonstrate an understanding of the prescribed diet;
4. patient/family will display either complete or partial acceptance of the restrictions imposed by the illness or disability;
5. patient/family will recognize signs of significant physical or emotional changes and will communicate these changes to the appropriate health care provider;
6. patient/family will demonstrate ability to perform prescribed treatments/exercises, including maintaining current medication

- regimen;
7. patient/family will assume responsibility for fulfillment of health needs, including the maintenance of ongoing medical supervision;
  8. if indicated, patient/family will demonstrate understanding of important safety measures;
  9. if indicated, patient/family will demonstrate knowledge of available community resources;
  10. amount of pain/discomfort experienced by patient will decrease;
  11. patient/family will eventually function without VNA services.

#### **Group IV**

Patients with chronic disease(s) or disability(ies) who cannot be maintained at home without ongoing VNA service(s). For example, those with advanced heart disease, neurological problems, severe arthritis, organic brain syndrome, fractures, G.I. disorders, CVA with residual hemiplegia, cancer. For these, the ultimate objective is maintenance of a chronically ill patient at home to his maximum level of functioning with ongoing VNA service(s).

Subobjectives are:

1. patient will receive part-time VNA service(s) as long as needed;
2. patient will remain at home unless environment becomes unsafe despite assistance of VNA service;
3. patient/family will demonstrate either complete or partial acceptance of the restrictions imposed by the illness of disability;
4. if indicated, patient/family will demonstrate an understanding of the prescribed diet;
5. patient/family will recognize signs of significant physical or emotional changes and will communicate these changes to the appropriate health provider;
6. patient will maintain ongoing medical supervision;
7. patient will be free of pain/discomfort to the greatest possible degree;
8. complications and regression will be prevented as far as possible;
9. signs of deterioration will be detected and reported to the source of medical care;
10. if indicated, patient/family will demonstrate knowledge of available community resources.

## **Group V**

Patients with an end stage illness. For example, those with terminal COPD, cancer, renal failure, cardiac disease, cirrhosis. The ultimate goal here is maintaining the patient in comfort and dignity during the end stage of illness:

Subobjectives are:

1. patient family will assist with care needs;
2. patient will receive part-time VNA services at the level and intensity needed and without normal limits of the agency to provide such services;
3. patient will remain at home as long as the family and/or VNA personnel are able to adequately meet the patient's care needs;
4. patient/family will assume responsibility for maintaining ongoing medical supervision;
5. if indicated, patient family will demonstrate an understanding of the prescribed diet;
6. patient/family will recognize signs of significant physical and emotional changes and will communicate these changes to the appropriate health care provider;
7. patient will be free of pain/discomfort to the extent possible;
8. patient/family will be allowed to express feelings about dying;
9. patient/family will receive assistance in psychologically and physically preparing for death;
10. if indicated, patient family will demonstrate knowledge of available community resources;
11. if indicated, family will receive support during the mourning period.

**BIJLAGE 4: GENERAL SYMPTOM DISTRESS SCALE**

General Symptom Distress Scale												
Client's Chart Number _____												
Length of Stay Last Admission _____ Days												
Primary Diagnosis _____												
CIRCLE THE SYMPTOMS THE CLIENT SAYS HE/SHE HAS EXPERIENCED WITHIN THE PAST MONTH												
SYMPTOMS												
Pain	Nausea/Vomiting	Bowel Problems (diarrhea, constipation, incontinence)	Urinary/Bledder Problems (retention, incontinence)	Cough	Respiratory Difficulties (shortness of breath, congestion)							
Swelling/Fluid Retention	Skin Problems (raw areas, rashes, sores, open wounds, itching)	Speech Problems (difficulty speaking, swallowing, making yourself understood)	Mood (anxiety, depression)	Activity Level (weakness, lack of coordination, lack of endurance)								
(WRITE IN CIRCLED SYMPTOMS) ▶▶▶					Col 1	Col 2	Col 3	Col 4	Col 5	Col 6	Col 7	Col 8
FOR EACH SYMPTOM ASK												
*Are you currently taking a medication for your (name of symptom) or taking any actions for it?												
"In the past 3 days, has your (name of symptom) been a problem for you?" (IF YES) (IF NO ▶▶ STOP. FINAL SCORE = 1. ▼ GO TO NEXT SYMPTOM)												
"Can your (name of symptom) be easily ignored?" (IF NO) (IF YES ▶▶ STOP. FINAL SCORE = 2. ▼ GO TO NEXT SYMPTOM)												
"In a 24-hour period, does your (name of symptom) bother you less <input type="checkbox"/> than one-half of the time you are awake or more <input type="checkbox"/> than one-half of the time you are awake?" (Check the appropriate box. If exactly one-half of the time, consider as more than one-half of the time.)  (IF LESS THAN ONE-HALF OF THE TIME, FINAL SCORE = 3. IF ONE-HALF THE TIME OR MORE THAN ONE-HALF THE TIME, FINAL SCORE = 4. GO TO NEXT SYMPTOM)												
FINAL SCORE EACH COLUMN												
Number of circled symptoms _____					Time to complete scale _____ minutes							
Note: Verbatim instructions to the interviewer have been deleted. See text for description of instructions.												

