

GEORGANISEERDE NAZORG IN NEDERLAND (DEEL 2):

**HOE IS DOOR HET KRUISWERK IN OVERLEG MET ZIEKENHUIZEN DE NAZORG
GEORGANISEEERD?**

W.C.M. Zijlmans

T.J.J.M.T. Kersten

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

mei 1989

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

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Zijlmans, W.C.M.

Hoe is door het kruiswerk in overleg met ziekenhuizen de nazorg georganiseerd? / W.C.M. Zijlmans, T.J.J.M.T. Kersten. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - (Georganiseerde nazorg in Nederland ; dl. 2)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-098-6

SISO 613.7 UDC 614.2(492)

Trefw.: kruiswerk ; Nederland

VOORWOORD

Deze rapportage vormt het tweede deel in een serie van drie NIVEL-publicaties over het project 'Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten', die alle de titel 'Georganiseerde nazorg in Nederland' dragen. Het eerste deel is in 1986 verschenen van de hand van A.R. Krijgsman. Het betreft een eerste globale inventarisatie van de wijze waarop de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in Nederland door het kruiswerk georganiseerd is, uitmondend in een typologie van organisatiestructuren voor de nazorg. Verder wordt de huidige situatie met betrekking tot de nazorg in een historisch perspectief geplaatst. Het onderhavige deel 2 geeft een veel gedetailleerder inventarisatie van de organisatiestructuren die door het kruiswerk gehanteerd worden in verband met de nazorg dan in deel 1 mogelijk was. Bovendien is de inventarisatie geactualiseerd naar de situatie per 1 januari 1988. Op grond van de herziene beschrijving van de stand van zaken wordt ook de eerdere typologie aangepast. In deel 3 (te verschijnen in de tweede helft van 1989) wordt een evaluatie van het functioneren van de verschillende onderscheiden typen organisatiestructuren voor de nazorg beschreven.

Het onderzoek is mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Directie Algemene Gezondheidszorg). Medewerking is verleend door de verschillende gedingen in het kruiswerk, nazorgpatiënten (ontslagen ziekenhuispatiënten die nazorg behoeven), en door personen uit de wereld van de ziekenhuizen.

Voor een goed begrip van de voorliggende tekst is inzicht in de organisatorische structuur van het kruiswerk gewenst. Voor een gedetailleerde beschrijving daarvan verwijzen we naar de publicatie 'De kruisorganisatie' uitgebracht door de Nationale Kruisvereniging (NK, 1988). Hier volstaan we met een korte weergave van de voor dit rapport belangrijkste elementen.

Op landelijk niveau functioneert de Nationale Kruisvereniging. De Nationale Kruisvereniging heeft 15 lidinstellingen, waarvan het werkgebied meestal een hele provincie bestrijkt. Daarnaast zijn er lidinstellingen voor de grote steden Amsterdam en Rotterdam. De provincie Overijssel beslaat twee lidinstellingen: West-Overijssel

en Twente. Per lidinstelling functioneren als regel een aantal Erkende Kruis Organisaties (EKO's). Deze EKO's verschillen sterk van grootte in termen van het aantal inwoners dat hun verzorgingsgebied telt. Binnen een EKO zijn een aantal uitvoerende eenheden actief: de basiseenheden. Het aantal varieert al naar gelang de grootte van de EKO. Een basiseenheid bestaat doorgaans uit een team van 1 hoofd-wijkverpleegkundige, circa 12 wijkverpleegkundigen en circa 4 wijk-ziekenverzorgenden.

Begeleidingscommissie:

Voorzitter:

Prof. Drs. A.H. Hulshof, emeritus hoogleraar organisatiekunde aan de Universiteit Twente en bestuurslid van de Provinciale Kruisvereniging Twente. Na het overlijden van de heer Hulshof is prof. dr. F. Vorst, emeritus hoogleraar epidemiologie aan de Rijksuniversiteit Limburg hem als voorzitter opgevolgd.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Directie Algemene Gezondheidszorg:

Mevr. Drs. I. Jansen, opgevolgd door de heer R.R. Laagewaard, (Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg).

Als representant van de tweedelijnsgezondheidszorg:

Drs. H.F. Jansma, medisch directeur van het Zuiderzee Ziekenhuis te Lelystad.

Geneeskundige Hoofdinspectie:

Mevr. P.M.H.N. van Lin, adjunct-inspecteur en hoofd van de extramurale verpleegkundige zorgverlening.

Het Beterschap:

Mevr. W. Mastbergen, hoofdwijkverpleegkundige Kruisvereniging Haarlem.

Nationale Kruisvereniging:

Drs. P.A.G. Slingerland, beleidsmedewerker afdeling Zorgverlening, opgevolgd door Mevr. Drs. J. Bastiaenen, coördinator onderzoek NK.

Uit de kring van de erkende kruisorganisaties:

Mevr. C.L. Sporensberg, hoofd wijkzorg Regionale Kruisvereniging West-Friesland.

NIVEL:

Prof. dr. J. van der Zee, hoofd inhoudelijke zaken van het NIVEL, opgevolgd door mevr. drs. J.M. Bensing, directeur van het NIVEL.

Het onderzoeksteam:

Mevr. J. Beltman : secretariaat
Dhr. J. Gravestein : research-assistentie
Mevr. Drs. A.G.M. de Wit : assistentie bij de uitvoering van het
veldwerk
Dhr. Drs. W.C.M. Zijlmans : onderzoekswerkzaamheden
Dhr. Drs. I.J.J.M.T. Kersten : projectleider

1. INLEIDING	1
1.1. Algemeen	1
1.2. Aanleiding tot het onderzoek	3
1.3. Gesprekken met sleutelfiguren	6
2. VRAAGSTELLING	14
3. METHODE VAN ONDERZOEK	16
3.1. De vragenlijst	16
3.2. Procedure	16
3.3. Respons	18
4. DE SITUATIE WAARIN KRUISWERK EN ZIEKENHUIZEN ZICH BEVINDEN	21
4.1. Inleiding	21
4.2. Continuïteitsverpleegkundigen	21
4.3. Samenwerking binnen het kruiswerk met betrekking tot continuïteit van zorg	24
4.4. Het netwerk van relaties tussen kruiswerk en zieken- huizen	28
5. MAATREGELEN TER BEVORDERING VAN DE CONTINUÏTEIT VAN ZORG	34
5.1. Inleiding	34
5.2. Afspraken over de overdracht	34
5.3. Overdrachtsformulieren	37
5.4. Gestructureerd overleg	38
6. EEN TYPOLOGIE VAN NAZORGSTRUCTUREN	44
7. PROBLEMEN TEN AANZIEN VAN DE CONTINUÏTEIT VAN ZORG	49
7.1. Inleiding	49
7.2. Problemen aan de zijde van het kruiswerk	50
7.3. Problemen aan de zijde van de ziekenhuizen	55
8. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	59
LITERATUUR	71

1. INLEIDING

1.1. Algemeen

Sinds het verschijnen van de Structuurnota in 1974 tot en met de regeeringsplannen naar aanleiding van het advies van de Commissie Dekker in 1988 is substitutie van zorg, en met name substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg, altijd een van de centrale beleidsdoelen van de Nederlandse overheid geweest. Een belangrijk aspect van substitutie vormt het verkorten van de ligduur. Het korter worden van de ligduur in de afgelopen jaren is voor een deel het gevolg van een autonome ontwikkeling in de medische wereld, die kortere opnameduur mogelijk heeft gemaakt (denk aan zaken als de niersteenvergruizer en de ontwikkeling van de dagchirurgie). De overheid heeft echter parallel daaraan maatregelen getroffen die tot een kortere ligduur moeten leiden. Op macroniveau probeert de overheid namelijk een verkorting van de ligduur te bewerkstelligen door via de zogeheten beddenreductie de ziekenhuiscapaciteit te verminderen. Om de gevolgen daarvan op te vangen wordt tegelijkertijd het eerstelijnsaanbod versterkt. Belangrijke voorbeelden hiervan zijn de zogeheten 4% volume-groei bij het kruiswerk en de bij huisartsen doorgevoerde praktijkverkleining. Met dergelijke maatregelen schept de overheid gunstiger randvoorwaarden voor de substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg. De concrete invulling van het beleid dient echter op uitvoerend niveau door instellingen en hulpverleners gerealiseerd te worden. Ziekenhuizen dienen de zorgverlening zo te structureren, dat een korter verblijf in het ziekenhuis of zelfs een ambulante behandeling mogelijk wordt. En de eerstelijns dient zijn hulpaanbod zo in te richten dat enerzijds ziekenhuisopnamen zoveel mogelijk worden voorkomen. Anderzijds gaat het er om dat de eerstelijns thuis met professionele hulp de patiënten kan opvangen die nu zo vroeg mogelijk uit het ziekenhuis worden ontslagen. Op dit laatste aspect heeft onze studie betrekking. We beperken ons daarbij tot de ex-patiënten van algemene en academische ziekenhuizen die bij het kruiswerk in zorg komen.

Het gaat dus om de verpleegkundige lijn in de nazorg tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging. De medische lijn tussen huisarts en specialist komt hier niet aan bod. Het medische en het verpleegkundige traject in de nazorg zijn overigens nagenoeg gescheiden, zoals moge blijken uit onderzoek van Kersten (1989). Uit regi-

stratie door 39 huisartsen van alle ziekenhuisopnamen gedurende drie maanden is op te maken dat zij slechts in 3,3% van de gevallen contact hebben met de wijkverpleging over de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten. In dit deelrapport van de uit te brengen serie willen we de organisatorische maatregelen in kaart brengen die door het kruiswerk zijn genomen om 'nazorgpatiënten' continuïteit in de zorgverlening te kunnen bieden.

We spreken hier over continuïteit van zorg en nazorg. Strikt genomen geldt dat 'continuïteit van zorg' een ruimer begrip is dan 'nazorg'. Continuïteit van zorg heeft namelijk ook betrekking op de aansluiting van de zorg die het kruiswerk verleent voorafgaand aan een ziekenhuisopname; de zogeheten 'voorzorg'. Wij gebruiken in dit rapport de termen continuïteit van zorg en nazorg naast elkaar, omdat nazorg in de praktijk het belangrijkste element is van de continuïteit van zorg. Als continuïteit van zorg in de ruimere betekenis worden gebruikt, is dit op te maken uit de context.

Om de plaats van het onderhavige onderzoek nader te bepalen geven we hierna een korte schets van de ontwikkelingen op het terrein van de verpleegkundige continuïteit van zorg, zoals die zich tot nu toe in Nederland hebben voorgedaan. Voor een uitgebreider overzicht verwijzen we naar het eerste rapport in de serie (Krijgsman, 1986; zie Voorwoord).

De expliciete aandacht in het kruiswerk voor de continuïteit van zorg tussen tweede- en eerstelijns stamt uit het begin van de jaren zestig. Toen is in Amsterdam een speciale 'nazorgdienst' van de grond gekomen. Dit initiatief is in de jaren zeventig gevolgd door diverse andere lokale projecten met nazorgdiensten. Deze nazorgdiensten waren gericht op een adequate selectie van patiënten in het ziekenhuis die na ontslag voor nazorg in aanmerking komen en op het doorsluizen van relevante informatie van ziekenhuis naar wijkverpleging. Ook bij de landelijke koepelorganisaties van het kruiswerk en de ziekenhuizen zien we in de zeventiger jaren activiteiten die wijzen op een verhoogde aandacht voor de continuïteit van zorg. In 1970 houden zij een enquête onder alle Nederlandse ziekenhuizen over de omvang en de aard van de contacten tussen kruiswerk-instellingen en ziekenhuizen. De onderzoeksresultaten worden besproken op een aantal werkconferenties (Kerk en Wereld, 1971; Schras, 1971; Lucas Luycks e.a., 1972). De Nationale Kruisvereniging doet in 1977 verslag van een rondgang langs de lidinstellingen (provinciale kruiswerk-orga-

nisaties) waarin de behoefte van het aanstellen van specifieke nazorg-functionarissen oftewel continuïteitsverpleegkundigen gepeild wordt (NK, 1977). Er blijkt behoefte aan dergelijke functionarissen, die tot taak hebben de communicatie tussen ziekenhuizen en kruiswerk in verband met continuïteit van zorg te verbeteren. In 1978 schrijven de Nationale Ziekenhuis Raad en de Nationale Kruisvereniging samen een nota met 'Aanbevelingen voor het tot stand komen van continuïteit in de verpleegkundige zorg' (NZR/NK, 1978). Naar aanleiding van het verschijnen van deze nota wordt wederom een werkconferentie gehouden. Men concludeert daar dat aan de zijde van ziekenhuis geen speciale functionaris hoeft te worden aangesteld in verband met de continuïteit van zorg. Aan de zijde van het Kruiswerk constateert men echter wel de behoefte aan een coördinerende functionaris. Daarop volgde worden in 1979 met middelen van het Praeventiefonds experimenten gestart met op provinciaal of op regionaal niveau functionerende continuïteitsverpleegkundigen. Voor een periode van twee jaar worden in totaal 26 continuïteitsverpleegkundigen aangesteld. Als de projecten in 1981 eindigen wordt in de meeste gevallen de tijdelijke aanstelling van de continuïteitsverpleegkundigen met middelen uit andere bron gecontinueerd. Van de aanpak bij een aantal afzonderlijke Praeventiefonds-projecten wordt in het begin van de jaren tachtig verslag gedaan (Hanzens, 1981; Lablans e.a., 1981; Kreuwel e.a., 1984). Daarna heeft geen registratie van initiatieven en lopende projecten op het terrein van de continuïteit van de verpleegkundige zorg meer plaats gevonden tot aan de start van het onderhavige project. Beleidsmatig is de aandacht voor substitutie van zorg en continuïteit van zorg gebleven en hieruit is de behoefte ontstaan aan een systematische beschrijving en evaluatie van het functioneren van de continuïteit van zorg in Nederland in verpleegkundig opzicht. Met de onderhavige studie willen we aan deze behoefte tegemoet komen.

Dat continuïteit van zorg een belangrijk onderwerp is blijkt bijvoorbeeld uit het aantal nazorgpatiënten. De Nationale Ziekenhuis Raad en de Nationale Kruisvereniging gaan er in hun aanbevelingen voor het tot stand komen van continuïteit van zorg (NZR/NK, 1978, p. 30) van uit, dat 10% van alle ontslagen ziekenhuispatiënten verpleegkundige nazorg behoeft. Het cijfer wordt overigens niet onderbouwd, maar het is in de discussie rond de continuïteit van zorg een eigen leven gaan leiden. In veel publikaties wordt 10% als min of meer vanzelfsprekende schatting aangehouden. Mogelijk is de schatting van de NK en NZR mede gebaseerd op een evaluatie-onderzoek van

de Amsterdamse nazorgdienst (ITS, 1971), waarin bleek dat 10,5% van alle ontslagen patiënten voor nazorg geselecteerd werd. Hoe dan ook, bij wijze van gedachtenexperiment passen we de schatting van 10% toe op landelijke cijfers, dan betekent dit dat er bijvoorbeeld in 1984 op een totaal van 1.523.000 opnamen in algemene en academische ziekenhuizen (NZI, 1988) 152.300, oftewel afgerond 150 duizend nazorgpatiënten bij het kruiswerk in zorg zouden zijn gekomen. Op een totaal aantal van 1.291.378 patiënten dat in dat jaar door de wijkverpleging thuis bezocht werd (NK, 1986) is dat 12%. We komen er dan op uit, dat grofweg 12 procent van al degenen die bij de wijkverpleging in zorg komen nazorgpatiënten zijn. Dat geeft wel aan dat continuïteit van zorg ook in kwantitatief opzicht een belangrijk topic is voor het kruiswerk, hoewel we wat betreft de nauwkeurigheid van deze cijfers nog een flinke slag om de arm moeten houden.

1.2 Aanleiding tot het onderzoek

Organisatiestructuren ten behoeve van continuïteit in de zorgverlening tussen tweede- en eerstelijns zijn, zoals we zagen, in het kruiswerk decentraal tot ontwikkeling gekomen. Op lokaal niveau zijn in overleg tussen kruiswerk-instellingen en ziekenhuizen oplossingen gecreëerd voor de problemen in verband met de continuïteit van zorg. Het kruiswerk neemt bij het zoeken van oplossingen het voortouw, waarschijnlijk vanwege de praktische reden dat het kruiswerk voor de taak staat nazorgpatiënten op een adequate wijze in zorg te nemen. In 1986 is door het NIVEL een voorstudie uitgevoerd om een beeld te krijgen van de gevonden oplossingen. Daartoe zijn onder andere gesprekken gevoerd met ter zake deskundige informanten bij de lidinstellingen van de Nationale Kruisvereniging. Daarbij kwam naar voren dat in het hele land procedurele afspraken gemaakt zouden zijn over het overdragen van patiënten uit het ziekenhuis naar de wijkverpleging. Dat bleek bijvoorbeeld uit het feit dat algemeen 'overdrachts-formulieren' gebruikt worden door de ziekenhuisverpleging om de komst van nazorgpatiënten bij de wijkverpleging aan te kondigen en om gegevens te verstrekken over de zorgbehoefte en achtergronden van de patiënt. Wat per regio verschilde, is de manier waarop het kruiswerk de taken met betrekking tot de organisatie van de continuïteit van zorg heeft ingebed in zijn personele organisatie. Soms zijn speciale continuïteitsverpleegkundigen belast met het tot stand brengen van gunstige randvoorwaarden voor de continuïteit van zorg; een situatie die meestal voortgekomen is uit de in de jaren zeventig

opgestarte nazorgdiensten en uit de experimentele Praeventiefondsprojecten uit 1979. In andere gebieden worden deze taken waargenomen door 'gewone' hoofdwijkverpleegkundigen. Verder bleek de taakinvolving van de continuïteitsverpleegkundigen te verschillen. In sommige situaties houden zij zich uitsluitend bezig met het scheppen van de juiste randvoorwaarden voor een goede continuïteit van zorg, zoals het organiseren van overleg tussen ziekenhuis- en wijkverpleging. In andere situaties houden continuïteitsverpleegkundigen zich niet alleen bezig met het scheppen van de juiste randvoorwaarden. Daar zijn zij ook in praktisch-uitvoerende zin actief, doordat zij bijvoorbeeld persoonlijk betrokken zijn bij het selecteren van patiënten voor nazorg in het ziekenhuis.

Op grond van de boven beschreven verschillen in de wijze waarop de nazorg door het kruiswerk georganiseerd wordt, is in het vooronderzoek een typologie van 'nazorgstructuren' ontwikkeld. Met nazorgstructuren worden de verschillende organisatie-structuren ten behoeve van de continuïteit van zorg bedoeld. We zullen hieronder deze typologie uitwerken:

Type 1: Nazorgstructuur met praktisch-uitvoerende continuïteitsverpleegkundige

De praktisch-uitvoerende continuïteitsverpleegkundige selecteert samen met de ziekenhuisverpleging patiënten die nazorg nodig hebben. Bovendien regelt zij de overdracht van gegevens aan de wijkverpleegkundige die de ontslagen ziekenhuispatiënt (nazorgpatiënt) in zorg krijgt. De taken van deze continuïteitsverpleegkundige liggen vooral op uitvoerend vlak. Ten tijde van het vooronderzoek kende men dit type nazorgstructuur in Friesland, Nijmegen en Twente.

Type 2: Nazorgstructuur met voorwaarden-scheppende continuïteitsverpleegkundige

Dit type continuïteitsverpleegkundige vervult vooral een voorwaarden-scheppende, ondersteunende functie ten behoeve van het organiseren van nazorg. Zij legt relaties of onderhoudt bestaande contacten op uitvoerend en beleidsniveau tussen de verpleging in ziekenhuizen en de wijkverpleging. Overdrachtsformulieren waarmee wijkverpleegkundigen schriftelijk worden geïnformeerd over nazorgpatiënten, worden door haar ontworpen of bijgesteld. Bovendien verschaft zij de ziekenhuisverpleging informatie over de mogelijkheden van de wijkverpleging om nazorg te bieden.

In vergelijking met het eerste type is deze continuïteitsverpleegkundige veel minder in een praktisch-uitvoerende zin betrokken bij

het organiseren van nazorg.

Ten tijde van het vooronderzoek kwam deze nazorgstructuur voor bij de volgende lidinstellingen: Groningen, West-Overijssel, Gelderland, Zuid-Holland, Rotterdam en Limburg. Bovendien bleek deze structuur voor te komen bij de Regionale Kruisvereniging Tilburg.

Type 3: Nazorgstructuur zonder speciale continuïteitsverpleegkundige

Bij deze nazorgstructuur is er geen speciale continuïteitsverpleegkundige aanwezig. In het verleden is meestal een communicatiestructuur ontwikkeld tussen de verpleging in het ziekenhuis en in de wijk. Op uitvoerend niveau is het organiseren van de nazorg de verantwoordelijkheid van de betrokken ziekenhuisverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen. Bij dit type nazorgstructuur heeft veelal de hoofdwijkverpleegkundige een ondersteunende taak op beleidsniveau. Vanuit de lidinstellingen wordt geen ondersteuning geboden.

Dit type kwam blijkens het vooronderzoek voor in: Drente, Flevoland, Utrecht, Noord-Holland, Amsterdam *, Zeeland en Noord-Brabant.

Deze typologie van nazorgstructuren is volgens de geraadpleegde informanten in de regel van toepassing op gebieden ter grootte van een gehele lidinstelling. Nijmegen en Tilburg nemen wat dit betreft een uitzonderingspositie in doordat de EKO's die in deze steden actief zijn ten tijde van het vooronderzoek een nazorgstructuur hadden die afweek van de nazorgstructuur in de rest van de lidinstelling.

De boven beschreven variatie in nazorgstructuren is op globale wijze geïnterpreteerd. De typologie geeft weliswaar een eerste inzicht, maar roept tevens een aantal vragen op. Voor een deel betreft dit vragen over de typologie zelf: meer gedetailleerde informatie over de nazorgstructuren en hun achtergronden. Voor een ander deel zijn er vragen over de concrete resultaten die met de verschillende nazorgstructuren worden bereikt. Voorbeelden van dit type vragen zijn: hoeveel nazorgpatiënten worden er gegeven de nazorgstructuren overgedragen?; wat is de nazorgbehoefte van deze patiënten?; is er werkelijk sprake van continuïteit in de zorgverlening?; bestaan er verschillen tussen de drie nazorgstructuren wat betreft het aantal en de aard van de overgedragen nazorgpatiënten en de geboden continuï-

* In Amsterdam is de nazorgdienst die in 1960 was opgericht in 1974 opgeheven.

teit in de zorgverlening? Al deze vragen hebben betrekking op een evaluatie van de door het kruiswerk opgezette organisatiestructuur ten behoeve van de continuïteit van zorg. Deze vragen komen niet aan de orde in het voorliggende deel 2 van de rapporten-serie, maar ze staan centraal in het nog uit te brengen deel 3. In dit rapport gaat het om nadere informatie over de typologie: een beschrijving van de organisatorische gang van zaken met betrekking tot de continuïteit van zorg. Ter voorbereiding van dit deel van het onderzoek zijn een aantal gesprekken gehouden met sleutelfiguren uit het veld van de continuïteit van zorg. De gesprekken dienden om de vraagstelling van het inventariserende onderzoek meer helder te krijgen. In de volgende paragraaf doen we daarvan verslag.

1.3. Gesprekken met sleutelfiguren

De sleutelfiguren met wie een open interview heeft plaatsgevonden zijn 15 personen in ziekenhuizen en bij het kruiswerk die een coördinerende rol hebben bij het organiseren van nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten.

In de ziekenhuissfeer zijn drie gesprekken gehouden: twee met coördinerend hoofden van de verplegingsdienst en één met een hoofdverpleegkundige van een verpleegafdeling.

In het kruiswerk zijn drie gesprekken gevoerd met verpleegkundigen continuïteit van zorg. Verder zijn bij lidinstellingen en EKO's zeven gesprekken gevoerd met staffunctionarissen die met continuïteit van zorg te maken hebben (coördinatoren zorgverlening, sectorhoofd wijkverpleging, projectcoördinatoren). En tenslotte zijn nog twee gesprekken gehouden met drie hoofdwijkverpleegkundigen.

Het was oorspronkelijk de bedoeling om per organisatievorm in gelijke mate zowel de kant van het ziekenhuis als die van het kruiswerk te verkennen. Na verdere afweging hebben we de nadruk toch meer op het kruiswerk gelegd. Dit om - gegeven de beperkte tijd - meer zicht te krijgen op de beweegredenen van het kruiswerk om de nazorg op een specifieke wijze te organiseren. Het kruiswerk neemt immers de initiatieven en de ziekenhuiswereld reageert hierop.

In de gesprekken met de sleutelfiguren wilden we in de eerste plaats nadere informatie verkrijgen over de wijze waarop de nazorgstructuren in de praktijk functioneren. Een belangrijke vraag in dit verband is of de nazorgstructuur die blijkens het vooronderzoek als regel op een hele lidinstelling van toepassing is, in de praktijk

ook bij elk ziekenhuis binnen het werkgebied van deze lidinstelling op dezelfde wijze wordt uitgewerkt. Voorstelbaar is bijvoorbeeld dat een continuïteitsverpleegkundige veel intensiever contact heeft met het ene ziekenhuis dan met het andere. Ook is er de vraag in welke organisatorische laag binnen de lidinstelling het uitvoerende werk voor het organiseren van de continuïteit van zorg wordt gedaan. Is dat de lidinstelling zelf of bijvoorbeeld de EKO.

Een tweede aandachtspunt voor de gesprekken met sleutelfiguren is de vraag naar de achtergrond van de verschillen in de nazorgstructuren. Met andere woorden: is de keuze voor een bepaalde nazorgstructuur bijvoorbeeld ingegeven door specifieke regionale omstandigheden of door de specifieke historische ontwikkeling op dit punt.

Een derde en laatste item voor de gehouden gesprekken houdt verband met het functioneren van continuïteitsverpleegkundigen. Blijkens een rapportage van Schmitz (1985) ziet men in Amsterdam na het project van de Amsterdamse nazorgdienst vooral nadelen van een dergelijke schakel tussen uitvoerende ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen. In de gesprekken met de sleutelfiguren zijn we nagegaan wat zij als voor- en nadelen zien van deze functionarissen, ter aanvulling op de bevindingen in Amsterdam.

Hierna zullen we per punt de bevindingen bespreken uit de gehouden gesprekken.

Tijdens de gespreksronde met sleutelfiguren bleek allereerst vrij onverwacht dat er sinds het vooronderzoek zoveel was veranderd in de contacten tussen ziekenhuizen en het kruiswerk dat de eerdere inventarisatie van nazorgstructuren niet meer actueel genoemd kan worden. Dat maakt in elk geval een nieuwe momentopname noodzakelijk waarmee de eerdere inventarisatie van nazorgstructuren in Nederland wordt geactualiseerd.

Tijdens de gespreksronde bleek verder dat binnen het gebied van een lidinstelling soms verschillende nazorgstructuren voorkomen. Nazorg is dus niet steeds uniform georganiseerd voor een lidinstelling als geheel. De achtergrond hiervan luidt als volgt. Een lidinstelling is meestal zo groot dat een ziekenhuis slechts aan een deel van de EKO's binnen een lidinstelling nazorgpatiënten overdraagt. Omgekeerd ontvangt een EKO niet uit alle ziekenhuizen die in het gebied van een lidinstelling gesitueerd zijn, nazorgpatiënten. Er is binnen het werkgebied van een lidinstelling sprake van een grote diversiteit aan relaties tussen EKO's en ziekenhuizen.

Voor een deel hebben verschillende EKO's met dezelfde ziekenhuizen te maken. Daarnaast komt het voor - en soms is dit gelijktijdig het geval - dat éénzelfde EKO met verschillende ziekenhuizen te maken heeft.

Vanuit het kruiswerk gezien is in de meeste gevallen de EKO de instantie die in de boven beschreven complexe situatie een organisatiestructuur uitwerkt ten behoeve van de continuïteit van zorg. Soms gebeurt dat in samenwerking met andere EKO's en ook komt het incidenteel voor dat de samenwerking alle EKO's binnen een lidinstelling omvat, zodat we de lidinstelling als de organiserende instantie kunnen beschouwen. Ook komt het voor dat niet de EKO zelf, maar de uitvoerende teams binnen de EKO - de basiseenheden - de nazorg organiseren.

Verder is in de gehouden gesprekken opgemerkt dat de organisatiestructuur die binnen één van de boven genoemde lagen van het kruiswerk wordt uitgewerkt anders kan uitwerken, al naar gelang het ziekenhuis dat het betreft. De continuïteitsverpleegkundige komt bijvoorbeeld wel regelmatig bij het ene ziekenhuis langs, maar niet bij het andere. Ook wordt met het ene ziekenhuis wel gestructureerd overleg gevoerd over continuïteit van zorg en met het andere niet. Als we kijken wat de grootste gemene deler is in deze complexe situatie, dan is dat in de meeste gevallen de relatie tussen een specifieke EKO en een specifiek ziekenhuis. Deze relatie kan daarmee de belangrijkste eenheid van onderzoek zijn in onze te houden inventariserende situatie. Door vervolgens bij EKO's te informeren naar samenwerkingsverbanden krijgen we ook de organisatie op lidinstellingsniveau in beeld. Een apart geval vormen de EKO's waar de continuïteit van zorg door de basiseenheden wordt beheerd. Hier vormt de relatie tussen een specifieke basiseenheid en een specifiek ziekenhuis de eenheid van onderzoek.

Onduidelijk is gebleven waarom men soms kiest voor de basiseenheid als het platform van waaruit het kruiswerk aan de continuïteit van zorg werkt. Het lijkt verband te houden met het feit dat één EKO binnen of in de buurt van een sterk verstedelijkt gebied met erg veel ziekenhuizen te maken heeft. Een andere aanleiding lijkt er te zijn, als de verschillende basiseenheden van een EKO duidelijk op verschillende ziekenhuizen georiënteerd zijn. De logica om in deze situaties het organiseren van continuïteit van zorg te decentraliseren is echter niet zonder meer duidelijk. De eerst genoemde situatie is erg complex en lijkt daarom juist om coördinatie te vragen. Anders moet immers elke basiseenheid met elk ziekenhuis weer opnieuw tot afspraken zien te komen. En in feite geldt dat ook voor de twee-

de situatie, want al heeft dan een EKO hoofdzakelijk met één ziekenhuis te maken, het ziekenhuis zal met meer dan één basiseenheid zaken moeten doen. Voor een deel lijkt er overigens wel een duidelijke filosofie achter het organiseren op basiseenheid-niveau aanwezig. Deze is met name verwoord door Schmitz (1985). Na het experiment met de Amsterdamse nazorgdienst dat liep van 1960 tot en met 1974, waar voor heel Amsterdam centraal gewerkt werd aan het ontwikkelen van continuïteit in de zorg, is daar heel bewust gekozen voor een decentraal beleid. Men zag de centrale nazorgdienst als een belemmerende extra schakel in de directe contacten tussen uitvoerende verpleegkundigen in het ziekenhuis en in de wijk. We komen verderop nog op deze discussie terug.

Een volgende bevinding uit de gesprekken met sleutelfiguren is dat de nazorgstructuur zonder continuïteitsverpleegkundige een type is waarin veel onderling nogal verschillende organisatievormen zijn ondergebracht. Er blijken vormen voor te komen waarin het contact tussen de wijkverpleging en de ziekenhuizen louter beperkt blijft tot het overdragen van nazorgpatiënten. Daarnaast zijn er organisatievormen waarin er op meerdere niveau's overleg met betrekking tot nazorg plaatsvindt tussen de wijkverpleging en de ziekenhuizen. Dit zijn taken die in andere nazorgstructuren worden vervuld door een speciale continuïteitsverpleegkundige maar die in deze situaties worden verricht door hoofdwijkverpleegkundigen of stafverpleegkundigen. Hieruit volgt dat de indeling in nazorgstructuren op dit punt verrijkt kan worden.

Als laatste punt gaan we in op de genoemde voor- en nadelen van het aanstellen van speciale continuïteitsverpleegkundigen. We introduceren dit onderwerp na een meer algemene beschouwing over de problemen die zich voordoen bij het organiseren van continuïteit van zorg.

In de gesprekken hebben sleutelfiguren gewezen op verschillende problemen die zich bij het organiseren van nazorg voor kunnen doen.

Een eerste probleem betreft de selectie van nazorgpatiënten in het ziekenhuis. In het verleden is gebleken dat patiënten die nazorg nodig hadden, niet altijd voor nazorg werden geselecteerd. Voor verpleegkundigen in het ziekenhuis was het namelijk niet duidelijk welke nazorg het kruiswerk kon bieden en welke patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis nazorg nodig hebben.

Een tweede probleem heeft betrekking op de feitelijke overdracht van nazorgpatiënten aan de wijkverpleging. Het komt voor dat wijkver-

pleegkundigen te laat geïnformeerd worden over het ontslag van nazorgpatiënten of niet de informatie krijgen die nodig is om in de thuissituatie de hulpverlening adequaat voort te zetten. Voor verpleegkundigen in het ziekenhuis is dan niet duidelijk welke informatie over een nazorgpatiënt de wijkverpleging nodig had.

Het derde probleem heeft te maken met de coördinatie van nazorg. In contacten tussen het kruiswerk en ziekenhuizen probeert men deze problemen rond nazorg structureel aan te pakken door onder andere afspraken te maken over de te volgen procedure bij het overdragen van nazorgpatiënten en elkaar in periodiek overleg te informeren over problemen, ontwikkelingen en mogelijke oplossingen. Hierbij doet zich een coördinatieprobleem voor. Het is namelijk voor de meeste EKO's ondoenlijk om met alle ziekenhuizen waaruit zij nazorgpatiënten ontvangen, contact te onderhouden en afspraken te maken. Wanneer een EKO zich beperkt tot het belangrijkste ziekenhuis, dan is er met minder belangrijke ziekenhuizen met betrekking tot nazorg nauwelijks iets geregeld. Bovendien leidt het overleg met ziekenhuizen niet tot regelingen die uniform zijn voor een ruimer gebied, wanneer het overleg een decentraal of lokaal karakter heeft.

In een aantal situaties heeft men er voor gekozen om een speciale continuïteitsverpleegkundige aan te stellen in verband met de problemen die hierboven genoemd zijn. Sleutelfiguren hebben in de gesprekken verschillende voor- en nadelen genoemd die daarmee verbonden zijn. We bespreken deze apart voor de twee verschillende typen continuïteitsverpleegkundigen. We beginnen met de continuïteitsverpleegkundige die een praktisch-uitvoerende taak heeft.

Van een praktisch-uitvoerend continuïteitsverpleegkundige verwachten enkele geraadpleegde sleutelfiguren vooral een bijdrage tot het oplossen van de praktische problemen: deze verpleegkundige zorgt er in contacten met verpleegafdelingen in het ziekenhuis voor dat patiënten die voor nazorg in aanmerking komen, ook daadwerkelijk worden geselecteerd; bovendien ziet deze er op toe dat de wijkverpleging voldoende wordt geïnformeerd. In contacten met verpleegkundigen op ziekenhuisafdelingen geeft deze verpleegkundige ook voorlichting over het hulpaanbod van de wijkverpleging en kan deze direct toelichten welke informatie een wijkverpleegkundige nodig heeft om de hulpverlening aan een patiënt adequaat voort te kunnen zetten. Dit type continuïteitsverpleegkundige is een gemakkelijk aanspreekbare figuur voor de verpleegkundigen in het ziekenhuis, zeker wanneer deze verpleegkundige in het ziekenhuis is gestationeerd. Dit

vindt men een belangrijk voordeel. Daar staat tegenover dat men deze oplossing ook kwetsbaar vindt: het functioneren van de nazorg kan ook sterk afhankelijk worden van één bepaalde persoon. Bij verlof of ziekte van de continuïteitsverpleegkundige valt dan een belangrijke schakel tussen ziekenhuis en wijkverpleging weg.

Door de aard van de werkzaamheden blijft het werkterrein van deze continuïteitsverpleegkundige beperkt tot één of hoogstens enkele verschillende ziekenhuizen. Ook dit vindt men een nadeel.

De taak van een voorwaarden-scheppend continuïteitsverpleegkundige is gericht op het coördineren van de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten in een bepaald gebied. Bij het selekteren van nazorgpatiënten of het overdragen van informatie over patiënten is dit type continuïteitsverpleegkundige niet direct betrokken. Wel kan deze verpleegkundige betrokken zijn bij het geven van voorlichting over continuïteit van zorg in het ziekenhuis of bij de wijkverpleging. Dit type continuïteitsverpleegkundige richt zich echter vooral op het scheppen van goede voorwaarden voor nazorg door een communicatiestructuur te ontwikkelen en te onderhouden tussen het kruiswerk en de ziekenhuizen. Deze bestaat veelal uit vormen van periodiek overleg waarin vertegenwoordigers van het kruiswerk en een bepaald ziekenhuis de stand van zaken met betrekking tot continuïteit van zorg bespreken (ontwikkelingen, problemen, oplossingen, afspraken). Met deze taakinving is de continuïteitsverpleegkundige betrokken bij overlegsituaties rond meerdere ziekenhuizen in een bepaald gebied.

In de gesprekken zijn voor dit type continuïteitsverpleegkundige verschillende voordelen genoemd. Deze continuïteitsverpleegkundige kan er toe bijdragen dat er meer uniformiteit komt in de regelingen voor het overdragen van nazorgpatiënten. Bijvoorbeeld door het invoeren van een uniform overdrachtsformulier voor alle ziekenhuizen in het betreffende gebied. Deze continuïteitsverpleegkundige kan er bovendien toe bijdragen dat de resultaten van afzonderlijke overlegsituaties overdraagbaar worden naar het gehele gebied, zodat het overleg ook ten goede komt aan andere EKO's of ziekenhuizen.

In de gesprekken is ook nog op een ander voordeel gewezen. Een continuïteitsverpleegkundige doet specifieke kennis en ervaring op met betrekking tot het bevorderen van de samenwerking tussen het kruiswerk en de ziekenhuizen. Naar het oordeel van enkele sleutelfiguren wordt een continuïteitsverpleegkundige daarom in ziekenhuizen gemakkelijker als gesprekspartner aanvaard dan bijvoorbeeld een hoofd-wijkverpleegkundige.

Bij deze voordelen maakt men wel een kanttekening over het werkgebied van een continuïteitsverpleegkundige. De inspanningen van een continuïteitsverpleegkundige kunnen nauwelijks effectief zijn wanneer deze als enige werkzaam is voor een lidinstelling met veel kleine EKO's of veel ziekenhuizen. Ze moet dan haar aandacht te zeer verspreiden.

Tegen het aanstellen van een speciale continuïteitsverpleegkundige worden door enkele sleutelfiguren ook expliciete bezwaren ingebracht. Men wijst er allereerst op dat een speciale verpleegkundige de verantwoordelijkheid voor de overdracht van nazorgpatiënten uit handen neemt van de uitvoerend verpleegkundigen. Daarnaast geeft men aan dat een continuïteitsverpleegkundige soms een extra schakel vormt tussen het ziekenhuis en de wijkverpleging, waardoor er bij de overdracht tijdsverlies kan optreden.

In hun formulering zijn deze beide bezwaren ingebracht tegen continuïteitsverpleegkundigen in het algemeen. Op de keper beschouwd zullen ze alleen betrekking hebben op het type van de praktisch-uitvoerende continuïteitsverpleegkundige. Alleen die is direct betrokken bij het selecteren en overdragen van nazorgpatiënten. De betreffende sleutelfiguren formuleren overigens hun bezwaren steevast onder verwijzing naar de publicatie van Schmitz (1985).

2. VRAAGSTELLING

De algemene doelstelling van het onderhavige deel van het project is om op gedetailleerde wijze te inventariseren hoe het kruiswerk de nazorg voor ontslagen patiënten uit algemene en academische ziekenhuizen heeft georganiseerd. Dit levert in de eerste plaats beschrijvende informatie op die van belang is om een goed beeld te krijgen van het onderwerp van studie. We gebruiken deze informatie verder om een nieuwe typologie van nazorgstructuren te ontwerpen, waarin zoveel mogelijk alle relevante geactualiseerde en ook meer gedetailleerde informatie is verwerkt. Als we spreken over een 'nieuwe' typologie, dan is dat ten opzichte van de versie uit het vooronderzoek. Deze typologie is van direct belang voor de volgende fase van het project (deelrapport 3) waar we het functioneren van de nazorgstructuren evalueren op basis van informatie over hun resultaten. We zullen deze evaluatie uitvoeren voor alle onderscheiden nazorgstructuren tezamen, maar we zullen ook studie maken van verschillen in resultaten tussen verschillende structuren uit de typologie.

We zullen de doelstelling van het onderhavige deel van de studie expliciteren aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de taken van de continuïteitsverpleegkundigen die in Nederland zijn aangesteld en waar zijn zij aangesteld?
2. Hoe ziet het netwerk van relaties eruit tussen enerzijds de lagen in het kruiswerk die zich bezighouden met het organiseren van de nazorg en anderzijds de ziekenhuizen?
3. Wat is de aard van de organisatorische maatregelen die het kruiswerk heeft genomen ter bevordering van de continuïteit van zorg? Het gaat hier om zaken als: de mate waarin afspraken tussen kruiswerk en ziekenhuizen voorkomen, de reikwijdte van deze afspraken, de mate waarin overdrachtsformulieren werden gebruikt om informatie over nazorgpatiënten door te sluizen van ziekenhuisverpleging naar wijkverpleging, de mate waarin kruiswerk en ziekenhuizen gestructureerd overleg hebben over continuïteit van zorg, en de samenstelling van dit overleg.
4. Hoe ziet een typologie van de nazorgstructuren die we in Nederland kennen eruit?

In deze typologie wordt rekening gehouden met het feit dat nazorgstructuren als regel van toepassing zijn op de relaties tussen EKO's of basiseenheden enerzijds en ziekenhuizen anderzijds.

Verder is in deze typologie verdisconteerd dat de uitgangssituatie voor de continuïteit van zorg meer of minder gunstig kan zijn als gevolg van de houding die het ziekenhuis ten opzichte van continuïteit van zorg inneemt. En als laatste punt geldt dat binnen de typologie nader gedifferentieerd kan worden tussen relaties van kruiswerk en ziekenhuizen waarbinnen geen continuïteitsverpleegkundige actief is.

- 5.a. Welke problemen doen zich in de ogen van medewerkers van het kruiswerk voor met betrekking tot de nazorg?

Het gaat hierbij zowel om problemen aan de kant van het kruiswerk zelf als om problemen aan de kant van het ziekenhuis.

- 5.b. Verschillen de problemen die men ervaart met de nazorg tussen verschillende nazorgstructuren die onderscheiden worden in de typologie (zie 4)?

6. Zijn er verschillen in de wijze waarop de continuïteit van zorg georganiseerd wordt tussen EKO's en basiseenheden?

We hebben eerder gezien dat EKO's en basiseenheden de belangrijkste lagen in het kruiswerk zijn waarop continuïteit van zorg georganiseerd wordt. Basiseenheden verschillen in een aantal opzichten van EKO's, omdat het uitvoerende eenheden zijn, die bovendien allemaal ongeveer een gelijke grootte hebben. EKO's wisselen sterk in grootte, en hebben als regel meer ruimte voor functionarissen die zich bezighouden met overhead-taken. Daar het organiseren van continuïteit van zorg primair als een overhead-taak gezien kan worden, zijn we geïnteresseerd in de eventuele verschillen tussen EKO's en basiseenheden in de organisatorische opzet die zij beide hanteren.

We zullen de vraag naar verschillen tussen EKO's en basiseenheden aan de orde stellen, wanneer dat relevant is in verband met de topics in alle eerder genoemde onderzoeksvragen; dat wil zeggen vraag 1, 2, 3 en 5.a.

3. METHODE VAN ONDERZOEK

3.1. De vragenlijst

Ten behoeve van deze studie is een schriftelijke vragenlijst opgesteld waarmee EKO's en - in een aangepaste versie - ook basiseenheden zijn benaderd. Voor het overgrote deel bestaat de vragenlijst uit gestandaardiseerde vragen die beantwoord kunnen worden door gegeven antwoordmogelijkheden aan te kruisen. Open vragen waarop men zelf een eigen antwoord formuleert, nemen slechts een bescheiden plaats in. Als peildatum is in de vragenlijst 1 januari 1988 aangehouden. Feitelijke gegevens zijn verstrekt naar de situatie op deze datum.

De vragenlijst bestaat uit enkele delen waarin steeds een bepaald onderwerp wordt aangesneden. In het eerste deel wordt achtergrondinformatie ingewonnen over de EKO (of basiseenheid) met betrekking tot inwoneraantal van het verzorgingsgebied, personeelsformatie van de EKO en het aantal basiseenheden van de EKO. Deel twee gaat over continuïteitsverpleegkundigen, andere functionarissen met een taak met betrekking tot continuïteit van zorg en eventuele samenwerkingsverbanden waarin de EKO (of basiseenheid) participeert.

In deel drie wordt gevraagd naar de ziekenhuizen die regelmatig nazorgpatiënten overdragen aan de EKO (of basiseenheid). Gevraagd wordt om voor elk genoemd ziekenhuis het aantal nazorgpatiënten dat in één maand tijd wordt overgedragen te schatten. Deel vier dat de kern van de inventarisatie vormt, is ook het meest omvangrijk. Het heeft betrekking op de relaties tussen de EKO (of basiseenheid) en de belangrijkste ziekenhuizen, dat wil zeggen de ziekenhuizen die de meeste nazorgpatiënten overdragen (maximaal 5). Voor de twee belangrijkste ziekenhuizen wordt daarbij uitgebreider informatie ingewonnen dan voor de resterende ziekenhuizen.

3.2. Procedure

Ten behoeve van de inventarisatie zijn, zoals gezegd, twee versies van dezelfde vragenlijst opgesteld: in de 'EKO-versie' wordt de vragenlijst ingevuld voor een EKO als geheel; in een aangepaste versie wordt de vragenlijst per basiseenheid ingevuld. Voordat de vragenlijsten verzonden konden worden naar de EKO's, moest eerst worden

nagegaan bij welke EKO's een vragenlijst voor afzonderlijke basiseenheden nodig was. In grote lijnen wisten we op grond van informatie uit de interviews met sleutelfiguren al in welke situaties zo'n aangepaste vragenlijst nodig zou zijn. Het gaat om EKO's in stedelijke gebieden waar veel ziekenhuizen voorkomen of om EKO's met een zeer omvangrijk werkgebied. In die gevallen zijn de afzonderlijke basiseenheden soms op verschillende ziekenhuizen georiënteerd, doordat zij hun nazorgpatiënten uit verschillende ziekenhuizen ontvangen. En dan voert men per basiseenheid een beleid ten aanzien van de nazorg. Met dergelijke EKO's, die mogelijkwijs de nazorg per basiseenheid georganiseerd zouden kunnen hebben, is vooraf telefonisch contact opgenomen. Daarbij werd vastgesteld welke versie van de vragenlijst naar de EKO verzonden moest worden. Wanneer de basiseenheid-versie nodig was, werd aan de contactpersoon gevraagd hoeveel exemplaren nodig waren. Met de contactpersoon bij de betreffende EKO werd bovendien afgesproken, dat deze zorg zou dragen voor de verspreiding van de vragenlijsten naar de basiseenheden en voor het retourneren van de vragenlijsten naar het NIVEL.

Per 1 januari 1987 waren er 185 EKO's. Naar 31 van deze EKO's zijn in totaal 122 vragenlijsten in de basiseenheid-versie verzonden; 151 EKO's hebben de EKO-versie van de vragenlijst ontvangen; en drie EKO's bleken niet bereid aan het onderzoek mee te werken.

De vragenlijsten zijn samen met een begeleidende brief half januari 1988 verzonden. Bij EKO's die al telefonisch waren benaderd, werd de vragenlijst verstuurd naar de telefonisch benaderde contactpersoon bij de betreffende EKO. Bij andere EKO's is de vragenlijst meestal verstuurd ter attentie van de hoofdwijkverpleegkundige(n). Gelijktijdig met het verzenden van de enquête zijn ook de lidinstellingen en de Nationale Kruisvereniging schriftelijk geïnformeerd over de enquête.

Na het verzenden van de vragenlijsten is meermalen - zowel schriftelijk als telefonisch - gerappelleerd om de vragenlijsten geretourneerd te krijgen. Twee weken na het verzenden van de lijsten is een brief verzonden aan alle EKO's die op dat moment nog niet hadden gereageerd. De contactpersonen bij EKO's die de lijsten zouden verspreiden over afzonderlijke basiseenheden, zijn drie weken na het verzenden van de lijsten telefonisch benaderd.

Vier weken na het verzenden van de lijsten zijn de EKO's die toen nog niet hadden gereageerd, telefonisch benaderd met het verzoek om de vragenlijst zo spoedig mogelijk terug te sturen.

Daarna is nog herhaaldelijk telefonisch contact opgenomen met die EKO's die toegezegd hadden de vragenlijst in te vullen en op te sturen. Eind april waren de meeste vragenlijsten binnengekomen.

3.3. Respons

Allereerst willen we hier ingaan op de vraag welke functionarissen onze enquête hebben ingevuld. De informatie die we hierover hebben, is niet compleet, omdat we bij het opstellen van de enquête het belang van een expliciete vraag hiernaar abusievelijk niet hebben onderkend. Deze informatie is echter belangrijk, bijvoorbeeld bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten met betrekking tot de problemen die gesignaleerd worden ten aanzien van de continuïteit van zorg. Dan wil je het referentiekader van de waarnemer kennen.

Hoewel we er niet expliciet naar gevraagd hebben, weten we in de praktijk toch welke functie de persoon bekleedt die de vragenlijst heeft ingevuld. Dat komt, omdat gevraagd is naar de naam van de invuller, voor het geval de onderzoekers aanvullende vragen zouden hebben naar aanleiding van de gegeven antwoorden. Spontaan werd bij deze naam ook vaak de functie vermeld. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de vermelde functies.

Tabel 3.1.: Overzicht van de functies van degenen die de enquête invulden

versie van de vragenlijst	percentage ingevuld door				
	hoofdwijk- verpleeg- kundige	hoofd- zorg- verlening	continuï- teitsver- pleeg- kundige	wijkver- pleeg- kundige	functie onbekend
EKO	51	5	4	1	39
basiseenheid	58	0	0	1	41

Als we er vanuit mogen gaan dat de groep personen van wie we de functie niet kennen, niet anders is samengesteld dan de groep van wie de functie wel bekend is, dan krijgen we het volgende beeld. Als regel is de vragenlijst zowel bij EKO's als bij basiseenheden ingevuld door hoofdwijkverpleegkundigen. Bij EKO's wordt de vragenlijst daarnaast soms ingevuld door personen met een overhead-functie, zo-

als hoofden zorgverlening en continuïteitsverpleegkundigen. Dit ligt voor de hand, omdat EKO's meer van dergelijke overhead-functies zullen kennen dan basiseenheden.

We geven nu een overzicht van de algemene respons en non-respons op de enquête. In het overzicht in tabel 3.2 is het responspercentage apart weergegeven voor de beide versies van de vragenlijst.

Tabel 3.2.: overzicht van de respons op de enquête

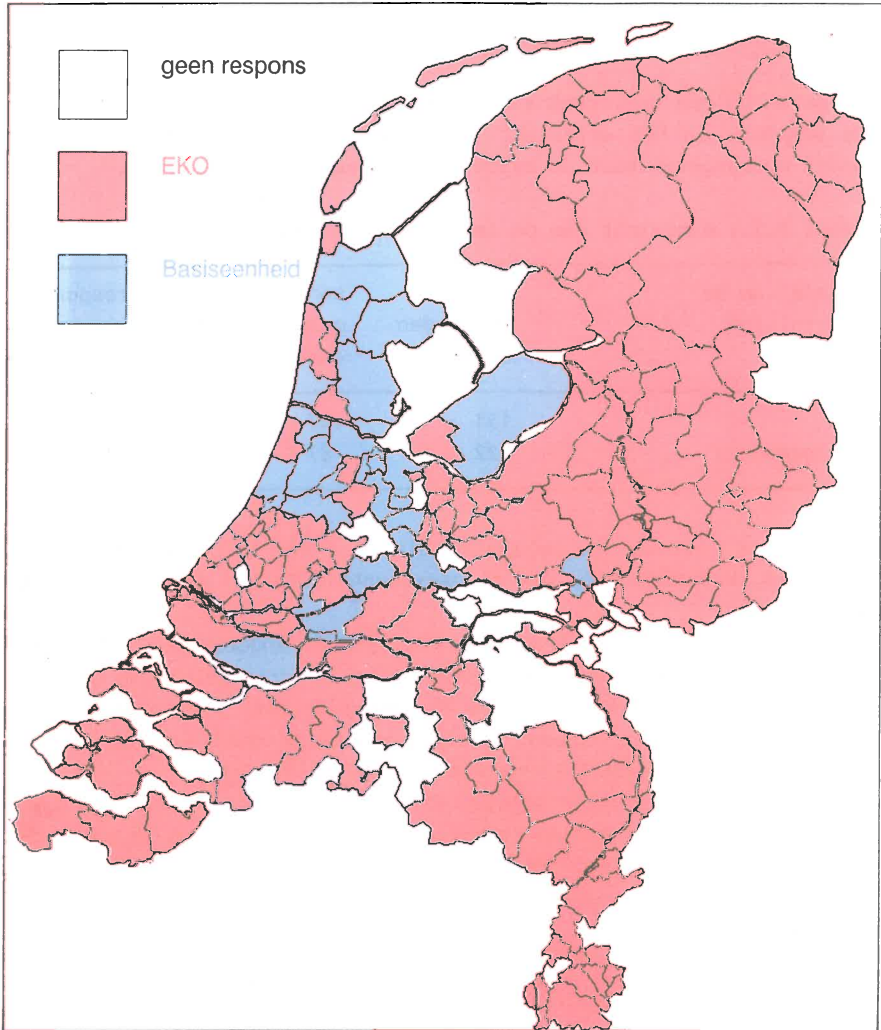
versie van de vragenlijst	aantal verzonden enquêtes	aantal geretourneerde enquêtes	respons percentage
EKO	151	147	97
basiseenheid	122	87	71

De respons voor de vragenlijsten die voor een EKO als geheel zijn ingevuld, bedraagt 97%. Van de basiseenheidlijsten is 71% geretourneerd.

Uit het overzicht van de medewerking aan de enquête per EKO in figuur 3.1 blijkt dat de non-respons vooral in drie delen van het land geconcentreerd is. Het gaat om de regio Tilburg exclusief de stad Tilburg, Noord-Oost Brabant en het oostelijk deel van de Betuwe. Verder zijn er incidenteel enkele kleine witte vlekken.

De gegevens uit de vragenlijsten van de EKO's in de provincie Drenthe en in Noord- en Midden-Limburg konden om praktische redenen niet in de tabellen van de hoofdstukken over de onderzoeksresultaten worden verwerkt. Deze gegevens worden waar dat van toepassing is wel in de tekst besproken.

Figuur 3.1.: overzicht van de respons op de enquête per EKO



N.B. De contouren van de regio's in het kaartje geven de werkgebieden van de Nederlandse EKO's weer. Respons en non-respons wordt dus weergegeven op EKO-niveau. Voor de EKO's waar de vragenlijst per basiseenheid is ingevuld, is in het kaartje aangegeven dat de 'EKO' gerepsondeerd heeft, als tenminste één van de basiseenheden de vragenlijst geretourneerd heeft. Overeenkomstig de later ontstane situatie, is Drenthe als één EKO weergegeven in het kaartje.

4. DE SITUATIE WAARIN KRUISWERK EN ZIEKENHUIZEN ZICH BEVINDEN

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we de onderzoeksresultaten met betrekking tot vraag 1 en 2 van de vraagstelling. Dat houdt in dat we eerst ingaan op de continuïteitsverpleegkundigen, de functionarissen die een centrale rol spelen in het denken over maatregelen ter bevordering van de continuïteit van zorg (paragraaf 4.2). De informatie over continuïteitsverpleegkundigen maakt het mogelijk om het volgende onderwerp aan de orde te stellen: de wijze waarop EKO's en basiseenheden onderling samenwerken bij het organiseren van continuïteit van zorg (paragraaf 4.3). Voor een deel van de samenwerkingsverbanden is namelijk het feit dat men gezamenlijk van de diensten van een continuïteitsverpleegkundige gebruik maakt een centraal aspect van de samenwerking. In de laatste paragraaf (paragraaf 4.4) gaan we in op het netwerk van relaties tussen EKO's en basiseenheden enerzijds en ziekenhuizen anderzijds. We bespreken dat aan de hand van de aantallen ziekenhuizen waaruit EKO's/basiseenheden nazorgpatiënten krijgen overgedragen. Daarbij komt ook het aantal overgedragen nazorgpatiënten per ziekenhuis aan de orde (paragraaf 4.4).

4.2. Continuïteitsverpleegkundigen

Continuïteitsverpleegkundigen zijn functionarissen in dienst van het kruiswerk wier speciale taak het behartigen van de continuïteit van zorg is. Wat we ons in deze paragraaf afvragen is allereerst in welke mate deze continuïteitsverpleegkundigen voorkomen bij het kruiswerk. De gehanteerde enquête-methode is daarbij niet geschikt om tot een bepaling van het absolute aantal te komen*. We kunnen wel vast-

* Het is uiteraard toch van belang een indruk te hebben van de omvang van het absolute aantal continuïteitsverpleegkundigen. Ten tijde van het vooronderzoek (peildatum 1 januari 1986) waren er 21 personen aangesteld als continuïteitsverpleegkundige, die tezamen 15,85 full-time formatieplaatsen bezetten (Krijgsman, 1986). In mei 1989 is opnieuw een telefonische peiling gehouden bij alle lidinstellingen. Totaal bleken er toen bij benadering 26 personen (vervolg voetnoot, zie pagina 22)

stellen ten behoeve van hoeveel EKO's en basiseenheden een continuïteitsverpleegkundige actief is. Dat blijkt bij 60% van alle onderzochte EKO's en 18% van alle onderzochte basiseenheden het geval te zijn. Bij EKO's treffen we dus ongeveer vier keer zo vaak een continuïteitsverpleegkundige aan dan bij basiseenheden. Een mogelijke verklaring daarvoor zou kunnen zijn, dat we de organisatie van de continuïteit van zorg op basiseenheid-niveau vooral aantreffen in Amsterdam en ook in de rest van Noord-Holland. In Amsterdam heeft men - min of meer als reactie op de vroegere nazorgdienst - besloten om continuïteit van zorg op uitvoerend niveau en zonder continuïteitsverpleegkundige te organiseren. Mogelijk geldt dit ook voor de rest van Noord-Holland (zie ook paragraaf 4.3).

Wat betreft de regio's in Nederland waar de continuïteitsverpleegkundigen voorkomen kunnen we het volgende opmerken. We treffen ze per 1 januari 1988 aan bij de lidinstellingen in Groningen, Friesland, Drenthe, West-Overijssel, Twente, Gelderland, Zuid-Holland, Rotterdam en Limburg. Verder komen ze voor in de regio's Eindhoven en Tilburg.

De hier gepresenteerde informatie over de geografische spreiding van continuïteitsverpleegkundigen maakt duidelijk dat de situatie sinds het vooronderzoek van Krijgsman (1986) dat een beeld gaf van de situatie per 1 januari 1986 wat is veranderd. Hij signaleerde continuïteitsverpleegkundigen in de lidinstellingen Groningen, Friesland, West-Overijssel, Twente, Gelderland, Zuid-Holland, Rotterdam en Limburg en in de regio's Nijmegen en Tilburg. In de situatie per 1 januari 1988 is de lidinstelling Drenthe en de regio Eindhoven daar dus bijgekomen.

Nu gaan we in op de taken van de continuïteitsverpleegkundigen die in Nederland werkzaam zijn. Tabel 4.1 geeft een overzicht. Daarbij zij aangetekend, dat een continuïteitsverpleegkundige uiteraard meer

* pag. 21

met een (deel-)functie als continuïteitsverpleegkundige te zijn, die 14 full-time formatieplaatsen bezetten. Zowel in totaal als per continuïteitsverpleegkundige is de omvang van de aanstellingen dus wat teruggelopen. De indruk bestaat dat er tussen beide genoemde peildata een periode is geweest waar juist meer continuïteitsverpleegkundigen beschikbaar waren dan in januari 1986. Nauwkeurige gegevens daarover ontbreken echter.

Tabel 4.1.: Overzicht van de taken van de continuïteitsverpleegkundige in termen van het percentage EKO's of basiseenheden waar de continuïteitsverpleegkundige de desbetreffende taak heeft (EKO's + basiseenheden N = 92)

taken	mate van vóórkomen in termen van percentages
- direct betrokken zijn bij het selecteren van patiënten die voor nazorg in aanmerking komen	8
- zelf zorgdragen voor het overdragen van informatie van ziekenhuis- naar wijkverpleging	7
- bevorderen van het maken van afspraken met betrekking tot continuïteit van zorg tussen kruiswerk en ziekenhuizen	97
- coördineren van gestructureerd overleg tussen kruiswerk en ziekenhuizen	82
- kruiswerk vertegenwoordigen bij gestructureerd overleg tussen kruiswerk en ziekenhuizen	86
- voeren van intern overleg binnen het kruiswerk met betrekking tot continuïteit van zorg	89
- andere taken*	17

* open vraag; een nadere beschrijving van de andere taken is veelal niet gegeven door de respondenten.

dan één taak heeft, zodat we in de tabel dubbeltellingen aantreffen. De vermelde percentages hebben betrekking op het totaal van EKO's en basiseenheden, die een continuïteitsverpleegkundige kennen (en waar bovendien deze vraag is beantwoord door de respondent). We moeten de tabel dus als volgt lezen: bij x % van de EKO's en basis-

eenheden waar een continuïteitsverpleegkundige werkzaam is, heeft zij de 'y' taak. Er maken slechts 15 basiseenheden deel uit van het totaal van 92, omdat voor basiseenheden - zoals we zagen - veelal geen continuïteitsverpleegkundige actief is. Daarom zijn geen verdere uitsplitsingen naar EKO's en basiseenheden gemaakt.

De eerste twee van de in de tabel genoemde taken, '(mede) patiënten selecteren voor nazorg' en 'zelf informatie ten behoeve van de overdracht overbrengen', worden maar door een klein aantal EKO's genoemd. Nu zijn deze twee taken kenmerkend voor het type functionaris dat in hoofdstuk 1 de 'praktisch-uitvoerende' continuïteitsverpleegkundige wordt genoemd. In het vooronderzoek vonden we deze functionaris nog in Friesland, Twente en Nijmegen (Krijgsman, 1986). Nadere inspectie van het onderhavige onderzoeksmateriaal leert dat de praktisch-uitvoerende continuïteitsverpleegkundige nu alleen nog bij twee Twentse EKO's (Noord-West Twente en District Hengelo) voorkomt. De 8% respondenten die melding maken van de betreffende taken, doelen op de continuïteitsverpleegkundigen bij deze EKO's.

Al met al kunnen we stellen dat de praktisch-uitvoerende continuïteitsverpleegkundige in twee jaar tijd sterk qua aantal is afgenomen. De achtergronden hiervan zijn op dit moment niet duidelijk.

Wat betreft de overige taken die in de tabel genoemd zijn, zien we sterke eenvormigheid. Bijna alle per 1 januari 1988 aanwezige continuïteitsverpleegkundigen hebben als taak: afspraken over continuïteit van zorg bevorderen tussen kruiswerk en ziekenhuizen, gestructureerd overleg tussen kruiswerk en ziekenhuizen coördineren, het kruiswerk vertegenwoordigen in dit overleg, en overleg voeren binnen het kruiswerk met betrekking tot de continuïteit van zorg. Deze taken passen in het beeld van de 'voorwaardenscheppende' continuïteitsverpleegkundige. Dit type continuïteitsverpleegkundige komt momenteel vaker voor dan per 1 januari 1986. Nu wordt het niet alleen bij de lidinstellingen Groningen, West-Overijssel, Gelderland, Zuid-Holland, Rotterdam, Limburg en de regio Tilburg aangetroffen, zoals ook in 1986 het geval was. Daar zijn bijgekomen Friesland, Drenthe, de regio Eindhoven en een deel van Twente.

4.3. Samenwerking binnen het kruiswerk met betrekking tot continuïteit van zorg

Organisatieniveau

Enige informatie over de laag in de kruisorganisatie waar de nazorg georganiseerd wordt, hebben we feitelijk al gepresenteerd in hoofdstuk 2 waar we spraken over het toezenden van enquêtes aan EKO's versus basiseenheden. Op het totaal van de 182 benaderde EKO's bleek het bij 31 (17%) zo te zijn, dat men vragenlijsten voor afzonderlijke basiseenheden toegestuurd diende te krijgen. We zien daarbij af van mogelijke samenwerking tussen EKO's (en basiseenheden). Op grond hiervan kunnen we stellen dat bij bijna éénvijfde van de EKO's de nazorg is georganiseerd per basiseenheid. Bij het overige viervijfde deel is dat de EKO zelf.

Uit het kaartje van figuur 3.1 is af te leiden in welke gebieden van Nederland continuïteit van zorg per basiseenheid georganiseerd is. Vooraf zij daar bij aangetekend, dat we over de wit gekleurde gebieden geen informatie hebben. De gebieden waar de continuïteit van zorg per basiseenheid is geregeld treffen we over het geheel genomen aan in het westen van Nederland. Vooral de provincie Noord-Holland (inclusief de stad Amsterdam) springt daarbij in het oog, die praktisch in zijn geheel de organisatievorm op basiseenheidsniveau kent. Daarnaast gaat het om Oostelijk Flevoland en om een langgerekte strook die over de stad Utrecht doorloopt naar het gebied ten zuiden van Rotterdam. De stad Utrecht* valt erbinnen, maar Rotterdam erbuiten. Wat aan het gebied opvalt is dat de basiseenheden zeer waarschijnlijk van veel verschillende ziekenhuizen nazorgpatiënten zullen ontvangen, doordat ze georiënteerd zijn op de vele ziekenhuizen in de beide steden Amsterdam en Haarlem en in Utrecht en Rotterdam. We spraken in hoofdstuk 1 al over een mogelijke verklaring voor het feit dat men ervoor kiest om continuïteit van zorg te organiseren vanuit de basiseenheid. We weten alleen van het kruiswerk in de stad Amsterdam dat het een bewuste keuze is om de lijnen tussen ziekenhuis- en wijkverpleging zo kort mogelijk te houden. Een organisatie op basiseenheidsniveau vloeit daaruit voort. Mogelijk heeft de rest van Noord-Holland zich laten inspireren door deze aanpak. Tot op ze-

* De stad Utrecht kent een bijzonder situatie, omdat daar één bepaalde basiseenheid namens het gehele kruiswerk in de stad de contacten met één bepaald ziekenhuis onderhoudt.

kere hoogte is dat aannemelijk, omdat zowel de stad Amsterdam als een aantal gebieden in Noord-Holland (IJmond, 't Gooi, Noord-Kennemerland, Zuid-Kennemerland en Amstelland) in de zestiger en zeventiger jaren nazorgdiensten hebben gekend (Krijgsman, 1986). Misschien is de decentrale aanpak via de basiseenheden een reactie op de relatief zware organisatievorm van de nazorgdienst die men in het verleden heeft gehad. Wellicht geldt ook dat de decentrale aanpak daarbij kan voortborduren op structurele regelingen die door de nazorgdienst zijn getroffen. Met andere woorden: het contact tussen kruiswerk en ziekenhuis is er van oudsher en de praktische werkzaamheden kunnen daardoor op uitvoerend niveau worden geregeld. Uiteraard is dit slechts speculatie onzerzijds.

Samenwerking

Samenwerking tussen EKO's en basiseenheden onderling komt in de praktijk vaak voor. 83% van de **responderende** EKO's (N=133) met een 'EKO-niveau van organisatie' en 60% van de **responderende** basiseenheden (N=87) met uiteraard een 'basiseenheid-niveau van organisatie' kent enige vorm van samenwerking bij het organiseren van de nazorg. De vraag die dan volgt is uiteraard, hoe ziet die samenwerking er uit.

Bij het bestuderen van de samenwerking van EKO's of basiseenheden bij het organiseren van de nazorg, willen we om te beginnen een globaal onderscheid maken in de wijze waarop wordt samengewerkt. Als er voor de EKO of basiseenheid een continuïteitsverpleegkundige (CV) actief is, dan kan het zijn dat men deze functionaris deelt met andere instellingen. Deze 'Samenwerking-via-CV' beschouwen we als de eerste hoofdvorm van samenwerking. De tweede hoofdvorm is een complement hiervan. In situaties waar geen continuïteitsverpleegkundige is, kan men uiteraard toch samenwerken in verband met continuïteit van zorg: 'Samenwerking-zonder-CV'. Dit betreft dan samenwerkingsverbanden waar men gezamenlijk van de zijde van het kruiswerk probeert tot (uniforme) afspraken over de overdracht van patiënten te komen met ziekenhuizen.

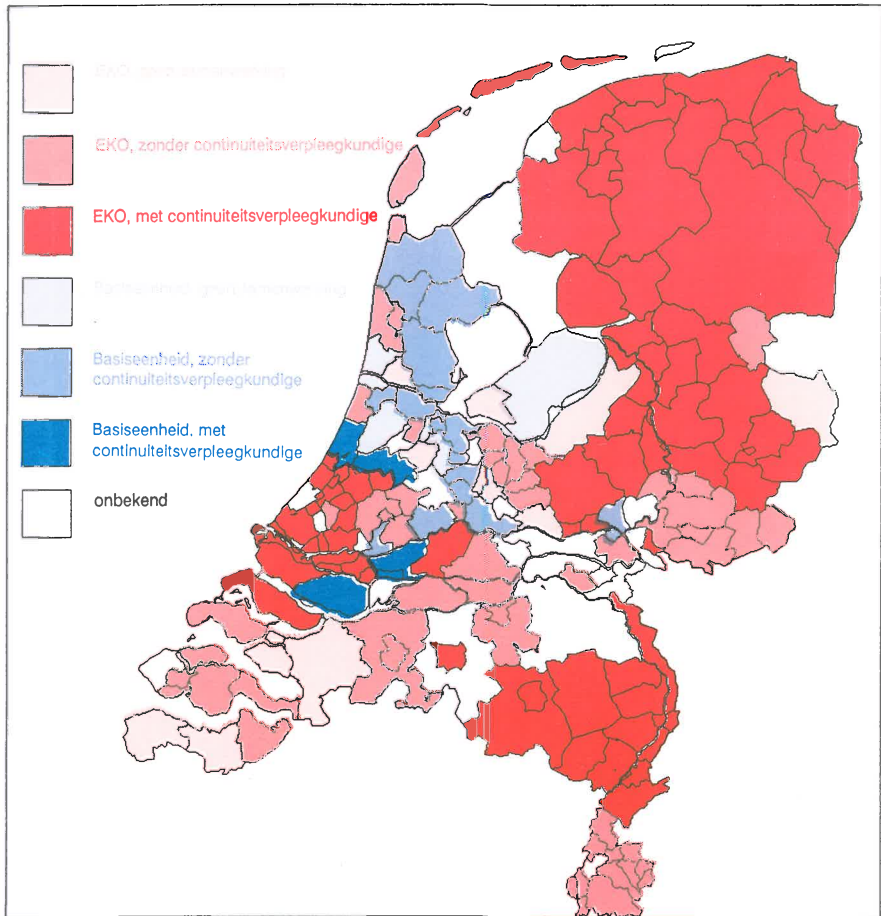
Samenwerking-via-CV vinden we bij 53% van de 133 **responderende** EKO's en 14% van de 87 **responderende** basiseenheden. Samenwerking-zonder-CV vinden we bij 30% van de EKO's en 46% van de basiseenheden. Voor basiseenheden is de Samenwerking-zonder-CV dus verreweg het belangrijkste. Voor de EKO's is dit juist de Samenwerking-via-CV. Dit sluit aan bij onze bevinding dat continuïteitsverpleegkundigen veel

minder vaak voorkomen bij basiseenheden.

In figuur 4.1 laten we zien, hoe de Samenwerking-via-CV, respectievelijk zonder-CV, verspreid is over de EKO's en basiseenheden in Nederland. Tevens laten we zien waar niet samengewerkt wordt.

* Het louter delen van een gemeenschappelijke functionaris is de meest minimale vorm bij deze samenwerking. Het kan echter zijn dat men daarnaast gezamenlijk afspraken heeft en overleg voert met ziekenhuizen.

Figuur 4.1.: geografisch overzicht* van EKO's en basiseenheden waar Samenwerking-via-CV respectievelijk Samenwerking-zonder-CV respectievelijk Geen Samenwerking aanwezig is



* Overeenkomstig de latere situatie is Drenthe als één EKO weergegeven in het kaartje.

Samenwerking via een continuïteitsverpleegkundige komt in een aantal lidinstellingen voor. Het werkgebied van een continuïteitsverpleegkundige verschilt van lidinstelling tot lidinstelling. Bij de lidinstellingen in Groningen, Drenthe, West-Overijssel en Rotterdam valt het werkgebied van de continuïteitsverpleegkundigen samen met het gebied van de lidinstelling. De continuïteitsverpleegkundige in Gelderland is werkzaam voor een deel van de provinciale lidinstelling. Bij lidinstellingen in Friesland, Zuid-Holland en Limburg valt het werkgebied van de continuïteitsverpleegkundigen samen met het gebied van de districten in de lidinstelling. In Twente zijn bij drie (relatief grote) EKO's continuïteitsverpleegkundigen aangesteld. Hun werkgebied is qua omvang vergelijkbaar met dat van districten bij andere lidinstellingen.

In Noord-Brabant zijn twee continuïteitsverpleegkundigen werkzaam: een continuïteitsverpleegkundige is werkzaam voor drie kruisverenigingen in de regio Eindhoven; de andere continuïteitsverpleegkundige is werkzaam voor de kruisvereniging in Tilburg. Gebieden waar men niet samenwerkt binnen het kruiswerk met betrekking tot continuïteit van zorg komen (verspreid) voor in de lidinstellingen in Flevoland, Gelderland, Utrecht, Noord-Holland, Amsterdam, Zeeland en Noord-Brabant.

4.4. Het netwerk van relaties tussen kruiswerk en ziekenhuizen

Aantallen ziekenhuizen per EKO of basiseenheid

Over het aantal ziekenhuizen waaruit EKO's en basiseenheden nazorgpatiënten krijgen overgedragen is informatie te vinden in tabel 4.2. Vermeld zij, dat in de vragenlijst ruimte was voor het aangeven van maximaal 10 ziekenhuizen.

Tabel 4.2 laat zien dat slechts 7% van alle EKO's en 1% van alle basiseenheden met één ziekenhuis te maken heeft. Het overgrote deel heeft dus met twee of meer ziekenhuizen te maken, waarbij opvalt dat ook de aantallen boven de vijf ziekenhuizen nog frequent voorkomen. Deze hoge aantallen komen nog vaker voor bij basiseenheden dan bij EKO's. Het gemiddelde aantal ligt voor EKO's op 4,1 (standaard deviatie = 2) en voor basiseenheden op 4,6 (standaard deviatie = 1,8). Op zichzelf genomen zou men verwachten dat de uitvoerende eenheden van EKO's, met minder ziekenhuizen te maken zouden hebben dan een EKO als geheel. We zagen echter eerder dat de organisatie van de continuïteit van zorg per basiseenheid in plaats van per EKO vooral

Tabel 4.2.: verdeling van de aantallen ziekenhuizen van waaruit EKO's en basiseenheden nazorgpatiënten krijgen overgedragen, (EKO's N = 133; basiseenheden N = 87)

aantal ziekenhuizen dat nazorgpatiënten aan een EKO of basiseenheid overdraagt	% EKO's	% basiseenheden
	dat van het betreffende aantal ziekenhuizen patiënten krijgt overgedragen	
1	7	1
2	19	10
3	16	19
4	17	21
5	15	22
6	13	10
7-10	11	16
totaal	100%	100%

te vinden is in gebieden waar meerdere ziekenhuizen voor eenzelfde achterland actief zijn.

De belangrijkste constatering op grond van de tabel is dat zowel EKO's als basiseenheden in de meeste gevallen energie dienen te steken in het onderhouden van relaties met heel wat ziekenhuizen.

Aantallen overgedragen nazorgpatiënten

De vraag die we nu stellen is hoeveel nazorgpatiënten de ziekenhuizen overdragen aan de EKO's of basiseenheden. Daartoe hebben we EKO's en basiseenheden gevraagd om deze aantallen te schatten. Uit de geretourneerde vragenlijsten blijkt dat men vrij vaak geen schatting geeft; misschien moeten we zeggen niet kan geven. De EKO's geven in 49% van de gevallen schattingen en de basiseenheden in 38% van de gevallen. Daarbij kijken we naar alle ziekenhuizen waaruit ze naar hun zeggen nazorgpatiënten krijgen overgedragen. Beperken we ons tot het belangrijkste ziekenhuis (het ziekenhuis dat de meeste nazorgpatiënten overdraagt), dan blijkt 64% van de EKO's en 66% van de basiseenheden een schatting te geven. We neigen tot de conclusie dat er in het kruiswerk lang niet overal een beeld bestaat van de aantallen overgedragen nazorgpatiënten.

Voor zover er wel aantallen overgedragen nazorgpatiënten zijn opge-

geven, zullen we aan de hand van tabel 4.3 laten zien wat hieruit voor beeld ontstaat. De vermelde aantallen drukken uit hoeveel patiënten men in de maand voorafgaand aan het invullen van de enquête heeft overgedragen gekregen.

De tabel maakt in één oogopslag duidelijk dat de opgegeven schattingen van de aantallen nazorgpatiënten vreemde kenmerken hebben. De vermelde minimum-aantallen per categorie EKO's zijn namelijk onwaarschijnlijk laag. Verder neemt het gemiddelde aantal nazorgpatiënten per categorie EKO's in de categorie tussen 40.000 en 60.000 inwoners niet toe, maar af ten opzichte van de vorige categorie. Al met al moeten we stellen dat de opgegeven schattingen althans op het oog nogal onnauwkeurig zijn. Ze bieden in elk geval onvoldoende houvast om iets definitiefs te zeggen over de omvang van het werkelijke aantal nazorgpatiënten dat in Nederland wordt overgedragen uit algemene en academische ziekenhuizen.

Tabel 4.3.: overzicht van de door de respondenten opgegeven aantallen nazorgpatiënten per maand, eerst voor EKO's (uitgesplitst in een aantal categorieën naar inwonersaantal) en daarna voor basiseenheden

inwoneraantal EKO	N	gemiddeld aantal nazorgpatiënten per categorie	spreiding per categorie		
			min.	max.	stand. dev.
30.000	14	12	1	45	11
30.000 - 40.000	6	22	1	44	14
40.000 - 60.000	14	18	10	38	8
60.000 - 200.000	98	49	10	139	32
basiseenheden alle inwoner- aantal categ.	33	9	2	16	4

* Niet te berekenen, omdat in de opgave van de aantallen inwoners per basiseenheid vaak vergissingen/fouten zijn gemaakt, doordat men het aantal van de totale EKO opgaf.

De concentratie van stromen nazorgpatiënten

We zagen hierboven dat het kruiswerk geen nauwkeurige schattingen kan doen van de aantallen nazorgpatiënten die ze krijgen overgedragen. Dat beperkt ons dus om praktische redenen in het toepassen van deze cijfers. Op zichzelf genomen zijn dergelijke cijfers wel zeer van belang in verband met het vraagstuk van onze studie. Dat geldt met name voor de vraag hoe complex het netwerk van relaties is dat een EKO of basiseenheid dient te onderhouden met verschillende ziekenhuizen. We spraken in dit verband al over het aantal ziekenhuizen waaruit een EKO of basiseenheid nazorgpatiënten krijgt overgedragen. Maar het maakt nogal wat uit of een EKO praktisch alle patiënten krijgt overgedragen uit één bepaald ziekenhuis en daarnaast nog wel eens sporadisch enkele patiënten krijgt overgedragen uit vier andere ziekenhuizen, òf dat de vijf ziekenhuizen min of meer in gelijke mate patiënten aarmelden voor nazorg. Om de mate waarin EKO's of basiseenheden de nazorgpatiënten 'geconcentreerd' krijgen overgedragen te kunnen uitdrukken in een bepaald getal hebben we een zogeheten concentratie-score ontwikkeld. In formule:

$$\text{Concentratie-score} = \frac{\sum_{i=1}^n \{n \text{ pat } (i)\}^2}{\sum_{i=1}^n \{n \text{ pat } (i)\}^2} \cdot 10$$

i = ziekenhuis
n = totaal aantal ziekenhuizen
n pat (i) = aantal patiënten, overgedragen uit ziekenhuis *i*

In tabel 4.4 geven we een overzicht van de concentratie-scores die EKO's en basiseenheden behalen op grond van de door hen opgegeven schattingen van de aantallen nazorgpatiënten. De score 10 staat voor de meest geconcentreerde situatie en de score 1 voor de minst geconcentreerde situatie. Als er vanuit 4 ziekenhuizen patiënten worden overgedragen en het aantal patiënten per ziekenhuis is gelijk, dan is de concentratie-score gelijk aan 10 gedeeld door 4. De scores konden worden berekend voor 64 EKO's en 33 basiseenheden, niet de totale aantallen dus, omdat in de overige gevallen de schattingen over de omvang van de groep overgedragen patiënten ontbreken.

Tabel 4.4.: percentuele verdeling van de concentratie-scores voor EKO's en basiseenheden apart (EKO's N = 64; basiseenheden N = 33)

concentratiescore	% EKO's	% basiseenheden
10-9	12	15
8-7	13	0
6-5	36	21
4-3	28	48
2-1	11	15

Een concentratiescore van 10 of 9 houdt in, dat een EKO of basiseenheid vrijwel geheel op één ziekenhuis is georiënteerd. Dat komt - gegeven de genoemde schattingen van de aantallen nazorgpatiënten - bij 12% van de EKO's en 15% van de basiseenheden voor. Een concentratiescore van 8 of 7 betekent dat er nog wel één ziekenhuis is dat belangrijker is dan de rest, maar het geldt minder sterk. Naarmate de concentratiescore lager wordt geldt dit steeds minder. Een concentratiescore van 2 of 1 betekent dat de nazorgpatiënten uit circa 5 of meer ziekenhuizen, min of meer in gelijke mate, worden overgedragen. Deze situatie treffen we aan bij 11% van de EKO's en 15% van de basiseenheden.

5. MAATREGELEN TER BEVORDERING VAN DE CONTINUÏTEIT VAN ZORG

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de maatregelen die door het kruiswerk genomen zijn ter bevordering van de continuïteit van zorg. Het aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige kan in feite ook als één van deze maatregelen gezien worden. De mate waarin continuïteitsverpleegkundigen voorkomen en wat haar taken zijn bespreken we echter al in paragraaf 4.2. Hier richten we ons op drie andere elementen binnen de mogelijke maatregelen. Allereerst gaan we in op de mate waarin het kruiswerk met ziekenhuizen afspraken heeft gemaakt over het overdragen van nazorgpatiënten (paragraaf 5.2). Een bijzonder aspect van het maken van afspraken over de overdracht is dat men overeenkomt om overdrachtsformulieren te gebruiken. Met deze formulieren brengt de ziekenhuisverpleging informatie over aan de wijkverpleging over de komst van een nazorgpatiënt. Op deze overdrachtsformulieren gaan we in in paragraaf 5.3. Als laatste onderdeel van dit hoofdstuk bespreken we het gestructureerd overleg tussen kruiswerk en ziekenhuizen over continuïteit van zorg (paragraaf 5.4).

5.2. Afspraken over de overdracht

De mate waarin afspraken over de overdracht voorkomen

Om patiënten efficiënt te kunnen overdragen van het ziekenhuis naar het kruiswerk dient er bij voorkeur een vaste procedure te zijn voor de overdracht. Een vaste procedure houdt in dat men afspraken heeft gemaakt over de wijze van overdragen. We zullen nu om te beginnen nagaan in hoeverre dergelijke afspraken bij EKO's en basiseenheden voorkomen bij de vijf 'belangrijkste' ziekenhuizen. 'Belangrijkste' wil hier (en in de volgende paragrafen van dit hoofdstuk) zeggen: de vijf ziekenhuizen waaruit volgens de opgave van onze respondenten de meeste nazorgpatiënten worden overgedragen. In tabel 5.1 vindt u de betreffende informatie. De ziekenhuizen zijn genummerd van 1 tot 5, waarbij 1 het 'belangrijkste' ziekenhuis en 5 het 'onbelangrijkste' is. De 'N' in de tabel is het aantal EKO's/basiseenheden waarop het percentage betrekking heeft. Het percentage geeft aan in welke mate er sprake is van afspraken tussen de EKO's/basiseenheden en het betreffende ziekenhuis.

Tabel 5.1: percentage EKO's, respectievelijk basiseenheden, dat afspraken heeft gemaakt over de overdracht van nazorgpatiënten met elk van de vijf 'belangrijkste' ziekenhuizen

	percentages voor ziekenhuis					(gewogen) gemiddelde percentage per ziekenhuis
	1	2	3	4	5	
EKO's	93	86	66	69	71	89
(N)	(133)	(115)	(76)	(54)	(38)	
basiseenheden	69	39	38	40	35	47
(N)	(87)	(70)	(56)	(38)	(29)	

93% van de EKO's blijkt met het belangrijkste ziekenhuis afspraken te hebben gemaakt. Daarna loopt dit percentage wat terug. Bij de basiseenheden heeft 69% afspraken met het belangrijkste ziekenhuis. Bij het tweede en volgende ziekenhuis loopt dit percentage sterk terug. Duidelijk is dat basiseenheden - vergeleken met EKO's - in het algemeen slechts half zo vaak tot afspraken over de overdracht komen.

Voor wie gelden de afspraken?

Nu we weten in welke mate er afspraken zijn over de overdracht, willen we de vraag aan de orde stellen: voor wie gelden deze afspraken? Met andere woorden is de geldingskracht beperkt tot één relatie tussen bijvoorbeeld één specifieke EKO en één bepaald ziekenhuis of gelden de afspraken bijvoorbeeld voor de relaties tussen **meerdere** EKO's en één bepaald ziekenhuis tegelijkertijd. Dat is één kant van de zaak. De andere is, dat we ons kunnen afvragen of de afspraken wel geldig zijn voor het gehele ziekenhuis. Voorstelbaar is dat de afspraken slechts met enkele afdelingen van een ziekenhuis gemaakt kunnen worden. De afdelingen zijn immers tot op zekere hoogte zelfstandige units. Hieronder gaan we op beide genoemde aspecten van de reikwijdte van de afspraken (de reikwijdte binnen het kruiswerk en de reikwijdte binnen de ziekenhuiswereld) successievelijk in.

Tabel 5.2 laat zien wat de reikwijdte is van gemaakte afspraken binnen het kruiswerk. De tabel geeft in procenten aan hoe de verdeling van de verschillende genoemde mogelijkheden is, voor EKO's en basiseenheden afzonderlijk. Vermeld zij dat alleen die afspraken worden

bezien die gelden in de relatie tussen de EKO en het ziekenhuis dat de meeste nazorgpatiënten overdraagt (het 'belangrijkste' ziekenhuis).

Tabel 5.2.: overzicht van de reikwijdte van gemaakte afspraken binnen het kruiswerk, in procenten (EKO's N = 124; basiseenheden N = 55)

afspraken gelden voor	% EKO's	% basiseenheden
lidinstelling als geheel	24	13
een aantal EKO's	54	45
een aantal basiseenheden	(nvt)	16
alleen de eigen EKO	12	22
alleen de eigen basiseenheid	(nvt)	0
anders	10	4
totaal	100	100

De tabel maakt duidelijk dat de afspraken die gemaakt zijn met het 'belangrijkste' ziekenhuis meestal verder reiken dan de eigen EKO of basiseenheid. Basiseenheden maken daarbij wel minder vaak afspraken die de gehele lidinstelling bestrijken dan EKO's. Het verschil lijkt eigen aan de sterk gedecentraliseerde aanpak van de continuïteit van zorg bij de basiseenheden.

Tabel 5.3 geeft inzicht in de vraag of de gemaakte afspraken met ziekenhuizen gelden voor het gehele ziekenhuis of alleen voor één/enkele afdelingen in het ziekenhuis. De informatie wordt voor EKO's

Tabel 5.3.: overzicht van de reikwijdte van gemaakte afspraken binnen het ziekenhuis in procenten (EKO's N = 124; basiseenheden N = 55)

	% EKO's	% basiseenheden
het gehele ziekenhuis	97	87
één/enkele afdelingen	3	13
totaal	100	100

en de basiseenheden gescheiden gepresenteerd. Bovendien zij vermeld dat we alleen afspraken tussen de EKO/basiseenheid en het 'belangrijkste' ziekenhuis beschouwen.

De tabel maakt duidelijk dat gemaakte afspraken bij de EKO's vrijwel altijd gelden voor het totale ziekenhuis. Bij de basiseenheden is dat wat minder het geval, maar ook hier zijn de afspraken die niet voor het gehele ziekenhuis gelden duidelijk in de minderheid.

5.3. Overdrachtsformulieren

Mate waarin overdrachtsformulieren worden gebruikt

In tabel 5.4 geven we weer in welke mate overdrachtsformulieren volgens opgave van het kruiswerk gebruikt worden in respectievelijk de relaties tussen EKO's en ziekenhuizen, en tussen basiseenheden en ziekenhuizen. De tabel geeft, analoog aan tabel 5.1, een overzicht van de situatie van de vijf 'belangrijkste' ziekenhuizen in de volgorde van 'belangrijk' naar 'onbelangrijk'. De tabel geeft de percentages aan waarin een bepaalde frequentie van het gebruik van overdrachtsformulieren ('altijd', 'meestal', 'soms' of 'nooit') van toepassing is op het betreffende totaal van de EKO's/basiseenheden.

Tabel 5.4.: percentueel overzicht van de mate waarin overdrachtsformulieren gebruikt worden in de relaties tussen het kruiswerk en de ziekenhuizen

frequentie waarmee het formulier gebruikt wordt	ziekenhuis										'gewogen' gemid- delde percentage per ziekenhuis	
	1		2		3		4		5			
	EKO's	be-en	EKO's	be-en	EKO's	be-en	EKO's	be-en	EKO's	be-en	EKO's	be-en
'altijd'	42	23	33	24	25	19	30	30	16	32	32	24
'meestal'	55	64	59	61	58	62	56	45	68	61	58	61
'soms'	3	13	7	11	14	17	13	20	16	3	9	13
'nooit'	0	0	1	4	3	2	2	5	0	3	1	2
totaal perc. (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(133)	(83)	(116)	(72)	(76)	(58)	(54)	(40)	(38)	(31)		

De tabel maakt duidelijk dat in de meeste gevallen voor het overdragen van patiënten de speciale overdrachtsformulieren worden gebruikt. Let wel, we baseren ons hier op een rapportage van indrukken die bestaan bij het kruiswerk. Dat geldt zowel voor EKO's als basiseenheden, hoewel voor de basiseenheden geldt dat in hun relaties met ziekenhuizen in minder gevallen 'altijd' het overdrachtsformulier gebruikt wordt dan bij EKO's.

Haast geen enkele EKO of basiseenheid geeft aan dat in de relatie met een ziekenhuis 'nooit' overdrachtsformulieren worden gebruikt. Dit gebruik is dus blijkbaar gemeengoed in het gehele land, iets wat ook in ons vooronderzoek wordt geconstateerd (Krijgsman, 1986).

Overdracht zonder formulier

Hoe worden patiënten overgedragen in de tamelijk uitzonderlijke situaties dat geen overdrachtsformulier wordt gebruikt? Wel nu; hierover kunnen we kort zijn. Zowel bij EKO's als bij basiseenheden betreft dat in 93% van de gevallen (volgens de opgave van het kruiswerk) overdrachten van ziekenhuis- naar wijkverpleging die per telefoon plaatsvinden. Slechts in 7% van de gevallen is een andere wijze van overdragen van toepassing. Dat betreft dan meestal de situatie waarin de patiënt of de mantelzorg zelf het kruiswerk op de hoogte brengen van de behoefte aan nazorg. Wat minder vaak gaat het om de huisarts die de wijkverpleging benadert in verband met de behoefte aan nazorg van een ontslagen ziekenhuispatiënt.

5.4. Gestructureerd overleg

Mate waarin gestructureerd overleg voorkomt

Tabel 5.5 geeft inzicht in de mate waarin gestructureerd overleg voorkomt. De tabel geeft, analoog aan tabel 5.6, een overzicht van de situatie bij de vijf 'belangrijkste' ziekenhuizen. De vermelde percentages geven weer bij hoeveel van de relaties tussen kruiswerk en ziekenhuizen sprake is van gestructureerd overleg: dit voor EKO's en basiseenheden apart. De vermelde 'N' drukt uit, hoe groot het aantal EKO's/basiseenheden is waarop gepercenteerd is.

De tabel laat zien dat EKO's in 86% van de gevallen met het belangrijkste ziekenhuis een vorm van gestructureerd overleg hebben. Voor het op één na belangrijkste ziekenhuis zakt dit percentage niet zo sterk (74%), maar voor de volgende drie relatief steeds minder belangrijke ziekenhuizen komt nog maar in ongeveer de helft van de ge-

Tabel 5.5.: percentages EKO's en basiseenheden waar gestructureerd overleg gehouden wordt in de relaties tussen kruiswerk en ziekenhuizen

	percentage per ziekenhuis					'gewogen' gemiddeld percentage per ziekenhuis
	1	2	3	4	5	
EKO's (N)	86 (130)	74 (112)	47 (73)	51 (51)	53 (36)	68
basiseenheden (N)	76 (80)	36 (69)	30 (54)	35 (37)	24 (29)	45

vallen gestructureerd overleg voor.

Bij de basiseenheden zien we tot op zekere hoogte hetzelfde beeld; alleen zijn de percentages over de hele linie lager dan bij de EKO's. In 76% van de gevallen (10% minder dan bij de EKO's) hebben basiseenheden gestructureerd overleg met het belangrijkste ziekenhuis. Dan zakt het percentage al meteen drastisch bij het tweede ziekenhuis, praktisch tot het niveau dat ook voor alle overige ziekenhuizen geldt: grofweg met één derde deel van deze ziekenhuizen houdt men overleg. Gemiddeld over alle ziekenhuizen hebben EKO's met 68% van de ziekenhuizen waaruit ze nazorgpatiënten krijgen overgedragen gestructureerd overleg; voor de basiseenheden is dit in 45% van de gevallen zo.

Aantal parallele overleggroepen per kruiswerk-ziekenhuis relatie

Nu komen we op de vraag hoeveel vormen van gestructureerd overleg (afzonderlijke overleggroepen) naast elkaar voorkomen in een relatie tussen een EKO/basiseenheid enerzijds en een ziekenhuis anderzijds. De vraag komt voort uit de veronderstelling, dat er gestructureerd overleg kan plaatsvinden op verschillende niveaus in de organisatie. Bijvoorbeeld naast het overleg op uitvoerend niveau tussen wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen kan er ook nog overleg op leidinggevend niveau zijn tussen bijvoorbeeld hoofd-, wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen. Zonder op de inhoud van het overleg te letten, gaan we in eerste instantie het aantal 'parallele' overleggroepen tellen. Dit doen we voor de twee belangrijkste ziekenhuizen waar EKO's en basiseenheden mee te maken hebben.

Tabel 5.6 geeft een overzicht. Het maximale aantal overleggroepen

waar in de vragenlijst ruimte voor was opengelaten is drie. De tabel geeft een percentuele verdeling (op het totale aantal EKO's/basiseenheden waarop de vraag van toepassing is en die de vraag hebben beantwoord) van de EKO's en basiseenheden naar het aantal overleg-groepen.

Tabel 5.6.: percentuele verdeling van het aantal voorkomende paral-
lelle overleggroepen voor EKO's en basiseenheden met elk
van de twee 'belangrijkste' ziekenhuizen

aantal overleg- groepen	% EKO's ziekenhuis		% basiseenheden ziekenhuis	
	1	2	1	2
	(N=133)	(N=119)	(N=87)	(N=82)
0	7	28	14	50
1	19	8	23	13
2	13	13	15	5
3	62	52	48	32
totaal	100	100	100	100

Het meest opvallende resultaat in de tabel is dat in ongeveer de helft van de gevallen er drie overleggroepen naast elkaar voorkomen in de relaties tussen EKO's/basiseenheden en ziekenhuizen. Gegeven dit resultaat moeten we ons afvragen of we in de vragenlijst voldoende ruimte hebben gelaten, voor alle mogelijke overleggroepen die in werkelijkheid naast elkaar voorkomen. Bij het opstellen van de vragenlijst beoordeelden we een aantal van drie als erg veel, maar in de praktijk ligt dit blijkbaar anders. Daar we met de vragenlijst in de eerste plaats wilden nagaan of er überhaupt wel gestructureerd overleg voorkomt, is dit punt overigens niet zo van belang. En op grond van wat we weten over de eerste drie parallele overleggroepen kunnen we ons wel een golbaal beeld vormen over wie aan het overleg deelneemt en wat de frequentie is waarmee het overleg gehouden wordt. Veel verder dan dat wilden we in het huidige stadium niet gaan.

Samenstelling van het gestructureerde overleg en de overlegfrequentie

We gaan hierna eerst in op de deelnemers aan het overleg van de zijde van het kruiswerk. Daarna komen de deelnemers aan ziekenhuiszijde ter sprake. En ten slotte bespreken we de frequentie waarmee het overleg gehouden wordt.

De vraag die we hier als eerste stellen luidt nauwkeurig geformuleerd: Welke binnen het kruiswerk voorkomende functies zijn in welke mate vertegenwoordigd in het overleg met de ziekenhuizen over de nazorg? In de vragenlijst hebben we informatie gevraagd over de samenstelling van maximaal drie verschillende overleggroepen per ziekenhuis bij de twee belangrijkste ziekenhuizen. Nu nemen we al deze informatie bij elkaar (ook EKO's en basiseenheden zijn te zamen genomen) om vast te stellen welke functies binnen het kruiswerk in welke mate vertegenwoordigd zijn, ongeacht het soort overleg en ongeacht om welk ziekenhuis het gaat. Tabel 5.7 geeft een overzicht. De gepresenteerde percentages moeten gelezen worden als het procentuele aandeel van één bepaalde functie op het totaal van de genoemde functies die in het overleg te vinden zijn. Er wordt hier gesproken van functies en niet van functionarissen, omdat expliciet functies geteld zijn. Geteld is bijvoorbeeld hoe vaak hoofdwijkverpleegkundige(n) vertegenwoordigd zijn. Het aantal hoofdwijkverpleegkundigen per specifieke overlevorm doet niet ter zake. Bijvoorbeeld één, twee of drie functionarissen met de functie hoofdwijkverpleegkundige in één en hetzelfde overleg wordt allemaal geteld als één deelname van de functie hoofdwijkverpleegkundige in het overleg.

De tabel laat zien dat de functie van hoofdwijkverpleegkundige het beste vertegenwoordigd is in het gestructureerde overleg over de nazorg tussen EKO's of basiseenheden en ziekenhuizen (42% op het totaal van alle betrokken functies). Dan volgen de continuïteitsverpleegkundige en de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende. Districtsverpleegkundigen en directeuren van EKO's zijn relatief zelden aan te treffen in het overleg.

Men verwoordt wel als kritiek op het aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige dat een dergelijke functie waarin iemand speciaal belast is met de continuïteit van zorg uitlokt, dat alle verantwoordelijkheden op dit terrein door de EKO aan deze ene persoon worden overgelaten. Dat zou zich dan bijvoorbeeld uiten in het feit dat de continuïteitsverpleegkundige als enige persoon van het kruis-

Tabel 5.7.: het procentuele aandeel dat diverse functies in het kruiswerk hebben (op het totaal van voorkomende kruiswerkfuncties) in het gestructureerde overleg tussen het kruiswerk en de ziekenhuizen (totaal functies N = 866)

functie	procentuele aandeel
hoofdwijkverpleegkundige	42
continuïteitsverpleegkundige	21
wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende	16
districtsverpleegkundige	9
hoofd verpleegkundige zorgverlening	7
directeur EKO	2
overige	3
totaal	100

werk vertegenwoordigd is in het overleg met de ziekenhuizen. We zijn nagegaan in hoeverre dit zich in de praktijk voordoet door na te gaan hoe de verschillende overleggroepen over continuïteit van zorg zijn samengesteld. Daaruit bleek dat de situatie met alleen de continuïteitsverpleegkundige als afgevaardigde van het kruiswerk in het overleg zich slechts in 2 à 4% van alle overleggroepen voordoet.

Op analoge wijze als hierboven voor de functies binnen het kruiswerk is gedaan, hebben we ook gekeken naar de mate waarin de functies die in het ziekenhuis voorkomen vertegenwoordigd zijn in het overleg. Tabel 5.8 geeft een overzicht.

De tabel laat zien dat afgevaardigden van de verpleegkundige diensten het meest frequent betrokken zijn bij gestructureerd overleg over de nazorg. Dan volgen de hoofden van ziekenhuisafdelingen. Verder zien we dat de uitvoerende ziekenhuisverpleegkundige slechts een relatief bescheiden positie inneemt in het overleg.

Tabel 5.8.: het percentuele aandeel dat diverse functies in de ziekenhuizen hebben (op het totaal aan voorkomende ziekenhuis-functies) in het gestructureerde overleg tussen het kruiswerk en de ziekenhuizen (totaal functies N = 857)

functie	percentuele aandeel
afgevaardigde van de verpleegkundige dienst	37
hoofd van de ziekenhuisafdeling	31
directeur ziekenhuis	9
(uitvoerende) verpleegkundige	7
hoofden van diensten of sectoren	4
ziekenhuis maatschappelijk werk	2
verpleegkundigen met een specifieke deskundigheid (bijvoorbeeld CARA)	1
overige	9
totaal	100

Als laatste aspect van het gestructureerde overleg over continuïteit van zorg hebben we gekeken naar de frequentie waarmee de verschillende overleggroepen bij elkaar komen. Dat blijkt gemiddeld genomen ongeveer vijf keer per jaar te zijn.

6. EEN TYPOLOGIE VAN NAZORGSTRUCTUREN

In het hoofdstuk 'Vraagstelling' hebben we aangegeven dat we een typologie van nazorgstructuren willen construeren die voortborduurt op de typologie in het vooronderzoek. Deze typologie ging uit van twee vragen: a. Is er een continuïteitsverpleegkundige werkzaam? en b. Wat zijn haar taken? De typologie ging uit van nazorgstructuren die van toepassing zijn op bepaalde regio's. We zagen op grond van de informatie uit de interviews met sleutelfiguren, dat we de nazorgstructuren per afzonderlijke relatie tussen een EKO (of basiseenheid) en ziekenhuis (dus per 'nazorgrelatie') dienen te bezien. Bovendien hebben we twee aanvullende eisen aan de typologie gesteld:

- A. In de typologie moet de meer of minder positieve houding van een ziekenhuis ten opzichte van continuïteit van zorg verwerkt zijn.
- B. Met name bij nazorgstructuren zonder een continuïteitsverpleegkundige dient de typologie een onderscheid te maken tussen situaties waar meer dan wel minder aandacht besteed is aan het organiseren van de continuïteit van zorg.

Deze aanvullende eisen A en B denken we in de typologie te verwerken door terug te grijpen naar de informatie in het voorafgaande hoofdstuk over de organisatorische maatregelen ten behoeve van de continuïteit van zorg. We doelen daarbij op het feit of afspraken gemaakt zijn over het overdragen van nazorgpatiënten, of overdrachtsformulieren worden gebruikt, en of er sprake is van gestructureerd overleg. Deze aspecten geven zowel informatie over de houding van het ziekenhuis ten aanzien van de continuïteit van zorg (eis A), als dat ze meer algemeen de organisatiegraad van de nazorgrelatie beschrijven (eis B). Het laatste punt spreekt min of meer voor zichzelf; het functioneren van afspraken, overdrachtsformulieren en gestructureerd overleg zijn immers de belangrijkste kenmerken waaraan de organisatiegraad kan worden afgemeten. Het eerste punt vraagt enige toelichting. De relatie tussen een EKO (of basiseenheid) en een ziekenhuis is uiteraard wederkerig. Organisatorische maatregelen als boven bedoeld zullen alleen maar van de grond komen als ook het ziekenhuis eraan meewerkt. Vandaar dat de genoemde kenmerken van een nazorgrelatie ook als typerend beschouwd kunnen worden voor de houding van een ziekenhuis ten aanzien van continuïteit van zorg.

We lichten de kenmerken op basis waarvan we onze typologie gaan construeren nog eens successievelijk toe. We verwoorden de kenmerken

daarbij vragenderwijs:

1. Bestaan er afspraken met betrekking tot de overdracht van nazorgpatiënten?
Blijkens tabel 5.1 luidt het antwoord voor 89% van de EKO's en 47% van de basiseenheden 'ja'; voor de rest is het 'nee'.
2. Worden er overdrachtsformulieren gebruikt?
Blijkens tabel 5.4 is dat 'altijd' of 'meestal' het geval bij 90% van de EKO's en 85% van de basiseenheden. In de overige gevallen geeft men op dat dit 'soms' of 'nooit' gebeurt.
3. Is er sprake van gestructureerd overleg?
Blijkens tabel 5.5 luidt het antwoord op deze vraag in 68% van de gevallen 'ja' voor de EKO's en in 45% voor de basiseenheden. In de overige relaties is geen gestructureerd overleg.
4. Is er in verband met de betreffende kruiswerk-ziekenhuisrelaties een continuïteitsverpleegkundige actief?
Voor EKO's is hierop het antwoord in 60% van de gevallen 'ja'. Voor de basiseenheden is dit 18%.
5. Zijn de taken van de continuïteitsverpleegkundige te kenschetsen als 'praktisch-uitvoerend' of als 'voorwaarden-scheppend'?
Blijkens tabel 4.1 komt de 'praktisch uitvoerende' continuïteitsverpleegkundige bij 8% van de onderzochte EKO's. De overige EKO's hebben een continuïteitsverpleegkundige met een 'voorwaarden-scheppende' taak.

In principe gebruiken we de hier genoemde kenmerken voor het ontwerpen van een typologie van nazorgstructuren. Daarbij zij echter opgemerkt dat een aantal kenmerken om praktische redenen niet goed bruikbaar is. Dat betreft respectievelijk het onderscheid 'worden wel of geen overdrachtsformulieren gebruikt' en de typering van de taken van de continuïteitsverpleegkundige naar 'praktisch uitvoerend versus voorwaardenscheppend'. Beide kenmerken zijn dermate scheef verdeeld (overdrachtsformulieren worden meestal overal gebruikt en de praktisch uitvoerende continuïteitsverpleegkundige komt bijna niet meer voor) dat we ze als niet relevant genoeg beschouwen voor het indelen in typen. We baseren daarom onze typologie op de overige drie kenmerken. Tabel 6.1 geeft een overzicht van de mate waarin acht verschillende, theoretisch te onderscheiden typen in de praktijk voorkomen. Daarbij maken we geen onderscheid tussen EKO's en basiseenheden; we bekijken het voorkomen van typen over alle geconstateerde relaties op het gebied van de nazorg tussen alle onderzochte EKO's en basiseenheden enerzijds en alle ziekenhuizen (met een maximum van vijf per EKO/basiseenheid) anderzijds.

Tabel 6.1.: overzicht van de frequentie waarmee typen nazorgstructuren voorkomen (Totaal N alle nazorgrelaties = 664)

Type nazorg- structuur	continuï- teits- verpleeg- kundige*	over- leg*	afspra- ken*	relaties waar het type voorkomt	
				N	%
I	+	+	+	208	31
II	+	+	-	7	1
III	+	-	+	46	7
IV	+	-	-	43	7
V	-	+	+	155	23
VI	-	+	-	24	4
VII	-	-	+	41	6
VIII	-	-	-	140	21
Totaal				644	100

* + = aanwezig

- = afwezig

De tabel maakt duidelijk dat bij de aangegeven indeling er twee typen nazorgstructuren duidelijk uitspringen. Dat is in de eerste plaats de structuur met continuïteitsverpleegkundige waar zowel gestructureerd overleg als afspraken over de overdracht van nazorgpatiënten zijn. Deze komt in 31% van alle onderzochte relaties voor. De tweede 'uitschieter' is de structuur zonder continuïteitsverpleegkundige die in verdere opzichten overeenkomt met de voorafgaande structuur (wel overleg en wel afspraken). Deze zien we bij 23% van de relaties. En als laatste springt type VIII eruit, die van toepassing is op relaties tussen kruiswerk en ziekenhuizen waar geen overleg is en geen afspraken zijn, terwijl er ook geen continuïteitsverpleegkundige is. Deze 'minimale' structuur wordt bij één-vijfde van alle relaties aangetroffen. Daarbij zij aangetekend dat dit beeld nauwelijks positiever wordt, als we **alleen** kijken naar de relaties tussen kruiswerkinstellingen en het 'belangrijkste' ziekenhuis (het ziekenhuis dat de meeste nazorgpatiënten overdraagt). Ook dan zien we de minimale structuur nog bij 17% van deze relaties. Het is dus niet een resultaat dat verklaard kan worden door te stellen dat het voor de hand ligt dat kruiswerkinstellingen met de minder

'belangrijke' ziekenhuizen niet allemaal overleg voeren en dat ze met deze ziekenhuizen niet allemaal afspraken hebben. Bij relaties waar geen continuïteitsverpleegkundige actief is, ontbreken vaak zowel overleg als afspraken.

Met de gedetailleerde informatie van tabel 6.1 hebben we gezocht naar een iets grovere indeling in nazorgstructuren, die wat minder typen omvat, maar die wel allesomvattend is; dat wil zeggen een indeling waarbinnen alle voorkomende relaties te typeren zijn. Dat is bereikt door het gemaakte onderscheid wel versus geen afspraken bij het samenstellen van de typen buiten beschouwing te laten. De grond waarop we dit doen, is dat in tabel 5.4 gebleken is dat in de meeste gevallen (90%) 'altijd' of 'meestal' overdrachtsformulieren blijken te worden gebruikt. Omdat we het feit dat overdrachtsformulieren gebruikt worden kunnen beschouwen als een indicatie dat er basale afspraken bestaan tussen kruiswerk en ziekenhuizen en omdat die basale afspraken dus veelal wel bestaan bij alle relaties, hebben we een nieuwe indeling van typen gemaakt. Deze indeling is gebaseerd op de aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige en de vraag of er sprake is van gestructureerd overleg. Tabel 6.2 geeft een overzicht van de frequentie waarmee de op deze wijze geconstrueerde typen voorkomen.

Op basis van de indeling in de tabel houden we vier typen nazorgstructuren over die redelijk gelijkelijk verdeeld zijn over de voorkomende relaties tussen kruiswerkinstellingen en ziekenhuizen.

We kunnen tenslotte nog op een andere wijze naar de typologie kijken. Als we de aanwezigheid van gestructureerd overleg mogen beschouwen als een randvoorwaarde voor een goede continuïteit van zorg, dan lijkt het 'beter' te gaan als een continuïteitsverpleegkundige actief is. Aan deze randvoorwaarde is namelijk significant vaker voldaan bij aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige ($\chi^2 = 29,8$; $df = 1$; $p < .01$). We moeten echter voorzichtig zijn om deze relatie zonder meer causaal te interpreteren. Zowel de aanwezigheid van de continuïteitsverpleegkundige als het gestructureerd overleg kunnen immers het gevolg zijn van de inspanningen van betreffende kruiswerkinstellingen en ziekenhuizen ten gunste van continuïteit van zorg.

Tabel 6.2.: overzicht van de frequentie waarmee typen nazorgstructuren voorkomen
(Totaal alle nazorgrelaties N = 664)

Type nazorgstructuur (nieuwe indeling)	nieuw type samengesteld op basis van type .. en .. uit tabel 6.1	continuïteitsverpleegkundige*	overleg*	percentage relaties waarvan het type voorkomt
A. gestructureerd overleg en continuïteitsverpleegkundige	I + II	+	+	32
B. geen gestructureerd overleg, wel continuïteitsverpleegkundige	III + IV	+	-	14
C. wel gestructureerd overleg maar geen continuïteitsverpleegkundige	V + VI	-	+	27
D. geen gestructureerd overleg en geen continuïteitsverpleegkundige	VII + VIII	-	-	27
Totaal				100

* + = aanwezig

- = afwezig

7. PROBLEMEN TEN AANZIEN VAN DE CONTINUÏTEIT VAN ZORG

7.1. Inleiding

Continuïteit van zorg wordt, sinds Querido (1959) het begrip introduceerde, als moeilijk te realiseren ervaren. Zo ziet men in de literatuur dat steeds een betrekkelijk groot aantal knelpunten worden genoemd, die de betrokken hulpverleners ervaren bij hun pogingen continuïteit in de zorg te waarborgen. Voor een systematisch overzicht van deze problemen verwijzen we naar een publikatie elders (Kersten, 1988). We zullen ons hier toespitsen op de in de onderhavige studie gevolgde aanpak.

In de gehouden schriftelijke enquête zijn de knelpunten met betrekking tot continuïteit van zorg die in de literatuur genoemd worden vevat in uitspraken. Deze uitspraken zijn aan de respondenten voorgelegd met de mogelijkheid om aan te geven in hoeverre de specifieke knelpunten voor hun EKO of basiseenheid van toepassing zijn. De voorgelegde problemen hebben enerzijds betrekking op de problemen die bestaan aan de zijde van het kruiswerk; anderzijds op de problemen aan de zijde van het ziekenhuis.

In onze studie wordt de mate waarin de problemen in een specifiek geval aan de orde zijn steeds beoordeeld door een functionaris van het kruiswerk. We krijgen dus wat dit aangaat een eenzijdig beeld; de onderzoeksresultaten zijn gekleurd door de bril van het kruiswerk. We willen nog een tweede opmerking maken ten aanzien van de geldigheid van de op deze wijze verkregen inzichten. We baseren ons namelijk op de inzichten en meningen van ongeveer 200 functionarissen (meestal hoofdwijkverpleegkundigen) binnen het kruiswerk. Zij zijn onze contactpersonen geweest die de schriftelijke vragenlijst hebben ingevuld. Nu zijn deze functionarissen juist bij het onderzoek betrokken geraakt vanwege hun betrokkenheid bij de continuïteit van zorg en hun overzicht over de situatie. Maar we realiseren ons wel dat we op deze wijze geen beeld krijgen van hoe het kruiswerk als geheel aankijkt tegen de problemen rond de continuïteit van zorg. Het zijn niet meer en niet minder dan de indrukken van een groep direct betrokkenen.

We willen op deze plaats nog enige praktische informatie geven. De vragen over de problemen die spelen aan de kant van het kruiswerk zijn steeds gesteld voor de situatie zoals die is bij een specifieke

EKO of basiseenheid. Bij de problemen aan de kant van de ziekenhuizen is dit ook zo gedaan, omdat de problemen uiteraard van ziekenhuis tot ziekenhuis kunnen verschillen. Daarom zijn in de vragenlijst de vragen over het voorkomen van problemen aan de zijde van de ziekenhuizen afzonderlijk gesteld voor elk van de (maximaal) vijf 'belangrijkste' ziekenhuizen waarmee een EKO/basiseenheid te maken heeft.

Tot slot zij vermeld, dat we de mate waarin problemen in verband met continuïteit van zorg voorkomen vergeleken hebben tussen kruiswerkinstellingen die in een verschillende positie verkeren. In de eerste plaats hebben we gekeken of de problemen anders liggen voor de vier onderscheiden typen nazorgstructuren (zie hoofdstuk 6). Verder hebben we studie gemaakt van de verschillen tussen EKO's en basiseenheden. En tot slot is nagegaan of in de relaties met 'belangrijkere' ziekenhuizen de problemen anders liggen dan in de relaties met de 'minder belangrijke' ziekenhuizen. 'Belangrijk' is hier op te vatten als de mate waarin het ziekenhuis nazorgpatiënten overdraagt aan een EKO of basiseenheid, vergeleken met de andere ziekenhuizen waarvan deze EKO/basiseenheid patiënten krijgt aangeleverd.

In de volgende paragrafen starten we met een bespreking van de onderzoeksresultaten ten aanzien van de problemen die spelen aan de kant van het kruiswerk (paragraaf 7.2). Dan volgen de problemen aan de kant van de ziekenhuizen (paragraaf 7.3).

7.2. Problemen aan de zijde van het kruiswerk

Een overzicht van de mate waarin problemen gesignaleerd worden

Tabel 7.1 geeft een overzicht van de mate waarin diverse problemen aan de zijde van het kruiswerk gesignaleerd worden.

Wat opvalt in de tabel is dat er twee problemen zijn (a en b), waar alle respondenten het redelijk over eens zijn dat het in werkelijkheid (helemaal) geen problemen zijn. Driekwart van de ondervraagden beschouwt het punt 'hulpvraag nazorgpatiënt overschrijdt het mogelijke aanbod' als geen probleem. Tweederde is het er niet mee eens dat de uitvoerende wijkverpleegkundigen moeilijk telefonisch bereikbaar zijn.

Op de overige drie punten (c, d en e) zien we meer verdeeldheid. Ongeveer de helft ziet problemen ten aanzien van: 'te weinig infor-

matieverstrekking over mogelijkheden wijkverpleging richting ziekenhuis', en 'het op peil houden van kennis met betrekking tot weinig voorkomende verpleegtechnische handelingen'. Ruim een kwart ziet geen problemen op deze punten. Voor 'de tijdige beschikbaarheid van verpleegartikelen', een probleem dat overigens (ten dele) ook door het ziekenhuis veroorzaakt kan worden, ligt de zaak precies andersom. Daar ziet de helft van de respondenten geen problemen en één-vijfde wel.

Tabel 7.1.: Overzicht van de ervaren problemen aan de zijde van het kruiswerk (N = 216)

Uitspraak	percen- centage 'helemaal oneens' + 'oneens'	percen- tage 'niet eens/ niet on- oneens'	percen- tage 'helemaal eens' + 'eens'	gemid- delde*	stand. dev.
a. bij overgedragen nazorgpatiënten blijkt vaak meer wijkverpleegkundige hulp nodig dan geboden kan worden	73	17	10	2	1.1
b. wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn moeilijk telefonisch bereikbaar in verband met de overdracht	65	17	17	2.2	1.3
c. men zou meer kunnen doen om de ziekenhuisverpleging te informeren over het hulpaanbod van de wijkverpleging	30	24	46	3.2	1.3
d. het is lastig voor wijkverpleegkundigen om kennis en ervaring met weinig voorkomende verpleegtechnische handelingen op peil te houden	27	21	51	3.4	1.4
e. het levert problemen op verpleegartikelen tijdig beschikbaar te krijgen	54	26	19	2.5	1.1

* Hoe hoger de score, hoe meer men het met de betreffende uitspraak eens is.

We hebben de respondenten nog over twee andere zaken, die niet als knelpunt bestempeld kunnen worden, hun mening gevraagd. Beide houden verband met de voordelen die men ziet van het aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige ten opzichte van het alternatief: continuïteit van zorg wordt vooral behartigd door de hoofdwijkverpleegkundige. De respondenten blijken op deze punten nogal uitgesproken meningen te hebben. Van alle ondervraagde respondenten zegt 45% het (helemaal) eens te zijn met de uitspraak dat het onderhouden van contacten met ziekenhuizen een te zware taak is om alleen aan de hoofdwijkverpleegkundigen van de betreffende kruiswerkinstelling over te laten; 47% is het er echter (helemaal) mee oneens. Degenen die vinden dat het onderhouden van contacten over continuïteit van zorg een te zware taak is voor alleen de hoofdwijkverpleegkundigen vinden dan echter zeker niet per definitie allemaal dat er dus een continuïteitsverpleegkundige zou moeten worden aangesteld. Aan respondenten van EKO's/basiseenheden zonder continuïteitsverpleegkundige is namelijk de vraag voorgelegd of ze het aanstellen van een dergelijke functionaris zinnig zouden vinden. Niet meer dan 16% zou zich (helemaal) in deze beleidskeuze kunnen vinden.

Verschillen tussen nazorgstructuren

We zijn voor de uitspraken in tabel 7.1 nagegaan of ze verschillend beoordeeld worden door respondenten die met verschillende nazorgstructuren te maken hebben. (Hierbij zijn we uitgegaan van de nazorgstructuur, die geldt voor de nazorgrelatie tussen de EKO/basiseenheid van de respondent en het 'belangrijkste' ziekenhuis.) Via een tweevoudige variantie-analyse zijn de effecten van de variaties in beide componenten van het type nazorgstructuur (wel/geen overleg; wel/geen continuïteitsverpleegkundige) vastgesteld. Tabel 7.2 (zie volgende pagina) geeft een overzicht. In de tabel staan in geval van significante effecten de waarden van de gemiddelde scores vermeld.

Tabel 7.2.: overzicht van verschillen in het ervaren van problemen tussen nazorgstructuren*

Uitspraak	gestructureerd overleg		continuïteitsverpleegkundige	
	wel (N=91)	geen (N=114)	wel (N=171)	geen (N=34)
a. hulpvraag patiënt overschrijdt het mogelijk aanbod	-	-	-	-
b. uitvoerende wijkverpleegkundigen moeilijk telefonisch bereikbaar	-	-	-	-
c. te weinig informatieverstrekking over mogelijkheden wijkverpleging richting ziekenhuis	-	-	-	-
d. het op peil houden van kennis ten aanzien van weinig voorkomende verpleegtechnische handelingen	-	-	-	-
e. tijdige beschikbaarheid verpleegartikelen	2.4	3	-	-

* Hoe hoger de gemiddeld score, hoe meer men het betreffende probleem aanwezig ervaart.

De tabel maakt in één oogopslag duidelijk dat er geen aanwijzingen zijn dat bij bepaalde nazorgstructuren andere problemen worden ervaren dan bij andere. Het enige verschil dat we constateren houdt in dat men meer problemen voelt bij het tijdig beschikbaar hebben van verpleegartikelen, als er geen gestructureerd overleg met het ziekenhuis is. Dit onderstreept nog eens het belang van gestructureerd overleg.

De betekenis van het resultaat dat geen verschillen werden geconsta-

teerd tussen typen nazorgstructuren is moeilijk aan te geven.

Verschillen tussen EKO's en basiseenheden

Analoog aan de werkwijze hierboven zullen we nu nagaan of EKO's en basiseenheden verschillen in de mate waarin ze problemen ervaren. Tabel 7.3 geeft een overzicht. In de tabel staan de gemiddelden van beide groepen vermeld, uitsluitend als statistisch significante verschillen werden geconstateerd.

Tabel 7.3.: overzicht van verschillen in het ervaren van problemen tussen EKO's en basiseenheden*

Uitspraak	EKO's (N=131)	basiseenheden (N=85)
a. hulpvraag patiënt overschrijdt het mogelijk aanbod	1.9	2.3
b. uitvoerende wijkverpleegkundigen moeilijk telefonisch bereikbaar	2	2.4
c. te weinig informatieverstrekking over mogelijkheden wijkverpleging richting ziekenhuis	-	-
d. het op peil houden van kennis ten aanzien van weinig voorkomende verpleegtechnische handelingen	-	-
e. tijdige beschikbaarheid verpleegartikelen	2.2	2.9

* Hoe hoger de gemiddelde score, hoe meer men het betreffende probleem aanwezig ervaart.

De tabel maakt duidelijk dat op drie van de vijf genoemde knelpunten (a, b en e) basiseenheden meer problemen ervaren dan EKO's.

7.3. Problemen aan de zijde van de ziekenhuizen

Een overzicht van de mate waarin problemen gesignaleerd worden

We zullen nu een beschrijving geven van de problemen die onze respondenten, vertegenwoordigers van het kruiswerk, ervaren bij de (maximaal vijf) verschillende ziekenhuizen waar hun EKO/basiseenheid mee te maken heeft. In tabel 7.4 presenteren we een totaaloverzicht.

Tabel 7.4.: overzicht van de problemen aan de zijde van de ziekenhuizen volgens rapportage van het kruiswerk.

(nazorgrelaties EKO's/basiseenheden-ziekenhuizen

N = ± 658)

Uitpraak	percentage 'vaak/altijd'	percentage 'zo nu en dan'	percentage 'zelden/ nooit'	gemid- delde*	stand. dev.
a. ziekenhuis geeft te veel kant en klaar recept voor de nazorg	3	34	63	1.4	.5
b. ziekenhuis vraagt nazorg die wijkverpleging niet kan/mag bieden	1	38	61	1.4	.5
c. ziekenhuisverpleging houdt zich niet aan gemaakte afspraken	4	41	55	1.5	.6
d. patiënt wordt te laat overgedragen	12	66	22	1.9	.6
	percentage 'helemaal eens + eens'	percentage 'niet eens/ niet oneens'	percentage 'helemaal on- eens + oneens'	gemid- delde*	stand. dev.
e. ziekenhuisverpleging weinig gemotiveerd tot overleg over de overdracht	16	23	61	2.3	1.2
f. taakopvatting ziekenhuis maakt dat men de nazorg voor bepaalde patiëntencategorieën (bijvoorbeeld hartpatiënten) in eigen beheer houdt	37	30	23	2.9	1.3
g. ziekenhuisverpleging heeft weinig oog voor nazorgbehoefte op psychosociaal vlak	35	30	35	3	1.2
h. patiënten worden na dagbehandeling op de polikliniek niet overgedragen	32	27	41	3.1	1.3
i. ziekenhuisverpleging is niet voldoende op de hoogte van hulp die de wijkverpleging kan bieden	32	31	37	3.1	1.6

* Hoe hoger de score, hoe meer men het met de uitpraak eens is, dat wil zeggen hoe meer men het betreffende probleem ervaart.

De cijfers in de tabel spreken goeddeels voor zichzelf. We zullen hier niet alles in woorden nog eens herhalen, maar kort enige indrukken weergeven.

Van de eerste serie uitspraken valt op, dat de respondenten veelal van mening zijn dat de genoemde problemen weinig verbreid zijn. Zelden zien we 'vaak/altijd' aangekruist. Dat geldt wat minder voor de te late overdracht van patiënten. Dat is naar verhouding een meer gevoeld probleem.

De tweede serie uitspraken kenmerkt zich door de grote spreiding in de antwoorden. Globaal zien we dat telkens éénderde deel van de respondenten het '(helemaal) eens' is met een uitspraak. Hetzelfde geldt voor 'niet eens/niet oneens' en voor '(helemaal) oneens'. Dat geldt overigens niet voor de eerste uitspraak. Slechts 16% van de respondenten is van mening dat de ziekenhuisverpleging weinig gemotiveerd is tot overleg over de overdracht. Terzijde zij ten aanzien van uitspraak f vermeldt, dat het vanuit het perspectief van de ziekenhuizen wel als noodzakelijk wordt gezien om de nazorg voor bepaalde patiëntencategorieën in eigen beheer te houden.

Verschillen in de mate waarin problemen voorkomen

In paragraaf 6.2 zijn we nagegaan in welke mate er zich 'kruiswerkproblemen' voordoen; daarbij hebben we enerzijds situaties met een verschillende nazorgstructuur met elkaar vergeleken; anderzijds hebben we ook de situatie bij EKO's vergeleken met die bij basiseenheden. Deze vergelijkingen zijn ook uitgevoerd voor de 'ziekenhuisproblemen'.

We bespreken eerst de verschillen die te maken hebben met de nazorgstructuur: vergelijkt men situaties waarin er gestructureerd overleg plaatsvindt met situaties waarin er geen gestructureerd overleg plaatsvindt, dan blijken er slechts ten aanzien van twee problemen aan de kant van het ziekenhuis verschillen op te treden. Uit de gemiddelden blijkt dat men minder problemen ervaart in situaties waarin er overleg voorkomt. Situaties met een continuïteitsverpleegkundige blijken op meer punten te verschillen van situaties zonder een continuïteitsverpleegkundige. Uit de gepresenteerde gemiddelden valt af te leiden dat - als er een significant verschil is - in situaties met continuïteitsverpleegkundige men over het geheel genomen minder de genoemde problemen ervaart dan wanneer er geen continuïteitsverpleegkundige is.

Ondanks de beperkingen van het huidige materiaal (slechts 200 informanten van de zijde van het kruiswerk), wijzen deze resultaten er op dat in situaties met een continuïteitsverpleegkundige een aantal problemen aan de kant van het ziekenhuis wat minder gevoeld worden.

Tabel 7.5.: Overzicht van verschillen in 'ziekenhuisproblemen' ten aanzien van continuïteit van zorg, respectievelijk voor verschillende typen nazorgstructuren en voor EKO's versus basiseenheden. (De vermelde N heeft betrekking op nazorgrelaties)

Uitspraak	overleg		continuïteitsverpleegkundige		EKO's (N=390)	basiseenheden (N=268)
	wel (N=358)	geen (N=174)	wel (N=266)	geen (N=266)		
a. ziekenhuis geeft te veel kant en klaar recept voor de nazorg	-	-	1.8	2	1.8	2
b. ziekenhuis vraagt nazorg die wijkverpleging niet kan/mag bieden	-	-	1.3	1.5	-	-
c. ziekenhuisverpleging houdt zich niet aan gemaakte afspraken	-	-	-	-	-	-
d. patiënt wordt te laat overgedragen			1.4	1.6	1.4	1.6
e. ziekenhuisverpleging weinig gemotiveerd tot overleg over de overdracht	-	-	2.8	3.1	2.9	3.2
f. taakopvatting ziekenhuis maakt dat men de nazorg voor bepaalde patiëntencategorieën (bijvoorbeeld hartpatiënten) in eigen beheer houdt	2.1	2.6	2.1	2.4	2.1	2.5
g. ziekenhuisverpleging heeft weinig oog voor nazorgbehoefte op psychosociaal vlak	-	-	-	-	2.9	3.2
h. patiënten worden na dagbehandeling op de polikliniek niet overgedragen	3	3.2	-	-	3	3.4
i. ziekenhuisverpleging is niet voldoende op de hoogte van hulp die de wijkverpleging kan bieden	-	-	-	-	3	3.2

N.B. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe meer men het betreffende probleem aanwezig ervaart.

Nu komen we over de verschillen tussen EKO's en basiseenheden te spreken. Ook hierin is een hele duidelijke richting te herkennen: EKO's ervaren - in alle gevallen dat er een significant verschil is - minder problemen met ziekenhuizen dan basiseenheden.

Tot slot willen we nog een onderzoeksresultaat vermelden dat niet in de tabel is gepresenteerd. We zijn nagegaan of kruiswerkinstellingen meer problemen ervaren in de relaties met ziekenhuizen die voor hen minder belangrijk zijn, doordat deze minder nazorgpatiënten overdragen. Dit lijkt een plausibele gedachte, omdat we uit andere resultaten (zie paragraaf 5.2 en 5.4) weten dat bij de minder belangrijke ziekenhuizen minder sprake is van gestructureerd overleg en er minder vaak afspraken gemaakt worden over de overdracht van patiënten. Dan zullen daar dus wel meer problemen voorkomen, zouden we op het eerste gezicht zeggen. Dat blijkt maar zeer gedeeltelijk het geval te zijn. Alleen is de gemotiveerdheid van ziekenhuizen om met het kruiswerk in overleg te gaan in verband met de overdracht van individuele patiënten bij het belangrijkste ziekenhuis in de ogen van het kruiswerk nog wat minder problematisch.

8. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

De uiteindelijke doelstelling van het huidige onderzoeksproject is het evalueren van de resultaten van de organisatorische inspanningen van het kruiswerk om continuïteit in de zorgverlening te kunnen bieden aan patiënten die ontslagen zijn uit algemene en academische ziekenhuizen en die thuis nog professionele verpleegkundige zorg behoeven. Deze doelstelling geldt niet voor de huidige fase van het project, maar voor de volgende fase waarvan we in de tweede helft van 1989 verslag doen. Hier beperken we ons tot een gedetailleerde beschrijving van de organisatorische inspanning van het kruiswerk, zodat we in de volgende fase een duidelijk beeld hebben van de maatregelen die we evalueren.

In beperkte mate hadden we overigens al voor de huidige onderzoeks-fase een beeld van deze maatregelen, doordat we ter voorbereiding op het project een voorstudie hebben verricht. Deze voorstudie gaf de indruk dat het kruiswerk de continuïteit van zorg organiseerde op het niveau van lidinstellingen. De organisatie leek in het gehele land ter hand genomen, doordat men bijvoorbeeld overal overdrachts-formulieren is gaan gebruiken voor het overdragen van informatie over nazorgpatiënten vanuit het ziekenhuis naar de wijk. Wel was er blijkens de voorstudie sprake van verschillen in de organisatorische aanpak van de continuïteit van zorg (kortweg: de 'nazorgstructuur') per lidinstelling. Wat verschilde was dat men soms wel en soms niet een speciale continuïteitsverpleegkundige had aangesteld, en ook het takenpakket van deze functionaris verschilde. Soms had de continuïteitsverpleegkundige praktisch-uitvoerende taken, zoals het (mede) selecteren van patiënten voor nazorg in het ziekenhuis en het overbrengen van informatie over de patiënt van het ziekenhuis naar de wijk. In andere gevallen waren de taken van deze functionaris meer voorwaardenscheppend van karakter, zoals het organiseren van gestructureerd overleg tussen de betrokken partijen over continuïteit van zorg en het maken van afspraken over de wijze waarop nazorgpatiënten worden overgedragen.

De hier aangegeven kenmerken (wel/geen continuïteitsverpleegkundige; een continuïteitsverpleegkundige met praktisch-uitvoerende versus voorwaarden-scheppende taken) zijn in de voorstudie verwerkt tot een voorlopige typologie met drie nazorgstructuren: type 1 'Nazorgstructuur met praktisch-uitvoerende continuïteitsverpleegkundige', type 2 'Nazorgstructuur met voorwaardenscheppende continuïteitsverpleegkun-

dige' en type 3 'Nazorgstructuur zonder continuïteitsverpleegkundige'.

De boven vermelde inzichten op grond van de voorstudie zijn door de inzichten uit de huidige onderzoeksfase gedeeltelijk achterhaald, zoals we hierna zullen zien. We zijn de huidige fase begonnen met het houden van gesprekken met sleutelfiguren op het terrein van de continuïteit van zorg. Het betreft 15 personen, deels afkomstig uit het kruiswerk en deels uit de ziekenhuizen, met functies als hoofd-wijkverpleegkundige, hoofd van een verplegingsdienst in het ziekenhuis, continuïteitsverpleegkundige, en dergelijke. Uit de gehouden gesprekken bleek dat de inzichten uit de voorstudie voor een deel niet meer actueel waren. De continuïteitsverpleegkundige met praktisch-uitvoerende taken heeft bijvoorbeeld sterk in betekenis ingeboet. Voor een ander deel bleken de verkregen inzichten onvolledig te zijn. Wat dit laatste betreft zullen we hierna de belangrijkste naar voren gekomen punten aangeven.

Allereerst bleek het organiseren van de continuïteit van zorg als regel niet door de lidinstelling te worden gedaan, maar door de EKO. Soms werken de EKO's binnen de grenzen van één lidinstelling wel nauw samen, en soms ook is een grote EKO tevens een lidinstelling (bijvoorbeeld Rotterdam). Maar deze situaties zijn geen regel. Binnen de EKO wordt in een aantal gevallen het organiseren van de continuïteit van zorg gedelegeerd naar de basiseenheden (de uitvoerende teams). De achtergrond van deze aanpak is niet geheel en al duidelijk. Wat een rol speelt is de situatie in Amsterdam en in bepaalde delen van de provincie Noord-Holland. Daar heeft men in het verleden speciale nazorgdiensten gekend als tussenschakel tussen de ziekenhuizen en het kruiswerk. Op den duur werd deze tussenschakel als bezwaarlijk ervaren en kreeg men behoefte aan het organiseren van continuïteit van zorg op het niveau van de uitvoerende hulpverleners om de verbindingslijnen zo kort mogelijk te houden. Deze koerswijziging geldt zeker voor de stad Amsterdam, maar onduidelijk is in hoeverre hij ook in andere gebieden van toepassing is. Verder bleek uit de interviews met de sleutelfiguren dat niet gesproken kon worden van een uniforme nazorgstructuur voor een bepaald gebied. Als regel hebben een aantal EKO's (of basiseenheden) met een aantal ziekenhuizen te maken. Er is geen één op één relatie, maar er is een netwerk van relaties. Per afzonderlijke EKO-ziekenhuis combinatie (of basiseenheid-ziekenhuis combinatie) kan de nazorgstructuur er anders uitzien, doordat een continuïteitsverpleegkundige bijvoor-

beeld het ene ziekenhuis wel bezoekt maar het andere niet, of doordat met het ene ziekenhuis wel gestructureerd overleg over continuïteit van zorg gevoerd wordt en met het andere niet.

Als laatste belangrijk punt kwam uit de gesprekken met sleutelfiguren naar voren dat de nazorgstructuur zonder continuïteitsverpleegkundige verfijnd moest worden. In een relatie tussen een EKO en een ziekenhuis waar geen continuïteitsverpleegkundige actief is, kan toch regelmatig gestructureerd overleg worden gehouden en kunnen afspraken met betrekking tot continuïteit van zorg gelden. Deze zaken zijn dan bijvoorbeeld in het verleden tot stand gebracht door de activiteiten van de toen aanwezige continuïteitsverpleegkundige. Of ze zijn het resultaat van de inspanningen van de betrokken hoofdwijkverpleegkundige die zich in het bijzonder voor continuïteit van zorg inzet. Een dergelijke relatie kunnen we niet onder dezelfde noemer behandelen als een relatie waarin geen overleg wordt gevoerd en afspraken afwezig zijn.

De aanwezigheid of afwezigheid van gestructureerd overleg en afspraken typeert overigens niet alleen de inspanningen van het kruiswerk, maar ook de houding die het ziekenhuis heeft ten aanzien van continuïteit van zorg. Gestructureerd overleg en afspraken zullen alleen van de grond komen als het ziekenhuis een positieve houding heeft.

In het gehouden onderzoek hebben we 151 EKO's en 122 basiseenheden (afkomstig van 31 verschillende EKO's) een schriftelijke enquête toegestuurd. De respons bedroeg respectievelijk 97 en 71%. De peildatum voor de door de respondenten verstrekte gegevens is 1 januari 1988.

In de enquête kwamen drie clusters van vragen aan de orde:

- Hoe ziet het netwerk van relaties eruit tussen enerzijds de lagen in het kruiswerk die zich bezighouden met het organiseren van continuïteit van zorg en anderzijds de ziekenhuizen?
- Wat is de aard van de organisatorische maatregelen die het kruiswerk heeft genomen ter bevordering van de continuïteit van zorg? Daarbij is ook het aanstellen van speciale continuïteitsverpleegkundigen ter bevordering van de continuïteit van zorg aan de orde gesteld.
- Welke problemen doen zich in de ogen van de medewerkers van het kruiswerk voor bij het organiseren van de continuïteit van zorg? Daarbij is onderscheid gemaakt tussen problemen aan de zijde van het kruiswerk en problemen aan de zijde van de ziekenhuizen.

Hierna geven we de belangrijkste onderzoeksresultaten ten aanzien van elk van de genoemde vragencusters weer. Daarnaast gaan we in op

de verschillen die tussen EKO's en basiseenheden bestaan op deze onderdelen. En als laatste onderdeel beschrijven we de nieuwe typologie van nazorgstructuren die we hebben ontwikkeld op basis van de verkregen informatie.

Het netwerk van relaties tussen kruiswerk en ziekenhuizen

Als we even afzien van de onderlinge samenwerking binnen het kruiswerk met betrekking tot continuïteit van zorg, dan kunnen we stellen dat de continuïteit van zorg in vier vijfde van de gevallen per EKO wordt georganiseerd en in de overige één vijfde per basiseenheid. De organisatie per basiseenheid treffen we aan in het grootste deel van de lidinstelling Noord-Holland, in Amsterdam, Oostelijk Flevoland en in een strook van EKO's die over de stad Utrecht doorloopt naar een gebied ten zuiden van Rotterdam. Kenmerkend voor dit gebied is dat de basiseenheden van erg veel verschillende ziekenhuizen nazorgpatiënten krijgen overgedragen als gevolg van hun oriëntatie op het grote aantal ziekenhuizen in de beide steden Amsterdam en Haarlem, en in Utrecht en Rotterdam. Voor een aantal EKO's maar in elk geval voor de EKO's in Amsterdam geldt dat de organisatie op basiseenheid-niveau een reactie is op eerdere nazorgdiensten, zoals we eerder besproken hebben.

De meeste EKO's (83%) en basiseenheden (60%) blijken onderling samen te werken in verband met het organiseren van de nazorg. Bij EKO's zien we meestal (bij 55% van alle EKO's) een vorm van samenwerking waarbij men een gezamenlijke functionaris deelt die de continuïteit van zorg behartigt: de continuïteitsverpleegkundige. Bij basiseenheden gaat het vaak (bij 46% van alle basiseenheden) om samenwerking zonder dat een gezamenlijke continuïteitsverpleegkundige actief is. EKO's die samenwerken via een gezamenlijke continuïteitsverpleegkundige krijgen hun nazorgpatiënten meer gespreid uit een groter aantal verschillende ziekenhuizen overdragen dan EKO's die samenwerken zonder dat een gezamenlijke continuïteitsverpleegkundige actief is. Waar treffen we de samenwerking via een continuïteitsverpleegkundige aan? Dit komt voor in een aantal lidinstellingen. Het werkgebied van een continuïteitsverpleegkundige blijkt daarbij van lidinstelling tot lidinstelling te verschillen. Bij de lidinstellingen in Groningen, Drenthe, West-Overijssel en Rotterdam valt het werkgebied van de continuïteitsverpleegkundigen samen met het gebied van de lidinstelling. Bij lidinstellingen in Friesland, Zuid-Holland en Limburg valt het werkgebied van de continuïteitsverpleegkundigen samen met het gebied van de afzonderlijke districten in de lidinstel-

ling. In Twente zijn bij drie (relatief grote) EKO's continuïteitsverpleegkundigen aangesteld. Hun werkgebied is qua omvang vergelijkbaar met dat van districten bij andere lidinstellingen.

In Noord-Brabant zijn twee continuïteitsverpleegkundigen werkzaam: een continuïteitsverpleegkundige is werkzaam voor drie kruisverenigingen in de regio Eindhoven; de andere continuïteitsverpleegkundige is werkzaam voor de kruisvereniging in Tilburg.

Gebieden waar men niet samenwerkt tussen de EKO's binnen het kruiswerk met betrekking tot continuïteit van zorg komen (verspreid) voor bij de lidinstellingen in Flevoland, Gelderland, Utrecht, Noord-Holland, Amsterdam, Zeeland en Noord-Brabant.

Gemiddeld heeft zowel een EKO als ook een basiseenheid met ruim vier ziekenhuizen te maken bij het organiseren van de continuïteit van zorg. Op zichzelf genomen zouden we verwachten dat dit aantal voor basiseenheden lager zou liggen dan voor EKO's, omdat ze als regel een kleiner gebied beslaan. We zagen echter eerder dat de continuïteit van zorg juist in die gebieden per basiseenheid is georganiseerd waar het kruiswerk van veel verschillende ziekenhuizen nazorgpatiënten krijgt overgedragen.

Over de aantallen nazorgpatiënten die EKO's en basiseenheden krijgen overgedragen laat het huidige onderzoek geen uitspraken toe. In veel gevallen blijkt men bij de EKO's en basiseenheden geen schatting te geven van deze aantallen, nadat daar in de enquête om gevraagd was. Voor zover er wel aantallen nazorgpatiënten zijn opgegeven verhouden ze zich zo grillig tot de aantallen inwoners in de respectievelijke werkgebieden, dat we moeten twijfelen aan de nauwkeurigheid van de opgegeven cijfers. Blijkbaar heeft men in het kruiswerk geen goed beeld van de aantallen nazorgpatiënten. Op uitvoerend niveau in de organisatie is dat waarschijnlijk ook niet zo belangrijk, omdat patiënten nu eenmaal zorg nodig hebben; nazorgpatiënt of niet. Op beleidsniveau is het echter wel belangrijk om het aantal nazorgpatiënten te kennen. Het is immers een belangrijke graadmeter voor het beslag dat het substitutie-beleid van de overheid op het kruiswerk legt. Het geeft een beeld hoe de gemiddeld korter durende ziekenhuisopnamen in de eerstelijns worden opgevangen. Daarbij geldt de aantekening dat de kortere ligduur voor een deel ook het gevolg is van autonome ontwikkelingen in medische technieken die verkorting van de ligduur mogelijk maken.

Het ontbreken van gegevens over de aantallen nazorgpatiënten maakt het ook niet mogelijk om in dit stadium studie te maken van de mate

waarin de nazorgpatiënten gespreid, danwel geconcentreerd door ziekenhuizen worden overgedragen. Het gaat hier om het verschil tussen bijvoorbeeld: bijna alle nazorgpatiënten van een EKO komen uit één ziekenhuis en uit drie andere ziekenhuizen komen er af en toe nog enkelen versus vier ziekenhuizen dragen min of meer gelijkelijk nazorgpatiënten over. In de resultatensectie van dit rapport hebben we overigens wel een maat beschreven waarin we kunnen uitdrukken, hoe 'geconcentreerd' de nazorgpatiënten aan een EKO of basiseenheid worden overgedragen: de 'concentratie-score'.

Maatregelen ter bevordering van de continuïteit van zorg

We hebben de vier belangrijkste maatregelen onderzocht die men blijkt te nemen om de continuïteit van zorg in goede banen te leiden:

- het maken van afspraken tussen kruiswerkinstellingen en ziekenhuizen over de overdracht;
- het gebruik maken van speciale overdrachtsformulieren om informatie over een nazorgpatiënt over te dragen van het ziekenhuis naar de wijk;
- het houden van gestructureerd overleg tussen kruiswerk en ziekenhuizen om tot afspraken en dergelijke te komen met betrekking tot de gang van zaken rond de continuïteit in de zorgverlening; en ten slotte
- het aanstellen van een functionaris in de hoedanigheid van continuïteitsverpleegkundige.

We zullen de onderzoeksresultaten met betrekking tot elk van deze maatregelen hieronder successievelijk bespreken.

EKO's hebben in de meeste gevallen (gemiddeld in 89% van alle gevallen) afspraken gemaakt met de voor hun relevante ziekenhuizen over de overdracht van nazorgpatiënten. Bij de basiseenheden is dit veel minder vaak het geval (gemiddeld komt men daar op 47% van alle gevallen). Over het algemeen zijn met het meest 'belangrijke' ziekenhuis - het ziekenhuis dat de meeste nazorgpatiënten overdraagt - wel afspraken gemaakt, hoewel ook dit bij de basiseenheden minder vaak het geval is dan bij de EKO's.

De meeste EKO's en basiseenheden ontvangen 'altijd' of 'meestal' een overdrachtsformulier om een patiënt voor nazorg bij de wijkverpleging aan te melden. De situatie bij de EKO's is overigens nog wat positiever, in die zin dat EKO's vaker aangeven dat 'altijd' een overdrachtsformulier gebruikt wordt (respectievelijk 32 versus 24%).

Als in een bepaald geval geen overdrachtsformulier wordt gebruikt, wordt de patiënt vrijwel altijd (in 93% van de gevallen) telefonisch aangemeld door de ziekenhuisverpleging bij de wijkverpleging. Een enkele keer komt het voor dat de patiënt of zijn mantelzorgers of soms ook de huisarts van de patiënt laat weten aan de wijkverpleging dat nazorg nodig is.

EKO's hebben met 68% van de ziekenhuizen waaruit ze nazorgpatiënten krijgen overgedragen gestructureerd overleg over continuïteit van zorg. Voor de basiseenheden komt dit percentage aanzienlijk lager uit, te weten op 45%.

Gemiddeld genomen komen de groepen die gestructureerd overleg voeren over continuïteit van zorg 5 keer per jaar bij elkaar. We zouden kunnen zeggen buiten de vakanties: één keer per twee maanden.

De functie van respectievelijk hoofdwijkverpleegkundige, continuïteitsverpleegkundige en van wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende zijn naar verhouding het best vertegenwoordigd in het gestructureerd overleg over continuïteit van zorg, als we kijken naar alle in het overleg vertegenwoordigde functies binnen het kruiswerk.

Ziekenhuizen worden in het bovenbedoelde gestructureerde overleg in hoofdzaak vertegenwoordigd door afgevaardigden van de verpleegkundige dienst en door hoofden van afdelingen.

Het komt in de praktijk nauwelijks voor dat de continuïteitsverpleegkundige de enige functionaris van de zijde van het kruiswerk is die deel uitmaakt van het gestructureerd overleg met de ziekenhuizen. Het argument dat het aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige in de hand werkt dat alle verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg aan haar wordt overgelaten, wordt door deze bevinding dus niet ondersteund.

Continuïteitsverpleegkundigen

Eén van de maatregelen die men kan nemen ter bevordering van de continuïteit van zorg is het aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige. Uit het onderzoek blijkt dat voor 60% van alle 133 onderzochte EKO's en 18% van alle 87 onderzochte basiseenheden een continuïteitsverpleegkundige actief is. We treffen de continuïteitsverpleegkundige dus veel vaker aan bij EKO's dan bij basiseenheden. Een mogelijke verklaring daarvoor zou kunnen zijn, dat we de organisatie van continuïteit van zorg op basiseenhedeniveau vooral aantreffen in Amsterdam en ook in de rest van Noord-Holland. Zoals we zagen, heeft men in Amsterdam - min of meer als reactie op de vroegere nazorgdienst - besloten om continuïteit van zorg op uitvoerend niveau en

zonder continuïteitsverpleegkundige te organiseren. Mogelijk geldt dit ook voor de rest van Noord-Holland.

Het gehouden onderzoek geeft geen direct antwoord op de vraag hoeveel continuïteitsverpleegkundigen er in Nederland functioneren in termen van het aantal functionarissen en de specificatie daarvan in part-time of full-time arbeidsplaatsen. Om toch een beeld te hebben, is in mei 1989 (meer dan een jaar na de peildatum van de schriftelijke enquête) een telefonische peiling gedaan bij alle lidinstellingen. Totaal bleken er op dat tijdstip bij benadering 26 personen met een (deel-)functie als continuïteitsverpleegkundige te zijn, die 14 full-time formatieplaatsen bezetten. Ten tijde van het vooronderzoek (1 januari 1986) waren er 21 personen aangesteld als continuïteitsverpleegkundige, die tezamen 15,85 full-time formatieplaatsen bezetten. Zowel in totaal, als per continuïteitsverpleegkundige, is de omvang van de aanstellingen dus wat teruggelopen. De indruk bestaat dat er tussen januari 1986 en mei 1989 een periode is geweest waar juist meer continuïteitsverpleegkundigen beschikbaar waren dan in januari 1986. Nauwkeurige gegevens daarover ontbreken echter.

Continuïteitsverpleegkundigen zijn actief binnen de werkgebieden van de volgende lidinstellingen: Groningen, Friesland, Drenthe, Gelderland, West-Overijssel, Twente, Zuid-Holland, Rotterdam en Limburg. Verder komen ze voor in de regio's Tilburg en Eindhoven. Vergeleken met de situatie per 1 januari 1986 zoals beschreven in het eerder gehouden vooronderzoek is er een aantal gebieden waar continuïteitsverpleegkundigen werkzaam zijn bijgekomen, te weten: Friesland, Drenthe en de regio Eindhoven.

De meerderheid van de in Nederland werkzame continuïteitsverpleegkundigen heeft volgens de informatie van onze respondenten dezelfde taakinvulling. Vrijwel vaste onderdelen van de taken zijn: bevorderen van het totstandkomen van afspraken tussen kruiswerk en ziekenhuizen, coördineren van gestructureerd overleg tussen kruiswerk en ziekenhuizen, het kruiswerk vertegenwoordigen in dit overleg en het voeren van intern overleg binnen het kruiswerk met betrekking tot continuïteit van zorg.

De 'praktisch uitvoerende' continuïteitsverpleegkundige, die taken heeft ten aanzien van het selecteren van patiënten voor nazorg in het ziekenhuis en bovendien persoonlijk toeziet op het overdragen van de relevante informatie van het ziekenhuis naar de wijk, komt bijna niet meer voor. In het vooronderzoek signaleerden we dit type

continuïteitsverpleegkundige per 1 januari 1986 nog bij de lidinstellingen Friesland, Twente en in de regio Nijmegen. Momenteel vinden we dit type alleen nog bij twee Twentse EKO's: Noord-West Twente en district Hengelo.

De voorwaarden scheppende continuïteitsverpleegkundige die géén ta- ken heeft in de praktisch uitvoerende sfeer, blijkt afgezien van de twee bovengenoemde EKO's het enige type continuïteitsverpleegkundige dat per 1 januari 1988 nog in Nederland wordt aangetroffen. Ten opzichte van de situatie per 1 januari 1986 in het vooronderzoek vinden we hier een lichte uitbreiding. Nu wordt dit type continuïteitsverpleegkundige namelijk in negen van de 15 lidinstellingen en bovendien in twee regio's van een tiende lidinstelling aangetroffen, terwijl Krijgsman dit type continuïteitsverpleegkundigen vond bij acht lidinstellingen en bij een regio van een negende lidinstelling.

Typologie van nazorgstructuren

Er is gezocht naar een typologie waarin we de variaties in nazorgstructuren, zoals die per 1 januari 1988 voorkomen, kunnen onderbrengen.

De basis voor deze typering omvat enerzijds informatie ten aanzien van de aanwezigheid dan wel afwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige. Anderzijds wordt in de typering informatie verwerkt over de mate waarin de condities in de relatie gunstig dan wel ongunstig zijn ten behoeve van continuïteit in de zorgverlening. Te denken valt met name aan de aan- dan wel afwezigheid van gestructureerd overleg in een nazorgrelatie (de relatie tussen een EKO of basiseenheid en ziekenhuis op het terrein van de continuïteit van zorg). En verder kijken we naar het onderscheid of er al dan niet afspraken gemaakt zijn over de verpleegkundige overdracht. Daarmee wordt bij de evaluatie van de nazorgstructuren niet langer eenzijdig gekeken naar de beleidsmaatregelen van het kruiswerk (in casu het wel of niet aanstellen van een continuïteitsverpleegkundige), maar ook naar de gezamenlijke context aan de zijde van de ziekenhuizen en het kruiswerk, waarbinnen de beleidsmaatregelen genomen worden.

Als we een indeling maken van typen nazorgstructuren op basis van de drie kenmerken van een nazorgrelatie - wel/geen continuïteitsverpleegkundige, wel/geen gestructureerd overleg, wel/geen afspraken over de overdracht - dan valt op dat qua frequentie van vóórkomen drie typen nazorgstructuren eruit springen:

- een maximale structuur (waar alle kenmerken in positieve zin aanwezig zijn) met continuïteitsverpleegkundige (31% van de verzorgrelaties);

- . een maximale structuur zonder continuïteitsverpleegkundige (23% van de nazorgrelaties);
- . en ten slotte een minimale structuur (waar geen enkel kenmerk in positieve zin aanwezig is) zonder continuïteitsverpleegkundige (21% van de nazorgrelaties).

De overige, theoretisch mogelijke varianten, betrekking hebbend op totaal 25% van de nazorgrelaties, komen slechts zelden voor. Van belang is echter vooral om vast te stellen dat bij 21% van alle relaties tussen EKO's (of basiseenheden) en de ziekenhuizen die nazorgpatiënten aan deze EKO's overdragen, gestructureerd overleg en afspraken over de nazorg ontbreken. Er worden in de resultaten geen aanwijzingen gevonden dat dit betrekking heeft op ziekenhuizen die slechts sporadisch patiënten overdragen. Niet overal in Nederland zijn dus alle voorwaarden vervuld waarvan we mogen aannemen dat ze gunstig zijn voor een continue zorg na het ontslag.

Om alle nazorgrelaties in een betrekkelijk eenvoudige typering te kunnen onderbrengen hebben we in tweede instantie het kenmerk wel/geen afspraken buiten beschouwing gelaten. Dit mede omdat in vrijwel alle gevallen wel overdrachtsformulieren gebruikt worden, hetgeen er op duidt dat praktisch altijd wel hele basale afspraken gemaakt zijn. Dat resulteerde in vier - alle nazorgrelaties dekkende - typen nazorgstructuren:

- . een nazorgstructuur met gestructureerd overleg en met continuïteitsverpleegkundige, van toepassing op 32% van alle nazorgrelaties;
- . een nazorgstructuur zonder gestructureerd overleg maar met continuïteitsverpleegkundige, van toepassing op 14% van alle nazorgrelaties;
- . een nazorgstructuur met gestructureerd overleg maar zonder continuïteitsverpleegkundige, van toepassing op 27% van alle nazorgrelaties;
- . een nazorgstructuur zonder gestructureerd overleg en zonder continuïteitsverpleegkundige, van toepassing op 27% van alle nazorgrelaties.

Bovenstaande typologie geldt als uitgangspunt bij het uitvoeren van het evaluatie-onderzoek in de komende fase 2 van het onderzoek. Daar beschrijven we de resultaten die met de diverse nazorgstructuren bereikt worden op het terrein van de continuïteit van zorg (aantallen overgedragen nazorgpatiënten, de feitelijke continuïteit in de zorgverlening en dergelijke). Daarbij gaan we speciaal in op de ver-

schillen in resultaat tussen de nazorgstructuren. We kunnen tenslotte nog op een andere wijze naar de typologie kijken. Als we de aanwezigheid van gestructureerd overleg mogen beschouwen als een randvoorwaarde voor een goede continuïteit van zorg, dan lijkt het 'beter' te gaan als een continuïteitsverpleegkundige actief is. Aan deze randvoorwaarde is namelijk significant vaker voldaan bij aanwezigheid van een continuïteitsverpleegkundige. We moeten echter voorzichtig zijn om deze relatie zonder meer causaal te interpreteren. Zowel de aanwezigheid van de continuïteitsverpleegkundige als het gestructureerd overleg kunnen immers het gevolg zijn van de inspanningen van betreffende kruiswerkinstellingen en ziekenhuizen ten gunste van continuïteit van zorg.

Problemen ten aanzien van de continuïteit in de zorgverlening

De ongeveer 200 respondenten die de schriftelijke enquête voor ons hebben ingevuld (voornamelijk hoofdwijkverpleegkundigen) is gevraagd naar de belangrijkste knelpunten die zich voordoen op het vlak van de continuïteit van zorg. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen problemen die spelen aan de zijde van het kruiswerk en problemen aan de kant van de ziekenhuizen. We hebben dus informatie over hoe representanten van het kruiswerk - onze 200 respondenten - aankijken tegen deze beide keerzijden van de medaille. Het is daarbij belangrijk aan te tekenen dat het gaat om percepties en opinies. Zonder afbreuk te willen doen aan het belang van de op deze manier verkregen inzichten, willen we er wel vooraf twee kanttekeningen bij maken. Ten eerste kan het beeld gekleurd zijn, doordat de respondenten zelf partij zijn in het geheel. Ten tweede gaat het weliswaar om personen binnen het kruiswerk, die een sleutelpositie bekleden op het vlak van de continuïteit van zorg, maar we pretenderen niet hiermee een compleet beeld te hebben van de binnen het gehele kruiswerk ervaren problematiek; wèl een belangrijke indicatie daarvoor.

Nu de resultaten. We volstaan met een overzicht van de meest in het oog springende aspecten.

Aan de kant van de wijkverpleging zijn er twee vaak gehoorde problemen die in de perceptie van de meerderheid van de ondervraagde kruiswerkrepresentanten in de praktijk wel mee blijken te vallen. Allereerst is driekwart van de ondervraagden het ermee oneens, dat het vaak voorkomt dat ten behoeve van een patiënt meer zorg nodig is dan de wijkverpleging kan bieden. Verder is tweederde van hen het er niet mee eens dat uitvoerende wijkverpleegkundigen moeilijk telefonisch bereikbaar zijn. Over andere onderzochte problemen ('het te

weinig verstrekken van informatie over de mogelijkheden van de wijkverpleging richting ziekenhuis', 'het op peil houden van de kennis bij de wijkverpleging met betrekking tot weinig voorkomende verpleegtechnische handelingen', 'het tijdig beschikbaar hebben van verpleegartikelen') is men het onderling meer oneens.

Ook aan de kant van het ziekenhuis zijn er een aantal vaak gehoorde problemen die in de praktijk wat lijken mee te vallen. Slechts een paar procent van de respondenten vindt dat het ziekenhuis altijd of althans vaak een kant en klaar recept geeft voor de nazorg die het kruiswerk moet leveren. Hetzelfde geldt voor de punten: 'het ziekenhuis vraagt nazorg die de wijkverpleging niet kan of mag bieden', en 'het ziekenhuis houdt zich niet aan gemaakte afspraken'. Tussen de 34 en 41% vindt dat deze knelpunten 'zo nu en dan' wel eens voorkomen. Wat meer respondenten (12%) vinden dat ziekenhuizen altijd of althans vaak patiënten te laat voor nazorg overdragen en 66% zegt dat dit zo nu en dan wel eens gebeurt. Over de bereidheid van ziekenhuizen tot overleg over continuïteit van zorg klagen de respondenten niet zo: 61% is het oneens met de uitspraak dat ziekenhuizen weinig bereid zijn tot overleg. Over andere, bij het kruiswerk vaak gehoorde knelpunten ten aanzien van continuïteit van zorg, denkt men meer verdeeld - 'het ziekenhuis is onvoldoende op de hoogte van de hulp die de wijkverpleging kan bieden', 'patiënten worden na dagbehandeling op de polikliniek niet overgedragen', 'de ziekenhuisverpleging heeft weinig oog voor de nazorgbehoefte op psychosociaal vlak' en 'het ziekenhuis doet de nazorg voor bepaalde patiëntencategorieën in eigen beheer'.

De resultaten met betrekking tot de ervaren knelpunten als geheel roepen de vraag op of niet een deel van de vaak gehoorde knelpunten met betrekking tot continuïteit van zorg in de praktijk wel meevalen.

Verschillen tussen EKO's en basiseenheden

We hebben in het voorafgaande geconstateerd dat in het merendeel van de gevallen de nazorg op het niveau van de EKO georganiseerd wordt. In een beperkter aantal gevallen zien we dat afzonderlijke basiseenheden de organisatie op zich nemen. Nu is er over vrijwel alle onderzochte aspecten van de organisatie sprake van systematische verschillen tussen EKO's en basiseenheden. Deze zullen vooral te maken hebben met de organisatorische verschillen die er bestaan tussen de EKO's enerzijds en de uitvoerende basiseenheden anderzijds. Verder zal een rol spelen dat we de situaties waar de continuïteit van zorg

per basiseenheid wordt aangepakt vooral aantreffen in gebieden die uit veel verschillende ziekenhuizen nazorgpatiënten krijgen overgedragen.

We volstaan hier met de geconstateerde verschillen nog eens kort op te sommen:

- Een basiseenheid krijgt gemiddeld uit nog wat meer ziekenhuizen nazorgpatiënten overdragen dan de EKO (gemiddelde respectievelijk 4,6 versus 4,1).
- Basiseenheden kunnen bij een kleiner aantal ziekenhuizen (waar zij mee te maken hebben) een schatting geven van het aantal nazorgpatiënten dan EKO's (over maximaal tien ziekenhuizen geven de basiseenheden in gemiddeld 38% van de gevallen een schatting en de EKO's in 49%).
- EKO's werken vaker onderling samen bij het organiseren van de nazorg - al dan niet via een gezamenlijke continuïteitsverpleegkundige - dan dat basiseenheden onderling of met andere EKO's samenwerken (van de EKO's werkt 83% samen; van de basiseenheden 60%).
- EKO's hebben in gemiddeld 89% van alle gevallen afspraken gemaakt over de overdracht met de voor hun relevante ziekenhuizen; bij de basiseenheden is dat in 47% van de gevallen zo.
- Bij EKO's zien we vaker dat de ziekenhuizen 'altijd' een overdrachtsformulier gebruiken om patiënten over te dragen dan bij basiseenheden (respectievelijk in 32% en 24% van de gevallen).
- EKO's onderhouden vaker gestructureerd overleg met de ziekenhuizen dan basiseenheden (respectievelijk bij 68% en 45% van de ziekenhuizen).
- Voor 60% van de onderzochte EKO's en 18% van de basiseenheden functioneert een continuïteitsverpleegkundige.
- Zowel aan de kant van het kruiswerk als aan de kant van het ziekenhuis ervaren EKO's blijkens de indrukken van onze respondenten minder problemen in verband met de continuïteit van zorg dan basiseenheden.

Verschillen tussen nazorgstructuren

Er zijn zeer voorlopige aanwijzingen in het onderzoeksmateriaal dat kruiswerkinstellingen waarvoor een continuïteitsverpleegkundige werkzaam is, minder problemen ervaren ten aanzien van de continuïteit van zorg aan de kant van de ziekenhuizen dan instellingen waar zo'n functionaris ontbreekt. Het betreft hier een eerste indruk die gebaseerd is op de waarneming van onze respondenten. Of er gestructureerd overleg tussen de kruiswerkinstelling en het ziekenhuis functioneert, maakt daarbij niet of nauwelijks uit.

Het bovenvermelde resultaat is een klein voorschot op fase 2 van het onderzoek waar veel meer in detail verschillen tussen de onderscheiden typen nazorgstructuren zullen worden bestudeerd. Een probleem daarbij is dat we alleen eventuele samenhangen tussen de nazorgstructuren en het feitelijk functioneren van de continuïteit van zorg kunnen vaststellen. Een momentopname - en dat is het onderhavige onderzoek uiteindelijk - laat geen uitspraken toe over de causale richting van de verbanden. We zullen de causaliteit van geconstateerde verbanden evenwel proberen te verhelderen door reacties op de gevonden resultaten te vragen uit het veld.

LITERATUUR

- HANZENS, A. Opzet en werkwijze van een contactgroep ziekenhuisnazorg. Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 34, 1981, no. 22, p. 963-968
- INSTITUUT VOOR TOEGEPASTE SOCIOLOGIE. De Amsterdamse Nazorgdienst. Nijmegen: 1971
- KERK EN WERELD. Continuïteit van de verpleegkundige zorg. Conferentieverslag, deel 1 tot en met 4. Driebergen: 1971
- KERSTEN, T.J.J.M.T. Continuïteitsproblemen in de zorgverlening. Verpleegkunde; 1988/89, no. 3., p. 125-133
- KERSTEN, T.J.J.M.T. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. Tijdschriftartikel, te verschijnen in 1989
- KLOK-SEGGER, G., T. GRAVESTEIJN-TERHEGGEN. Continuïteit van zorg, z.p. 1981
- KREUWEL, A., M. BOUWMEESTERS. Uit het ziekenhuis en dan? Tijdschrift voor Ziekenhuisverpleging; 37, 1984, no. 1, p. 6-7
- LABLANS, F. e.a. Zorg voor zorg na ziekenhuis. Tijdschrift voor Ziekenhuisverpleging; 34, 1981, no. 22, p. 955-962
- LUCAS LUYCKX, J., H. LEMAIRE. Continuïteit in de verpleegkundige zorg, een discussie-rapport. Katholieke Gezondheidszorg, 1972, p. 238-241
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Verandering verzekerd: stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Rijswijk: WVC, 1988
- NATIONALE KRUISVERENIGING. De inzet van functionarissen ten behoeve van de nazorg. Utrecht: 1977
- NATIONALE KRUISVERENIGING. De kruisorganisatie. Nationale Kruisvereniging, 1988
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in beeld. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986
- NATIONALE ZIEKENHUISRAAD, NATIONALE KRUISVERENIGING. Aanbevelingen voor het tot standkomen van continuïteit in de verpleegkundige zorg. Utrecht: 1978
- QUERIDO, A. Prognose en katamnese. Tijdschrift Sociale Geneeskunde; 1959, no. 37., p. 69
- SCHMITZ, L. WERKGROEP SAMENWERKING WG/SAK. Continuïteit in de prak-

tijk. Amsterdam: De Bevrijding, 1985
SCHRAS, A. Continuïteit van de verpleegkundige zorg. Tijdschrift
voor Ziekenhuisverpleging; 24, 1971, no. 9, p. 1045-1048

