

# De kwaliteit van het CARA-huisbezoek

Standaarden en criteria

door T.A. Wiegiers en A. Kerkstra

*Met de reorganisatie in het kruiswerk verdween de districtsverpleegkundige-oude-stijl die uitermate gespecialiseerd was in een of twee aandachtsgebieden, zoals bijvoorbeeld CARA. Tegelijkertijd echter nam de aandacht voor en de kennis over CARA toe en werd steeds meer de nadruk gelegd op kwaliteit van zorg.*

*Alle reden dus om stil te staan bij de gevolgen van deze ontwikkelingen en de veranderingen die nodig zijn om de zorg op peil te houden.*

## Inleiding

CARA (chronische aspecifieke respiratoire aandoening) is een verzamelnaam voor uiteenlopende longaandoeningen, zoals chronische bronchitis, astma en emfyseem. Kenmerkend voor CARA zijn kortademigheid, hetzij chronisch hetzij in aanvallen optredend, en hoesten al of niet met opgeven van slijm. (1) Bij kinderen en jongvolwassenen zijn de klachten vooral van astmatische aard, dat wil zeggen dat allergie en verhoogde gevoeligheid van de luchtwegen een belangrijke rol spelen.

Chronische bronchitis en emfyseem komen voornamelijk bij ouderen voor. (1,2) Van allergie is sprake wanneer de luchtwegen reageren op specifieke stoffen, de allergenen; van overgevoeligheid of hyperreactiviteit is sprake wanneer prikkels in de omgeving zoals sigaretterook of temperatuurverandering leiden tot benauwdheidsaanvallen. (3) Een van de bekendste allergenen is de huisstofmijt, een minuscuul beestje dat zich het liefst ophoudt in donkere, enigszins vochtige en stoffige hoekjes. In het Nederlandse klimaat voelt de huisstofmijt zich prima thuis en hij is dan ook niet echt uit te roeien. Wel zijn er allerlei maatregelen mogelijk om hem in huis zo min mogelijk kans te geven. Voor het geven van gerichte adviezen daarover, evenals op het gebied van andere allergenen en aangetoonde reactie-uitlokkende prikkels, is het noodzakelijk dat een CARA-deskundige een huisbezoek aflegt.

Dergelijke CARA-huisbezoeken maken onderdeel uit van de verpleegkundige extramurale CARA-zorg en worden meestal afgelegd door verpleegkundigen die naast saneringsadviezen ook voorlichting en begeleiding kunnen geven aan CARA-patiënten, bijvoorbeeld met betrekking tot het medicijngebruik.

In dit artikel wordt in de vorm van standaarden en criteria aangegeven aan welke eisen een CARA-huisbezoek van een verpleegkundige in het algemeen zou moeten voldoen. Natuurlijk zullen voor elke patiënt de accenten anders zijn. Deze standaarden en criteria zijn dan ook vooral bedoeld als bijdrage aan de discussie over de kwaliteit van de verpleegkundige extramurale CARA-zorg.

## CARA-zorg en het kruiswerk

Verpleegkundige extramurale CARA-zorg is sinds 1980 officieel een van de taken van de wijkverpleging. Dat betekent dat in de afgelopen tien jaar binnen het kruiswerk de aandacht voor en de kennis over CARA-problematiek sterk is toegenomen. Tegelijkertijd is daarmee echter de discussie toegenomen over de vraag of wel van elke (allround werkende) wijkverpleegkundige verlangd kan worden dat ze op dit terrein voldoende deskundig is om een kwalitatief goed CARA-huisbezoek af te kunnen leggen. (4,5) Juist omdat CARA-zorg een van de terreinen is waar heel specifieke kennis vereist is, zijn indertijd op provinciaal niveau districtsverpleegkundigen aangesteld die verantwoordelijk zijn voor ondersteuning en deskundighedsbevordering van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Afhankelijk van hun onderlinge taakverdeling hebben een of meer districtsverpleegkundigen per provinciale koepel de CARA-zorg als speciaal aandachtsveld, al dan niet gecombineerd met andere aandachtsvelden.

Het kruiswerk is echter de laatste jaren voortdurend in beweging geweest, zowel op het organisatorische als op het inhoudelijke vlak. Inhoudelijk is vooral de aandacht voor 'aanvullende' thuiszorg voor langdurig zieken en terminale patiënten sterk toegenomen, niet in de laatste plaats met het oog op mogelijke substitutie-effecten. In dit verband is ook de aandacht voor chronisch zieken, waaronder CARA-patiënten, toegenomen.

Op het organisatorisch vlak springt vooral het opheffen van de provinciale koepels in het oog, evenals de schaalvergroting op het niveau van de regionale en plaatselijke kruisverenigingen. Waren er in 1987 nog 180 zelfstandige Erkende Kruisorganisaties in Nederland, nu in 1990 zijn dat er nog maar 62. (6)

## Behoeft aan bijscholing

De districtsverpleegkundigen, die aangesteld waren bij de provinciale koepels, zijn bij die reorgani-

Drs. T.A. Wiegiers en dr. A. Kerkstra zijn verbonden aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

saties voor het merendeel in dienst gekomen van de nieuwe Erkende Regionale Kruisorganisaties.(6) Dit houdt in dat specialisatie op een of twee aandachtsvelden, wat op provinciaal niveau mogelijk was door taakverdeling van de districtsverpleegkundigen onderling, nauwelijks meer kan omdat een Erkende Kruisorganisatie hooguit een of twee districtsverpleegkundigen in dienst heeft die verantwoordelijk zijn voor de ondersteuning en deskundigheidsbevordering op alle aandachtsvelden.

Daarmee verdwijnt de functie van districtsverpleegkundige-CARA: de deskundige bij uitstek op het gebied van de extramurale CARA-zorg die het kruiswerk in huis had. Dat wil niet zeggen dat ook hun deskundigheid daarmee verdwenen zal zijn, maar het betekent wel dat er extra tijd en aandacht besteed moet worden aan deskundigheidsbevordering bij hen die tot nu toe niet de CARA-zorg in hun takenpakket hadden.

Bijscholing op het gebied van CARA-zorg is om verschillende redenen niet eenvoudig. Ten eerste is CARA een verzamelnaam voor enkele zeer verschillende chronische longaandoeningen. Dit betekent dat ook de hulp die van de wijkverpleegkundige gevraagd wordt voor CARA-patiënten zeer uiteenlopend is, variërend van het signaleren van luchtweg- en aanverwante problemen op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters, tot het toedienen van zuurstof aan een bedlegerige patiënt.

Ten tweede bestaan er duidelijke verschillen van inzichten in de wijze waarop CARA-klachten het best behandeld kunnen worden.(4,6) Deze verschillen van inzichten hebben ook implicaties voor de handelwijze van wijkverpleegkundigen, bijvoorbeeld ten aanzien van het afleggen van CARA-huisbezoeken.

Ten slotte wordt het effect van elke bijscholing, dus ook die op het gebied van CARA-zorg, mede bepaald door de mate van confrontatie van de be-

treffende persoon met de praktijk ervan. Met andere woorden, een wijk- of districtsverpleegkundige die in de praktijk nauwelijks te maken heeft met CARA-patiënten zal van een bijscholing op dat gebied veel minder opsteken en zal minder in staat zijn de verkregen deskundigheid op peil te houden dan iemand die wel regelmatig met CARA-problematiek wordt geconfronteerd.

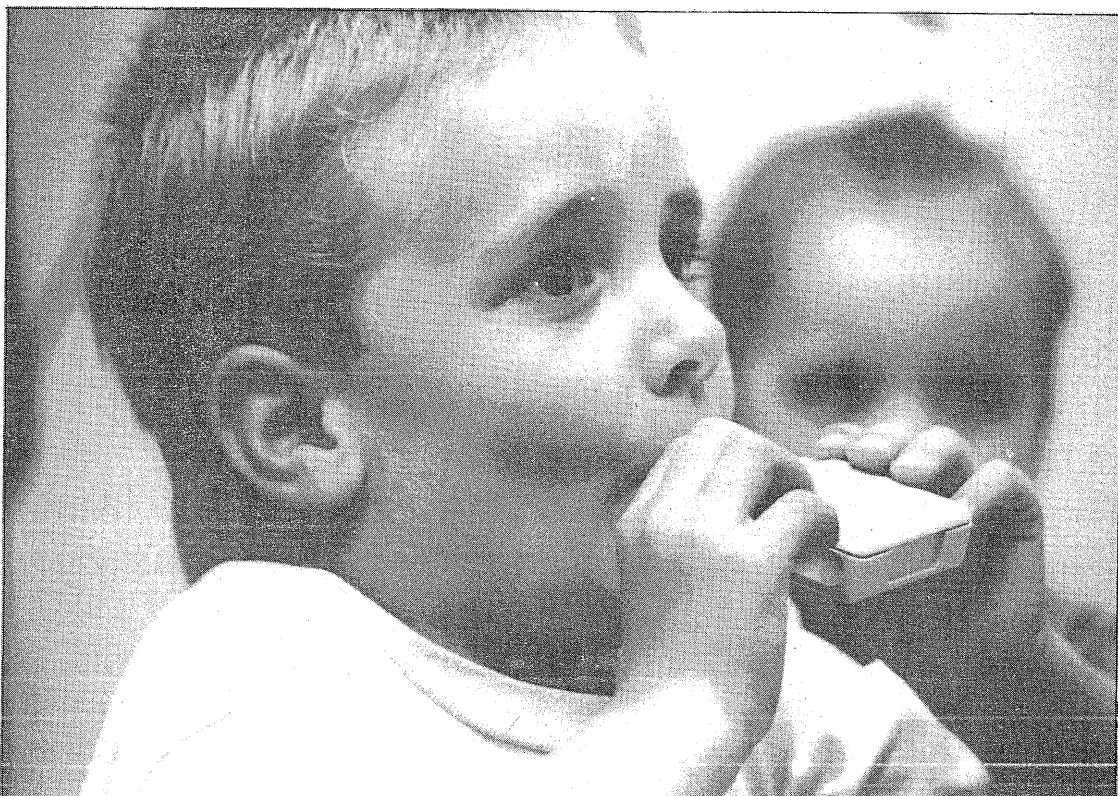
### *Kwaliteit van zorg*

Een andere ontwikkeling van de laatste jaren, niet alleen binnen het kruiswerk maar in de gehele gezondheidszorg, is de sterk toegenomen aandacht voor kwaliteit.(7) Op allerlei manieren wordt getracht kwaliteit zichtbaar, meetbaar en beheersbaar te maken, bijvoorbeeld binnen de verpleging met behulp van afdelings- of basisgebonden toetsing.(8,9) In de medische wereld wordt druk gewerkt aan het ontwikkelen van standaarden en protocollen waarin de gewenste kwaliteit van zorg tot uitdrukking komt.

Bij het bepalen van de kwaliteit van zorgverlening moet met veel verschillende aspecten rekening worden gehouden. De kwaliteit van de geboden zorg kan niet alleen afgemeten worden aan de gezondheidstoestand of de tevredenheid van de patiënt.

Ook de inhoud van de zorg en de manier waarop die verleend wordt zijn van belang, evenals de hulpmiddelen die de zorgverlener daarbij ten dienste staan en de specifieke deskundigheid waar de hulpverlener over kan beschikken.

Donabedian (10,11) heeft voor al die aspecten een driedeling voorgesteld die sindsdien uitgangspunt is voor veel, zo niet elk kwaliteitsonderzoek. Die driedeling houdt in een onderscheid naar structuur-, proces- en uitkomstaspecten van de zorg.



*Tijdens het CARA-huisbezoek controleert de (wijk)verpleegkundige of de medicijnen op de juiste wijze worden ingenomen.*

Foto: Nederlands Astma Fonds

Onder structuuraspecten vallen alle aspecten die als voorwaarde gelden voor de te bieden zorg, zoals deskundigheid, materiële voorzieningen en organisatie. Onder procesaspecten vallen al die aspecten die de zorgverlening zelf betreffen, zoals de behandeling en bejegening. Onder de uitkomstaspecten worden de resultaten van de zorgverlening gerekend, zoals de gezondheidstoestand en de tevredenheid van de patiënt.

Om de kwaliteit van de verleende zorg te kunnen bepalen, is het nodig om eerst te definiëren wat onder kwaliteit verstaan moet worden. Echter, omdat een voor iedereen, onder alle omstandigheden geldende definitie van kwaliteit niet is te geven, wordt gebruik gemaakt van 'criteria' en 'standaarden' waaraan een bepaald onderdeel van de zorg moet voldoen wil men het beschouwen als kwalitatief goede zorg.

In de nota Kwaliteitsbewaking in de verpleging (12) worden voor standaarden en criteria de volgende definities gehanteerd: *'met standaarden wordt een niveau van handelen bedoeld dat algemeen aanvaardbaar is voor verpleegkundigen'* en *'met criteria worden uitspraken bedoeld die meetbaar zijn en die de bedoeling van de standaard weergeven'*.

In het Nederlands taalgebruik is een standaard een richtlijn of vuistregel die, als er geen bijzondere omstandigheden gelden, bij gebruik voldoende kwaliteit veronderstelt. Te denken valt aan: standaard-procedure, standaard-formulier. Het bestaan van zo'n standaard is echter op zichzelf geen garantie voor voldoende kwaliteit, want de standaard is niet meer dan een gezamenlijke afspraak, waar men zich wel of niet aan kan houden. Het bestaan van een standaard geeft wel aan dat men het eens is over het gewenste kwaliteitsniveau van dat specifieke zorgaspect. Om de werkelijk geboden zorg te kunnen vergelijken met de wenselijk geachte zorg die in de standaard tot uitdrukking komt, zijn criteria nodig die van die standaarden worden afgeleid.

### *Standaarden en criteria*

De verpleegkundige extramurale CARA-zorg omvat, zoals gezegd, een breed gebied van vroegsignalering op het consultatiebureau tot zuurstoftoediening aan een emfyseempatiënt. Daarbij hoort ook het afleggen van een CARA-huisbezoek. Onder een 'CARA-huisbezoek' wordt verstaan: een huisbezoek, afgelegd op verzoek van de behandelend arts of de patiënt, waarin aandacht geschonken wordt aan:

- het samen met de patiënt identificeren van factoren die een negatieve invloed hebben op het verloop van de aandoening, met name de uitlokkende prikkels;
- het omgaan met de aandoening;
- het omgaan met de medicatie;
- het geven van algemene informatie en algemene adviezen met betrekking tot CARA en de daarmee samenhangende problematiek;
- het, op verzoek van de behandelend arts, geven van specifieke (op deze desbetreffende patiënt afgestemde) informatie en adviezen.(4)

In een nog lopend onderzoeksproject van het Nederlands instituut voor onderzoek van de

eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)<sup>1</sup>, dat zich richt op aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen, zijn standaarden en criteria opgesteld voor het CARA-huisbezoek van de (wijk)verpleegkundige.

Bij het opstellen van die standaarden en criteria is van verschillende informatiebronnen gebruik gemaakt, zoals rapporten over CARA-zorg van de Landelijke Werkgroep Extramurale CARA-zorg (4) en van een provinciale kruisvereniging.(5,13)

In 1986 hebben het Astmafonds en de Nationale Kruisvereniging gezamenlijk een boekje uitgegeven: 'Informatie over CARA, bestemd voor de wijkverpleging'(14), waarin uitgebreid aandacht wordt besteed aan achtergronden, verschijnselen en verloop van CARA, naar onderzoek- en behandel-mogelijkheden en psycho-sociale aspecten van de aandoening. Verder wordt aandacht besteed aan de taak van de wijkverpleegkundige en worden aandachts- en actiepunten voor een CARA-huisbezoek gegeven. Formulieren die gebruikt worden voor informatie-overdracht, zoals aanvraag en terugrapportage formulieren, geven dikwijls ook inzicht in de eisen die aan de zorg gesteld worden, door de categorieën die op de formulieren zijn vermeld.

Verder is gebruik gemaakt van recent verschenen en binnenkort te verschijnen literatuur over patiëntenvoorlichting, zoals het rapport van het landelijk centrum GVO (1) over patiëntenvoorlichting voor mensen met CARA, de modelhandleiding patiëntenvoorlichting en het rapport protocol-ontwikkeling voor patiëntenvoorlichting, beide ten behoeve van extramurale CARA-zorg, respectievelijk van het kruiswerk in Groningen (15) en de Rijksuniversiteit Limburg.(16) Ook zijn gesprekken gevoerd met deskundigen waarbij vooral gekeken is naar de dagelijkse praktijk van de extramurale CARA-zorg.

### *Het CARA-huisbezoek*

De standaarden en criteria voor een CARA-huisbezoek die hieronder staan, zijn in eerste instantie opgesteld op grond van de boven genoemde literatuur en gesprekken. Vervolgens zijn ze besproken in een consensusvergadering waaraan werd deelgenomen door verschillende deskundigen, zoals CARA-verpleegkundigen, districtsverpleegkundigen en artsen. De in die vergadering overeengekomen wijzigingen zijn verwerkt in de uiteindelijke versie van standaarden en criteria die daarmee beschouwd kunnen worden als algemeen aanvaarde minimum-eisen voor een verpleegkundig CARA-huisbezoek.

Er zijn ook standaarden opgesteld en in diezelfde vergadering besproken betreffende de aanvraag van een arts voor een CARA-huisbezoek, de terugrapportage van de verpleegkundige aan de aanvrager en de follow-up contacten die de verpleegkundige heeft met de patiënt, maar die zullen hier verder niet besproken worden.

Het doel van een CARA-huisbezoek is tweeledig, namelijk enerzijds dat de aanvrager informatie ontvangt over de thuissituatie van de patiënt die relevant is voor de behandeling, anderzijds dat de patiënt in de thuissituatie informatie, hulp en begeleiding ontvangt bij (praktische) problemen in verband met CARA.

Wil het CARA-huisbezoek dat de (wijk)verpleegkundige aflegt aan dit doel beantwoorden, dan moet een aantal aspecten in ieder geval aan de orde komen. Deze essentiële onderdelen zijn omschreven in de volgende standaarden:

#### STANDAARDEN

1a. Tijdens het CARA-huisbezoek dient een verpleegkundige anamnese afgenomen te worden (mede) om na te gaan of er discrepantie bestaat tussen de aanvraag van de behandelend arts en de problemen en verwachtingen van de (ouders van de) patiënt;

b. Tijdens het CARA-huisbezoek dient ingegaan te worden op problemen die voor de (ouders van de) patiënt op dat moment overheersend zijn.

2a. Tijdens het CARA-huisbezoek dient relevante informatie verzameld te worden (verpleegkundige anamnese) over aandoening-beïnvloedende factoren in de woning(en);

b. Tijdens het CARA-huisbezoek dienen relevante voorlichting en advies gegeven te worden met betrekking tot aandoening-beïnvloedende factoren in de woning(en).

3a. Tijdens het CARA-huisbezoek dient relevante informatie verzameld te worden (verpleegkundige anamnese) over het medicijngebruik van de patiënt;

b. Tijdens het CARA-huisbezoek dienen relevante voorlichting en begeleiding gegeven te worden met betrekking tot het medicijngebruik van de patiënt.

4a. Tijdens het CARA-huisbezoek dient relevante informatie verzameld te worden (verpleegkundige anamnese) over psycho-sociale en pedagogische aspecten van de CARA-problematiek;

b. Tijdens het CARA-huisbezoek dienen relevante voorlichting en begeleiding gegeven te worden met betrekking tot psycho-sociale en pedagogische aspecten van de CARA-problematiek.

Om vast te stellen of een CARA-huisbezoek aan deze standaarden heeft voldaan zijn specifieke criteria nodig. De nadruk die de verschillende onderdelen tijdens een huisbezoek krijgen, is afhankelijk van zowel de specifieke vraagstelling in de aanvraag als de specifieke klachten van de patiënt en de daarmee gepaard gaande problemen. Daarom zullen niet alle criteria voor elk CARA-huisbezoek geldig zijn.

Informatie uit de aanvraag moet daarom naderhand betrokken worden bij het vormen van een oordeel over de kwaliteit van het huisbezoek.

De criteria voor het CARA-huisbezoek zijn onderverdeeld in *procescriteria* en *resultaatcriteria*. Procescriteria zijn gericht op het handelen van de (wijk)verpleegkundige, resultaatcriteria zijn gericht op het (directe) resultaat daarvan voor de patiënt.

Er zijn geen structuurcriteria geformuleerd, gericht op deskundigheid en organisatie van zorg, omdat daarover nog niet voldoende overeenstemming is.

#### CRITERIA

##### *Procescriteria met betrekking tot standaard 1*

- De (wijk)verpleegkundige informeert (indien nog niet bekend) naar de ziektegeschiedenis en klach-

ten van de patiënt en heeft aandacht voor de problemen die de (ouders van de) patiënt daarbij aangeven.

- De (wijk)verpleegkundige gaat in op de problemen die door de (ouders van de) patiënt worden aangegeven.

- De (wijk)verpleegkundige signaleert lacunes en/of onjuistheden in de kennis van de patiënt/-ouders over CARA en tracht die zonedig aan te vullen/te corrigeren.

- De (wijk)verpleegkundige gaat na welke verwachtingen de (ouders van de) patiënt (hebben) heeft ten aanzien van (wijk)verpleegkundige hulp.

##### *Resultaatcriteria met betrekking tot standaard 1*

- De patiënt<sup>2</sup> heeft een realistisch beeld van de aanpak.

- De patiënt heeft realistische verwachtingen van de (on)mogelijkheden van de (wijk)verpleegkundige hulp.

##### *Procescriteria met betrekking tot standaard 2*

- De (wijk)verpleegkundige bekijkt samen met (de ouders van) de patiënt elke relevante ruimte in de woning in relatie tot hyperreactiviteit en allergie. Daarbij komt aan de orde:

- bouwkundige aspecten van de woning;

- ventilatie en verwarming;

- inrichting en materiaalgebruik;

- schoonmaakmogelijkheden;

- huisdieren;

- ongedierte;

- leefgewoonten, zoals roken.

- De (wijk)verpleegkundige geeft uitleg over de relatie tussen uitlokkende factoren in de woonsituatie en de klachten van de patiënt, met betrekking tot:

- vocht;

- stof en andere prikkels;

- leefgewoonten en roken.

- De (wijk)verpleegkundige geeft algemene adviezen in verband met:

- leefgewoonten en roken;

- stof en andere prikkels;

- vocht, luchtjes en ventilatie.

- De (wijk)verpleegkundige gaat na of eerder (door anderen) gegeven adviezen begrepen en opgevolgd worden/zijn.

- De (wijk)verpleegkundige geeft, afgestemd op de CARA-problematiek van de patiënt, specifieke adviezen met betrekking tot:

- leefgewoonten en roken;

- huisdieren;

- inrichting van de woning;

- verbouwing;

- verhuizing.

- De (wijk)verpleegkundige geeft voorlichting over vergoedingsmogelijkheden voor te maken kosten in verband met woningsanering.

##### *Resultaatcriteria met betrekking tot standaard 2*

- De patiënt<sup>2</sup> heeft inzicht (gekregen) in de relatie tussen uitlokkende factoren in de woonsituatie en de CARA-klachten.

- De gegeven adviezen met betrekking tot:

- leefgewoonten en roken;

- stof en andere prikkels;

- vocht, luchtjes en ventilatie;

- huisdieren;
- inrichting van de woning;
- verbouwing;
- verhuizing;
- zijn voor de patiënt duidelijk.
- De patiënt weet waar hij terecht kan voor het aanvragen van financiële tegemoetkoming in de kosten van woningsanering.

*Procescriteria met betrekking tot standaard 3*

- De (wijk)verpleegkundige informeert naar het medicijngebruik van de patiënt. Daarbij komt aan de orde:
  - het aantal gebruikte medicijnen;
  - de naam en werking van ieder medicijn;
  - het in voorraad hebben en bewaren van medicijnen;
  - het tijdstip van innemen;
  - de volgorde van innemen;
  - de manier van innemen (inhalatoren);
  - afspraken over het gebruik van de peakflowmeter;
  - de houding van de patiënt<sup>2</sup> ten opzichte van het medicijngebruik (realistische acceptatie).
- De (wijk)verpleegkundige geeft uitleg over de werking en de manier van bewaren van de medicijnen.
- De (wijk)verpleegkundige geeft uitleg over het tijdstip en de volgorde van innemen.
- De (wijk)verpleegkundige geeft uitleg over het gebruik van hulpmiddelen zoals inhalatoren bij het innemen van de medicijnen.
- De (wijk)verpleegkundige gaat na of door de arts gegeven voorschriften begrepen en opgevolgd worden/zijn.
- De (wijk)verpleegkundige controleert of de medicijnen op de juiste wijze worden ingenomen, zonodig door de handelingen in haar bijzijn te laten verrichten.
- De (wijk)verpleegkundige demonstreert zonodig het juiste gebruik van de inhalatoren.

*Resultaatcriteria met betrekking tot standaard 3*

- De patiënt<sup>2</sup> heeft inzicht (gekregen) in de werking van de medicijnen.
- De patiënt is op de hoogte van tijdstip en volgorde van innemen van de medicijnen.
- De patiënt kan de inhalatoren op de juiste manier gebruiken.
- De patiënt accepteert het medicijngebruik, zowel rationeel als emotioneel.

*Procescriteria met betrekking tot standaard 4*

- De (wijk)verpleegkundige informeert naar psycho-sociale en pedagogische aspecten van de CARA-problematiek. Daarbij komt aan de orde:
  - bekendheid met de aard van de aandoening en de beperkingen die dat mee kan brengen;
  - emotionele reacties: angst, machteloosheid;
  - de invloed ervan op het gezin;
  - de contacten buiten het gezin: familie, school, sport, werk;
  - financiële aspecten.
- De (wijk)verpleegkundige gaat in op en geeft begeleiding bij psycho-sociale/pedagogische problematiek.
- De (wijk)verpleegkundige geeft voorlichting over de aard van de aandoening en de beperkingen die dat mee kan brengen.

- De (wijk)verpleegkundige geeft voorlichting en advies over leefregels zoals bijvoorbeeld: inspanning en rust, het hanteren van een aanval, inschakelen huisarts en specialist.
- De (wijk)verpleegkundige gaat na of eerder (door anderen) gegeven informatie begrepen en opgevolgd wordt.
- De (wijk)verpleegkundige geeft informatie over oudercursussen, voorlichtingsavonden, patiëntenvereniging, het Nederlands Astma Fonds, zo mogelijk met behulp van foldermateriaal.
- De (wijk)verpleegkundige laat weten wanneer, waar en hoe zij bereikbaar is.
- De (wijk)verpleegkundige vertelt wat er met de terugrapportage gebeurt, wie een exemplaar krijgt.

*Resultaatcriteria met betrekking tot standaard 4*

- De patiënt<sup>2</sup> is op de hoogte van de aard van de aandoening en de beperkingen die dat mee kan brengen.
- De patiënt weet wanneer de huisarts of specialist ingeschakeld moet worden.
- De patiënt heeft inzicht (gekregen) in de zin van leefregels.
- De patiënt weet waar hij terecht kan voor meer informatie.
- De patiënt weet waar, hoe en wanneer hij de (wijk)verpleegkundige kan bereiken.
- De patiënt is tevreden over het verloop van het huisbezoek.

### *Toepassingsmogelijkheden*

Deze standaarden en criteria zijn in eerste instantie ontwikkeld ten behoeve van het eerder genoemde evaluatie-onderzoek, met het doel de kwaliteit en efficiëntie van verschillende werkwijzen met elkaar te vergelijken. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar het huisbezoek zelf, maar wordt ook aandacht besteed aan de informatie die de (wijk)verpleegkundige over de patiënt ontvangt in de vorm van een aanvraag voor een CARA-huisbezoek. Ook de terugrapportage aan de aanvrager en de vervolcontacten tot drie maanden daarna worden bij het onderzoek betrokken, evenals de totale tijdsinvestering per patiënt en het tijdsverloop tussen de verschillende onderdelen. Bovendien wordt gekeken naar de deskundigheid van de (wijk)verpleegkundige en ervaring met het afleggen van CARA-huisbezoeken.

Naast dit directe onderzoeksdoel zijn er ook andere toepassingsmogelijkheden voor deze standaarden en criteria. Van Bergen en anderen noemen in hun afsluitend artikel over kwaliteitsstandaarden gebruiksmogelijkheden op drie verschillende niveaus. Ten eerste individueel: het gebruik van standaarden als checklist in het verpleegproces; ten tweede in de eigen werkeenheden: als reservoir voor toetsingsactiviteiten; ten derde op het niveau van de beroepsgroep: als werken leerdoelen in opleiding, bijscholing en evaluatie.<sup>(17)</sup>

Daarnaast kunnen standaarden en criteria ook een zinvolle functie vervullen in de communicatie en taakafbakening tussen verschillende beroepsgroepen. In het geval van extramurale CARA-zorg kunnen bijvoorbeeld de artsen die een CARA-huisbezoek willen aanvragen profijt hebben van de lijst van standaarden en criteria, omdat die aan hen een

beeld geeft van het verloop van een dergelijk huisbezoek. Daardoor kan de vraagstelling van de arts duidelijker en gericht geformuleerd worden, wat het voor de verpleegkundige op haar beurt weer beter mogelijk maakt om gericht terug te rapporteren.

Voor een goede multidisciplinaire samenwerking is naast geregeld (patiënten)overleg ook inzicht nodig in elkaars mogelijkheden en werkwijzen, evenals overeenstemming over ieders taken. De in het kader van dit onderzoek opgestelde criteria voor extramurale CARA-zorg kunnen in dit proces van samenwerking en taakafbakening een belangrijke, verhelderende rol spelen. Daarnaast is het te hopen dat deze criteria ook meer in het algemeen gebruikt zullen gaan worden in de discussies over de kwaliteit van de extramurale CARA-zorg en dat daarmee een bijdrage geleverd kan worden aan het ontwikkelen van een eenduidige visie op CARA-zorg en de taak van de wijkverpleging daarin.

### Noten

1. Dit onderzoek wordt gesubsidieerd door: Het Nederlands Astmafonds; Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM); Service Bureau Kruiswerk Noord-Holland; Stichting Amsterdams Kruiswerk; Het Emma Kinderziekenhuis/Het Kinder AMC.
2. Voor patiënt kan ook gelezen worden: ouders of verzorgers van de patiënt.

### Literatuur

1. Landelijk centrum GVO. *Voorlichting aan CARA-patiënten. Praktijk, theorie, aanbevelingen*. Werkgroep 'Voorlichting aan CARA-patiënten'. Landelijk centrum GVO, Utrecht, 1988.
2. Mólken, M.P.M.H. van, E.K.A. van Doorslaer, F.F.H. Rutten. *CARA in cijfers. Verslag van een pilot-studie*. IMTA, Maastricht, maart 1989.

3. Kaptein, A.A. *Leven met CARA*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen, 1988.

4. Landelijke Werkgroep Bevordering Extramurale CARA-Zorg. *Voortgangsrapport 1987*. Nederlands Astmafonds, Nationale Kruisvereniging, afd. Zorgverlening, 1988.

5. Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland. *De zorg aan patiënten met CARA vanuit het kruiswerk Zuid-Holland*. Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, 1989.

6. Nederlands Astma Fonds. *Beleidsnota Extra-Murale CARA-Zorg*. Leusden, juli 1990.

7. Vervolgconferentie 'Kwaliteit van zorg'. *Van uitspraken naar afspraken*. KNMG, 1990.

8. Giebing, H. *Kwaliteitsstoetsing voor en door verpleegkundigen*. Een methode voor kwaliteitsbewaking en -bevordering voor de verpleegkundige beroepsuitoefening. Spruyt, Van Mantgem & De Does bv., Leiden, 1987.

9. Appelman, A., H. Ligtenberg, B.V. Bergen, L. Hollands. *Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging*. De Tijdstroom, Lochem, 1989.

10. Donabedian, A. Promoting Quality through Evaluating the Proces of Patient Care. *Medical care*, May-June 1968, vol VI, no. 3, p.181 - 202.

11. Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Volume I. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980.

12. ABVA/CABO, BVV/CFO, Het Beterschap. *Nota kwaliteitsbewaking in de verpleging*. Okt. 1986.

13. Project CARA-zorg noordelijk deel Zuid-Holland. *CARA-zorg. Rapportage aan de begeleidingscommissie, 1986; verslag en aanbevelingen, 1985*. Prov. Kruisvereniging Zuid-Holland 1986.

14. Nederlands Astma Fonds, Nationale Kruisvereniging. *Informatie over CARA bestemd voor de wijkverpleging*. ACCO, Amersfoort/Leuven, 1986.

15. Staarman, J., G. van Bommel. *Mensen met CARA. Handleiding voor huisbezoeken. Concept*. Project Ontwikkeling Model Handleidingen Patiëntenvoorlichting. Provinciale Groninger Vereniging 'Het Groene Kruis', september 1989.

16. Mesters, I., R. Meertens, N. Mosterd. *Deelrapportage van het onderzoeksproject: Protocolontwikkeling voor Patiëntenvoorlichting in Extramurale CARA-zorg. Deel 3: Werkzaamheden van de wijkverpleegkundige*. Rijksuniversiteit Limburg, in druk.

17. Bergen, B. van, L. Hollands, A. Appelman, H. Ligtenberg. *Kwaliteitsstandaarden voor de verpleging, deel III. ToV/vakblad voor verpleegkundigen*, nr. 10, 1990, p. 324 - 327.

## Oproep

### Kandidaten Muntendamprijs 1991

De Nederlandse Kankerbestrijding/Stichting Koningin Wilhelmina Fonds zal in 1991 voor de zeventiende maal de prof. dr. P. Muntendamprijs toekennen. Deze onderscheiding van de Nederlandse Kankerbestrijding wordt jaarlijks toegekend aan iemand van bijzondere verdienste op het gebied van de kankerbestrijding in Nederland, bijvoorbeeld op het terrein van wetenschappelijk onderzoek, psychosociale zorg en patiëntenbegeleiding of voorlichting en publiciteit over kanker.

De onderscheiding bestaat uit een oorkonde en een bronzen legpenning. Iedereen kan tot 15

maart 1991 kandidaten voordragen. Naam, adres en gegevens over de levensloop en bijzondere verdienste van de betrokkene moeten worden toegestuurd aan:

Bestuur Nederlandse Kankerbestrijding/Stichting Koningin Wilhelmina Fonds, Sophialaan 8, 1075 BR Amsterdam.

Personen die eerder werden voorgedragen, kunnen opnieuw worden aangemeld onder verwijzing naar de stukken van de eerdere kandidaatstelling. Wanneer kandidaten afkomstig zijn uit organisaties die zich bezighouden met de begeleiding van kankerpatiënten, is het wenselijk dat de kandidaat wordt voorgesteld vanuit de betreffende organisatie. Een jury beoordeelt de aangemelde kandidaten

en doet de uiteindelijke voordracht aan het Bestuur.

Het ligt in de bedoeling de prijs uit te reiken op de Algemene Ledenvergadering van de Nederlandse Kankerbestrijding/-Vereniging tot steun aan het Koningin Wilhelmina Fonds op zaterdag 1 juni 1991 te Breda. ■