

De kwaliteit van de berichtgeving in de extramurale CARA-zorg

Standaarden en criteria

door drs. T.A. Wieggers en dr. A. Kerkstra

'CARA' is een afkorting die staat voor: *chronische a-specifieke respiratoire aandoeningen, en omvat een groep aandoeningen van de luchtwegen te weten astma, chronische bronchitis en emfyseem. Te zamen vormen zij een van de meest voorkomende chronische aandoeningen. Geschat wordt dat rond 10% van de volwassenen en tussen 5% en 10% van de kinderen in Nederland zodanige CARA-klachten heeft, dat daarvoor medische hulp noodzakelijk is.*(1)

Oorzaken van CARA-klachten zijn nog altijd niet precies bekend. Wat de laatste jaren wel steeds duidelijker is geworden is, dat de leefomgeving en de leefstijl van de patiënt en zijn of haar naaste verwanten of huisgenoten van invloed zijn op het klachtenpatroon. Met name CARA-klachten bij kinderen hebben vaak een allergische of hyperreactieve achtergrond. Bij de behandeling van CARA-patiënten is het daarom belangrijk dat systematisch gekeken wordt naar factoren in de thuissituatie die van invloed kunnen zijn op de klachten, met het doel deze klachtenuitlokkende factoren zoveel mogelijk te verwijderen of tegen te gaan.

Bij het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg) is een onderzoek gaande naar de kwaliteit en efficiëntie van extramurale CARA-zorg voor kinderen.¹ Hierbij wordt gekeken naar één specifiek onderdeel van de extramurale CARA-zorg, namelijk het zogenaamde CARA-huisbezoek, dat door verpleegkundigen wordt afgelegd, met de daarbij betreffende informatie-uitwisseling en eventuele vervolcontacten. Onder een 'CARA-huisbezoek' wordt verstaan: een huisbezoek, afgelegd op verzoek van de behandelend arts of de patiënt, waarin aandacht wordt geschonken aan:

- het samen met de patiënt identificeren van factoren die een negatieve invloed hebben op het beloop 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;

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

- het, op verzoek van de behandelend arts, geven van specifieke (op de patiënt afgestemde) informatie en adviezen.(2)

Centraal in dit onderzoek staan kinderen, woonachtig in de provincie Noord-Holland, die vanwege hun CARA-klachten worden behandeld op de kinderpolikliniek van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam (AMC), waar het Astmacentrum van het voormalig Emma Kinderziekenhuis (EKZ) nu deel van uitmaakt. Aan dat Astmacentrum zijn twee gespecialiseerde CARA-verpleegkundigen verbonden, die op tijdelijke basis worden gefinancierd door het Astma Fonds. Zij verzorgen sinds 1978 de extramurale CARA-zorg voor patiëntjes van het Astma Centrum. Sinds 1980 echter maakt de extramurale verpleegkundige CARA-zorg officieel deel uit van het basis-takenpakket van de wijkverpleging dat vanuit de AWBZ wordt gefinancierd. Dit betekent dat de artsen van het Astmacentrum van het EKZ/het kinder AMC ook een beroep kunnen doen op de wijkverpleging voor het verlenen van extramurale CARA-zorg.

Om de deskundigheid van wijkverpleegkundigen op het gebied van CARA-zorg te verbeteren en op peil te houden, worden door het kruiswerk bijscholingscursussen georganiseerd. Bovendien kan een wijkverpleegkundige een beroep doen op een districts- of specifiek verpleegkundige met aandachtsgebied CARA.

De samenwerking tussen het Astmacentrum en het kruiswerk, met name buiten de stad Amsterdam, verliep echter zo stroef dat dit uiteindelijk geleid heeft tot dit onderzoek, waarin op grond van door alle betrokkenen en externe deskundigen geaccepteerde criteria voor de kwaliteit van de extramurale CARA-zorg de verschillende werkwijzen in de regio met elkaar worden vergeleken. Het doel hiervan is te komen tot een samenwerkingsmodel dat wel werkbaar blijkt te zijn en waarin een optimale aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg is gewaarborgd.

In dit artikel willen we de aandacht richten op een onderdeel van de extramurale CARA-zorg dat van essentieel belang is voor de optimale aansluiting van intra- en extramurale zorg, namelijk de schriftelijke communicatie tussen arts en verpleegkundige in de vorm van aanvragen voor en terugrapportages over een CARA-huisbezoek. Voor elk van deze onderdelen worden standaarden en criteria gepresenteerd, met behulp waarvan een oordeel gevormd kan worden over de

kwaliteit ervan. Een eerder artikel in dit blad (3) presenteerde criteria voor de kwaliteit van het CARA-huisbezoek.

Extramurale CARA-zorg

Letterlijk betekent 'extramurale CARA-zorg' CARA-zorg buiten de muren van het ziekenhuis. Dat wil zeggen: CARA-zorg in de thuissituatie van de patiënt, met oog voor de specifieke kenmerken en mogelijkheden van die situatie. Voor specialistische diagnostiek en behandeling is informatie over en begeleiding in de thuissituatie vaak van belang.

Om ten behoeve van de behandeling meer zicht te krijgen op de thuissituatie van de patiënten wordt door de behandelend arts een CARA-huisbezoek aangevraagd bij een verpleegkundige. De aanvraag gebeurt schriftelijk, meestal op een formulier ontwikkeld door het kruiswerk in de regio. Een landelijk gebruikt standaardformulier voor het aanvragen van een CARA-huisbezoek is er niet. Aan de hand van de informatie op het aanvraagformulier en eventueel na vooroverleg met de behandelend arts of de districts- of specifiek verpleegkundige, legt de verpleegkundige een of meer CARA-huisbezoeken af bij de patiënt en rapporteert daarover terug aan de arts. Ook voor de terugrapportage ontbreekt een landelijk standaardformulier.

Zo nodig neemt de verpleegkundige na verloop van tijd opnieuw contact op met de patiënt of de ouders om verdere begeleiding te geven, bijvoorbeeld bij het uitvoeren van de adviezen of bij het omgaan met de aandoening.

Hiermee is ook aangegeven dat de extramurale CARA-zorg een tweeledig doel heeft. Enerzijds heeft het tot doel dat de aanvrager geïnformeerd wordt over de thuissituatie van de patiënt, voor zover relevant voor de behandeling. Anderzijds

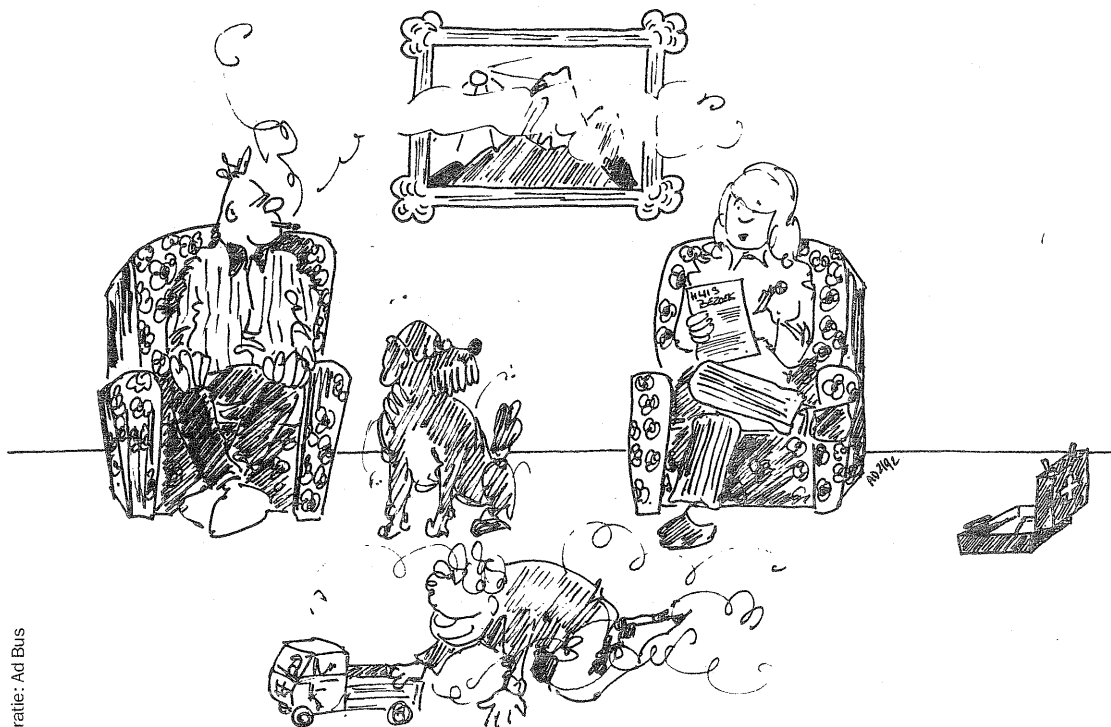
heeft het tot doel om de patiënt in de thuissituatie informatie, hulp en begeleiding te bieden bij (praktische) problemen in verband met CARA.

Communicatie

In de literatuur over samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg wordt steeds benadrukt dat een goede communicatie van essentieel belang is om de continuïteit van zorg, zowel inhoudelijk als in de tijd gezien, te waarborgen (4). De Landelijke Werkgroep Bevordering Extramurale CARA-zorg (2) signaleert in haar voortgangsrapport 1987 dat er nog steeds knelpunten zijn op het vlak van communicatie in de vorm van:

- het in bepaalde gebieden ontbreken van een goed continuïteitssysteem tussen eerste en tweede lijn (daarbij wordt dan bijvoorbeeld gedacht aan CARA-teams);
- nog onvoldoende informatie-uitwisseling tussen eerste en tweede lijn, hoewel daar sinds 1981 (toen het eerste rapport van de landelijke werkgroep uitkwam) wel enige verbetering in gesignaleerd wordt, onder andere door betere terugrapportages van verpleegkundigen;
- onvoldoende kennis van hulpverleners over elkaars taken en mogelijkheden en de dominante rol van de medisch specialisten, wat een nauwere samenwerking belemmert.

Een slecht verlopende communicatie tussen arts en verpleegkundige kan er bijvoorbeeld toe leiden dat beide onderdelen van zorg niet goed op elkaar zijn afgestemd of niet goed bij elkaar aansluiten. Dit heeft uiteraard invloed op de kwaliteit van de CARA-zorg als geheel. Casparie wijst er in Medisch Contact (5) ook met nadruk op dat er bij kwaliteitstoetsing en -bewaking behoefte is aan een integrale benadering, waarbij de samenwerking van de diverse zorgverleners cen-



Illustratie: Adi Bus

... IK HEB BEGREPEN DAT HIER IEMAND ASTITA MOET HEBBEN...

traal staat en waarbij naast andere zaken ook de onderlinge communicatie wordt betrokken. Dit om te voorkomen dat de zorgverlening slechts op onderdelen, per discipline, wordt beoordeeld, terwijl door de toenemende samenwerking bijvoorbeeld tussen eerste en tweede lijn de kwaliteit van de zorgverlening door één discipline niet meer als afzonderlijk onderdeel kan worden beschouwd.

Criteria voor wat er in dit verband onder een goede communicatie verstaan moet worden zijn er echter nauwelijks. In het boek 'Informatie over CARA, bestemd voor de wijkverpleging' (6) wordt wel in het kort aangegeven welke informatie de verpleegkundige in ieder geval van de arts moet ontvangen en ook wordt daarin uitgebreid uitgelegd, aan de hand van een voorbeeldlijst voor woningdiagnose, waar in het geval van woningsanering op gelet moet worden, maar de terugrapportage over het CARA-huisbezoek komt niet aan de orde. Daarom hebben veel kruisverenigingen en instellingen die zich met CARA-zorg bezighouden eigen formulieren ontwikkeld voor de informatie-overdracht, die per regio dan ook sterk kunnen verschillen. Daarnaast wordt ter verbetering van de communicatie en samenwerking in toenemende mate aandacht besteed aan het vormen van CARA-teams waarin vertegenwoordigers van zowel eerste- als tweede lijnshulpverleners zitting hebben.

Zowel mondelinge als schriftelijke communicatie hebben elk hun eigen voor- en nadelen. Communicatie door middel van mondeling overleg heeft over het algemeen de meeste kans op een goed resultaat, dat wil zeggen een adequate informatie-overdracht, waarbij beide gesprekspartners elkaar begrijpen, omdat direct verduidelijking gevraagd en toelichting gegeven kan worden. Geregeld mondeling overleg tussen artsen en verpleegkundigen, in dit geval over de gewenste en geboden CARA-zorg, is dan ook zeker zinvol. Frequent mondeling overleg houdt echter ook een risico in, namelijk dat de noodzaak om het besprokene schriftelijk vast te leggen vermindert, met het gevolg dat afspraken vervagen en werkwijzen steeds meer persoonsgebonden worden. Bovendien is mondeling overleg in verhouding erg tijdrovend, zeker als daar nog enige reistijd bijkomt van een of van beide partijen.

Schriftelijke communicatie daarentegen zal misschien minder tijd kosten, maar bergt een eigen risico in zich tot misverstanden als bijvoorbeeld de gegeven informatie verkeerd begrepen wordt of op meerdere manieren geïnterpreteerd kan worden. Wil schriftelijke communicatie duidelijk en begrijpelijk zijn, niet alleen voor de direct betrokkenen maar ook voor bijvoorbeeld een vervangende arts of verpleegkundige, dan moet er aan veel strakkere regels voldaan zijn dan bij mondelinge communicatie noodzakelijk is. Om hieraan tegemoet te komen wordt meestal gebruik gemaakt van standaardformulieren waarop staat aangegeven welke informatie in ieder geval genoteerd dient te worden. Op die manier bevordert het gebruik van formulieren niet alleen de structuur van de informatie, maar dient het tevens als geheugensteun ten aanzien van de volledigheid.

In het genoemde NIVEL-onderzoek wordt getracht aan de hand van standaarden en criteria

voor onderdelen van de extramurale CARA-zorg, een uitspraak te doen over de kwaliteit van die zorg.

Kwaliteit van zorg

De aandacht voor kwaliteit in de gezondheidszorg is de laatste jaren sterk toegenomen, niet alleen bij beroepsbeoefenaars maar ook bij beleidsmakers en financiers. Steeds meer wordt van de zorgverleners verwacht, dat ze kunnen aantonen dat de geleverde zorg van goede kwaliteit is.

Kwaliteit van zorg is echter een moeilijk definieerbaar begrip, omdat er zoveel verschillende aspecten aan zitten. Niet alleen de concrete inhoud van de zorg is daarbij van belang, maar ook de manier waarop de zorg verleend wordt, de deskundigheid van de hulpverlener en hulpmiddelen die hem of haar daarbij ten dienste staan. Ook de gezondheidstoestand en de tevredenheid van de patiënt spelen daarbij een rol.

In kwaliteitsonderzoek is het gebruikelijk de door Donabedian (7, 8) voorgestelde driedeling in structuur-, proces- en uitkomstaspecten van zorg te hanteren. Structuuraspecten zijn alle aspecten die de structuur, het raamwerk van de zorg vormen, zoals de organisatie waarbinnen de zorg wordt verleend, de deskundigheid van de hulpverlener, de materiële voorzieningen. Procesaspecten zijn alle aspecten die het proces van zorgverlening zelf betreffen, zoals diagnose en behandeling, voorlichting, begeleiding en bejegening. Uitkomstaspecten zijn alle aspecten die de uitkomst, het resultaat van de zorg betreffen, zoals de gezondheidstoestand van de patiënt, de tevredenheid, (toegenomen) kennis en inzicht. Als we deze driedeling toepassen op de extramurale CARA-zorg, dan zien we als structuuraspecten de organisaties waarin de hulpverleners werken: astmacentrum of kruisvereniging; de deskundigheid en ervaring van de verpleegkundigen op het gebied van CARA-zorg en de manier van werken: gespecialiseerd, gedifferentieerd of all-round.

De procesaspecten zijn alle zorgaspecten die direct met diagnose en behandeling te maken hebben, ook de communicatie tussen arts en verpleegkundigen, dus dat zijn in dit geval: de aanvraag, het huisbezoek, de terugrapportage en de follow-up.

De uitkomstaspecten zijn: de tevredenheid van de patiënt over de ontvangen zorg, de gezondheidstoestand en zo mogelijk toegenomen kennis van en inzicht in de eigen CARA-problematiek en de mogelijkheden daar adequaat mee om te gaan.

Om de kwaliteit van een bepaald zorgaspect vast te kunnen stellen moet eerst gedefinieerd worden wat dat zorgaspect precies dient in te houden. Daarvoor wordt een *standaard* geformuleerd.

Een standaard kan heel hoog gezet worden: 'Alleen het beste is goed genoeg', of kan het niveau aangeven waarop de geboden zorg 'voldoende' wordt geacht. De standaard geeft dus het wenselijke niveau van dat zorgaspect aan. Vervolgens kan in de praktijk, aan de hand van specifieke criteria worden nagegaan in hoeverre de werkelijke zorg voldoet aan de wenselijke geachte zorg zoals vastgelegd in de standaard.

In navolging van de nota 'Kwaliteitsbewaking in de Verpleging' (9) 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 de bedoeling van de standaard weergeven'.

In dit onderzoek hebben we ernaar gestreefd om voor de zorgonderdelen aanvraag en terugrapportage één in algemene termen gestelde standaard te formuleren, die globaal het gewenste niveau van de zorg aanduidt. De standaard is vervolgens uitgewerkt in een serie criteria, gegroepeerd in een aantal clusters. Omdat de aanvraag en de terugrapportage volledig deel uitmaken van het proces van zorg, zijn de criteria hiervoor ook allemaal procescriteria. Omdat het hier gaat om schriftelijk materiaal is een onderverdeling gemaakt naar vormcriteria en inhoudscriteria.

Het opstellen van standaarden en criteria

Bij het opstellen van de hier gepresenteerde standaarden en criteria voor de aanvraag van en terugrapportage over een CARA-huisbezoek is gebruik gemaakt van verschillende soorten informatie. Allereerst is in de bestaande publikaties over CARA-zorg nagegaan of daar richtlijnen zijn gegeven voor het schrijven van een aanvraag of een terugrapportage. Dergelijke richtlijnen bleken zeldzaam. Alleen in het boek 'Informatie over CARA, bestemd voor de wijkverpleging' (6) staat in het hoofdstuk 'Taak van de Wijkverpleegkundige' als onderdeel van de paragraaf Sanneren een alinea waarin is aangegeven welke inhoudelijke informatie de verpleegkundige van de behandelend arts dient te ontvangen om op verantwoorde wijze een CARA-huisbezoek te kunnen afleggen. Het betreft hier informatie omtrent diagnose en behandeling. Ook wordt genoemd dat de aanvraag een duidelijke vraagstelling dient te bevatten. In het rapport van het project CARA-zorg, noordelijke deel Zuid-Holland (10) staan dezelfde punten genoemd ten aanzien van de informatie op de aanvraag. Op de eisen die aan de terugrapportage gesteld moeten worden, wordt nergens uitgebreid ingegaan. In het voortgangsrapport 1987 van de landelijke werkgroep (2) wordt wel een lichte verbetering gesignaleerd bij de informatie-uitwisseling tussen hulpverleners, onder andere door goede terugrapportages, maar hoe een goede terugrapportage eruit moet zien, komt niet aan de orde. In het eerder genoemde rapport van het Project CARA-zorg (10) is de enige verwijzing naar de inhoud van de terugrapportage te vinden in een bijlage, waar staat: 'Het spreekt vanzelf dat de verwijzer een rapportage ontvangt met betrekking tot het huisbezoek, de gegeven adviezen en de gesignaleerde problematiek'.

Deze opmerking is een perfecte illustratie van het gebrek aan aandacht voor de inhoud van de terugrapportage in de literatuur over extramurale CARA-zorg: het spreekt vanzelf dat er teruggerapporteerd wordt. In het verslag van het CARA-project Midden-Holland (11) zijn voorbeeldformulieren voor aanvraag en terugrapportage

als bijlage toegevoegd zonder dat die in de tekst verder worden besproken.

Als aanvulling op deze schaarse algemene regels zijn ook voorbeelden verzameld van aanvraag- en terugrapportageformulieren die in de onderzoeksregio gebruikt worden en zijn oriëntatiegesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de deelnemende organisaties.

Op grond van de zo verzamelde informatie, dus uitgaande van de bestaande praktijk, zijn concept-standaarden en -criteria geformuleerd die zijn voorgelegd aan een panel van deskundigen bestaande uit kinderlongartsen, districts- en specifiek verpleegkundigen, sociaal verpleegkundigen en stafartsen uit het kruiswerk, tijdens een consensusconferentie. Hierbij waren ook CARA-deskundigen van buiten de onderzoeksregio betrokken. Tijdens deze conferentie zijn aanvullingen en wijzigingen aangebracht en zijn de resulterende standaarden en criteria geaccepteerd als basis voor het meten van de kwaliteit van de extramurale CARA-zorg voor kinderen, vanuit het uitgangspunt dat dit minimum-criteria zijn, waar een kwalitatief goede extramurale CARA-zorg in ieder geval aan zou moeten voldoen.

De aanvraag voor een CARA-huisbezoek

Voor de kwaliteit van de aanvraag van de arts is de volgende standaard geformuleerd:

De aanvraag voor een CARA-huisbezoek dient voldoende en relevante informatie te verschaffen over de patiënt en dient een concrete vraagstelling te bevatten die richtlijn is voor de verpleegkundige.

De behandelend arts kan zeer uiteenlopende redenen hebben om een CARA-huisbezoek aan te vragen. Het kan zijn om een indruk te krijgen van de woonsituatie, bijvoorbeeld in verband met geconstateerde allergieën; het huisbezoek kan ook bedoeld zijn om de patiënt in de eigen omgeving te leren de medicijnen op de juiste manier in te nemen, en zo zijn er nog tal van andere redenen mogelijk. Het zal duidelijk zijn dat het voor de verpleegkundige belangrijk is om te weten wat de redenen van de arts zijn om dit huisbezoek aan te vragen, zodat zij haar bezoek daarop kan afstemmen. Daarnaast heeft de verpleegkundige ook haar eigen verantwoordelijkheid voor het inventariseren van de hulpvraag en het opstellen van een verpleegplan.

Om een goede beoordeling te kunnen maken van de woonsituatie en om zonodig relevante adviezen en begeleiding te kunnen geven moet de verpleegkundige beschikken over tenminste een bepaalde basiskennis over CARA. Dit houdt bijvoorbeeld in dat ze moet weten wat allergie en hyperreactiviteit is, wat uitlokkende factoren kunnen zijn en welke adviezen ze in dat verband kan geven. Ook moet ze op de hoogte zijn van de gangbare medicatie en de toedieningswijze daarvan. Voor elk CARA-huisbezoek bij een specifieke patiënt heeft de verpleegkundige aanvullende informatie nodig, die ze krijgt via de aanvraag van de arts, onder andere over aangetoonde allergieën en de gevonden sterkte daarvan en of er sprake is van hyperreactiviteit. Daarom moeten op de aanvraag zo mogelijk ook testresultaten

vermeld worden. Zijn die er nog niet dan zou vermeld kunnen worden wanneer ze verwacht worden. Ook de medicatie en dieetvoorschriften dienen op de aanvraag vermeld te staan, zeker als de arts verwacht dat tijdens het huisbezoek aandacht wordt besteed aan het juiste gebruik van hulpmiddelen en aan zaken als therapietrouw en acceptatie van het medicijngebruik. Hetzelfde geldt ten aanzien van afspraken voor het gebruik van een piekstroom (peakflow) meter. Ontvangt de verpleegkundige over al deze zaken geen informatie, dat kan ze ook geen gerichte adviezen en begeleiding geven, maar alleen algemene voorlichting.

Kader 1.

Criteria voor de kwaliteit van de aanvraag door de behandelend arts

Criteria met betrekking tot de *vorm* zijn:

- de aanvraag dient op schrift te zijn gesteld,
- er dient een standaardformulier te zijn gebruikt,
- de aanvraag dient leesbaar te zijn voor twee verschillende beoordelaars.

Criteria met betrekking tot de *inhoud* zijn:

- De volgende gegevens over de patiënt dienen vermeld te zijn:

- persoonsgegevens (naam van het kind en van de ouders)
 - nationaliteit
 - wel/niet Nederlands sprekend
 - adres
 - telefoonnummer
 - geboortedatum kind
 - sinds wanneer in zorg (en waar)
 - wel/niet opgenomen geweest in verband met CARA
 - naam huisarts
 - gezinssamenstelling
- informatie over diagnose en behandeling:
- diagnose
 - allergie en/of hyperreactiviteit
 - testresultaten RAST en huidtest
 - uitslag longfunctie-onderzoek
 - klachten
 - therapie/medicatie
 - dieet
 - gemaakte afspraken voor peakflow-meting (wel/niet, hoe vaak, noteren of niet, normaalwaarde van de patiënt)
 - familie-anamnese in verband met CARA

Verder dienen de volgende gegevens op de aanvraag vermeld te zijn:

- de naam van de aanvrager
- telefoonnummer aanvrager
- tijden waarop aanvrager bereikbaar is
- de datum van de aanvraag
- aan wie moet worden teruggerapporteerd
- of de patiënt/familie op de hoogte is van het inschakelen van de (wijk)verpleging
- de reden voor de aanvraag

De volgende gegevens dienen op de aanvraag vermeld te zijn indien van toepassing:

- welke andere hulpverleners zijn ingeschakeld
- bijkomende problematiek (lichamelijk, psychisch, sociaal) van patiënt of directe omgeving

De vraagstelling/reden voor inschakelen van de (wijk)verpleging dient duidelijk te zijn omschreven.

Dat er persoons- en achtergrondgegevens van de patiënt op de aanvraag vermeld staan, spreekt vanzelf. Daarbij moet bedacht worden dat een kind niet altijd dezelfde naam draagt als de moeder en dat de ouders soms op verschillende adressen wonen. Uit de aanvraag moet duidelijk zijn waar en bij wie een huisbezoek gewenst is.

Uiteraard staan op de aanvraag ook enige gegevens van de aanvrager vermeld, zoals naam, telefoonnummer en tijden waarop hij of zij bereikbaar is voor overleg. Ook moet staan aangegeven waar de terugrapportage heen gestuurd moet worden: alleen naar de aanvragend arts of ook naar de huisarts of een andere behandelaar. Een minder opvallend maar niet minder belangrijk punt is dat de aanvraag leesbaar moet zijn en dat een standaardformulier moet zijn gebruikt. Hiervoor zijn vormcriteria geformuleerd. In kader I is de volledige lijst van criteria weergegeven.

De terugrapportage van de verpleegkundige

Ook voor de kwaliteit van de terugrapportage is allereerst een standaard geformuleerd in algemene termen. Deze luidt:

De terugrapportage van een CARA-huisbezoek dient inzicht te bieden in de thuissituatie van de patiënt, voor zover relevant voor de behandeling en dient antwoord te geven op de in de aanvraag geformuleerde vraagstelling.

Deze standaard bevat twee belangrijke elementen die in de criteria verder uitgewerkt zijn, namelijk het inzicht in de thuissituatie van de patiënt en het antwoord op de vraagstelling van de arts. Uiteraard moet het verslag leesbaar zijn en op een standaard - dat wil zeggen: voor die regio of instelling gebruikelijk - formulier geschreven zijn. Daarvoor zijn, net als bij de aanvraag, enkele vormcriteria geformuleerd.

Bij het opstellen van de inhoudelijke criteria voor de terugrapportage is het uitgangspunt geweest dat in de rapportage een zo volledig mogelijk beeld gegeven wordt van datgene wat tijdens het huisbezoek aan de orde is geweest. Daarom is een indeling gemaakt die parallel loopt aan de indeling voor criteria van het CARA-huisbezoek (3). Dat betekent dat naast persoonsgegevens van de patiënt en gegevens van de verpleegkundige de criteria in drie hoofdgroepen verdeeld zijn. Ten eerste de woonsituatie, met aandacht voor de ligging, de bouwkundige staat en de inrichting van de woning in verband met vocht, stof en andere klachtenuitlokkende factoren. Ten tweede de medicatie, met aandacht voor de voorschriften voor het innemen ervan en de acceptatie ervan. Ten derde de psychosociale en pedagogische aspecten, met aandacht voor het omgaan met de aandoening en de invloed daarvan op de contacten binnen en buiten het gezin. Daarnaast moeten eventuele onvoorziene problemen die de verpleegkundige tijdens het huisbezoek heeft signaleerd in de terugrapportage vermeld worden. Naast een korte beschrijving van de thuissituatie van de patiënt moet in de terugrapportage voor elk van de drie hoofdpunten ook worden aangegeven of en zo ja wat voor adviezen zijn gegeven. Verder dient vermeld te zijn of het huisbezoek is afgerond of dat nog een vervolg gepland is. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de verpleegkun-

Criteria voor de kwaliteit van de terugrapportage door de (wijk)verpleegkundige

De vormcriteria:

- de terugrapportage dient op schrift gesteld te zijn
- er dient een standaardformulier te zijn gebruikt
- de terugrapportage dient leesbaar te zijn voor twee verschillende beoordelaars

Criteria met betrekking tot de inhoud zijn:

Op het rapportageformulier moeten de volgende gegevens vermeld staan:

- persoonsgegevens van de patiënt:
 - naam
 - adres
 - geboortedatum
 - telefoon
- gegevens van de verpleegkundige:
 - naam
 - werkadres
 - telefoon
 - datum huisbezoek
 - bereikbaarheid

De terugrapportage dient een beoordeling van de woonsituatie te geven, waarbij aandacht besteed is aan de volgende punten:

- ligging en indeling van de woning
- vochtigheid in verband met bouwkundige aspecten
- vochtigheid in verband met ventilatie en verwarming
- huisstof en andere prikkels
- de aanwezigheid van huisdieren en ongedierte
- leefgewoonten zoals roken

In de rapportage dient aandacht besteed te zijn aan het medicijngebruik van de patiënt met betrekking tot:

- tijdstip van innemen
- volgorde van innemen
- manier van innemen (inhalatoren)
- gebruik van de peakflow-meter
- houding ten aanzien van medicijngebruik: rationele en emotionele acceptatie

In de rapportage dient aandacht besteed te zijn aan psychosociale en pedagogische aspecten als:

- omgaan met de aandoening: angst, schaamte
- contacten buiten het gezin; familie, school, sport, werk
- het opvolgen van eerder (door anderen) gegeven adviezen/voorschriften/informatie

In de rapportage dient aandacht besteed te zijn aan onvoorziene - problemen, die van invloed zijn op de aandoening of het omgaan ermee.

In de rapportage dient vermeld te zijn welke adviezen zijn gegeven op het gebied van:

- de woonsituatie met betrekking tot:

- vochtbestrijding/ventilatie, verwarming
- tegengaan van stof en andere prikkels
- veranderen inrichting
- veranderen leefgewoonten
- omgaan met huisdieren
- verbouwen
- verhuizen

- het medicijngebruik:

- tijdstip van innemen
- volgorde van innemen
- manier van innemen (inhalatoren)
- gebruik van peakflow-meter

- psychosociale en pedagogische aspecten:

- omgaan met de aandoening
- contacten buiten het gezin
- leefregels

In de rapportage dient vermeld te staan wie een kopie van de terugrapportage ontvangen.

In de terugrapportage dient een duidelijk antwoord gegeven te zijn op de vraagstelling in de aanvraag.

Wanneer de terugrapportage niet volledig is, dan dient duidelijk de reden daarvoor vermeld te zijn.

In de terugrapportage dient duidelijk vermeld te zijn welke onvoorziene - problemen de (wijk)verpleegkundige is tegengekomen.

dige na de inventarisatie eerst overleg wil voeren met de arts of met een andere CARA-deskundige en daarna naar het gezin teruggaat om zonnig gerichte adviezen en verdere begeleiding te geven. Uit de terugrapportage moet dus duidelijk worden in welk stadium de CARA-zorg zich bevindt.

Tot slot is een apart criterium opgenomen over de vraagstelling van de arts. Dit is in eerste instantie bedoeld als een geheugensteun, een soort controle achteraf, zowel bij het schrijven van de rapportage als bij het beoordelen ervan, waarbij nog eens teruggekeken wordt naar de aanvraag en de specifieke vraagstelling daarin om na te gaan of die vraagstelling voldoende beantwoord is. In kader II is de lijst van criteria voor de terugrapportage weergegeven.

Toepasbaarheid

Deze criteria zijn ontwikkeld als onderdeel van een onderzoek, met het doel een uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van de CARA-zorg in één regio en voor één categorie patiënten, namelijk kinderen die op de polikliniek van één ziekenhuis worden behandeld. Toch is er bij het

formuleren van deze criteria gestreefd naar landelijke geldigheid, onder andere door ze te bespreken in een consensusconferentie waar ook deskundigen van buiten de onderzoeksregio bij betrokken waren.

Met het opstellen van deze criteria hopen we daarom niet alleen een geschikt meetinstrument te hebben voor het beoordelen van de kwaliteit van aanvragen en terugrapportages in de onderzoeksregio, maar hiermee hopen we ook een bijdrage te leveren aan de discussie over het verbeteren van de communicatie tussen tweede en eerste lijn en daarmee het verbeteren van de extramurale CARA-zorg als geheel.

Het gebruik van criteria voor het beoordelen van de kwaliteit van de communicatie kan bijdragen aan het vergroten van de wederzijdse kennis over elkaars taken, werkwijzen en verantwoordelijkheden, omdat de criteria zichtbaar maken welke eisen aan dat onderdeel van zorg worden gesteld. Om dezelfde reden kan het ook van nut zijn in opleiding, bijscholing en individuele ondersteuning van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden door staf- en districtsverpleegkundigen. Daarnaast kunnen criteria fungeren als handleiding en checklist bij zo-

wel de voorbereiding als de uitvoering van een rapportage over een CARA-huisbezoek, omdat op overzichtelijke wijze in de criteria voor de kwaliteit van de aanvraag is aangegeven welke achtergrondgegevens van de arts verlangd worden en evenzo in de criteria voor de terugrapportage is aangegeven welke aspecten in de rapportage en dus in het CARA-huisbezoek aan de orde moeten komen.

Dat betekent niet dat een lijst van criteria als zodanig geschikt is voor gebruik als aanvraag- of terugrapportageformulier, maar wel dat op basis daarvan formulieren ontworpen kunnen worden die niet alleen zo volledig mogelijk zijn ten aanzien van de criteria, maar die ook overzichtelijk en praktisch bruikbaar zijn. ■

Noot

1. Dit onderzoek wordt gesubsidieerd door:
Nederlands Astmafonds
Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM)
Service Bureau Kruiswerk Noord-Holland
Stichting Amsterdams Kruiswerk (SAK)
Emma Kinderziekenhuis/Kinder-AMC.

Literatuur

1. Mólken, M.P.M.H. van, E.K.A. van Doorslaer en F.F.H. Rutten. *CARA in cijfers*, IMTA, Maastricht, maart 1989.
2. Landelijke Werkgroep Bevordering Extramurale CARA-zorg. *Voortgangsrapport 1987*. Nederlands Astma Fonds, Nationale Kruisvereniging, 1988.
3. Wiegiers, T.A. en A. Kerkstra. De kwaliteit van het CARA-huisbezoek. *tvz* 3, februari 1991, p. 82 - 87.
4. Dopheide, J.P. Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. In: Sluijs, E.M., Dopheide J.P., Zee, J. van der (red.). *Overzichtstudie onderzoek eerste lijn*. NIVEL, Utrecht, 1985.
5. Casparie, A.F. Kwaliteit in de gezondheidszorg. *Medisch Contact*, nr. 14, 7 april 1989, 44, p. 477 - 482.
6. Nederlands Astmafonds en Nationale Kruisvereniging. *Informatie over CARA*, bestemd voor de wijkverpleging. Acco, Amersfoort/Leuven, 1986.
7. Donabedian, A. Promoting Quality through Evaluating the Proces of Patient Care. *Medical Care*, May-June 1968, vol. VI, no. 3, p. 181 - 202.
8. 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.
9. AbvaKabo, BVV/CFO. Het Beterschap: *Nota Kwaliteitsbewaking in de Verpleging*. Okt. 1986.
10. Project CARA-zorg Noordelijk deel Zuid-Holland: CARA-zorg. *Rapportage aan de begeleidingscommissie, 1986; verslag en aanbevelingen, 1985*. Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland 1986.
11. Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland. *De zorg aan patiënten met CARA vanuit het Kruiswerk in Zuid-Holland*, 1989.

nieuw

Catalogus Verpleging & Verzorging 1992

Voor uw gemak hebben we al onze uitgaven op uw vakgebied in deze catalogus overzichtelijk bijeengebracht. Alle titels zijn voorzien van een beknopte schets van de inhoud, een doelgroepomschrijving en een niveau-aanduiding. Uiteraard hebben alle recent verschenen boeken in deze catalogus een plaats gekregen.

Een naslagwerk om onderhandbereik te hebben.

Vraag met onderstaande bon (of een kopie) een gratis exemplaar.
Of bel 05730-53651.

B E S T E L B O N

- Zend mij de Catalogus Verpleging & Verzorging 1992.

Naam :

T.a.v. :

Adres :

Postcode/plaats :

Datum : Handtekening:

Deze bon in een ongefrankeerde envelop zenden aan:
Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom b.v., Antwoonr. 18, 7240 VB Lochem.

Uitgeversmaatschappij
de tijdstroom

POSTBUS 14, 7240 BA LOCHEM TEL. 05730-53651