

# De kwaliteit van het intakegesprek in de wijkverpleging

door A. Kerkstra en F. Beemster

*Het voeren van intakegesprekken is een belangrijke coördinerende taak van wijkverpleegkundigen.*

*Een intakegesprek wordt gehouden naar aanleiding van een hulpvraag die een patiënt of bijvoorbeeld een familielid of de huisarts heeft ingediend bij de kruisvereniging. Het gesprek vindt plaats bij de patiënt thuis en dient om de hulpbehoefte aan verpleegkundige zorg vast te stellen door middel van het afnemen van de verpleegkundige anamnese, waarin bijvoorbeeld wordt gevraagd naar de medische voorgeschiedenis en diagnose, medicijngebruik en de mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg. Op grond hiervan wordt in overleg met de patiënt een verpleegplan opgesteld, hetgeen inhoudt dat er een hulpbehoefte wordt geformuleerd en bepaald wordt wat het doel van de wijkverpleegkundige zorg is, welke hulp zal worden gegeven en wat eventueel het aandeel van mantelzorg en zelfzorg zal zijn. Tevens wordt een evaluatiedatum vastgesteld, waarbij wordt gekeken naar het al dan niet volgens het verpleegplan verlopen van de zorg, en wordt beslist of de verleende zorg al dan niet bijgesteld dient te worden.*

In het kader van het integratieproces tussen Kruiswerk en Gezinsverzorging wordt door sommigen voorgesteld om het intakegesprek of de indicatiestelling niet meer door de wijkverpleegkundigen te laten uitvoeren, maar door een aparte in-taker.<sup>1,2</sup> Bijvoorbeeld in de nota 'Registratie Indicatie Thuiszorg'<sup>2</sup> die een concrete uitwerking geeft van een geïntegreerde indicatiestelling van Kruiswerk en Gezinsverzorging, wordt er voor gepleit dat de indicatiestelling door een onafhankelijke persoon wordt verricht en dat een verpleegkundige achtergrond slechts onmisbaar is bij de beoordeling van hulpvragen waarbij verpleegtechnische taken in het geding zijn. Met andere woorden deze voorstellen kunnen ertoe leiden dat deze coördinerende taak uit het takenpakket van de wijkverpleegkundige gaat verdwijnen.

Gezien deze discussie lijkt het zeer relevant om na te gaan hoe het met de kwaliteit van de intakegesprekken van wijkverpleegkundigen gesteld is. Het doel van dit onderzoek is de gegevens die binnen het landelijk onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden in Nederland'<sup>3</sup> door het NIVEL over intakegesprekken zijn verzameld te toetsen aan de kwaliteitsstandaarden die voor de wijkverpleging zijn ontwikkeld.<sup>4</sup>

---

Mw. dr. A. Kerkstra is projectleider extramurale verpleging bij het NIVEL.

Drs. F. Beemster is assistent-onderzoeker bij het NIVEL.

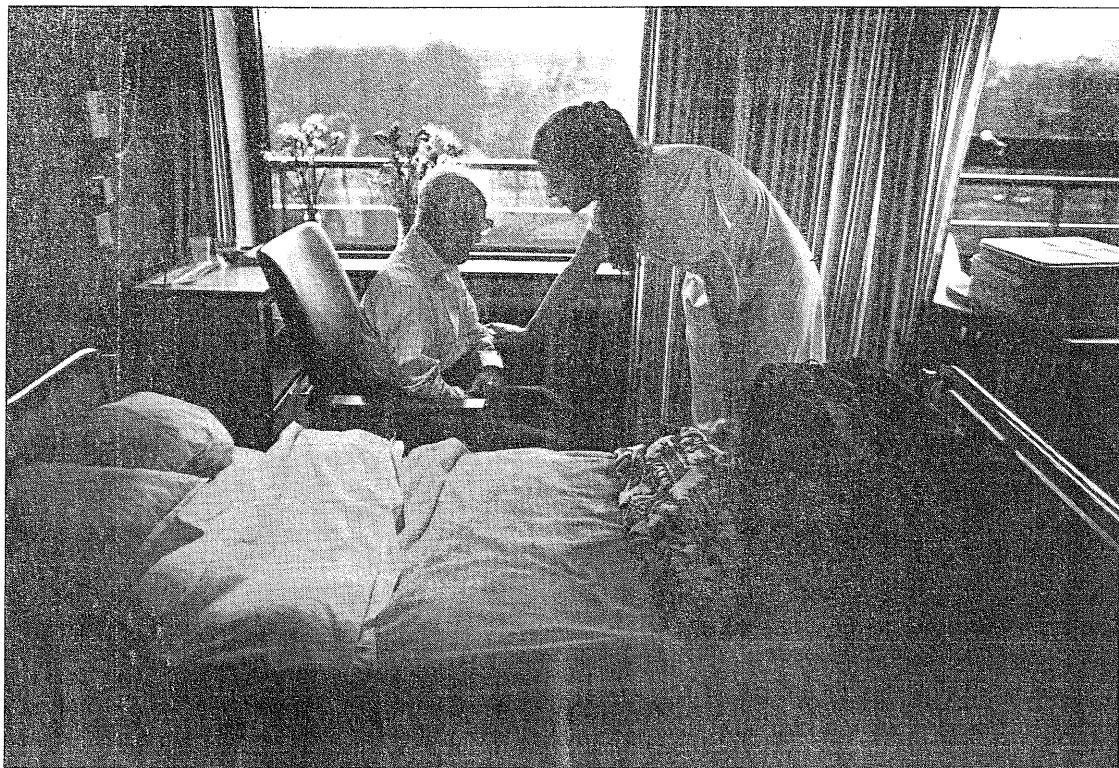
## Het meten van kwaliteit

Kwaliteit is een voor verschillende uitleg vatbaar begrip, met veel verschillende aspecten. Ook in de gezondheidszorg is kwaliteit in de loop der jaren verschillend gebruikt. Aanvankelijk stond in de literatuur over kwaliteit van zorg, de definitie van kwaliteit als maximaal gebruik van medische mogelijkheden centraal.<sup>5</sup> Deze definiëring is inmiddels achterhaald. Een nu veel gebruikte, algemene omschrijving van het begrip kwaliteit is 'de marge tussen wenselijkheid en werkelijkheid'. Hoe kleiner deze marge, hoe hoger de kwaliteit.<sup>6,7,8</sup>

Het veelomvattende verschijnsel kwaliteit van zorg werd door Donabedian<sup>9</sup> samengevat in een model dat drie hoofdaspecten van kwaliteit van zorg onderscheidt: structuur-, proces-, en resultaataspecten. Deze indeling wordt door vele onderzoekers gevolgd. Onder structuuraspecten vallen onder andere het opleidingsniveau van de hulpverleners, de wijze van personeelsinzet, de organisatiestructuur en het budget. Met de procesaspecten wordt de uitvoering van de zorgverlening bedoeld, zoals de bejegening van patiënten en de aard van de handelingen die worden uitgevoerd. Onder de resultaataspecten vallen de gezondheid, het welzijn en de tevredenheid van de patiënten, maar ook het welzijn en de tevredenheid van de hulpverleners.

Kwaliteit van zorg, de marge tussen de wenselijkheid en de werkelijkheid van de zorgverlening, is te meten door na te gaan in hoeverre aan vooraf opgestelde criteria wordt voldaan. Deze criteria zijn een uitwerking van de consensus over de wenselijkheid van bepaald handelen, een standaard van handelen. Deze standaard refereert aan de waarden die op dat moment bestaan ten aanzien van de (verpleegkundige) zorgverlening. Hieruit volgt dat kwaliteit alleen meetbaar is als de wenselijkheid van handelen geëxpliciteerd is, dat wil zeggen, als standaarden geformuleerd zijn. Voor de wijkverpleging zijn inmiddels standaarden ontwikkeld<sup>4</sup>, die voldoende concreet zijn om er meetbare criteria uit af te leiden.

Deze kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging zijn tot stand gekomen met behulp van de zogenoemde Delphi-methode en onder de verantwoording van een panel van deskundigen die op verschillende wijze functioneel betrokken zijn bij wijkverpleegkundige zorg (uitvoerend, leidinggevend, beleidsmatig, adviserend, opleidend en belangbehartigend). Deze standaarden hebben vooral betrekking op het proces van de wijkverpleegkundige zorgverlening.<sup>4</sup>



Een A-verpleegkundige in gesprek met een patiënt die naar huis gaat.

Foto: Ton Borsboom

Binnen het terrein 'zorg voor zieken en gehandicapten' zijn door Appelman e.a.<sup>4</sup> standaarden opgesteld voor de signalering en analyse van de zorgsituatie tijdens het intakegesprek. Aan de hand van de gegevens die in het NIVEL-onderzoek beschikbaar zijn, zijn op grond van deze standaarden criteria opgesteld aan de hand waarvan wordt gemeten in hoeverre de intakegesprekken aan de geformuleerde criteria voor *procesaspecten* voldoen. Daarnaast wordt in dit onderzoek aandacht geschonken aan een *structuuraspect* van het intakegesprek, namelijk dat het houden van intakegesprekken volgens het Verpleegkundig Beroepsprofiel voorbehouden is aan verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau.<sup>10</sup> Ten slotte blijven *uitkomstaspecten* van het intakegesprek hier buiten beschouwing omdat hierover geen gegevens beschikbaar zijn in het NIVEL-onderzoek.

### Methode

Het onderzoek betreft een zogenoemde secundaire analyse, een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van reeds verzamelde gegevens naar de kwaliteit van het intakegesprek door wijkverplegenden. De analyse is uitgevoerd op materiaal dat door het NIVEL verzameld is binnen het onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden in Nederland'.<sup>3</sup>

De representatieve steekproef uit dit onderzoek bestaat uit 108 wijkverpleegkundigen, 49 wijkzorgenverzorgenden en 29 wijkverpleegkundigen die avond- en/of weekenddiensten verzorgen, afkomstig uit 47 basiseenheden verspreid over Nederland. Omdat de intakegesprekken alleen overdag worden gehouden, zijn in dit onderzoek alleen de 108 wijkverpleegkundigen en 49 wijkzorgenverzorgenden betrokken.

Gedurende acht weken hebben de wijkverpleeg-

kundigen en wijkzorgenverzorgenden de handelingen die zij verrichten tijdens het intakegesprek op een formulier geregistreerd. Deze registratie geeft weer welke onderwerpen met betrekking tot de anamnese, het opstellen van het verpleegplan, het geven van voorlichting en andere zaken, tijdens het intakegesprek aan de orde kwamen. In totaal werden gedurende de registratieperiode bij 433 patiënten intakegesprekken gehouden.

### STANDAARDEN EN CRITERIA VOOR HET INTAKEGESPREK

De kwaliteit van het intakegesprek is als volgt gemeten:

#### Structuuraspecten

Ten aanzien van de structuuraspecten van kwaliteit van het intakegesprek baseren we ons op het Verpleegkundig Beroepsprofiel.<sup>10</sup> Hierin wordt één aspect expliciet genoemd:

#### Standaard

Het houden van intakegesprekken is voorbehouden aan functionarissen van het eerste deskundigheidsniveau.

#### Criterium

Het intakegesprek wordt gehouden door een verpleegkundige met een HBO-V- of MGZ-opleiding.

#### Procesaspecten

Zoals eerder vermeld, wordt voor de kwaliteit van het verpleegkundig handelen tijdens het intakegesprek uitgegaan van de standaarden die door Appelman e.a.<sup>4</sup> zijn opgesteld voor de signalering en analyse van de zorgsituatie tijdens het intakege-

sprek binnen het zorgterrein 'zorg voor zieken en gehandicapten'. Aan de hand van de gegevens die in het NIVEL-onderzoek beschikbaar zijn, zijn per standaard één of meerdere criteria geformuleerd.

#### 1. Tijdstip van het intakegesprek

##### Standaard

Het intakegesprek moet binnen 24 uur na binnenkomst van de hulpvraag plaatsvinden. Hiervoor zijn geen criteria geformuleerd omdat hierover geen gegevens beschikbaar zijn in het NIVEL-onderzoek.

#### 2. Aandacht voor vragen van de patiënt en diens verwachtingen van de wijkverpleging

##### Standaard

Er moet aandacht zijn voor vragen omtrent klachten en problemen, en voor de verwachting ten aanzien van de wijkverpleegkundige zorg, die bij de patiënt en familie leven.

##### Criterium

De wijkverpleegkundige bespreekt tijdens het intakegesprek met de patiënt en/of de familie hun verwachtingen ten aanzien van de wijkverpleegkundige zorg.

#### AFNEMEN VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ANAMNESE

#### 3. Algemene gegevens over de patiënt

##### Standaard

Na het eerste huisbezoek is de wijkverpleegkundige op de hoogte van algemene gegevens over de patiënt.

##### Criteria

Na het eerste huisbezoek is de wijkverpleegkundige op de hoogte van:

- personalia:
  - naam van de patiënt
  - geslacht
  - land van herkomst
- samenlevingsverband (alleenstaand, of samenwonend met partner, ouders, kinderen, etc.).
- contacten van de patiënt met andere hulpverleners (bijvoorbeeld huisarts, fysiotherapeut, gezinszorg, maatschappelijk werk).

#### 4. Gegevens omtrent de zorgsituatie/gezondheid van de patiënt

##### Standaard

Tijdens het intakegesprek verzamelt de wijkverpleegkundige gegevens omtrent de zorgsituatie c.q. gezondheid van de patiënt.

##### Criteria

Tijdens het intakegesprek verzamelt de wijkverpleegkundige gegevens over:

- lichamelijke omstandigheden
  - medische voorgeschiedenis en diagnose
  - lichamelijke klachten of afwijkingen
  - medicijngebruik

- dieet
- (mogelijkheden van) zelfzorg
- psychosociale omstandigheden
  - psychische gesteldheid
  - verwachtingen en kennis over de ziekte
  - (mogelijkheden van) mantelzorg
- woonomstandigheden

#### OPSTELLEN VAN HET VERPLEEGPLAN

#### 5. De hulpbehoefte formuleren

##### Standaard

Tijdens het intakegesprek formuleert de wijkverpleegkundige samen met de patiënt de hulpbehoefte: de wijkverpleegkundige vat samen wat er in het gesprek aan de orde is geweest over de aard, oorzaken en gevolgen van de klachten of problemen, en concludeert hieruit wat de hulpbehoefte is. De wijkverpleegkundige gaat bij de patiënt na of de samenvatting en conclusie juist zijn.

##### Criterium

De wijkverpleegkundige formuleert tijdens het intakegesprek samen met de patiënt de verpleegkundige diagnose, dat wil zeggen het zorgprobleem van de patiënt en de aard, oorzaak en gevolgen daarvan worden met elkaar in verband gebracht, met als doel de hulpbehoefte aan verpleegkundige zorg vast te stellen.

#### 6. Voorlichting en advies over de mogelijkheden en de verwachte duur van de zorg door de wijkverpleging

##### Standaard

Na het eerste huisbezoek is de patiënt geïnformeerd over de gang van zaken bij, en het zorgaanbod van de kruisvereniging. Naar aanleiding van de geformuleerde hulpbehoefte geeft de wijkverpleegkundige voorlichting en advies over welke zorg zij of hij kan bieden en met welk doel, en bespreekt dit met de patiënt om tot overeenstemming te komen omtrent doel en te verlenen zorg.

##### Criteria

Tijdens het intakegesprek bespreekt de wijkverpleegkundige met de patiënt:

- de gang van zaken en het zorgaanbod van de kruisvereniging in het algemeen
- het doel van de te verlenen wijkverpleegkundige zorg
- de planning van de wijkverpleegkundige zorg dat wil zeggen hoe de zorgverlening daadwerkelijk zal verlopen (bijvoorbeeld aard van de zorgverlening, frequentie, tijdstip)
- welk aandeel van de zorg door de patiënt zelf zal worden gedaan (zelfzorg)
- welk aandeel van de zorg door de mantelzorg zal worden gedaan
- het vaststellen van een evaluatiedatum.

Aan de hand van deze criteria zal worden nagegaan hoe de kwaliteit is van de verschillende aspecten van het intakegesprek.

## Resultaten

### STRUCTUUR: DE INZET VAN HET EERSTE DESKUNDIGHEIDSNIVEAU

Zoals uit de geformuleerde standaard blijkt, is het houden van intakegesprekken voorbehouden aan het eerste deskundigheidsniveau. Echter, van de 433 intakegesprekken werden 52 (12%) gesprekken door wijkzakenverzorgenden gedaan. Toch is voor de wijkzakenverzorgenden het afnemen van een intake geen vanzelfsprekend onderdeel van de zorgverlening. Nemen vrijwel alle wijkverpleegkundigen intakes af (98 van de 108), bij de wijkzakenverzorgenden is dit minder dan de helft (21 van de 49). Dit bepaalt voor een deel het verschil in het aantal intakegesprekken dat door wijkzakenverzorgenden en wijkverpleegkundigen gemiddeld werd gehouden, respectievelijk 1,0 en 3,5 gedurende acht weken. Worden de functionarissen die geen intakes hebben gedaan (in de onderzochte periode) buiten beschouwing gelaten, dan ligt het gemiddeld aantal intakegesprekken dat een wijkzakenverzorgende heeft gehouden ook lager dan dat van een wijkverpleegkundige (respectievelijk 2,5 en 3,8), waarbij wijkzakenverzorgenden beduidend vaker maar één- of tweemaal een intake deden in de onderzochte periode (8 weken) en nauwelijks meer dan vijfmaal. Gesteld kan dan ook worden dat de inzet van wijkzakenverzorgenden bij de intake minder structureel is dan van wijkverpleegkundigen, en dat in 88% van de gevoerde intakegesprekken aan het geformuleerde structuurcriterium wordt voldaan.

Verder zou het mogelijk kunnen zijn dat bij de inzet van verplegenden bij de intake de mate van werkervaring in de wijkverpleging een rol speelt, in die zin dat verplegenden met meer ervaring meer intakegesprekken houden. Dit blijkt niet het geval te zijn. De inzet van wijkverpleegkundigen blijft over de verschillende categorieën werkervaring (minder dan 1 jaar, 1 en 2 jaar, 3 tot 5 jaar, 5 tot 10 jaar en meer dan 10 jaar werkzaam in de wijkverpleging) rond een gemiddelde van 3,5 intakegesprekken per wijkverpleegkundige in acht weken, en dat van de wijkzakenverzorgenden rond een gemiddelde van 1,0.

### PROCES: DE INHOUD VAN HET INTAKEGESPREK

In deze paragraaf wordt beschreven in welke mate aan de geformuleerde procescriteria wordt voldaan in de gehouden intakegesprekken. Dit wordt steeds afzonderlijk weergegeven voor het totaal aantal gehouden intakegesprekken, de intakegesprekken die door wijkverpleegkundigen en die door wijkzakenverzorgenden zijn gedaan. Te-

vens wordt per criterium nagegaan of er een duidelijk verschil is tussen de intakegesprekken van wijkverpleegkundigen en die van wijkzakenverzorgenden.

### Aandacht voor vragen van de patiënt en diens verwachtingen van de wijkverpleging

Aan dit criterium wordt voldaan als de wijkverpleegkundige of de patiënt (of diens familie) de verwachting van de wijkverpleegkundige zorg van de patiënt ter sprake heeft gebracht. In 88% van de intakegesprekken wordt hieraan voldaan. Wijkverpleegkundigen bespreken vaker wat de patiënt verwacht van de wijkverpleging, dan wijkzakenverzorgenden (resp. 89% en 79%).

### AFNEMEN VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ANAMNESE

#### Algemene gegevens van de patiënt

Aan dit criterium is voldaan indien na afloop van het intakegesprek de naam, het geslacht, het samenlevingsverband, het land van herkomst van de patiënt, en contacten van de patiënt met andere hulpverleners bij de wijkverpleegkundige bekend zijn. Aan dit criterium is in alle gevallen voldaan, uitgezonderd het op de hoogte zijn van contacten met andere hulpverleners. Aan dit laatste criterium wordt in 57% van het aantal intakegesprekken voldaan. Hieruit valt af te leiden dat de coördinatie van zorg te wensen over laat. Immers, bijna de helft van de functionarissen is na afloop van het intakegesprek niet op de hoogte van de contacten die de patiënt met andere hulpverleners heeft. Dit geldt zowel voor wijkverpleegkundigen als voor wijkzakenverzorgenden.

#### Gegevens omtrent de zorgsituatie c.q. de gezondheid van de patiënt

##### Lichamelijke omstandigheden

Onder medische voorgeschiedenis en diagnose vallen zaken als de ziekte waarvan sprake is, wanneer de patiënt ziek geworden is, of deze in een ziekenhuis opgenomen is geweest en dergelijke. De lichamelijke gesteldheid bevat zowel de lichamelijke toestand van de patiënt als diens beleving daarvan. Voor het criterium medicijngebruik geldt dat eraan is voldaan als de wijkverpleegkundige heeft geïnformeerd of en welke medicijnen de patiënt gebruikt.

Ditselfde geldt voor het criterium dieet. Aan het criterium mogelijkheid van zelfzorg is voldaan als de wijkverpleegkundige besproken heeft welke mate van zelfzorg de patiënt aankan en in hoeverre zij of hij mobiel is.

De lichamelijke toestand van de patiënt komt vrijwel altijd ter sprake tijdens het intakegesprek.

criterium	%	%	%	chi	p
	totaal (N=433)	wv (N=381)	wzv (N=52)		
medische voorgeschiedenis en diagnose	86.4	86.4	86.5	.001	.97
lichamelijke gesteldheid	96.8	96.6	98.1	.3	.57
medicijngebruik	81.1	79.5	92.3	4.9	.03
dieet	50.3	48.0	67.3	6.8	.01
(mogelijkheid van) zelfzorg	85.9	85.0	92.3	2.0	.16

Tabel 1. Overzicht van de mate waarin tijdens het intakegesprek gegevens over de lichamelijke omstandigheden van de patiënt worden verzameld.

Tabel 2. Overzicht van de mate waarin tijdens het intakegesprek gegevens worden verzameld over de psychosociale omstandigheden van de patiënt.

criterium	% totaal (N=433)	% wv (N=381)	% wzv (N=52)	chi kwadraat	p
psychische gesteldheid	74.6	74.0	78.8	.6	.45
verwachtingen en kennis over de ziekte	57.0	56.2	63.5	1.0	.32
(mogelijkheid van) mantelzorg	83.8	83.5	86.5	.3	.57

Naar de gesteldheid van de patiënt wordt praktisch altijd gevraagd, en ook diens medische voorgeschiedenis of medische diagnose komt zeer vaak ter sprake. De mogelijkheden van zelfzorg en het medicijngebruik van de patiënt komen zeer vaak ter sprake, maar dit laatste wel vaker wanneer de intake door wijkzakenverzorgenden wordt gedaan, dan wanneer deze wordt gedaan door wijkverpleegkundigen. Opvallend is dat aan het criterium dieet in ongeveer de helft van de gevallen niet wordt voldaan. Het informeren of de patiënt zich aan een dieet moet houden is bij de verpleegkundige anamnese het criterium waaraan het minst wordt voldaan. Misschien wordt het niet altijd van belang gevonden om naar een dieet te vragen, of trekt de verpleegkundige de conclusie dat het niet van toepassing is bij de zorgverlening aan de patiënt. Wijkzakenverzorgenden bespreken het dieet overigens (significant) vaker dan wijkverpleegkundigen.

#### Psychosociale omstandigheden

Aan het criterium psychische gesteldheid wordt voldaan als dit besproken is met de patiënt, maar ook als de wijkverpleegkundige zelf hierover iets geobserveerd heeft dat voor de zorgbehoefte van belang kan zijn. Aan kennis en verwachtingen ten aanzien van de ziekte wordt voldaan indien de wijkverpleegkundige hierover met de patiënt of diens familie heeft gesproken. Voor mogelijkheid van mantelzorg geldt dat de wijkverpleegkundige hiernaar moet hebben geïnformeerd.

Het bespreken van de psychische gesteldheid van de patiënt komt in veel gevallen voor maar niet in alle. Het is echter mogelijk dat de geobserveerde psychische gesteldheid niet altijd aanleiding geeft hierover met de patiënt te spreken, noch enige bijzonderheden op te merken. Naar de mogelijkheid van mantelzorg wordt in ruim 80% van de intakegesprekken geïnformeerd.

Opvallend is dat de verwachting en kennis over de ziekte maar in ruim de helft van het aantal gesprekken besproken wordt, terwijl de lichamelijke gesteldheid op zich vrijwel altijd ter sprake komt. Het percentage kan niet verklaard worden uit het

ontbreken van een eventuele ziekte of aandoening; 93% van de patiënten heeft een medische diagnose.

#### Woonsituatie

De woonsituatie kan door de wijkverpleegkundige expliciet besproken zijn met de patiënt in verband met diens ziekte of aandoening. Ook kan hier sprake zijn van waarnemen door de wijkverpleegkundige dat de woonsituatie niet overeenstemt met de behoefte van de patiënt.

Aan dit criterium voldoet maar een deel van de intakegesprekken (57%). Dit geldt zowel voor de intakegesprekken van wijkverpleegkundigen als voor die van wijkzakenverzorgenden. Een geringe score hier zou echter verband kunnen houden met het ontbreken van de aanleiding om naar de woonsituatie te informeren. Deze situatie kan voldoen aan de behoefte van de patiënt, of de toestand van de patiënt geeft geen aanleiding tot problemen met de woonsituatie.

#### OPSTELLEN VAN HET VERPLEEGPLAN

##### Hulpbehoefte formuleren

De verpleegkundige diagnose brengt het zorgprobleem van de cliënt en de aard en oorzaak daarvan met elkaar in verband, met als doel de hulpbehoefte aan verpleegkundige zorg vast te stellen.

Aan dit criterium wordt in bijna 75% van alle intakegesprekken voldaan. Wijkverpleegkundigen formuleren iets vaker een verpleegkundige diagnose tijdens het intakegesprek (ruim 75% van de intakes) dan wijkzakenverzorgenden (67%).

#### VOORLICHTING EN ADVIES OVER DE MOGELIJKHEDEN EN DE VERWACHTE DUUR VAN DE ZORG DOOR DE WIJKVERPLEGING

Dit criterium is, evenals een aantal voorgaande, samengesteld uit verschillende aspecten. Aan voorlichting over kruiswerk wordt voldaan als de wijkverpleegkundige de patiënt geïnformeerd heeft over de gang van zaken bij het kruiswerk in het algemeen. Bij het doel van de wijkverpleegkundige zorg kan de wijkverpleegkundige uitleggen wat bij deze patiënt, in deze specifieke si-

Tabel 3. Overzicht van de mate waarin tijdens het intakegesprek voorlichting en advies worden gegeven over de wijkverpleegkundige zorg in het kader van het opstellen van het verpleegplan.

criterium	% totaal (N=433)	% wv (N=381)	% wzv (N=52)	chi kwadraat	p
voorlichting over kruiswerk	59.4	60.1	53.8	.7	.39
doel wijkverpleegkundige zorg	68.8	69.8	61.5	1.5	.23
plan wijkverpleegkundige zorg	68.1	68.8	63.5	.6	.44
aandeel zelfzorg	66.7	64.6	82.7	6.8	.01
aandeel mantelzorg	63.3	62.2	71.2	1.6	.21
evaluatie datum	30.0	28.3	42.3	4.2	.04

percentiel aantal criteria	percentage per score-categorie afname anamnese	percentage per score-categorie opstellen verpleegplan
	(17 criteria)	(7 criteria)
0 - 20	.9	15.2
20 - 40	.7 (12.5)	5.5 (44.1)
40 - 60	10.9	23.3
60 - 80	38.8	19.4
80 - 100	48.7 (87.5)	36.5 (55.9)

Tabel 4. Aantal intakegesprekken dat op genoemd onderdeel (resp. afnemen verpleegkundige anamnese en opstellen verpleegplan) aan een zeker percentage criteria voldoet (N=433).

tuatie, het doel van de zorg is. Bij de planning van wijkverpleegkundige zorg komt ter sprake hoe dit doel daadwerkelijk zal worden uitgevoerd. Ook kan daarbij, samen met de patiënt, vastgesteld worden wat diens aandeel aan zelfzorg kan zijn, en wat het aandeel van de mantelzorg kan zijn. Ten slotte kan de wijkverpleegkundige een evaluatiedatum vaststellen in verband met het al dan niet volgens het verpleegplan verlopen van de zorg.

Met het laatstgenoemde criterium komen we bij een van de zwakkere punten van het intakegesprek. Aan het criterium 'vaststellen van een evaluatiedatum' wordt slechts in 30% van het aantal intakegesprekken voldaan. Over het geheel genomen wordt aan de standaard 'voorlichting en advies over de mogelijkheden en de verwachte duur van de zorg door de wijkverpleging' in relatief geringe mate voldaan.

#### OVERALL-MATEN VAN DE KWALITEIT VAN DE INHOUD VAN HET INTAKEGESPREK

Hierboven is een gedetailleerde beschrijving gegeven van het intakegesprek en de kwaliteit van de diverse aspecten, afgemeten aan de geformuleerde criteria. Daarnaast is een doel van het onderzoek om te komen tot twee overall-maten voor de twee meest omvattende aspecten van het intakegesprek: het afnemen van de verpleegkundige anamnese en het opstellen van het verpleegplan. Deze overall-maten zijn als volgt tot stand gekomen. Per intakegesprek is per aspect geteld aan hoeveel criteria werd voldaan. Dit aantal werd gepercenteerd op het totaal aantal criteria van het betreffende aspect. Na een indeling in percentielen is geteld hoeveel intakegesprekken een score haalden, behorend bij dit percentiel.

Het aspect 'afnemen van de verpleegkundige anamnese' bijvoorbeeld, telt totaal zeventien criteria waaraan zou moeten worden voldaan tijdens het intakegesprek. Als een wijkverpleegkundige bij het afnemen van de verpleegkundige anamnese aan elk van de gestelde criteria voldoet, haalt deze een score van 100%. Als een verpleegkundige aan tien criteria voldoet en aan zeven niet, haalt deze een score van 60%. In plaats van te kijken naar het exacte percentage, kan gekeken worden naar het gebied waarbinnen dit percentage valt; 0-20%, 20-40%, et cetera. Alle intakegesprekken, waarvan het afnemen van de verpleegkundige anamnese een score binnen één gebied heeft, kunnen nu worden opgeteld en gepercenteerd op het totaal aantal intakegesprekken. Dit is afgebeeld in tabel 4.

Als we een score van 60% of hoger, voldaan aan de gestelde criteria, als voldoende en 80% of hoger, als ruim voldoende bestempelen, kan het afnemen

van de verpleegkundige anamnese in bijna 90% van het totaal aantal intakegesprekken van voldoende kwaliteit genoemd worden, en in bijna de helft van het totaal aantal intakegesprekken zelfs ruim voldoende. Het opstellen van het verpleegplan is daarentegen van minder kwaliteit.

Bij beide aspecten van het intakegesprek verschillen wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden niet significant van elkaar (afnemen verpleegkundige anamnese, chi-kwadraat=4.5 p=.35; opstellen verpleegplan, chi-kwadraat=10.5 p=.16).

#### Conclusie

In dit artikel werd het houden van intakegesprekken, zoals dat in de dagelijkse praktijk van de wijkverpleging gebeurt, getoetst aan de standaarden die geformuleerd zijn voor de kwaliteit van het intakegesprek. Met betrekking tot het onderzochte structuuraspect kan geconcludeerd worden dat het houden van intakegesprekken een coördinerende taak is die in de praktijk voornamelijk door verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau wordt uitgevoerd.

Wat de procesaspecten, de kwaliteit van het verpleegkundig handelen tijdens het intakegesprek betreft, kunnen de volgende conclusies worden getrokken. Uit de resultaten blijkt dat de wijkverplegenden in 88% van de intakegesprekken aandacht besteden aan de verwachtingen die de patiënt heeft omtrent de wijkverpleegkundige zorg. Wijkverpleegkundigen doen dit vaker dan wijkzakenverzorgenden. Hieruit komt naar voren dat in de bejegening van patiënten de wijkverplegenden open staan voor inbreng van de patiënten en tevens er voor zorgen dat misverstanden worden voorkomen. Verder is de kwaliteit van het afnemen van de verpleegkundige anamnese in haar totaliteit goed te noemen. De belangrijkste onderdelen van de verpleegkundige anamnese komen in de meeste intakegesprekken systematisch aan de orde. Echter één belangrijk onderdeel van de verpleegkundige anamnese laat te wensen over: bijna de helft van de wijkverplegenden is na afloop van het intakegesprek niet op de hoogte van de eventuele contacten die de patiënt met andere hulpverleners heeft. Dit betekent dat in die gevallen de wijkverpleegkundige zorgverlening niet afgestemd kan worden op de hulp die de patiënt van eventuele andere hulpverleners (bijvoorbeeld gezinsverzorging of fysiotherapie) ontvangt. De kwaliteit van het laatste onderdeel van het intakegesprek, namelijk de activiteiten in het kader van het opstellen van het verpleegplan, is in zijn geheel redelijk te noemen; gemiddeld wordt er minder aan de gestelde criteria voldaan dan bij het afnemen van de verpleegkundige anamnese. Een uitgesproken zwak punt is dat slechts in 30% van de intakegesprekken een evaluatiedatum wordt afgesproken. Dit wijst erop dat de planning van de te verlenen zorg veelal impliciet en niet systematisch gebeurt.

Ten slotte komt uit de resultaten naar voren dat de 12% van de intakegesprekken die door wijkzakenverzorgenden zijn gedaan, gemiddeld niet van minder kwaliteit is dan die van wijkverpleegkundigen. Op sommige criteria (zoals het informeren naar medicijngebruik en dieet) scoren ze zelfs hoger. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat,

juist omdat wijkziekenverzorgenden niet structureel worden ingezet bij het houden van intakegesprekken, ze deze gesprekken heel goed voorbereiden.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de inhoud van de intakegesprekken zoals in de dagelijkse praktijk van de wijkverpleging gehouden in veel opzichten van goede kwaliteit is. Echter wil de wijkverpleegkundige deze coördinerende taak behouden binnen de thuiszorg dan zal ze meer aandacht moeten besteden aan de planning van de zorg en de afstemming daarbij met andere hulpverleners. Gezien het overheidsbeleid dat gericht is op substitutie van intramurale zorg door thuiszorg en op doelmatigheid van zorg, zullen deze aspecten steeds belangrijker worden. Daarnaast wordt door methodisch verpleegkundig handelen bevorderd dat de wijkverpleegkundige zich meer bewust is van haar werkwijze en daardoor kritischer kan zijn ten aanzien van haar aanpak.

Tot slot nog een kanttekening. In dit onderzoek zijn de uitkomstaspecten van de kwaliteit van het intakegesprek buiten beschouwing gelaten, met andere woorden er is niet nagegaan of de patiënten op grond van het intakegesprek ook de zorg krijgen die ze nodig hebben van een verplegende op het juiste deskundigheidsniveau. Om een totaalbeeld te krijgen van de kwaliteit van het intakegesprek in de wijkverpleging zouden ook de uitkomstaspecten onderzocht moeten worden. ■

Het opleidingsinstituut voor Dienstverlening en Gezondheidszorg Haagland in Den Haag start deze maand met de eerste deeltijd MDGO-VP. Het initiatief tot deze deeltijdopleiding, dat door een groot aantal instellingen wordt toegejuicht, is genomen op verzoek van psychiatisch ziekenhuis Vogelenzang. De opleiding beoogt een bijdrage te leveren aan de groeiende behoefte binnen instellingen aan medewerkers op het tweede deskundigheidsniveau. De opleidingsvariant is toegesneden op herintreders en tweedekansers en wordt gesubsidieerd door het Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening. De opleiding duurt 2,5 jaar. De eerste lesgroep telt zeventien leerlingen, in januari start een tweede groep. ■

In ziekenhuizen en onderzoeksinstellingen over de hele wereld worden klinische trials opgezet en uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in het beloop van de HIV-infectie en de effectiviteit van diverse (combinaties van) medicijnen in verschillende stadia van deze infectieziekte. Het op adequate wijze verzamelen, verwerken en vergelijken van gegevens en onderzoeksresultaten is in dit proces van cruciaal belang. Sinds enkele maanden wordt gewerkt aan de opzet van een internationaal datanetwerk tussen de belangrijkste centra in Europa en Australië die klinische

trials op HIV-gebied uitvoeren. Een en ander is het gevolg van een spontaan aanbod van het software bedrijf BSO/Origin om te helpen bij het opzetten van een netwerk. De bedoeling is om eerst een proefproject te starten in Nederland, Engeland en Frankrijk. ■

Met de ondertekening van een intentieverklaring hebben zes instellingen in de Amsterdamse regio Zuid/Nieuw West zich bereid verklaard tot vergaande samenwerking op het gebied van de psychogeriatrische zorg. De samenwerking strekt zich uit op het terrein van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Ondertekenaars van de **intentieverklaring** zijn het Psychiatrisch Centrum Amsterdam (PCA), het Slotervaart Ziekenhuis, de prof.dr. A. Querido Stichting, het RIAGG Zuid/Nieuw West, de faculteit der geneeskunde van de Vrije Universiteit en het VU Ziekenhuis. De instellingen hebben zich verenigd in de initiatiefgroep psychogeriatrisch zorgcircuit. Met het samenwerkingsverband willen de instellingen bereiken dat op betrekkelijk eenvoudige wijze gebruik kan worden gemaakt van elkaars deskundigheden en faciliteiten. ■

In oktober 1990 vond in Den Bosch een internationaal congres plaats over de geschiedenis van de

## Literatuur

1. Schippers, A., F. van Amelsvoort, J. Rutten. *Tussen vraag en aanbod*. Intake, indicatiestelling en zorgtoewijzing bij de gezinsverzorging en wijkverpleging. NIZW, Utrecht, 1990.
2. Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. *Registratie Indicatie Thuiszorg*. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Bunnik, 1990.
3. Vorst-Thijssen, T.M.L., A. van den Brink-Muinen, A. Kerkstra. *Het werk van verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 1990.
4. Appelman, A., H. Ligtenberg, B. van Bergen, L. Hollands. *Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging*. De Tijdstroom, Lochem, 1989.
5. Casparie, A.F. Kwaliteit in de gezondheidszorg. Huidige inzichten en toekomstige ontwikkelingen. *Medisch Contact*. 1989, nr. 14, p. 477 - 482.
6. Bloch, D. Criteria, standards, norms - Crucial terms in quality assurance. *Journal of Nursing Administration*, 1977, September, p. 20 - 30.
7. Lang, N.M. A model for quality assurance in nursing. In: Davidson (ed): *PSRO, Utilization and audit in patient care*. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1976, 612, p. 20 - 26.
8. Maanen, J.M.T. van. Nursing audit. *TvZ/vakblad voor verpleegkundigen*, 1975, 28, 2, 1975, p. 54-60.
9. Donabedian, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980.
10. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Verpleegkundig Beroepsprofiel*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1988.

psychiatrie. Als vervolg op op dit congres is eerder dit jaar de **European Association for the History of Psychiatry** (EAHP) opgericht. Doel van de EAHP is belangstelling voor en onderzoek te bevorderen naar de geschiedenis van de psychiatrie in de ruimste betekenis. Eén van de belangrijkste activiteiten van de EAHP is de uitgave van een nieuwsbrief, die waarschijnlijk twee keer per jaar zal verschijnen. Daarnaast zal naar verwachting elke drie jaar een internationaal congres worden georganiseerd. Het eerstvolgende congres is gepland voor september 1993 en zal plaatsvinden in Londen. Voor meer informatie over de EAHP: Dr Roy Porter, Wellcome Institute for the History of Medicine, 183 Euston Road, London NW3 2BN, UK. ■

Per oktober 1991 hebben de DBfK, **Deutscher Berufsverband für Krankenpflege** - de Duitse beroepsorganisatie van verpleegkundigen - en de redactie en uitgever van 'Krankenpflege' een nieuw adres:

DBfK Bundesverband Bundesgeschäftsstelle:

Hauptstrasse 392, 6236 Eschborn 2, tel. 06173 - 65086.

Redaktion und Verlag Krankenpflege: Hauptstrasse 392, 6236 Eschborn 2, tel. 06173 - 63016. ■