

## Continuïteitsproblemen in de zorgverlening

**Drs. T. J. J. M. T. Kersten** heeft Sociale Psychologie gestudeerd aan de Rijksuniversiteit Utrecht en is projectleider voor het themagebied relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste-linsgezondheidszorg (NIVEL).

Correspondentie-adres: NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

**Samenvatting** Dit artikel is geschreven om te komen tot een systematisch overzicht van de problemen die aan de orde zijn rond de continuïteit van de zorgverlening; als patiënten overgaan van tweede naar eerste lijn of in omgekeerde richting.

### Inleiding

Continuïteit van zorg 'moet', maar is problematisch. Dat is in één zin de stand van zaken met betrekking tot de aansluiting van de zorg thuis op die in het ziekenhuis. Wezenlijk lijkt daarin sinds Querido (1959) niet veel te zijn veranderd. Hij signaleerde als één van de eerste het belang van een goed georganiseerde voortzetting van de hulpverlening thuis na ontslag uit het ziekenhuis. Wat later in de tijd vulde men aan dat het evenzeer van belang is dat de zorg in het ziekenhuis goed aansluit op de voorafgaand aan de opname thuis verleende verpleegkundige zorg (onder andere verwoord in: NZR/NK, 1978). In 1985 signaleerde de Nationale Kruisvereniging, in de nota 'Inventarisatie continuïteit van verpleegkundige zorg' een lijst van niet

minder dan 29 knelpunten. Aannemelijk lijkt, dat met het teruglopen van de gemiddelde verpleegdureur per opname bij praktisch alle medische specialismen (NZI, 1986), de problemen met de continuïteit van zorg steeds sterker gevoeld worden. Immers, waarschijnlijk zullen als gevolg daarvan ook steeds vaker mensen uit het ziekenhuis ontslagen worden die thuis nog professionele zorg behoeven. Dit toenemende belang van de continuïteit van zorg is de aanleiding om in dit artikel een overzicht te construeren van de problemen die zich voordoen in verband met de continuïteit van zorg. De problematiek wordt in de eerste plaats vanuit wijkverpleegkundig perspectief benaderd. Waar dat mogelijk is en waar het binnen het kader van het huidige artikel past, worden ook suggesties gedaan voor mogelijke oplossingen.

Continuïteit van zorg wordt in dit artikel gezien als een organisatorisch probleem dat speelt op alle niveaus van de gezondheidszorg:

- A. het niveau van het bestuurlijke en financiële kader;
- B. het niveau van het management en de organisatie van de zorg;
- C. het niveau van de uitvoerende hulpverleners.

Per niveau worden de problemen die spelen ten aanzien van de continuïteit van zorg aan de orde gesteld. Daarbij zij vermeld dat veel van de problemen die besproken worden niet of nauwelijks zijn onderzocht. Voor een deel ervan geldt wel, dat ze veelvuldig worden besproken door hulpverleners en beleidsmedewerkers die bij de continuïteit van zorg betrokken zijn. Dat is op te vatten als een aanwijzing dat bepaalde dingen niet goed gaan. Al met al is de consequentie voor het betoog, dat vooral

inzichten worden gepresenteerd van de auteur die slechts ten dele gestaafd kunnen worden aan harde feiten.

#### **Problemen op het niveau van het bestuurlijke en financiële kader**

De financiële kaders die gelden voor de eerste en de tweede lijn stimuleren niet een optimaal functioneren van de continuïteit van zorg. Sinds de budgettering van ziekenhuizen is ingevoerd, bestaat er aan die kant een concrete prikkel om patiënten zo snel als mogelijk is uit het ziekenhuis te ontslaan. Dat past binnen het overheidsbeleid om substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg te stimuleren. De eerste lijn zou de grotere aanspraak die als gevolg daarvan op de thuiszorg wordt gedaan moeten opvangen. Om dat mogelijk te maken is tot op zekere hoogte gewerkt aan de versterking van de eerste lijn (NIVEL, 1987).

Te denken valt daarbij aan de zogeheten vier procents-volume-groei bij het kruiswerk. Verder is in de loop der jaren bijvoorbeeld de normpraktijk van huisartsen systematisch verkleind. Deze en andere maatregelen zullen de structuur van de eerste lijn hebben versterkt en daarmee zijn de voorwaarden voor substitutie van zorg gunstiger of althans minder ongunstig geworden. Wat deze maatregelen mijns inziens niet hebben bereikt is echter, dat de individuele huisarts, erkende kruisorganisatie of instelling voor gezinsverzorging veel gemotiveerder is geworden om extra energie aan de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten te besteden. Voor de individuele hulpverleners of instellingen in de eerstelijns betekent de budgettering van ziekenhuizen vooral een verhoging van de werkdruk. Het verband met eerder genomen maatregelen ter versterking van de eerste lijn is te abstract. De financiële compensatie voor de verhoogde werkdruk vindt plaats op collectief niveau, terwijl individuele hulpverleners of instellingen geen prikkels krijgen tot inzet om de verschuiving van zorg van tweede- naar eerstelijns (substitutie) op te vangen.

Het gevolg is dat de overkoepelende organisaties van de eerstelijns-hulpverleners substitutie toejuichen, terwijl men op uitvoerend niveau – hoewel men misschien anders belijdt – primair geneigd is tot een afwerende reactie. Huisartsen hoort men bijvoorbeeld vaak verwijzen naar de grote hoeveelheid taken die zij al in hun pakket hebben. En ook voor de wijkverpleging en gezinsverzorging zijn er argumenten in deze sfeer, bijvoorbeeld de belasting die de toenemende vergrijzing op zich al met zich meebrengt. Weliswaar zullen individuele hulpverleners en beroepsgroepen in de eerstelijns daarentegen hun professionele verantwoordelijkheid voelen om kwalitatief goede nazorg te bieden. Maar, wat volgens mij ontbreekt is een stimulans voor individuele hulpverleners en instellingen in de eerste lijn om extra energie te steken in de continuïteit van zorgverlening voor een toenemend aantal patiënten.

De meest ingrijpende oplossing voor het hier boven gesignaleerde probleem gaat in de richting van een gemeenschappelijke financiering van eerste en tweede lijn per regio die is aangepast aan de zorgbehoefte van het betreffende gebied. Besparingen in de tweede lijn als gevolg van het bekorten van de ligduur zouden dan per gebied rechtstreeks ingezet kunnen worden binnen de eerste lijn. Omdat alle bestaande financieringsregelingen en belangentegenstellingen in het geding zijn, is de hier voorgestelde oplossing wel haast theoretisch te noemen. Het meest in de richting komen plannen in de regio Zuid-West Friesland om een fonds in te stellen ter versterking van de eerstelijnsfuncties, dat gevuld wordt met gelden die vrijkomen door een beperking van de bestaande ziekenhuiscapaciteit.

Recentelijk zien we ook ontwikkelingen die op een geheel andere wijze de eerste lijn uitdagen tot extra inspanningen met betrekking tot de continuïteit van zorg. De opkomst van commercieel werkende thuiszorgdiensten heeft het kruiswerk gebracht tot het verruimen van de mogelijkheden via stichtingen voor aanvullende thuiszorg (Hesterman, 1988). De dreiging van commerciële concur-

rentie maakt het kruiswerk inventief. En als de concurrentie op het vlak van de thuiszorg komt van de zijde van ziekenhuizen, dan zullen misschien niet alleen de wijkverpleging en gezinsverzorging, maar ook de huisartsen geprikkeld worden om op het terrein van de nazorg in actie te komen.

#### **Belemmeringen in de organisatorische kaders**

Organisatorische belemmeringen zijn er voor de continuïteit van zorg heel wat. Dat is ook niet verwonderlijk, omdat continuïteit in de zorgverlening in de eerste plaats een organisatorisch vraagstuk is. We zullen vier problemen bespreken.

##### *Gebrek aan samenwerking binnen de eerste lijn*

Gebrek aan samenwerking binnen de eerste lijn is uiteraard een al heel vaak gesignaleerd probleem. Als regel is de eerste lijn verticaal georganiseerd. De organisatie gaat uit van hulpverleners in verschillende beroepsgroepen in plaats van min of meer homogene groepen patiënten met de daarbij behorende heterogeen samengestelde teams van hulpverleners. De gebezigde structuur maakt het moeilijk om de dwarsverbindingen aan te brengen die voor continuïteit in de zorgverlening vaak nodig zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor de zogeheten verlengde-arm-constructie waarbij de wijkverpleegkundige medisch getinte handelingen verricht onder supervisie van de huisarts. In de praktijk gaat het vaak om het geven van injecties. Uit een onderzoek van Groenendijk en Haartsen (1985) komt naar voren, dat hierbij nogal eens problemen rijzen tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige. De helft van de wijkverpleegkundigen in dat onderzoek blijkt éénmaal of vaker een verzoek van de huisarts om te injecteren te hebben geweigerd.

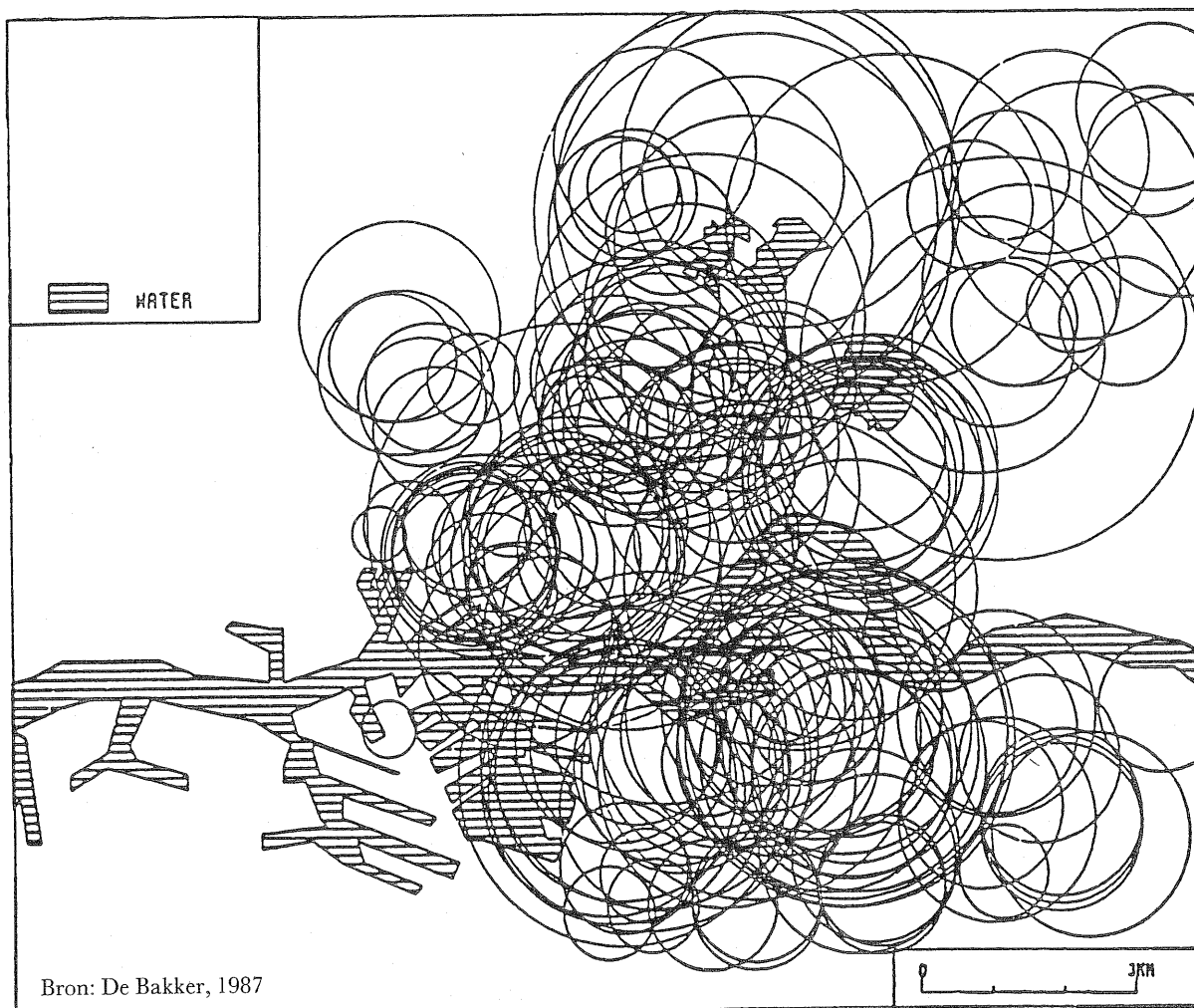
Een ander voorbeeld van een belangrijke samenwerkingsrelatie is die tussen gezinsverzorging en wijkverpleging. Beide disciplines zijn vaak bij dezelfde patiënten betrokken. Problematisch is daarbij de overlap in het functie-aanbod van beide disciplines, terwijl men in duidelijk gescheiden

beroepsorganisaties actief is. De grens tussen verpleging en verzorging is niet altijd scherp te trekken, zodat de vraag ontstaat of niet met minder zorgfunctionarissen per patiënt op efficiëntere wijze dezelfde hulp geboden kan worden. In dit licht zijn de plannen van de wijkverpleging en gezinsverzorging om tot nauwere samenwerking te komen een duidelijke verbetering te noemen. Een gezamenlijke intake om de zorgbehoefte van patiënten vast te stellen, waar bijvoorbeeld in Drente al mee geëxperimenteerd wordt, is daarbij een belangrijk begin. Misschien opmerkelijker nog in dit verband zijn de plannen in Zuid-West Friesland om te gaan werken met multidisciplinair samengestelde 'thuiszorgteams'. Deze plannen dienen nog verder te worden uitgewerkt, maar gaan in de richting om afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt ad hoc hulpverleningsteams in te stellen.

##### *Gebrek aan afstemming van werkgebieden*

Een tweede belangrijk organisatorisch probleem is de slechte afstemming van werkgebieden tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn. Dit leidt ertoe dat steeds wisselende hulpverleners in de eerste lijn met elkaar moeten samenwerken om de nazorg gestalte te geven. Bovendien ontstaat een onduidelijke situatie voor de tweedelijns-hulpverleners, die per patiënt moeten vaststellen wie de eerstelijns-hulpverleners zijn die van het ontslag van een patiënt op de hoogte gesteld moeten worden. Ook ziekenhuizen hebben geen geografische afgebakende verzorgingsgebieden. Al met al leidt dit ertoe dat aan een structureel probleem als nazorg is, steeds in ad hoc coalities van hulpverleners gewerkt moet worden.

Knelpunt bij de afstemming van werkgebieden is vooral de grote mate waarin de patiënten van huisartsen verspreid zijn over stedelijke gebieden. Op het kaartje van figuur 1 is voor elke Rotterdamse huisartspraktijk een cirkel getekend waarbinnen 80% van de patiënten in deze praktijk woont. Het kaartje maakt in één oogopslag duidelijk dat de afstemming van werkgebieden in de grote steden zeer ver te zoeken is.



Bron: De Bakker, 1987

Figuur 1. Overzicht van de spreiding van huisartspraktijkpopulaties in Rotterdam. In een cirkel woont 80% van de patiënten van een huisarts.

Het principe van de vrije-artsenkeuze maakt het niet eenvoudig om de werkgebieden van huisartsen te veranderen. Toch kan er meer worden gedaan dan nu gebeurt, bijvoorbeeld door huisartsen financieel te belonen wanneer zij geen nieuwe patiënten aannemen buiten een overeengekomen werkgebied. In tegenstelling tot huisartsen, kunnen wijkverple-

ging en gezinsverzorging wat eenvoudiger wijzigingen in hun werkgebieden aanbrengen, omdat zij vanuit instellingen werken. Uiteraard is er de mogelijkheid dat wijkverpleegkundigen praktijkgericht gaan werken, dat wil zeggen voor de patiënten van bepaalde huisartspraktijken, zoals dat bijvoorbeeld in Engeland en soms (vooral in gezondheids-

centra) ook wel in Nederland gebeurt. Uiteraard is deze oplossing niet zonder complicaties voor de wijkverpleging.

De gezinsverzorging en wijkverpleging kunnen bij nauwere samenwerking hun werkgebieden op uitvoerend niveau laten samenvallen in zogeheten 'wijk-team-combinaties'. Her en der in het land, bijvoorbeeld in Limburg, wordt daar al mee geëxperimenteerd. Zou dit op grotere schaal gerealiseerd worden, dan zou er in verband met de voorwaarden voor de organisatie van de continuïteit van zorg een belangrijke vooruitgang zijn geboekt.

#### *Gebrek aan afspraken over wat de eerste lijn aan nazorg kan bieden*

Een derde organisatorisch probleem is een gebrek aan afspraken over het aanbod aan nazorg dat ontslagen ziekenhuispatiënten vanuit de eerste lijn geboden kan worden. Wat betreft het mogelijke zorgaanbod bestaan er om te beginnen verschillen tussen disciplines. Soms zal de huisarts bijvoorbeeld wel zijn medewerking aan een bepaalde vorm van nazorg willen geven, maar gaat de wijkverpleging niet akkoord met de rol die zij zou moeten spelen in het geheel of omgekeerd. Als voorbeeld kunnen we hier denken aan de reeds eerder aangevoerde problematiek rond het geven van injecties. Maar er zijn ook grote verschillen tussen leden van dezelfde discipline. Bij huisartsen is dat misschien wel het sterkst het geval. Omdat huisartsen zoals bekend vrije beroepsbeoefenaren zijn, ontbreekt daar in elk geval een managementplatform dat op lokaal niveau afspraken over het maximale zorgaanbod zou kunnen en willen maken met de ziekenhuizen.

Bij de wijkverpleging spelen soortgelijke problemen, omdat iedere instelling wat andere normen stelt, bijvoorbeeld wat betreft het maximaal aantal uren hulp per dag per patiënt. Ook de beschikbare nachthulp varieert nogal per instelling. Het gevolg van dit alles is dat het zowel voor de hulpverleners in eerste als in de tweede lijn onduidelijk is welke de mogelijkheden zijn die de eerste lijn heeft op het

gebied van de nazorg. Speciaal in de verhouding tussen de wijkverpleging en de ziekenhuisverpleging uit zich deze onduidelijkheid. En in het verlengde daarvan wordt vanuit de ziekenhuisverpleging vaak het verwijt gehoord, dat de wijkverpleging zo weinig technisch gecompliceerde verpleging wil doen.

Verbeteringen in de afspraken over het beschikbare zorgaanbod veronderstellen meer overleg binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn. Huisartsen zouden zich gezamenlijk moeten bezinnen op de vraag, hoe ver zij willen gaan in hun hulpverlening aan ex-ziekenhuispatiënten, bijvoorbeeld in het kader van een Plaatselijke Huisartsenvereniging. Ook de basiseenheden van de wijkverpleging zouden hun mogelijkheden om nazorg te bieden dienen af te stemmen. Vervolgens zouden zij hun aanbod duidelijk moeten profileren in de richting van de ziekenhuisverpleging. Hetzelfde geldt voor de gezinsverzorging. De aanpak waarbij 'thuiszorgteams' worden ingesteld, zoals we die eerder in de plannen voor Zuid-West Friesland bespraken, zou dan de onderlinge afstemming tussen de disciplines kunnen completeren.

Bij patiëntengroepen waar zeer gespecialiseerde nazorg nodig is, zou de wijkverpleging kunnen overwegen bepaalde wijkverpleegkundigen een gespecialiseerde opleiding te geven. Deze gespecialiseerde wijkverpleegkundigen kunnen zich dan richten op deze specifieke patiëntengroepen, zodat niet iedereen alles hoeft te kunnen. Uiteraard zitten aan een dergelijke specialisatie voor het functioneren van de wijkverpleging heel wat facetten (Buijsen en Burgers, 1988; Van Ruler, 1988). In het bijzonder bij een vorm van specialisatie waar één patiënt met meerdere qua functie gespecialiseerde wijkverpleegkundigen te maken krijgt, dreigen juist weer problemen ten aanzien van de continuïteit van zorg.

#### *Gebrek aan coördinatie met betrekking tot de continuïteit van zorg binnen de eerste lijn*

Een vierde organisatorisch probleem houdt in dat

er onvoldoende coördinatie is binnen de eerste lijn met betrekking tot de organisatie van de nazorg. De huisarts ziet zichzelf graag als spil binnen de eerste lijn en wordt ook door de andere disciplines wel als zodanig gezien. Men hoort echter vaak dat de meeste huisartsen in de praktijk niet erg geneigd zijn om als coördinator voor de organisatie van de nazorg na een ziekenhuisopname op te treden, tenzij de nazorg heel duidelijk medische aspecten heeft. In de meeste gevallen staat bij de nazorg verpleging en verzorging van patiënten op de voorgrond (Verhaak e.a., 1985), zodat de coördinerende rol van de huisarts beperkt blijft. Daarbij komt dat de huisarts zich in het algemeen meer lijkt aange trokken te voelen tot de directe hulpverlening aan zijn patiënten dan tot coördinerende werkzaamheden. Zijn positie als zelfstandig beroepsbeoefenaar temidden van de andere eerstelijns hulpverleners in dienstverband maakt het tot op zekere hoogte ook onaannemelijk dat juist de huisarts als 'zorgcoördinator' zou optreden. In de praktijk functioneren er twee belangrijke gescheiden communicatie-circuits in verband met de continuïteit van zorg: 1. huisarts-specialist via verwijsbrieven en specialistenbrieven; 2. wijkverpleging-ziekenhuisverpleging die via overdrachtsformulieren informatie uitwisselen over nazorg-patiënten. Ad hoc zal men dwarsverbanden leggen tussen deze circuits, en het is de vraag of dat ook niet de meest optimale gang van zaken is. Een standaardvorm van coördinatie door de huisarts, ook als hij niet bij de directe hulpverlening aan nazorgpatiënten betrokken is, zou alleen tot bureaucratie leiden. Hoewel coördinatie nodig is, blijven meer flexibele oplossingen geboden.

Kunnen speciale continuïteitsverpleegkundigen in dienst van het kruiswerk een nuttige bijdrage leveren aan de continuïteit van zorg?

Ten aanzien van de coördinatie van de nazorg bestaat er een vraagstuk binnen het kruiswerk. Sinds de jaren zeventig wordt al dan niet op experimentele basis gewerkt met zogeheten continuïteitsverpleegkundigen (Krijgsman, 1986). Deze conti-

nuitheidsverpleegkundigen hebben diverse taken waaronder het scheppen en onderhouden van een organisatorisch kader om de selectie en overdracht van patiënten voor nazorg in goede banen te geleiden. De vraag is nu of deze functionarissen een zinvolle schakel vormen in het geheel. Blijkens de rapportage van Schmitz (1985) is men in Amsterdam na enige jaren ervaring tot de conclusie gekomen, dat de continuïteitsverpleegkundige de weg tussen het ziekenhuis en de wijk alleen maar langer maakt. Bovendien zouden uitvoerende verpleegkundigen in het ziekenhuis en de wijk minder alert worden ten aanzien van de nazorg voor patiënten. Zij redeneren dat er speciaal iemand voor is aangesteld om de nazorg te regelen. Toch blijft het de vraag of in gecompliceerde overdrachtssituaties zoals die in steden wordt aangetroffen, één of meer speciale nazorgfunctionarissen geen nuttige functie kunnen vervullen, al is het maar om de communicatie-kanalen tussen de diverse betrokken instellingen open te houden en problemen te signaleren. Het NIVEL verricht momenteel onderzoek naar deze materie.

#### **Knelpunten bij hulpverleners die in uitvoerende zin bij de nazorg betrokken zijn**

Ook op praktisch uitvoerend niveau spelen tal van problemen rond de continuïteit van zorg. Hier volgen puntsgewijs de belangrijkste.

#### *De selectie van patiënten in het ziekenhuis voor nazorg*

Als patiënten toe zijn aan ontslag uit het ziekenhuis, dan ligt er de vraag: wie heeft welke nazorg nodig. Een onderzoek van Drijver en zijn collega's in Arnhem (1982) wees uit, dat wijkverpleegkundigen andere selectie-criteria hanteren dan verpleegkundigen in het ziekenhuis. Wijkverpleegkundigen besteden meer aandacht aan psycho-sociale aspecten zoals: 'zijn er psychische problemen te verwachten' of 'zijn er moeilijkheden binnen het gezin'. Ook Verschuren (1987) komt tot dergelijke conclusies bij een onderzoek, gehouden in twee ziekenhuizen,

met de vraag: zijn er patiënten die niet voor nazorg geselecteerd zijn door de ziekenhuisverpleging, maar die wel nazorg nodig hebben. De niet al te grote groep patiënten die 'vergeten' is (over de precieze omvang van deze groep zijn uit het kleinschalige onderzoek moeilijk conclusies te trekken) blijkt zich te kenmerken door een slechte psychische gesteldheid.

De Nationale Kruisvereniging heeft in 1974 de selectiecriteria geformuleerd in verband met de nazorg. Het lijkt in elk geval tijd voor een grondige evaluatie van deze criteria en de wijze waarop ze worden toegepast.

#### *De diversiteit in procedures en formulieren*

Een tweede probleem op uitvoerend niveau heeft te maken met de overdracht van informatie over de nazorgbehoefte van voor nazorg geselecteerde patiënten. Blijkens onderzoek van Krijgsman (1986) zijn in heel Nederland zogeheten overdrachtsformulieren in gebruik bij het kruiswerk om informatie door te sluisen van de ziekenhuisverpleging naar de wijkverpleging. Behalve de overeenkomstige omstandigheid dat deze formulieren in heel Nederland in gebruik lijken te zijn, zijn er

echter vaak verschillen wat betreft de inhoud van deze formulieren (welke informatie is erop te vinden) en de verspreidingsprocedure die gevolgd wordt. Soms wordt per ziekenhuis of zelfs per ziekenhuisafdeling een ander formulier gebruikt. De formulieren worden in sommige gevallen aan de patiënt meegegeven, die ze aan de wijkverpleging moet overhandigen. In andere gevallen worden formulieren verzonden naar een speciale continuïteitsverpleegkundige van het kruiswerk, die dan zorgt dat een formulier bij de juiste wijkverpleegkundige terecht komt. Nog weer een andere mogelijkheid is dat het hoofd van een ziekenhuisafdeling het formulier rechtstreeks verstuurt aan een hoofdwijkverpleegkundige. Behalve dat de route van het ziekenhuis naar de wijkverpleging wisselt per ziekenhuis en per erkende kruisorganisatie, zijn er ook verschillen wat betreft de verdere verspreiding van het formulier. Soms krijgen de huisarts en/of de gezinsverzorging een kopie van het overdrachtsformulier, maar het komt ook voor dat de wijkverpleging de informatie niet verspreidt naar de andere kerndisciplines in de eerste lijn.

In de praktijk zou de diversiteit in procedures en formulieren niet problematisch hoeven te zijn, ware

A. bestuurlijk en financieel kader	B. management en organisatie van de zorg	C. uitvoerende hulpverleners
1. Geen prikkels voor individuele hulpverleners en instellingen in de eerste lijn om extra energie te investeren in de nazorg.	1. Gebrek aan samenwerking binnen de eerste lijn (speciaal: ha en wv; wv en gz). 2. Slechte afstemming werkgebieden. 3. Afspraken over wat de eerste lijn aan nazorg kan bieden ontbreken. 4. Weinig coördinatie binnen de eerste lijn m.b.t. nazorg. 5. Kan een speciale continuïteitsverpleegkundige bij het kruiswerk wel of geen bijdrage leveren?	1. Ziekenhuisverpleging lijkt bij de selectie van patiënten voor nazorg te weinig te letten op psychische problemen. 2. Grote diversiteit in procedures en formulieren voor informatieoverdracht van tweede naar eerste lijn over nazorg. 3. Intramurale sector is volgens de wijkverpleging onvoldoende ingesteld op continuïteit in de zorgverlening.

Figuur 2. Een overzicht van de belangrijkste problemen die zich voordoen ten aanzien van de continuïteit van zorg, onderscheiden naar het niveau waarop de problemen zijn aan te treffen.

het niet dat een ziekenhuis in de meeste gevallen met méér dan één erkende kruisorganisatie te maken heeft. Het gevolg daarvan is dat men zich telkens dient te realiseren welke procedure bij welke patiënt gevolgd moet worden.

#### **De intramurale sector zou onvoldoende ingesteld zijn op continuïteit in de zorgverlening**

Op een hele lijst van punten met betrekking tot het functioneren van de continuïteit van zorg zou de wijkverpleging graag verbeteringen zien in het ziekenhuis. Het zijn de bekende knelpunten die door de wijkverpleging in het ziekenhuis gesignaleerd worden. We sommen ze nog eens op:

- er wordt door het ziekenhuis te weinig op gelet of patiënten nazorg nodig hebben;
- patiënten worden door de ziekenhuisverpleging te weinig voorgelicht over de mogelijkheden van de wijkverpleging;
- soms worden patiënten helemaal niet ingelicht over het feit dat zij zijn overgedragen voor nazorg;
- informatie over patiënten die nazorg nodig hebben komt in een te laat stadium bij de wijkverpleging (onder andere omdat de specialist de beslissing tot ontslag vooral neemt op medische gronden);
- het ziekenhuis weet in het algemeen te weinig van de mogelijkheden van de wijkverpleging, met als deelaspect dat de wijkverpleging onvoldoende begrip ervaart voor het feit dat in de thuissituatie soms bepaalde verpleegtechnische zorg niet geboden kan worden, die in het ziekenhuis wel mogelijk is;
- het goed functioneren van de continuïteit van zorg is vooral afhankelijk van het belang dat daar min of meer toevallig aan gehecht wordt door personen, het is niet gebaseerd op beleid;
- de ziekenhuisverpleging formuleert de nazorg die patiënten nodig hebben te veel in termen van een kant en klaar 'recept';
- de ziekenhuisverpleging rapporteert onvoldoende terug over informatie, die de wijkverpleging doorgeeft, als patiënten die reeds bij de wijkverpleging

in zorg zijn worden opgenomen ('voorzorg').

#### **Besluit**

Het gemeenschappelijk element in alle hier genoemde knelpunten is dat in de ogen van de wijkverpleging het ziekenhuis te weinig ingesteld is op het feit dat bij een belangrijk aantal patiënten de professionele zorgverlening niet begint en ook niet eindigt bij de deur van het ziekenhuis. Zonder deze problemen te willen bagatelliseren, lijkt het verstandig om er twee vragen bij te stellen.

1. Zit er misschien verbetering in de situatie, maar blijven 'oude' problemen almaar rondzingen?
2. In hoeverre fungeren de knelpunten als een alibi voor de wijkverpleging om de oorzaken van wat niet goed gaat niet in de eerste plaats in eigen huis te hoeven zoeken?

Het schematisch overzicht van figuur 2 vat de besproken knelpunten samen.

*Aanvaard juli 1988.*

---

#### **Literatuur**

- Bakker, D. H. de. *Afstemming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens*. Utrecht: NIVEL, 1987
- Buijssen, H., N. Burgers. Gedifferentieerd werken biedt voordelen, maar all-round blijft ideaal. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 1988, 4-6
- Drijver, H., F. van de Esch, G. J. Kok, C. J. Lako. (Wijk)verpleegkundigen hanteren verschillende criteria bij nazorg. *Maatschappelijke Gezondheidszorg* 1985, 10, 28-29
- Groenendijk, H., R. Haartsen. Injectie-problematiek blokkeert samenwerking. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 1985, 10, 28-29
- Hesterman, J. 's Nachts hulp nodig? Even Zoetermeer bellen! *Tijdschrift voor Gezinsverzorging*, 1988, 4-6
- Krijgsman, A. R. *Georganiseerde nazorg in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 1986.
- NIVEL. *Naar een sterkere lijn? 1: het overheidsbeleid*. Utrecht: NIVEL, 1987



- NIVEL. *Naar een sterkere lijn? 1: het overheidsbeleid.* Utrecht: NIVEL, 1987
- Nationale Kruisvereniging. *Inventarisatie continuïteit van verpleegkundige zorg.* Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1985
- NZI. *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1986.* Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1986
- NZR/NK. *Continuïteit van zorg, ziekenhuis-wijkverpleging.* Nationale Ziekenhuisraad/Nationale Kruisvereniging, 1978
- Querido, A. Prognose en katamnese. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 37, 1959, 69
- Ruler, B. van. Specialisatie: een keuze voor verdieping. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 1988, 6-8
- Schmitz, L. *Continuïteit in de praktijk: discussienota over afstemming van verpleegkundige zorg tussen wijk en ziekenhuis.* Amsterdam: De Bevrijding, 1985
- Verhaak, P. F. M., J. I. van Busschbach, D. Kortenhoeven. *Behoeft aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid.* Utrecht: NIVEL, 1985
- Verschuren, M. Nazorg: wie heeft het nodig? *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 1987, 69-72