

# De nazorg van ziekenhuispatiënten\*

DOOR J. ZUIDERVAART, WIJKVERPLEEGKUNDIGE EN DR. H. LAMBERTS\*, HUISARTS

Het ziekenhuis is „out”. De thuisgezondheidszorg is „in”. Dit is een simpele samenvatting van wat op het ogenblik als een algemeen gevoel over het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland kan gelden.

Over het verblijf van onze patiënten in het ziekenhuis en over de nazorg voor hen wanneer zij eenmaal thuis zijn, is de laatste jaren het nodige geschreven. Vooral de bijdragen van De Melker zijn daarbij substantieel. Tot nog toe is vooral de rol van de huisarts bij de zorg voor patiënten in het ziekenhuis en na ontslag benadrukt. Het is vooral om deze reden dat wij het van belang vinden ook onze ervaringen uit het wijkgezondheidscentrum in Ommoord in beknopte vorm naar voren te brengen. Zeker wat de nazorg betreft zijn wij er in ons team van het begin af aan van uitgegaan dat het niet zozeer de huisarts doch veel eerder de wijkverpleegkundige is die bij de nazorg de centrale plaats inneemt.

Eind 1974 vond een ruim tweemaanden-durend proefonderzoek plaats waarvan een aantal uitkomsten voldoende interessant is om hier naar voren te brengen. Het doel van ons zogenaamd nazorgproject was in beginsel vierledig:

- het verkrijgen van een globaal overzicht in wat er met de patiënt tijdens de opname in het ziekenhuis is gebeurd en hoe hij en het gezin waartoe hij behoort dit hebben ervaren;
- inventarisatie van de eventuele bestaande vragen en problemen;
- het luisteren naar en het zonedig ingaan op de mogelijke actuele behoeften;
- het beoordelen van de noodzaak hulpverleners van andere disciplines bij deze problemen te betrekken en eventueel het totstandbrengen van een verwijzing.

Gedurende deze maanden zijn alle (dit waren 134 gevallen) ontslagen ziekenhuispatiënten bij de wijkverpleegkundigen aangemeld door de huisartsen; slechts tweemaal werd vanuit een ziekenhuis contact opgenomen om de nazorg te regelen.

Het was onze bedoeling in beginsel

\* Afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst.

alle mensen te bezoeken, ook al leek het op voorhand duidelijk dat er in sommige gevallen geen behoefte aan nazorg zou zijn. Dit goede voornemen bleek in de praktijk slechts in 90 van de 134 gevallen uitvoerbaar te zijn. Nadat meestal telefonisch het bezoek van de wijkverpleegkundige was aangekondigd, bleek dat veertien mensen onbereikbaar waren en dat in 30 gevallen geen enkele zinvolle reden kon worden bedacht om tot een bezoek van de wijkverpleegkundige over te gaan. Wij hebben hierbij een aantal treffende ervaringen opgedaan. De mensen bleken het steeds weer opnieuw als bijzonder prettig te ervaren dat de wijkverpleegkundige aanbod een nazorgbezoek bij hen af te leggen. Een aantal keren bood men zelfs aan een halve vrije dag van het werk op te nemen om toch vooral het bezoek van de wijkverpleegkundige niet mis te lopen. Dit geeft heel goed aan dat enige selectie van nazorgbezoeken voor de hand ligt.

In 120 gevallen was het mogelijk te vragen naar het oordeel van de mensen over het initiatief van de wijkverpleegkundige. In 118 gevallen reageerde men positief. Wij hebben dit buitensporig hoge percentage tevreden mensen vooral uitgelegd als een indicatie voor de bijna onverzadigbare behoefte aan in beginsel elke vorm van hulp- en dienstverlening. 90 Mensen werden tenslotte thuis bezocht, zes kinderen onder de 15 jaar, 34 mannen en 50 vrouwen ouder dan vijftien jaar.

Na elk bezoek schreef de wijkverpleegkundige haar bevindingen op een speciaal formuliertje, dat aan de huisarts werd teruggegeven. In 48 gevallen werd er aanvullend mondeling overleg tussen wijkverpleegkundige en huisarts gepleegd. Dit bleek vooral belangrijk wanneer vanuit het ziekenhuis geen of onvoldoende informatie over reactivering, dieet, medicatie of verpleging werd gegeven. Ook in situaties waarin de opname een grote ingreep in het leven van de patiënt en het gezin betekende, vond steeds nader overleg plaats.

Het aantal verwijzingen bleef beperkt tot 23. Hiervan hadden dertien betrekking op gezinshulp en op hulpverlening vanuit het dienstencentrum. De overige verwijzingen vonden plaats binnen het

---

**Samenvatting.** Er wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de behoefte aan nazorg bij 134 uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Het blijkt dat er grote verschillen in de behoefte aan nazorg bestaan. Daarom wordt een aantal selectie-criteria genoemd, op grond waarvan de wijkverpleegkundige een nazorg-bezoek aflegt. Er wordt geconcludeerd dat het in de eerste plaats de wijkverpleegkundige is, die een centrale plaats in de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten dient in te nemen en niet de huisarts.

---

team naar de maatschappelijk werker, diëtiste, fysiotherapeut en huisarts. Het feit dat de wijkverpleegkundige slechts in twee gevallen een verwijzing naar de huisarts direct noodzakelijk vond, benadrukt het door ons ingenomen standpunt: het is maar helemaal de vraag of de huisarts bij de nazorg van ziekenhuispatiënten wel zo'n belangrijke rol speelt.

Voor de wijkverpleegkundige bleek deze rol veel substantiëler te zijn. Bij twintig patiënten was er voor haar na het eerste bezoek aanleiding de nazorg voort te zetten. De reden daarvoor lag vooral in de begeleiding. Het ging daarbij om reactivering van mensen na een hartinfarct, na een langdurige opname voor een chronische ziekte of carcinoom, na een cerebrovasculair accident, na grote operaties en bij bejaarden. Ook was het meermalen nodig de verpleging voort te zetten, bijvoorbeeld bij wondbehandeling en bij terminale patiënten.

Aan het einde van de proefperiode kwamen wij tot de conclusie, dat de nazorgcontacten selectief moeten worden gelegd en wel op de volgende wijze:

- 1. in beginsel worden alle ontslagen kinderen en bejaarden door de wijkverpleegkundige benaderd;
- 2. patiënten die een grotere chirurgische ingreep hebben ondergaan;
- 3. patiënten met chronische afwijkingen, maligne tumoren en ziekten waarbij men verdere problemen mag verwachten.

De wijkverpleegkundigen kwamen tot de conclusie dat het feit dat de mensen het bezoek bijzonder op prijs stelden op zichzelf niet voldoende is om een nazorgbezoek af te leggen. Tijdens de bezoeken die in de ogen van de wijkverpleegkundigen zinvol waren, was het ge-

ven van voorlichting (geneesmiddelen, dieet, mobilisatie, wondbehandeling, leefwijze en dergelijke) erg belangrijk. Daarnaast bleek de behoefte van de patiënt en de familie om te praten over hun angsten en onzekerheden omtrent de ziekte en omtrent de toekomst erg belangrijk te zijn.

De hiervoor beschreven gang van zaken rond de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten heeft tot nu toe bij ons redelijk goed voldaan. Er blijft echter een groot probleem liggen betreffende de zorg voor de patiënt voordat hij uit het ziekenhuis wordt ontslagen. In een stad als Rotterdam met een groot aantal ziekenhuizen, waarvan de meeste zogenaamde opleidingsziekenhuizen zijn, kan een zeer direct contact tussen huisarts en behandelend specialist in de praktijk slechts zelden blijven bestaan. Reden daartoe is niet alleen het feit dat er een bijna onafzienbare stroom assistenten door de verschillende afdelingen vloeit, maar het is bepaald ook geen uitzondering dat de gedeelde verantwoordelijkheid tijdens een klinische behandeling voor de huisarts niet goed zichtbaar, laat staan hanteerbaar wordt.

Daarnaast is het ook niet goed mogelijk gebleken de meerderheid van de ziekenhuisopnamen in één enkel ziekenhuis te concentreren zodat de frequentie van het (potentiële) contact hoog kan zijn. Een en ander brengt met zich dat een

bezoek van de huisarts aan een in een ziekenhuis opgenomen patiënt hoofdzakelijk een sociaal karakter kan dragen en nauwelijks een verhelderende of probleemoplossende professionele bijdrage kan leveren. Het is trouwens ook zeer de vraag of nu werkelijk de bijdrage van de huisarts op het terrein van de klinische behandeling van de patiënt zo onomstotelijk is aangetoond. Een en ander laat echter onverlet dat met name wat het zorgende aspect betreft het van belang is de relatie met de opgenomen patiënt en zijn familie voldoende inhoud te geven.

Er is daarbij echter ook een alternatief waarbij de positie van de huisarts als vertegenwoordiger van de thuisgezondheidszorg minder centraal staat. Wij doelen hiermee natuurlijk op de wijkverpleegkundige. De hiervoor genoemde ervaringen hebben al duidelijk gemaakt dat er relatief frequent behoefte is aan continuering van de verpleegkundige benadering van de patiënt. Het is daarom onze bedoeling in de komende tijd te onderzoeken in hoeverre het de wijkverpleegkundige beter dan de huisarts lukt met „de kliniek” een goed functionerende relatie te leggen.

Wij zijn van plan in de komende tijd te onderzoeken of het mogelijk is vanuit de wijkverpleegkundige discipline functionele relaties te leggen met een aantal grote afdelingen van ziekenhuizen

waarmee wij relatief veel werken. Daarbij is het de bedoeling vooral de continuïteit in de verpleegkundige zorg te bevorderen en niet zozeer een soort surrogaat te geven voor de continuïteit in de puur medische informatiestroom. Wanneer dit zou lukken, komen wij daarbij niet alleen tegemoet aan ons verlangen het verblijf in het ziekenhuis meer te doen aansluiten op de eerstelijns gezondheidszorg vóór en ná de opname. Tevens krijgen wij op deze wijze gelegenheid de belangrijke positie van de wijkverpleegkundige nog eens te benadrukken.

De stap van de huisarts als „professional” met een zeer hoge status, naar de wijkverpleegkundige als een „professionele” hulpverlener met een duidelijk veel langere sociale status, is slechts een kleine bijdrage aan het algemeen verdedigde streven onze maatschappij een beetje te ontmedicaliseren en ook zoveel mogelijk te deprofessionaliseren. Doch elke stap is er één.

*Summary. After-care of hospital patients. This paper reports on a study of the need for after-care among 134 patients released from hospital. In view of the marked differences in the need for after-care, a number of selection criteria are presented on the basis of which the district nurse makes her after-care visits. It is concluded that it is primarily the district nurse, not the family doctor, who occupies a central position in the after-care of released hospital patients.*

## Verloskundige hulpverlening van de huisarts

DOOR DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM EN DR. M. P. HENNINK, HUISARTS TE LEIDERDORP

### INLEIDING

Op 6 oktober 1973 organiseerde het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap een bijeenkomst te Bunnik, met als onderwerp van bespreking een herbezinning op de taak en de functie van de huisarts in de verloskunde. De inleidingen en discussies werden gepubliceerd in een themanummer - (1974) huisarts en wetenschap 17, 129.

De voorzitter van het Genootschap stelde de bestudering van een uniform registratieformulier in het vooruitzicht, alsmede een nadere uitwerking van het besprokene. Een daartoe ingestelde werkgroep slaagde er niet in een constructief rapport binnen een redelijke tijd samen te stellen.

Op 4 februari 1975 besloot het N.H.G.-bestuur een nieuwe werkgroep „Verloskundige hulpverlening van de huisarts” te formeren met Dr. K. Gill, coördinator, Dr. J. M. L. Phaff, adviseur, Dr. M. P. Hennink en K. Willemsen als leden. Op 1 augustus 1975 bood deze werkgroep het N.H.G.-bestuur het hierbij afgedrukte interimrapport aan.

### INTERIMRAPPORT VAN DE WERKGROEP „VERLOSKUNDIGE HULPVERLENING VAN DE HUISARTS”

Bij de besprekingen en gedachtenwisselingen is de werkgroep van de volgende twee punten uitgegaan:

- de consumente staat centraal en
- de verloskundige zorg en hulpverle-

ning van de huisarts is een integraal deel van zijn taak.

Omdat het belang van de consumente wordt gediend met de zorg en hulpverlening van verschillende disciplines, heeft de werkgroep een aantal wensen geformuleerd, te weten:

- a. het uitbrengen van een rapport tezamen met de L.H.V., de U.H.I.'s en voorzien van commentaar c.q. advies van de consumenten (Patiëntenberaad);
- b. bespreking met de gynaecologen, de vroedvrouwen en de kruisverenigingen van de door hen uitgebrachte rapporten, hetwelk voor het initiëren van de samenwerking belangrijker mag worden geacht dan het aanbieden aan de overheid van drie rapporten;
- c. het laten circuleren van het onder a