

Zorgen voor heel de mens

Transitiezorg is meer dan een goede transfer

Door te kiezen voor zorg die echt uitgaat van de behoefte van de persoon met een ziekte en door aandacht te schenken aan heel de mens én aan heel het traject van ziekte en zorg, kunnen verpleegkundigen patiënten optimaal ondersteunen bij het leven met de ziekte. Zij moeten dan wel het lef hebben traditionele grenzen te overschrijden en systematisch te reflecteren op hun eigen praktijk.

Ketenzorg voor chronisch zieken komt in Nederland niet structureel van de grond, constateert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2003). Doel van ketenzorg is het bereiken van een 'naadloze aansluiting' zodat de patiënt continuïteit van kwalitatief goede zorg ervaart. Er zijn wel veel regionale en ziektespecifieke initiatieven (zoals in de diabeteszorg, de heupzorg en de doorbraakprojecten voor CVA-patiënten), maar de structurele inbedding en multidisciplinaire samenwerking laten te wensen over. Over de effectiviteit van ketenzorg is nog niet veel bekend, al weten we dat patiënten risico's lopen door slechte afstemming.

Ketenzorg

Typisch Nederlandse termen als 'transmurale zorg' en 'zorgketens' onthullen dat onze gezondheidszorg volgebouwd is met 'schotten' en 'muren' waar je doorheen moet breken om nieuwe 'ketens' te kunnen bouwen. Telkens weer wordt geconstateerd dat de bestaande financieringsstructuur de ontwikkeling van ketenzorg en de omslag van aanbod- naar vraagsturing in de weg staat, maar toch komt er bitter weinig terecht van de stelselherziening (iBMG, 2002). De omslag is overigens niet alleen een kwestie van structuur, maar ook van mentaliteit, want de verkaveling in de zorg zit ook in de hoofden van de zorgpro-

fessionals. Veranderingen hoeven daarom niet te wachten op een stelselherziening. De zorg kan nu al beter en verpleegkundigen kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren.

De verpleegkundige bijdrage

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is weliswaar kritisch over de organisatie en uitvoering van ketenzorg, maar juist lovend over de bijdrage die gespecialiseerd verpleegkundigen en nurse practitioners leveren. De patiënttevredenheid over hen is groot (IGZ, 2003, p. 51). Uit het Inspectierapport blijkt ook dat de invulling van de rol van verpleegkundigen in de praktijk erg divers is: deze varieert van substitutie tot coördinatie van zorg. Hoewel systematische evaluaties van de effecten en opbrengsten van transmurale zorg en taakherschikking nogal eens ontbreken (Rosendal e.a., 2000; Temmink e.a., 2000a), zijn er toch genoeg aanwijzingen dat geprotocolleerde medische taakverschuiving (substitutie) naar verpleegkundigen, de opzet van verpleegkundige poli's/sprekuren en systematische aandacht voor goede coördinatie bij bepaalde aandoeningen zoals chronisch hartfalen, CVA, diabetes, astma en mammacare, leiden tot kwalitatief minstens even goede (en vaak betere) zorg als voorheen, met een betere continuïteit en meer patiënttevredenheid. Andere gewenste uitkomsten

Tabel 1

Kenmerken van succesvolle en niet-succesvolle transitie (Schumacher e.a., 1999)

Succesvol transitieproces	Niet-succesvol transitieproces
▪ Nieuwe betekenis toekennen aan situaties en omstandigheden ▪ Verwachtingen bijstellen ▪ Gewoontes veranderen ▪ Nieuwe kennis opdoen en vaardigheden ontwikkelen ▪ Continuïteit bewaren ▪ Nieuwe keuzes maken ▪ Kansen voor groei grijpen	▪ Zich verzetten tegen nieuwe betekenissen ▪ Onrealistische verwachtingen blijven koesteren ▪ Vasthouden aan oude gewoontes ▪ Niets bijleren ▪ Discontinuïteit ervaren ▪ Nieuwe keuzes vermijden ▪ Kansen voor groei niet nemen

zoals minder medische consumptie en lagere kosten door kortere ligduur zijn niet altijd bewezen.

Van aanbod- naar vraagsturing

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg concludeert in zijn rapport *Van patiënt naar klant* (2003) dat de klant niet altijd serieus wordt genomen, dat er vaak slecht naar hem wordt geluisterd en dat de zorgvraag te snel vertaald wordt in een vraag waar het bestaande zorgaanbod op kan worden losgelaten. Niet de vraag, maar het aanbod dat bovendien versnipperd is, is nog steeds bepalend.

Alle ontwikkelingen in onze samenleving gaan in de richting van meer zelfbeschikking, mondigheid en keuzevrijheid. Er gaapt echter een grote kloof tussen zorgprofessionals en het publiek over de wenselijkheid van mondigheid en vraagsturing (Delnoij e.a., 2003). Zorgprofessionals zitten vaak nog vast in het traditionele patroon waarin de patiënt wikt, maar de professional beschikt. In de dagelijkse praktijk moet de patiënt zich neerleggen bij de regels, zich voegen naar de agenda en het keurslijf van de organisatie waar de patiënt zogenaamd centraal staat. Mondigheid van patiënten wordt nogal eens als negatief of lastig beleefd, omdat veel artsen en verpleegkundigen nog altijd menen dat zij het bétér weten dan de patiënt. Goed hulpverlener-schap houdt echter geen *a priori* hiërarchie van kennis in, maar wel de bereidheid van de professional om de ervaringskennis van de patiënt serieus te nemen en te combineren met de eigen professionele kennis en ervaring voor het 'beste bewijs' uit theorie en praktijk. Voor de verpleegkundige betekent dit de patiënt serieus nemen en diens behoeftes als vertrekpunt nemen voor de inrichting van zorg.

Transitiezorg in plaats van ketenzorg

De term ketenzorg komt voort uit het aanboddenken: het bestaande verbrokkelde aanbod van zorg is vertrekpunt, de losse delen moeten door professionals voor de patiënt aan elkaar 'geketend' worden. In veel ketenzorgprojecten is efficiëntie en niet de stem van de klant de drijvende kracht. Natuurlijk is inefficiënte zorg niet de wens van de patiënt. Maar de klant wil ook niet 'geketend' worden.

Daarom is het beter de term ketenzorg te vervangen door transitiezorg. Transitiezorg

is de vertaling van het begrip *transitional care*: zorg voor mensen in transitie. Binnen de Kenniskring Transitie in Zorg aan de Hogeschool van Rotterdam worden transities gedefinieerd als 'overgangen van de ene levensfase, fysieke of psychische gesteldheid of van de ene sociale rol naar de andere, die het normale leven tijdelijk ontwrichten en om aanpassing vragen' (De Lange & Van Staa, 2003). Voorbeelden zijn transities in gezondheid en ziekte: veranderingen in de patiënten-carrière, overgangen in stadia van ziekte of overgangen tussen verschillende niveaus van zorg (Schumacher & Meleis, 1994). Een transitie houdt altijd verandering in, maar niet elke verandering is een transitie. Transitie brengen een omslag teweeg in het leven van mensen, het zijn keerpunten in de levensloop of in de (patiënten)carrière. Door hun complexiteit grijpen transities vaak diep in op het leven van mensen (De Lange & Van Staa, 2003) en brengen zij stress en onzekerheid teweeg. Mensen 'in transitie' staan voor de taak onzekerheid op te heffen en een nieuw evenwicht te vinden. Zij moeten de continuïteit in hun levensloop herstellen. Indicatoren voor een succesvol verlopen transitie zijn volgens Schumacher e.a. (1999) afname van symptomen, optimaal omgaan met mogelijkheden en beperkingen, een gevoel van verbondenheid, van *empowerment* en 'heelheid' (zie tabel 1).

Volgens Schumacher & Meleis (1994) is 'transitie' een centraal begrip voor de verpleegkundige discipline. Verpleegkundigen

zijn vaak direct betrokken bij transitie in ziekte- of zorgverloop. De opdracht om mensen te ondersteunen bij het vinden van een nieuw evenwicht sluit direct aan bij de beroepscompetenties van de verpleegkundige zoals die in *Met het oog op de toekomst* voor de hbo-verpleegkundige zijn geformuleerd en in vijf rollen ondergebracht (Pool e.a., 2001). In de rol van zorgverlener staat het bieden van 'zorg op menselijke maat' centraal - de zorg voor heel de mens - en in de rol van regisseur gaat het om de 'zorg als continu en integraal proces' - de zorg voor heel het traject. Door integraal te werken aan continuïteit van zorg ondersteunen verpleegkundigen het werk van de zieke om de continuïteit van zijn of haar levensloop te herstellen of te waarborgen.

Procesbenadering

Bij transitiezorg gaat het om meer dan een goede 'transfer' van patiënt en dossier. Transitie is een proces over en door de structuren heen. Protocollen en zorgplannen spelen hierin een grote rol, maar belangrijker is het zich te verplaatsen in de situatie van de persoon in transitie. Niet de ziekte, maar het transitieproces van de persoon staat centraal. Als de aandacht gericht is op de gemeenschappelijke ervaringen van mensen in transitie is het ook niet nodig voor elke patiëntencategorie aparte zorgpaden te ontwikkelen. Onderzoek laat zien dat de ervaringen van mensen met multiple sclerose en longemfyseem en hun behoefte aan ondersteuning tijdens transitie niet veel verschillen, ondanks de uiteenlopen-

Foto: Apple Derks/Fotografie azM Maastricht



Tabel 2

Gemiddelde verpleegduur in dagen in Nederlandse ziekenhuizen, in dagverpleging en (kliniek)

Leeftijd	2000	2001	2002
75-79 jaar	8,9 (12,8)	8,3 (12,5)	7,5 (11,8)
80-84 jaar	10,3 (14,2)	9,8 (14,2)	8,7 (13,0)
> 85 jaar	12,5 (16,1)	11,9 (15,9)	10,5 (14,4)
Alle ouderen > 75 jaar	10,5 (14,4)	10,0 (14,2)	8,9 (13,1)
Alle leeftijden	5,7 (8,5)	5,3 (8,2)	4,9 (7,8)

Bron: LMR, Prismant 2003

NIEUWE INTERVENTIES

Op de klinische afdeling Radiotherapie van Erasmus MC-Daniel (Rotterdam) werden vroeger alle patiënten met een dreigende dwarslaesie door uitzaaiingen in het centrale zenuwstelsel opgenomen voor een bestralingsschema van twee weken. Door een nieuwe werkwijze, ingegeven door wachtlijsten in de palliatieve radiotherapie, worden deze patiënten nu alleen nog twee keer poliklinisch bestraald. Voor de afdeling roept dit de vraag op of deze patiënten en hun omgeving nu nog wel voldoende zorg en begeleiding krijgen tijdens de moeilijke transitie naar de palliatieve fase. Eigenlijk weten we heel weinig over hoe de opvang op de poli verloopt, wat deze patiënten doormaken en welke steun zij nu ontvangen op andere plekken, bijvoorbeeld van de thuiszorg, in andere ziekenhuizen, enzovoort. Kan de directe opvang en begeleiding op de polikliniek verbeterd worden? Is er behoefte aan verpleegkundige nazorg en steun vanuit de oncologische kliniek en zo ja, hoe kan die dan het beste gegeven worden?

Met steun van de Kenniskring Transitie in Zorg en samen met HBO-V-studenten, gaan de verpleegkundigen nu zelf dit onderzoek uitvoeren. Naast observaties op de polikliniek interviewen verpleegkundigen patiënten en hun familie meerdere malen thuis en op de poli. Daarnaast worden mogelijke verpleegkundige interventies (bijvoorbeeld een verpleegkundig spreekuur of *outreach* activiteiten zoals opbellen en huisbezoek) in kaart gebracht en in een later stadium uitgetest.

'DE MAN DIE VAN DE STEIGER VIEL'

Een 55-jarige man, Kees Post, is tijdens zijn werk van een steiger gevallen en in het ziekenhuis opgenomen met een hoge dwarslaesie. Hij ligt al meer dan 5 weken op de afdeling Neurochirurgie en wacht op overplaatsing naar een revalidatiekliniek. HBO-V-studenten voeren in het kader van hun afstudeeronderzoek op de afdeling participerende observaties uit. In verschillende observatieverslagen valt op dat dhr. Post lusteloos is, slecht eet, slaapproblemen heeft en weinig initiatieven tot contact neemt. Hij is moeilijk benaderbaar en vraagt nooit iets. Bij de analyse van de observaties vragen we ons af of hij misschien depressief is. Eigenlijk is dat goed voorstelbaar. Maar ons valt ook op dat niemand hem ooit wat vraagt. Dan vraagt een van de studenten hem vlak voor het ontslag naar het revalidatiecentrum wat hij daarvan verwacht. Dhr. Post onthult dat hij daar geen idee van heeft, maar, zegt hij: 'ik heb zelf ook niets gevraagd'.

Is er dan niemand van de verpleegkundigen op het idee gekomen om hier zelf met hem over te gaan praten? In het verpleegkundige dossier van dhr. Post lezen we dat de verpleegkundigen steeds bezig zijn met zijn ontlasting, zijn huidverzorging, zijn vocht- en medicijninname (hij krijgt wel slaappillen) en met decubituspreventie. Aan de zorgverlening van meneer Post wordt veel tijd besteed, maar niemand praat met hem over zijn gevoelens, over de gevolgen van zijn dramatische situatie voor de rest van zijn leven, zelfs niet over de overplaatsing naar de revalidatiekliniek. Niemand vraagt zich af of deze man psychosociale hulp nodig heeft, of er misschien sprake is van een depressie. Ook over steun aan zijn familie lezen we niets. De coördinatie van de nazorg wordt geheel overgelaten aan een speciale ontslagverpleegkundige. Dat kan haast niet anders: veel afdelingsverpleegkundigen zijn zelf nog nooit in het revalidatiecentrum geweest. Hoe kunnen ze hem dan voorbereiden op zijn overplaatsing?

de kenmerken van de ziekte (Crul & Pool, 2000). Voor jongeren met een chronische aandoening die de transitie naar de volwassenzorg moeten maken, hoeft je niet voor elke aandoening een nieuw programma of protocol te ontwikkelen (Betz e.a., 2003). De behoefte aan een goede ondersteuning en voorbereiding op de overstap naar de volwassenzorg is bij een jongere met diabetes niet anders dan bij een jongere met spina bifida, al zijn er natuurlijk ziektespecifieke aandachtspunten (De Lange en Van Staa, 2003). Deze procesbenadering, die in de zorg nog weinig aangetroffen wordt, is nuttig bij het organiseren van 'naadloze overgangen'.

Hoe maken verpleegkundigen het verschil?

Elke verpleegkundige kan een belangrijke bijdrage leveren aan een betere zorg bij transities. Het verschil maken begint met een kritische, voortdurende reflectie op de eigen praktijk (Benner, 1984; 1996). De neiging van veel verpleegkundigen om zich te ontschikken aan regels, zich te beperken tot hun eigen domein en hun eigen afdeling - 'want de rest is niet onze verantwoordelijkheid' - is de dood in de pot. Om meer kwaliteit te bereiken is niet per definitie meer tijd nodig, maar vooral meer creativiteit, reflexiviteit en innovativiteit. Elke verpleegkundige zou eens over de grenzen van haar eigen werkplek, beroep en deskundigheid heen moeten kijken. Er zijn al veel grensoverschrijdende projecten; door ervaringen uit te wisselen, te lezen en elkaar op te zoeken kun je veel leren van pioniers. Een andere manier is de eigen praktijk aan een kritisch onderzoek te onderwerpen. Niet alleen een standaard enquête door patiënten laten invullen, maar zelf gaan observeren, patiënten direct vragen naar hun ervaringen en hun ideeën. Onderzoeken is de beste manier om vraagsturing inhoud te geven en het is nog leuk ook.

Leren door te reflecteren op de eigen praktijk ('doen wij het goede en doen wij het wel goed genoeg?') leeft nog te weinig bij verpleegkundigen. Onderzoek dat dicht bij de praktijk staat en waar verpleegkundigen zelf een rol in spelen, biedt de kans om processen effectiever in te vullen. Onderzoek doen en resultaten uit onderzoek op waarde kunnen schatten zijn een essentieel onderdeel van de verpleegkundige beroepsuitoefening. Natuurlijk kan niet van elke verpleegkundige

worden verwacht dat zij wetenschappelijk onderzoek doet op Mastersniveau, maar van een professional mag wél verwacht worden dat zij kan reflecteren en kan werken volgens de principes van evidence based practice (Cox e.a., 2004).

Zorgvormen aanpassen

De gemiddelde opnameduur van patiënten in het ziekenhuis is de afgelopen tien jaar drastisch gedaald (zie tabel 2). De zorg voor een goede overgang van ziekenhuis naar thuis is daarmee steeds belangrijker geworden, in het bijzonder voor kwetsbare groepen, zoals bijvoorbeeld ouderen boven de 75 jaar. Hoewel hun gemiddelde opnameduur bijna twee keer zo lang is als gemiddeld, daalde die tussen 2000 en 2002 van 14,4 naar 13,1 dagen -een reductie van ongeveer 10 procent in twee jaar! Door een ziekenhuisopname dreigen ouderen soms de balans in en de regie over hun leven te verliezen, vooral als zij na een opname niet meer terug kunnen naar huis en in 'verkeerde bedden' terechtkomen. Om de transitie van ziekenhuis naar huis soepeler te laten verlopen zijn in het afgelopen decennium in veel Nederlandse ziekenhuizen transfer- of liaisonverpleegkundigen aangesteld. Er zijn weinig systematische evaluaties verricht, zodat er nauwelijks uitspraken te doen zijn over uitkomsten als kwaliteit van zorg, efficiëntie en tevredenheid (Dukkers van Emden e.a., 1999). Als het werk van transferverpleegkundigen zich beperkt tot het regelen van de 'transfer' van de patiënt door de verschillende schakels van de keten heen, is de impact waarschijnlijk niet zo groot. Daarvoor is een omvattender aanpak noodzakelijk, waarbij integrale nazorg (aandacht voor care én cure) het uitgangspunt is. Het ziekenhuis met zijn hoge tempo en medisch-technische benadering biedt geen ideale omgeving voor het herstelproces van ouderen. Er is ook aandacht nodig voor reactivering en voor maatschappelijke, psychische en communicatieve aspecten van het bestaan. Speciale revalidatieafdelingen binnen de ziekenhuismuren (transferafdeling) laten zien dat efficiënte processen en betere zorg hand in hand kunnen gaan (Veenhuizen e.a., 2003; Damen, 2003). In het Rotterdamse St. Franciscus Gasthuis (SFG) gaan ouderen met een verpleeghuisindicatie na een opname op de Transferafdeling van het ziekenhuis vaak terug naar huis in plaats van naar het verpleeghuis.

Foto: Yvonne Lemmens, Jeroen Bosch Ziekenhuis



Goede nazorg begint al vóór de ziekenhuisopname. Een voorbeeld is trajectbegeleiding: de ondersteuning van ouderen en hun sociaal netwerk in het gehele traject rond de ziekenhuisopname. In het SFG bleek dat dit van transferverpleegkundigen nieuwe competenties, bijvoorbeeld casemanagement, vraagt. Andere voorbeelden van 'voorzorg' zijn de intakeverpleegkundige of verpleegkundige poli-sprekuren en intake door de thuiszorg, zoals gebeurt in de Joint Care-projecten. Ziekenhuiszorg is sterk in beweging; opnames duren steeds korter of blijven helemaal achterwege. Hierdoor wordt er een groot beroep gedaan op de innovatieve kracht én de regisseursrol van de verpleegkundige. Zij moet processen kunnen overzien, sturen en beïnvloeden. Voor veel verpleegkundigen is dat een radicale verandering: zij zijn gewend te werken binnen de grenzen van de afdeling en moeten nu pro-actief gaan denken en handelen in plaats van reactief. Dat roept vragen en onzekerheden op, maar het vormt tegelijk een goede aanleiding om zelf onderzoek te gaan doen naar passende interventies (zie kader 'Nieuwe interventies'). Verschuivingen naar ambulante zorg zullen steeds vaker voorkomen. Willen verpleegkundigen goede zorg blijven bieden dan dienen ze hun traditionele zorgvormen aan de ontwikkelingen aan te passen. Innovatie en onderzoek gaan hand in hand.

Zorgen voor heel het traject

Het is een misvatting te denken dat chronische

patiënten vooral buiten het ziekenhuis te vinden zijn. Bij veel mensen die ziekenhuis- of thuiszorg ontvangen is sprake van een lange voorgeschiedenis en een vervolg, en heel vaak van meerdere aandoeningen tegelijk die op verschillende plaatsen worden behandeld (co-morbiditeit). Ook acuut trauma leidt vaak tot chronische zorg. Door de Nationale Commissie Chronische Ziekten wordt een chronische ziekte gedefinieerd als 'een ziekte die niet binnen zes maanden geneest, of waarbij volledig herstel uitblijft' (NCCZ, 1994). Toch zijn veel verpleegkundigen in hun dagelijks werk vooral bezig met het verlenen van basiszorg in het hier en nu. Zij zijn zich vaak weinig bewust van de thuissituatie en de maatschappelijke gevolgen van het leven met een ziekte. In hun beleving begint hun werk bij de voordeur en eindigt het bij de achterdeur. Ook letterlijk is de patiënt uit beeld zodra hij de deur verlaat: komt dezelfde persoon later weer op afdeling terug, dan moet de hele verpleegkundige anamnese weer opnieuw gedaan worden en moet de patiënt hetzelfde verhaal wéér vertellen. Patiënten zijn in enquêtes meestal erg tevreden met de geboden zorg, maar er is maar weinig onderzoek gedaan waarin het oordeel van patiënten en verpleegkundigen over de geleverde zorg systematisch met elkaar worden vergeleken. Klaren e.a. (2000) deden dat wel met het oordeel van verpleegkundigen en kankerpatiënten over de kwaliteit van de nazorg. Uit haar onderzoek blijkt dat de meeste verpleegkundigen vonden dat patiën-

ten voldoende werden geïnformeerd, dat zij het ontslag goed regelden en dat de patiënten wisten waar zij terecht konden met vragen over hun ziekte. De patiënten dachten daar anders over en waren veel minder tevreden over de kwaliteit van de nazorg dan de verpleegkundigen! Drie weken na ontslag waren patiënten minder tevreden dan in het ziekenhuis. Dit wijst op een behoefte aan verpleegkundige zorg na opname, die ook bij andere patiëntencategorieën is vastgesteld. Zo blijken mensen na een opname vanwege een CVA nog lange tijd problemen te ervaren (Boter e.a., 2004).

Ziekenwerk

Tevredenheid hangt samen met verwachtingen. Patiënten zijn over het algemeen al blij dat ze (enige) zorg en aandacht ontvangen, vaak verwachten zij niet meer steun en begeleiding van verpleegkundigen. Verpleegkundigen willen graag dat patiënten hun rol van integrale zorgverlener in de praktijk herkennen. Omgekeerd herkennen ze zelf vaak onvoldoende

de enorme inspanningen die zieke mensen moeten leveren om overeind te blijven en te leven met de ziekte. Dat 'ziekenwerk' (Nijhof, 2002) blijft voor veel zorgverleners buiten beeld. Een derde van de somatisch chronisch zieken in het Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nivel zegt te kampen met één of meerdere psychosociale problemen op het gebied van relaties, werk en seksualiteit. Hoe jonger, hoe meer psychosociale problemen. Velen hebben behoefte aan gespecialiseerde hulp (Heijmans e.a., 2003). Hulpverleners weten echter vaak niet wat zij met zulke problemen aan moeten, als zij ze al constateren. De casus 'De man die van de steiger viel' (zie kader op p. 20) maakt dat tekort pijnlijk duidelijk. Uit onderzoek van Crul en Pool (2000) blijkt dat wijkverpleegkundigen transities bij chronisch zieken wel herkennen, maar hun hulpverlening vooral richten op het zoeken van praktische oplossingen voor lichamelijke tekorten. Hulpverleners weten niet goed hoe zij mensen kunnen helpen om

de transitie goed 'af te ronden'.

Betere ondersteuning en begeleiding van patiënten is een belangrijke opdracht voor verpleegkundigen. Hier vallen momenteel grote gaten in de zorg (IGZ, 2003). Uit een eerste onderzoek naar de meerwaarde van nurse practitioners in de zorg in Nederland blijkt dat door de inzet van NP's vooral de kwaliteit van informatievoorziening en van de psychosociale begeleiding toeneemt (Van Offenbeek e.a., 2004). Maar ook andere verpleegkundigen moeten deze gaten opvullen (Pool & Lambregts, 1999). Daarvoor zijn ze immers ook opgeleid. De verpleegkundige is de aangewezen persoon om patiënten te ondersteunen bij het vinden van een nieuw evenwicht en om hun zorgproces te coördineren. ■

AnneLoes van Staa is lector Transities in Zorg Hogeschool Rotterdam.

Geïnteresseerden kunnen een uitgebreide literatuurlijst opvragen bij de redactie, tel. (0346) 577290, e-mail: redactie.tvz@reedbusiness.nl.

LITERATUUR

- Benner, P. *From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison Wesley Publishing Company, California, 1984.
- Benner, P., Tanner, C.A., C.A. Chesla. *Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgement and Ethics*. Springer Publishers, New York, 1996.
- Betz, C.L., G. Redcay. Creating Healthy Futures: An innovative nurse-managed transition clinic for adolescents with special health care needs. *Pediatric Nursing* 29, 2003, nr. 1, p. 25-30.
- Boter, H., Rinkel, G.J., De Haan, R.J., HESTIA Study Group. Outreach nurse support after stroke: a descriptive study on patients' and carers' needs, and applied nursing interventions. *Clinical Rehabilitation* 18, 2004, nr. 2, p. 156-163.
- Cox, K., De Louw, D., Verhoef, J., Ch. Kuiper. *Evidence-Based Practice voor verpleegkundigen*. Lemma, Utrecht, 2004.
- Crul, C., A. Pool. *Morgen kan het weer anders zijn. Zorg van wijkverpleegkundigen bij transities in ziekteverloop*. NIZW, Utrecht, 2000.
- Damen, I. Snel naar huis. "Wachtlijsten voor indicatiestelling veroorzaken verkeerde bedproblematiek". *Zorg & Ondernemen*, 2003, maart, p. 14-17.
- Delnoij, D.M.J., Van Rooijen, A.P.N., Wigersma, L., P.P. Groenewegen. Botsingen in de spreekkamer. *Medisch Contact* 58, 2003, nr. 11.
- Dukkers van Emden, D.M., Ros, W.J., M.P. Berns. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 30, 1999, nr. 5, p. 1186-1194.
- Heijmans, M., Peters, L., Rijken, M., P. Verhaak. Ziek zijn eist zijn tol. *Medisch Contact* 58, 2003, nr. 30/31, p. 1159-1162.
- iBMG (instituut Beleid & Management Gezondheidszorg). *iBMG Manifest. Twintig zorgpunten over het toekomstig zorgstelsel*. iBMG Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2002.
- IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg). *Ketenzorg bij chronisch zieken*. Den Haag, 2003.
- Klaren, A.D., Leussink, M.C.A.M., Courtens, A.M., L. Hollands. Kwaliteit van zorg gedurende de ontslagfase. *Verpleegkunde* 15, 2000, nr. 1, p. 4-17.
- Lange, J. de, Van Staa, A.L. *Transities in ziekte en zorg; op zoek naar een nieuw evenwicht*. Kenniskring Transities in Zorg, Hogeschool Rotterdam, Rotterdam, 2003.
- NCCZ (Nationale Commissie Chronisch Zieken). *Chronisch zieken aan zet: Tussenbalans chronisch ziekenbeleid 1991-1994*. Zoetermeer, 1994.
- Nijhof, G. *Ziekenwerk. Een kleine sociologie van alledaags ziekenleven*. Aksant, Amsterdam, 2002.
- Offenbeek, M.A.G. van, Ten Hoeve, Y., P.F. Roodbol. Nurse practitioners combineren cure en care. *Medisch Contact* 59, 2004, nr. 1-2, p. 18-21.
- Pool, A., J. Lambregts. *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken*. Lemma, Utrecht, 1999.
- Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F., S. Vogel. *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen*. Hogeschool Rotterdam & NIZW, Rotterdam, 2001.
- Rosendal, H., Van Beekum, W.T., Van der Linden, B.A., A.J.P. Schrijvers. De effectiviteit van transmurale zorg. Een literatuurstudie naar de stand van zaken in Nederland. *TSG* 78, 2000, nr. 7, p. 426-431.
- RvZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg). *Van patiënt tot klant*. Zoetermeer, 2003.
- Schumacher, K.L., A.I. Meleis. Transition: A central concept in nursing. *Image, Journal of Nursing Scholarship*, 1994, nr. 26, p. 119-127.
- Schumacher, K.L., Jones, P.S., A.I. Meleis. Helping elderly persons in transition; A framework for research and practice. In: Swanson, E.A., T. Tripp-Reimer, ed. *Life transitions in the older adult; issues for nurses and other health professionals*. Springer, New York, 1999.
- Temmink, D., Francke, A.L., Kerkstra, A., H. Huijter Abu-Saad. Dutch transmural clinics for chronic patients: a descriptive study. *Patient Education & Counseling*, 2000a, nr. 39, p. 177-184.
- Veenhuizen, R.B., Deerenberg-Kessler, W., A.M.A. Brouwer. Het juiste bed. Snellere revalidatie door transitiezorg. *Medisch Contact* 58, 2003, nr. 24, p. 994-996.