

Effecten van functiedifferentiatie in de thuiszorg



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht

P.G.M. Jansen

A. Kerkstra

De Tijdstroom

Landelijk Centrum

Verpleging & Verzorging

Effecten van functiedifferentiatie in de thuiszorg

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging/NIVEL,
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 1997

Basisvormgeving Robbert Zweegman, Nijmegen
Fotografie omslag Hans van den Boogaard, Zwanenburg

Uitgever Uitgeverij De Tijdstroom BV
 Postbus 19135
 3501 DC Utrecht

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV)
Postbus 3135
3502 GC Utrecht

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, hetzij mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351 zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van één of meer gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 352 1764 0
NUGI 756

Inhoud

Voorwoord	9
Leeswijzer	11
Samenvatting	13
Summary	15
Deel 1	
1 Algemene inleiding	19
1.1 Doel en vraagstelling	20
2 Theoretisch kader en onderzoeksmodel	23
2.1 Job Characteristics Model	23
2.2 Effecten van taakkenmerken en individuele kenmerken op het werken in de verpleging: een literatuuroverzicht	29
2.3 Functiedifferentiatie in relatie tot de kwaliteit van arbeid	38
2.3.1 <i>Verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging</i>	39
2.3.2 <i>Onderscheidend kenmerk tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging</i>	43
2.3.3 <i>Horizontale functiedifferentiatie</i>	44
2.4 Functiedifferentiatie in relatie tot de kwaliteit van zorg	46
2.5 Onderzoeksmodel	50
3 Opzet en uitvoering van het onderzoek	53
3.1 Onderzoeksopzet	53
3.1.1 <i>Verticale functiedifferentiatie</i>	58
3.1.2 <i>Horizontale functiedifferentiatie</i>	59
3.2 Meetinstrumenten	60

3.2.1	<i>Kwaliteit van de arbeid</i>	60
3.2.2	<i>Persoonlijke en werkeffecten</i>	64
3.2.3	<i>Individuele kenmerken</i>	70
3.2.4	<i>Procesbeschrijving</i>	73
4	Effecten van taak- en individuele kenmerken binnen de thuiszorg	77
4.1	Overzicht van de gemiddelde scores op de taakkenmerken, individuele kenmerken en persoonlijke en werkeffecten	77
4.1.1	<i>Kwaliteit van de arbeid</i>	79
4.1.2	<i>Individuele kenmerken</i>	81
4.1.3	<i>Persoonlijke en werkeffecten</i>	83
4.2	Relatie tussen de taakkenmerken, de individuele kenmerken en de persoonlijke en werkeffecten	85
4.2.1	<i>De controlevariabelen</i>	85
4.2.2	<i>De samenhang tussen de taakkenmerken en de persoonlijke en werkeffecten</i>	88
4.2.3	<i>Samenhang tussen de individuele kenmerken en de persoonlijke en werkeffecten</i>	92
 Deel 2		
5	Effecten van verticale functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid	101
5.1	Inleiding	101
5.1.1	<i>Verwachte effecten van verticale functiedifferentiatie</i>	101
5.2	Methode	103
5.2.1	<i>De interventie</i>	103
5.2.2	<i>Onderzoekspopulatie</i>	107
5.2.3	<i>Meetinstrument</i>	109
5.3	Resultaten	111
5.3.1	<i>Het werken met verticale functiedifferentiatie in de praktijk</i>	111
5.3.2	<i>Vergelijking van de antwoorden die zijn gegeven op de vragen uit de voor- en nameting</i>	115
5.4	Conclusie	118
6	Inzet van hulpverleners: verschil tussen wenselijkheid en werkelijkheid	121
6.1	Inleiding	121
6.2	Ontwikkeling van het toewijzingsinstrument	122
6.3	Methode	130
6.4	Resultaten	131

6.4.1	<i>Mate waarin cliëntsituaties als complex en niet-complex worden beoordeeld</i>	133
6.4.2	<i>Discrepantie tussen de gewenste hulpverlener en de hulpverlener die wordt toegewezen en de factoren die hierin een rol spelen</i>	135
6.4.3	<i>Ziektebeelden waarbij met name complexe verpleegkundige zorg moet worden verleend</i>	138
6.4.4	<i>Vergelijking van de verdeling van cliënten tussen de experimentele en de controlegroep</i>	138
6.4.5	<i>Ervaringen met het gebruik van het toewijzingsinstrument</i>	141
6.5	Conclusie	142
7	Effecten van horizontale functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid	143
7.1	Inleiding	143
7.1.1	<i>Verwachte effecten van horizontale functiedifferentiatie</i>	144
7.2	Methode	145
7.2.1	<i>Interventie</i>	145
7.2.2	<i>Onderzoekspopulatie</i>	148
7.2.3	<i>Meetinstrument</i>	150
7.3	Resultaten	152
7.4	Conclusie	157
8	Effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg	159
8.1	Inleiding	159
8.1.1	<i>Kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief: theoretische achtergrond</i>	160
8.1.2	<i>Functiedifferentiatie in relatie tot de kwaliteit van zorg</i>	163
8.2	Methode	165
8.2.1	<i>De interventie</i>	165
8.2.2	<i>Onderzoekspopulatie</i>	167
8.2.3	<i>Meetinstrument</i>	168
8.3	Resultaten	170
8.4	Discussie	183
Deel 3		
9	Conclusies en aanbevelingen	187
9.1	Verticale functiedifferentiatie	188
9.2	Horizontale functiedifferentiatie	194
9.3	Thuiszorg in het algemeen	198

Literatuur	203
Bijlagen	211
1 Omschrijvingen van de centrale begrippen in het Job Characteristics Model	211
2 Definities van de kwaliteitsaspecten	214
3 Vragenlijst voor de hulpverleners in de thuiszorg	217
4 Vragenlijst voor het meten van de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief	243
5 Intercorrelaties tussen de variabelen uit het onderzoeksmodel	249
6 Toewijzingsinstrument voor het bepalen van de complexiteit van de verpleegsituatie en het onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging	252

Voorwoord

In dit rapport wordt een beschrijving gegeven van een onderzoek naar de effecten van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. De effecten van een verandering in taakkenmerken op arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim zijn bestudeerd. Het onderzoek is op initiatief van de toenmalige sectie MGZ van de NU'91 (momenteel Vereniging voor Verplegenden en Verzorgenden in de Maatschappelijke Gezondheidszorg, VVVM) verricht door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL). Het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV) heeft het onderzoek gefinancierd.

Allereerst willen we de thuiszorgorganisaties bedanken die door hun deelname dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. Het betreft de volgende organisaties: Kruisvereniging Rondom de Oosterschelde; Kruiswerk Noord-Oost Utrecht; Kruiswerk Rijn & Duin, Kruiswerk West-Veluwe, Stichting Amsterdams Kruiswerk, Stichting Thuiszorg Amstelland en Meerlanden, werkmaatschappij kruiswerk, Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost, Stichting Thuiszorg Ommelanden en Thuiszorg De Bossche Meierij. In het bijzonder gaat onze dank uit naar de contactpersonen uit deze organisaties en alle hulpverleners die deelnamen aan de enquête en het toewijzingsinstrument hebben gebruikt.

Tevens willen we de leden van de begeleidingscommissie van harte danken voor hun constructieve bijdrage aan het rapport. De begeleidingscommissie bestond uit de volgende personen:

- mw. L. Hadders, op persoonlijke titel (voorzitter)
- dhr. J.M.F. Bosveld, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- mw. M. Hanrahan, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- mw. H. Huijter-Abu Saad, Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap
- dhr. P.H. Jonkergouw, Kruisvereniging Breda

- dhr. H. Kanters, Nationaal Ziekenhuisinstituut
 - mw. A. de Lange, Samenhangend geheel van Onderwijsvoorzieningen Gezondheidszorg 1995
 - mw. G. Raas, Nationale Raad voor de Volksgezondheid
 - mw. M.S. Roelfzema, Thuiszorg Gooi en Vechtstreek
 - mw. H.E.M. Sales, Thuiszorg Centraal Twente
 - mw. R. van Vliet, Inspectie voor de gezondheidszorg
 - mw. A.M.A. van Wisselingh, Stichting Netwerk Gezinsverzorging
- Eveneens bedanken we mw. J. Kruyt voor haar bijdrage aan het laatste hoofdstuk, waarin de aanbevelingen van het onderzoek zijn geformuleerd. Tot slot worden ook alle andere personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt hartelijk bedankt voor hun medewerking; met name mw. B. Sluijk voor de secretariële ondersteuning en de personen die de gegevens van de enquête en het toewijzingsinstrument hebben ingevoerd.

Utrecht, voorjaar 1997

Leeswijzer

Het onderzoek naar de effecten van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg heeft een grote hoeveelheid informatie opgeleverd. Aangezien is besloten om al deze informatie te presenteren heeft dit geleid tot een omvangrijk rapport. Om de lezer te begeleiden in het vinden van de informatie die hij zoekt wordt in deze leeswijzer kort ingegaan op de inhoud van de verschillende hoofdstukken.

Het rapport bestaat uit drie delen. Deze zijn afzonderlijk van elkaar te lezen. Deel 1 beschrijft de vraagstelling (hoofdstuk 1) en het theoretisch kader (hoofdstuk 2). In dit tweede hoofdstuk wordt functiedifferentiatie in relatie gebracht met kwaliteit van arbeid en kwaliteit van zorg. In aansluiting hierop worden in het derde hoofdstuk de populatie, de methode van het onderzoek en de gebruikte meetinstrumenten beschreven. Het vierde hoofdstuk bevat de resultaten van de voormeting in 1994. Hierin wordt een beschrijving gegeven van de samenhang tussen taak- en individuele kenmerken met een drietal persoonlijke en werkeffecten: arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim.

In deel 2 worden de effecten van functiedifferentiatie beschreven. De hoofdstukken zijn opgebouwd als een artikel, zodat ze afzonderlijk zijn te lezen. Wel kon het hierdoor gebeuren dat bepaalde informatie uit voorgaande hoofdstukken wordt herhaald. Hoofdstuk 5 besteedt aandacht aan de effecten van verticale functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid (taakkenmerken, arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim). Het zesde hoofdstuk beschrijft het gebruik van een toewijzingsinstrument voor het verdelen van cliënten. De complexiteit van de verpleegkundige zorg en het onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging zijn hierin belangrijke factoren. De effecten van horizontale functiedifferentiatie op de kwaliteit van de arbeid komen aan de orde in het

zevende hoofdstuk. In hoeverre beide typen functiedifferentiatie invloed hebben op de kwaliteit van zorg wordt beschreven in het achtste hoofdstuk. Daarin staat het perspectief van de cliënt centraal.

Ter afsluiting van dit rapport worden in hoofdstuk 9 de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek beschreven. Dit vormt het derde deel van het rapport. Hierin wordt aandacht besteed aan het invoeringstraject en de randvoorwaarden van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg.

Samenvatting

Om de inzet van hulpverleners doelmatig te laten verlopen en de deskundigheid van hulpverleners te verbeteren wordt binnen de thuiszorg gebruikgemaakt van verticale en horizontale functiedifferentiatie. Onder verticale functiedifferentiatie wordt enerzijds verstaan de afbakening en afstemming van taken tussen de functies van verpleegkundige en verpleegster^[1] binnen de extramurale verpleging. Anderzijds betreft het een afbakening en afstemming van taken tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende (het 'grijze gebied'). Het verschil tussen verplegen en verzorgen staat hierin centraal. In het kader van horizontale functiedifferentiatie is aandacht besteed aan het werken met aandachtsgebieden (ook wel differentiaties genoemd). In dit onderzoek zijn de effecten van beide vormen van functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid en de kwaliteit van zorg onderzocht.

Drie thuiszorgorganisaties hebben deelgenomen aan het onderzoek naar de effecten van verticale functiedifferentiatie. Binnen deze organisaties stond het gebruik van functieomschrijvingen en een toewijzingsinstrument centraal. Uit de analyse van 1151 cliëntsituaties bleek dat de personele bezetting in veel gevallen niet overeenkomt met de verpleegkundige zorg die is gewenst. In 46% van de situaties was een wijkverpleegkundige gewenst en in 54% een wijkverpleegster. Bij de cliënt-toewijzing bleek vervolgens dat het aantal wijkverpleegsters vaak onvoldoende was om aan de gewenste inzet te kunnen voldoen. Uit gesprekken met hulpverleners bleek dat sommigen het moeilijk vonden om met functieomschrijvingen en een toewijzingsinstrument te werken, omdat men hiermee wordt verplicht om kritisch te kijken naar de inzet van hulpverleners. Daarentegen beschouwden anderen dit als een welkome gelegenheid om met elkaar van gedachten te wisselen over een verantwoorde inzet van personeel. Uit de resultaten van de enquête die aan het begin en eind van het onderzoek

[1]
In navolging van het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV 1988) wordt voor het tweede deskundigheidsniveau (de ziekenverzorgende) de term 'verpleegster' gebruikt.

is gehouden blijkt dat verticale functiedifferentiatie nauwelijks effect heeft gehad op een verandering in taakkenmerken, arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim.

Zes andere thuiszorgorganisaties zijn gestart met het werken met aandachtsgebieden. De effecten van deze vorm van functiedifferentiatie lijken positiever te zijn dan die van verticale functiedifferentiatie. Door het werken met aandachtsgebieden wordt het werk aantrekkelijker ten aanzien van de tijdsdruk, groeimogelijkheden en feedback. Ten aanzien van de arbeidstevredenheid lijken de aandachtsgebieden een preventieve werking te hebben. De tevredenheid is namelijk niet gedaald bij de hulpverleners met een aandachtsgebied, terwijl de hulpverleners zonder een aandachtsgebied minder tevreden zijn geworden.

Om de effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg te kunnen onderzoeken is een meetinstrument gemaakt, waarin het perspectief van de cliënt centraal staat. Met het instrument is een beeld verkregen van de zorgaspecten die cliënten belangrijk vinden en van de mate waarin deze aspecten aan de orde komen tijdens de zorgverlening. Echter, de onderzoeksperiode bleek te kort om bij de cliënt effecten van functiedifferentiatie te kunnen meten.

Naast de informatie met betrekking tot functiedifferentiatie heeft het onderzoek ook informatie opgeleverd die relevant is voor de thuiszorg in het algemeen. Zowel taakkenmerken als individuele kenmerken blijken de arbeidstevredenheid en burnout te beïnvloeden, waarbij taakkenmerken met name van invloed zijn op de arbeidstevredenheid terwijl individuele kenmerken met name effect hebben op de mate van burnout. Tot slot bleek de totale groep hulpverleners aan het eind van het onderzoek minder tevreden te zijn en meer gevoelens van burnout te vertonen. Het lijkt erop dat dit een gevolg is van de nadruk die momenteel binnen de thuiszorg wordt gelegd op het verhogen van productiviteit, flexibiliteit en efficiëntie.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek worden verschillende aanbevelingen gedaan waarin een rol is weggelegd voor het management van de thuiszorgorganisaties, de opleidingen voor verplegenden en verzorgenden, de beroepsorganisaties en de hulpverleners.

Summary

Community nursing in the Netherlands employs the principles of differentiated practice and specialization in order to improve efficient use of personnel and expertise. This report discusses a study into the effects of these two principles of labour division. The study was centred around community nurses, community nurse auxiliaries and home helps. The purpose of differentiated practice is to utilize the different levels of nursing personnel effectively. It focuses on the structuring of nursing roles and jobs in terms of their training, experience and competence. The alternative is specialization, giving nurses and nurse auxiliaries their own fields of expertise to work in.

Three home care agencies participated in researching the effects of differentiated practice. Focal points were the use of job descriptions and an instrument for patient allocation. Analysis of 1151 cases showed that the present staff-mix is not in accordance with the care that is needed. 46% of the patients needed a community nurse and 54% a community nurse auxiliary. Application of the instrument for patient allocation showed a shortage of community nurse auxiliaries and a surplus of community nurses. Some of the care-givers were not favourable to the use of job descriptions and the instrument for patient allocation, because this required them to consider the allocation critically. Others, however, appreciated the opportunity to discuss allocation with colleagues. The results of a survey showed that differentiated practice had little effect on job characteristics, job satisfaction, burnout and absenteeism.

Six other home care agencies engaged in specialization, concentrating tasks of nurses and nurse auxiliaries in specific areas-of-special-expertise. The effects of this type of labour division appear to be more positive than those of differentiated practice. By implementing specialization the work in

community nursing becomes more attractive with respect to time pressure, possibilities for growth at work and feedback. With regard to job satisfaction, specialization seems to have a preventive effect. As it happens, care-givers who had not been given the opportunity to specialize were less satisfied by the end of the project, whereas job satisfaction of nurses and nurse auxiliaries who had specialized did not change.

To study the effects of differentiated practice and specialization on the quality of care, an instrument was developed with the client perspective as starting point. This instrument not only shows which aspects of care are considered important by clients. It also shows to what extent these aspects receive attention during the actual care-giving. However, the research period proved to be too short to measure effects by the client.

In addition to the information concerning differentiated practice and specialization, this study also yielded information relevant to community nursing in general. Job satisfaction and burnout are influenced by job characteristics as well as individual characteristics, but job satisfaction is influenced to a greater extent by job characteristics, whereas burnout is more affected by individual characteristics. Finally, by the end of the study, the total group of care-givers were less satisfied with their job, and showed more signs of burnout. It would seem that this is a consequence of the emphasis given to improvement of productivity, flexibility and efficiency in community nursing today.

Deel 1

1

Algemene inleiding

In de eerste fase van het onderzoek naar Functiedifferentiatie binnen de Thuiszorg (Jansen & Kerkstra 1993) zijn zowel verticale als horizontale functiedifferentiaties ontwikkeld voor de extramurale verpleging en verzorging. Bij de *verticale* functiedifferentiatie gaat het enerzijds om de afbakening en afstemming van taken tussen de functies van verpleegkundige en verpleegster^[1] binnen de extramurale verpleging. Hiervoor is het Verpleegkundig Beroepsprofiel (Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) 1988) als uitgangspunt genomen. Anderzijds betreft het een afbakening en afstemming van taken tussen de functie van wijkverpleegster en de functie van gezinsverzorgende (het 'grijze gebied'). Het verschil tussen verplegen en verzorgen staat hierin centraal. Een verticale differentiatie tussen de verschillende functies binnen de gezinsverzorging (bijvoorbeeld tussen thuishulp A, verzorgingshulp B en verzorgende C) behoorde niet tot het onderwerp van dit onderzoek.

Met betrekking tot de *horizontale* functiedifferentiatie is ten aanzien van de extramurale verpleging gezocht naar mogelijkheden om het takenpakket aan te passen aan de kwaliteitseisen die de zorgverlening vraagt. In dit kader zijn aanbevelingen geformuleerd voor het construeren van aandachtsgebieden/differentiaties en het vormen van sectoren of divisies (een onderscheid tussen volwassenenzorg en ouder- en kindzorg).

In aansluiting op de aanbevelingen uit de eerste fase wordt het onderhavige onderzoek verricht. Het vormt derhalve de tweede fase van het onderzoek naar functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Het doel en de vragen van de tweede fase van het onderzoek worden beschreven in de volgende paragraaf. Ter afsluiting van dit inleidende hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de andere hoofdstukken uit dit rapport.

[1]

In dit rapport wordt in navolging van het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV 1988) voor het tweede deskundigheidsniveau binnen de verpleging de term verpleger/verpleegster gebruikt. Op deze manier wordt het mogelijk een duidelijk onderscheid te maken tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Hiermee wordt gepoogd een mogelijke begripsverwarring als gevolg van het gebruik van de term ziekenverzorgende uit te schakelen. In verband met de leesbaarheid zullen deze hulpverleners steeds in de vrouwelijke vorm voorkomen. Waar verpleegster staat, kan ook verpleger worden gelezen.

1.1

Doel en vraagstelling

Het doel van het onderzoek is na te gaan wat de effecten zijn van de invoering van de ontwikkelde verticale en horizontale functiedifferentiatie in de praktijk. Effecten op de kwaliteit van de arbeid van de uitvoerenden alsmede de effecten op de kwaliteit van de verleende zorg zullen worden onderzocht.

Om dit doel te kunnen bereiken zijn vier vragen geformuleerd.

Vraag 1

Wat is het effect van het invoeren van de ontwikkelde verticale functiedifferentiatie op de kwaliteit van de extramurale verpleging en de gezinsverzorging?

Verwacht wordt dat door het invoeren van de ontwikkelde verticale functiedifferentiatie de doelmatigheid van de thuiszorg zal toenemen door het inzetten van de juiste verpleegkundige, verpleegster of verzorgende op de juiste plaats. Dat wil zeggen geen over- of ondergequalificeerde hulpverlener bij een cliënt met een bepaalde hulpvraag. Tevens kan hierbij duidelijk worden in hoeverre de bestaande personeelsformatie voldoet (de verhouding tussen het aantal wijkverpleegkundigen en het aantal wijkverpleegsters). Tevens wordt verwacht dat toepassing van de principes van verticale functiedifferentiatie niet ten koste gaat van de kwaliteit van de verleende zorg, maar dat deze gehandhaafd blijft. Het uitgangspunt is namelijk dat invoering van verticale functiedifferentiatie niet mag leiden tot kwaliteitsverlies in de zorgverlening. In het onderzoek wordt, behalve aan de tevredenheid van de zorgverleners met de kwaliteit van zorg, specifiek aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg bekeken vanuit het cliëntenperspectief.

Vraag 2

Wat is het effect van het invoeren van de ontwikkelde verticale functiedifferentiatie op de kwaliteit van de arbeid van wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden?

In de literatuur wordt het begrip 'kwaliteit van de arbeid' niet eenduidig gedefinieerd. Er bestaat discussie over wat tot dit begrip gerekend moet worden. Fruytier en Ter Huurne (1983) onderscheiden in hun literatuurstudie een 'brede' en een 'smalle' variant in de definities van kwaliteit van arbeid, waarbij allerlei tussenvormen voorkomen. De twee uiterste varianten kunnen als volgt worden onderscheiden: in de brede variant

worden arbeidsinhoud, -omstandigheden, -voorwaarden en -verhoudingen als dimensies van kwaliteit van de arbeid opgevat (zie bijvoorbeeld Knaapen 1981); in de smalle variant zijn dat alleen de arbeidsinhoud en de arbeidsomstandigheden (zie bijvoorbeeld Beukema 1989). Gezien de aandacht die bij functiedifferentiatie primair wordt gelegd op taken en functies van beroepsbeoefenaars wordt in dit onderzoek gekozen voor de 'smalle' definitie van kwaliteit van arbeid, waarbij de nadruk ligt op de inhoud van het werk. Verwacht wordt dat door de aanwezigheid van een duidelijke verticale functiedifferentiatie de kwaliteit van de arbeid van de uitvoerenden zal toenemen. Een duidelijke omschrijving van de taakinhoud per functie zal er naar verwachting toe leiden dat per functie minder taken beneden of boven het functieniveau dienen te worden verricht.

Met betrekking tot de horizontale functiedifferentiatie zijn op analoge wijze de volgende vragen geformuleerd voor de extramurale verpleging. De functie van gezinsverzorgende komt hier niet ter sprake omdat uit de eerste fase van het onderzoek is gebleken dat horizontale functie-differentiatie nauwelijks van toepassing is op dit type hulpverlener.

Vraag 3

Wat is het effect van het invoeren van de ontwikkelde horizontale functiedifferentiatie op de kwaliteit van de extramurale verpleegkundige zorgverlening?

Van het invoeren van de ontwikkelde horizontale functiedifferentiatie (het werken binnen afzonderlijke sectoren en/of met aandachtsgebieden) wordt verwacht dat de doelmatigheid van de verleende extramurale verpleegkundige zorg zal toenemen, waardoor taken die momenteel in de verdrukking komen waarschijnlijk beter kunnen worden uitgevoerd, met andere woorden dat het totale zorgpakket van de extramurale verpleging beter wordt gegarandeerd. Tevens wordt verwacht dat door horizontale functiedifferentiatie de kwaliteit van de verleende zorg zal toenemen, omdat wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters gerichter bijgeschoold kunnen worden en hun kennis en vaardigheden beter op peil kunnen houden. Evenals bij de effecten van de verticale functiedifferentiatie wordt specifiek aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de cliënt.

Vraag 4

Wat is het effect van het invoeren van de ontwikkelde horizontale functiedifferentiatie op de kwaliteit van de arbeid van wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters?

Omdat horizontale functiedifferentiatie kan worden beschouwd als een vorm van verruiming van de taakinhoud wordt verwacht dat het werken in sectoren en het werken met aandachtsgebieden een positieve invloed zal hebben op de kwaliteit van de arbeid van wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters.

2

Theoretisch kader en onderzoeksmodel

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven waarbinnen het onderzoek heeft plaatsgevonden. Allereerst wordt de basis van het onderzoek gepresenteerd: het Job Characteristics Model (Hackman & Oldham 1975, 1976 en 1980). Vervolgens wordt in het kort een literatuuroverzicht gegeven van publicaties met betrekking tot taakkenmerken, individuele kenmerken en de bijbehorende effecten in de verpleging. Daarna worden verschillende aspecten van functiedifferentiatie beschreven en in relatie gebracht met de kwaliteit van arbeid en de kwaliteit van zorg. Op basis hiervan wordt tot slot het onderzoeksmodel gepresenteerd.

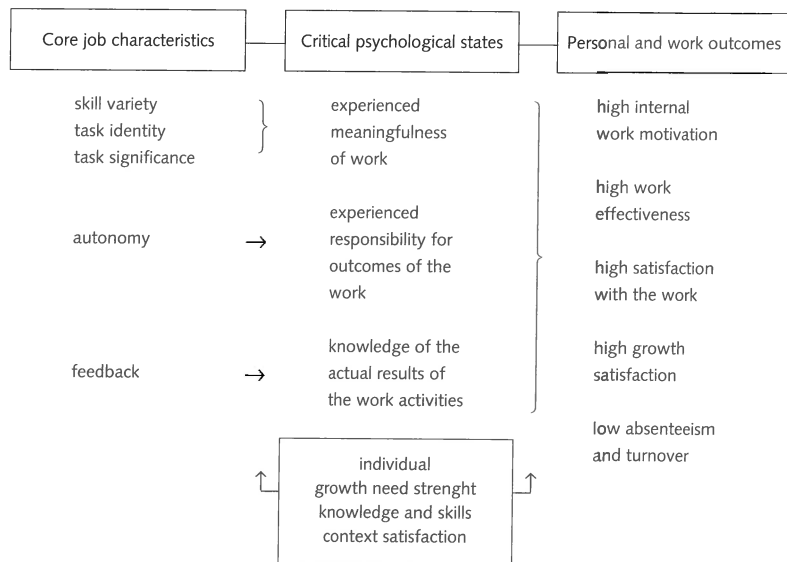
2.1

Job Characteristics Model

Voor het meten van de effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid en de kwaliteit van zorg is gezocht naar een geschikt theoretisch model. Gekozen is voor het Job Characteristics Model (JCM) van Hackman en Oldham (1975, 1976 en 1980), dat is gebaseerd op het werk van Turner en Lawrence (1965) en Hackman en Lawler (1971). Naast het JCM is tijdens de bestudering van literatuur eveneens aandacht besteed aan het Job Demand Control Model (JDC-Model) van Karasek en Theorell (1990) en het Demand Control Support Model (DCS-Model) van Johnson c.s. (1988). Echter, binnen het JDC-Model ligt de nadruk op taakeisen (werkdruk) en beslissingsruimte (autonomie), in het DCS-Model aangevuld met de variabele 'sociale ondersteuning'. Aangezien het Job Characteristics Model expliciet is bedoeld ter ondersteuning van de (her)structurering van de taakinhoud en aan meerdere taakaspecten aandacht besteedt, wordt het als kader gebruikt voor het onderzoek naar de invloeden van functiedifferentiatie op het werk in de extramurale verpleging en verzorging. Het originele Job Characteristics Model is weergegeven in figuur 2.1.

De theorie rond het model veronderstelt dat positieve 'persoonlijke en werkeffecten' (motivatie, effectiviteit van het werk, tevredenheid en verzuim/verloop) worden verkregen als drie 'kritische psychologische toestanden' (ervaren betekenis, ervaren verantwoordelijkheid en kennis van resultaten) aanwezig zijn bij een werknemer. De theorie veronderstelt dat deze drie kritische psychologische toestanden worden gevormd door de aanwezigheid van vijf 'centrale taakkenmerken' (afwisseling, identiteit, belang, autonomie en feedback). Zo wordt de ervaren betekenis van het werk met name vergroot door de afwisseling, de identiteit en het belang van de uit te voeren taken. De ervaren verantwoordelijkheid wordt vergroot als het werk veel autonomie bevat. Tot slot wordt de kennis van resultaten vergroot als in het werk veel feedback plaatsvindt. Het model vooronderstelt dat een individu een positief gevoel ervaart in de mate waarin hij *te weten komt* (kennis van resultaten) dat hij *persoonlijk* (ervaren verantwoordelijkheid) een goede prestatie heeft geleverd bij het verrichten van een taak die hij als *zinvol* beschouwt (ervaren betekenis). Een omschrijving van de verschillende begrippen wordt gegeven in bijlage 1. De verschillende variabelen kunnen worden gemeten met behulp van de door Hackman en Oldham ontwikkelde 'Job Diagnostic Survey'.

Figuur 2.1
Job Characteristics Model



Bron: Hackman en Oldham (1975, 1976, 1980).

Hackman en Oldham veronderstellen dat een toename van de centrale taakkenmerken zal leiden tot een hoger *motiverend vermogen* van het werk. Echter, het motiverend vermogen van het werk zal niet direct werknemers met een hoge interne motivatie of arbeidstevredenheid opleveren. Werk dat een hoog motiverend vermogen heeft creëert voorwaarden waaronder de werknemer een hogere interne motivatie kan bereiken. Werknemers die veel waarde hechten aan gevoelens van prestatie en groei zullen positief reageren op werk waarbinnen de vijf centrale taakkenmerken in grote mate aanwezig zijn. Door personen die geen waarde hechten aan persoonlijke groei en prestatie kan dergelijk werk juist als bedreigend of onaangenaam worden ervaren. Derhalve is de variabele 'individuele groeibehoefte' als modererende factor in het model opgenomen. In 1980 werden door Hackman en Oldham eveneens 'kennis en vaardigheid' en 'tevredeheid met de werk-context' als modererende factor in het model opgenomen. Daarnaast verwijderden zij in 1980 'absenteeïsm and turnover' uit het JCM. De reden hiervoor is dat uit onderzoeken bleek dat het verzuim niet altijd afneemt na een herontwerp van taken. De auteurs veronderstellen derhalve dat een verrijking van taken, afhankelijk van de competentie van de uitvoerende, zal leiden tot een verhoging of verlaging van verzuim en verloop. Tot slot werd 'growth satisfaction' als afhankelijke variabele aan het model toegevoegd. Zoals eerder opgemerkt kunnen het Job Characteristics Model en de Job Diagnostic Survey worden gebruikt om een diagnose van de situatie te geven of als invalshoek voor het implementeren van een herstructurering van werk. Met betrekking tot functiedifferentiatie wordt het model met name gebruikt als uitgangspunt voor een herstructurering. In dit kader zijn de vijf implementatie-principes die Hackman en Oldham in 1980 presenteerden van belang. In tabel 2.1 worden deze principes in relatie gebracht met de vijf taakkenmerken uit het model.

Tabel 2.1

Relatie tussen herstructurering van werk en de centrale taakkenmerken

Implementatie principes	Centrale taakkenmerken
Combinatie van taken	→ Afwisseling van werkzaamheden Identiteit van het werk
Vorming van natuurlijke werkeenheden	→ Identiteit van het werk Belang van het werk
Opzetten van een klantgerichte structuur	→ Afwisseling van werkzaamheden Autonomie Feedback
Verticale verrijking van het werk	→ Autonomie
Instellen van feedbackkanalen	→ Feedback

Bron: Hackman en Oldham 1980.

Uit tabel 2.1 blijkt dat door een *combinatie* van verschillende taken binnen één groter takenpakket de afwisseling in het werk zal toenemen. De identiteit zal eveneens toenemen omdat de uitvoerende zich kan vereenzelvigen met het totale product. Het vormen van natuurlijke *werkeenheden* kan op basis van verschillende principes worden uitgevoerd (bijvoorbeeld geografisch, werksoort of soort klanten). Op deze manier zal de identiteit van het werk toenemen als de werknemer verantwoordelijkheid draagt over zo'n werkeenheden. Het belang van het werk zal toenemen omdat de werknemer zich meer bewust wordt van de invloed die zijn/haar werk heeft op anderen binnen de werkeenheden. Het opzetten van een *klantgerichte structuur* kan worden bereikt door de werknemer veel mogelijkheden te geven om direct met de klanten in contact te treden. Afwisseling in het werk zal toenemen door de combinatie van technische en interpersoonlijke vaardigheden. De autonomie neemt toe omdat de werknemer zelf verantwoordelijk is voor de manier waarop hij/zij de relatie met de klant onderhoudt. Feedback neemt toe omdat de werknemer direct van de klant waardering of kritiek krijgt over het product dat wordt geleverd. Door *taakverrijking* zal de autonomie in het werk toenemen vanwege een toename in verantwoordelijkheid. De werknemer krijgt meer

controle mogelijkheden binnen zijn werk waarmee de ruimte tussen controle en uitvoering wordt verkleind. Door het instellen van *feedbackkanalen* krijgt de werknemer direct, onmiddellijk en regelmatig een terugkoppeling over het werk. Op deze wijze krijgt de werknemer een gevoel van controle over zijn werk en worden verstorende interpersoonlijke problemen voorkomen (Hackman & Oldham 1980).

Sinds de formulering van het model zijn er verschillende studies verricht die het model hebben getoetst. Boumans (1990) heeft deze studies in een overzicht beschreven en signaleert naar aanleiding van de resultaten van deze studies de volgende knelpunten.

- Aangezien de mediërende rol van de 'kritische psychologische toestanden' niet in de resultaten van verricht onderzoek naar voren komt lijkt het gerechtvaardigd deze variabelen als afhankelijke variabelen te beschouwen.
- Bovendien zou een toevoeging van 'psychische klachten' aan de groep afhankelijke variabelen een tegemoetkoming zijn aan de verwaarlozing van deze variabelen die binnen de taakkenmerkenbenadering tot nu toe heeft plaatsgevonden.
- De resultaten met betrekking tot de modererende werking van de individuele groeibehoefte zijn matig. Echter, het zou verkeerd zijn de aandacht voor de werking van individuele verschillen tussen mensen te laten varen. Wellicht zou daarmee waardevolle informatie over de invloed van aspecten van werk op taakuitvoerders verloren gaan. Het verdient de aanbeveling de moderatoren duidelijk af te bakenen en in te passen in een theoretisch kader. In de toekomst zou weleens kunnen blijken dat de werking van de moderatoren inderdaad afhankelijk is van specifieke onderzoekspopulaties en -situaties. Het voortijdig afstoten van de moderatorfunctie zou dan al te voorbarig blijken te zijn.
- De vijf centrale taakdimensies blijken niet te beschikken over een duidelijke reproduceerbare factorstructuur. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de structuur van de Job Diagnostic Survey varieert tussen verschillende onderzoekspopulaties. Een andere oorzaak wordt gezocht in de negatief geformuleerde items. Echter, alhoewel een herformulering van deze items een verbetering van de structuur oplevert, geeft de herziene Job Diagnostic Survey geen betere voorspelling van de reactie-variabelen. Een uitbreiding van de taakkenmerken en inpassing van niet-taakgebonden factoren in het taakkenmerkenmodel zou wellicht een betere voorspelling van de reactie-variabelen kunnen opleveren (Boumans 1990).

Een groot deel van de discussie in de literatuur over het Job Characteristics Model was gericht op de vraag of men gebruik moet maken van objectieve dan wel subjectieve taakkenmerken. In de vragenlijst worden de respondenten namelijk eerst gevraagd naar de aanwezigheid van de taakkenmerken en vervolgens naar de tevredenheid over deze taakkenmerken. Wanneer men zowel de taakdimensies als de reacties laat beoordelen door de taakuitvoerder zelf en men dit doet met behulp van dezelfde vragenlijsten, zou men de kans op 'common method variance' tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen vergroten, waardoor de relatie tussen de perceptie van de taak en de reacties sterker wordt verondersteld dan deze in werkelijkheid is. Echter, de zeer gedegen behandeling van deze problematiek door Fried en Ferris (1987) en de bevindingen van Jenkins c.s. (1983) en Glick c.s. (1986) geven steun aan de veronderstelling dat taakkenmerken en reacties van werknemers samenhangen vertonen die onafhankelijk zijn van 'common method variance', alhoewel niet geheel kan worden uitgesloten dat 'method variance' de omvang van deze samenhangen mogelijk beïnvloedt (Boumans 1990).

De ontwerpers van het model merken hierover op dat het model niet differentieert tussen objectieve en waargenomen taakkenmerken. Het is niet duidelijk of de motiverende voordelen van verrijkt werk een gevolg zijn van objectieve taakkenmerken of van persoonlijke waarnemingen van de taakkenmerken (Hackman & Oldham 1980).

Algera (1992) heeft met betrekking tot dit onderwerp in het kort een aantal studies beschreven. Hieruit blijkt dat volgens Salancik en Pfeffer (1978) niet de objectieve taakkenmerken, maar de sociale omgeving van het individu als voornaamste determinant van taakpercepties en attitudes moet worden beschouwd. Taakpercepties en attitudes zijn voornamelijk een sociaal geconstrueerde werkelijkheid. Zij presenteren derhalve een alternatief model, het Social Information Processing model, ter verklaring van de relaties tussen attitudes en taakpercepties. In een overzichtsartikel van Thomas en Griffin (1983) over de resultaten van een tiental studies over dit onderwerp, wordt geconcludeerd dat beide determinanten, objectieve taakkenmerken en de sociale omgeving, de perceptie van taken beïnvloeden. Tevens blijkt er een aanzienlijke mate van overeenstemming te bestaan tussen de taakpercepties van taakuitvoerders zelf en die van anderen over het werk van de uitvoerders (bijvoorbeeld chefs of onderzoekers) (zie Algera 1992).

Op basis van deze literatuur wordt geconcludeerd dat het Job Characteristics Model een goede basis vormt voor het onderzoeken van de

effecten van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Aangezien het JCM niet specifiek is bedoeld voor de verpleging wordt in de volgende paragraaf een kort literatuuroverzicht gepresenteerd over onderzoek naar taakkenmerken, persoonlijke kenmerken en bijbehorende effecten in de verpleging. Met behulp van deze ervaringen kan worden bepaald welke aspecten relevant zijn om op te nemen in het onderzoeksmodel.

2.2

Effecten van taakkenmerken en individuele kenmerken op het werken in de verpleging: een literatuuroverzicht

Voor het vaststellen van de effecten van taakkenmerken binnen de verpleging is reeds eerder gebruikgemaakt van het Job Characteristics Model. Het betreft het onderzoek van Boumans 'Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen' (1990). Doelstelling van haar onderzoek was het nagaan van de bruikbaarheid van de taakkenmerkenbenadering voor een verpleegkundige onderzoekssituatie. Naar aanleiding van een uitgebreide literatuurstudie komt Boumans (1990) allereerst tot een aantal aandachtspunten om de effecten van taakkenmerken te onderzoeken, waarmee ze een motivatie geeft voor het gebruik van het JCM. 'Om tot een opsporing van knelpunten en problemen in de verpleegkundige werksituatie te komen zal niet alleen een analyse van verschillende aspecten van het werk en mogelijke reacties bij verpleegkundigen dienen plaats te vinden, maar zal ook getracht moeten worden verbanden tussen aspecten van het werk en reacties van verpleegkundigen te achterhalen. Bovendien zal aandacht moeten worden besteed aan de invloed van persoonsgebonden en psychosociale factoren, waarbij nagegaan wordt of er sprake is van een hoofd- of buffereffect. Door zowel werkaspecten als individuele en psychosociale factoren bij het onderzoek te betrekken kan nagegaan worden op welk terrein toekomstige interventies kansrijk zijn.'

Ten aanzien van de belangrijkste effecten van de taakkenmerken op verscheidene reacties van verpleegkundigen wordt door Boumans (1990) het volgende geconcludeerd. Op individueel niveau leiden complexe werksituaties met een hoge moeilijkheidsgraad aan de ene kant tot een positieve eigen werkwaardering, maar aan de andere kant roept het ook gezondheidsklachten op. Op afdelingsniveau valt op dat bij een hoge mate van complexiteit/moeilijkheid de verpleegkundigen op verpleegafdelingen een grotere eigen werkwaardering rapporteren en minder vaak verzuimen. Naast de mate van complexiteit/moeilijkheid blijkt de feedback die men ontvangt van het afdelingshoofd en collega-verpleegkundigen over de

taakuitvoering en de duidelijkheid met betrekking tot de inhoud van het werk en de te vervullen rol binnen dat werk belangrijk te zijn bij het bepalen van positieve reacties van verpleegkundigen, met uitzondering van de verzuimfrequentie. De mate van deze feedback/duidelijkheid blijkt vooral een belangrijke voorspellende waarde te hebben ten aanzien van de tevredenheid van verpleegkundigen over hun werk.

Bij een te hoge werkdruk zijn de verpleegkundigen volgens de verwachting minder tevreden, hebben ze meer gezondheidsklachten en verzuimen ze vaker.

Een ander aspect in het werk van verpleegkundigen dat bepalend is voor positieve gevoelens van tevredenheid, ervaren gezondheid en eigen werkwaardering is de mate van autonomie aangaande werkmethoden en -procedures. Gelegenheid voor promotie, groei en persoonlijke ontwikkeling (invloed op tevredenheid, eigen werkwaardering en verzuimfrequentie) blijkt, evenals verzorgende en begeleidende activiteiten (invloed op eigen werkwaardering) enkel op individueel niveau effecten te hebben. Het type verpleegstelsel speelt geen belangrijke rol bij de voorspelling van de afhankelijke variabelen. Noch op individueel noch op afdelingsniveau blijkt het soort verpleegstelsel in de regressieanalyses van de vier reactie-variabelen een bepalende variabele.

Ten aanzien van het leiderschapsgedrag van het afdelingshoofd bleek dat sociaal-emotioneel leiderschap in belangrijke mate bijdraagt tot tevredenheid, eigen werkwaardering en vermindering van gezondheidsklachten. Instrumenteel leiderschap daarentegen leidt tot meer gezondheidsklachten.

Verder komt naar voren dat verpleegkundigen het meest tevreden zijn wanneer het afdelingshoofd veel aandacht besteedt aan zowel de sociaal-emotionele als de instrumentele aspecten van haar/zijn stijl van leidinggeven. Tevens blijkt dat er niet één optimale combinatie van beide leiderschapstijlen aanwijsbaar is, maar dat een relatief lage verzuimfrequentie bij diverse combinaties voorkomt.

Tot slot heeft Boumans (1990) de rol van een aantal individuele/psychosociale kenmerken onderzocht. Geconcludeerd wordt dat de variabelen 'sociale steun' en twee 'copingstrategieën' (palliatieven, dat wil zeggen het zoeken van afleiding, proberen je wat prettiger te voelen en actief-probleem-aanpakken) een hoofdeffect uitoefenen op de reacties van verpleegkundigen. Dit geldt in mindere mate voor de copingstrategie 'comforting cognitions' (bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben, dat na regen weer zonneschijn komt) en voor 'behoefte aan

autonomie'. De resultaten met betrekking tot de bufferfunctie van de individuele/psychosociale kenmerken bleken teleurstellend te zijn. Slechts tussen de 8% en 22% van de subgroep-analyses leverden significante resultaten op.

De Jonge en Landeweerd (1992, 1993) komen met deels vergelijkbare resultaten naar aanleiding van een secundaire analyse verricht over een databestand met 1226 verplegenden, werkzaam in verschillende sectoren van de gezondheidszorg (ambulance, ICU/CCU, psychiatrie, algemeen en wijkverpleging). Dit databestand is verkregen door middel van vragenlijsten die afkomstig zijn van Boumans (1990). Op grond van de resultaten wordt geconcludeerd dat werkdruk en autonomie zowel afzonderlijk als in onderlinge combinatie een belangrijke rol lijken te spelen ten aanzien van de arbeidstevredenheid, de gezondheidsklachten en de ervaren betekenis van het werk (De Jonge & Landeweerd 1992). Tevens worden de volgende twee hypothesen bevestigd: 'de meest ongunstige reacties zullen optreden bij hoge taakeisen en lage beslissingsruimte' en 'motivatie, leren en groei zullen optreden bij zowel hoge taakeisen als hoge beslissingsruimte'. Ter vermindering van de gezondheidsklachten van deze werknemers zou de werkdruk aangepakt moeten worden. Daarnaast blijkt dat hierbij de rol van zowel autonomie als sociale ondersteuning niet onderschat dient te worden. Deze twee (werk)aspecten hebben niet alleen een spanning-reducerende werking, maar hebben tevens een positieve invloed op de arbeidstevredenheid en de ervaren betekenis van het werk. Naast het verlichten van de werkdruk lijken het vergroten van de autonomie en aandacht voor sociale ondersteuning stappen in de goede richting. Op deze manier zou het werken in deze beroepen aantrekkelijker gemaakt kunnen worden (De Jonge & Landeweerd 1993).

Aansluitend op deze resultaten bleek uit een meta-analyse van internationale literatuur dat er dertien kenmerken zijn die vaak in verband staan met arbeidstevredenheid. Allereerst bleek dat arbeidstevredenheid is gerelateerd aan stress (negatief) en 'commitment' (= verbintenis, overtuiging) (positief). Autonomie, overleg met leidinggevendenden, overleg met collega's en waardering correleerden middelmatig met arbeidstevredenheid (positief). Lage correlaties werden gevonden tussen arbeidstevredenheid en 'locus of control' (negatief) en het ontvangen van een behoorlijke beloning (positief). Met betrekking tot biografische kenmerken bleek dat oudere verpleegkundigen meer tevreden waren en dat degenen die een hogere opleiding hadden genoten minder tevredenheid vertoonden met hun werk (Blegen 1993).

Uit onderzoek van Ruijters en Stevens (1993) bleek dat de tevredenheid over samenwerking (in dit geval met artsen) voor een belangrijk deel wordt bepaald door de mate van rol duidelijkheid. Naarmate de rol duidelijkheid hoger is, is de tevredenheid over de samenwerking eveneens hoger. De ervaren autonomie en tevredenheid over de werklust bleken sterk te correleren met de mate van rol duidelijkheid. Daarnaast oordeelden verpleegkundigen die een hoge mate van autonomie in hun werk ervaren, ook gunstiger over de samenwerking met artsen. Ten slotte bleek dat de tevredenheid over de werklust bij verpleegkundigen in belangrijke mate bijdraagt aan de tevredenheid over de samenwerking met artsen. Aangezien in onderhavig onderzoek drie verschillende hulpverleners centraal staan is het van belang aandacht te besteden aan duidelijkheid en samenwerking binnen de thuiszorg.

Uit onderzoek van Riordan (1991), specifiek gericht op arbeidstevredenheid binnen de wijkverpleging, bleek dat prestige (aanzien, invloed) de hoogste positieve correlatie heeft met arbeidstevredenheid. Uit regressie-analyse bleek dat prestige als enige een significante voorspeller was van arbeidstevredenheid en dat autonomie, sociale interactie en organisatorische vereisten gemiddeld positief correleerden (Riordan 1991). Uit het onderzoek van Traynor en Wade (1993) en Wade (1993) bleek dat er tussen een aantal groepen verpleegkundigen verschillen bestaan in tevredenheid: 'district nurses' (wijkverpleegkundigen), 'GP practice nurses' (praktijkverpleegkundigen) en 'health visitors' (preventieverpleegkundigen). De 'GP practice nurses' scoorden telkens het hoogst. De 'health visitors' scoorden voortdurend het laagst van allen en waren het meest bezorgd over hun toekomst en over de toekomst van hun discipline. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt doordat het effect van preventief werken niet altijd zichtbaar is en niet wordt gewaardeerd. De mate waarin anderen het werk van belang vinden lijkt dus van invloed op de arbeidstevredenheid.

Door Juhl c.s. (1993) is arbeidstevredenheid gemeten aan de hand van zeven dimensies: taakvereisten, organisatie-context, professionele status, salaris, autonomie, interactie en extra beloning. Het betrof een vergelijking tussen 'public health nurses', 'home health nurses' en 'nurse administrators'. 'Public health nurses' waren iets meer tevreden dan 'home health nurses'. De 'public health nurses' beschouwden interactie als meest belangrijke factor voor arbeidstevredenheid, terwijl de 'home health nurses' professionele status het meest belangrijk vinden om arbeidstevredenheid te bereiken. De 'public health nurses' zijn significant minder

tevreden met hun salaris dan de 'home health nurses'. Daarentegen waren de 'home health nurses' significant minder tevreden met extra beloning, taakvereisten en professionele status. Verondersteld wordt dat de hoeveelheid administratie die deze verpleegkundigen moeten verrichten hieraan debet is. Uit deze verschillen tussen hulpverleners wordt geconcludeerd dat het type hulpverlener ook als aparte variabele opgenomen dient te worden bij het onderzoek naar arbeidstevredenheid.

Het literatuuroverzicht met betrekking tot arbeidstevredenheid wordt afgesloten met enkele resultaten uit een onderzoek waarin de effecten van integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging zijn bestudeerd (Verheij e.a. 1993). In dit onderzoek zijn door middel van vier schalen van Boumans (1990) vier aspecten van arbeidstevredenheid bij hulpverleners onderzocht: tevredenheid over feedback, kwaliteit van de zorgverlening, contacten met collega's en duidelijkheid. Hieruit zijn de volgende resultaten verkregen:

- In de experimentele gebieden is men over het algemeen minder tevreden met de kwaliteit van de zorgverlening.
- Tevredenheid met de teamleiding is groter bij gezinsverzorgenden en helpenden dan bij hulpverleners van de wijkverpleging. Belangrijke verschillen tussen de groepen zijn er alleen onder wijkverpleegsters: in de gebieden met een geïntegreerde intake en geïntegreerde teams zijn zij iets ontevredener.
- Tevredenheid over de contacten met collega's is over het algemeen iets groter in de experimentele gebieden. Tegelijkertijd is over het algemeen die tevredenheid geringer onder gezinsverzorgenden en helpenden.
- Tevredenheid over de mate van duidelijkheid in het dagelijks werk verschilt alleen tussen de hulpverleners. Die tevredenheid is groter onder gezinsverzorgenden en helpenden dan onder hulpverleners van de wijkverpleging.

Een positief punt van het werken in geïntegreerde teams lijkt dus een grotere tevredenheid over contacten met collega's. Een negatief punt lijkt de geringere tevredenheid over de kwaliteit van de zorgverlening. Dit resultaat (overigens is dit verschil niet groot) lijkt te worden verklaard door het feit dat de uitvoering van het experiment nogal wat extra energie vraagt, hetgeen ten koste zou kunnen gaan van de kwaliteit van de hulp. Naast bovenstaande literatuur over arbeidstevredenheid wordt in dit literatuuroverzicht eveneens aandacht besteed aan gezondheidsklachten c.q. stress/burnout. Het literatuuroverzicht van Moore c.s. (1982) laat zien dat er op verschillende niveaus bronnen van stress bestaan: op instellings-

niveau (onder andere beleid, overlegvormen, personele bezetting), op afdelingsniveau (onder andere functieomschrijvingen, interpersoonlijke relaties, bijscholing), op cliëntniveau (onder andere specifieke ziekte, relatie met cliënt en familie) en op persoonlijk niveau (onder andere relaties, familieproblemen, zelfachting) (Moore e.a. 1982; Cohen-Mansfield 1989). Als gevolg van deze stressoren kan burnout ontstaan. Burnout wordt gezien als het eindstadium van een proces van niet goed omgaan met eisen die de uitoefening van het beroep stelt aan mensen in 'sociale beroepen'. In navolging van Maslach en Jackson (1986) wordt burnout gedefinieerd als 'a syndrom of emotional exhaustion, depersonalisation and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do people work of some kind'. Emotionele uitputting kan zich uiten door op de verkeerde wijze afstand te scheppen door middel van defensieve terugtrekkings- en vermijdingsreacties (zoals het gebruik van vakjargon en zich verschuilen achter bureaucratische regels). Ook kan de emotionele belasting te veel aan persoonlijke factoren worden toegeschreven (bijvoorbeeld door de opmerking 'er is iets mis met mij, ik ben te gevoelig voor dit werk'). Hierdoor gaat de betrokkenheid met cliënten vaak verloren; men gaat cliënten meer als onpersoonlijke objecten zien (depersonalisatie). Door zo'n cynische houding vermindert de effectiviteit van het werk en gaat men zich minder bekwaam voelen (Van Dierendonck e.a. 1992).

Met betrekking tot de drie dimensies van burnout bleek uit onderzoek onder sociaal werkers dat rolconflict, rolonduidelijkheid en het ontbreken van 'physical comfort' significante voorspellers waren van emotionele uitputting. Depersonalisatie werd voorspeld bij een hoge mate van rolconflict, weinig uitdaging en weinig tevredenheid over financiële beloning. Significante voorspellende taakkenmerken met betrekking tot persoonlijke bekwaamheid waren: veel uitdaging, hoge werkdruk, meer tevredenheid met financiële beloning, ontbreken van rolconflict en weinig conflict met professionele waarden (Siefert e.a. 1991). Met betrekking tot verpleegkundigen bleek dat de emotionele uitputting toenam bij een toenemende werkdruk. Deze relatie werd verminderd als de verpleegkundige over meer autonomie in haar werk beschikte. Een negatieve relatie werd gevonden tussen de mate van uitdaging in het werk en sociale steun met emotionele uitputting (De Jonge e.a. 1994).

Uit een studie van Boyle c.s. (1991) bleek dat naast taakkenmerken ook verscheidene individuele kenmerken van invloed zijn op burnout. Met name sociale steun (zowel op het werk als thuis) blijkt een belangrijke

negatieve invloed te hebben op burnout. Met betrekking tot coping (omgang met problemen) bleek dat een emotioneel gerichte benadering van problemen tot meer burnout leidt. Tot slot is in deze studie gevraagd naar de factoren die belangrijk worden gevonden voor de omgang met stressvolle gebeurtenissen in het werk. Hieruit bleek dat steun van collega's het belangrijkste is en dat steun van de leidinggevende op de tweede plaats komt.

Specifiek met betrekking tot de wijkverpleging bleken er verschillende factoren te zijn die tot stress/burnout kunnen leiden: werkdruk, cliënten en familieleden die niet mee willen werken, onbekendheid met de situatie, onbereikbaarheid van artsen en persoonlijke situaties. De intensiteit van deze stressoren waren significant verschillend in relatie tot leeftijd: oudere verpleegkundigen ervoeren minder stress (Walcott-McQuigg & Ervin 1992). Uit een andere studie bleek dat wijkverpleegkundigen minder stress ervoeren als ze zagen dat de kwaliteit van zorg verbeterde, of als de verpleegkundige voldoende tijd had om haar werk te doen, of als zij de mogelijkheid had om haar vaardigheid in het werk te ontwikkelen (Boswell 1992).

Tot slot van dit hoofdstuk wordt in het kort een studie beschreven die specifiek is gericht op de effecten van verticale functiedifferentiatie in de verpleging. Over dit terrein is slechts weinig literatuur geschreven. Het Sioux Valley Hospital experiment (Koerner e.a. 1989; American Organization of Nurse Executives 1990) vormt hierop een uitzondering. Het betreft een experiment binnen de intramurale gezondheidszorg. In dit experiment worden de 'registered nurses' (RNs) verdeeld over twee rollen: de Baccalaureate Degree Nurse (BSN; Bachelor of Science in Nursing) en de Associate Degree Nurse (ADN). In vergelijking met Nederland kan de BSN worden beschouwd als verpleegkundige en de ADN als verpleegster. Dit komt tot uiting in de functieomschrijvingen.

De *BSN (Case Manager)* verleent met name zorg binnen complexe verpleegsituaties. Er is sprake van een ongestructureerde omgeving en de mate van voorspelbaarheid is laag. Daarnaast werkt de BSN samen met verpleegkundig onderzoekers en past hij of zij onderzoeksresultaten toe in de verpleegkundige praktijk. Tot slot bepaalt de BSN de verpleegkundige zorg op grond van geïdentificeerde behoeften van de cliënt, van opname tot na het ontslag.

De *ADN (Case Associate)* daarentegen verleent zorg gericht op cliënten bij wie algemeen voorkomende en duidelijk gedefinieerde verpleegkundige

diagnosen zijn gesteld. De ADN behoudt de verantwoordelijkheid voor de eigen zorgverlening en voor aspecten van verpleegkundige zorg die zij delegeert naar gelijken, 'licensed practical nurses' en ondergeschikt verpleegkundig personeel. De ADN voert de verpleegkundige zorg uit binnen het door de BSN gemaakte plan van opname tot na het ontslag. Naast een gedegen basisopleiding worden persoonlijke mogelijkheden en initiatieven van vergelijkbaar belang gevonden voor het uitoefenen van de twee beschreven rollen. Het houden van functioneringsgesprekken ('factoring') wordt opgevat als een manier om 'nurses' in hun rol te plaatsen. Het omvat een 'self-assessment' door de 'nurse' zelf en een 'assessment' verricht door de hoofdverpleegkundige. Gedurende een interview van een uur praten de 'nurse' en hoofdverpleegkundige over hun bevindingen. Een wederzijdse beslissing wat betreft plaatsing volgt hieruit. Van de 165 RNs werden er 85 geplaatst in de 'case manager' rol en 80 RNs in de 'case associate' rol.

De ervaringen met dit experiment zijn verkregen in de periode tussen januari 1987 en juni 1988. Volgens de hoofdverpleegkundigen is het experiment ervaren als een manier om groeimogelijkheden te creëren voor alle personeelsleden. Het verpleegkundig personeel uitte gemengde gevoelens over het project en de aanwezigheid van twee verschillende 'practice' rollen. De 'case associate nurse' heeft het gevoel iets verloren te hebben door de aanwezigheid van een andere verpleegkundige rol naast de hare. De BSNs daarentegen vertonen veel arbeidstevredenheid omdat ze nu in de praktijk kunnen brengen waarvoor ze zijn opgeleid. Tot slot zien de BSNs het als een uitdaging om van verschillende delegatie- en onderhandelingsvaardigheden gebruik te kunnen maken (Koerner e.a. 1989).

In een ander onderzoek werden vergelijkbare resultaten gevonden op een chirurgische afdeling waar de volgende organisatorische veranderingen werden doorgevoerd: een koppeling van een 'registered nurse' aan een 'practical nurse' of 'nurse auxiliary' die samen tien patiënten kregen toegewezen en de introductie van een systeem voor 'care planning'. Zowel wat betreft 'intrinsic job satisfaction' (voldoende tijd hebben voor het verlenen van zorg, om bij de patiënt te zijn en om met de patiënt te kunnen praten) als wat betreft 'patiënt focus' (planning en 'teaching' samen met de patiënt en zijn/haar familie) scoorden de 'registered nurses' significant hoger na de organisatorische veranderingen. Dit bleek niet het geval te zijn voor de andere verpleegkundige hulpverleners (Wade & Degehammer 1991).

Ten aanzien van de kwaliteit van zorg beschreven Koerner c.s. (1989) dat de cliënt het prettig vindt één aanspreekpunt te hebben. Als gevolg van een kortere opnameduur en de coördinerende rol van de casemanager (BSN) zijn meer cliënten verwezen naar andere afdelingen en organisaties. De taak van de hoofdverpleegkundige is veranderd van probleem-oplossend in 'mentoring' en 'coaching' van het personeel om hun eigen zaken op te lossen.

In tabel 2.2 worden de aspecten samengevat die volgens bovenstaande literatuur van invloed zijn op arbeidssatisfactie, burnout en/of kwaliteit van zorg. Een aantal van deze aspecten zal eveneens relevant zijn voor onderzoek naar de effecten van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg.

Tabel 2.2
Relevante onderzoeksvariabelen

Taakkenmerken	Individuele kenmerken	Persoonlijke en werkeffecten
werkdruk/personele bezetting	kennis en vaardigheden	arbeidstevredenheid
moeilijkheid van de zorgverlening	persoonskenmerken	werkmotivatie
afwisseling	copingstrategieën	effectiviteit van het werk
autonomie	sociale steun	kwaliteit van zorg
feedback	preferenties	ziekteverzuim
duidelijkheid		
verantwoordelijkheidsstructuur		
groeimogelijkheden		
prestige (aanzien)		
beloning		
identiteit/volledigheid van het werk		

In de volgende paragraaf worden genoemde kenmerken en effecten in verband gebracht met functiedifferentiatie binnen de extramurale verpleging en verzorging.

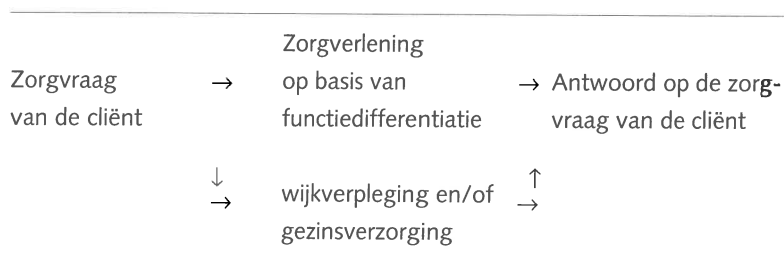
2.3

Func tiedifferentiatie in relatie tot de kwaliteit van arbeid

Allereerst wordt het arbeidsproces binnen de wijkverpleging en gezinsverzorging beschreven. Hierbij wordt gebruikgemaakt van het Balansmodel van De Sitter (1980). Uitgangspunt van dit model is de omschrijving van arbeid: die menselijke activiteit die sociale interactie impliceert. Arbeid is een proces van menselijke activiteiten dat een wederzijdse relatie heeft met een sociaal-economische omgeving. Dit proces verloopt niet helemaal willekeurig, maar selectief. Een selectief proces veronderstelt een zekere structuur: keuzen ten aanzien van handeldwijzen en normen. Interactie krijgt pas gestalte indien zowel het arbeidsproces als de sociaal-economische omgeving selectief handelen. Immers, wanneer bijvoorbeeld de omgeving niet selectief zou handelen is er óf geen sprake van een relatie óf het arbeidsproces bepaalt volledig zijn eigen input. Het arbeidsproces bestaat volgens De Sitter uit een transformatie die door verschillende operaties tot stand kan worden gebracht. Transformatie beschrijft hij als de overgang van een begin- naar een eindtoestand (het wat). Een operatie is de manier waarop een transformatie wordt bewerkstelligd (het hoe). Vertaald naar het model van De Sitter wordt functiedifferentiatie binnen de thuiszorg weergegeven als in figuur 2.2.

Figuur 2.2

Func tiedifferentiatie binnen de thuiszorg



De transformatie- en operatie-aspecten die zijn verbonden aan functiedifferentiatie zijn samengevat in tabel 2.3. Uit deze tabel wordt duidelijk dat functiedifferentiatie is bedoeld om die deskundigheid te leveren waaraan behoefte bestaat in de betreffende cliëntsituatie. Verschillende operaties zijn aangegeven die in het kader van functiedifferentiatie van belang worden geacht. In deze paragraaf worden de aanbevelingen uit de eerste fase van het onderzoek (Jansen & Kerkstra 1993) in relatie gebracht

met de kwaliteit van arbeid. De taakkenmerken uit het Job Characteristics Model alsmede gegevens uit de literatuurstudie komen hierbij aan de orde.

Tabel 2.3

Transformatie- en operatieaspecten van functiedifferentiatie

Transformatie (het wat)	Operatie (het hoe)
<i>Verticale functiedifferentiatie</i>	
Welke zorg moet worden verleend?	Verantwoordelijkheidsstructuur Anamnese en diagnose
Wie moet worden ingezet?	Complexiteitsbepaling Verpleegplan
- een wijkverpleegkundige	Uitvoering van zorg
- een wijkverpleegster of	Personeelsopbouw
- een gezinsverzorgende	Coördinatie Onderscheid wijkverpleging/ gezinsverzorging
<i>Horizontale functiedifferentiatie</i>	
Aan welke deskundigheid is behoefte?	Scheiding in sectoren/divisies Werken met aandachtsgebieden

2.3.1

Verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging

Binnen de verticale functiedifferentiatie staat het verpleegkundig proces centraal. Dit bestaat uit vijf opeenvolgende fases:

- de verpleegkundige anamnese;
- het formuleren van de verpleegkundige diagnose;
- het voorschrijven en plannen van de verpleegkundige zorg;
- het uitvoeren van de verpleegkundige zorg;
- het evalueren van de verpleegkundige zorg.

In deze paragraaf wordt per fase van het verpleegkundig proces in het kort en tussen aanhalingstekens aangegeven waaruit de functiedifferentiatie bestaat. Het betreft citaten uit de eerste fase van het onderzoek (Jansen & Kerkstra 1993). Daarnaast wordt per fase van het verpleegkundig proces beschreven welke mogelijke gevolgen functiedifferentiatie heeft voor de kwaliteit van de arbeid binnen de experimenten.

a

Onderscheid in verantwoordelijkheden

'Een aspect dat voor alle fases van belang is, is het onderscheid in verantwoordelijkheid. Indien een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster na de intake en indicatiestelling wordt toegewezen aan een cliënt spreekt men van de eerstverantwoordelijke. De eerstverantwoordelijke is dus verantwoordelijk voor de totale zorg die zij zelf aan de cliënt verleent. Tevens is ze ervoor verantwoordelijk het werk rond de cliënt op zodanige wijze over te dragen (bijvoorbeeld bij afwezigheid) dat collega's op gewenste wijze de zorgverlening kunnen voortzetten. Eindverantwoordelijkheid wil zeggen verantwoordelijk zijn voor datgene dat wordt uitgevoerd door een ander. De eindverantwoordelijke dient daarnaast mogelijkheden en voorwaarden te scheppen voor een goede zorguitvoering en is daarvoor verantwoordelijk. In het geval dat een wijkverpleegkundige de zorg verleent zijn de eerstverantwoordelijke en eindverantwoordelijke in één persoon verenigd' (Jansen & Kerkstra 1993).

Met betrekking tot de kwaliteit van de arbeid wordt verondersteld dat een dergelijke verantwoordelijkheidsstructuur van invloed is op twee taakkenmerken: *autonomie* en *duidelijkheid*. Het is mogelijk dat wijkverpleegkundigen meer autonomie ervaren vanwege de eindverantwoordelijkheid voor de zorg die wordt verleend door wijkverpleegsters. Op basis van het Sioux Valley Hospital experiment (zie Koerner e.a. 1989; American Organization of Nurse Executives 1990) is het daarentegen mogelijk dat de wijkverpleegsters een dergelijke verantwoordelijkheidsstructuur als een aantasting van hun autonomie beschouwen.

Een andere veronderstelling is dat het onderscheid tussen eerst- en eindverantwoordelijke leidt tot meer duidelijkheid binnen de zorgverlening. Duidelijkheid in die zin dat men weet 'wie' voor 'wat' kan worden aangesproken, een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden.

b

Verpleegkundige anamnese

'De verpleegkundige anamnese, waarin gegevens over de verpleegsituatie worden verzameld, dient te worden verricht door een wijkverpleegkundige' (Jansen & Kerkstra 1993).

Bij organisaties die geen centrale intake hebben wordt van dit aspect geen verschil verwacht met betrekking tot de kwaliteit van arbeid. Indien er wel sprake is van een invloed op de kwaliteit van arbeid wordt verondersteld dat met name *wijkverpleegsters* die vóór het experiment de verpleeg-

kundige anamnese verrichtten dit aspect van functiedifferentiatie zullen beschouwen als een aantasting van de *autonomie* en *afwisseling* in hun werk. Mogelijk draagt dit aspect er binnen dergelijke instellingen wel toe bij dat de *duidelijkheid* over de vraag 'Wie verricht de verpleegkundige anamnese?' wordt vergroot. Het antwoord is immers: een *wijkverpleegkundige*.

Indien organisaties tijdens het onderzoek kiezen voor een centrale intake en daarmee de anamnese laten verrichten door een intakefunctionaris, wordt verwacht dat de *identiteit* van het werk van wijkverpleegkundigen zal verminderen.

c

Formuleren van de verpleegkundige diagnose

'Aangezien het formuleren van de verpleegkundige diagnose vraagt om een bepaalde mate van abstractie dient een wijkverpleegkundige dit te verrichten. Hierop aansluitend wijst de wijkverpleegkundige een functionaris toe aan de cliënt' (Jansen & Kerkstra 1993).

Evenals bij de verpleegkundige anamnese wordt verwacht dat de *duidelijkheid* wordt vergroot als dit aspect van functiedifferentiatie wordt ingevoerd. Duidelijkheid in antwoord op de vragen 'Wie formuleert de verpleegkundige diagnose?' en 'Welke hulpverlener is noodzakelijk voor de zorgverlening aan de cliënt?'. De tweede vraag dient namelijk beantwoord te worden aan de hand van het gebruik van een toewijzingsinstrument. Wederom is het mogelijk dat wijkverpleegsters die vóór het experiment verpleegkundige diagnoses formuleerden en/of zich bezig hielden met cliënten-toewijzing dit aspect van functiedifferentiatie beschouwen als een aantasting van de *autonomie* en *afwisseling* in hun werk.

d

Voorschrijven en plannen van de verpleegkundige zorg

'In deze fase worden de gegevens die zijn verworven vastgelegd in een verpleegplan. Een globaal plan wordt gemaakt door degene die de intake heeft verricht. Vervolgens werkt de eerstverantwoordelijke dit plan verder uit' (Jansen & Kerkstra 1993). Doordat de werkplanning op deze manier voor een groot deel bij de eerstverantwoordelijke ligt, wordt verwacht dat dit tot meer *autonomie* in het werk zal leiden. Tevens wordt verwacht dat hierdoor, in vergelijking tot situaties waarin wijkverpleegsters alleen maar betrokken zijn bij de verpleegkundige zorgverlening, de *afwisseling* en *identiteit* van het werk wordt verhoogd.

e

Uitvoeren van de verpleegkundige zorg

'Aan de hand van het verpleegplan wordt de verpleegkundige zorg verleend. Verschillende aspecten worden betrokken bij de uiteindelijke toewijzing van een wijkverpleegkundige of een wijkverpleegster aan de cliënt: opleiding, ervaring, persoonlijke kwaliteiten, complexiteit van de verpleegkundige zorg en personele bezetting' (Jansen & Kerkstra 1993). Met betrekking tot de kwaliteit van de arbeid wordt verondersteld dat dit zal leiden tot een vergroting van de *groeimogelijkheden* binnen het werk. Door hierbij tevens te zorgen voor een redelijke en volledige dagtaak van de uitvoerende wordt een positieve invloed op de *werkdruk* verwacht.

f

Evalueren van de verpleegkundige zorg

'Tijdens de evaluatie wordt bepaald in hoeverre de conditie van de cliënt is verbeterd of verslechterd. De evaluatie wordt verricht door de eerst- en eindverantwoordelijke tezamen' (Jansen & Kerkstra 1993). Verwacht wordt dat de *identiteit* van het werk wordt verhoogd als op deze wijze de evaluatie wordt verricht. Het biedt de mogelijkheid voor de voltooiing van een afgerond geheel. Tevens betekent een goede evaluatie dat de *feedback* van het werk wordt vergroot. De zorgverleners verkrijgen op deze manier directe en duidelijke informatie over de doelmatigheid van de werkuitvoering.

g

Coördineren van verpleegkundige zorg

'De 'onderlinge afstemming' met betrekking tot het verpleegkundig proces wordt verricht door de wijkverpleegkundige of wijkverpleegster die eerstverantwoordelijk is. Indien 'coördinatie' met betrekking tot het totale hulpverleningssysteem is gewenst en het accent in de cliënt-situatie bij de wijkverpleging ligt, dient de wijkverpleegkundige deze coördinatie te verrichten' (Jansen & Kerkstra 1993).

Door de 'onderlinge afstemming' met betrekking tot het verpleegkundig proces te laten verrichten door de eerstverantwoordelijke wordt verwacht dat de *autonomie* en *afwisseling* binnen het werk toenemen. Door de wijkverpleegkundigen een vorm van 'structurele coördinatie' (multidisciplinair) aan te bieden wordt verwacht dat binnen het werk niet alleen de autonomie en afwisseling, maar ook de *feedback* van derden zal toenemen.

In tabel 2.4 is het voorgaande samengevat.

Tabel 2.4
Relevante taakkenmerken voor onderzoek van verticale functie-
differentiatie

Onderdelen van het verpleegkundig proces	→ Centrale taakkenmerken
Onderscheid in verantwoordelijkheden	→ autonomie, duidelijkheid
Verpleegkundige anamnese	→ autonomie, afwisseling, duidelijkheid
Verpleegkundige diagnose en complexiteitsbepaling	→ autonomie, afwisseling, duidelijkheid
Voorschrijven en plannen van de verpleegkundige zorg	→ autonomie, afwisseling, identiteit
Uitvoeren van de verpleegkundige zorg	→ groeimogelijkheden, werkdruk
Evalueren van de verpleegkundige zorg	→ identiteit, feedback
Coördineren van verpleegkundige zorg	→ autonomie, afwisseling, feedback

2.3.2

Onderscheidend kenmerk tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging

'Als onderscheidend kenmerk tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging is aangegeven dat een wijkverpleegster zich richt op (dreigende) zorgvragen betreffende het individuele gezondheidsprobleem van de cliënt, terwijl de gezinsverzorgende zich richt op zorgvragen die het functioneren van het totale huishouden (de zelfredzaamheid) betreffen' (Jansen & Kerkstra 1993).

Om een duidelijk onderscheid te kunnen hanteren is het noodzakelijk dat de twee disciplines goed met elkaar samenwerken en geregeld overleg voeren. Hierdoor zal er in het werk meer sprake zijn van *feedback* van collega's. Dit beoogt een *duidelijke taakafbakening* tussen de twee disciplines te bewerkstelligen. Illustratief hiervoor is het onderzoek van Verheij c.s. (1993) waarin werd gevonden dat het werken met geïntegreerde teams met name bij gezinsverzorgenden leidt tot een groter

bewustzijn van de taakverdeling. De resultaten die door Ruijters en Stevens (1993) zijn gevonden over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen zijn eveneens interessant. In het literatuuroverzicht is aangegeven dat rolduidelijkheid een voorname voorspeller is van de tevredenheid over de samenwerking.

Onderscheidend kenmerk

tussen gv en wv

→ duidelijkheid, feedback

2.3.3

Horizontale functiedifferentiatie

'De horizontale functiedifferentiatie kan worden ingevoerd door een scheiding in sectoren/divisies te maken en door de constructie van aandachtsgebieden' (Jansen & Kerkstra 1993). Door een scheiding in sectoren te maken wordt getracht om de levering van een totaal product te garanderen: zowel curatieve als preventieve zorg. Een gevolg van een dergelijke scheiding is dat wijkverpleegkundigen slechts binnen één sector hun werk verrichten. Het is derhalve te verwachten dat de all-round werkende wijkverpleegkundigen de scheiding (in eerste instantie) als een aantasting van hun werk ervaren, doordat de *afwisseling* binnen het werk afneemt. Echter, doordat binnen elke sector afzonderlijk meer plaats zal ontstaan voor zowel de curatieve als de preventieve zorg, wordt verondersteld dat de *identiteit* en *groeimogelijkheden* van het werk worden verhoogd en de *werkdruk* zal verminderen. Het is eveneens mogelijk dat het *belang* van het werk wordt vergroot, doordat aan derden een duidelijk omschreven product kan worden gepresenteerd.

Het ontwikkelen van aandachtsgebieden is een andere vorm van horizontale functiedifferentiatie. Het doel hiervan is om het brede pakket van de wijkverpleging te kunnen blijven leveren op een efficiënte, deskundige en kwalitatief goede wijze. Omdat men zich met betrekking tot het aandachtsgebied moet bijscholen en consultatie moet verlenen aan collega's, wordt verondersteld dat de *afwisseling* binnen het werk zal toenemen. Als de deskundigheid die binnen een aandachtsgebied wordt verworven, effectief wordt gebruikt (consultatie ad hoc of tijdens de cliëntbespreking) zal de *feedback* van collega's worden vergroot. Door een verbreding van de deskundigheid wordt verondersteld dat een beter afgerond product wordt *geleverd*, waarmee sprake is van een vergroting van de *identiteit*

van het product. Tevens zal de *autonomie* binnen het werk toenemen, aangezien men de deskundigheid en daardoor de mogelijkheid heeft zelf te kiezen uit verschillende procedures. Samengevat betekent het werken met aandachtsgebieden dat het aantal *groeimogelijkheden* binnen het werk wordt vergroot.

Tabel 2.5

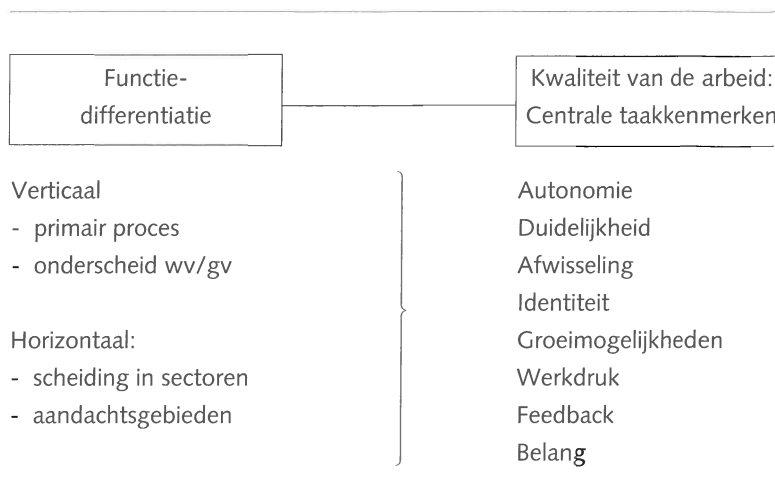
Relevante taakkenmerken voor onderzoek van horizontale functie-differentiatie

Horizontale functiedifferentiatie	→	Centrale taakkenmerken
Scheiding in sectoren	→	afwisseling, identiteit, werkdruk, belang, groeimogelijkheden
Constructie van aandachtsgebieden	→	afwisseling, feedback, identiteit, autonomie, groeimogelijkheden

Naar aanleiding van de hierboven beschreven aspecten worden de volgende taakkenmerken in beschouwing genomen om de effecten van functiedifferentiatie te onderzoeken: autonomie, duidelijkheid, afwisseling, identiteit, groeimogelijkheden, werkdruk, feedback en belang van het werk. Gebaseerd op het Job Characteristics Model van Hackman en Oldham (1975, 1976 en 1980) is in figuur 2.3 het eerste deel van het onderzoeksmodel beschreven.

Figuur 2.3

Relevante taakkenmerken voor onderzoek van functiedifferentiatie



2.4

Functiedifferentiatie in relatie tot de kwaliteit van zorg

Naast de kwaliteit van arbeid wordt in de vraagstelling van dit onderzoek eveneens aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg. Vertaald naar het model van De Sitter (1980) in de vorige paragraaf, betekent dit dat wordt nagegaan in hoeverre de operaties die zijn verricht beantwoorden aan de zorgvraag van de cliënt. Het gaat om de 'work effectiveness', zoals vermeld in het model van Hackman en Oldham (1975, 1976 en 1980). Dit betreft zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de verleende zorg. Met betrekking tot de kwaliteit van zorg wordt het perspectief van de cliënt als uitgangspunt genomen. De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) definieert kwaliteit als volgt: 'kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces en dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen, die voortvloeien uit het gebruiksdoel' (RGO 1990). Volgens het RGO is het gebruiksdoel niet eenduidig vast te stellen, maar wordt dit door betrokkenen verschillend ingevuld. Cliënten en hulpverleners zullen dus mogelijk niet aan dezelfde aspecten even veel belang hechten. Kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief is een veel omvattend begrip en behelst meer dan alleen maar de tevredenheid van de cliënt over de zorg. Volgens Bleys (1986) kan een patiënt namelijk ontevreden zijn terwijl de zorg volgens professionele normen adequaat is uitgevoerd. Zo kan de cliënt ook aangeven tevreden te zijn terwijl de zorg volgens

professionele normen juist niet adequaat is uitgevoerd. Volgens Harteloh en Casparie (1991) kan dan ook de tevredenheid van de cliënt niet gezien worden als de integrale maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg; wel is die tevredenheid een mogelijke indicator van de kwaliteit van de zorg (Van de Aast e.a. 1994). Op basis van de verwachtingen die een cliënt heeft over de zorg zal hij/zij een oordeel geven over de kwaliteit van de ontvangen zorg. Het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg wordt derhalve beschouwd als een indicatie van de discrepantie tussen de waarneming van de ontvangen zorg en de verwachtingen van de zorg. Linder-Pelz (1982) noemt dit de discrepantie-theorie. Volgens deze theorie beoordeelt men een gebeurtenis positief wanneer de verwachting ten aanzien van de gebeurtenis lager is dan de belevenis ervan. Andersom geldt dat men de gebeurtenis negatief beoordeelt wanneer de verwachting de beleving overtreft. In dit hoofdstuk zal een vragenlijst worden ontwikkeld waarin deze discrepantie-theorie is verwerkt.

In aansluiting op de discussienota 'Algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering' van de NRV (1990), het 'Advies kwaliteit van zorg' van de RGO (1990), het 'Onderzoeksprogramma kwaliteit van zorg 1992-1996' van de NWO (1992) en het artikel 'Kwaliteit van de zorgverlening: het patiëntenperspectief' van Post c.s. (1993) wordt kwaliteit van zorg beschouwd als een concept bestaande uit verschillende aspecten. Post c.s. (1993) hebben op basis van een kritische analyse de lijst van de NWO (1992) ingekort. Hierbij ging het om een scherpere omschrijving van de invalshoek 'perspectief van de cliënt', om een ordening van de aspecten en om het zoveel mogelijk verwijderen van onderlinge overlap tussen de aspecten. Gekozen is voor aspecten die onderdelen van de zorgverlening betreffen waarover de cliënt uit eigen ervaring een mening kan hebben. Er is gebruikgemaakt van de volgende indeling: structuur (de 'omgeving' waarin zorg wordt geleverd), technische werkstijl (de techniek van medische en verpleegkundige handelingen), interpersoonlijke werkstijl (de relatie met de cliënt bij medische en verpleegkundige handelingen) en uitkomst (de uiteindelijke verandering in de toestand van een patiënt). Vervolgens zijn de aspecten binnen deze ordening geplaatst, waarbij in het geval van overlappende definities aspecten zijn samengevoegd. Dit heeft geresulteerd in het overzicht dat is weergegeven in tabel 2.6. Voor een definiëring van de verschillende aspecten wordt verwezen naar bijlage 2.

Tabel 2.6
Door cliënten beoordeelbare kwaliteitsaspecten van de zorgverlening

Structuur	Technische werkstijl	Interpersoonlijke werkstijl	Uitkomst
1	4	9	13
beschikbaarheid	indicatiestelling	bejegening	doeltreffendheid
2	5	10	14
bereikbaarheid	zorgvuldigheid	informatieverschaffing	belasting
3	6	11	15
accommodatie	continuïteit	begeleiding	doelmatigheid
	7	12	
	voeding	privacy	
	8		
	ondersteuning		
	mantelzorg		

Bron: Post e.a. 1993

Uit deze aspecten wordt een keuze gemaakt om de effecten van functie-differentiatie op de kwaliteit van zorg te kunnen meten. Van *verticale* functiedifferentiatie wordt niet zozeer verwacht dat de kwaliteit van zorg zal toenemen, in ieder geval wel dat die wordt gehandhaafd. Verwacht wordt dat de inzet van personeel doelmatiger zal geschieden. Deze doelmatigheid is van organisatorische aard: aan de hand van de 'complexiteit van de verpleegsituatie' en een duidelijk 'onderscheid tussen verpleging en verzorging' wordt geprobeerd de gewenste verpleegkundige, verpleegster of verzorgende op de juiste plaats in te zetten. Dat wil zeggen geen over- of ondergekwalificeerde hulpverlener bij de cliënt. Deze vorm van doelmatigheid is van een andere orde dan doelmatigheid bekeken vanuit het cliëntenperspectief: 'doelmatigheid is de verhouding tussen de doeltreffendheid van de zorg en de belasting van de patiënt/consument door die zorg' (zie bijlage 2). Op grond van deze definitie is doelmatigheid vanuit het cliëntenperspectief dus niet relevant als het gaat om de effecten van verticale functiedifferentiatie. Een aspect dat mogelijk wel beïnvloed zou kunnen worden door de verticale functiedifferentiatie is 'continuïteit'. Verwacht wordt dat de weloverwogen wijze waarop de cliënten worden

verdeeld (met een eerst- en eindverantwoordelijke hulpverlener) zal leiden tot een betere overdracht bij afwezigheid of vervanging van de hulpverlener.

Van het invoeren van de ontwikkelde *horizontale* functiedifferentiatie wordt verwacht dat de kwaliteit van de verleende zorg zal toenemen. Doordat de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters zich richten op één sector en gericht op hun aandachtsgebied worden bijgeschoold, wordt verwacht dat ze beter in staat zijn hun kennis en vaardigheden op peil te houden en/of uit te breiden. Verwacht wordt dat deze deskundigheid tijdens de zorgverlening op verschillende manieren tot uiting kan komen: in de informatieverschaffing, bejegening, begeleiding, ondersteuning van de mantelzorg, doeltreffendheid, belasting of doelmatigheid.

Samenvattend wordt geconcludeerd dat, indien functiedifferentiatie effect heeft op de kwaliteit van zorg, dit voor de cliënt merkbaar zou moeten zijn op het gebied van de technische en interpersoonlijke werkstijl alsmede op de uitkomst. Binnen deze drie clusters worden door Post c.s. (1993) drie kwaliteitsaspecten genoemd die in bovenstaande beschrijving over de effecten van functiedifferentiatie niet aan de orde zijn geweest: voeding, privacy en indicatiestelling. Om verschillende redenen worden deze aspecten niet relevant geacht in onderhavig onderzoek. Het aspect 'voeding' wordt niet in beschouwing genomen omdat de kwaliteit hiervan niets heeft te maken met functiedifferentiatie. Het aspect 'privacy' omvat eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en geheimhoudingsplicht. Het is niet te verwachten dat de wijze waarop de cliënten worden verdeeld of de bijscholing over een ziektebeeld hierop van invloed zijn. Tot slot wordt 'indicatiestelling' buiten beschouwing gelaten omdat bij dit aspect de nadruk ligt op de indicatie die aan het begin van de zorgverlening is gesteld. Doordat binnen een aantal deelnemende organisaties wordt gewerkt met intakefunctionarissen die de indicatie stellen en de cliënt vervolgens wordt verzorgd door een wijkverpleegkundige (met of zonder het betreffende aandachtsgebied), is het niet mogelijk te onderzoeken of het werken met aandachtsgebieden effect heeft op de indicatiestelling. Een andere reden om het aspect 'indicatiestelling' niet mee te nemen in dit onderzoek is dat de meeste cliënten reeds lang door de thuiszorgorganisatie worden verzorgd. Het gevolg hiervan is dat veel cliënten zich weinig of niets meer kunnen herinneren van de indicatiestelling. Deze ervaring werd onder andere opgedaan tijdens het onderzoek van Verheij c.s. (1993).

Op basis van bovenstaande overwegingen zullen de volgende aspecten van Post c.s. (1993) in het derde hoofdstuk worden opgenomen in het meetinstrument: zorgvuldigheid, continuïteit, ondersteuning mantelzorg, bejegening, informatieverschaffing, begeleiding, doeltreffendheid, belasting en doelmatigheid.

In dit onderzoek wordt in plaats van de term 'zorgvuldigheid' de term 'deskundigheid' gebruikt, omdat het met name bij horizontale functie-differentiatie gaat om deskundigheidsbevordering.

2.5

Onderzoeksmodel

Op basis van de informatie uit voorgaande paragrafen wordt het onderzoeksmodel gepresenteerd. Centraal staan de effecten van functie-differentiatie op het werken binnen de thuiszorg. Op basis van het Job Characteristics Model en het verrichte literatuuronderzoek wordt verwacht dat taakkenmerken en individuele kenmerken bepaalde effecten hebben op het werken in de thuiszorg en dat deze relatie wordt beïnvloed door functiedifferentiatie. Aangezien thuiszorg door verschillende hulpverleners wordt verleend (onder andere wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende) wordt tevens bestudeerd in hoeverre er verschillen bestaan tussen deze drie typen hulpverleners.

3

Opzet en uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de opzet en de uitvoering van het onderzoek beschreven. Het betreft allereerst een beschrijving van de selectie van de deelnemende organisaties en de onderzoekspopulatie. Vervolgens wordt uitgebreid aandacht besteed aan de meetinstrumenten die in dit onderzoek zijn gebruikt. Hierbij wordt tevens aandacht besteed aan een procesmatige beschrijving van de implementatie van functie-differentiatie binnen de deelnemende organisaties.

3.1

Onderzoeksopzet

In de vragen die in hoofdstuk 1 zijn geformuleerd wordt verondersteld dat functiedifferentiatie van invloed is op de kwaliteit van arbeid en de kwaliteit van zorg. Om deze vragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor een experimenteel onderzoeksdesign. Een aantal uitvoerenden organiseert het werk volgens de aanbevelingen omtrent functie-differentiatie (de experimentele groep); een aantal uitvoerenden werkt niet volgens deze aanbevelingen, bij hen blijft alles bij het 'oude' (de controle-groep). Om op deze wijze het onderzoek te kunnen verrichten, is in oktober 1993 een brief gestuurd naar alle thuiszorgorganisaties die wijk-verpleging bieden. Hiervoor is gebruikgemaakt van een adressenlijst van het NIVEL en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) (n = 75). Alle 75 thuiszorgorganisaties zijn aangeschreven omdat het onduidelijk was welke organisaties reeds bezig waren met verticale en/of horizontale functiedifferentiatie. Voor het onderzoek waren alleen die organisaties geschikt die op het moment dat de brief werd verstuurd nog niet werkten volgens de aanbevelingen, maar hiermee begin 1994 zouden starten. In deze brief zijn de organisaties op de hoogte gesteld van het onderzoek, met het verzoek eraan deel te nemen. Particuliere organisaties en organisaties die alleen gezinsverzorging aanbieden zijn niet betrokken in

dit onderzoek. De reden dat instellingen voor gezinsverzorging geen brief kregen is dat het uitgangspunt van de verticale functiedifferentiatie bij de wijkverpleging ligt (onderscheid tussen wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters) en horizontale functiedifferentiatie niet of nauwelijks voorkomt binnen de gezinsverzorging (Jansen & Kerkstra 1993). Daarnaast is voor het onderzoeken van het grijze gebied tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging een grote mate van samenwerking tussen wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden noodzakelijk. Door middel van een brief aan de kruisorganisaties werd verwacht in contact te komen met organisaties die in 1994 werken met geïntegreerde teams. Op de brief hebben 10 kruisorganisaties positief gereageerd. Die organisaties bevinden zich verspreid over het land (Friesland, Groningen, Gelderland, Noord-Holland, Zuid-Holland, Noord-Brabant en Zeeland) en zowel in stedelijke gebieden als op het platteland. Drie ervan hebben deelgenomen aan het onderzoek met betrekking tot de verticale functiedifferentiatie. Binnen zes instellingen stond het werken met aandachtsgebieden centraal. Tot slot zou binnen één instelling een onderscheid in sectoren worden gehanteerd: een aantal wijkverpleegkundigen blijft all-round werken terwijl de andere wijkverpleegkundigen òf alleen binnen de ouder- en kindzorg òf alleen binnen de volwassenenzorg gaan werken. Binnen elke deelnemende organisatie is zowel een experimentele als een controlegroep samengesteld. Op deze manier is het goed mogelijk om de effecten te meten, omdat de kenmerken van de organisatie voor beide groepen dezelfde zijn. Om een goede vergelijking te kunnen maken tussen de experimentele groep en de controlegroep was het een voorwaarde dat binnen de deelnemende organisaties vóór het onderzoek nog niet werd gewerkt volgens de aanbevelingen uit de eerste fase van het onderzoek. In tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van het aantal deelnemers per organisatie.

*Tabel 3.1
Overzicht van het aantal wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en
gezinsverzorgenden dat heeft deelgenomen aan de voor- en nameting*

Org.	Steekproef		Voormeting '94		Nameting '95	
	Exp.	Contr.	Exp.	Contr.	Exp.	Contr.
A1	27	13	24	9	16	6
A2	19	16	19	16	14	13
A3	10	10	9	10	8	5
A4	24	13	16	13	16	10
A5	16	26	16	24	10	18
A6	25	20	24	18	21	12
S7	Totaal 43		Totaal 40		0	0
V8	64	23	60	23	33	18
V9	30	31	24	30	15	20
V10	31	30	24	29	19	19
Totaal	471 (100%)		428 (91%)		273 (58%)	

Org. = organisatie
Exp. = experimentele groep
Contr. = controlegroep

A = organisatie werkt met aandachtsgebieden
S = organisatie werkt met een splitsing in sectoren
V = organisatie werkt met verticale functiedifferentiatie

Uit het overzicht blijkt dat er een steekproef is getrokken van 471 hulpverleners, waarvan ruim 90% heeft deelgenomen aan de voormeting. Om allerlei praktische redenen (onder andere verschillende tijdsplanning binnen de organisatie) was het niet mogelijk om de voormeting binnen alle organisaties op hetzelfde moment plaats te laten vinden. De vragenlijsten voor de voormeting zijn verstuurd en terugontvangen in de periode februari-mei 1994. De nameting heeft plaatsgevonden in de maanden februari-mei 1995. De respons tijdens de nameting lag behoorlijk veel lager. Eén van de redenen daarvoor is dat de organisatie die zou gaan werken met een splitsing tussen de sector volwassenenzorg en de sector ouder- en kindzorg (S7) wegens interne omstandigheden de implementatie moest uitstellen tot 1 januari 1995. Deze organisatie kon dus niet deelnemen aan de nameting. Daarnaast zijn in organisatie V9 na de voor-

meting twee teams uitgevallen omdat zich binnen die organisatie grote veranderingen voordeden met betrekking tot de samenstelling en leiding. Daardoor werd het niet wenselijk geacht deze teams te laten participeren in het onderzoek. Als deze hulpverleners (n = 54) uit de steekproef worden verwijderd, stijgt de respons van de nameting naar 66%.

Om een algemeen beeld te krijgen van de respondenten wordt in dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van een aantal kenmerken van de respondenten die hebben deelgenomen aan de voormeting. In dit hoofdstuk wordt niet nader ingegaan op de respondenten van de nameting, maar wordt volstaan met de opmerking dat deze respondenten een deel zijn van de respondenten van de voormeting. Voor een uitgebreidere beschrijving van de respondenten die hebben deelgenomen aan de nameting wordt verwezen naar de hoofdstukken 5 en 7, waarin de effecten van functiedifferentiatie zijn beschreven.

In de volgende drie tabellen worden de leeftijdsverdeling, het aantal jaren werkzaam in de wijkverpleging en het dienstverband beschreven van de respondenten uit de 10 organisaties die aan de voormeting deelnamen.

Tabel 3.2

Leeftijdsverdeling onder wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden in %

	Totale groep	Wijkverpleegkundigen	Wijkverpleegsters	Gezinsverzorgenden
	Voormeting '94 (n = 428)	Voormeting '94 (n = 310)	Voormeting '94 (n = 92)	Voormeting '94 (n = 26)
20-30 jaar	28.8	26.9	35.9	26.9
31-40 jaar	37.6	36.7	44.5	23.1
41-50 jaar	24.6	24.9	17.4	46.2
51-60 jaar	9.0	11.5	2.2	3.8

Uit tabel 3.2 blijkt dat zowel voor de wijkverpleegkundigen als voor de wijkverpleegsters een meerderheid tussen de 31 en 40 jaar oud is. De meerderheid van de gezinsverzorgenden daarentegen valt in de leeftijdscategorie 41-50 jaar. Uit een variantieanalyse blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de wijkverpleegkundigen (38 jaar) significant hoger is dan die van wijkverpleegsters (34 jaar).

Indien de leeftijd van de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters wordt vergeleken met gegevens uit het onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden' van Vorst-Thijssen c.s. (1990) dan blijkt dat met name de wijkverpleegsters in de leeftijd tussen de 20 en 30 jaar in onderhavig onderzoek zijn ondervertegenwoordigd en dat de wijkverpleegsters in de leeftijd tussen de 41 en 50 jaar zijn oververtegenwoordigd. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat met name voor het werken met aandachtsgebieden als criterium is gesteld dat de hulpverlener over een aantal jaren ervaring dient te beschikken om in aanmerking te kunnen komen voor een aandachtsgebied.

Tabel 3.3

Aantal jaren werkzaam in de thuiszorg in %

	Totale groep Voormeting '94 (n = 428)	Wijkverpleeg- kundigen Voormeting '94 (n = 310)	Wijkverpleegsters Voormeting '94 (n = 92)	Gezins- verzorgenden Voormeting '94 (n = 26)
1-2 jaar	13.8	11.4	22.8	7.1
3-5 jaar	31.5	27.4	46.8	21.5
6-10 jaar	27.6	29.0	19.5	50.0
> 10 jaar	27.1	32.2	10.9	21.4

De gegevens in tabel 3.3 geven een vergelijkbaar beeld als de vorige tabel, aangezien het aantal jaren werkervaring in sterke mate samenhangt met de leeftijd van de persoon. Hiermee wordt de verklaring ondersteund die bij tabel 3.2 is gegeven voor het verschil in leeftijd tussen de respondenten van het onderzoek van Vorst-Thijssen c.s. (1990) en onderhavig onderzoek. Uit variantieanalyse bleek vervolgens dat het gemiddeld aantal jaren werkervaring van zowel de wijkverpleegkundigen (8.5 jaar) als de gezinsverzorgenden (9.3 jaar) significant hoger ligt dan bij de wijkverpleegsters (5.4 jaar).

Tabel 3.4
Aantal uren werkzaam in %

	Totale groep Voormeting '94 (n = 428)	Wijkverpleeg- kundigen Voormeting '94 (n = 310)	Wijkverpleegsters Voormeting '94 (n = 92)	Gezins- verzorgenden Voormeting '94 (n = 26)
< 12 uur	2.1	2.3	2.2	0.0
12-20 uur	12.5	11.7	14.1	15.4
21-30 uur	24.2	19.2	34.8	46.1
31-36 uur	39.8	41.4	36.9	30.8
38 uur	21.4	25.4	12.0	7.7

Uit de gegevens in tabel 3.4 blijkt dat slechts ruim een vijfde van de wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden full-time werkt. Dat dit kleine percentage overeenkomt met de landelijke ontwikkeling dat meer mensen een deeltijd baan hebben, blijkt uit gegevens van het CBS (1993): in 1992 werkte 84% part-time en 16% full-time. In de onderzoekspopulatie zijn de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters met een volledige baan dus iets oververtegenwoordigd. Dit is wederom te verklaren uit één van de selectiecriteria die zijn gehanteerd voor het werken met aandachtsgebieden: minimaal een dienstverband van 50%-70%. Uit variantieanalyse bleek vervolgens dat wijkverpleegkundigen significant meer uren werken (30.4 uur) dan wijkverpleegsters (28.0 uur). Na bovenstaande beschrijving van de onderzoekspopulatie wordt in het kort het design van het onderzoek beschreven. Daarbij is een splitsing gemaakt tussen de twee vormen van functiedifferentiatie.

3.1.1

Verticale functiedifferentiatie

Voor de evaluatie van de experimenten wordt gebruikgemaakt van verschillende methodes. Allereerst is in de periode februari-mei 1994 een vragenlijst ingevuld door de hulpverleners en leidinggevendenden van de deelnemende organisaties. Dit vormt de voormeting van het onderzoek. Deze vragenlijst is zowel ingevuld door de hulpverleners uit de experimentele groep als door de hulpverleners die het werk bleven uitvoeren zoals ze

altijd hadden gedaan (controlegroep). Binnen de organisatie die van start is gegaan met geïntegreerde teams, zijn in deze groepen naast wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters ook gezinsverzorgenden opgenomen. Op deze manier wordt het effect van het gehanteerde onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging vanuit beide gezichtspunten onderzocht.

Na deze voormeting zijn de hulpverleners binnen de experimentele groepen volgens de principes van verticale functiedifferentiatie gaan werken. Dit betekent dat bij de verdeling van cliënten gebruik is gemaakt van het door het NIVEL ontwikkelde toewijzingsinstrument, waarin de mate van complexiteit een belangrijke rol speelt. Tevens is binnen deze groepen expliciet aandacht besteed aan de onderscheidende kenmerken tussen de functies van wijkverpleegkundige, wijkzikenverzorgende en, in één organisatie, gezinsverzorgende. Gedurende deze periode heeft de onderzoeker regelmatig (circa één keer per maand) contact gehad met de contactpersoon binnen de organisatie. Door middel van deze gesprekken aan de hand van een lijst met vaste onderwerpen is een beeld verkregen van het implementatieproces van functiedifferentiatie.

In de periode tussen januari en mei 1995 is de vragenlijst wederom naar dezelfde hulpverleners gestuurd (= de nameting). Door de resultaten van de voor- en nameting met elkaar te vergelijken is gepoogd een beeld te krijgen van de effecten van verticale functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid, arbeidstevredenheid, kwaliteit van de verleende zorg, burnout en ziekteverzuim.

Met betrekking tot de kwaliteit van zorg wordt ook het oordeel van de cliënt van groot belang geacht. Per organisatie zijn derhalve cliënten uit zowel de experimentele als de controlegroep telefonisch geïnterviewd. Deze interviews zijn in de periode november-december 1994 afgenomen.

3.1.2

Horizontale functiedifferentiatie

Vergelijkbaar met de verticale functiedifferentiatie is begonnen met het afnemen van een schriftelijke vragenlijst bij de hulpverleners en leidinggevenden (februari-mei 1994). Het betreft dezelfde vragenlijst als bij de verticale functiedifferentiatie. Ook bij deze organisaties heeft de onderzoeker gedurende de experimentele periode regelmatig (circa één keer per maand) contact gehad met de contactpersoon binnen de organisatie om een beeld te krijgen van het proces van invoering. Evenals bij de verticale functiedifferentiatie heeft de nameting in de periode tussen januari en mei

1995 plaatsgevonden. Door de resultaten van de voor- en nameting met elkaar te vergelijken is gepoogd een beeld te krijgen van de effecten van horizontale functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid, arbeidstevredenheid, kwaliteit van zorg, burnout en ziekteverzuim. Wederom is het oordeel van de cliënten betrokken in het onderzoek om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de verleende zorg door middel van telefonische interviews met cliënten uit de experimentele en controlegroep in de periode november-december 1994.

3.2

Meetinstrumenten

In deze paragraaf worden de verschillende variabelen uit het onderzoeksmodel en de operationalisatie ervan beschreven. Beschreven wordt welke (bestaande) vragen zijn opgenomen in de vragenlijst die tijdens de voor- en nameting naar alle respondenten (experimentele en controlegroep) zijn verstuurd. Om de verschillende variabelen te kunnen meten is met name gebruikgemaakt van vragenlijsten die zijn opgesteld in het kader van het Job Characteristics Model. Aangezien Boumans (1990) aan de hand van dit model binnen de verpleging onderzoek heeft verricht, worden veel van haar vragenlijsten (gebaseerd op de vragenlijsten van Algera (1981)) gebruikt. Uit het onderzoek van Verheij c.s. (1993) is gebleken dat een aantal van deze vragenlijsten goed te gebruiken is binnen de wijkverpleging en gezinsverzorging. De volgorde waarin de verschillende vragen zijn beschreven komt overeen met de volgorde van de vragenlijst. In de tekst is tussen haakjes aangegeven met behulp van welke vragen de variabelen zijn geoperationaliseerd. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 3.

3.2.1

Kwaliteit van de arbeid

Om allereerst een beeld te krijgen van de taakverdeling binnen het verpleegkundig proces dienen de respondenten aan te geven door wie (een wijkverpleegkundige, een wijkverpleegster of samen) de verschillende fases van het verpleegkundig proces worden uitgevoerd (de vragen A1 t/m A9). Vervolgens wordt van hen gevraagd aan te geven hoe vaak (zelden of nooit; soms; vaak; zeer vaak) de respondenten de volgende taken verrichten: lichamelijke verzorging, curatieve taken, preventie, psychosociale begeleiding, begeleiding van de mantelzorg, coördinatie van de eigen werkzaamheden en multidisciplinaire coördinatie (vraag A10). Op

deze wijze kan worden bepaald in hoeverre er binnen de verschillende functies een verschuiving van taken optreedt.

Specifiek gericht op de kwaliteit van de arbeid, wordt de respondenten gevraagd in hoeverre verschillende aspecten aanwezig zijn in het werk. Van de respondenten wordt gevraagd om hun werk zo *objectief* mogelijk te beschrijven. In dit onderdeel moeten de respondenten *niet* aangeven in hoeverre ze tevreden zijn met deze taakkenmerken. Vragen over tevredenheid komen aan de orde in 3.2.2 (persoonlijke en werkeffecten). Op een 7-puntsschaal kunnen de respondenten aangeven in hoeverre het betreffende aspect aanwezig is binnen hun werk.

Voor het meten van de *autonomie* in het werk wordt gebruikgemaakt van de vragenlijst van Boumans (1990). Aangezien een van deze vragen betrekking heeft op de identiteit van het werk, zijn drie van de vier items opgenomen in de vragenlijst (de vragen B1, B8 en B15).

Bij Boumans (1990) en Verheij c.s. (1993) vormden duidelijkheid en feedback tezamen één factor. Aangezien in het onderzoeksmodel deze aspecten apart worden genoemd, wordt in eerste instantie geprobeerd deze twee aspecten apart te meten. Derhalve wordt voor de factor *duidelijkheid* gebruikgemaakt van een andere vragenlijst, geconstrueerd door Ruijters en Stevens (1993). In verband met een eenduidige formulering en scoring van de vragen over de taakkenmerken zijn deze vragen enigszins anders geformuleerd en is een scoring op een 7-puntsschaal gehanteerd (de vragen B2, B9, B16, B22 en B23).

Afwisseling komt niet specifiek als een aparte factor naar voren in de vragenlijst van Boumans (1990). Derhalve zijn op basis van de Job Diagnostic Survey van Hackman en Oldham (1980) drie nieuwe vragen geformuleerd (de vragen B3, B10 en B17).

In de Job Diagnostic Survey van Hackman en Oldham (1980) is ook *identiteit* als taakkenmerk opgenomen. Identiteit wordt omschreven als de mate waarin het werk voltooiing van een geheel en identificeerbaar product omvat, met andere woorden werk verrichten van begin tot eind met een duidelijke 'outcome'. Deze factor is in de vragenlijst van Boumans (1990) meegenomen door een vraag die samen met drie andere de factor autonomie vormde. Derhalve zijn nieuwe vragen geformuleerd over de mate waarin de intake, diagnose-formulering, curatieve/preventieve taken en de evaluatie worden verricht (de vragen B4, B11, B18, B24). Op deze wijze werd verwacht een factor te creëren waaruit blijkt in welke mate alle fases van het verpleegkundig proces worden verricht. Na factoranalyse scoorde vraag B24 op geen enkele factor een duidelijk hoge lading, zodat

deze vraag niet is meegenomen in de analyses. De overige drie vragen vormden wel een factor waarbij de vraag over de evaluatie duidelijk minder hoog scoorde dan de vragen over de intake en de diagnose-formulering. Om problemen met interpretatie van deze factor te voorkomen is uiteindelijk gekozen voor een factor *diagnostiek*, bestaande uit deze laatste twee vragen.

Omdat functiedifferentiatie zich met name richt op *groeimogelijkheden* binnen een functie en niet op promotie naar een andere functie, is uit de vragenlijst van Boumans (1990) slechts één vraag overgenomen. Eveneens is hieraan een vraag met betrekking tot bijscholing toegevoegd (de vragen B5 en B25).

Werkdruk wordt in de vragenlijst van Boumans (1990) gemeten aan de hand van vier items, waarvan slechts het item over 'tijdsdruk' relevant wordt geacht (vraag B12).

Voor het meten van de hoeveelheid *feedback* binnen het werk wordt gebruikgemaakt van vijf items uit de factor feedback/duidelijkheid. Aangezien feedback ook wordt verkregen van de cliënt of direct van het werk zijn hieraan twee nieuwe vragen toegevoegd (de vragen B6, B7, B13, B19, B20, B26 en B27). Na factoranalyse bleek vraag B27 hoger te laden op de variabele 'belang' zodat dit item bij 'belang' is opgenomen.

Voor het meten van het *belang* van het werk is in de vragenlijst van Boumans één vraag opgenomen die enigszins aangepast is overgenomen. Tevens zijn twee nieuwe vragen geformuleerd, waarmee het perspectief van de cliënt en van andere organisaties of hulpverleners is toegevoegd (de vragen B14-21-28). Na factoranalyse is vraag B27 hieraan toegevoegd.

Bovenstaande vragen zijn zodanig gesteld dat een zo *objectief* mogelijk beeld wordt verkregen van de taakkenmerken. Echter, aangezien het mogelijk is dat de antwoorden die worden gegeven mede kunnen worden bepaald door subjectieve ervaringen, zijn bovenstaande vragen eveneens voorgelegd aan de betreffende leidinggevenden. Op deze wijze wordt ook van een 'buitenstaander' een oordeel gevraagd over de functie van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster of gezinsverzorgende.

In tabel 3.5 worden de variabelen weergegeven die in de analyses van de voor- en nameting zijn meegenomen, waarbij tevens de Cronbachs α is vermeld, zodat een indruk wordt verkregen van de interne consistentie.

Tabel 3.5
Onderzoeksvariabelen: taakkenmerken

Aanwezigheid van taakkenmerken	Voormeting 1994	Boumans 1990
tijdsdruk (1 item)		
autonomie (1 item)		
duidelijkheid (5 items)	$\alpha = .74$	$\alpha = .72^*$
afwisseling (3 items)	$\alpha = .68$	
diagnostiek (2 items; de mate waarin de respondent taken verrichten m.b.t. de intake en diagnose)	$\alpha = .79$	
groeimogelijkheden (2 items)	$\alpha = .67$	$\alpha = .48$
feedback (6 items)	$\alpha = .73$	$\alpha = .72^*$
belang (4 items; de mate waarin cliënten en andere hulpverleners het werk van de respondent belangrijk vinden)	$\alpha = .69$	

* In het onderzoek van Boumans (1990) is gebruikgemaakt van één schaal 'feedback/duidelijkheid'. De items over feedback zijn in de voormeting gebruikt, voor het meten van duidelijkheid is gebruikgemaakt van een vragenlijst van Ruijters en Stevens (1992/1993).

Uit de α 's blijkt dat 7 van de 8 schalen waarmee de aanwezigheid van de verschillende taakkenmerken is gemeten, in redelijke mate intern consistent zijn en zodoende in deze vorm kunnen worden meegenomen in de analyses. Een uitzondering hierop vormt de schaal 'autonomie'. De α is .52 zodat de interne consistentie als slecht moet worden gewaardeerd. Deze lage waarde is in zekere mate onverwacht aangezien in het onderzoek van Verheij c.s. (1993) onder zorgverleners binnen geïntegreerde thuiszorgorganisaties deze factor een α -waarde van .72 had. Om toch iets te kunnen zeggen over de mate van autonomie in het werk is het item dat het hoogste scoorde op deze factor meegenomen in de analyses: de mate waarin de respondent zelf zijn/haar werktempo kan bepalen.

3.2.2

Persoonlijke en werkeffecten

De *kwaliteit van zorg* wordt gemeten vanuit het hulpverleners- en het cliëntenperspectief. In de vragenlijst van Boumans (1990) wordt aandacht besteed aan het perspectief van de hulpverlener. De respondenten konden op een 5-puntsschaal aangeven in hoeverre ze tevreden zijn met verschillende aspecten van het werk. Alle zeven items zijn overgenomen (de vragen D4, D5, D9, D15, D24, D28 en D30). Om een beeld te krijgen over de tevredenheid met de werkdruk was één vraag aan de lijst toegevoegd (D32). Na factoranalyse bleek deze vraag echter hoog te scoren op de schaal 'tevredenheid met de kwaliteit van zorg'. D32 is derhalve aan deze schaal toegevoegd.

Een aspect van de kwaliteit van zorg dat in het kader van functie-differentiatie van groot belang is, is de doelmatigheid. Doelmatigheid heeft betrekking op de mate waarin de inzet van het personeel in overeenstemming is met de vraag van de cliënt: de juiste persoon op de juiste plaats. In de vragenlijst van Boumans (1990) werden met betrekking tot de doelmatigheid geen relevante vragen gevonden zodat nieuwe vragen zijn geformuleerd. Op een 5-puntsschaal konden de respondenten aangeven in hoeverre ze het eens zijn met de uitspraken die betrekking hebben op cliënttoewijzing (de vragen C1 t/m C6). Na factoranalyse bleken de variabelen C2, C3 en C4 tezamen een duidelijke factor te vormen: *tevredenheid met de inzet van hulpverleners* (wijkverpleegkundige, wijkverpleegster of gezinsverzorgende).

Naast de mening van de zorgverlener is eveneens de mening van de cliënt van belang om een uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van zorg. Indien wordt gekeken naar bestaande meetinstrumenten, dan blijkt dat de vragenlijsten die voor 1983 zijn ontwikkeld zich met name richten op het meten van de tevredenheid van de cliënt. Deze instrumenten hebben echter over het algemeen drie tekortkomingen: onvoldoende theoretische basis, methodologische tekortkomingen (met betrekking tot dimensies, validiteit en betrouwbaarheid) en weinig specifieke resultaten voor adequate toepassing (Van Campen e.a. 1994). Binnen het NIVEL is onderzoek verricht (Van Campen e.a. 1992, 1994) waarin over de periode 1983-1993 113 instrumenten zijn gevonden die de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief proberen te meten. Van dit aantal waren 41 instrumenten getest op validiteit en betrouwbaarheid, waarvan er slechts 8 twee keer of meer zijn getest. Uiteindelijk werden slechts 5 meetinstrumenten theoretisch en/of methodologisch voldoende bevonden om

de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief te meten. Het betreft de volgende instrumenten: Patiënt Satisfaction Questionnaire (PSQ), Cliënt Satisfaction Questionnaire (CSQ), the Satisfaction with Physician and Primary Care Scale (SPPCS), het Patiënt Judgments of Hospital Quality instrument (PJHQ) en het Service Quality instrument (SERVQUAL). Op basis van deze analyse wordt door Van Campen c.s. (1994) de volgende werkwijze aanbevolen bij verder onderzoek naar kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief: selecteer een aantal algemene items uit de PSQ-dimensies; selecteer een aantal ziekte-specifieke items overeenkomstig de PJHQ-benadering door middel van interviews met patiëntenorganisaties en construeer het meetinstrument op basis van de theorie waarop SERVQUAL is gebaseerd: het oordeel van de cliënt bestaat uit zijn waarneming min zijn verwachting van kwaliteit van zorg (dit komt overeen met de in paragraaf 2.4 beschreven discrepantie-theorie).

Uit de uitgebreide literatuurstudie van Van Campen c.s. (1992, 1994) blijkt dat er momenteel nog geen geschikt meetinstrument voorhanden is om de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief te meten. Derhalve is een nieuwe vragenlijst ontwikkeld waarin de negen kwaliteitsaspecten uit paragraaf 2.4 (zorgvuldigheid, continuïteit, ondersteuning mantelzorg, bejegening, informatieverschaffing, begeleiding, doeltreffendheid, belasting en doelmatigheid) zijn opgenomen en de discrepantie-theorie (het oordeel van de cliënt bestaat uit zijn waarneming min zijn verwachting van kwaliteit van zorg) is verwerkt. Aangezien het in dit onderzoek gaat om het algemene oordeel van de cliënten over de verleende zorg zijn geen ziekte-specifieke items opgenomen in de vragenlijst. Naast bovenstaande literatuur is bij de constructie van de vragenlijst gebruikgemaakt van twee vragenlijsten die onlangs zijn ontwikkeld voor het meten van de kwaliteit van zorg binnen de wijkverpleging en gezinsverzorging: Kwaliteitsmeting Thuiszorg (Driessen 1994) en het Handboek Gebruikersraadpleging (LVT 1994). Tevens is gebruikgemaakt van de onderzoeken van Groen c.s. (1990) en Oudenampsen c.s. (1993) waarin kwaliteitscriteria vanuit het cliëntenperspectief zijn ontwikkeld. In het onderzoek van Van der Waal c.s. (1994) is op basis van het oordeel van een aantal patiënten en zorgverleners een selectie gemaakt uit de criteria van Groen c.s. (1990). Deze criteria zijn door Van der Waal c.s. (1994) uitgewerkt in een vragenlijst die in Rotterdam is afgenomen bij alle patiënten die in de periode januari-februari 1994 twee gezondheidscentra hebben bezocht. De patiënten die thuis zijn bezocht hebben ook een vragenlijst gekregen. Op deze manier is een beeld verkregen van de

kwaliteit van zorg verleend door huisartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werk, wijkverpleging en de centrumassistentes. De vragen gericht op de wijkverpleging zijn voor een groot deel overgenomen om de effecten van functiedifferentiatie te meten. De ervaringen van deze onderzoeken binnen de wijkverpleging en gezinsverzorging hebben geleid tot de constructie van de vragenlijst zoals die is beschreven in bijlage 4.

In de vragenlijst is allereerst een aantal algemene vragen over de cliënt opgenomen. Hierin wordt ook aandacht besteed aan de vraag hoe de cliënten hun gezondheid ervaren (vraag 4). Hiervoor is gebruikgemaakt van de subschaal Gezondheid die deel uitmaakt van de Schaal Subjectief Welzijn Ouderen (SSWO) van Tempelman (1987). Hierin gaat het om de vraag hoe goed of gezond iemand zich voelt. Deze schaal bestaat uit 5 items met elk 3 antwoordcategorieën (mee eens, weet niet en niet mee eens). Hoe hoger iemand scoort, hoe slechter de cliënt diens gezondheid ervaart. In het onderzoek van Tempelman (1987) bleek deze schaal betrouwbaar te zijn ($\alpha = .87$).

Om een beeld te krijgen van de *verwachtingen* van de cliënt wordt de cliënt per kwaliteitsaspect gevraagd hoe *belangrijk* hij/zij deze vindt (de vragen 8 t/m 14). Omdat uit ervaringen van de LVT (1994) en Driessen (1994) blijkt dat ouderen er moeite mee hebben om een lange lijst met vragen te beantwoorden is per aspect slechts één vraag gesteld (met uitzondering van 'continuïteit', waarbij twee vragen zijn gesteld, vanwege de dubbele betekenis van dit aspect). Om te kunnen bepalen of er sprake is van prioriteit wordt de cliënt ook gevraagd aan te geven welk aspect als het meest belangrijk wordt beschouwd (vraag 15).

De kwaliteitsaspecten zijn vervolgens geoperationaliseerd in een aantal specifieke vragen, waarbij de cliënt kan aangeven hoe vaak bepaalde dingen voorkomen (de vragen 16 t/m 42). Aan de hand van de antwoorden op deze vragen wordt een beeld verkregen van de *waarneming* van de kwaliteit van zorg. Om de vragenlijst niet te lang te maken is per aspect een minimaal aantal uitspraken geformuleerd. De aspecten 'continuïteit', 'ondersteuning mantelzorg' en 'begeleiding' bestaan elk uit 3 vragen en de aspecten 'bejegening', 'zorgvuldigheid' en 'informatieverschaffing' uit 5 vragen. De reden voor het verschil in aantal is dat bejegening in de literatuur als een belangrijk aspect wordt gezien bij het meten van de kwaliteit van zorg vanuit het cliënten-perspectief; van het werken met aandachtsgebieden met name wordt verwacht dat de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters meer deskundigheid bezitten en meer informatie aan de cliënt kunnen geven.

Het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg wordt vervolgens bepaald door de 'belangrijke-score' op een bepaald aspect te vergelijken met de gemiddelde 'tevredenheids-score' op een cluster vragen. Bijvoorbeeld: een vergelijking tussen de score op vraag 8 met het gemiddelde van de scores op de vragen 16 t/m 20 maakt duidelijk wat de cliënt vindt van de deskundigheid van de hulpverlener. De vragen met betrekking tot de categorie 'uitkomst' vormen hierop een uitzondering. De antwoorden op de vragen 40, 41 en 42 worden met elkaar vergeleken om te bepalen hoe tevreden de cliënt is over de uitkomst. Naast deze discrepantie-score wordt eveneens een oordeel over de kwaliteit van zorg verkregen aan de hand van vraag 43: de cliënt wordt gevraagd een rapportcijfer te geven over de ontvangen zorg. Ter afsluiting van de enquête wordt de cliënt gevraagd naar het oordeel over het tijdstip van verzorging.

Voor het meten van de tweede afhankelijke variabele, *arbeidstevredenheid*, wordt gebruikgemaakt van de vragenlijst van Boumans (1990). Tijdens haar onderzoek bleek uit de tweede-orde-factoranalyse dat arbeidstevredenheid was samengesteld uit 8 schalen: de schaal die reeds is opgenomen voor het meten van de variabele 'kwaliteit van zorg' (de aan het begin van deze paragraaf vermelde D-nummers) en zeven andere schalen. Van deze zeven schalen is de schaal 'tevredenheid met promotiemogelijkheden' niet overgenomen, aangezien functiedifferentiatie zich met name richt op groeimogelijkheden in plaats van op promotie. Als vervanging hiervoor zijn de drie eerder genoemde vragen over doelmatigheid/inzet van hulpverleners toegevoegd. Van de andere schalen van Boumans wordt allereerst de schaal 'algemene werkverdoening' genoemd. Bij deze vragen dienden de respondenten op een 5-puntsschaal aan te geven in hoeverre ze het eens zijn met verschillende uitspraken over het werk (de vragen C7 t/m C13). Na factoranalyse bleek de eerder genoemde vraag C1 hoog op deze schaal te laden, zodat dit item hieraan is toegevoegd. Binnen de andere 6 schalen dienden de respondenten op een 5-puntschaal aan te geven in hoeverre ze tevreden zijn met verschillende aspecten van de werksituatie: tevredenheid met de leidinggevende (de vragen D6, D11, D14, D18, D20 en D27), tevredenheid met contacten collega's (de vragen D2, D8, D13, D16, D21 en D26), tevredenheid met contacten cliënten (de vragen D10, D17, D25 en D29), tevredenheid met duidelijkheid (de vragen D1, D3, D19, D23 en D31) en tevredenheid met groeimogelijkheden (de vragen D7, D12 en D22).

In tabel 3.6 worden de variabelen weergegeven die in de analyses van de

voor- en nameting zijn meegenomen; daarbij is tevens de Cronbachs α vermeld, zodat een indruk wordt verkregen van de interne consistentie.

Tabel 3.6

Onderzoeksvaariabelen: tevredenheidsdimensies

Tevredenheidsdimensies	Voormeting 1994	Boumans 1990
tevredenheid met de kwaliteit van zorg (8 items)	$\alpha = .83$	$\alpha = .86$
tevredenheid met inzet van hulpverleners (3 items)	$\alpha = .72$	
algemene werkvolvoeding (8 items)	$\alpha = .87$	$\alpha = .81$
tevredenheid met leidinggevende (6 items)	$\alpha = .92$	$\alpha = .90$
tevredenheid met collega's (6 items)	$\alpha = .81$	$\alpha = .81$
tevredenheid met contacten cliënten (4 items)	$\alpha = .77$	$\alpha = .74$
tevredenheid met duidelijkheid (5 items)	$\alpha = .64$	$\alpha = .64$
tevredenheid met groeiomogelijkheden (3 items)	$\alpha = .79$	$\alpha = .70$
totale arbeidstevredenheid	$\alpha = .70$	$\alpha = .80$

Na factoranalyse komen uit de 43 vragen over tevredenheid 8 schalen naar voren met een hoge interne consistentie. Uit correlaties tussen de verschillende persoonlijke en werkeffecten onderling blijkt dat de tevredenheidsdimensies enigszins met elkaar samenhangen. Uit tweede-orde-factoranalyse blijkt dan ook dat deze 8 subschalen tezamen één schaal vormen: de 'totale arbeidstevredenheid'. Aangezien deze schaal een totaalbeeld geeft van de arbeidstevredenheid is deze schaal opgenomen in de analyses. Daarnaast wordt tevens de subschaal 'tevredenheid over de kwaliteit van zorg' betrokken in de analyses, omdat in het onderzoeksmodel de kwaliteit van zorg als werkeffect is opgenomen.

Burnout is als afhankelijke variabele opgenomen in het onderzoeksmodel, allereerst omdat wordt verwacht dat functiedifferentiatie niet zo zeer van invloed zal zijn op de fysieke gezondheid als wel op het psychisch welbevinden in het werk. Daarnaast blijkt dat vooral in beroepen waarin sprake is van veel beroepsmatige contacten met andere mensen, burnout voorkomt. Derhalve is gebruikgemaakt van de Maslach Burnout Inventory (MBI). De MBI bestaat uit 22 items en bevat drie subschalen: emotionele uitputting (E1, E2, E3, E6, E13, E14, E16 en E20), depersonalisatie (E5,

E10, E11, E15 en E22) en persoonlijke bekwaamheid (E4, E7, E9, E2, E17, E18, E19 en E21). De respondenten dienden op een 7-puntsschaal (nooit; bijna nooit; zelden; soms; vaak; bijna altijd; altijd) aan te geven in hoeverre verschillende uitspraken op hen van toepassing zijn.

Daarnaast is aan de respondent een vraag gesteld om een beeld te krijgen van de algemene gezondheidstoestand (vraag E23).

In tabel 3.7 worden de variabelen weergegeven die in de analyses van de voor- en nameting zijn meegenomen waarbij tevens de Cronbachs α is vermeld, zodat een indruk wordt verkregen van de interne consistentie.

Tabel 3.7

Onderzoeksvariabelen: burnout-dimensies

Burnout-dimensies	Voormeting 1994	Van Dierendonck e.a. 1992
emotionele uitputting (9 items)	$\alpha = .86$	$\alpha = .88$
depersonalisatie (5 items)	$\alpha = .64$	$\alpha = .64$
persoonlijke bekwaamheid (8 items)	$\alpha = .77$	$\alpha = .74$

In de vragenlijst zijn 22 vragen gesteld over gezondheid, die 3 dimensies van burnout vormen. Aangezien de interne consistentie van de 3 subschalen redelijk tot hoog is en we burnout in alle facetten willen belichten, worden ze alle drie opgenomen in de analyse. De α -waarden zijn vergelijkbaar met de resultaten uit het onderzoek van Van Dierendonck c.s. (1992). Voor het meten van *ziekteverzuim* zijn volgens Boumans (1990) twee methoden te hanteren: het verkrijgen van objectieve verzuimgegevens via de administratie van het ziekenhuis en het verzamelen van persoonlijke verzuimgegevens bij de respondenten zelf met behulp van de vragenlijst. Aangezien geen geautomatiseerde databestanden voor handen bleken en er geen specifieke cijfers voor verpleegkundigen aanwezig waren heeft Boumans (1990) gebruikgemaakt van de tweede methode. De gestelde vragen zijn opgenomen in onderhavig onderzoek (de vragen E24 en E25). Daarnaast zijn er twee vragen over rugklachten geformuleerd, om wat meer inzicht te krijgen in het ziekteverzuim (de vragen E26 en E27).

3.2.3

Individuele kenmerken

In het onderzoeksmodel is aangegeven dat van individuele kenmerken een invloed wordt verwacht op de persoonlijke en werkeffecten.

In de lijsten van Boumans (1990) worden zes *preferenties* genoemd die relevant worden geacht voor de functiedifferentiatie. In dit onderdeel van de vragenlijst dienden de respondenten aan te geven hoe aantrekkelijk bepaalde aspecten in een ideale baan voor hen zijn. Gebruik is gemaakt van een 5-puntsschaal: uiterst aantrekkelijk; zeer aantrekkelijk; tamelijk aantrekkelijk; weinig aantrekkelijk; niet aantrekkelijk. De volgende schalen worden gebruikt: preferentie voor carrière (de vragen F2, F11, F13, F18, F19, F26 en F30), preferentie voor prestige (de vragen F10, F15, F17, F24 en F33), preferentie voor autonomie (de vragen F4, F14, F16, F23, F25, F28 en F29), preferentie voor samenwerken (de vragen F1-5-6-12-20-27), preferentie voor afwisseling (F3, F8, F21, F31 en F32) en preferentie voor het ontbreken van tijdsdruk (de vragen F7, F9, en F22). In tabel 3.8 worden de variabelen weergegeven die in de analyses van de voor- en nameting zijn meegenomen waarbij tevens de Cronbachs α is vermeld, zodat een indruk wordt verkregen van de interne consistentie.

Tabel 3.8

OnderzoeksvARIABLEN: individuele preferenties

Preferentie	Voormeting 1994	Boumans 1990
voor carrière (7 items)	$\alpha = .93$	$\alpha = .93$
voor prestige (5 items)	$\alpha = .86$	$\alpha = .89$
voor autonomie (7 items)	$\alpha = .84$	$\alpha = .84$
voor samenwerken (6 items)	$\alpha = .81$	$\alpha = .85$
voor afwisseling (5 items)	$\alpha = .76$	$\alpha = .75$
voor ontbreken van tijdsdruk (3 items)	$\alpha = .75$	$\alpha = .80$

Uit de betrouwbaarheidsanalyse blijkt dat de α -waarden van de schalen die de individuele kenmerken meten hoog zijn en vergelijkbaar met resultaten uit ander onderzoek. Om de analyses overzichtelijk te houden worden in eerste instantie niet alle schalen in de analyses meegenomen.

Omdat de meeste preferenties betrekking hebben op de taakkenmerken die als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen in het onderzoeksmodel worden alle preferenties betrokken in de analyses.

Aangezien de wijze van probleemhantering (coping) en sociale steun een belangrijke rol spelen in het burnout-proces (Van Dierendonck e.a. 1992) worden deze twee factoren als individuele kenmerken meegenomen in de vragenlijst. Voor het meten van de *copingstijl* is de Utrechtse Coping Lijst (UCL) (Schreurs e.a. 1988) als uitgangspunt genomen. Door Schaufeli c.s. (1992) is deze lijst ingekort gezien de lengte van de oorspronkelijke lijst (47 items) en gezien de twijfels over de validiteit. De ingekorte versie (25 items) is door Van Dierendonck c.s. (1992) toegepast onder huisartsen. Met deze lijst worden drie dimensies van coping gemeten, te weten actief problemen aanpakken (de vragen G5, G7, G9, G10, G11, G16, G22), passief blijven (de vragen G1, G2, G4, G6, G8, G12, G13, G15, G17, G18 en G19) en het opzoeken van sociale steun (de vragen G14, G20, G21, G23 en G24). Drie items van de vragenlijst (de vragen G8, G12 en G25) scoorden op geen van de drie factoren, maar worden in dit onderzoek wel meegenomen om te kijken in hoeverre de factorstructuur wordt bevestigd. In deze vragen wordt aangegeven wat men zoal kan doen als er problemen zijn of onplezierige gebeurtenissen. De respondenten dienen op een 4-puntsschaal aan te geven hoe vaak ze in het algemeen op de beschreven manier reageren (zelden of nooit; soms; vaak; zeer vaak). In tabel 3.9 worden de variabelen weergegeven die in de analyses van de voor- en nameting zijn meegenomen waarbij tevens de Cronbachs α is vermeld, zodat een indruk wordt verkregen van de interne consistentie. In eerste instantie worden alle drie copingstijlen meegenomen in de analyses.

Tabel 3.9
Onderzoeksvariabelen: individuele copingstijlen

Copingstijlen	Voormeting 1994	Van Dierendonck e.a. 1992
actief probleem aanpakken (7 items)	$\alpha = .76$	$\alpha = .72$
passief blijven (11 items)	$\alpha = .71$	$\alpha = .71$
opzoeken van sociale steun (6 items)	$\alpha = .80$	$\alpha = .83$

Voor het meten van de *sociale steun* is gebruikgemaakt van een schaal uit de Vragenlijst Organisatiestress (VOS-D) van Bergers c.s. (1986). Deze vragen hebben betrekking op de verstandhouding, conflicten en dergelijke met personen waarmee de respondent in zijn/haar werk te maken heeft (de vragen H1 t/m H5). In tabel 3.10 worden de variabelen weergegeven die in de analyses van de voor- en nameting zijn meegenomen waarbij tevens de Cronbachs α is vermeld, zodat een indruk wordt verkregen van de interne consistentie.

Tabel 3.10

Onderzoeksvaariabelen: *individueel ervaren steun*

Ervaren steun	Voormeting 1994	Van Dierendonck e.a. 1992
sociale steun van leidinggevende (5 items)	$\alpha = .91$	
sociale steun van collega's (5 items)	$\alpha = .71$	$\alpha = .82$
sociale steun van andere hulpverleners (5 items)	$\alpha = .77$	$\alpha = .77$
sociale steun van partner (5 items)	$\alpha = .98$	$\alpha = .75$

Aangezien functiedifferentiatie een verandering betekent binnen het team wordt de steun van collega's en de leidinggevende van groot belang geacht, zodat alleen deze variabelen zijn meegenomen in de analyses van de voor- en nameting.

Specifiek gericht op de experimenten is eveneens een aantal vragen meegenomen in de vragenlijst. De antwoorden op de vragen dienen een beeld te geven van de verwachtingen van het experiment (tijdens de voormeting) en de ervaringen van het experiment (tijdens de nameting). Met betrekking tot de horizontale functiedifferentiatie is gebruikgemaakt van de vragenlijst van Jansen (1991). Het item 'ik moet me eerst op mijn aandachtsgebied bijscholen' is uit deze schaal verwijderd, aangezien wordt aangenomen dat dit een vereiste is om met aandachtsgebieden te kunnen gaan werken (de vragen I1 t/m I13). Met betrekking tot de verticale functiedifferentiatie is een vergelijkbare vragenlijst gemaakt (de vragen I1 t/m I9). De interne consistentie op de drie schalen is weergegeven in tabel 3.11.

Tabel 3.11
OnderzoeksvARIABLEN: individuele verwachtingen

	Voormeting 1994	Jansen 1991
aandachtsgebieden/differentiaties (13 items)	$\alpha = .88$	$\alpha = .88$
splitsing in sectoren (12 items)	$\alpha = .96$	
onderscheid in deskundigheden (9 items)	$\alpha = .84$	

De interne consistentie van deze schalen is hoog en wordt in het onderzoek meegenomen om een beeld te geven van de verwachtingen in 1994 en in 1995 te kunnen bepalen in hoeverre de verwachtingen zijn uitgekomen.

Omdat verwacht wordt dat *persoonskenmerken* ook van invloed kunnen zijn op de beleving van het werk wordt aan het eind van de vragenlijst gevraagd naar een aantal biografische kenmerken (de vragen binnen onderdeel J1 t/m J7). Deze kenmerken zijn reeds beschreven in paragraaf 3.1. Om een beeld te krijgen van de werkdruk worden ook nog twee vragen gesteld over de hoeveelheid te verzorgen cliënten (J8 en J9).

3.2.4

Procesbeschrijving

Voor een volledig beeld van de effecten van functiedifferentiatie is het eveneens van groot belang zicht te hebben op de wijze waarop functiedifferentiatie is ingevoerd binnen de verschillende instellingen. Op deze wijze kunnen aanbevelingen worden gedaan over het invoeringstraject van functiedifferentiatie en indicaties worden gegeven voor de organisatorische randvoorwaarden. Van elke deelnemende organisatie is een individueel verslag van het implementatie-proces geschreven. Onderdelen die hierin aan de orde zijn gesteld staan hieronder vermeld.

Allereerst is in alle deelnemende thuiszorgorganisaties een *contactpersoon* aangesteld. Met name voor een goede procesbewaking van de veranderingen binnen de experimentele groepen heeft de onderzoeker in 1994 regelmatig (1 keer per 1 à 2 maanden) contact gehad met deze persoon over de gang van zaken. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met deze personen (met behulp van een aantal terugkerende

aandachtspunten) is een beeld verkregen van het invoeringstraject. Om een volledig beeld van het invoeringstraject te kunnen krijgen is eveneens de mening van de hulpverleners gevraagd tijdens een hiervoor georganiseerde bijeenkomst (in de periode november 1994-januari 1995). Op basis van de informatie die de contactpersoon en hulpverleners hebben gegeven is een beeld verkregen van onder andere de volgende aspecten: Op welke wijze zijn de hulpverleners geïnformeerd over de invoering van functiedifferentiatie? Wordt de functiedifferentiatie geaccepteerd of bestaat er weerstand? Welke problemen doen zich voor bij de invoering van functiedifferentiatie? Welke oplossingen zijn hiervoor gevonden? Welke organisatorische voorwaarden zijn vereist voor het welslagen van functiedifferentiatie? Welke andere ontwikkelingen hebben zich binnen de organisatie voorgedaan?

Vervolgens is meer specifieke informatie over het proces van cliënten-toewijzing verkregen. Binnen de *verticale functiedifferentiatie* vormt de beslissing over het toewijzen van een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster (en binnen 1 organisatie verzorgende C/D) aan de cliënt een centraal onderdeel. De wijze waarop dit gebeurt heeft dan ook uitgebreid aandacht gehad binnen de procesbeschrijving. Binnen de experimentele instellingen zijn de ontwikkelde criteria uit de eerste fase (Jansen & Kerkstra 1993) aangepast en gebruikt bij het toewijzen van een wijkverpleegkundige, wijkverpleegster of verzorgende C/D aan de cliënt. Met betrekking tot de geïntegreerde thuiszorgorganisatie is hierin tevens aandacht besteed aan het onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Aan de hand van de gegevens die zijn verzameld tijdens de anamnese is het toewijzingsinstrument gebruikt en de complexiteit vastgesteld. Om vervolgens te bepalen wie de zorg gaat verlenen in de betreffende situatie is naast de mate van complexiteit ook nog aandacht besteed aan andere aspecten: opleiding, relevante ervaring, personele bezetting en aandachtsgebied. De ingevulde toewijzingsinstrumenten zijn vervolgens naar de onderzoeker gestuurd, zodat de gegevens konden worden geanalyseerd (de resultaten hiervan worden besproken in hoofdstuk 6).

In de procesbeschrijving met betrekking tot deze toewijzingsinstrumenten is allereerst aandacht besteed aan de wijze waarop de wijkverpleegkundigen zijn voorgelicht over het te gebruiken formulier. Tevens is beschreven welke procedure is gevolgd bij de cliënttoewijzing en of de cliënt de hulpverlener krijgt toegewezen die op basis van het model wordt verondersteld. Indien dit niet het geval bleek, is aangegeven wat de reden

hiervan was. Op deze wijze is een beeld verkregen van de bruikbaarheid van criteria voor complexiteit. Eveneens is een beeld verkregen van de behoefte aan wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters (teamsamenstelling) in de praktijk.

Ten aanzien van de andere facetten van verticale functiedifferentiatie (bijvoorbeeld het omgaan met de onderscheiden verantwoordelijkheden en coördinatie met betrekking tot het totale hulpverleningssysteem) zijn eveneens gegevens verzameld over de wijze van invoering en eventuele bijscholing.

Het onderscheid tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging is in de eerste fase van het onderzoek als volgt geformuleerd: een wijkverpleegster richt zich op (dreigende) zorgvragen betreffende het individuele gezondheidsprobleem van de cliënt, terwijl de gezinsverzorgende zich richt op zorgvragen die het functioneren van het totale huishouden (zelfredzaamheid) betreffen. Vervolgens is aanbevolen om de overlappende werkzaamheden tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging te laten verrichten door hulpverleners die de gewenste deskundigheid bezitten. Hierbij dient sprake te zijn van een duidelijke verantwoordelijkheidsstructuur. Dit onderscheid is duidelijk opgenomen in het toewijzingsinstrument (zie hoofdstuk 6).

In het kader van de procesbeschrijving zijn onder andere de volgende vragen gesteld: Op welke wijze is het onderscheid aan de hulpverleners meegedeeld? Is er gebruikgemaakt van geïntegreerde teams? Welke overlegvormen vinden plaats tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging? Welke taken worden uitgevoerd door de verschillende hulpverleners? Is deze taakuitvoering overeenkomstig het gehanteerde onderscheid? Zoniet, wat is dan de reden daarvan? Hoe ziet de verantwoordelijkheidsstructuur eruit?

Bij de *horizontale functiedifferentiatie* is alleen aandacht besteed aan de aandachtsgebieden aangezien de organisatie die een scheiding in sectoren wilde implementeren dit niet in 1994 kon realiseren (zie 3.1). De volgende vragen zijn van belang in het kader van de procesbeschrijving: Op welke wijze zijn de aandachtsgebieden vastgesteld? Welke indeling van aandachtsgebieden is vervolgens gehanteerd? Welke criteria zijn gehanteerd bij de verdeling van aandachtsgebieden onder de hulpverleners? Bestaat er een verschil in aandachtsgebieden voor wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters? Zoniet, waarom niet? Zo ja, waarom wel en waaruit bestaat dit verschil? Wat omvat het werken met aandachtsgebieden? Welke organisatorische faciliteiten (zoals bijscholing en consultatiemogelijkheden)

worden geboden? Welke knelpunten komt men tegen en hoe gaat men hiermee om?

4

Effecten van taak- en individuele kenmerken binnen de thuiszorg

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van de enquête die is verricht voordat binnen de organisaties is begonnen met de implementatie van functiedifferentiatie. Dit hoofdstuk geeft een beeld van de uitgangssituatie binnen de onderzoekspopulatie op het gebied van taakkenmerken, individuele kenmerken, tevredenheid met het werk in het algemeen en de kwaliteit van zorg in het bijzonder, burnout en ziekteverzuim. Allereerst wordt een totaaloverzicht gegeven van de gemiddelde scores op de verschillende variabelen. Vervolgens wordt de samenhang tussen de taak- en individuele kenmerken met de persoonlijke en werkeffecten beschreven.

4.1

Overzicht van de gemiddelde scores op de taakkenmerken, individuele kenmerken en persoonlijke en werkeffecten

In deze paragraaf worden de scores gepresenteerd van de schalen die in het derde hoofdstuk (3.5) zijn beschreven. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van alle variabelen. Per groep variabelen is aangegeven van welke schaal (7-puntsschaal, 5-puntsschaal of 4-puntsschaal) gebruik is gemaakt. Op deze manier kunnen de gepresenteerde gemiddelden beter worden geïnterpreteerd. Tevens is achter elke variabele tussen haakjes aangegeven uit hoeveel items de variabele is samengesteld. Voor alle variabelen betekent een hogere score dat de betreffende variabele in hogere mate aanwezig is.

De tabel geeft een score-overzicht van de totale groep wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden, alsmede van de score uitgesplitst naar functie. Om te kunnen bepalen in hoeverre er duidelijke verschillen bestaan tussen de scores van de drie verschillende hulpverleners is een variantieanalyse uitgevoerd. Hiermee kan worden bepaald in hoeverre de gemiddelde scores tussen de hulpverleners verschillen en dit verschil niet is gebaseerd op toeval. Indien er sprake is van een duidelijk

verschil tussen de hulpverleners is dit in de tabel met een * aangegeven. Na tabel 4.1 worden de gemiddelde scores op de verschillende kenmerken en effecten in aparte paragrafen nader omschreven en, indien mogelijk, de verschillen tussen de typen hulpverleners verklaard.

Tabel 4.1

Overzicht van de gemiddelde scores en standaarddeviaties van alle variabelen (voormeting in 1994)

Variabelen	Totale groep (n = 428)		Wijkverpleeg- kundige (n = 310)		Wijkver- pleegster (n = 92)		Gezins- verzorgende (n = 26)	
	Gem.	S.D.	Gem.	S.D.	Gem.	S.D.	Gem.	S.D.
<i>Aanwezigheid van taakkenmerken (schaal 1-7)</i>								
* tijdsdruk (1)	5.04	1.15	5.13	1.13	4.75	1.08	5.04	1.43
autonomie (1)	4.44	1.30	4.35	1.23	4.62	1.29	4.85	1.95
duidelijkheid (5)	5.88	0.61	5.86	0.60	5.91	0.62	5.98	0.77
* afwisseling (3)	5.20	0.86	5.27	0.78	4.98	0.81	5.18	1.61
* diagnostiek (2)	4.42	2.18	5.32	1.76	2.20	1.09	1.41	0.71
groeimogelijkh. (2)	4.10	1.37	4.09	1.38	4.18	1.25	4.00	1.71
* feedback (6)	4.42	0.93	4.38	0.90	4.70	0.85	3.94	1.19
belang (4)	5.24	0.75	5.22	0.68	5.36	0.79	5.09	1.26
<i>Preferenties (schaal 1-5)</i>								
voor carrière (7)	3.53	0.85	3.56	0.84	3.42	0.85	3.61	0.90
voor prestige (5)	3.44	0.66	3.43	0.65	3.43	0.67	3.70	0.65
* voor autonomie (7)	3.67	0.58	3.74	0.57	3.56	0.54	3.16	0.60
* voor samenwerken (6)	3.45	0.57	3.47	0.56	3.46	0.57	3.11	0.54
voor afwisseling (5)	3.80	0.56	3.82	0.56	3.72	0.55	3.82	0.61
* voor ontbreken tijdsdruk (3)	3.81	0.59	3.84	0.57	3.78	0.60	3.53	0.71
<i>Copingstijlen (schaal 1-4)</i>								
* actieve aanpak. (7)	2.93	0.43	2.95	0.41	2.89	0.39	2.71	0.60
passieve aanpak. (11)	1.95	0.32	1.96	0.31	1.92	0.34	1.86	0.30
* soc. steun zoeken (6)	2.60	0.45	2.65	0.48	2.59	0.49	2.09	0.44
<i>Ervaren steun (schaal 1-4)</i>								
* van leidinggevende (5)	2.98	0.72	2.90	0.76	3.16	0.60	3.35	0.42
van collega's (5)	3.30	0.38	3.29	0.37	3.37	0.37	3.22	0.34

* van andere hulpv. (5)	2.65	0.70	2.68	0.40	2.67	0.66	2.29	1.34
van partner (5)	2.55	1.62	2.49	1.64	2.58	1.64	3.19	1.14
<i>Verwachting over functiedifferentiatie (schaal 1-5)</i>								
aandachtsgeb. (13)	3.34	0.54	3.32	0.56	3.42	0.45	nvt	nvt
sector-splitsing(12)	nvt	nvt	2.82	0.94	nvt	nvt	nvt	nvt
deskundigheden (9)	3.55	0.57	3.62	0.55	3.46	0.57	3.46	0.64
<i>Tevredenheidsdimensies (schaal 1-5)</i>								
* tot. tevredenheid (43)	3.59	0.36	3.55	0.36	3.72	0.32	3.69	0.40
kwaliteit van zorg (8)	3.56	0.53	3.55	0.55	3.61	0.47	3.50	0.54
* alg. werkvoldoen. (8)	3.79	0.67	3.68	0.65	3.96	0.63	4.41	0.56
* met leidinggevende (6)	3.31	0.82	3.21	0.85	3.56	0.70	3.48	0.63
met cont. collega's (6)	3.84	0.46	3.85	0.46	3.86	0.49	3.67	0.43
met cont. cliënten (4)	3.83	0.43	3.80	0.42	3.91	0.40	3.88	0.51
* met hulpverl.-inzet (3)	3.19	0.86	3.24	0.85	3.14	0.84	2.64	0.99
* met duidelijkheid (5)	3.47	0.47	3.41	0.48	3.64	0.41	3.58	0.53
* met groeimogelijkh. (3)	3.45	0.69	3.53	0.72	3.63	0.54	3.92	0.58
<i>Burnout-dimensies (schaal 0-6)</i>								
* emotionele uitput. (9)	2.00	0.82	2.09	0.81	1.86	0.81	1.38	0.71
depersonalisatie (5)	1.09	0.70	1.15	0.68	0.95	0.75	0.84	0.59
* pers. bekwaamheid (8)	4.06	0.50	4.02	0.49	4.16	0.50	4.24	0.57
<i>Verzuimdimensies</i>								
verzuimfrequentie	1.28	1.15	1.23	1.11	1.46	1.22	1.27	1.40
totale verzuimduur	13.95	32.83	12.75	30.09	18.65	43.86	11.96	14.22

* De gemiddelden van deze variabelen zijn significant verschillend tussen 2 of 3 hulpverleners ($p \leq 0.05$).

4.1.1

Kwaliteit van de arbeid

Uit een vergelijking van de verschillende taakkenmerken blijken de laagste scores te zijn gegeven op de aanwezigheid van groeimogelijkheden, feedback, diagnostiek en autonomie in het werk. Daarnaast blijkt tijdsdruk in redelijk grote mate aanwezig te zijn in het werk. Indien per hulpverlener de scores met elkaar worden vergeleken blijken ze op een viertal taakkenmerken significant ($p \leq 0,05$) te verschillen:

- wijkverpleegkundigen werken in grotere mate onder tijdsdruk dan wijkverpleegsters;

- het werk van wijkverpleegkundigen vertoont meer afwisseling dan het werk van wijkverpleegsters;
- in het werk van wijkverpleegkundigen is in grotere mate diagnostiek aanwezig dan in het werk van zowel wijkverpleegsters als gezinsverzorgenden;
- in het werk van wijkverpleegsters is in grotere mate sprake van feedback dan in het werk van zowel wijkverpleegkundigen als gezinsverzorgenden.

Voor deze verschillen wordt geprobeerd een aantal verklaringen te geven. Het feit dat wijkverpleegkundigen meer tijdsdruk ervaren in hun werk dan wijkverpleegsters is mogelijk te verklaren uit organisatorische veranderingen: hoofdwijkverpleegkundigen houden zich meer bezig met beleidszaken en managementtaken binnen het team, waardoor de wijkverpleegkundige meer verantwoordelijkheid krijgt voor de inhoud van de zorg. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in het feit dat wijkverpleegkundigen in veel gevallen naast hun eigen cliënten eindverantwoordelijk zijn voor de zorg aan cliënten verleend door wijkverpleegsters. Dit gaat waarschijnlijk gepaard met een hogere tijdsdruk.

Het verschil in afwisseling en diagnostiek tussen de hulpverleners binnen de wijkverpleging is overeenkomstig het onderscheidend kenmerk dat is geformuleerd in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV 1988): de diagnostiek en het verlenen van zorg in complexe situaties is voorbehouden aan de verpleegkundige. Door het verrichten van diagnostiek en het verlenen van zorg in complexe situaties is het werk van de wijkverpleegkundige in grotere mate afwisselend. Voor gezinsverzorgenden is de score op diagnostiek zo laag vanwege het feit dat dit bijna altijd wordt gedaan door de leidinggevende.

Het verschil in feedback is mogelijk te verklaren uit de werkwijze die binnen de teams wordt gehanteerd. Doordat in veel gevallen de wijkverpleegkundigen eindverantwoordelijk zijn voor de zorg die door wijkverpleegsters wordt verleend, wordt verwacht dat de wijkverpleegkundige feedback geeft aan de wijkverpleegster, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie. Dat de gezinsverzorgenden ook significant minder feedback ervaren in hun werk is te verklaren uit het feit dat zij meestal vanuit huis direct naar de cliënten gaan en na het werk weer huiswaarts keren (dit wordt bevestigd door de – niet significant – hogere score op het taakkenmerk autonomie). Het betreft een duidelijk verschil tussen wijkverpleging en gezinsverzorging: in tegenstelling tot de wijkverpleging

worden cliëntsituaties binnen de gezinsverzorging minder frequent met collega's en leidinggevende geëvalueerd.

4.1.2

Individuele kenmerken

Binnen de totale groep verschillen de scores op de verschillende soorten *preferenties* onderling niet veel en zijn ze redelijk hoog. De meeste voorkeur gaat uit naar afwisseling en het ontbreken van tijdsdruk, terwijl de preferenties voor prestige en samenwerken relatief laag scoren. Indien de drie hulpverleners met elkaar worden vergeleken blijkt een drietal preferenties significant te verschillen:

- gezinsverzorgenden prefereren in mindere mate autonomie in vergelijking met zowel wijkverpleegkundigen als wijkverpleegsters en wijkverpleegsters prefereren in mindere mate autonomie dan wijkverpleegkundigen;
- zowel wijkverpleegkundigen als wijkverpleegsters prefereren in grotere mate samenwerking dan gezinsverzorgenden;
- wijkverpleegkundigen prefereren in grotere mate dat tijdsdruk ontbreekt dan gezinsverzorgenden.

De scores op de variabele 'preferentie voor autonomie' vertonen een stijgende lijn als de hulpverleners met elkaar worden vergeleken: de gezinsverzorgenden prefereren autonomie het minst, de wijkverpleegsters iets meer en de wijkverpleegkundigen het meest. Het verschil is daardoor mogelijk te verklaren op basis van genoten opleiding. Verondersteld wordt dat naarmate men een hogere opleiding heeft genoten, men meer autonomie prefereert in het werk.

De lagere behoefte aan samenwerking onder gezinsverzorgenden wordt waarschijnlijk wederom bepaald door het verschil in werkwijze tussen wijkverpleging en gezinsverzorging: binnen de gezinsverzorging is in mindere mate sprake van overleg en wordt in grotere mate solistisch gewerkt zodat er minder behoefte bestaat aan samenwerking.

Het verschil met betrekking tot de behoefte aan het ontbreken van tijdsdruk is mogelijk te verklaren uit het feit dat wijkverpleegkundigen in hoge mate tijdsdruk ervaren en dit als negatief ervaren.

Ten aanzien van de *copingstijlen* blijkt voor de totale groep dat de respondenten in de meeste gevallen proberen om problemen op actieve wijze aan te pakken. Indien de drie hulpverleners met elkaar worden vergeleken blijkt dat:

- wijkverpleegkundigen vaker gebruikmaken van de actieve copingstijl dan gezinsverzorgenden;

- wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters vaker sociale steun zoeken in vergelijking met gezinsverzorgenden.

Het eerste verschil lijkt een feit, terwijl voor het tweede verschil een logische verklaring kan worden gegeven aan de hand van het verschil in werkwijze tussen wijkverpleging en gezinsverzorging: gezinsverzorgenden hebben door hun solistische manier van werken in mindere mate de mogelijkheid om sociale steun te zoeken bij anderen.

Met betrekking tot de ervaren steun van de partner moet worden opgemerkt dat op deze vragen vaak 'niet van toepassing' (score = 0: 27.5%) is gescoord. Uit opmerkingen van respondenten werd duidelijk wat de reden hiervoor was: velen vonden het niet van belang dat de onderzoeker een idee kreeg van de relatie met hun partner. Met andere woorden: de score op deze variabele geeft geen juist beeld van de ervaren steun van de partner en kan derhalve niet worden meegenomen in de analyses. Uit de scores op de andere drie dimensies blijkt dat de respondenten de meeste steun ervaren van collega's en de minste steun van de leidinggevende.

Met betrekking tot de steun van de leidinggevende en andere hulpverleners bestaan er significante verschillen tussen de hulpverleners:

- zowel wijkverpleegsters als gezinsverzorgenden ervaren meer steun van hun leidinggevende dan wijkverpleegkundigen;
- wijkverpleegkundigen ervaren meer steun van andere hulpverleners dan gezinsverzorgenden.

Deze verschillen kunnen wederom worden verklaard op basis van de solistische werkwijze binnen de gezinsverzorging.

Tot slot van de individuele kenmerken wordt aandacht besteed aan de *verwachting over differentiatie*. Uit de gemiddelden blijkt dat de respondenten een terughoudend positieve verwachting hebben over het werken met aandachtsgebieden en een duidelijk onderscheid tussen deskundigheden. De verwachtingen over het werken met een duidelijk onderscheid tussen de verschillende typen hulpverleners is onder wijkverpleegkundigen iets positiever dan bij wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden. Binnen de organisatie die met een onderscheid tussen de sector volwassenenzorg en de sector ouder- en kindzorg wilde starten, is de mening licht negatief (hierbij ontbreken scores van wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden aangezien zij niet binnen de ouder- en kindzorg werken).

4.1.3

Persoonlijke en werkeffecten

De scores op de *tevredenheidsdimensies* maken duidelijk dat de respondenten redelijk positief zijn over alle tevredenheidsaspecten. Indien de verschillende aspecten met elkaar worden vergeleken scoort de tevredenheid met de hulpverlener-inzet en de leidinggevende het laagst en de tevredenheid over de contacten met de collega's en cliënten het hoogst. Uit de resultaten van de variantieanalyses blijkt dat de wijkverpleegkundigen over het algemeen het minst tevreden zijn:

- de totale tevredenheid van wijkverpleegkundigen is lager dan die van wijkverpleegsters;
- met betrekking tot de algemene werkvoltoening scoren wijkverpleegkundigen lager dan zowel wijkverpleegsters als gezinsverzorgenden en scoren wijkverpleegsters lager dan gezinsverzorgenden;
- wijkverpleegkundigen zijn minder tevreden met hun leidinggevende dan wijkverpleegsters;
- gezinsverzorgenden zijn minder tevreden over de inzet van hulpverleners dan zowel wijkverpleegkundigen als wijkverpleegsters;
- wijkverpleegkundigen zijn minder tevreden over de duidelijkheid in hun werk dan wijkverpleegsters;
- wijkverpleegkundigen zijn minder tevreden met de groei mogelijkheden dan gezinsverzorgenden.

Met name de laatste drie verschillen zijn illustratief voor de huidige situatie binnen de thuiszorg. Veel cliënten vragen basiszorg, waarvoor een basisdeskundigheid is vereist die in veel gevallen kan worden verleend door wijkverpleegsters en in sommige gevallen ook door gezinsverzorgenden (immers, de ontevredenheid met de inzet van hulpverleners betreft de mening dat wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters vaak ingezet worden in situaties waarin ook een gezinsverzorgende zou kunnen worden ingezet). Deze verschillen komen overeen met de conclusie uit de eerste fase van het onderzoek, dat wijkverpleegkundigen regelmatig taken beneden hun niveau verrichten (Jansen & Kerkstra 1993).

Uit de gemiddelden op de 7-puntsschaal (0-6) waarmee drie dimensies van *burnout* zijn gemeten blijkt dat de respondenten weinig emotionele uitputting en depersonalisatie ervaren en daarentegen zich in redelijke mate persoonlijk bekwaam achten. Om een beter beeld te kunnen krijgen van de waarde die aan deze scores kan worden gehecht worden ter vergelijking de resultaten van onderzoek van Van Dierendonck (1992) gepresenteerd.

Tabel 4.2
Burnout-scores bij verschillende hulpverleners

	Voormeting 1994		huisartsen		verplegend personeel	
	Gem.	S.D.	Gem.	S.D.	Gem.	S.D.
emotionele uitputting	2.00	0.82	2.23	0.84	1.85	0.94
depersonalisatie	1.09	0.70	1.88	0.76	1.19	0.78
persoonlijke bekwaamheid	4.06	0.50	3.79	0.47	4.05	0.61

De gegevens uit tabel 4.2 maken duidelijk dat de respondenten van de voormeting iets meer emotioneel uitgeput zijn en iets minder depersonalisatie vertonen in vergelijking met het verplegend personeel (voor 31% bestaande uit wijkverpleegkundigen) uit het onderzoek van Van Dierendonck. Daarentegen voelen de respondenten van onderhavig onderzoek zich in vergelijkbare mate persoonlijk bekwaam in vergelijking tot de verpleegkundigen uit het onderzoek van Van Dierendonck. In vergelijking met huisartsen vertonen de respondenten minder burnout. Uit een vergelijking tussen de drie hulpverleners blijkt dat de hulpverleners op een tweetal dimensies significant van elkaar verschillen:

- wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters zijn in grotere mate emotioneel uitgeput dan gezinsverzorgenden;
- wijkverpleegkundigen achten zich in mindere mate persoonlijk bekwaam dan de wijkverpleegsters.

Het verschil in persoonlijke bekwaamheid is waarschijnlijk een gevolg van het hierboven vermelde feit dat wijkverpleegkundigen regelmatig beneden hun niveau werken en daardoor zichzelf minder bekwaam achten.

Als laatste effect worden de scores op de *verzuimdimensies* gepresenteerd. Het concept verzuim is altijd moeilijk te meten, omdat veel mensen zich niet of nauwelijks ziek melden en een kleine groep vaak en lang ziek is. Hierdoor ontstaat een scheve verdeling binnen deze variabele. Ook tijdens de voormeting blijkt zowel de 'verzuimfrequentie' als de 'verzuimduur' scheef verdeeld te zijn. Deze scheve verdeling maakt het onmogelijk om deze variabelen in deze vorm op te nemen in de analyses. Daardoor is er voor de analyses voor gekozen om één variabele te maken die aangeeft of iemand ziek is geweest (ja of nee) en een andere

'logaritmisch getransformeerde' variabele die het aantal dagen weergeeft. Tussen de drie hulpverleners bleek geen significant verschil te bestaan.

4.2

Relatie tussen de taakkenmerken, de individuele kenmerken en de persoonlijke en werkeffecten

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de belangrijkste effecten die de verschillende taakkenmerken en individuele kenmerken hebben op de verschillende persoonlijke en werkeffecten. Met behulp van deze resultaten kan worden bepaald in welke mate de in het onderzoeksmodel veronderstelde relaties aanwezig zijn binnen de onderzochte groep wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden.

Aangezien de relaties in het onderzoeksmodel beïnvloed kunnen worden door biografische kenmerken als leeftijd en dienstverband wordt allereerst bepaald voor welke kenmerken in de analyses moet worden gecorrigeerd. Vervolgens wordt de samenhang tussen de taakkenmerken en de effecten beschreven, alsmede de samenhang tussen de individuele kenmerken en de effecten. In paragraaf 3.2 is reeds aangegeven welke variabelen zijn opgenomen in de analyses. Met betrekking tot de regressieanalyses wordt opgemerkt dat die in dit hoofdstuk allemaal zijn uitgevoerd met het commando 'enter'. Dit betekent dat niet gebruik is gemaakt van een stapsgewijze regressie, maar dat alle variabelen in de regressie-vergelijking worden opgenomen.

Vanwege de overzichtelijkheid in de tabellen worden in dit hoofdstuk de volgende afkortingen gehanteerd voor de afhankelijke variabelen: AT = arbeidstevredenheid, TKW = tevredenheid met de kwaliteit van zorg, EU = emotionele uitputting, DP = depersonalisatie, PB = persoonlijke bekwaamheid, ZV = ziekteverzuim (0 = nee, 1 = ja) en ZVD = het aantal dagen dat men wegens ziekte heeft verzuimd (exclusief degenen die *niet* hebben verzuimd wegens ziekte).

4.2.1

De controlevariabelen

Om te kunnen bepalen welke biografische kenmerken als controlevariabele in de analyses worden meegenomen zijn allereerst de correlaties tussen deze kenmerken en de persoonlijke en werkeffecten berekend.

Tabel 4.3

Correlaties tussen de biografische kenmerken en de persoonlijke en werkeffecten (n = 428)

	AT	TKZ	EU	DP	PB	VZ	VZD
dienstverband	-.02	.13**	.09	.03	.05	-.02	-.03
uren werkzaam	-.10	.04	.19***	.12*	-.03	.12	-.01
leeftijd	.10*	.03	.04	-.06	.03	-.11*	.12*
jaren ervaring	.04	-.02	.16***	.03	-.03	-.12*	.10
wijkverpleegkundige	-.21***	-.03	.18***	.14**	-.15**	-.02	-.12*
wijkverpleegster	.19***	.04	-.09	-.10*	.11*	.04	.07
gezinsverzorgende	.06	-.03	-.19***	-.09	.09	-.03	.10
geslacht	.01	-.01	-.00	-.06	-.03	-.12*	-.06

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$ (tweezijdig)

ad dienstverband: 1 = full-time 0 = part-time

ad wijkverpleegkundige: 1 = wijkverpleegkundige 0 = anders

ad wijkverpleegster: 1 = wijkverpleegster 0 = anders

ad gezinsverzorgende: 1 = gezinsverzorgende 0 = anders

ad geslacht: 1 = vrouw 0 = man

Uit tabel 4.3 blijkt dat de meeste biografische kenmerken een verband vertonen met één of meer effecten. Omdat tussen 'het soort dienstverband' en 'het aantal uren werkzaam' alsmede tussen 'leeftijd' en 'jaren ervaring' hoge correlaties bestaan (respectievelijk .64 en .74) is de keuze voor controlevariabelen bepaald op basis van de resultaten van regressieanalyses. Met betrekking tot de drie 'dummy-functie-variabelen' is de functie van wijkverpleegkundige als referentie genomen. Dit betekent dat deze variabele niet wordt meegenomen in de regressieanalyse. De resultaten van de regressieanalyses zijn weergegeven in tabel 4.4.

Tabel 4.4

Regressieanalyses tussen de biografische kenmerken en de persoonlijke en werkeffecten ($n = 428$)

	AT	TKZ	EU	DP	PB	VZ	VZD
	β	β	β	β	β	Odds ratio	β
dienstverband	-	.17**	-	-	-	-	-
uren werkzaam	-	-	.21***	.14*	-	-	-
leeftijd	.18**	-	-	-	-	-	-
jaren ervaring	-	-	.25***	-	-	-	-
wijkverpleegster	.23***	-	-	-.11*	.13*	-	-
gezinsverzorgende	-	-	-.12*	-	-	-	-
geslacht	-	-	-	-	-	2.15*	-
Adj. R ²	.06	.02	.07	.02	.01	nvt	.02

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$.

ad dienstverband: 1 = full-time 0 = part-time
 ad wijkverpleegster: 1 = wijkverpleegster 0 = anders
 ad gezinsverzorgende: 1 = gezinsverzorgende 0 = anders
 ad geslacht: 1 = vrouw 0 = man

Uit tabel 4.4 blijkt dat alle biografische kenmerken in bepaalde mate een voorspellende waarde hebben met betrekking tot de effecten. Ten aanzien van het soort dienstverband blijkt dat degenen die full-time werken meer tevreden zijn over de kwaliteit van de verleende zorg. Indien wordt gekeken naar het aantal uren dat men werkt, dan blijkt dat degenen die meer uren werken meer emotionele uitputting en depersonalisatie vertonen. Daarnaast blijkt dat oudere respondenten meer tevreden zijn met hun werk. Tevens blijkt dat respondenten met meer jaren ervaring in de thuiszorg in grotere mate emotioneel uitgeput zijn. Als wordt gekeken naar de hulpverleners, dan blijkt dat wijkverpleegsters meer tevreden zijn met hun werk, minder depersonalisatie vertonen en zichzelf beter bekwaam achten dan wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden. Gezinsverzorgenden daarentegen zijn minder emotioneel uitgeput dan wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters (deze verschillen tussen de

hulpverleners kwamen ook naar voren uit de vergelijking van gemiddelden uit tabel 4.1). Tot slot blijkt het geslacht de enige voorspellende variabele te zijn met betrekking tot het wel of niet ziek zijn: bij mannen is de kans op ziekteverzuim ruim twee keer zo groot als bij vrouwen. Op basis van de resultaten uit tabel 4.3 en 4.4 is gekozen voor vijf variabelen die als controlevariabelen worden opgenomen in de navolgende analyses: aantal uren werkzaam, leeftijd, wijkverpleegster, gezinsverzorgende en geslacht. Uit de lage waarden van de Adj. R^2 kan overigens worden geconcludeerd dat het verstoring effect van de biografische kenmerken in feite gering is.

4.2.2

De samenhang tussen de taakkenmerken en de persoonlijke en werk-effecten

Om te kunnen bepalen in hoeverre er sprake is van een samenhang tussen de taakkenmerken en effecten zijn allereerst correlaties tussen de taakkenmerken onderling berekend. Indien tussen twee taakkenmerken deze correlaties erg hoog zijn is het niet mogelijk om beide taakkenmerken in de regressieanalyse op te nemen. Het is dan niet duidelijk wat de voorspellende waarde van de twee afzonderlijke taakkenmerken is. De correlatiematrix is weergegeven in bijlage 5.

De correlaties tussen de meeste taakkenmerken zijn niet erg hoog, zodat er geen problemen zullen ontstaan bij de regressieanalyses. De correlaties zijn overigens vergelijkbaar met de resultaten uit het onderzoek van Boumans (1990). De twee hoogste correlaties zijn te vinden tussen duidelijkheid en belang (.46) en tussen feedback en groeimogelijkheden (.45). De relatie tussen duidelijkheid en belang is begrijpelijk aangezien de zorgverlener eerst zelf moet weten waaruit zijn/haar werk bestaat (duidelijkheid) om te kunnen aangeven in welke mate anderen zijn/haar werk belangrijk vinden (belang). De correlatie tussen feedback en groeimogelijkheden kan worden verklaard uit het feit dat zowel bij het geven van feedback als bij het creëren van groeimogelijkheden het functioneren van de zorgverlener centraal staat.

Alle acht taakkenmerken kunnen dus in principe worden meegenomen in de analyses. Echter, tijdens het analyseren bleek dat er een schijnverband bestond tussen de variabele 'diagnostiek' en de afhankelijke variabelen. Doordat wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden nauwelijks diagnostiek verrichten en de wijkverpleegkundigen dit in redelijk grote mate doen (zie gemiddelde scores in tabel 4.1) is de variabele 'diagnostiek' een functiekenmerk geworden. Met andere woorden: de verbanden tussen de

variabele 'diagnostiek' en de afhankelijke variabelen zeggen niet zozeer iets over het effect van het verrichten van diagnostiek, als wel over het effect van het wel of niet wijkverpleegkundige zijn. Aangezien 'hulpverlener' al is opgenomen als controlevariabele wordt diagnostiek in de onderstaande regressieanalyses niet meegenomen.

Vervolgens worden de resultaten van de regressieanalyses gepresenteerd, eerst van de totale groep, daarna per type hulpverlener. Voor de gezinsverzorgenden zijn ook aparte regressieanalyses verricht, echter vanwege het kleine aantal werden er geen significante voorspellers gevonden.

Tabel 4.5

Regressieanalyses van de persoonlijke en werkeffecten met de taakkenmerken als predictorvariabelen op individueel niveau (n = 428)^a

	AT	TKZ	EU	DP	PB	VZ	VZD
	β	β	β	β	β	Odds ratio	β
autonomie	.09*	.19***	-.15**	-.14*	.10*	–	–
tijdsdruk	-.10*	-.27***	.15**	–	–	–	–
duidelijkheid	–	–	-.13*	-.15*	–	–	–
afwisseling	.14**	–	–	–	–	–	–
groeimogelijkheden	.25***	.22***	–	–	–	–	–
feedback	.27***	.18***	–	–	–	–	–
belang	–	–	–	-.15*	.38***	–	–
Adj. R ² na invoer van controlevariabelen	.06	.00	.06	.02	.01	nvt	.04
Adj. R ²	.43	.33	.17	.09	.18	nvt	.06

^a gecorrigeerd voor de effecten van de controlevariabelen; *** p ≤ 0.001; ** p ≤ 0.01; * p ≤ 0.05.

Uit tabel 4.5 blijkt dat alle taakkenmerken significante voorspellers zijn van één of meerdere afhankelijke variabelen in de verwachte richting. Per afhankelijke variabele zullen de taakkenmerken worden besproken. De *arbeidstevredenheid* wordt positief beïnvloed door: veel autonomie in

Tabel 4.6a

Regressieanalyses van de persoonlijke en werkeffecten met de taakkenmerken als predictorvariabelen op individueel niveau over de groep wijkverpleegkundigen ($n = 310$)^a

	AT β	TKZ β	EU β	DP β	PB β	VZ Odds ratio	VZD β
autonomie	–	.19***	-.17*	–	–	–	–
tijdsdruk	–	-.29***	.18*	–	–	–	–
duidelijkheid	–	–	-.13*	-.14*	–	–	.23**
afwisseling	–	–	–	–	–	–	–
groeimogelijkheden	.27***	.24***	–	–	–	–	–
feedback	.27***	.19**	–	–	–	–	–
belang	–	.12*	-.18*	-.24***	.37***	–	–
Adj. R ² na invoer van de controlevariabelen	.02	.01	.01	.02	.00	nvt	.05
Adj. R ²	.37	.36	.13	.11	.15	nvt	.08

^a gecorrigeerd voor de effecten van de controlevariabelen; *** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$.

het werk, het ontbreken van tijdsdruk en het aanwezig zijn van afwisseling, groeimogelijkheden en feedback. Met uitzondering van 'afwisseling' zorgen deze taakkenmerken er ook voor dat men in hogere mate tevreden is over de kwaliteit van de verleende zorg. Met betrekking tot *burnout* blijkt dat autonomie en duidelijkheid hierop een negatieve invloed hebben. Daarentegen wordt door tijdsdruk de kans op emotionele uitputting vergroot. Tevens blijkt dat het belang van het werk een sterk positieve invloed heeft op de mate waarin de hulpverlener zich persoonlijk bekwaam acht. Ten aanzien van het *verzuim* worden geen taakkenmerken gevonden die hierop een significante invloed hebben.

Tabel 4.6b

Regressieanalyses van de persoonlijke en werkeffecten met de taakkenmerken als predictorvariabelen op individueel niveau over de groep wijkverpleegsters (n = 92)^a

	AT β	TKZ β	EU β	DP β	PB β	VZ Odds ratio	VZD β
autonomie	-	.22*	-	-.32**	-	-	-
tijdsdruk	-	-.30*	-	-	-	-	-
duidelijkheid	-	-	-	-	-	-	-.38*
afwisseling	-	-	-	-	-	-	-
groeimogelijkheden	.23*	-	-	-	-	-	-.37*
feedback	.24*	-	-	-	-	-	-
belang	-	-	-	-.28*	.48***	-	-
Adj. R ² na invoer van controlevariabelen	.03	.00	.04	.01	.00	nvt	.00
Adj. R ²	.45	.23	.14	.15	.23	nvt	.11

^a gecorrigeerd voor de effecten van de controlevariabelen; *** p ≤ 0.001; ** p ≤ 0.01; * p ≤ 0.05.

De gegevens in tabel 4.5 geven tot slot aan dat het percentage verklaarde variantie (Adj. R²) met name voor de arbeidstevredenheid en de tevredenheid met de kwaliteit van zorg hoog zijn: respectievelijk 43% en 33%.

Hiermee wordt duidelijk dat deze taakkenmerken belangrijke aspecten zijn in het kader van het bereiken van tevredenheid. De iets kleinere waarden bij de andere afhankelijke variabelen maken duidelijk dat de taakkenmerken ook enige invloed hebben op de gezondheid van de uitvoerenden binnen de thuiszorg.

Aangezien het werk van wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters enigszins verschilt en daardoor andere taakkenmerken een rol kunnen spelen zijn in de tabellen 4.6a en 4.6b de resultaten van de afzonderlijke regressieanalyses gepresenteerd.

De analyses per type hulpverlener leiden over het algemeen tot dezelfde verbanden. Doordat de groep wijkverpleegsters kleiner van omvang is, worden hierbij minder snel significant voorspellende taakkenmerken gevonden. De waarde van het taakkenmerk 'duidelijkheid' blijkt overigens wel significant te verschillen tussen de twee hulpverleners: de duur van de ziekte bij wijkverpleegkundigen is langer als deze wijkverpleegkundigen veel duidelijkheid ervaren in hun werk; voor wijkverpleegsters is dit omgekeerd: de ziekteduur is korter naarmate meer duidelijkheid wordt ervaren in het werk.

4.2.3

Samenhang tussen de individuele kenmerken en de persoonlijke en werkeffecten

Naast de effecten van de taakkenmerken is het eveneens mogelijk dat de tevredenheid en gezondheid wordt bepaald door individuele kenmerken (preferenties, copingstijlen en ervaren steun). De resultaten van de regressieanalyse zijn opgenomen in tabel 4.7.

De gegevens in tabel 4.7 maken duidelijk dat de *tevredenheid* met het werk in de thuiszorg negatief wordt beïnvloed als de hulpverlener een grotere behoefte heeft aan carrière. Indien de persoon veel behoefte heeft aan prestige en afwisseling leidt dit tot meer tevredenheid. Daarnaast blijkt dat de ervaren steun van de leidinggevende en collega's van groot belang is voor de arbeidstevredenheid in het algemeen en tevredenheid met de kwaliteit van zorg in het bijzonder. Met betrekking tot *burnout* blijkt dat veel van de individuele kenmerken burnout kunnen verminderen. Immers, preferentie voor prestige, autonomie, samenwerking en afwisseling, actief omgaan met problemen en het ervaren van steun van de leidinggevende en collega's leiden allemaal tot minder emotionele uitputting of depersonalisatie en leidt tot een grotere mate van persoonlijke bekwaamheid. Uit de tabel komt duidelijk naar voren dat het passief omgaan met problemen leidt tot meer burnout. Met betrekking tot *ziekteverzuim* wordt duidelijk dat de hulpverleners die afwisseling prefereren minder vaak en minder lang ziek zijn.

Indien wordt gekeken naar de Adj. R^2 , dan blijkt dat in vergelijking met tabel 4.5 de tevredenheid in mindere mate wordt voorspeld door de individuele kenmerken. Daarentegen verklaren de individuele kenmerken met betrekking tot burnout een groter percentage van de variantie dan de taakkenmerken.

Tabel 4.7

Regressieanalyses tussen de individuele kenmerken en de reactievariabelen op individueel niveau (n = 428)^a

	AT β	TKZ β	EU β	DP β	PB β	VZ Odds ratio	VZD β
preferentie v. carrière	-.23**	–	–	–	–	–	–
preferentie v. prestige	.18**	–	–	–	.12*	–	–
preferentie v. autonomie	–	–	–	-.15*	–	–	–
preferentie v. samenwerking	–	–	–	-.12*	–	–	–
preferentie v. afwisseling	.15**	–	-.13*	–	.14**	.88*	-.17*
preferentie v. ontbreken tijdsdruk	–	–	–	–	–	–	–
actieve aanpak	–	–	-.15**	–	.33***	–	–
passieve aanpak	–	–	.30***	.24***	-.22***	–	–
sociale steun zoeken	–	–	–	–	–	–	–
erv. steun leidinggev.	.35***	.19***	–	-.12*	.17***	–	–
erv. steun collega's	.24***	.14*	-.20***	–	–	–	–
Adj. R^2 na invoer van controlevariabelen	.06	.00	.08	.03	.00	nvt	.01
Adj. R^2	.31	.04	.29	.16	.34	nvt	.06

^a gecorrigeerd voor de effecten van de controlevariabelen; *** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$.

Evenals bij de taakkenmerken zijn ook regressieanalyses per hulpverlener verricht. Wederom bleek door het kleine aantal dat bij de groep gezinsverzorgenden nauwelijks significante voorspellers konden worden gevonden. Echter, ten aanzien van de variabelen arbeidstevredenheid en tevredenheid met de kwaliteit van zorg bleek dat het ervaren van veel steun van de leidinggevende hierop een positief effect heeft. De resultaten van de regressies onder de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters worden in de tabellen 4.8a en 4.8b gepresenteerd.

Tabel 4.8a

Regressieanalyses tussen de individuele kenmerken en de reactievariabelen op individueel niveau over de groep wijkverpleegkundigen ($n = 310$)^a

	AT	TKZ	EU	DP	PB	VZ	VZD
	β	β	β	β	β	Odds ratio	β
preferentie v. carrière	–	–	–	–	–	–	–
preferentie v. prestige	.19**	–	–	–	.16*	–	–
preferentie v. autonomie	–	–	–	-.17*	–	–	.22*
preferentie v. samenwerking	–	–	–	-.16*	–	–	–
preferentie v. afwisseling	–	–	–	–	–	–	–
preferentie v. ontbreken tijdsdruk	–	–	–	–	–	–	–
actieve aanpak	–	–	-.22**	–	.32***	–	–
passieve aanpak	–	–	.32***	.29***	-.21***	–	–
sociale steun zoeken	–	–	–	–	–	–	–
erv. steun leidinggev.	.36***	.16*	–	–	.13*	–	–
erv. steun collega's	.22***	–	-.18**	–	–	–	–
Adj. R ² na invoer van controlevariabelen	.01	.00	.03	.03	.00	nvt	.03
Adj. R ²	.24	.01	.27	.20	.28	nvt	.06

^a gecorrigeerd voor de effecten van de controlevariabelen; *** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$.

Als de tabellen 4.8a en 4.8b worden vergeleken, blijkt er met betrekking tot één individueel kenmerk een significant verschil te bestaan tussen wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters: het ervaren van steun van de leidinggevende heeft voor wijkverpleegsters op alle drie dimensies van burnout een sterker effect dan voor wijkverpleegkundigen. Het ervaren van sociale steun van de leidinggevende is hiermee dus een belangrijker kenmerk voor wijkverpleegsters dan voor wijkverpleegkundigen.

Tabel 4.8b

Regressieanalyses tussen de individuele kenmerken en de reactievariabelen op individueel niveau over de groep wijkverpleegsters ($n = 92$)^a

	AT β	TKZ β	EU β	DP β	PB β	VZ Odds ratio	VZD β
preferentie v. carrière	–	–	–	–	–	–	–
preferentie v. prestige	–	–	–	–	–	–	–
preferentie v. autonomie	–	–	–	–	–	–	–
preferentie v. samenwerking	–	–	–	–	.24*	–	.38*
preferentie v. afwisseling	.29**	–	–	–	.25*	–	–
preferentie v. ontbreken tijdsdruk	–	–	–	–	–	–	-.40*
actieve aanpak	–	–	–	–	.47***	–	–
passieve aanpak	–	–	–	–	–	–	–
sociale steun zoeken	–	–	–	–	–	–	–
erv. steun leidinggev.	.40***	.36***	-.25*	-.37**	.36***	1.29*	–
erv. steun collega's	.24*	.14*	-.27*	–	–	–	–
Adj. R ² na invoer van controlevariabelen	.00	.00	.01	.00	.00	nvt	.00
Adj. R ²	.39	.14	.20	.14	.52	nvt	.16

^a gecorrigeerd voor de effecten van de controlevariabelen; *** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$.

Tot slot van dit hoofdstuk worden alle gevonden samenhangen nog eens overzichtelijk gepresenteerd in tabel 4.9. Als uitgangspunt hierbij worden de resultaten van de regressieanalyses gebruikt voor de totale groep respondenten.

Tabel 4.9

Overzicht van de samenhangen tussen de taakkenmerken, individuele kenmerken en de persoonlijke en werkeffecten

	AT	TKZ	EU	DP	PB	VZ	VZD
Taakkenmerken							
autonomie	+	+	—	—	+		
tijdsdruk	—	—	+				
duidelijkheid			—	—			
afwisseling	+						
groeimogelijkheden	+	+					
feedback	+	+					
belang				—	+		
Individuele kenmerken							
preferentie v. carrière	—						
preferentie v. prestige	+				+		
preferentie v. autonomie				—			
preferentie v. samenwerking				—			
preferentie v. afwisseling	+		—		+	+	—
preferentie v. ontbreken tijdsdruk							
actieve aanpak			—		+		
passieve aanpak			+	+	—		
sociale steun zoeken							
erv. steun leidinggev.	+	+		—	+		
erv. steun collega's	+	+	—				

+ hoge score op het taakkenmerk/individueel kenmerk hangt samen met een hoge score op het effect;

— hoge score op het taakkenmerk/individueel kenmerk hangt samen met een lage score op het effect.

Op basis van tabel 4.9 kan worden geconcludeerd dat slechts twee variabelen niet zo relevant zijn met betrekking tot tevredenheid, burnout en ziekteverzuim, namelijk de preferentie voor het ontbreken van tijdsdruk en het zoeken van sociale steun als copingstijl. De andere variabelen zijn alle van groot belang, aangezien de meeste variabelen op meerdere afhankelijke variabelen een voorspellende waarde hebben. Tot slot komt uit tabel 4.9 en de percentages verklaarde variantie (Adj. R^2) uit de tabellen 4.7 en 4.6 naar voren dat taakkenmerken met name van invloed zijn op tevredenheid, terwijl de individuele kenmerken met name effect hebben op burnout en ziekteverzuim. Met andere woorden: indien functiedifferentiatie wordt ingevoerd zijn met name effecten te verwachten met betrekking tot arbeidstevredenheid en niet zozeer met betrekking tot burnout en ziekteverzuim. Immers, functiedifferentiatie betekent een verandering van taakkenmerken en niet van individuele kenmerken. In hoeverre deze veronderstelling juist is zal blijken uit de volgende hoofdstukken.

Deel 2

5

Effecten van verticale functie differentiatie op de kwaliteit van arbeid

5.1

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de effecten beschreven van verticale functiedifferentiatie op wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden. Deze vorm van functiedifferentiatie heeft betrekking op het verduidelijken van de taakafbakening en taakafstemming tussen verschillende hulpverleners. Met betrekking tot de wijkverpleging speelt hierbij het toewijzen van cliënten op basis van de 'mate van complexiteit' van de verpleegsituatie een grote rol. Tevens behoort hiertoe het onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Het gebruik van deze vorm van functiedifferentiatie is met name bedoeld om ervoor te zorgen dat de cliënt door de juiste persoon wordt verzorgd. De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat luidt:

Wat is het effect van het invoeren van verticale functiedifferentiatie op de kwaliteit van de arbeid van wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden wordt aandacht besteed aan veranderingen ten aanzien van taakkenmerken, arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim.

5.1.1

Verwachte effecten van verticale functiedifferentiatie

Uit een literatuurstudie over verticale functiedifferentiatie (Jansen e.a., 1996) blijkt dat in slechts enkele onderzoeken specifiek aandacht is besteed aan de effecten ervan. Het betreft dan Amerikaanse onderzoeken in ziekenhuizen (Koerner e.a. 1989; Malloch e.a. 1990; Hutchens 1994). Met name van verpleegkundigen werden positieve geluiden gehoord,

zoals een hogere mate van tevredenheid, meer uitdaging, afwisseling en verantwoordelijkheid in het werk. Zij zijn nu in staat in de praktijk te brengen waarvoor ze zijn opgeleid en zien het als uitdaging om van verschillende delegatie- en onderhandelingsvaardigheden gebruik te maken.

Hulpverleners die vergelijkbaar zijn met verpleegsters waren vaak minder positief doordat ze het gevoel hadden iets verloren te hebben (Koerner e.a. 1989; American Organization of Nurse Executives 1990). In een ander onderzoek werden vergelijkbare resultaten gevonden op een chirurgische afdeling in een ziekenhuis (Wade & Degehammer 1991). Met betrekking tot de wijkverpleging zijn geen onderzoeken bekend die de effecten van verticale functiedifferentiatie op het werk van wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden bestuderen. Derhalve zal op basis van veronderstellingen een aantal effecten worden beschreven. Hierbij worden de omschrijvingen van de verschillende fases van het verpleegkundig proces als uitgangspunt genomen zoals ze zijn geformuleerd tijdens de eerste fase van het onderzoek naar functiedifferentiatie (Jansen & Kerkstra 1993). Deze beschrijvingen zijn reeds aan de orde geweest in paragraaf 2.3.1. De verwachte effecten worden hieronder nog eens kort samengevat.

Allereerst wordt verwacht dat de aanwezigheid van functieprofielen waarin de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners zijn omschreven zal leiden tot meer duidelijkheid. Vervolgens wordt op basis van de Amerikaanse ervaringen verondersteld dat wijkverpleegkundigen meer autonomie ervaren dan wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden. De reden hiervoor is dat in de functieprofielen van de deelnemende organisaties is omschreven dat wijkverpleegkundigen met betrekking tot de verpleging/verzorging van een gezondheidsprobleem eindverantwoordelijk zijn voor het werk van wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden. Dit betekent met name binnen de wijkverpleging een verschil, waardoor wijkverpleegsters zich mogelijk gecontroleerd voelen door de wijkverpleegkundigen en daardoor minder autonomie ervaren in hun werk. Een vergelijkbaar verschil zou zich kunnen voordoen ten aanzien van de mate van afwisseling in het werk. Doordat de verpleegkundige anamnese, het formuleren van de verpleegkundige diagnose, het bepalen van de complexiteit en de structurele coördinatie aan de wijkverpleegkundigen wordt overgelaten, is het niet ondenkbaar dat wijkverpleegsters minder afwisseling in hun werk zullen ervaren. Dit zal met name worden ervaren door die wijkverpleegsters die tot de introductie van verticale functiedifferentiatie deze activiteiten zelf verrichtten.

Om een goede samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging mogelijk te maken is een duidelijk onderscheid tussen wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden noodzakelijk. Dit vereist een *duidelijke* taakafbakening en taakafstemming tussen de twee disciplines. Hierdoor zal in het werk meer sprake zijn van *feedback* van collega's. Illustratief hiervoor is het onderzoek van Verheij c.s. (1993), waarin werd gevonden dat het werken met geïntegreerde teams met name bij gezinsverzorgenden leidt tot een groter bewustzijn van de taakverdeling.

5.2

Methode

Om de effecten van functiedifferentiatie te kunnen meten is gebruikgemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign: binnen afzonderlijke thuiszorgorganisaties zijn twee groepen samengesteld waarbij een interventie heeft plaatsgevonden binnen een van deze groepen (dit wordt de experimentele groep genoemd). Daarnaast is voorafgaand aan en na afloop van het project een meting verricht. In deze paragraaf wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de interventie die heeft plaatsgevonden, de biografische kenmerken van de onderzoekspopulatie en de meetinstrumenten die zijn gebruikt.

5.2.1

De interventie

In totaal hebben drie thuiszorgorganisaties verspreid over Nederland deelgenomen aan het onderzoek. Het betrof organisaties die begin 1994 zouden starten met verticale functiedifferentiatie. Op deze manier was het mogelijk om binnen de thuiszorgorganisatie een onderscheid te maken tussen een experimentele groep (hulpverleners die volgens de principes van functiedifferentiatie zouden gaan werken) en een controlegroep (hulpverleners waarbij alles bij het 'oude' zou blijven). In de eerste plaats betekende dit dat per organisatie een aantal teams (de experimentele groep) gebruik ging maken van een toewijzingsinstrument waarmee op basis van verschillende criteria 'de complexiteit van de verpleegkundige zorg' werd bepaald en werd vastgesteld welke hulpverlener (een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster) was gewenst om de cliënt te verzorgen.

Het toewijzingsinstrument wordt omschreven in hoofdstuk 6. Het instrument maakt gebruik van complexiteitscriteria. Deze zijn gepresenteerd in tabel 5.1.

Tabel 5.1
Factoren die de complexiteit van de verpleegsituatie bepalen

1	<p>Tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger</p> <ul style="list-style-type: none"> is de verpleegkundige diagnose onduidelijk? is de gezondheidstoestand van de cliënt levensbedreigend? zijn er veel wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt? zijn de wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt onvoorspelbaar?
2	<p>De ontvanger van het verpleegkundig handelen</p> <ul style="list-style-type: none"> ontbreekt bij de cliënt het vermogen om adequaat te communiceren? ontbreekt bij de cliënt ziekte-inzicht? ontbreekt bij de cliënt de motivatie om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie?
3	<p>De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt</p> <ul style="list-style-type: none"> ontbreekt bij de omgeving van de cliënt ziekte-inzicht? is de omgeving van de cliënt psychisch overbelast? ontbreekt bij de omgeving van de cliënt de motivatie om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie? is intensieve samenwerking met andere disciplines gewenst? is de thuissituatie voor de cliënt onveilig en/of onacceptabel? zijn er hulpmiddelen aanwezig om voorbehouden handelingen te verrichten?

De factoren in tabel 5.1 zijn complexiteits-bepalend omdat in antwoord hierop interventies moeten worden verricht waarvoor specifieke deskundigheid is vereist op het gebied van diagnostiek, psychosociale begeleiding of voorbehouden handelingen. Het betreft handelingen waarvoor de inzet van een wijkverpleegkundige noodzakelijk is. Bijvoorbeeld: als er veel en/of onvoorspelbare wisselingen zijn in de gezondheidstoestand worden er hoge eisen gesteld aan observatie en anticipatie; en als de cliënt en/of zijn/haar omgeving geen ziekte-inzicht heeft dient dit te worden verworven. Deze criteria en interventies zijn opgenomen in een toewijzingsinstrument waarmee de complexiteit van de verpleegkundige zorg kan worden bepaald. Met dit instrument moeten de vragen uit tabel 5.1 worden

beantwoord met 'ja' of 'nee'. Als alle vragen uit tabel 5.1 zijn beantwoord wordt bepaald welke interventies vervolgens dienen te worden uitgevoerd. Hiervoor dienen de wijkverpleegkundigen te kiezen in welke mate de interventie een onderdeel vormt van het verpleegkundig handelen: geen onderdeel, gering onderdeel, redelijk onderdeel of groot onderdeel. De betekenis van deze scores is als volgt:

1

Geen onderdeel: de interventie wordt niet uitgevoerd tijdens de zorgverlening.

2

Gering onderdeel: de interventie verdient geen speciale aandacht tijdens de zorgverlening, het is een gebruikelijk/normaal onderdeel van het verpleegkundig handelen.

3

Redelijk onderdeel: de interventie verdient tamelijk veel aandacht, maar is niet essentieel in de zorgverlening.

4

Groot onderdeel: de interventie wordt expliciet in het verpleegplan geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken.

Indien met het instrument minstens één keer een 4 is gescoord wordt de situatie als complex beschouwd, in alle andere gevallen als niet complex. Op basis van de complexiteit wordt de volgende inzet van hulpverleners als gewenst beschouwd: een wijkverpleegkundige voor complexe verpleegsituaties en een wijkverpleegster voor niet-complexe verpleegsituaties. Aangezien de gewenste situatie af kan wijken van de werkelijke situatie kan met het instrument (tevens) worden aangegeven welke hulpverlener daadwerkelijk is ingezet en op grond van welke redenen (opleiding, ervaring, aandachtsgebied, personele bezetting).

Van de drie thuiszorgorganisaties werkte er één met geïntegreerde teams. In deze organisatie is met behulp van het instrument allereerst een onderscheid gemaakt tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Om te bepalen of er sprake was van verzorging en/of verpleging diende te worden aan-

- gegeven of er taken moesten worden verricht:
- gericht op een tekort in het functioneren van het huishouden?
- gericht op een tekort in de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)? in het kader van (de gevolgen van) een gezondheidsprobleem?

Indien minimaal één van de eerste twee vragen met 'ja' werd beantwoord, betekende dit dat er sprake was van verzorging. Een bevestigend

antwoord op de derde vraag betekende een vraag om verpleging. Na deze vragen volgt de lijst met complexiteitsfactoren, die alléén worden beantwoord als er sprake is van verpleging (beide instrumenten zijn opgenomen in bijlage 6).

Gedurende de periode van juni 1994 tot en met januari 1995 zijn deze instrumenten gebruikt. In de controlegroep vond deze toewijzing plaats zonder gebruikmaking van een lijst met complexiteitscriteria.

Naast het gebruik van deze instrumenten vormt het gebruik van duidelijk omschreven functieprofielen een onderdeel van verticale functie-differentiatie. In alle drie de thuiszorgorganisaties vormt het Verpleegkundig Beroepsprofiel het uitgangspunt voor het onderscheid binnen de wijkverpleging. Op basis van het beroepsprofiel is de wijkverpleegkundige eindverantwoordelijk voor het verpleegkundig zorgproces en het proces van cliëntentoewijzing. De wijkverpleegster is verantwoordelijk voor het zelfstandig verlenen van zorg aan cliënten, levert een bijdrage aan de continuïteit en participeert in de planning van de zorg. Beide functionarissen werken naast elkaar en hebben hiërarchisch gezien een lijnverantwoordelijkheid ten opzichte van de hoofdwijkverpleegkundige.

Slechts binnen één thuiszorgorganisatie zijn nieuwe functieomschrijvingen geïntroduceerd. Hierin is het takenpakket van de verschillende hulpverleners gedetailleerd beschreven, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen minimale en maximale taken. Met minimale taken worden de taken bedoeld die iedere wijkverpleegkundige of wijkverpleegster moet kunnen uitvoeren na afsluiting van de opleiding en een minimale inwerkperiode. De hulpverlener functioneert dan op het niveau van 'junior'. De maximale taken kunnen worden verricht door wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters met een dienstverband van ten hoogste twee jaar. De hulpverlener functioneert dan op het niveau van 'senior'. In een andere organisatie was het ook de bedoeling dat nieuwe functieprofielen zouden worden ontwikkeld en ingevoerd. Echter, aan het eind van de onderzoeksperiode (januari 1995) waren deze nog niet gereed. In deze organisatie heeft in één regio wel een verandering plaatsgevonden met betrekking tot de indicatiestelling. Met ingang van oktober 1994 zijn in deze regio twee intake-functionarissen aangesteld die in principe alle intakes doen.

Gedurende het onderzoek is in deze organisatie gebruikgemaakt van reeds bestaande onderscheiden (die overeenkomen met de omschrijvingen in de vorige twee alinea's). In de geïntegreerde thuiszorgorganisatie zijn de taken en verantwoordelijkheden voor de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters voor het merendeel onveranderd gebleven. De enige

verandering die zich heeft voorgedaan betreft de gescheiden indicatiestelling. De wijkverpleegkundigen mogen alleen nog de intakes doen als het gaat om zorgvragen van minder dan 7 uur per week. De andere intakes worden verzorgd door een intake-functionaris. Voor de verzorgenden C + D uit deze organisatie bestond de verandering met name uit het feit dat zij niet meer van de leidinggevende te horen kregen welke werkzaamheden zij moesten verrichten, maar dat er wekelijks overleg plaatsvond met de wijkverpleging over cliëntsituaties.

5.2.2

Onderzoekspopulatie

De experimentele en controlegroep binnen de drie deelnemende thuiszorgorganisaties zijn geformeerd uit bestaande teams. Dit betekent dat in een aantal teams met het toewijzingsinstrument is gewerkt en in andere niet. Doordat de teams niet met elkaar samenwerkten was een duidelijke scheiding tussen de experimentele en de controlegroep aanwezig. In tabel 5.2 is weergegeven hoeveel personen hebben deelgenomen aan het onderzoek. In één experimentele regio van organisatie 1 is met ingang van oktober 1994 gestart met een gescheiden indicatiestelling, in organisatie 2 zijn nieuwe functieprofielen geïntroduceerd en in organisatie 3 is gestart met geïntegreerde teams verpleging/verzorging.

Tabel 5.2

Overzicht van het aantal respondenten tijdens de voor- en nameting

Org.	Experimentele groep			Controlegroep				
	Steekproef	Voor-meting	Na-meting	Voor- en nameting	Steekproef	Voor-meting	Na-meting	Voor- en nameting
1	64	60	33	31	23	23	18	18
2	30	24	15	15	31	30	20	19
3	31	24	19	18	30	29	19	19
totaal	125	108	67	64	84	82	57	56

In de drie thuiszorgorganisaties zijn in totaal 209 wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoek. Zij hebben voorafgaand en na afloop van het project een enquête toegestuurd gekregen. Aan de voormeting heeft 86% van de experimentele groep en 98% van de controlegroep deelgenomen. De respons van de nameting bleek minder groot. Uiteindelijk heeft 51% van de experimentele groep en 67% van de controlegroep zowel aan de voor- als aan de nameting deelgenomen. De reden van deze non-respons is weergegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3
Reden non-respons bij de nameting

	Zwanger- schap	Ziekte	Uit dienst	Onbekend	Niet deelgenomen
organisatie 1	0	1	3	30	0
organisatie 2	2	0	3	4	11
organisatie 3	1	0	0	15	0
totaal	3	1	6	49	11

Uit deze tabel blijkt dat binnen de thuiszorgorganisaties 1 en 3 het onbekend is waarom de enquête van de nameting (na herhaalde aansporingen) niet is teruggestuurd. In organisatie 2 is de respons verlaagd doordat vlak na de voormeting twee teams zich hebben teruggetrokken uit het onderzoek (van hen hadden 5 personen uit de experimentele groep en 6 personen uit de controlegroep deelgenomen aan de voormeting). Binnen deze teams deden zich andere belangrijke veranderingen voor (ze kregen onder andere een nieuwe leidinggevende) waardoor het niet juist werd geacht ze te betrekken in het onderzoek. Indien deze personen niet worden meegerekend komt de uiteindelijke respons op 53% van de experimentele groep en 72% van de controlegroep. In hoeverre de experimentele en controlegroep met elkaar zijn te vergelijken ten aanzien van een aantal individuele kenmerken wordt duidelijk uit tabel 5.4.

Tabel 5.4
Individuele kenmerken van de respondenten, in absolute aantallen en gemiddelden

	Experimentele groep (n = 64)	Controlegroep (n = 56)
wijkverpleegkundige	41	33
wijkverpleegster	15	16
gezinsverzorgende	8	7
man	7	7
vrouw	57	49
gem. leeftijd	38.4	36.9
gem. aantal dienstjaren	9.7	7.6
gem. aantal uren werkzaam	29.3	28.6

Uit statistische analyses blijkt dat beide groepen ten aanzien van de in tabel 5.4 weergegeven kenmerken niet significant verschillen. In zowel de experimentele als de controlegroep zijn de wijkverpleegkundigen in de meerderheid. De meeste respondenten zijn van het vrouwelijk geslacht en hebben een gemiddelde leeftijd van 37-38 jaar. Ze hebben gemiddeld 8-10 jaar ervaring in de wijkverpleging en werken gemiddeld 29 uur per week. Uit tabel 5.4 wordt overigens ook duidelijk dat slechts enkele wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden hebben deelgenomen aan het onderzoek. Door deze kleine aantallen was het niet mogelijk om de effecten voor wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden afzonderlijk te analyseren. Derhalve zijn in de analyse deze twee hulpverleners tezamen ondergebracht in de groep niet-wijkverpleegkundigen.

5.2.3

Meetinstrument

Voor het meten van de effecten van functiedifferentiatie is tijdens de voor-en nameting een schriftelijke enquête verstuurd naar de hulpverleners. Tevens zijn verschillende gesprekken gevoerd met de contactpersonen binnen de thuiszorgorganisaties en is aan het eind van het project een evaluatiebijeenkomst georganiseerd met de hulpverleners uit de experimentele groep.

Schriftelijke enquête

Op basis van verschillende bestaande vragenlijsten is een nieuwe vragenlijst gemaakt. Daarin komen de volgende onderwerpen aan de orde: taakkenmerken, arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim. Om te bepalen welke taakkenmerken aanwezig zijn in het werk van wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden is de vragenlijst van Boumans (1990) als uitgangspunt genomen en zijn enkele aanpassingen gedaan. In de vragenlijst is aandacht besteed aan de volgende acht taakkenmerken: tijdsdruk, autonomie, duidelijkheid, afwisseling, diagnostiek, groeiomogelijkheden, feedback en belang. De Cronbachs α varieert van .67 tot .79. Voor het meten van arbeidstevredenheid is eveneens gebruikgemaakt van de vragenlijst van Boumans (1990). In de enquête zijn de volgende subschalen opgenomen: tevredenheid met de kwaliteit van zorg, algemene werkverdoening, tevredenheid met de leidinggevende, met collega's, met cliënten, met de inzet van hulpverleners, met duidelijkheid en met groeiomogelijkheden (Cronbachs α variërend van .64 tot .92). De score op al deze schalen tezamen is beschouwd als een maat voor de totale tevredenheid (Cronbachs $\alpha = .70$). Voor het meten van burnout is de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL) gebruikt. De MBI-NL bestaat uit drie subschalen om te bepalen hoe vaak personen gevoelens vertonen met betrekking tot drie aspecten van burnout: emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. Onder emotionele uitputting wordt het gevoel verstaan helemaal 'leeg' of 'op' te zijn; alle reserves zijn verbruikt en de batterij kan niet meer worden opgeladen. Bij depersonalisatie gaat het om een vervreemding ten opzichte van anderen. Dit uit zich in een kille, cynische en onpersoonlijke houding ten opzichte van de mensen met wie men dagelijks werkt. Het derde aspect heeft betrekking op het gevoel minder te presteren op het werk, hetgeen gepaard gaat met insufficiëntiegevoelens (Schaufeli & Van Dierendonck 1994). Een hoge mate van burnout blijkt uit hoge scores ten aanzien van emotionele uitputting en depersonalisatie en lage scores ten aanzien van persoonlijke bekwaamheid. Om de scores goed te kunnen interpreteren wordt een vergelijking gemaakt met de 'normscores voor verpleegkundigen' zoals ze zijn beschreven in het onderzoek van Schaufeli en Van Dierendonck (1994). In dat onderzoek zijn de scores van 2449 verpleegkundigen geanalyseerd en de gemiddelden op de drie dimensies gepresenteerd als norm. Op een schaal van 0-6 is de norm voor emotionele uitputting 1.9 (waarbij scores tussen 1.1 en 2.5 als gemiddeld worden beschouwd), voor depersonalisatie is de norm 1.4 (scores tussen

0.6 en 1.8 zijn gemiddeld) en voor persoonlijke bekwaamheid 3.9 (scores tussen 3.4 en 4.3 zijn gemiddeld). De interne consistentie van deze schalen bleek redelijk te zijn (Cronbachs α was respectievelijk .86, .64 en .77).

Procesbeschrijving

Voor een volledig beeld van de effecten van functiedifferentiatie is het eveneens van groot belang zicht te hebben op de wijze waarop functiedifferentiatie is ingevoerd binnen de verschillende thuiszorgorganisaties. Op deze wijze kunnen aanbevelingen worden gedaan over het invoeringstraject van functiedifferentiatie en indicaties worden gegeven voor de organisatorische randvoorwaarden. Allereerst is in alle deelnemende thuiszorgorganisaties een contactpersoon aangesteld. Met name voor een goede procesbewaking van de veranderingen binnen de experimentele groepen heeft de onderzoeker in 1994 regelmatig (1 keer per 1 à 2 maanden) contact gehad met deze persoon over de gang van zaken. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met deze personen (met behulp van een aantal terugkerende aandachtspunten) is een beeld verkregen van het invoeringstraject. Om een volledig beeld van het invoeringstraject te kunnen krijgen is eveneens de mening van de hulpverleners gehoord. In de periode november 1994 – januari 1995 heeft de onderzoeker een bijeenkomst bijgewoond waar hulpverleners hun mening over het project konden geven.

5.3

Resultaten

Om de effecten van verticale functiedifferentiatie goed te kunnen interpreteren wordt allereerst een korte beschrijving gegeven van de wijze waarop verticale functiedifferentiatie is ingevoerd en van het algemene oordeel van de hulpverleners uit de experimentele groep. In aansluiting hierop worden de resultaten gepresenteerd van de enquête die voor en na de introductie van de verticale functiedifferentiatie is gehouden.

5.3.1

Het werken met verticale functiedifferentiatie in de praktijk

Een belangrijke aanleiding om het werk te verdelen op basis van verticale functiedifferentiatie blijkt de toenemende vraag naar een markt- en vraaggerichte werkwijze te zijn alsmede een verhoging van de efficiëntie en productiviteit. Deze werkwijze stelt specifieke eisen, onder andere: snel inspelen op de wensen en behoeften van de cliënt, continuïteit in de zorg

en een soepele overdracht van de ene naar de andere hulpverlener. Dit maakt het noodzakelijk dat is vastgelegd welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij de verschillende hulpverleners behoren. Op grond daarvan kunnen duidelijke afspraken worden gemaakt over het delegeren van werkzaamheden en van de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de gegeven zorg. Met behulp van functieprofielen en een toewijzingsinstrument hebben de deelnemende organisaties geprobeerd om deze duidelijkheid te verkrijgen.

De introductie van nieuwe functieprofielen

Zoals reeds beschreven in paragraaf 5.2.1 heeft slechts één organisatie nieuwe functieprofielen gemaakt. Deze herziene functieomschrijvingen zijn tijdens het teamoverleg besproken door de verpleegkundig manager en de stafverpleegkundige. Hierbij is met name gebruikgemaakt van het overzicht van de taken per type hulpverlener, waarbij veel aandacht is besteed aan het verschil tussen senior en junior. In de praktijk bleek een aantal wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters het niet eens te zijn met onderdelen van deze functieprofielen. Onder andere het onderscheid tussen junior en senior werd niet altijd bevredigend en duidelijk gevonden. Tijdens de evaluatie werd bijvoorbeeld opgemerkt dat er te veel wordt gekeken naar de periode dat men in de thuiszorg werkt. Hierdoor wordt bijvoorbeeld iemand nog als junior beschouwd omdat in de thuiszorg bepaalde ervaring nog niet is opgedaan, terwijl soortgelijke ervaring wel is opgedaan in het ziekenhuis. In een ander team wordt aangegeven dat het onderscheid theoretisch wel duidelijk is, maar dat het in de praktijk niet altijd werkbaar is. Daarnaast lijkt het werk voor wijkverpleegsters minder aantrekkelijk te worden doordat ze bepaalde werkzaamheden niet meer mogen verrichten (bijvoorbeeld het voorzitterschap van een vergadering). Ten aanzien van het onderscheid in verantwoordelijkheid zijn de ervaringen wisselend. Binnen één team was men voor een groot deel al gewend om hiermee te werken, waardoor het al was geaccepteerd en tot weinig discussie leidde. In een ander team had men wel moeite met dit onderscheid. Door de leden van dit team werd het werken met *eind*-verantwoordelijkheid als betuttelend en controlerend beschouwd. Doordat binnen dit team veel ervaring aanwezig is wordt het onderscheid in verantwoordelijkheden als overbodig beschouwd. Hierdoor zijn de functieomschrijvingen niet altijd consequent toegepast in de praktijk. In de organisatie waarbinnen intake-functionarissen zijn aangesteld in één regio is het wel wenselijk dat de intake centraal wordt geregeld. Het grote

verschil is dat men nu iets krijgt aangedragen dat moet worden uitgewerkt door de wijkverpleegster of wijkverpleegkundige die aan de cliënt wordt toegewezen. De meeste wijkverpleegkundigen vinden het jammer dat de intake/indicatiestelling niet meer tot hun werk behoort en dat daarmee hun werk is verarmd. Anderen zien het als een opluchting dat ze dit niet meer hoeven te doen. Voor het plannen van de werkzaamheden is in deze regio een planner aangesteld, die het resultaat van de indicatiestelling als eerste ontvangt en een hulpverlener inzet. In de praktijk leidt dit wel eens tot onverwachte situaties. Het wordt niet altijd door iedereen als prettig ervaren om 's ochtends één of meerdere namen van cliënten te vinden voor wie je opeens verantwoordelijk bent terwijl je die nog niet eens kent. Daarnaast komt het bij drukte weleens voor dat een nieuwe patiënt, die terminaal is, wordt toegewezen aan een vervanger. Tevens blijkt de intaker bij drukte niet altijd in staat te zijn om een nieuwe cliëntsituatie goed uit te werken. Dit heeft dan tot gevolg dat de degene die aan de cliënt is toegewezen zelf nog eens een kleine intake/indicatiestelling verricht. In de organisatie met de geïntegreerde teams verpleging/verzorging werd met betrekking tot de centrale intake/indicatiestelling door de wijkverpleegkundigen aangegeven dat ze de loskoppeling ervaren als een uitholling van hun beroep. Ze mogen een bepaald deel van hun werk waarvoor ze wel zijn opgeleid niet meer doen. De intakes die ze nog wel mogen doen (voor zorgvragen van minder dan 7 uur per week) komen slechts in geringe mate voor. Het wordt daarnaast evenmin als prettig ervaren om een kant en klaar verpleegplan te krijgen waarin de doelen reeds zijn uitgewerkt. Ondanks deze negatieve uitingen wordt in de praktijk wel gewerkt volgens dit verpleegplan en is het niet zo dat de wijkverpleegkundigen bij het eerste bezoek de indicatiestelling controleren op juistheid.

De verzorgenden uit deze organisatie geven aan dat het wekelijks overleg met de coördinerend wijkverpleegkundige als positief wordt ervaren. De lijn tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging is nu korter geworden. De drempel om naar de wijkverpleegkundigen te stappen is verlaagd. Verzorgenden nemen nu zelf contact op met de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters. Voorheen ging alles via de teamleider. Tevens wordt een verschuiving van wijkverpleging naar gezinsverzorging gemakkelijker gemaakt. Als voorbeeld wordt gegeven dat het geïntegreerd werken het mogelijk maakt om in bepaalde situaties de eerste 14 dagen een wijkverpleegster in te zetten om wat meer zicht te krijgen op de situatie. Na deze twee weken wordt de situatie geëvalueerd en kan de situatie worden

overgenomen door een verzorgende. Met andere woorden de gezinsverzorgende wordt eerder betrokken bij de zorgverlening. Daarentegen is er in 1994 geen sprake geweest van een toename van situaties waarin een verzorgende samen met een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster de zorg verleent. Het prille stadium waarin de integratie zich bevindt is hier waarschijnlijk debet aan.

Het gebruik van het toewijzingsinstrument

Het toewijzingsinstrument is aan de hand van een toelichting door de onderzoeker geïntroduceerd in de thuiszorgorganisaties. Hierbij was in ieder geval de contactpersoon aanwezig en soms ook enkele hoofdwijkverpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen die er mee zouden moeten gaan werken. De wijkverpleegkundigen die hier niet bij waren hebben een toelichting gekregen van de contactpersoon. Het instrument werd in alle organisaties meestal direct na de anamnese ingevuld. Echter, in de teams zonder een centrale intake kwam het ook wel eens voor dat het formulier pas na een week werd ingevuld. De reden hiervoor is dat het niet altijd direct duidelijk is welke verpleegproblemen er precies zijn.

Over het algemeen werd bij de introductie allereerst opgemerkt 'Alweer een formulier?'. Vervolgens bleek dat het eerst wat moeite kostte om sommige vragen te beantwoorden. Niet iedereen vond het eenvoudig om een keuze te maken uit de verschillende score-mogelijkheden en het onderscheid tussen de scores 3 en 4 was niet altijd even duidelijk. Echter, nadat men aan het formulier gewend was geraakt werd het invullen gemakkelijker en in toenemende mate gezien als een hulpmiddel bij de cliënttoewijzing. Het werd als positief beschouwd dat met het instrument zichtbaar wordt gemaakt op basis van welke argumenten iemand wordt toegewezen aan een bepaald type hulpverlener. Doordat de argumenten tussen de wijkverpleegkundigen wel eens verschilden leidde dit vervolgens tot zinvolle discussies. Dit gold niet voor iedereen. Door sommigen werd het instrument gebruikt omdat het moest en niet zozeer omdat het als hulpmiddel bij de cliënttoewijzing werd beschouwd. Eén van de redenen hiervoor is dat het af en toe erg druk is op het werk waardoor het ongelegen komt om het formulier in te vullen. Daarnaast werd aangegeven dat het complexiteitsoordeel op basis van het formulier slechts een kleine rol speelt bij de cliënttoewijzing. Immers, de verdeling van cliënten wordt door zoveel verschillende omstandigheden bepaald: complexiteit, huisarts (in verband met huisartsgericht werken), capaciteit en continuïteit van de hulpverlener, personele bezetting en mentorschap.

Tot slot wordt vermeld dat het toewijzingsinstrument door enkelen als bedreigend is ervaren. Bij sommigen bestond de angst dat het gebruik van het instrument vervelende consequenties zou hebben voor de samenstelling van het team als met het instrument veel situaties als niet-complex zouden worden beoordeeld. Tevens werd het door deze personen als zorgelijk en overbodig ervaren dat voor iedere cliënt zoveel verschillende formulieren moesten worden ingevuld. Het ging ten koste van de werksfeer. Doordat men elkaar veelvuldig ziet in het wijkgebouw kunnen veel cliëntsituaties door deze personen in de wandelgangen met elkaar worden besproken en worden dit soort formulieren door deze personen als onnodig beschouwd.

Uit bovenstaande beschrijving komen zowel positieve als negatieve ervaringen met betrekking tot verticale functiedifferentiatie naar voren. In de volgende paragraaf wordt beschreven in hoeverre dit beeld ook naar voren komt uit de antwoorden die zijn gegeven op de verschillende vragen uit de schriftelijke enquête.

5.3.2

Vergelijking van de antwoorden die zijn gegeven op de vragen uit de voor- en nameting

Om te kunnen bepalen welke effecten het werken met verticale functiedifferentiatie heeft op de kwaliteit van arbeid worden in deze paragraaf de antwoorden op de vragen van de voor- en nameting met elkaar vergeleken en de antwoorden van de controlegroep met die van de experimentele groep vergeleken. De resultaten van deze vergelijking staan vermeld in tabel 5.5.

Tabel 5.5

Overzicht van de gemiddelde scores tijdens de voor- en nameting

Variabelen	Experimentele groep (n = 64)		Controlegroep (n = 56)		Significante verschillen
	Voor	Na	Voor	Na	
<i>Taakkenmerken (schaal 1-7)</i>					
tijdsdruk	4.98	5.03	4.73	4.93	
autonomie	4.44	4.06	4.74	4.43	**
duidelijkheid	6.04	5.98	5.75	5.67	
afwisseling	5.17	5.02	5.36	5.38	
diagnostiek	4.38	4.07	4.13	4.04	* / ⊗

Variabelen	Experimentele groep (n = 64)		Controlegroep (n = 56)		Significante verschillen
	Voor	Na	Voor	Na	
groeimogelijkheden	4.72	4.43	4.63	4.43	*
feedback	4.48	4.42	4.48	4.42	
belang	5.39	5.39	5.39	5.21	
<i>Dimensies van arbeidstevredenheid (schaal 1-5)</i>					
totale tevredenheid	3.68	3.54	3.63	3.51	***
met kwaliteit van zorg	3.50	3.45	3.69	3.64	
algemene werkvolvoening	3.88	3.72	4.01	3.81	**
met leidinggevende	3.61	3.34	3.32	3.07	***/⊗⊗
met collega's	3.88	3.71	3.74	3.72	*
met cliënten	3.86	3.66	3.83	3.60	***
met inzet van hulpverleners	3.36	3.18	3.13	3.05	
met duidelijkheid	3.55	3.52	3.45	3.47	
met groeimogelijkheden	3.55	3.45	3.56	3.55	⊗
<i>Burnout-dimensies (schaal 0-6)</i>					
emotionele uitputting	1.86	2.08	1.92	2.03	*
depersonalisatie	1.13	1.29	0.99	1.15	*
persoonlijke bekwaamheid	4.17	4.08	4.12	4.08	⊗
<i>Ziekteverzuim</i>					
verzuimfrequentie	1.23	1.02	1.41	1.48	
verzuimduur	15.46	8.07	9.45	17.74	
<i>Verwachting over verticale functiedifferentiatie (schaal 1-5)</i>					
	3.49	3.46	3.71	3.55	

Met * wordt aangegeven voor welke variabelen er een verschil is tussen de voor- en nameting voor de totale groep (* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$).

Met # wordt aangegeven voor welke variabelen de verschillen tussen voor- en nameting niet gelijk zijn voor de controle- en experimentele groep (# $p \leq .05$; ## $p \leq .01$; ### $p \leq .001$) (in deze tabel niet van toepassing).

Met een ⊗ wordt aangegeven voor welke variabelen de verschillen tussen voor- en nameting niet gelijk zijn voor verschillende hulpverleners (⊗ $p \leq .05$; ⊗⊗ $p \leq .01$; ⊗⊗⊗ $p \leq .001$).

Uit tabel 5.4 blijkt dat tijdens de nameting de verschillende taakkenmerken in redelijke mate aanwezig zijn (de gemiddelde scores variëren tussen 4.04 en 5.98 op een schaal van 1-7), de hulpverleners redelijk tevreden zijn (scores tussen 3.05 en 3.81 op een schaal van 1-5) en de burnout-scores binnen de gemiddelde marges van Schaufeli en Van Dierendonck (1994) liggen. Echter, indien de gemiddelden van de voor- en nameting globaal met elkaar worden vergeleken lijkt zich een negatieve ontwikkeling voor te doen: de aanwezigheid van de meeste taakkenmerken is gedaald; dit geldt eveneens voor de dimensies van arbeidstevredenheid, terwijl emotionele uitputting en depersonalisatie iets zijn toegenomen en de persoonlijke bekwaamheid is afgenomen. Om te bepalen in hoeverre deze indruk juist is, is gebruikgemaakt van 'multivariate variantieanalyse voor herhaalde metingen'. Hierbij is gekeken naar drie soorten verschillen:

- Bestaat er voor de totale groep een verschil tussen de voor- en nameting?
- Is het verschil in de experimentele groep gelijk aan het verschil in de controlegroep?
- Is het verschil voor wijkverpleegkundigen gelijk aan het verschil voor niet-wijkverpleegkundigen? (vanwege de kleine aantallen zijn de gezinsverzorgenden en wijkverpleegsters tezamen genomen)

Uit de resultaten van de variantieanalyse blijkt dat een drietal taakkenmerken tijdens de nameting in mindere mate aanwezig is binnen de totale groep hulpverleners: autonomie, diagnostiek en groeimogelijkheden. Vervolgens blijkt dat de totale onderzoeksgroep tijdens de nameting minder tevreden is dan tijdens de voormeting. De totale tevredenheid is afgenomen doordat de algemene werkvolvoening is gedaald en men minder tevreden is met de leidinggevende, collega's en cliënten. Met betrekking tot burnout blijkt dat de totale groep hulpverleners zich in grotere mate emotioneel uitgeput voelt en gevoelens van depersonalisatie vertoont.

Indien de verschillen tussen de voor- en nameting binnen de experimentele groep worden vergeleken met de verschillen binnen de controlegroep, dan blijken deze gelijk te zijn. Met andere woorden: de hulpverleners die volgens de principes van verticale functiedifferentiatie zijn gaan werken ervaren dezelfde veranderingen als de hulpverleners die op de 'oude' manier zijn blijven werken.

Indien de verschillen tussen voor- en nameting worden bekeken vanuit de verschillende typen hulpverleners, dan blijkt dat de veranderingen ten aanzien van vier aspecten verschillend zijn. De aanwezigheid van 'diagnostiek' in het werk is voor wijkverpleegkundigen verminderd (van 5.65 naar 5.28)

terwijl die voor niet-wijkverpleegkundigen licht is gestegen (van 1.98 naar 2.05). Met betrekking tot de tevredenheid met de cliënten blijkt de daling voor niet-wijkverpleegkundigen (van 3.99 naar 3.64) groter te zijn dan voor wijkverpleegkundigen (van 3.76 naar 3.63). Ook ten aanzien van de tevredenheid met groeimogelijkheden is bij de niet-wijkverpleegkundigen een grotere daling te zien (van 3.73 naar 3.54), terwijl dit voor wijkverpleegkundigen vrijwel gelijk blijft (van 3.45 naar 3.47). Tot slot doet zich bij de niet-wijkverpleegkundigen een grotere daling voor met betrekking tot de persoonlijke bekwaamheid (van 4.24 naar 4.07) in vergelijking tot de wijkverpleegkundigen (van 4.09 naar 4.08).

5.4

Conclusie

Allereerst wordt geconcludeerd dat het werken op basis van het principe van verticale functiedifferentiatie niet door iedereen wordt gewaardeerd. Uit de evaluatiegesprekken met de hulpverleners werd duidelijk dat sommigen het moeilijk vinden om met functieprofielen en een toewijzingsinstrument te werken, omdat zij hiermee worden verplicht om kritisch te kijken naar de inzet van de hulpverleners. Niet iedereen stelt het op prijs om zwart op wit een onderscheid te maken tussen de verschillende typen hulpverleners naar taken en verantwoordelijkheden. Het stuit op weerstanden dat inbreuk wordt gedaan op de manier van werken die altijd al is gehanteerd. Echter, naast deze negatieve geluiden is ook opgemerkt dat het toewijzingsformulier de mogelijkheid biedt om met elkaar van gedachten te wisselen over de juiste inzet van hulpverleners bij een cliënt. Op basis van de vergelijking tussen de voor- en nameting kan worden geconcludeerd dat de verticale functiedifferentiatie nauwelijks effect heeft gehad op de taakkenmerken, arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim. De verwachte toename in duidelijkheid over elkaars taken en verantwoordelijkheden heeft zich niet voorgedaan. Dit zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat het werken met een toewijzingsinstrument zich nog in een beginstadium bevond. Er was nog geen sprake van een uitgekristalliseerd model van cliëntentoewijzing. Een andere reden hiervoor zou kunnen zijn dat slechts binnen één thuiszorgorganisatie nieuwe functieprofielen zijn geïntroduceerd. De verwachting dat wijkverpleegsters na de introductie van verticale functiedifferentiatie iets verliezen in hun werk, lijkt te worden bevestigd door de daling van de tevredenheid met groeimogelijkheden en de persoonlijke bekwaamheid. Tot slot laat de vergelijking van de voor- en nameting voor de totale groep

een negatieve ontwikkeling zien met betrekking tot een aantal taakkenmerken, een aantal dimensies van arbeidstevredenheid en twee burnout-dimensies. Doordat deze ontwikkeling zich zowel voordoet binnen de experimentele als binnen de controlegroep lijkt dit te worden veroorzaakt door andere factoren dan verticale functiedifferentiatie. Mogelijk is dit een gevolg van de nadruk die binnen de thuiszorg ligt op het verhogen van de productiviteit, flexibiliteit, effectiviteit en efficiëntie

6

Inzet van hulpverleners: verschil tussen wenselijkheid en werkelijkheid

6.1

Inleiding

Voor het effectief en efficiënt samenwerken van verpleegkundigen, verpleegsters en gezinsverzorgenden binnen de thuiszorg is het van belang aan te geven wanneer welke hulpverlener is gewenst. Volgens het Verpleegkundig Beroepsprofiel geldt als onderscheidend kenmerk voor de deskundigheid van de verpleegkundige de diagnostiek, het bepalen van de complexiteit van de verpleegsituatie en het op basis hiervan kunnen toewijzen van een verpleegster aan de cliënt. Onderscheidend kenmerk voor de deskundigheid van de verpleegster is de uitvoering van het verpleegkundig proces waarbij cliënttoewijzing heeft plaatsgevonden (NRV 1988). In het beroepsprofiel wordt de complexiteit van de verpleegkundige zorg als een belangrijke factor beschouwd voor de uiteindelijke toewijzing binnen de verpleging. Laag complexe zorg dient te worden verleend door een verpleegster, terwijl voor het verlenen van hoog complexe zorg de functie van verpleegkundige is vereist. Reeds enige jaren wordt binnen de wijkverpleging gewerkt met een aantal complexiteitsinstrumenten. De meest gehanteerde instrumenten zijn die van Wijdeven (1989), Nollen (1990), Vrielink (1990), Hanrahan en Lapré (1990), Derckx e.a. (1993), Van Til (1993) en Van Amelsvoort c.s. (1993).

Met betrekking tot het onderscheid tussen verpleging en verzorging beschouwt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1990) huishoudelijke taken en taken met betrekking tot de algemene dagelijkse (levens)verrichtingen tot de kerntaken van verzorgenden. De aanleiding tot een vraag om verpleging vindt zijn oorsprong in een gezondheidsprobleem. Binnen de verpleging worden ook verzorgende taken verricht. Echter, de verzorgende taken van verpleegkundig beroepsbeoefenaren hebben betrekking op persoonlijke verzorging in het kader van een gezondheidsprobleem en vinden plaats in situaties waarin tevens sprake is

van instructie, advies, educatie en in een kader waarin het observeren en signaleren een belangrijk onderdeel vormt van die verzorgende taken (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1990). Van Amelsvoort e.a.(1993) hebben een instrument gemaakt dat aandacht besteedt aan de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Aangezien uit het onderzoek van Jansen en Kerkstra (1993) bleek dat het bepalen van de complexiteit binnen de wijkverpleging en het onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging in de praktijk nogal eens onduidelijkheden opleveren, is er een nieuw toewijzingsinstrument ontwikkeld (gebaseerd op de bestaande instrumenten). De achtergrond van dit instrument en de resultaten van het gebruik ervan in de praktijk worden in dit hoofdstuk gepresenteerd.

6.2

Ontwikkeling van het toewijzingsinstrument

In deze paragraaf wordt eerst aandacht besteed aan het bepalen van de mate van complexiteit binnen de wijkverpleging. Vervolgens komt het onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging aan de orde. Van Dale omschrijft complex als 'uit ongelijksoortige of ongelijkwaardige delen of factoren bestaand'. Toegepast op de verpleging wordt complexiteit als volgt omschreven: 'Complexity is defined as the degree of routineness uniformity, predictability, and knowledge that is involved in delivering a nursing service or activity. The critical determinant of care complexity is the extent to which knowledge is required to effectively apply interventions in the delivery of nursing service' (Verran & Reid 1987). Met andere woorden: verpleegkundige zorg is complex als de mate van routine, uniformiteit en voorspelbaarheid laag is en specifieke kennis nodig is om verpleegkundige zorg te verlenen of een verpleegkundige activiteit uit te voeren. De bepalende factor voor complexe situaties is het feit dat een beroep wordt gedaan op specifieke deskundigheid om de gewenste vaardigheden te kunnen verrichten.

De theoretische onderbouwing van de instrumenten die zijn genoemd in de inleiding is niet altijd even duidelijk. Meestal zijn de criteria die in het Verpleegkundig Beroepsprofiel zijn beschreven zonder kritische analyse overgenomen. Bij de ontwikkeling van het onderhavig instrument is wel geprobeerd aansluiting te zoeken bij een theoretisch verpleegkundig kader. Hiermee wordt geprobeerd alle facetten van de verpleging te omvatten en meer duidelijkheid te scheppen in de factoren die de complexiteit bepalen. Fawcett (1989) heeft een aantal verpleegkundige

theorieën vergeleken en komt tot de conclusie dat er binnen de verschillende verpleegkundige theorieën consensus bestaat over vier concepten die de essentie van verplegen aangeven: de tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger, de ontvanger van het verpleegkundig handelen, de omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt en het verpleegkundig handelen. Het verpleegkundig handelen wordt beschouwd als het resultaat van de eerste drie concepten.

Met betrekking tot de complexiteit betekent dit dat bepaalde factoren in de cliëntsituatie het noodzakelijk maken dat de hulpverlener over bijzondere kennis en/of vaardigheden moet beschikken om complexe verpleegkundige zorg te kunnen verlenen.

Op basis van de instrumenten die in de inleiding zijn genoemd is het begrip 'complexiteit van zorg' geoperationaliseerd door een lijst met factoren samen te stellen waarvan wordt verondersteld dat ze van invloed zijn op de complexiteit van de verpleegsituatie. Deze factoren zijn beschreven in tabel 6.1. Voor een nadere omschrijving van deze factoren wordt verwezen naar Jansen en Kerkstra (1993) en naar bijlage 6. In deze bijlage is het definitieve formulier opgenomen waarin opmerkingen zijn verwerkt die tijdens het onderhavige onderzoek zijn gemaakt. De factoren zijn gerangschikt binnen de eerste drie concepten van Fawcett (1989). Anders dan in de bestaande instrumenten wordt hier een duidelijk onderscheid gemaakt tussen factoren met betrekking tot de gezondheidstoestand, de cliënt en de directe omgeving. Hiermee wordt eerst de cliëntsituatie in beeld gebracht en nog niet gekeken naar de verpleegkundige zorg die moet worden verleend. Een vergelijking met bestaande instrumenten maakt tevens duidelijk dat in tabel 6.1 twee factoren niet zijn opgenomen die in de meeste andere instrumenten wel worden gebruikt: 'Is de cliënt ADL-afhankelijk' en 'Ontbreekt er voldoende mantelzorg'. De reden hiervoor is dat deze factoren niet van invloed worden geacht op de complexiteit van de verpleegkundige zorg. De mate van ADL-afhankelijkheid zegt alleen iets over de intensiteit, de hoeveelheid verpleegkundige zorg die moet worden verleend. Als deze factor in het instrument zou worden opgenomen zou dit betekenen dat verpleegkundige zorg aan bijvoorbeeld lichamelijk gehandicapten altijd complex is. Het ontbreken van voldoende mantelzorg zegt niets over de complexiteit, maar alleen iets over de (on)mogelijkheid om in de thuissituatie verzorgd te kunnen worden. Indien deze factor zou worden opgenomen in het instrument, zou dit betekenen dat alleenwonende cliënten zonder contact met familie of burens eerder complexe zorg nodig hebben.

Tabel 6.1
Factoren die de complexiteit van de verpleegsituatie bepalen

1	<p>Tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger</p> <ul style="list-style-type: none"> is de verpleegkundige diagnose onduidelijk? is de gezondheidstoestand van de cliënt levensbedreigend? zijn er veel wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt? zijn de wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt onvoorspelbaar?
2	<p>De ontvanger van het verpleegkundig handelen</p> <ul style="list-style-type: none"> ontbreekt bij de cliënt het vermogen om adequaat te communiceren? ontbreekt bij de cliënt ziekte-inzicht? ontbreekt bij de cliënt de motivatie om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie?
3	<p>De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt:</p> <p><i>met betrekking tot de mantelzorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ontbreekt bij de omgeving van de cliënt ziekte-inzicht? is de omgeving van de cliënt psychisch overbelast? ontbreekt bij de omgeving van de cliënt de motivatie om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie? <p><i>met betrekking tot de professionele zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> is intensieve samenwerking met andere disciplines en diensten gewenst? <p><i>met betrekking tot de materiële omgeving</i></p> <ul style="list-style-type: none"> is de thuissituatie voor de cliënt onveilig en/of onacceptabel? zijn er hulpmiddelen aanwezig om voorbehouden handelingen te verrichten?

De vraag die vervolgens kan worden gesteld is: Waarom bepalen juist **deze** factoren de mate van complexiteit van de verpleegkundige zorg? Met de instrumenten die in de inleiding zijn genoemd wordt hierop geen afdoend antwoord verkregen. In deze instrumenten wordt het principe gehanteerd dat bij een hoge somscore van de verschillende factoren tezamen, de situatie complex wordt genoemd. Het is echter de vraag in hoeverre een dergelijke hoge score iets zegt over de complexiteit. Een hoge score zegt niet veel meer dan dat in de situatie veel verschillende interventies moeten worden verricht. Het geeft een beeld van de hoeveelheid in plaats van de

Tabel 6.2
Complexe verpleegkundige interventies

1	<p>Verpleegkundige interventies ten aanzien van de tekorten in de gezondheidstoestand</p> <ul style="list-style-type: none"> nader bepalen van de verpleegkundige diagnose stevensbegeleiding van de cliënt observatie en anticipatie op veel wisselingen in de gezondheidstoestand observatie van en anticipatie op onvoorspelbare wisselingen in de gezondheidstoestand
2	<p>Verpleegkundige interventies ten aanzien van de zorgontvanger</p> <ul style="list-style-type: none"> signaleren van en ondersteunen bij een inadequate communicatie begeleiding van de cliënt gericht op het verwerven van ziekte-inzicht motiveren van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie
3	<p>Verpleegkundige interventies ten aanzien van de omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt</p> <ul style="list-style-type: none"> begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op het verwerven van ziekte-inzicht emotionele begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op psychische overbelasting motiveren van de directe omgeving van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie intense samenwerking met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces veilig en acceptabel maken van de thuissituatie verrichten van voorbehouden handelingen

complexiteit. Daarnaast blijkt uit tabel 6.1 dat het aantal factoren dat van invloed is op de complexiteit niet gelijk is verdeeld over de verschillende categorieën: de omgeving van de zorgontvanger bestaat uit meer factoren dan de categorieën over de tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger en de ontvanger van het verpleegkundig handelen. Indien wordt gekozen voor een somscore, dan wordt automatisch aan de omgevingsfactoren een groter gewicht toegekend. Het hanteren van een somscore wordt daarom niet in overeenstemming geacht met de eerder gegeven definitie van complexiteit. Complexiteit wordt bepaald door de *aard* van de verpleegkundige interventies die

moeten worden verricht: Is er sprake van routinematigheid? Is er speciale kennis nodig om de handeling uit te kunnen voeren? Met andere woorden: één afzonderlijke interventie kan complex zijn. De factoren in tabel 6.1 zijn complexiteitsbepalend omdat in antwoord hierop interventies moeten worden verricht waarvoor specifieke deskundigheid is vereist op het gebied van diagnostiek, psychosociale begeleiding of voorbehouden handelingen. Het betreft handelingen waarvoor de inzet van een *wijkverpleegkundige* noodzakelijk is. In tabel 6.2 zijn deze interventies beschreven. De interventies hebben betrekking op de factoren met hetzelfde nummer in tabel 6.1.

Bovenstaande factoren en interventies zijn omgezet tot een instrument waarmee de complexiteit van de verpleegkundige zorg kan worden bepaald (bij de intake en de evaluatie). Op dit formulier kunnen de vragen uit tabel 6.1 worden beantwoord met 'ja' of 'nee'. Op deze manier wordt de situatie op systematische wijze geanalyseerd op de aanwezigheid van verschillende factoren die de complexiteit van de verpleegkundige zorg bepalen. Op deze wijze wordt voorkomen dat bijvoorbeeld een wasbeurt bij een cliënt met dementie automatisch wordt toegewezen aan een wijkverpleegster (op grond van ervaringsdeskundigheid) zonder dat de partner (die heel veel moeite heeft met de situatie) in ogenschouw is genomen. In een dergelijke situatie zal tijdens de verpleging eveneens aandacht moeten worden besteed aan de psychische ondersteuning van de partner. In deze situatie is behoefte aan complexe verpleegkundige zorg. Tegengesteld aan dit voorbeeld is het mogelijk dat een cliënt niet beschikt over ziekte-inzicht, maar dat bij de directe omgeving dit inzicht wel aanwezig is en deze zeer gemotiveerd is om mee te werken aan het genezingsproces. In een dergelijke situatie is het niet nodig om tijdens de zorgverlening aandacht te besteden aan het verwerven van ziekte-inzicht bij de cliënt, waardoor de verpleegkundige zorg als niet-complex wordt beschouwd. Uit deze voorbeelden blijkt dat voor de mate van complexiteit van de verpleegkundige interventies met name het bestaan van een combinatie van verschillende factoren bepalend is: het geheel is meer dan de som der delen.

Als alle vragen uit tabel 6.1 met 'ja' of 'nee' zijn beantwoord, wordt bepaald welke interventies vervolgens dienen te worden uitgevoerd. De wijkverpleegkundigen dienen duidelijk te maken in welke mate de interventie een onderdeel vormt van het verpleegkundig handelen: geen onderdeel; gering onderdeel; redelijk onderdeel of groot onderdeel.

De betekenis van deze scores is als volgt:

1

Geen onderdeel: de interventie wordt niet uitgevoerd tijdens de zorgverlening.

2

Gering onderdeel: de interventie verdient geen speciale aandacht tijdens de zorgverlening, het is een gebruikelijk/normaal onderdeel van het verpleegkundig handelen.

3

Redelijk onderdeel: de interventie verdient tamelijk veel aandacht, maar is niet essentieel in de zorgverlening.

4

Groot onderdeel: de interventie wordt expliciet in het verpleegplan geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken.

Indien met het instrument minstens een keer een 4 is gescoord wordt de situatie als complex beschouwd, in alle andere gevallen als niet-complex. Op basis van de complexiteit wordt de volgende inzet van hulpverleners als gewenst beschouwd: een wijkverpleegkundige voor complexe verpleegsituaties en een wijkverpleegster voor niet-complexe verpleegsituaties. Aangezien de gewenste situatie af kan wijken van de werkelijke situatie kan met het instrument tevens worden aangegeven welke hulpverlener daadwerkelijk is ingezet en om welke redenen (opleiding, ervaring, aandachtsgebied, personele bezetting).

In de eerste fase van het onderzoek (zie Jansen & Kerkstra 1993) is uitgebreid aandacht besteed aan de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument. Het instrument is in deze eerste fase beoordeeld tijdens een expert meeting en uitgetest aan de hand van verschillende casussen. Naar aanleiding van de resultaten van deze test is het formulier aangepast en heeft het de vorm gekregen waarmee de cliënttoewijzing heeft plaatsgevonden.

Bovenstaande beschrijving heeft alleen betrekking op cliëntsituaties waarin verpleegkundige zorg moet worden verleend. Omdat er in toenemende mate sprake is van integratie binnen de thuiszorg is eveneens een instrument gemaakt dat een onderscheid maakt tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Om te bepalen of er sprake was van verzorging en/of verpleging werden allereerst drie vragen gesteld. Dienen er taken te worden verricht:

a

gericht op een tekort in het functioneren van het huishouden?

b

gericht op een tekort in de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)?

c

in het kader van (de gevolgen van) een gezondheidsprobleem?

Indien minimaal één van de eerste twee vragen met 'ja' wordt beantwoord, betekent dit dat er sprake is van verzorging. Een bevestigend antwoord op de derde vraag betekent een vraag om verpleging. Na deze vragen volgt het instrument met complexiteitsfactoren. Dit instrument wordt alléén gebruikt als er sprake is van verpleging. Om het onderscheid tussen deze vragen te verduidelijken wordt een korte toelichting gegeven.

ad a

Deze vraag wordt met 'ja' beantwoord wanneer de cliënt en/of zijn omgeving niet of onvoldoende in staat is de zorg voor het *huishouden* uit te voeren. Activiteiten die moeten worden verricht om het huishouden draaiende te houden zijn: verzorging van de huisraad, kleding en huishoudtextiel, maaltijdverzorging, opvang en begeleiding van kinderen en de organisatie van de huishoudvoering.

ad b

Deze vraag wordt met 'ja' beantwoord wanneer er sprake is van *ADL-ondersteuning*. Het betreft het verrichten van verzorgende werkzaamheden zonder dat een gezondheidsprobleem (of de gevolgen ervan) een centraal onderdeel vormt van de zorgverlening. Activiteiten die in dit kader worden verricht zijn: in en uit bed helpen, helpen met aan- en uitkleden, elastische kousen aan- en uitdoen, bevestigen van een prothese en helpen bij het wassen. Het is bij deze vraag van groot belang dat de context waarbinnen de verzorgende taken moeten worden verricht in ogenschouw worden genomen. Indien een gezondheidsprobleem centraal staat in de zorgverlening is er geen sprake van *ADL-ondersteuning*, maar van verpleging (zie ook vraag c). Ter verduidelijking een voorbeeld. Wanneer een gezonde bejaarde ondersteuning nodig heeft bij de wasbeurt en het aantrekken van een elastische kous is er sprake van *ADL-ondersteuning*. Wanneer deze bejaarde tevens een instabiele diabetes of open been heeft, is verpleging noodzakelijk. In het tweede geval vormt observatie en signalering van de gevolgen van de ziekte een centraal onderdeel van de zorgverlening.

ad c

Deze vraag wordt met 'ja' beantwoord wanneer er sprake is van *verpleging*. De aanleiding tot een vraag om verpleging vindt haar oorsprong in een actueel gezondheidsprobleem. Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede hulp en bijstand verlenen met betrekking tot feitelijke en/of dreigende gevolgen van ziekteprocessen en hun behandeling voor fundamentele levensverrichtingen van het individu. Bij de zorgverlening aan de cliënt vormt een gezondheidsprobleem (of de gevolgen ervan) een centraal onderdeel. Om de zorgverlening op kwalitatief goede wijze te kunnen verlenen is speciale kennis over (de gevolgen van) het gezondheidsprobleem vereist. In tegenstelling tot ADL-ondersteuning vindt verpleging plaats in situaties waarin tevens sprake is van instructie, advies, educatie over (de gevolgen van) het gezondheidsprobleem. Observeren en signaleren vormen belangrijke onderdelen van de verzorgende taken (zie ook het voorbeeld dat is genoemd bij vraag b). Als het gezondheidsprobleem niet meer actueel is, is er sprake van ADL-ondersteuning (bijvoorbeeld: een cliënt heeft 10 jaar geleden een CVA gehad en de gezondheidstoestand is momenteel stabiel, er doen zich geen veranderingen meer voor).

In de volgende paragrafen wordt het gebruik van bovenbeschreven instrumenten beschreven aan de hand van de volgende vragen:

1

Hoeveel cliëntsituaties worden als complex en niet-complex beoordeeld bij de intake/indicatiestelling?

2

In hoeverre is er sprake van een discrepantie tussen de gewenste hulpverlener en de hulpverlener die wordt toegewezen?

3

Welke factoren spelen een rol bij deze discrepantie?

4

In welke mate moet bij verschillende typen ziektebeelden complexe verpleegkundige zorg worden verleend?

5

Leidt het gebruik van het toewijzingsinstrument tot een andere toewijzing?

6

Wat zijn de ervaringen met het gebruik van het toewijzingsinstrument?

6.3

Methode

In het kader van de verticale functiedifferentiatie is het toewijzingsinstrument gebruikt door een aantal teams binnen drie thuiszorgorganisaties gedurende de periode juni 1994 tot en met januari 1995 (deze teams vormen de experimentele groep). In een aantal andere teams (de controlegroep) vond deze toewijzing niet plaats met behulp van het instrument, maar op basis van persoonlijke overwegingen van de wijkverpleegkundige. De controlegroep was niet op de hoogte van het instrument dat werd gebruikt binnen de experimentele groep. Om te kunnen bepalen of het gebruik van het toewijzingsinstrument leidt tot een andere verdeling van cliënten, is aan de controlegroep gevraagd om per cliënt op een ander formulier aan te geven welke hulpverlener is toegewezen en waarom. In tabel 6.3 wordt een overzicht gegeven van het aantal formulieren dat is ontvangen. Tevens is per organisatie aangegeven uit hoeveel regio's, teams of werkeenheden de experimentele en controlegroep zijn samengesteld.

Tabel 6.3

Overzicht van het aantal ontvangen toewijzingsinstrumenten per organisatie

Organisatie	Experimentele groep		Controlegroep	
	Aantal formulieren	Deelnemers	Aantal formulieren	Deelnemers
1	558 (2 regio's)	38 wv 22 wvp	124 (1 regio)	14 wv 9 wvp
2	471 (3 teams)	13 wv 6 wvp	173 (3 teams)	18 wv 6 wvp
3	133 (1 werkeenheden)	9 wv 2 wvp 13 gv	65 (1 werkeenheden)	9 wv 7 wvp 13 gv
totaal	1162		362	

wv = wijkverpleegkundige; wvp = wijkverpleegster; gv = verzorgende C/D

Organisatie 1 en 2 zijn thuiszorgorganisaties die alleen maar wijkverpleging aanbieden, terwijl in organisatie 3 met geïntegreerde teams verpleging/verzorging werd gewerkt. Bovenstaande aantallen laten zien dat uit de experimentele groep ongeveer drie keer zoveel formulieren zijn ontvangen dan uit de controlegroep. Verondersteld wordt dat dit verschil niet een gevolg is van een kleiner aanbod van cliënten in de controlegroep, maar van onderrapportage. Hiervoor wordt als verklaring gegeven dat binnen de teams in de controlegroep geen veranderingen zijn opgetreden en dat daardoor de teamleden minder betrokken zijn bij het onderzoek. De motivatie voor het invullen van de formulieren ligt daardoor lager. Dit werd met name duidelijk op het moment dat een aantal hulpverleners uit de controlegroep extra informatie wilde hebben over het nut van het invullen van de formulieren. Vanwege deze onderrapportage zal de vergelijking van de experimentele en de controlegroep met enige voorzichtigheid worden betracht. Tevens blijkt uit tabel 6.3 dat de verschillende hulpverleners in vergelijkbare verhoudingen voorkomen binnen de experimentele en de controlegroep. Indien zich tussen beide groepen verschillen voordoen kunnen ze dus niet worden toegeschreven aan een andere opbouw van het personeel.

6.4

Resultaten

In deze paragraaf komen verschillende onderdelen van het toewijzingsinstrument aan de orde: de complexiteitsfactoren, de interventies, de mate van complexiteit, de hulpverlener die is gewenst, de hulpverlener die uiteindelijk wordt toegewezen en de redenen voor de toewijzing. Hierbij zal tevens worden bekeken in hoeverre de mate van complexiteit is gerelateerd aan het ziektebeeld van de cliënt. Eveneens wordt een vergelijking gemaakt tussen de experimentele en de controlegroep om te bepalen in hoeverre het gebruik van het toewijzingsinstrument leidt tot een andere verdeling van cliënten. Tot slot wordt een beschrijving gegeven van de ervaringen met het instrument. De subparagrafen zijn ingedeeld aan de hand van de vragen die aan het eind van paragraaf 6.2 zijn geformuleerd.

Tabel 6.4

Totaaloverzicht van de aanwezigheid van de complexiteitsfactoren en de mate waarin bijbehorende verpleegkundige interventies een onderdeel vormen tijdens de zorgverlening in de experimentele groep (n = 1162)

Complexiteitsfactoren	Aanwezigheid van de factor		Verpleegkundige interventie (in %)			
	abs.	%	(1)	(2)	(3)	(4)
1						
<i>Tekorten in de gezondheidstoestand van de cliënt</i>						
de verpleegkundige diagnose is onduidelijk	218	19	8	6	41	45
de gezondheidstoestand is levensbedreigend	218	19	12	17	29	42
veel wisselingen in de gezondheidstoestand	471	41	1	9	50	40
de wisselingen zijn onvoorspelbaar	571	50	2	12	45	41
2						
<i>De ontvanger van het verpleegkundig handelen</i>						
bij de cliënt ontbreekt het vermogen om adequaat te communiceren	335	29	5	23	51	21
bij de cliënt ontbreekt ziekte-inzicht	429	38	7	27	39	27
bij de cliënt ontbreekt de motivatie om mee te werken	195	17	7	22	42	29
3						
<i>De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt</i>						
bij de omgeving ontbreekt ziekte-inzicht	161	15	9	29	38	24
de omgeving is psychisch overbelast	376	34	4	17	38	41
bij de omgeving ontbreekt motivatie om mee te werken	72	7	22	36	21	21
intense samenwerking met andere disciplines is gewenst	382	34	5	19	51	25
de thuissituatie is onveilig en/of onacceptabel	166	15	5	16	47	32
hulpmiddelen aanwezig voor voorbehouden handelingen	168	15	25	13	35	27

abs. = absoluut

- (1) De bijbehorende interventie wordt niet uitgevoerd tijdens de zorgverlening.
- (2) De bijbehorende interventie verdient geen speciale aandacht tijdens de zorgverlening, het is een gebruikelijk/normaal onderdeel van het verpleegkundig handelen.
- (3) De bijbehorende interventie verdient tamelijk veel aandacht, maar is niet essentieel voor de zorgverlening.
- (4) De bijbehorende interventie wordt expliciet in het verpleegplan geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken.

6.4.1

Mate waarin cliëntsituaties als complex en niet-complex worden beoordeeld

In tabel 6.4 wordt allereerst een overzicht gegeven van de mate waarin de verschillende factoren die van invloed zijn op de complexiteit aanwezig zijn in de cliëntsituaties. Met betrekking tot deze situaties is vervolgens aangegeven in welke mate de bijbehorende verpleegkundige interventies moeten worden verricht.

Om misverstanden te voorkomen met betrekking tot de interpretatie van de gegevens uit tabel 6.4 wordt uitleg gegeven over de percentages. De percentages die betrekking hebben op de aanwezigheid van de factor betreffen de totale groep. De percentages met betrekking tot de interventies betreffen de absolute aantallen die in dezelfde rij staan (het aantal keren dat de complexiteitsfactor aanwezig bleek te zijn).

Uit tabel 6.4 blijkt dat de complexiteitsfactoren in verschillende mate aanwezig zijn. Bij de helft van de situaties is sprake van onvoorspelbare wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt, bij 41 % is sprake van veel wisselingen en bij ruim een derde van de cliënten ontbreekt ziekte-inzicht, is de omgeving psychisch overbelast en is intensieve samenwerking met andere disciplines gewenst. De factor die het minst voorkomt is het ontbreken van motivatie bij de omgeving van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidstoestand (7%). Indien een factor aanwezig is in de cliëntsituatie dan blijkt dat de bijbehorende verpleegkundige interventie niet altijd, maar meestal ook moet worden verricht (zie tabel 6.4: de hoogste percentages staan bij de scores 3 en 4). Uit tabel 6.4 wordt reeds een indruk verkregen van de factoren die bepalend zijn voor de mate van complexiteit van een cliëntsituatie. In deze tabel zijn de complexiteitsfactoren als uitgangspunt genomen. Door de 'verpleegkundige interventies' als uitgangspunt te nemen wordt geprobeerd hierin meer duidelijkheid te verschaffen. Immers, in de beschrijving van het toewijzingsinstrument in paragraaf 6.2 is reeds aangegeven dat een cliëntsituatie als complex wordt beschouwd wanneer minimaal éénmaal is aangegeven dat een verpleegkundige interventie expliciet in het verpleegplan wordt geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken (= score 4). In tabel 6.5 wordt een overzicht gegeven van de verschillende scores die zijn toegekend aan de interventies. Tevens wordt een rangorde gegeven van meest tot minst belangrijke verpleegkundige interventies in het kader van complexiteit. Om de rangorde te bepalen wordt gekeken naar de scores 3 en 4. De

Tabel 6.5

Mate waarin de verpleegkundige interventies dienen te worden verricht in % (n = 1162)

Verpleegkundige interventies	Mate waarin interventie moet worden verricht				Rangorde op basis van score 3+4
	(1)	(2)	(3)	(4)	
1					
<i>M.b.t. de tekorten in de gezondheidstoestand</i>					
nader bepalen van de verpleegkundige diagnose	45	30	15	10	6
stervensbegeleiding van de cliënt	78	7	6	9	9
observatie/anticipatie veel wisselingen	38	20	25	17	2
observatie/anticipatie onvoorspelbare wisselingen	34	19	25	21	1
2					
<i>M.b.t. de zorgontvanger</i>					
signalering/ondersteuning adequate communicatie	51	24	18	7	6
verwerven van ziekte-inzicht bij de cliënt	43	28	18	11	5
motiveren van de cliënt om mee te werken	61	23	11	5	8
3					
<i>M.b.t. de omgeving van de zorgontvanger</i>					
verwerven van ziekte-inzicht bij de omgeving	65	22	9	4	11
emotionele begeleiding van de omgeving	51	17	16	16	4
motiveren van de omgeving om mee te werken	77	17	4	2	13
intensieve samenwerking met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces	55	18	18	19	3
veilig en acceptabel maken van de thuissituatie	72	14	9	5	10
verrichten van voorbehouden handelingen	82	5	7	6	11

- (1) De bijbehorende interventie wordt niet uitgevoerd tijdens de zorgverlening.
- (2) De bijbehorende interventie verdient geen speciale aandacht tijdens de zorgverlening, het is een gebruikelijk/normaal onderdeel van het verpleegkundig handelen.
- (3) De bijbehorende interventie verdient tamelijk veel aandacht, maar is niet essentieel in de zorgverlening.
- (4) De bijbehorende interventie wordt expliciet in het verpleegplan geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken.

reden hiervoor is dat uit gesprekken met de wijkverpleegkundigen is gebleken dat niet altijd een 4 is gescoord als er een verpleegdoel was geformuleerd. Sommigen scoorden in dergelijke gevallen een 3, omdat ze een score 4 te zwaar vonden (zie ook paragraaf 6.4.5).

De gegevens in tabel 6.5 zijn vergelijkbaar met die van tabel 6.4. De complexiteit wordt met name bepaald door de verpleegkundige interventies die behoren bij de factoren die het meest voorkwamen in tabel 6.4. De belangrijkste interventies zijn:

- observatie van en anticipatie op veel en onvoorspelbare wisselingen in de gezondheidstoestand,
- intense samenwerking met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces, en
- emotionele begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op psychische overbelasting.

De interventies die het minst vaak voorkomen zijn alle gericht op de omgeving: het verwerven van ziekte-inzicht bij de omgeving, het motiveren van de omgeving om mee te werken, het veilig en acceptabel maken van de thuissituatie en het verrichten van voorbehouden handelingen.

6.4.2

Discrepancie tussen de gewenste hulpverlener en de hulpverlener die wordt toegewezen en de factoren die hierin een rol spelen

Na de beschrijving van de afzonderlijke factoren en interventies wordt vervolgens aandacht besteed aan de hulpverlener die is gewenst en de hulpverlener die de zorg uiteindelijk verleent. In deze beschrijving ligt de nadruk op het verdelen van cliënten binnen de wijkverpleging. De reden hiervoor is dat de aantallen met betrekking tot de gezinsverzorging erg klein zijn. In het totale bestand bevinden zich slechts 26 cliëntsituaties waarbij sprake is van gezinsverzorging. Van dit aantal wordt aan 11 cliënten alleen maar gezinsverzorging verleend, terwijl er in de overige 15 situaties ook sprake is van wijkverpleging. Door het verwijderen van de 11 cliënten waarbij alleen maar sprake was van gezinsverzorging blijft een bestand over van 1151 cliëntsituaties met een vraag voor verpleging. Van dit aantal wordt 46% als complex beoordeeld met het instrument. In deze situaties is de wijkverpleegkundige de gewenste hulpverlener. De overige 54% wordt als niet-complex beoordeeld, waarin de wijkverpleegster de gewenste hulpverlener is. Indien vervolgens naar de uiteindelijke toewijzing wordt gekeken, dan blijkt dat aan 56% van de cliënten een

wijkverpleegkundige wordt toegewezen, aan 13% een wijkverpleegster en 25% door beide hulpverleners gezamenlijk wordt verzorgd. Van de resterende 6% is niet bekend wie de zorg verleent. Uit deze percentages blijkt dat de gewenste hulpverlener niet altijd overeenkomt met de toegewezen hulpverlener. In tabel 6.6 wordt nader aandacht besteed aan dit verschil en tevens gekeken naar de ziektecategorie en de reden van toewijzing.

Tabel 6.6

Overzicht van de gewenste en toegewezen hulpverlener (n = 1151)

Gewenste hulpverlener	Toegewezen hulpverlener	Ziektecategorie	Reden van toewijzing ^a
wijkverpleegkundige (n = 530)	65% wijkverpleegkundige (n = 341)	38% kanker 11% diabetes 10% psych. ziekten	28% opleiding 18% ervaring 11% personele bezetting 5% aandachtsgebied ^b
	3% wijkverpleegster (n = 16)	25% neurologie 19% diabetes	38% aandachtsgebied 31% ervaring 25% opleiding 0% personele bezetting
	28% wv/wvp gezamenlijk (n = 150)	18% kanker 16% hart-vaatziekten 11% neurologie	34% ervaring 26% personele bezetting 10% opleiding 6% aandachtsgebied
	4% onbekend (n = 23)		
wijkverpleegster (n = 621)	49% wijkverpleegkundige (n = 306)	12% kanker 12% hart-vaatziekten 11% TIA/CVA	74% personele bezetting 5% ervaring 4% aandachtsgebied 3% opleiding

	22% wijkverpleegster (n = 133)	14% hart-vaatziekten 11% diabetes 11% bewegings- apparaat	32% opleiding 19% ervaring 14% personele bezetting 8% aandachtsgebied
wijkverpleegster (n = 621)	22% wv/wvp geza- menlijk (n = 139)	14% bewegings- apparaat 14% decubitus/ulcus cruris 12% diabetes	61% personele bezetting 12% ervaring 6% aandachtsgebied 4% opleiding
	7% onbekend (n = 43)		

^a Per toewijzing kon men meerdere redenen opgeven, daarnaast is niet altijd een reden gegeven.

^b Een aantal wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters werkt met aandachtsgebieden, dit betekent dat ze ten aanzien van een bepaalde ziektecategorie specifieke kennis hebben en vaardigheden kunnen verrichten.

Uit een vergelijking tussen de eerste twee kolommen blijkt dat in de meeste complexe cliëntsituaties een wijkverpleegkundige (eventueel gezamenlijk met een wijkverpleegster) wordt toegewezen aan de cliënt. Het feit dat de opleiding en ervaring meestal de reden van toewijzing vormen zegt iets over de validiteit van het instrument: als de functie van wijkverpleegkundigen is gewenst, wordt een beroep gedaan op de kennis en vaardigheden behorende tot het deskundigheidsgebied van wijkverpleegkundigen.

Slechts enkele van de cliënten waarbij een wijkverpleegkundige is gewenst, worden verzorgd door alleen maar een wijkverpleegster. Dit gebeurt met name als de cliënt tot het aandachtsgebied van de wijkverpleegster behoort of omdat de wijkverpleegster specifieke ervaring heeft ten aanzien van de ziektecategorie van de cliënt.

Als een functie van wijkverpleegster is gewenst, blijkt hieraan slechts in een vijfde (22%) van de gevallen te kunnen worden voldaan. Ongeveer de helft van de cliënten bij wie een wijkverpleegster is gewenst, wordt toegewezen aan een wijkverpleegkundige. De personele bezetting blijkt hiervoor de voornaamste reden te zijn. Met andere woorden: er zijn

onvoldoende wijkverpleegsters in dienst. Dit is ook de voornaamste reden voor het feit dat deze cliënten worden verzorgd door een wijkverpleegkundige en wijkverpleegster gezamenlijk.

6.4.3

Ziektebeelden waarbij met name complexe verpleegkundige zorg moet worden verleend

Als in tabel 6.6 naar de ziektecategorieën wordt gekeken, wordt de indruk verkregen dat wijkverpleegkundigen met name aan patiënten met kanker worden toegewezen. Ten aanzien van wijkverpleegsters komt een meer divers beeld naar voren. Om een duidelijker beeld te krijgen van de relatie tussen ziektecategorie en de in te zetten hulpverleners, is in tabel 6.7 per ziektecategorie het percentage complexe situaties aangegeven. In deze tabel is een complexe situatie gedefinieerd als een situatie waarin minimaal 1 verpleegkundige interventie op het toewijzingsformulier een 4 heeft gescoord (de interventie wordt expliciet in het verpleegplan geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken).

De gegevens in tabel 6.7 laten zien dat aan de meeste cliënten die behoren tot de ziektecategorieën aids, kanker of incontinentie complexe zorg moet worden verleend. De situaties met betrekking tot aids en kanker worden met name als complex beoordeeld doordat de volgende interventies plaatsvinden: observatie van en anticipatie op veel en onvoorspelbare wisselingen, stervensbegeleiding en emotionele ondersteuning van de omgeving. Met betrekking tot incontinentie bleek de complexiteit met name te worden bepaald door emotionele ondersteuning van de omgeving en het veilig en acceptabel maken van de omgeving. Indien wordt gekeken naar de situaties die het minst vaak als complex worden beoordeeld, dan betreft dit cliënten die klachten hebben aan het bewegingsapparaat (exclusief reuma), cliënten met huidaandoeningen (exclusief decubitus/ulcus cruris) of algemene ouderdomsklachten. Bij slechts een vierde van deze cliëntencategorieën is sprake van een complexe situatie.

6.4.4

Vergelijking van de verdeling van cliënten tussen de experimentele en de controlegroep

Tot slot wordt de verdeling van cliënten binnen de experimentele groep vergeleken met die binnen de controlegroep. De vergelijking omvat slechts twee kenmerken, omdat binnen de controle alleen maar gegevens zijn ver-

*Tabel 6.7
De mate waarin verschillende ziektecategorieën als complex zijn
beoordeeld*

Ziektebeeld	Aanwezigheid in absolute aantallen	Complexe situaties in %
aids	11	91
kanker	233	71
incontinentie	14	71
psychische ziekten (excl. dementie)	79	60
dementie	57	54
cara/astma	52	54
neurologische aandoeningen	81	49
diabetes	121	47
TIA/CVA	94	43
hart- en vaatziekten (excl. TIA/CVA)	132	42
reuma	36	42
rouwverwerking	11	36
decubitus/ulcus cruris	93	34
bewegingsapparaat (excl. reuma)	109	26
huidaandoeningen (excl. decubitus/ulcus cruris)	45	22
algemene ouderdomsklachten	27	22

zameld met betrekking tot de toegewezen hulpverlener en de reden van toewijzing.

In vergelijking met de controlegroep is binnen de experimentele groep een groter percentage cliënten toegewezen aan wijkverpleegkundigen.

Daarentegen worden in de controlegroep meer cliënten door een wijkverpleegkundige en wijkverpleegster gezamenlijk verzorgd. Ook ten aanzien van de redenen hiervoor doen zich verschillen voor: binnen de controlegroep zijn de cliënten vaker toegewezen op basis van opleiding, ervaring en aandachtsgebied. Mede door de onderrapportage binnen de controlegroep is het moeilijk te verklaren in hoeverre deze verschillen een gevolg zijn van het gebruik van de toewijzingsinstrumenten.

Als deze verschillen nader worden beschouwd, dan blijken wijkverpleegkundigen binnen de experimentele groep met name te worden toe-

Tabel 6.8
De verdeling van cliënten; een vergelijking tussen de experimentele en de controlegroep in %

	Experimentele groep (n = 1151)	Controlegroep (n = 362)
<i>Toegewezen hulpverlener</i>		
wijkverpleegkundige	56***	42***
wijkverpleegster	13	12
wv/wvp gezamenlijk	25***	45***
onbekend	6	1
<i>Reden van toewijzing^a</i>		
opleiding	36**	44**
ervaring	21*	28*
personele bezetting	40	35
aandachtsgebied	7*	11*

^a Per toewijzing kon men meerdere redenen opgeven, daarnaast is niet altijd een reden gegeven.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

gewezen op basis van de personele bezetting (51%) terwijl dit binnen de controlegroep op basis van alle vier redenen ongeveer even vaak gebeurt. Dit verschil zou erop kunnen duiden dat men (doordat men met het instrument heeft bepaald welke hulpverlener is gewenst) zich binnen de experimentele groep bewuster is geworden van het feit dat de personele bezetting niet overeenkomt met de wenselijkheid. In de controlegroep lijkt men vaker van oordeel te zijn dat de deskundigheid en ervaring van een wijkverpleegkundige nodig is.

De wijkverpleegsters in de experimentele groep zijn met name toegewezen op basis van opleiding (40%) en ervaring (26%), terwijl dit in de controlegroep is gebaseerd op opleiding (50%) en personele bezetting (33%). Doordat binnen de controlegroep een derde op basis van personele bezetting wordt toegewezen (dit is in de experimentele groep slechts 17%) lijkt het alsof men de ervaringsdeskundigheid van de wijkverpleegster lager inschat dan in de experimentele groep. Aangezien de verschillen ook de ziektecategorieën van de cliënten kunnen

betreffen, zijn deze onderling ook vergeleken. In de experimentele komen drie ziektecategorieën minder vaak voor dan in de controlegroep: kanker (20% versus 26%), decubitus/ulcus cruris (8% versus 12%) en incontinentie (1% versus 3%). Een vijftal ziekten komt in de experimentele groep vaker voor: TIA/CVA (8% versus 5%), reuma (3% versus 1%), neurologische aandoeningen (7% versus 4%), cara/astma (5% versus 1%) en diabetes (10% versus 7%). Doordat deze verschillen slechts klein zijn worden hieraan geen conclusies verbonden.

6.4.5

Ervaringen met het gebruik van het toewijzingsinstrument

Het toewijzingsinstrument is aan de hand van een toelichting door de onderzoeker geïntroduceerd in de thuiszorgorganisaties. Hierbij was in ieder geval de contactpersoon aanwezig en soms ook enkele hoofdwijkverpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen die er mee zouden moeten gaan werken. De wijkverpleegkundigen die hier niet bij waren hebben een toelichting gekregen van de contactpersoon. Het instrument werd in alle organisaties meestal direct na de intake/indicatiestelling ingevuld. Echter, in de teams zonder een centrale intake kwam het ook wel eens voor dat het formulier pas na een week werd ingevuld. De reden hiervoor is dat het niet altijd direct duidelijk was welke verpleegproblemen er precies zijn. Over het algemeen werd bij de introductie allereerst opgemerkt 'Alweer een formulier?'. Vervolgens bleek dat het eerst wat moeite kostte om sommige vragen te beantwoorden. Niet iedereen vond het eenvoudig om een keuze te maken uit de verschillende score-mogelijkheden en het onderscheid tussen de scores 3 en 4 was niet altijd even duidelijk. Echter, nadat men aan het formulier gewend was geraakt werd het invullen gemakkelijker en in toenemende mate gezien als een hulpmiddel bij de cliënttoewijzing. Het werd als positief beschouwd dat met het instrument zichtbaar wordt gemaakt op basis van welke argumenten iemand wordt toegewezen aan een bepaald type hulpverlener. Doordat de argumenten tussen de wijkverpleegkundigen wel eens verschilden leidde dit vervolgens tot zinvolle discussies. Dit gold niet voor iedereen. Door sommigen werd het instrument gebruikt omdat het moest en niet zozeer omdat het als hulpmiddel bij de cliënttoewijzing werd beschouwd. Eén van de redenen hiervoor is dat het af en toe erg druk is op het werk waardoor het ongelegen komt om het formulier in te vullen. Daarnaast werd aangegeven dat het complexiteitsoordeel op basis van het formulier slechts een kleine rol speelt bij de cliënttoewijzing. Immers, de verdeling

van cliënten wordt door zoveel verschillende omstandigheden bepaald: complexiteit, huisarts (in verband met huisartsgericht werken), capaciteit en continuïteit van de hulpverlener, personele bezetting en mentorschap. Tot slot wordt vermeld dat het toewijzingsinstrument door enkelen als bedreigend is ervaren. Bij sommigen bestond de angst dat het gebruik van het instrument vervelende consequenties zou hebben voor de samenstelling van het team als met het instrument veel situaties als niet-complex zouden worden beoordeeld. Tevens werd het door deze personen als zorgelijk en overbodig ervaren dat voor iedere cliënt zoveel verschillende formulieren moeten worden ingevuld. Het gaat ten koste van de werksfeer. Doordat men elkaar veelvuldig ziet in het wijkgebouw kunnen veel cliëntsituaties in de wandelgangen met elkaar worden besproken en worden dit soort formulieren door deze personen als onnodig beschouwd.

6.5

Conclusie

Uit het bovenstaande wordt geconcludeerd dat de personele bezetting in veel gevallen niet overeenkomt met de verpleegkundige zorg die is gewenst. Het aantal wijkverpleegsters blijkt vaak tekort te schieten. Indien naar ziektecategorieën wordt gekeken, dan blijken slechts enkele vaak complex te zijn. De meeste ziektecategorieën vragen in ongeveer de helft van de cliëntsituaties om complexe zorg en in de andere helft om niet-complexe zorg.

Tot slot wordt geconcludeerd dat het werken met behulp van een toewijzingsinstrument niet door iedereen wordt gewaardeerd. Uit de evaluatiegesprekken met de hulpverleners werd duidelijk dat sommigen het moeilijk vinden om met functieprofielen en een toewijzingsinstrument te werken, omdat men hiermee wordt verplicht om kritisch te kijken naar de inzet van hulpverleners. Het stuit op weerstanden dat inbreuk wordt gedaan op de manier van werken die altijd al is gehanteerd. Echter, naast deze negatieve geluiden is ook opgemerkt dat het toewijzingsinstrument de mogelijkheid biedt om met elkaar van gedachten te wisselen over de juiste inzet van hulpverleners. Dit wordt bevestigd door de vergelijking tussen de experimentele en de controlegroep. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het werken met een toewijzingsinstrument de betrokkenen meer bewust maakt van het tekortschieten van een juiste personele bezetting.

7

Effecten van horizontale functie differentiatie op de kwaliteit van arbeid

7.1

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de effecten beschreven van horizontale functie-differentiatie op wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters. Deze vorm van functiedifferentiatie heeft betrekking op deskundigheidsbevordering en -handhaving aan de basis. Dit kan worden gerealiseerd door een scheiding te maken tussen de sector ouder- en kindzorg en de sector volwassenenzorg (= specialisatie) en/of door de constructie van zogenaamde aandachtsgebieden. In dit onderzoek is alleen aandacht besteed aan de aandachtsgebieden. In principe zou binnen één thuiszorg-organisatie een scheiding worden gemaakt tussen twee sectoren; echter door interne ontwikkelingen binnen deze organisatie moest dit met een jaar worden uitgesteld.

Door de aandachtsgebieden krijgen wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters de mogelijkheid om, naast hun algemene werkzaamheden, specifieke deskundigheid te verwerven ten aanzien van een bepaalde categorie cliënten. Met betrekking tot het aandachtsgebied kan de betreffende zorgverlener vervolgens worden geconsulteerd door collega's (Jansen & Kerkstra 1993). De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat luidt:

Wat is het effect van het invoeren van horizontale functiedifferentiatie op de kwaliteit van de arbeid van wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden wordt aandacht besteed aan veranderingen ten aanzien van taakkenmerken, arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim.

7.1.1

Verwachte effecten van horizontale functiedifferentiatie

Het werken met aandachtsgebieden is een redelijk nieuw fenomeen binnen de wijkverpleging. Het doel hiervan is om het brede pakket van de wijkverpleging te kunnen blijven leveren op een efficiënte, deskundige en kwalitatief goede wijze. Uit bestudering van de literatuur blijkt dat de effecten van deze vorm van arbeidsverdeling niet of nauwelijks zijn onderzocht. Een uitzondering hierop is het onderzoek van Van Bragt (1993). Uit dit onderzoek bleek dat wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied gemiddeld meer huisbezoeken verrichten dan allround werkende wijkverpleegkundigen. Dit was met name zichtbaar op het gebied van preventieve cara- en reuma-huisbezoeken. Voor wijkverpleegsters betrof het preventieve huisbezoeken voor bejaarden. Daarnaast bleek dat zorgverleners met de aandachtsgebieden cara, reuma, oncologie en neurologie minder moeilijkheden ervoeren bij de zorgverlening aan cliënten die tot hun aandachtsgebied behoorden dan allround en gedifferentieerd werkende hulpverleners met een ander aandachtsgebied (Van Bragt 1993). Deze ervaringen komen overeen met de voor- en nadelen van horizontale taakspecialisatie die in de organisatieliteratuur worden vermeld. Het belangrijkste voordeel van deze manier van arbeidsverdeling is dat de productiviteit stijgt. Deze is een gevolg van de stijging van de deskundigheid en handigheid van de werknemer per taak door herhaling, waardoor ook de voorbereiding minder tijd vergt. Doordat de werknemer zich kan concentreren op één taak wordt het leerproces vereenvoudigd. Hierdoor zullen ook nieuwe methodes eerder ontwikkeld en toegepast kunnen worden. Een ander voordeel is dat de juiste persoon voor de taak gezocht kan worden, waardoor talenten optimaal kunnen worden benut (Bedeian 1984; Mintzberg 1983; Van Bragt 1993). Naast deze voordelen zijn er ook nadelen te noemen. Door horizontale functiedifferentiatie ontstaan er verschillende afzonderlijke onderdelen binnen de organisatie. Om deze onderdelen op elkaar af stemmen is integratie en coördinatie nodig. Teneinde effectieve integratie te bereiken zullen, naarmate de differentiatie groter is, meer en ingewikkelder coördinatie- of integratiemechanismen in de organisatie moeten worden ingebouwd (Lawrence & Lorsch 1967; Keuning & Eppink 1989). Een tweede nadeel is dat bij een ver doorgevoerde arbeidsdeling zeer monotoon werk ontstaat. Hierdoor daalt de arbeidstevredenheid, waardoor het verzuim toeneemt. Indien de arbeider bovendien de controle over zijn werk verliest raakt hij tevens minder betrokken bij het werk, waardoor de tevredenheid nog verder daalt

(Bedeian 1984; Moorhead & Griffin 1989; Van Bragt 1993). Met betrekking tot het werken met aandachtsgebieden betekent dit dat deze niet moeten leiden tot een ver doorgevoerde specialistische werkwijze en dat een duidelijk coördinatiepunt noodzakelijk is.

Op basis van bovenstaande literatuur wordt verwacht dat het werken met aandachtsgebieden gevolgen heeft voor een aantal taakkenmerken. Omdat men zich met betrekking tot het aandachtsgebied moet bijscholen en consultatie moet verlenen aan collega's, wordt verondersteld dat de *afwisseling* binnen het werk zal toenemen. Als de deskundigheid die binnen een aandachtsgebied wordt verworven effectief wordt gebruikt (consultatie ad hoc of tijdens de cliëntbespreking), zal de *feedback* van collega's worden vergroot. Tevens is te verwachten dat de *autonomie* binnen het werk zal toenemen, aangezien men de deskundigheid en daarvoor de mogelijkheid heeft zelf te kiezen uit verschillende procedures. Door deze veranderingen in het werk is het te verwachten dat de totale tevredenheid zal toenemen, in het bijzonder de tevredenheid met de groeimogelijkheden.

7.2

Methode

Om de effecten van functiedifferentiatie te kunnen meten is gebruikgemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign: binnen afzonderlijke thuiszorgorganisaties zijn twee groepen samengesteld waarbij een interventie heeft plaatsgevonden binnen een van deze groepen (dit wordt de experimentele groep genoemd). Daarnaast is er voorafgaand aan en na afloop van het project een meting verricht. In deze paragraaf wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de interventie die heeft plaatsgevonden, de biografische kenmerken van de onderzoekspopulatie en de meetinstrumenten die zijn gebruikt.

7.2.1

Interventie

In totaal hebben 6 thuiszorgorganisaties aandacht besteed aan horizontale functiedifferentiatie door het creëren van aandachtsgebieden. Het betrof organisaties die hiermee vanaf het begin van 1994 zouden gaan werken. Op deze manier was het mogelijk om binnen een thuiszorgorganisatie een onderscheid te kunnen maken tussen een experimentele groep (hulpverleners die een aandachtsgebied hebben) en een controlegroep (hulpverleners bij wie alles bij het oude zou blijven). Immers, hoe langer

organisaties met horizontale functiedifferentiatie werken des te moeilijker wordt het om dit onderscheid te maken, aangezien degenen met een aandachtsgebied in toenemende mate worden geconsulteerd door collega's zonder aandachtsgebied. Hierdoor zullen de effecten van horizontale functiedifferentiatie op den duur ook optreden bij de niet gedifferentieerd werkende collega's.

In tabel 7.1 wordt per thuiszorgorganisatie een overzicht gegeven van de aandachtsgebieden. De organisaties zijn gegroepeerd op basis van de indeling die is gehanteerd. Binnen drie thuiszorgorganisaties is bij de verdeling van de aandachtsgebieden het team als eenheid genomen.

Tabel 7.1

Selectie van aandachtsgebieden binnen de thuiszorgorganisaties

Org.	Aandachtsgebieden verdeeld over teams	Org.	Aandachtsgebieden verdeeld over regio's
2	1 oncologie/stomazorg 2 diabetes/cara/hart- en vaatziekten 3 reuma/neurologische aandoeningen/CVA 4 incontinentie 5 ADL-training/hulpmiddelen	1	1 oncologie/aids/medisch-technische handelingen 2 cara/diabetes/wond- en stomazorg 3 reuma/gehandicapte patiënten/neurologie/hart- en vaatziekten 4 psychogeriatric/ouderen
3	1 cara 2 diabetes	5	1 oncologie/aids 2 cara 3 diabetes 4 neurologie/chronisch zieken 5 ouderen/psychogeriatric
4	1 oncologie 2 cara 3 incontinentie 4 psychogeriatric 5 decubitus/wonden 6 ouderen 7 NDT-methode	6	1 oncologie/pijnbestrijding 2 cara/diabetes 3 neuromusculaire aandoeningen 4 reuma 5 incontinentie/psychogeriatric 6 CVA/revalidatie 7 wond-/stomazorg

Dit betekent dat in elk team alle aandachtsgebieden zijn vertegenwoordigd. Binnen de overige drie thuiszorgorganisaties is de regio/werkeenheid als eenheid genomen, zodat niet in elk team, maar in elke regio alle aandachtsgebieden zijn vertegenwoordigd.

Uit tabel 7.1 blijkt dat de thuiszorgorganisaties over het algemeen ten aanzien van dezelfde cliëntencategorieën kiezen voor een aandachtsgebied. Cara komt binnen alle thuiszorgorganisaties voor en oncologie, diabetes, neurologie, psychogeriatric en wond/stoma-zorg binnen een meerderheid van de organisaties. Binnen de meeste thuiszorgorganisaties kunnen wijkverpleegsters geen aandachtsgebied krijgen op het terrein van de oncologie, cara, diabetes, medisch technisch handelen en wond/stoma-zorg. De reden hiervoor is dat hiertoe veel taken behoren die op het niveau van de wijkverpleegkundige liggen. Het zou voor wijkverpleegsters daardoor niet mogelijk zijn om de informatie die ze verschaffen met betrekking tot het aandachtsgebied in de praktijk te brengen. De aandachtsgebieden voor wijkverpleegsters richten zich met name op psychogeriatric, incontinentie en reuma.

Daarnaast wordt duidelijk dat in bepaalde organisaties is gekozen voor een combinatie van verschillende categorieën in één aandachtsgebied (bijvoorbeeld cara en diabetes tezamen of reuma en neurologie tezamen) terwijl hiervoor in andere organisaties afzonderlijke aandachtsgebieden zijn gemaakt.

Met betrekking tot het aandachtsgebied hebben de wijkverpleegkundigen verschillende taken:

- het geven van consulten, adviezen en scholingen met betrekking tot het aandachtsgebied;
- het instrueren en zondig (als voorbeeldfunctie) uitvoeren van medische/verpleegtechnische handelingen die specifiek zijn voor de cliëntengroep van het aandachtsgebied;
- het op peil houden van de eigen deskundigheid en vaardigheden ten aanzien van het aandachtsgebied (door het bezoeken van cliënten die tot het aandachtsgebied behoren);
- het opzetten/bijhouden van een documentatiesysteem;
- het deelnemen aan bijeenkomsten van wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters die hetzelfde aandachtsgebied hebben.

7.2.2

Onderzoekspopulatie

Binnen alle deelnemende instellingen zijn een experimentele en controle-groep samengesteld. Op deze wijze komen binnen beide groepen dezelfde instellingskenmerken voor en wordt vergelijking tussen de twee groepen beter mogelijk gemaakt. In tabel 7.2 wordt een overzicht gegeven van het aantal wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters dat heeft deelgenomen aan het onderzoek.

Tabel 7.2

Overzicht van het aantal respondenten tijdens de voor- en nameting

Org.	Experimentele groep				Controlegroep			
	Steek- proef	Voor- meting	Na meting	Voor- en nameting	Steek- proef	Voor- meting	Na- meting	Voor- en nameting
1	27	24	16	16	24	9	6	6
2	19	19	14	14	19	16	13	13
3	10	9	8	7	9	10	5	5
4	24	16	16	12	16	13	10	10
5	16	16	10	10	16	24	18	18
6	25	24	21	20	24	18	12	12
Totaal	121	108	85	79	108	90	64	64

Bij de aantallen in tabel 7.2 wordt opgemerkt dat het onderzoek is begonnen met een thuiszorgorganisatie extra. Deze organisatie zou gaan werken met een andere vorm van horizontale functiedifferentiatie (namelijk een splitsing tussen de sector volwassenenzorg en de sector ouder- en kindzorg). Echter, wegens interne omstandigheden is deze implementatie uitgesteld naar 1995. Deze organisatie heeft wel deelgenomen aan de voormeting, maar niet aan de nameting. Aangezien in dit hoofdstuk het verschil tussen voor- en nameting centraal staat, is deze thuiszorgorganisatie niet opgenomen in de tabel. Indien naar de andere thuiszorgorganisaties wordt gekeken blijkt dat 229 wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters zijn geselecteerd voor het onderzoek. Aan de voormeting heeft 89% van de experimentele groep en 83% van de controle-

groep deelgenomen. De respons van de nameting bleek minder groot. Uiteindelijk heeft 65% van de experimentele groep en 59% van de controlegroep zowel aan de voor- als nameting deelgenomen. De reden van non-respons is voor 80% onbekend. De overige 20% is een gevolg van een andere baan, ziekte en zwangerschap.

Voor het selecteren van de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters die een aandachtsgebied krijgen (= de kans dat men in de experimentele of controlegroep kwam) is door de thuiszorgorganisaties een aantal criteria gehanteerd. Over het algemeen werd gekeken naar: het aantal jaren ervaring in de wijkverpleging, percentage dienstverband (minimaal 50%) en motivatie/belangstelling voor het aandachtsgebied. Doordat deze selectiecriteria zouden kunnen leiden tot verschillen tussen de experimentele en controlegroepen is een aantal individuele kenmerken van de respondenten beschreven in tabel 7.3.

Tabel 7.3

Biografische kenmerken van de respondenten in absolute aantallen en gemiddelden

	Experimentele groep (n = 79)	Controlegroep (n = 64)
wijkverpleegkundige	63	53
wijkverpleegster	16	11
man	6	0
vrouw	73	64
gemiddelde leeftijd	37.0	37.7
gemiddeld aantal dienstjaren	9.6	8.9
gemiddeld aantal uren werkzaam	31.7*	27.9*

* $p \leq 0,05$

Uit statistische analyse blijkt dat beide groepen ten aanzien van de meeste kenmerken niet significant verschillen. Alleen ten aanzien van het dienstverband blijkt er een verschil te bestaan: wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters uit de experimentele groep werken gemiddeld meer uren dan hun collega's uit de controlegroep. Dit verschil is een duidelijk gevolg van de selectiecriteria die zijn gehanteerd voor het verdelen van de

aandachtsgebieden. Daarnaast blijken de wijkverpleegkundigen in beide groepen de meerderheid te vormen, waarbij de meerderheid van het vrouwelijk geslacht is, gemiddeld 37 jaar en 9 jaar ervaring heeft in de wijkverpleging.

7.2.3

Meetinstrument

Voor het meten van de effecten van functiedifferentiatie is tijdens de voor- en nameting een schriftelijke enquête verstuurd naar de deelnemende wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters. Tevens zijn er gesprekken gevoerd met de contactpersonen binnen de thuiszorgorganisaties en is er een evaluatiebijeenkomst georganiseerd met de hulpverleners uit de experimentele groep.

Schriftelijke enquête

Op basis van verschillende bestaande vragenlijsten is een nieuwe vragenlijst gemaakt. Daarin komen de volgende onderwerpen aan de orde: taakkenmerken, arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim. Om te bepalen welke taakkenmerken aanwezig zijn in het werk van wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters is de vragenlijst van Boumans (1990) als uitgangspunt genomen en zijn enkele aanpassingen gedaan. In de vragenlijst is aandacht besteed aan de volgende acht taakkenmerken: tijdsdruk, autonomie, duidelijkheid, afwisseling, diagnostiek, groeimogelijkheden, feedback en belang. De Cronbachs α varieert van .67 tot .79. Voor het meten van arbeidstevredenheid is eveneens gebruikgemaakt van de vragenlijst van Boumans (1990). In de enquête zijn de volgende subschalen opgenomen: tevredenheid met de kwaliteit van zorg, algemene werkverdoening, tevredenheid met de leidinggevende, met collega's, met cliënten, met de inzet van hulpverleners, met duidelijkheid en met groeimogelijkheden (Cronbachs α variërend van .64 tot .92). De score op al deze schalen tezamen is beschouwd als een maat voor de totale tevredenheid (Cronbachs α = .70). Voor het meten van burnout is de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL) gebruikt. De MBI-NL bestaat uit drie subschalen om te bepalen hoe vaak personen gevoelens vertonen met betrekking tot drie aspecten van burnout van emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. Onder emotionele uitputting wordt het gevoel verstaan helemaal 'leeg' of 'op' te zijn; alle reserves zijn verbruikt en de batterij kan niet meer worden opgeladen. Bij depersonalisatie gaat het om een vervreemding ten

opzichte van anderen. Dit uit zich in een kille, cynische en onpersoonlijke houding ten opzichte van de mensen met wie men dagelijks werkt. Het derde aspect heeft betrekking op het gevoel minder te presteren op het werk, hetgeen gepaard gaat met insufficiëntiegevoelens (Schaufeli en Van Dierendonck 1994). Een hoge mate van burnout blijkt uit hoge scores ten aanzien van emotionele uitputting en depersonalisatie en lage scores ten aanzien van persoonlijke bekwaamheid. Om de scores goed te kunnen interpreteren wordt een vergelijking gemaakt met de 'normscores voor verpleegkundigen' zoals ze zijn beschreven in het onderzoek van Schaufeli en Van Dierendonck (1994). In dat onderzoek zijn de scores van 2449 verpleegkundigen geanalyseerd en de gemiddelden op de drie dimensies gepresenteerd als norm. Op een schaal van 0-6 is de norm voor emotionele uitputting 1.9 (waarbij scores tussen 1.1 en 2.5 als gemiddeld worden beschouwd), voor depersonalisatie is de norm 1.4 (scores tussen 0.6 en 1.8 zijn gemiddeld) en voor persoonlijke bekwaamheid 3.9 (scores tussen 3.4 en 4.3 zijn gemiddeld). De interne consistentie van deze schalen bleek redelijk te zijn (Cronbachs α was respectievelijk .86, .64 en .77).

Procesbeschrijving

Voor een volledig beeld van de effecten van functiedifferentiatie is het eveneens van groot belang zicht te hebben op de wijze waarop functiedifferentiatie is ingevoerd binnen de verschillende thuiszorgorganisaties. Op deze wijze kunnen aanbevelingen worden gedaan over het invoeringstraject van functiedifferentiatie en indicaties worden gegeven voor de organisatorische randvoorwaarden. Allereerst is in alle deelnemende thuiszorgorganisaties een contactpersoon aangesteld. Met name voor een goede procesbewaking van de veranderingen binnen de experimentele groepen, heeft de onderzoeker in 1994 regelmatig (1 keer per 1 à 2 maanden) contact gehad met deze persoon over de gang van zaken. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met deze personen (met behulp van een aantal terugkerende aandachtspunten) is een beeld verkregen van het invoeringstraject. Om een volledig beeld van het invoeringstraject te kunnen krijgen is eveneens de mening van de hulpverleners gehoord. In de periode november 1994 – januari 1995 heeft de onderzoeker in elke organisatie een bijeenkomst bijgewoond waarin hulpverleners hun mening over het project konden geven.

7.3

Resultaten

Voordat de voor- en nameting met elkaar worden vergeleken wordt eerst een beeld geschetst van de mate waarin de aandachtsgebieden gestalte hebben gekregen binnen de thuiszorgorganisaties. Gestart is met de selectie van de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters die een aandachtsgebied zouden krijgen. Dit heeft binnen de meeste thuiszorgorganisaties plaatsgevonden aan de hand van inschrijvingen, waarna de stafverpleegkundigen de aandachtsgebieden hebben verdeeld. Binnen alle organisaties was veel interesse voor het aandachtsgebied oncologie, omdat zich hierbinnen veel ontwikkelingen voordoen en de meeste wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters, patiënten van deze categorie in zorg hebben.

Hoewel het de bedoeling was dat de aandachtsgebieden ongeveer in maart 1994 zouden zijn verdeeld, vond dit in veel thuiszorgorganisaties pas rond juni plaats. De voorbereidingsfase duurde in veel organisaties langer dan vooraf verwacht. In één thuiszorgorganisatie is het werken met aandachtsgebieden slechts beperkt gebleven tot het oriënteren op de aanwezige behoeften en aanbevelingen te geven voor de inhoud. Op een enkele uitzondering na, zijn binnen deze organisatie geen bijscholingen geweest. Voor de vijf andere thuiszorgorganisaties geldt dat het werken met aandachtsgebieden eind 1994 langzaam maar zeker steeds meer vorm begon te krijgen. De gedifferentieerd werkende wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters zijn allereerst bijgeschoold op hun aandachtsgebied. Deze bijscholing is door iedereen als zinvol ervaren en maakte de deelnemers ervan bewust dat ze nog veel kennis missen op het terrein van het aandachtsgebied. Vervolgens hebben ze zich verrijkt met allerlei literatuur. Naast deze individuele deskundigheidsbevordering heeft het werken met aandachtsgebieden nog geen grote veranderingen gebracht: consultatie door collega's kwam in de meeste gevallen nog niet voor. Daarnaast zijn de cliënten binnen de meeste thuiszorgorganisaties niet verdeeld op basis van de aandachtsgebieden. In organisatie 2 en 3 is wel afgesproken dat de gedifferentieerd werkenden op het gebied van cara (een minimaal aantal) saneringshuisbezoeken moeten verrichten, zodat ze vaker worden betrokken bij cliënten uit deze categorie. De algemene ervaring met het werken met aandachtsgebieden is positief. Een voorbeeld hiervan is dat de bijeenkomsten van de differentiatiegroepen als erg zinvol wordt ervaren. Het feit dat tijdens deze bijeenkomsten gedifferentieerd werkenden uit verschillende teams met elkaar

overleggen wordt als overstijgend ervaren. Hierbij wordt binnen alle thuiszorgorganisaties wel aangegeven dat de rol van een stafverpleegkundige/verpleegkundig specialist onmisbaar is om het aandachtsgebied gestalte te geven. Op den duur zal deze functionaris inhoudelijk minder betrokken zijn bij het aandachtsgebied. Maar ten aanzien van afstemming tussen de aandachtsgebieden, beleidsbepaling en overkoepelende contacten met stafverpleegkundigen uit andere instellingen blijft er een taak voor deze functionaris bestaan. Tot slot wordt opgemerkt dat bijna iedereen met een aandachtsgebied er moeite mee heeft tijd te reserveren voor zijn aandachtsgebied. Dit wordt bemoeilijkt door de drukte met curatieve werkzaamheden en/of het ontbreken van een leescultuur binnen de teams.

Uit bovenstaande beschrijving blijkt dat het werken met aandachtsgebieden in de meeste thuiszorgorganisaties nog in een beginstadium verkeert. In hoeverre dit reeds tot veranderingen in het werk heeft geleid wordt duidelijk uit tabel 7.4.

Tabel 7.4

Overzicht van de gemiddelde scores tijdens de voor- en nameting

Variabelen	Experimentele groep (n = 79)		Controlegroep (n = 64)		Significante verschillen
	Voor	Na	Voor	Na	
<i>Taakkenmerken (schaal 1-7)</i>					
tijdsdruk	5.30	5.12	4.91	5.17	#
autonomie	4.32	4.25	4.45	4.05	
duidelijkheid	5.93	5.91	5.95	5.93	
afwisseling	5.19	5.14	5.08	5.02	
diagnostiek	4.73	4.54	4.34	4.30	
groeimogelijkheden	3.64	4.10	3.82	3.52	##
feedback	4.34	4.42	4.26	4.01	#
belang	5.25	5.24	5.17	5.18	
<i>Dimensies van arbeidstevredenheid (schaal 1-5)</i>					
totale tevredenheid	3.58	3.58	3.59	3.46	*/#
met kwaliteit van zorg	3.56	3.58	3.55	3.50	
algemene werkvolvoening	3.69	3.71	3.72	3.44	*/##
met leidinggevende	3.25	3.31	3.35	3.20	
met collega's	3.90	3.75	3.88	3.80	**/⊗

Tabel 7.4 vervolg

met cliënten	3.91	3.72	3.90	3.74	***
met inzet van hulpverleners	2.83	3.18	3.24	3.27	**/#
met duidelijkheid	3.49	3.48	3.46	3.46	
met groeimogelijkheden	3.36	3.41	3.34	3.15	#
<i>Burnout-dimensies (schaal 0-6)</i>					
emotionele uitputting	2.03	2.12	2.20	2.34	*
depersonalisatie	1.03	1.26	1.11	1.23	**
persoonlijke bekwaamheid	4.15	4.06	4.06	4.01	⊗
<i>Ziekteverzuim</i>					
verzuimfrequentie	0.88	0.84	1.11	1.11	
verzuimduur	8.71	6.26	14.53	16.93	
<i>Verwachting over het werken met aandachts- gebieden (schaal 1-5)</i>					
	3.37	3.32	3.27	3.02	***/#

Met een * wordt aangegeven voor welke variabelen er een verschil is tussen de voor- en nameting voor de totale groep (* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$).

Met een # wordt aangegeven voor welke variabelen de verschillen tussen voor- en nameting niet gelijk zijn voor de controle- en de experimentele groep (# $p \leq .05$; ## $p \leq .01$; ### $p \leq .001$).

Met een ⊗ wordt aangegeven voor welke variabelen de verschillen tussen voor- en nameting niet gelijk zijn voor verschillende hulpverleners (⊗ $p \leq .05$; ⊗⊗ $p \leq .01$; ⊗⊗⊗ $p \leq .001$).

Uit tabel 7.4 blijkt dat tijdens de nameting de verschillende taken in redelijke mate aanwezig zijn (de gemiddelde scores variëren tussen 3.52 en 5.93 op een schaal van 1-7), de hulpverleners redelijk tevreden zijn (scores tussen 3.15 en 3.80 op een schaal van 1-5) en de burnout-scores binnen de gemiddelde marges van Schaufeli en Van Dierendonck (1994) liggen. Om de gemiddelden van de voor- en nameting met elkaar te vergelijken is gebruikgemaakt van multivariate variantieanalyse voor herhaalde metingen. Hierbij is gekeken naar drie soorten verschillen:

- Bestaat er voor de totale groep een verschil tussen de voor- en nameting?
- Is het verschil in de experimentele groep gelijk aan het verschil in de controlegroep?
- Is het verschil voor wijkverpleegkundigen gelijk aan het verschil voor wijkverpleegsters?

De variantieanalyse laat een aantal veranderingen zien ten aanzien van de taakkenmerken, arbeidstevredenheid, burnout en de verwachtingen over het werken met aandachtsgebieden. Indien eerst wordt gekeken naar de totale groep wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters, dan blijken ze tijdens de nameting minder algemene werkvolvoening te hebben, minder tevreden te zijn met de contacten met hun collega's en met cliënten en meer tevreden over de inzet van hulpverleners. Met betrekking tot burnout vertoont de totale groep meer emotionele uitputting en gevoelens van depersonalisatie en voelt men zich minder bekwaam voor het werk. Tot slot blijken de verwachtingen over het werken met aandachtsgebieden over het algemeen te zijn verminderd.

Indien de verschillen tussen de voor- en nameting binnen de experimentele groep worden vergeleken met de verschillen binnen de controlegroep, dan blijken deze ten aanzien van een aantal aspecten niet gelijk te zijn. Indien wordt gekeken naar de kenmerken van het werk, dan blijkt de tijdsdruk voor degenen met een aandachtsgebied te zijn afgenomen en ervaren ze meer groeimogelijkheden en feedback in hun werk. Voor degenen zonder een aandachtsgebied geldt juist het omgekeerde: de tijdsdruk is verhoogd en de groeimogelijkheden en feedback zijn afgenomen. Ook ten aanzien van de arbeidstevredenheid doen zich verschillen voor. De totale tevredenheid is voor de experimentele groep gelijk gebleven, maar voor degenen zonder een aandachtsgebied afgenomen. Dit wordt veroorzaakt doordat wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters zonder een aandachtsgebied bij de nameting minder algemene werkvolvoening zijn gaan vertonen, minder tevreden zijn met groeimogelijkheden en de tevredenheid met de inzet van hulpverleners ongeveer gelijk is gebleven. Tot slot blijken de verwachtingen over het werken met aandachtsgebieden te zijn gedaald voor degenen die geen aandachtsgebied hebben, terwijl de verwachting ongeveer gelijk is gebleven voor de gedifferentieerd werkende wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters.

Naast bovenstaande verschillen is tevens bekeken in hoeverre de veranderingen tijdens de nameting verschillend zijn voor wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters. Hieruit komt één verschil naar voren: wijkverpleegkundigen blijken minder tevreden te zijn geworden

over de contacten met hun collega's (van 3.90 naar 3.73), terwijl deze tevredenheid onder wijkverpleegsters licht is toegenomen (van 3.87 naar 3.94).

Tot slot is geanalyseerd in hoeverre de thuiszorgorganisaties onderling significant verschillen ten aanzien van alle variabelen uit tabel 7.4. Om te voorkomen dat de aantallen te klein zouden zijn voor analyse, zijn de veranderingen in totale gemiddelden (= gemiddelden van de experimentele en controlegroep gezamenlijk) tussen de organisaties met elkaar vergeleken. Uit deze analyse bleek dat de veranderingen van een viertal taakkenmerken tussen de thuiszorgorganisaties verschillen: tijdsdruk, diagnostiek, groeimogelijkheden en feedback. In tabel 7.5 is per organisatie de toename of afname van de betreffende taakkenmerken weergegeven door middel van + en -. De sterkte van deze verandering komt tot uitdrukking in het aantal + en -.

Tabel 7.5
Significante verschillen tussen de thuiszorgorganisaties

Organisatie	Tijdsdruk	Diagnostiek	Groeimogelijkheden	Feedback
1	++	+	+++	-
2	+	—	—	—
3	-	-	—	+
4	—	++++	-	—
5	+++	+++	++	—
6	—	++	+	++

+ toename van het taakkenmerk; - afname van het taakkenmerk.

Uit tabel 7.5 blijkt dat binnen thuiszorgorganisatie 6 uitsluitend positieve veranderingen zijn opgetreden: de tijdsdruk is verminderd en de diagnostiek, groeimogelijkheden en feedback zijn toegenomen. Indien de gemiddelden in deze organisatie nader worden bekeken, dan blijkt voor zowel de experimentele als de controlegroep de tijdsdruk te zijn verminderd en de diagnostiek en feedback te zijn vermeerderd. Daarnaast zijn de groeimogelijkheden sterk toegenomen in de experimentele groep en iets gedaald in de controlegroep. Deze organisatie heeft de aandachts-

gebieden per regio verdeeld en stelt 4 uur per week beschikbaar om aan het aandachtsgebied te besteden. Onder andere door dit aantal uren heeft het werken met aandachtsgebieden reeds redelijke vormen aangenomen binnen deze organisatie.

Binnen thuiszorgorganisatie 2 zijn op de aspecten uit tabel 7.5 alleen maar negatieve veranderingen te zien. Deze veranderingen blijken zich voor te doen in zowel de experimentele als in de controlegroep, met uitzondering van de tijdsdruk: de tijdsdruk is toegenomen in de experimentele groep, maar afgenomen in de controlegroep. Deze organisatie heeft de aandachtsgebieden over de teams verdeeld en stelt per gedifferentieerd werkende 4 uur per maand beschikbaar voor het aandachtsgebied. In vergelijking tot organisatie 6 was het werken met aandachtsgebieden in deze organisatie op het moment van de nameting nog minder ontwikkeld.

7.4

Conclusie

Op basis van bovenstaande resultaten kan worden geconcludeerd dat het werken met aandachtsgebieden een positieve invloed lijkt te hebben op een aantal taakkenmerken, arbeidstevredenheid en de verwachtingen over deze vorm van functiedifferentiatie. De resultaten wijzen niet op een effect op de mate van burnout. Door het werken met aandachtsgebieden wordt het werk aantrekkelijker wat betreft tijdsdruk, groeimogelijkheden en feedback. Het verminderen van de tijdsdruk lijkt enigszins in tegenspraak met de ervaringen die door wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters worden genoemd: ze hebben moeite om de tijd die aan het aandachtsgebied mag worden besteed ook daadwerkelijk te gebruiken als gevolg van drukte met de normale werkzaamheden. De toename in groeimogelijkheden is in overeenstemming met de extra taken die men ten aanzien van het aandachtsgebied krijgt. De toename in feedback is waarschijnlijk het gevolg van de overlegmomenten die plaatsvinden als onderdeel van het werken met aandachtsgebieden (met stafverpleegkundige en/of collega's met hetzelfde aandachtsgebied). Ten aanzien van arbeidstevredenheid lijken de aandachtsgebieden een preventieve werking te hebben: de tevredenheid blijft gelijk, terwijl de niet-gedifferentieerd werkende wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters een verminderde arbeidstevredenheid vertonen. Deze daling binnen de controlegroep is mogelijk een gevolg van het toenemende accent dat binnen de wijkverpleging wordt gelegd op productiviteit, efficiëntie en flexibiliteit. Tot slot blijkt dat door het werken met aandachtsgebieden positieve verwachtingen hierover blijven bestaan.

8

Effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg

8.1

Inleiding

Productiviteit, flexibiliteit, doelmatigheid en kwaliteit zijn begrippen waarmee de verpleging in toenemende mate wordt geconfronteerd. Als gevolg hiervan wordt binnen de thuiszorgorganisaties in Nederland onder andere aandacht besteed aan functiedifferentiatie. Enerzijds betreft dit de taakafbakening en taakafstemming tussen de wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden (verticale functiedifferentiatie). Met betrekking tot de wijkverpleging speelt hierbij het toewijzen van cliënten op basis van de 'mate van complexiteit' van de verpleegsituatie een grote rol. Een andere vorm van functiedifferentiatie heeft betrekking op deskundigheidsbevordering en -handhaving aan de basis (horizontale functiedifferentiatie). Door de constructie van zogenaamde aandachtsgebieden krijgen wijkverpleegkundigen en -verpleegsters de mogelijkheid om, naast hun algemene werkzaamheden, specifieke deskundigheid te verwerven ten aanzien van een bepaalde categorie cliënten. Met betrekking tot het aandachtsgebied kan de betreffende zorgverlener vervolgens worden geconsulteerd door collega's (Jansen & Kerkstra 1993). Het gebruik van deze twee vormen van functiedifferentiatie dient ertoe te leiden dat de cliënt de juiste zorg krijgt, verleend door de juiste persoon. Om te beoordelen in hoeverre dit doel wordt bereikt is het oordeel van de cliënt van belang. Met andere woorden: wat is de kwaliteit van zorg bekeken vanuit het perspectief van de cliënt. Om hierover een uitspraak te kunnen doen is een onderzoek verricht met de volgende vraagstelling:

Wat is het effect van verticale en horizontale functiedifferentiatie binnen de thuiszorg op de kwaliteit van zorg bekeken vanuit het cliëntenperspectief?

In dit hoofdstuk wordt allereerst een beschrijving gegeven van het begrip 'kwaliteit van zorg' en een relatie gelegd met functiedifferentiatie. Vervolgens wordt bij de methode een meetinstrument beschreven waarmee de kwaliteit vanuit het cliëntenperspectief kan worden bepaald. Tot slot worden de resultaten gepresenteerd van het onderzoek naar de effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg.

8.1.1

Kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief: theoretische achtergrond

De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) definieert kwaliteit als volgt: 'Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces en dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen, die voortvloeien uit het gebruiksdoel' (RGO 1990). Volgens de RGO is het gebruiksdoel niet eenduidig vast te stellen, maar wordt dit door betrokkenen verschillend ingevuld. Cliënten en hulpverleners kunnen dus een verschillend oordeel hebben over de kwaliteit van de verleende zorg. Een cliënt kan bijvoorbeeld ontevreden zijn terwijl de zorg volgens professionele normen adequaat is uitgevoerd (Bleys 1986). In dit hoofdstuk staat het oordeel van de patiënt centraal. Uit het feit dat in de gezondheidszorg in toenemende mate over *cliënten* wordt gesproken in plaats van patiënten, blijkt dat de persoon die moet worden verzorgd wordt beschouwd als een klant met bepaalde wensen en verwachtingen. Op basis van de verwachtingen die een cliënt heeft zal hij/zij een oordeel geven over de zorg die hij/zij ontvangt. Om de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief te bepalen lijkt het derhalve niet voldoende om alleen maar te vragen naar de mate waarin de cliënt (on)tevreden is over de ontvangen zorg. De tevredenheid van de cliënt wordt niet gezien als de integrale maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg, maar is daarentegen wel geschikt om als een mogelijke indicator van de kwaliteit van zorg te dienen (Harteloh & Casparie 1991; Van de Aast e.a. 1994). Uit recent literatuuronderzoek naar instrumenten voor het meten van patiëntentevredenheid en kwaliteit van zorg blijkt dat met name aandacht is besteed aan de tevredenheid van patiënten en dat in veel gevallen een theoretisch kader ontbreekt (Van Campen e.a. 1992, 1995). Indien wel gebruik is gemaakt van een theoretisch kader (Linder-Pelz 1982; Pascoe 1983; Strasser e.a. 1993) blijkt de discrepantie tussen verwachtingen en ervaringen een grote rol te spelen. Gebaseerd op de theorie van Fishbein en Ajzen maakt Linder-Pelz (1982) een onderscheid tussen attitude en verwachting. Een attitude wordt omschreven als een gunstig of ongunstig

gevoel over iets. Deze attitude (in dit geval patiëntentevredenheid) wordt bepaald door de interactie tussen verwachtingen enerzijds en affectieve oordelen anderzijds. Pascoe (1983) bekritiseerde in dit model de nadruk op affectieve reacties. Naast affectieve reacties spelen tevens cognitieve evaluaties een rol. De reacties en evaluaties zijn gebaseerd op een subjectieve standaard. Dit is een ideaalbeeld of een verwachting gebaseerd op voorgaande ervaringen. Op basis van deze standaard wordt de ervaring met de gezondheidszorg beoordeeld. Dit model is verder uitgewerkt door Strasser c.s. (1993). In deze theorieën over patiëntentevredenheid ligt de nadruk op een attitude of algemeen gevoel van de cliënt met betrekking tot verschillende aspecten van zorg (Van Campen e.a. 1995). Hoewel in de theorieën een onderscheid wordt gemaakt tussen verwachtingen en ervaringen, worden beide aspecten meestal niet afzonderlijk gemeten. Vaak wordt volstaan met het resultaat, de (on)tevredenheid van de patiënt, terwijl het niet duidelijk is waarop dit is gebaseerd (Sixma, in druk). Binnen het consumentenonderzoek is de discrepantie tussen verwachting en ervaring wel nader uitgewerkt in een meetinstrument. Gebaseerd op het Service Quality model van Parasuraman c.s. (1985) is de SERVQUAL ontwikkeld, waarin vragen over zowel verwachtingen als ervaringen zijn geformuleerd. Service-kwaliteit is omschreven als een functie van de omvang en richting van de kloof tussen verwachte en ervaren service. In tegenstelling tot het onderzoek naar patiëntentevredenheid ligt binnen het consumentenonderzoek de nadruk op kwaliteit. Het voordeel van deze benadering is dat de mening van de cliënt een onderdeel vormt van de cirkel van kwaliteitsverbetering en niet als een op zichzelf staand onderzoeksobject (Ovretveit 1992). Deze benadering past in de ontwikkelingen die zich momenteel voordoen binnen de gezondheidszorg in het algemeen en de verpleging in het bijzonder. De persoon die moet worden verzorgd wordt beschouwd als een klant met bepaalde wensen en verwachtingen. Op basis van de verwachtingen die een cliënt heeft over de zorg zal hij/zij een oordeel geven over de kwaliteit van de ontvangen zorg. Het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg wordt derhalve beschouwd als de discrepantie tussen de waarneming van de ontvangen zorg en de verwachtingen over de zorg. De kwaliteit van zorg kan als goed worden beoordeeld als de verwachting overeenkomt met of lager is dan de zorg die wordt verleend. Als de verwachting over de zorg hoger is dan de waarneming, wordt geconcludeerd dat de kwaliteit te wensen over laat. Omdat de zorg die de cliënt ontvangt uit verschillende aspecten bestaat, dient bij het bepalen van de kwaliteit van zorg ook aandacht te worden

besteed aan die verschillende aspecten. Voor een operationalisatie van het begrip kwaliteit van zorg wordt aansluiting gezocht bij reeds bestaande lijsten met kwaliteitsaspecten (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1990; Raad voor Gezondheidszorgonderzoek 1990; NWO 1992; Post e.a. 1993). Post c.s. (1993) hebben op basis van een kritische analyse de lijst van de NWO ingekort. Hierbij ging het om een scherpere omschrijving van de invalshoek 'perspectief van de cliënt', om een ordening van de 29 aspecten en om het zoveel mogelijk verwijderen van onderlinge overlap tussen de aspecten. Gekozen is voor aspecten die onderdelen van de zorgverlening betreffen waarover de cliënt uit eigen ervaring een mening kan hebben. Als ordening is door Post c.s. (1993) gebruikgemaakt van de volgende indeling: structuur (de 'omgeving' waarin zorg wordt geleverd), technische werkstijl (de techniek van medische en verpleegkundige handelingen), interpersoonlijke werkstijl (de relatie met de cliënt bij medische en verpleegkundige handelingen) en uitkomst (de uiteindelijke tot stand gekomen verandering in de toestand van een patiënt). Vervolgens zijn de aspecten binnen deze ordening geplaatst, waarbij in het geval van overlappende definities aspecten zijn samengevoegd. Dit heeft geresulteerd in het overzicht weergegeven in tabel 8.1. Voor een definiëring van de verschillende aspecten wordt verwezen naar bijlage 2.

Tabel 8.1

Door cliënten beoordeelbare kwaliteitsaspecten van de zorgverlening

Structuur	Technische werkstijl	Interpersoonlijke werkstijl	Uitkomst
1 beschikbaarheid	4 indicatiestelling	9 bejegening	13 doeltreffendheid
2 bereikbaarheid	5 zorgvuldigheid	10 informatiever-	14 belasting
3 accommodatie	6 continuïteit	schaffing	15 doelmatigheid
	7 voeding	11 begeleiding	
	8 ondersteuning van de mantelzorg	12 privacy	

Bron: Post e.a. 1993.

8.1.2

Func tiedifferentiatie in relatie tot de kwaliteit van zorg

Uit de aspecten in tabel 8.1 wordt een keuze gemaakt om de effecten van verticale en horizontale functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg te kunnen meten. Bij de *verticale* functiedifferentiatie gaat het enerzijds om de afbakening en afstemming van taken tussen de verpleegkundige en verpleegster binnen de extramurale verpleging. Hiervoor is het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV 1988) als uitgangspunt genomen. Anderzijds betreft het een afbakening en afstemming van taken tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Het verschil tussen de wijkverpleegster en verzorgende C + D staat hierin centraal. Een verticale differentiatie tussen de verschillende hulpverleners binnen de gezinsverzorging (bijvoorbeeld tussen huishulp A, verzorgingshulp B en verzorgende C) behoorde niet tot het onderwerp van dit onderzoek. Van *verticale* functiedifferentiatie (een duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen de functies en het gebruik van een toewijzingsformulier voor de verdeling van cliënten over de hulpverleners) wordt niet zozeer verwacht dat de cliënt een toename in de kwaliteit van zorg zal ervaren, maar dat de kwaliteit wordt gehandhaafd. Mogelijk zijn effecten op organisatorisch niveau te verwachten doordat de inzet van personeel doelmatiger zal geschieden: aan de hand van de 'complexiteit van de verpleegsituatie' en een duidelijk 'onderscheid tussen verpleging en verzorging' wordt geprobeerd de gewenste verpleegkundige, verpleegster of verzorgende op de juiste plaats in te zetten. Dat wil zeggen geen over- of ondergekwalificeerde hulpverlener bij de cliënt. Deze vorm van doelmatigheid is van een andere orde dan doelmatigheid bekeken vanuit het cliëntenperspectief: 'doelmatigheid is de verhouding tussen de doeltreffendheid van de zorg en de belasting van de patiënt/consument door die zorg' (zie bijlage 2). Op grond van deze definitie is doelmatigheid vanuit het cliëntenperspectief dus niet relevant als het gaat om de effecten van verticale functiedifferentiatie. Een aspect dat hierdoor mogelijk wel beïnvloed zou kunnen worden is 'continuïteit'. Verwacht wordt dat de weloverwogen wijze waarop de cliënten worden toegewezen aan een hulpverlener, zal leiden tot een betere overdracht bij afwezigheid of vervanging van de hulpverlener.

Met betrekking tot de *horizontale* functiedifferentiatie is ten aanzien van de extramurale verpleging gezocht naar mogelijkheden om het takenpakket aan te passen aan de kwaliteitseisen die de zorgverlening vraagt. In dit kader zijn aandachtsgebieden geconstrueerd voor wijk-

verpleegkundigen en wijkverpleegsters. Hiervan wordt wel verwacht dat de kwaliteit van de verleende zorg zal toenemen. Doordat de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters gericht op hun aandachtsgebied worden bijgeschoold, wordt verwacht dat ze beter in staat zijn hun kennis en vaardigheden op peil te houden en/of uit te breiden. Verwacht wordt dat deze deskundigheid tijdens de zorgverlening op verschillende manieren tot uiting kan komen: in de informatieverschaffing, bejegening, begeleiding, ondersteuning van de mantelzorg, doeltreffendheid, belasting en doelmatigheid.

Samenvattend wordt verwacht dat indien functiedifferentiatie effecten heeft op de kwaliteit van zorg, deze voor de cliënt merkbaar zouden moeten zijn op drie clusters uit tabel 8.1: de technische werkstijl, de interpersoonlijke werkstijl en de uitkomst. Het cluster 'structuur' lijkt niet relevant doordat functiedifferentiatie binnen een bepaalde structuur gestalte krijgt. Derhalve is te verwachten dat de structuur wel van invloed is op de wijze waarop functiedifferentiatie gestalte krijgt, maar lijkt het omgekeerde effect niet aan de orde. Naast dit cluster worden drie kwaliteitsaspecten die Post c.s. (1993) binnen de overige drie clusters beschrijven, eveneens niet van belang geacht in het kader van functiedifferentiatie: voeding, privacy en indicatiestelling. Het aspect 'voeding' wordt niet in beschouwing genomen omdat de kwaliteit hiervan niets heeft te maken met functiedifferentiatie. Het aspect 'privacy' omvat eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en geheimhoudingsplicht. Het is niet te verwachten dat de wijze waarop de cliënten worden verdeeld of de bijscholing over een ziektebeeld hierop van invloed zijn. Tot slot wordt 'indicatiestelling' buiten beschouwing gelaten aangezien bij dit aspect de nadruk ligt op de indicatie die aan het *begin* van de zorgverlening is gesteld. Doordat binnen een aantal deelnemende organisaties wordt gewerkt met speciale functionarissen die de indicatie stellen en vervolgens de cliënt wordt verzorgd door een andere wijkverpleegkundige of wijkverpleegster (met of zonder het betreffende aandachtsgebied), is het niet mogelijk te onderzoeken of het werken met aandachtsgebieden effect heeft op de indicatiestelling. Daarnaast worden de meeste cliënten reeds lang door de thuiszorgorganisatie verzorgd, waardoor veel cliënten zich weinig of niets meer kunnen herinneren van de indicatiestelling (Verheij e.a. 1993). In deze studie is wel rekening gehouden met het feit dat er gedurende de verzorging voortdurend sprake is van (her)indicatie. Dit zit verweven in aspecten als zorgvuldigheid en informatieverschaffing.

Op basis van bovenstaande overwegingen dient bij de effecten van functiedifferentiatie aandacht te worden besteed aan de volgende aspecten van Post c.s. (1993): zorgvuldigheid, continuïteit, ondersteuning mantelzorg, bejegening, informatieverstopping, begeleiding, doeltreffendheid, belasting en doelmatigheid. Tot slot wordt opgemerkt dat in dit hoofdstuk in plaats van de term 'zorgvuldigheid' de term 'deskundigheid' wordt gebruikt. Door het gebruik van deze term wordt benadrukt dat met name bij horizontale functiedifferentiatie de bevordering van deskundigheid centraal staat om een goede kwaliteit van zorg te garanderen.

8.2

Methode

In deze paragraaf wordt in het kort een beschrijving gegeven van de interventie die heeft plaatsgevonden, de cliënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek, het meetinstrument dat is ontwikkeld en de statistische analyses die zijn verricht.

8.2.1

De interventie

In totaal hebben 9 thuiszorgorganisaties verspreid over Nederland deelgenomen aan het onderzoek. Het betrof organisaties die begin 1994 zouden starten met een van de twee vormen van functiedifferentiatie. Op deze manier was het mogelijk om binnen de organisatie een onderscheid te kunnen maken tussen een experimentele groep (uitvoerenden die volgens de principes van functiedifferentiatie zouden gaan werken) en een controlegroep (uitvoerenden bij wie alles bij het oude zou blijven). Van de 9 deelnemende organisaties hebben er 3 gebruikgemaakt van verticale functiedifferentiatie en 6 zich gericht op horizontale functiedifferentiatie. Met betrekking tot verticale functiedifferentiatie betekende dit in de eerste plaats dat per organisatie een aantal teams (de experimentele groep) gebruik ging maken van een toewijzingsformulier waarmee op basis van verschillende criteria 'de complexiteit van de verpleegkundige zorg' werd bepaald en werd vastgesteld welke hulpverlener (een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster) was gewenst om de cliënt te verzorgen. Van deze 3 organisaties werkte 1 organisatie met geïntegreerde teams. In deze organisatie werd met behulp van het formulier tevens een onderscheid gemaakt tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Gedurende de periode van juni 1994 tot en met januari 1995 zijn deze formulieren gebruikt. In de controlegroep vond deze toewijzing plaats zonder gebruik-

making van een lijst met criteria, maar op basis van eigen overwegingen van de wijkverpleegkundige in kwestie.

Naast het gebruik van deze formulieren was het tevens de bedoeling dat met behulp van functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden duidelijk zouden zijn afgebakend. In de praktijk is hieraan echter weinig aandacht besteed binnen de drie deelnemende organisaties. Slechts één organisatie beschikte bij aanvang van het onderzoek over nieuwe functieomschrijvingen. Echter, doordat veel wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters het niet eens waren met onderdelen van deze functieprofielen zijn de taakomschrijvingen niet consequent toegepast in de praktijk. In één organisatie waren deze omschrijvingen op het moment van het onderzoek nog niet beschikbaar, zodat deze tijdens het onderzoek zijn ontwikkeld. In januari 1995 waren deze functieprofielen echter nog niet gereed. In de geïntegreerde organisatie zijn de taken en verantwoordelijkheden voor de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters niet veranderd. Voor de verzorgenden C + D was er wel een nieuwe functieomschrijving, maar doordat de integratie in 1994 nog in de kinderschoenen stond, is hiervan in de praktijk slechts weinig gemerkt.

Met betrekking tot de horizontale functiedifferentiatie bestond de interventie uit het verdelen van de aandachtsgebieden onder de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters met daaraan gekoppeld bijscholingen en bepaalde taken (zoals het verzamelen en lezen van vakliteratuur en het geven van consult aan collega's). Per organisatie bestond de experimentele groep uit wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters met een aandachtsgebied en de controlegroep uit verplegenden zonder een aandachtsgebied. Het was de bedoeling dat in de eerste maanden van 1994 zou worden gestart met de aandachtsgebieden. Echter, in de praktijk bleek dit niet altijd haalbaar, omdat bijvoorbeeld de verdeling van aandachtsgebieden langer duurde dan verwacht of de bijscholingen later in het jaar werden gegeven. In de meeste organisaties begon het werken met aandachtsgebieden dan ook pas in het najaar van 1994 langzaam maar zeker gestalte te krijgen. Dit betekende in de meeste gevallen dat de gedifferentieerd werkende wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters afspraken maakten over hun nieuwe taken, hun bereikbaarheid voor collega's, dat ze werden bijgeschoold op hun aandachtsgebied en tijd kregen om allerhande vakliteratuur te verzamelen en te lezen. In de praktijk kwam het nog maar zelden voor dat men ten aanzien van het aandachtsgebied al werd geconsulteerd door collega's.

Binnen één organisatie was de interventie beperkt gebleven tot een

verdeling waarna de betrokkenen de rest van 1994 kregen om zich verder te oriënteren op het vormgeven van het aandachtsgebied. Doordat de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters van deze organisatie nog maar nauwelijks werkten met aandachtsgebieden heeft deze organisatie niet deelgenomen aan het onderzoek naar de effecten op de kwaliteit van zorg.

8.2.2

Onderzoekspopulatie

Binnen de experimentele en controlegroepen zijn cliënten benaderd voor deelname aan het onderzoek. Wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters hebben aan de cliënten die ze verzorgden een brief uitgedeeld waarin werd gevraagd om medewerking aan het onderzoek. De organisaties waarbinnen horizontale functiedifferentiatie gestalte kreeg, hebben alleen cliënten benaderd die behoorden tot een cliëntengroep waarvoor een aandachtsgebied bestond. In eerste instantie hebben 262 cliënten positief gereageerd op deelname aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben 211 cliënten deelgenomen aan het onderzoek. 51 Cliënten zagen af van deelname omdat ze vanwege de ernst van de ziekte, opname in het ziekenhuis of doofheid niet in staat waren om telefonisch vragen te beantwoorden. De verdeling van het aantal respondenten over de verschillende groepen is weergegeven in tabel 8.2. Het feit dat uit sommige organisaties slechts weinig cliënten hebben deelgenomen bemoeilijkt een vergelijking tussen de organisaties; daardoor zal in de analyse de nadruk liggen op een vergelijking tussen de experimentele en controlegroepen binnen de twee typen functiedifferentiatie.

Tabel 8.2

Verdeling van de cliënten over de experimentele en controlegroepen (in absolute aantallen)

	Experimentele groep	Controlegroep	Totaal
verticale functiedifferentiatie	46	38	84
horizontale functiedifferentiatie	57	70	127
totaal	103	108	211

De steekproef bestaat uit 78 mannen en 133 vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 70.5 jaar voor de mannen en 71.4 jaar voor de vrouwen (voor de totale groep 71.2 jaar). Van deze groep cliënten woont 53% samen met een partner, is 40% alleenstaand en woont 7% samen met kinderen. Voor beide typen functiedifferentiatie zijn de experimentele en controlegroepen met elkaar vergeleken ten aanzien van de volgende kenmerken: leeftijd, leefsituatie, gezondheidstoestand van de cliënt, de functie van degene die de zorg verleent, de periode waarin de cliënt reeds in zorg is en het gemiddeld aantal dagen per week dat de cliënt wordt verzorgd. Met betrekking tot deze kenmerken bleek slechts één significant verschil: binnen de organisaties met horizontale functiedifferentiatie werden in de experimentele groep meer cliënten door een wijkverpleegkundige verzorgd en minder cliënten door een wijkverpleegkundige en wijkverpleegster gezamenlijk. Dit verschil is te verklaren uit het feit dat op het moment dat het onderzoek plaatsvond, in de meeste organisaties alleen maar aandachtsgebieden bestonden voor wijkverpleegkundigen.

8.2.3

Meetinstrument

Uit de literatuurstudie van Van Campen c.s. (1992, 1995) bleek geen geschikt meetinstrument voorhanden te zijn om de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief te meten. Derhalve is een nieuwe vragenlijst ontwikkeld waarin de negen kwaliteitsaspecten uit tabel 8.1 (deskundigheid, continuïteit, ondersteuning mantelzorg, bejegening, informatieverschaffing, begeleiding, doeltreffendheid, belasting en doelmatigheid) zijn opgenomen en de discrepantietheorie (het oordeel van de cliënt bestaat uit zijn waarneming min zijn verwachting van kwaliteit van zorg) is verwerkt. Naast bovenstaande literatuur is bij de constructie van de vragenlijst gebruikgemaakt van twee vragenlijsten die onlangs zijn ontwikkeld voor het meten van de kwaliteit van zorg binnen de wijkverpleging en gezinsverzorging: Kwaliteitsmeting Thuiszorg (Driessen 1994) en het Handboek gebruikersraadpleging (LVT 1994). Tevens is gebruikgemaakt van de onderzoeken van Groen c.s. (1990), Oudenampsen c.s. (1993) en Van der Waal e.a. (1994). Gebaseerd op de resultaten van deze onderzoeken is een vragenlijst gemaakt, die telefonisch is afgenomen om de effecten van functiedifferentiatie te meten. De telefonische enquête is gehouden in de periode december 1994–januari 1995.

In de vragenlijst is de *verwachting* van de cliënt geoperationaliseerd door

per kwaliteitsaspect te vragen hoe belangrijk de cliënt elk aspect vindt (de score-mogelijkheden varieerden van '1 = niet belangrijk' tot '5 = heel erg belangrijk'). Deze vragen zijn opgenomen in tabel 8.3. In deze tabel zijn geen gegevens opgenomen over de drie aspecten die Post c.s. (1993) noemen met betrekking tot de 'uitkomst'. De reden hiervoor is dat het als vanzelfsprekend mag worden beschouwd dat de cliënt het heel erg belangrijk vindt dat de uitkomst van de zorgverlening goed is.

Tabel 8.3

Operationalisatie van de verwachting over de zorgverlening

Hoe belangrijk vindt u het dat

- 1 de hulpverlener^[1] deskundig is? (deskundigheid)
 - 2 u altijd door dezelfde hulpverlener wordt verzorgd? (continuïteit 1)
 - 3 vervangende hulpverleners weten wat ze bij u moeten doen? (continuïteit 2)
 - 4 de hulpverlener uw naaste omgeving (familie en bekenden) bij de zorg betreft? (ondersteuning van de mantelzorg)
 - 5 de hulpverlener u als gelijkwaardig beschouwt? (bejegening)
 - 6 de hulpverlener u informatie geeft over uw ziekte en verzorging? (informatieverschaffing)
 - 7 u met de hulpverlener kunt praten over de gevolgen van uw ziekte in het dagelijkse leven? (begeleiding)
-

Om een beeld te krijgen van de zorg die wordt verleend (*de waarneming*) zijn deze kwaliteitsaspecten uitgewerkt in een aantal specifieke vragen, waarbij de cliënt kon aangeven hoe vaak bepaalde situaties zijn voorkomen (de scoremogelijkheden varieerden van '1 = nee, nooit' tot '5 = ja, altijd'). Dit worden de 'waarnemingsitems' genoemd. Bijvoorbeeld met betrekking tot deskundigheid is de vraag gesteld: als u vragen heeft, weet de hulpverlener die dan direct te beantwoorden? En met betrekking tot bejegening: heeft u de indruk dat de hulpverlener u serieus neemt? Per kwaliteitsaspect zijn drie of vijf waarnemingsitems geformuleerd. De kwaliteit van zorg wordt vervolgens bepaald aan de hand van de discrepantiescores volgens het volgende principe: kwaliteit van zorg = waarneming – verwachting. Dit betekent dat de kwaliteit van zorg als goed wordt geïnterpreteerd als de discrepantiescore positief of 0 is. De kwaliteit van zorg laat te wensen over bij een negatieve score. Tussen elk kwaliteitsaspect en elk bijbehorend afzonderlijk 'waarnemings-item' is een

[1]

In het bespreken van de resultaten van dit onderzoek wordt voor de functionaris consequent de term 'hulpverlener' gebruikt. Hiermee wordt de persoon bedoeld met wie de cliënt het vaakst te maken heeft. Met de term 'hulpverlener' kan dus, afhankelijk van de cliënt-situatie, ook een wijkverpleegster of verzorgende C/D worden bedoeld.

discrepantiescore berekend. Daarnaast is tussen het kwaliteitsaspect en het gemiddelde van de verschillende waarnemingsitems die tot dat aspect behoren een discrepantiescore berekend. Uitzondering hierop vormt het kwaliteitsaspect 'uitkomst'. Aangezien ten aanzien van dit kwaliteitsaspect niet is gevraagd naar de belangrijkheid, is op een andere manier een discrepantiescore gemaakt. De cliënt is gevraagd of hij/zij baat heeft bij de zorgverlening en of deze niet belastend is. Vervolgens is de discrepantiescore bepaald door de antwoorden op deze twee vragen met elkaar te vergelijken volgens de formule: kwaliteit van zorg = geen belasting – baat. Om te bepalen of er verschillen bestaan tussen de verschillende groepen cliënten (experimentele versus controlegroep en horizontale versus verticale functiedifferentiatie) zijn Chi²- en non-parametrische toetsen verricht. Gekozen is voor non-parametrische toetsen omdat bijna alle variabelen niet-normaal waren verdeeld. De Mann-Whitney toets is gebruikt om het verschil in gemiddelde scores tussen twee groepen te berekenen, terwijl de Kruskal-Wallis toets is gebruikt om het verschil in gemiddelden tussen meerdere groepen te berekenen.

8.3

Resultaten

In deze paragraaf wordt het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg beschreven alsmede eventuele verschillen tussen de experimentele en controlegroepen. Dit oordeel is bepaald aan de hand van gemiddelde scores en discrepantiescores op de verschillende kwaliteitsaspecten. Uit tabel 8.4 blijkt dat de cliënten de meeste aspecten die in de vragenlijst zijn opgenomen, behoorlijk of heel erg belangrijk vinden (de meeste gemiddelden liggen tussen de 4 en 5). De kwaliteitsaspecten 'continuïteit 1' en 'mantelzorg' worden minder belangrijk gevonden dan de andere aspecten. Dit betekent dat cliënten het minder belangrijk vinden dat ze altijd door dezelfde hulpverlener worden verzorgd en dat de naaste omgeving bij de zorg wordt betrokken.

Als de cliënt wordt gevraagd welk kwaliteitsaspect hij/zij het belangrijkste vindt, dan scoort deskundigheid het hoogst genoemd (71%). De overige cliënten geven de prioriteit aan vier andere aspecten: continuïteit 1 (12%), bejegening (9%), continuïteit 2 (6%) en ondersteuning van de mantelzorg (2%). De aspecten 'informatieverschaffing' en 'begeleiding' zijn door geen enkele cliënt genoemd bij de beantwoording van deze vraag.

In hoeverre de bovenstaande aspecten aan de orde komen tijdens de zorgverlening blijkt uit tabel 8.5. Hierin zijn de gemiddelden weergegeven van

Tabel 8.4
Belangrijkheid van de verschillende kwaliteitsaspecten (gemiddelde scores)

Kwaliteitsaspecten	Verticale functiedifferentiatie		Horizontale functiedifferentiatie	
	Experimentele groep (n = 46)	Controle- groep (n = 38)	Experimentele groep (n = 57)	Controle- groep (n = 70)
deskundigheid	4.80	4.66	4.68	4.64
continuïteit 1	3.53	3.76	3.63	3.57
continuïteit 2	4.51	4.37	4.23	4.17
steun mantelzorg	3.32*	4.00*	3.42	3.46
bejegening	4.57	4.66	4.53	4.51
informatieverschaffing	3.86	4.14	4.36	4.12
begeleiding	4.20	4.05	4.43	4.53

Voor een omschrijving van de kwaliteitsaspecten wordt verwezen naar tabel 8.3.

* De gemiddelde scores van de experimentele en controlegroep zijn significant verschillend ($p \leq .05$).

de factoren die ontstaan door per kwaliteitsaspect de waarnemingsitems samen te voegen, alsmede de gemiddelden van de afzonderlijke waarnemingsitems. Indien eerst naar de samengestelde factoren wordt gekeken (= de vetgedrukte getallen), dan blijken de meeste kwaliteitsaspecten vaak (score 4) of altijd (score 5) aanwezig te zijn in de zorgverlening. Ten aanzien van de factoren 'continuïteit 1' en 'begeleiding' laat de kwaliteit van zorg wel eens wat te wensen over. Met name ten aanzien van de continuïteit blijkt dat de cliënt nogal eens door verschillende hulpverleners wordt verzorgd.

Tabel 8.5
 Waarneming van de verschillende kwaliteitsaspecten in gemiddelde scores

Kwaliteitsaspecten	Verticale functiedifferentiatie		Horizontale functiedifferentiatie	
	Experimentele groep (n = 46)	Controle- groep (n = 38)	Experimentele groep (n = 57)	Controle- groep (n = 70)
<i>Deskundigheid</i>	4.25	4.45	4.60*	4.40*
hv weet altijd direct antwoord op vragen	4.05	4.28	4.44	4.25
hv is op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen over mijn ziekte	4.14	4.18	4.41	4.19
hv bezit voldoende kennis om goed te kunnen helpen	4.27	4.63	4.47	4.48
hv kan goed uitleggen waarom ze bepaalde handelingen verricht	4.48	4.56	4.58	4.43
hv is geschikt voor haar vak	4.43	4.53	4.78	4.62
<i>Continuïteit 1</i>				
cliënt wordt altijd door dezelfde hv verzorgd	2.42	2.55	2.98	2.61
<i>Continuïteit 2</i>	4.26	4.39	4.51	4.37
samenwerking tussen hv's loopt op rolletjes	4.49	4.76	4.62	4.40
vervangers weten goed wat ze moeten doen	4.02	4.03	4.43	4.31

<i>Steun mantelzorg</i>	4.00	3.98	4.01	4.03
hv komt juist voor die dingen die de naaste omgeving niet kan doen	4.20	4.30	4.36	4.51
hv toont belangstelling voor naaste omgeving	4.18	4.03	4.26	4.09
hv praat met naaste omgeving	3.64	3.58	3.47	3.42
<i>Bejegening</i>	4.53	4.60	4.60	4.44
cliënt is te spreken over de omgang met hv	4.76	4.89	4.82	4.73
hv laat de cliënt niet merken dat ze één van de velen is	4.37	4.39	4.56	4.48
hv neemt de cliënt serieus	4.78	4.97	4.70	4.75
hv wordt ervaren als een goede steun	4.40	4.45	4.50	4.34
hv heeft geen haast en voldoende tijd	4.13	4.24	4.40*	3.99*
<i>Informatieverschaffing</i>	4.07	4.23	4.21	4.21
hv neemt voldoende tijd om het gebruik van medicijnen, injecties of hulpmiddelen uit te leggen	4.53	4.59	4.53	4.51
hv bespreekt hoe de verzorging in de loop van de tijd verder zal gaan	2.43	2.72	2.48	2.71
hv kan goed uitleggen wat ze wel en niet voor de cliënt kan doen	4.61	4.43	4.51	4.43
hv gaat in op vragen over de toekomst van de ziekte	3.81	4.21	3.94	3.86
hv legt de dingen in begrijpelijke taal uit	4.67	4.82	4.82	4.69

<i>Begeleiding</i>	3.31	3.62	3.77	3.64
cliënt praat met hv over gevolgen van de ziekte	2.67	2.86	3.40	3.39
hv heeft aandacht voor wensen van de cliënt	4.42	4.40	4.45	4.56
hv vertelt over hoe te leren leven met de gevolgen van de ziekte in het dagelijkse leven	2.83	3.38	3.26	3.04
<i>Uitkomst</i>	4.51	4.68	4.62	4.58
cliënt heeft baat bij de zorgverlening	4.80	4.92	4.79	4.87
cliënt ervaart zorgverlening niet als belastend	4.22	4.43	4.46	4.28

De *vet* gedrukte getallen zijn de gemiddelden van de waarnemingsitems tezamen per kwaliteitsaspect.

Hv = hulpverlener: wijkverpleegkundige, wijkverpleegster of verzorgende C/D (afhankelijk van de cliëntsituatie).

De gemiddelde scores zijn berekend als de afzonderlijke items van toepassing waren voor de cliënt.

* De gemiddelde scores van de experimentele en controlegroep zijn significant verschillend ($p \leq .05$).

Uit de afzonderlijke waarnemingsitems blijkt dat de lagere score op het gebied van begeleiding wordt veroorzaakt doordat tijdens de zorgverlening weinig aandacht wordt besteed aan de gevolgen van de ziekte en de omgang met de ziekte in het dagelijkse leven. Tevens blijkt uit de afzonderlijke waarnemingsitems dat de informatieverschaffing tekort schiet als het gaat om vragen over het toekomstperspectief. Indien wordt gekeken naar de effecten van functiedifferentiatie, dan blijken deze afwezig te zijn ten aanzien van de verticale vorm, maar worden twee significante verschillen gevonden met betrekking tot horizontale functie differentiatie (het werken met aandachtsgebieden): de experimentele groep cliënten vindt de hulpverlener in hogere mate deskundig en minder gehaast dan de cliënten uit de controlegroep. Dat de cliënt de ontvangen zorg over het algemeen als goed beoordeelt, wordt bevestigd door de rapportcijfers die zijn gegeven: een kwart

waardeert de ontvangen zorg met een 10 (26%), een kwart (23%) met een 9 of 9 1/2 en 40% met een 8 of 8 1/2. De overige 11% geeft voor de ontvangen zorgverlening een 7 1/2 of lager. Daarnaast gaf de meerderheid van de cliënten aan dat de hulpverlener vaak of altijd op de afgesproken tijd op bezoek komt (77%). Bij 15% komt de hulpverlener soms wel en soms niet op de afgesproken tijd en bij 8% is dit zelden of nooit het geval. Indien tot slot wordt gevraagd op welk tijdstip men het liefst verzorgd wil worden, dan blijkt dit voor de meerderheid overeen te komen met de huidige situatie: twee derde (69%) wil het liefst tussen 8.30 en 10.00 uur worden verzorgd, 17% wil tussen 7.00 en 8.30 uur worden geholpen terwijl de resterende 14% de voorkeur geeft aan: op afspraak, 's middags of 's avonds.

Na presentatie van de gemiddelde scores wordt met behulp van discrepantiescores geprobeerd meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg. De discrepantiescores geven het verschil weer tussen de verwachting en de waarneming (kwaliteit van zorg = waarneming – verwachting). Deze scores zijn alleen berekend indien zowel een antwoord was verkregen over de verwachting als over de waarneming. Door aandacht te besteden aan de negatieve discrepantiescores wordt duidelijk op welke aspecten de zorgverlening tekortschiet. In dit kader is allereerst berekend hoeveel procent van de discrepantiescores door de cliënten als negatief is beoordeeld (zie tabel 8.6).

Met behulp van een voorbeeld wordt aangegeven hoe de gegevens in tabel 8.6 moeten worden gelezen: 17% van de cliënten uit de experimentele groep had met betrekking tot verticale functiedifferentiatie tussen de 10 en 20% negatieve discrepantiescores. Voor alle vier groepen blijkt dat zo'n 50% van de cliënten tussen de 0 en 30% negatieve discrepantiescores had. De andere helft van de cliënten had een hoger percentage negatieve discrepantiescores, maar meer dan 60% kwam slechts in zeer geringe mate voor. Als de resultaten van de experimentele en controlegroepen met elkaar worden vergeleken blijken de verschillen niet significant te zijn. Beide groepen cliënten hadden dus even vaak een negatieve discrepantiescore, ongeacht de implementatie van de functiedifferentiatie.

Tabel 8.6
 Percentage negatieve discrepantiescores

% negatieve discrepantiescores	Verticale functiedifferentiatie		Horizontale functiedifferentiatie	
	Experimentele groep (n = 46)	Controle-groep (n = 38)	Experimentele groep (n = 57)	Controle-groep (n = 70)
0 ≥ 10	9	11	7	11
10 ≥ 20	17	24	20	24
20 ≥ 30	22	18	22	18
30 ≥ 40	17	26	17	26
40 ≥ 50	15	13	15	13
50 ≥ 60	13	5	13	5
60 ≥ 70	4	3	4	3
70 ≥ 80	–	–	–	–
80 ≥ 90	–	–	–	–
90 ≥ 100	3	–	2	–
	100%	100%	100%	100%

In aansluiting op het algemene overzicht van tabel 8.6 is in tabel 8.7 per waarnemingsitem aangegeven bij welk percentage cliënten een negatieve discrepantiescore voorkomt. Uit het feit dat veel van de waarnemingsitems een percentage van 30 of meer negatieve discrepantiescores heeft, blijkt dat de verwachting van de cliënt over de meeste aspecten van zorg hoger is dan de mate waarin deze aspecten worden waargenomen. Ten aanzien van de deskundigheid laat de kwaliteit met name te wensen over als het gaat om het direct beantwoorden van vragen en het op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen. Dit betreft met name de groep waarbinnen de verticale functiedifferentiatie gestalte heeft gekregen. Ten aanzien van de continuïteit wordt duidelijk dat cliënten vaker door verschillende hulpverleners worden verzorgd dan ze wensen. Ten aanzien van de ondersteuning van de mantelzorg blijkt dat de zorg tekortschiet doordat de hulpverlener minder praat met de naaste omgeving dan gewenst. Met

betrekking tot bejegening, informatieverschaffing en begeleiding spelen dezelfde items weer een rol als de items die bij de gemiddelde scores aan de orde zijn geweest (zie de bespreking bij tabel 8.5).

Indien het percentage negatieve discrepantiescores tussen de experimentele en controlegroepen met elkaar wordt vergeleken doen zich enkele significante verschillen voor binnen de organisaties waar met verticale functiedifferentiatie is gewerkt (= het gebruik van een toewijzingsformulier voor de verdeling van cliënten over verschillende functies):

- de hulpverleners uit de experimentele groep worden door de cliënten als minder deskundig ervaren dan verwacht, doordat ze volgens de cliënt kennis missen om goed te kunnen helpen;
- de samenwerking tussen de hulpverleners onderling verloopt volgens de cliënten binnen de experimentele groep minder goed dan binnen de controlegroep.

Tabel 8.7

Percentage cliënten waarbij de verwachting over de zorg hoger is dan de waarneming van de zorgverlening

Kwaliteitsaspecten	Verticale functiedifferentiatie		Horizontale functiedifferentiatie	
	Experimentele groep (n = 46)	Controle-groep (n = 38)	Experimentele groep (n = 57)	Controle-groep (n = 70)
<i>Deskundigheid</i>				
hv weet altijd direct antwoord op vragen	62	44	37	45
hv is op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen over mijn ziekte	54	42	36	38
hv bezit voldoende kennis om goed te kunnen helpen	40*	18*	27	23

hv kan goed uitleggen waarom ze bepaalde handelingen verricht	31	20	27	37
hv is geschikt voor haar vak	34	24	13	21
<hr/>				
<i>Continuïteit 1</i>				
cliënt wordt altijd door dezelfde hv verzorgd	64	66	56	62
<hr/>				
<i>Continuïteit 2</i>				
samenwerking tussen hv's loopt op rolletjes	29*	5*	13	27
vervangers weten goed wat ze moeten doen	33	33	26	27
<hr/>				
<i>Steun mantelzorg</i>				
hv komt juist voor die dingen die de naaste omgeving niet kan doen	22	24	19	13
hv toont belangstelling voor naaste omgeving	17	26	11	22
hv praat met naaste omgeving	32	46	33	38
<hr/>				
<i>Bejegening</i>				
cliënt is te spreken over de omgang met hv	11	3	6	13
hv laat de cliënt niet merken dat ze één van de velen is	27	34	22	26
hv neemt de cliënt serieus	7	3	10	14
hv wordt ervaren als een goede steun	29	18	22	27
hv heeft geen haast en voldoende tijd	39	34	29	43
<hr/>				

<i>Informatieverschaffing</i>				
hv neemt voldoende tijd om het gebruik van medicijnen, injecties of hulpmiddelen uit te leggen	15	10	16	25
hv bespreekt hoe de verzorging in de loop van de tijd verder zal gaan	67	69	79	68
hv kan goed uitleggen wat ze wel en niet voor de cliënt kan doen	21	30	14	19
hv gaat in op vragen over de toekomst van de ziekte	42	25	45	37
hv legt de dingen in begrijpelijke taal uit	10	14	6	9
<i>Begeleiding</i>				
cliënt praat met hv over gevolgen van de ziekte	73	63	58	66
hv heeft aandacht voor wensen van de cliënt	26	21	36	27
hv vertelt over hoe te leren leven met de gevolgen van de ziekte in het dagelijkse leven	66	56	61	70
<i>Uitkomst (baat bij de zorgverlening)</i>				
cliënt ervaart verzorging niet als belastend	37	27	32	35

Hv = hulpverlener: wijkverpleegkundige, wijkverpleegster of verzorgende C/D (afhankelijk van de cliëntsituatie).

* De percentages negatieve discrepantiescores van de experimentele en de controlegroep zijn significant verschillend ($p \leq .05$).

Om een beeld te krijgen van de grootte van de discrepanties zijn in tabel 8.8 de gemiddelde discrepantiescores gepresenteerd. Over het algemeen blijken de discrepanties klein te zijn. Slechts in enkele gevallen blijkt er een duidelijk verschil tussen verwachting en waarneming te bestaan. Het betreft dan negatieve scores op de kwaliteitsaspecten continuïteit 1 en begeleiding. De gegevens uit tabel 8.8 maken tevens duidelijk dat verschillende items vaker in de praktijk worden waargenomen dan dat de cliënt als belangrijk heeft aangegeven. Het betreft dan met name een aantal items met betrekking tot de kwaliteitsaspecten continuïteit 2, ondersteuning van de mantelzorg, bejegening en informatieverschaffing. Vergelijking van de gemiddelde discrepantiescores tussen de experimentele en controlegroepen levert naast de twee verschillen die zijn gevonden bij tabel 8.7 nog een verschil op binnen de groep met verticale functiedifferentiatie: de cliënten uit de experimentele groep ervaren meer ondersteuning voor hun naaste omgeving dan de cliënten uit de controlegroep, doordat de hulpverlener meer belangstelling voor de naaste omgeving toont.

*Tabel 8.8
Gemiddelde discrepantiescores tussen verwachting over en waarneming van de zorgverlening*

Kwaliteitsaspecten	Verticale functiedifferentiatie		Horizontale functiedifferentiatie	
	Experimentele groep (n = 46)	Controlegroep (n = 38)	Experimentele groep (n = 57)	Controlegroep (n = 70)
<i>Deskundigheid</i>	-.59*	-.21*	-.03	-.22
hv weet altijd direct antwoord op vragen	-.74	-.39	-.21	-.39
hv is op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen over mijn ziekte	-.65	-.47	-.27	-.46
hv bezit voldoende kennis om goed te kunnen helpen	-.53*	-.03*	-.20	-.17

hv kan goed uitleggen waarom ze bepaalde handelingen verricht	-0.38	-0.11	-0.06	-0.20
hv is geschikt voor haar vak	-0.43	-0.13	.11	-0.03
<hr/>				
<i>Continuïteit 1</i>				
cliënt wordt altijd door dezelfde hv verzorgd	-1.11	-1.21	-.65	-.96
<hr/>				
<i>Continuïteit 2</i>	-.26	.04	.28	.15
samenwerking tussen hv's loopt op rolletjes	-.02*	.41*	.40	.21
vervangers weten goed wat ze moeten doen	-.49	-.32	.17	.09
<hr/>				
<i>Steun mantelzorg</i>	.70*	-.06*	.51	.43
hv komt juist voor die dingen die de naaste omgeving niet kan doen	.83	.21	.88	.97
hv toont belangstelling voor naaste omgeving	.83*	.03*	.85	.58
hv praat met naaste omgeving	.44	-.40	-.04	-.13
<hr/>				
<i>Bejegening</i>	-.07	-.08	.06	-.13
cliënt is te spreken over de omgang met hv	.23	.24	.27	.21
hv laat de cliënt niet merken dat ze één van de velen is	-.16	-.26	-.02	-.09
hv neemt de cliënt serius	.30	.30	.18	.19
hv wordt ervaren als een goede steun	-.21	-.21	-.06	-.19
hv heeft geen haast en voldoende tijd	-.36	-.42	-.18	-.54

<i>Informatieverschaffing</i>	.07	-.16	-.34	-.34
hv neemt voldoende tijd om het gebruik van medicijnen, injecties of hulpmiddelen uit te leggen	.67	.28	.26	.05
hv bespreekt hoe de verzorging in de loop van de tijd verder zal gaan	-1.38	-1.39	-1.83	-1.40
hv kan goed uitleggen wat ze wel en niet voor de cliënt kan doen	.67	.26	.22	.34
hv gaat in op vragen over de toekomst van de ziekte	-.08	-.04	-.55	-.43
hv legt de dingen in begrijpelijke taal uit	.80	.68	.47	.55
<i>Begeleiding</i>	-1.02	-.41	-.72	-.77
cliënt praat met hv over gevolgen van de ziekte	-1.63	-1.14	-1.02	-1.13
hv heeft aandacht voor wensen van de cliënt	.29	.38	-.07	.05
hv vertelt over hoe te leren leven met de gevolgen van de ziekte in het dagelijkse leven	-1.49	-.72	-1.24	-1.38
<i>Uitkomst (baat bij de zorgverlening)</i>				
cliënt ervaart verzorging niet als belastend	-.59	-.49	-.34	-.60

De vet gedrukte getallen zijn de gemiddelden van de waarnemingsitems tezamen per kwaliteitsaspect.

Hv = hulpverlener: wijkverpleegkundige, wijkverpleegster of verzorgende C/D (afhankelijk van de cliëntsituatie).

De gemiddelde scores zijn berekend als de afzonderlijke items van toepassing waren voor de cliënt.

* De gemiddelde scores van de experimentele en controlegroep zijn significant verschillend ($p \leq .05$).

8.4

Discussie

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de effecten van functie-differentiatie op de kwaliteit van zorg. De kwaliteit van zorg is gemeten vanuit het cliëntenperspectief aan de hand van een vergelijking tussen de verwachtingen en waarnemingen van de cliënt over de zorgverlening. Uit het onderzoek blijkt dat de cliënten de meeste kwaliteitsaspecten die in het onderzoek zijn opgenomen, van belang vinden en ook terugvinden tijdens de zorgverlening. Daarnaast is gebleken dat er ten aanzien van verschillende aspecten een discrepantie bestaat tussen de verwachting en waarneming van de cliënt, waarbij de verwachting hoger is dan de waarneming. Het oordeel van de cliënt is het meest negatief met betrekking tot de continuïteit, begeleiding en een informatie-item. Hoewel cliënten het niet heel erg belangrijk vinden dat ze door dezelfde hulpverlener worden verzorgd, zijn ze van mening dat de zorgverlening te vaak door verschillende hulpverleners wordt verricht. Daarnaast vinden cliënten het belangrijk dat tijdens de verzorging meer aandacht wordt besteed aan de gevolgen van de ziekte. Met betrekking tot de samenwerking tussen de hulpverleners, de ondersteuning van de mantelzorg en enkele aspecten van bejegening en informatieverschaffing overtreft de waarneming de verwachting van de cliënt. Ten aanzien van deze aspecten wordt de kwaliteit dus als goed beoordeeld. Over het algemeen kan op basis van de rapportcijfers en de discrepantiescores worden geconcludeerd dat de cliënten een positief oordeel hebben over de zorgverlening die ze krijgen. In relatie tot functiedifferentiatie zijn weinig effecten gevonden. Ten aanzien van verticale functiedifferentiatie is dit overeenkomstig de verwachting zoals beschreven in paragraaf 8.1.2. Echter, juist binnen deze vorm van functiedifferentiatie zijn enkele significante verschillen tussen de discrepantiescores gevonden: de cliënten uit de experimentele groep beoordelen de deskundigheid en samenwerking negatiever en de ondersteuning van de mantelzorg positiever in vergelijking met de cliënten uit de controlegroep. Deze verschillen zijn moeilijk te verklaren uit het feit dat verticale functiedifferentiatie is toegepast. Ze kunnen niet verklaard worden door een verschil in inzet van functies, omdat de verdelingen van hulpverleners voor de experimentele en controlegroep gelijk zijn. Ten aanzien van horizontale functiedifferentiatie zijn verschillen gevonden die een duidelijker verband vertonen met de interventie: de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegster die een aandachtsgebied hebben gekregen werden door de cliënten als deskundiger en minder gehaast

beschouwd. Echter, doordat dit verschil niet werd bevestigd door de discrepantiescores kunnen hieruit geen vergaande conclusies worden getrokken. Mogelijk is dit effect mede een gevolg van het feit dat in de experimentele groep meer cliënten door wijkverpleegkundigen werden geholpen, die een hogere opleiding hebben genoten dan wijkverpleegster. Voor het feit dat slechts weinig effecten zijn gevonden van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg kunnen verschillende redenen worden genoemd. Allereerst blijkt uit ander onderzoek (bijvoorbeeld Campen e.a. 1992, 1995) dat de meerderheid van de patiënten over het algemeen een positief oordeel heeft over de zorgverlening. Hierdoor is de marge waarbinnen de verschillen tussen de experimentele en controlegroepen zich zouden moeten voordoen erg klein. Een andere oorzaak is het prille stadium waarin de deelnemende organisaties zich op het moment van het onderzoek bevonden met betrekking tot functiedifferentiatie. De implementatie van de twee vormen van functiedifferentiatie heeft langer geduurd dan bij aanvang van het onderzoek werd verwacht. Hierdoor heeft het onderzoek, achteraf gezien, op een te vroeg moment plaatsgevonden om te mogen verwachten dat bij de cliënten effecten zouden zijn te meten ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Het zou derhalve beter zijn om de resultaten van dit onderzoek als een voormeting te beschouwen. Daarnaast verdient het aanbeveling eenzelfde onderzoek binnen de betreffende organisaties op een later tijdstip nog eens te herhalen. Mogelijk dat dan wel effecten van functiedifferentiatie worden gemeten. In ieder geval heeft het onderzoek wel duidelijk gemaakt dat door middel van een vergelijking tussen de verwachting over (de mate van belangrijkheid) en de waarneming van (de mate van aanwezigheid) de zorgverlening een beeld kan worden verkregen van de subjectieve standaard op basis waarvan de cliënt de kwaliteit van de zorg beoordeelt.

Deel 3

9

Conclusies en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken is aandacht besteed aan twee vormen van arbeidsverdeling binnen de thuiszorg: verticale en horizontale functiedifferentiatie. Hierbij stond de volgende vraag centraal: wat zijn de effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid en de kwaliteit van zorg? Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben negen thuiszorgorganisaties verspreid over Nederland aan het onderzoek deelgenomen. In drie organisaties is aandacht besteed aan verticale functiedifferentiatie en in zes organisaties aan horizontale functiedifferentiatie. Op basis van de resultaten die zijn gevonden worden in dit hoofdstuk conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

Het onderzoek vond plaats in een tijd van grote veranderingen binnen de thuiszorg: de marktwerking werd geïntroduceerd, de erkenningsnormen werden losgelaten en de nadruk werd gelegd op het verhogen van doelmatigheid, productiviteit en flexibiliteit. Binnen deze ontwikkelingen heeft het onderzoek plaatsgevonden en dienen de resultaten te worden beschouwd. Hoewel ten aanzien van de onderzoeksgroep is geprobeerd de effecten van deze ontwikkelingen tot een minimum te beperken, is het niet uit te sluiten dat enkele resultaten het gevolg zijn van deze ontwikkelingen.

De aanbevelingen kunnen worden beschouwd als indicaties voor het invoeringstraject en de randvoorwaarden van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Voor het welslagen van functiedifferentiatie is een rol weggelegd voor verschillende partijen: het management van de thuiszorgorganisaties, de hulpverleners, de beroepsorganisaties en de opleidingen. De aanbevelingen zullen daarom gericht zijn tot deze vier groepen.

Nadat verticale en horizontale functiedifferentiatie afzonderlijk aan de orde zijn gesteld, worden ter afsluiting nog enkele aanbevelingen geformuleerd die betrekking hebben op het werken binnen de thuiszorg in het algemeen.

9.1

Verticale functiedifferentiatie

Bij verticale functiedifferentiatie gaat het enerzijds om de afbakening en afstemming van taken tussen de functies van verpleegkundige en verpleegster binnen de extramurale verpleging. Hiervoor is het Verpleegkundig Beroepsprofiel (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1988) als uitgangspunt genomen. Het toewijzen van hulpverleners aan een cliënt op basis van de complexiteit van de verpleegsituatie speelt hierin een belangrijke rol. Anderzijds betreft het een afbakening en afstemming van taken tussen de functie van wijkverpleegster en de functie van gezinsverzorgende (het 'grijze gebied'). Het verschil tussen verplegen en verzorgen staat hierin centraal. Een verticale differentiatie tussen de verschillende functies binnen de gezinsverzorging (bijvoorbeeld tussen thuishulp A, verzorgingshulp B en verzorgende C) behoorde niet tot het onderwerp van dit onderzoek. Door het gebruik van functieomschrijvingen en een toewijzingsinstrument is in de deelnemende thuiszorgorganisaties gestalte gegeven aan verticale functiedifferentiatie.

Conclusies

Uit de resultaten van het onderzoek kan allereerst worden geconcludeerd dat het werken op basis van het principe van verticale functiedifferentiatie niet door iedereen wordt gewaardeerd.

Uit de evaluatiegesprekken met de hulpverleners werd duidelijk dat sommigen het moeilijk vinden om met functieomschrijvingen en een toewijzingsinstrument te werken, omdat men hiermee wordt verplicht om kritisch te kijken naar de inzet van hulpverleners. Niet iedereen blijkt het op prijs te stellen om zwart op wit een onderscheid te maken tussen de verschillende typen hulpverleners naar taken en verantwoordelijkheden. Het stuit op weerstanden dat inbreuk wordt gedaan op de manier van werken die altijd al is gehanteerd. Echter, naast deze negatieve geluiden is ook opgemerkt dat het toewijzingsinstrument de mogelijkheid biedt om met elkaar van gedachten te wisselen over cliënttoewijzing en te komen tot een verantwoorde en juiste inzet van hulpverleners.

Uit de gegevens die het gebruik van het toewijzingsinstrument hebben opgeleverd kan worden geconcludeerd dat de personele bezetting in veel gevallen niet overeenkomt met de verpleegkundige zorg die is gewenst. Het aantal wijkverpleegsters blijkt vaak niet voldoende te zijn. In ruim de helft van de verpleegsituaties is het niveau van een wijkverpleegster wenselijk. Echter, in de praktijk blijkt in drie kwart van de situaties waarin

een wijkverpleegster is gewenst, de cliënten te zijn toegewezen aan een wijkverpleegkundige (al of niet tezamen met een wijkverpleegster). De voornaamste reden die aan deze toewijzing ten grondslag ligt blijkt de personele bezetting te zijn.

Uit de resultaten die in onderhavig onderzoek zijn gevonden kan niet worden geconcludeerd dat verticale functiedifferentiatie veel effect heeft op het werk van wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden. Gedurende de onderzoeksperiode deden zich namelijk nauwelijks veranderingen voor ten aanzien van taakkenmerken (= tijdsdruk, autonomie, duidelijkheid, afwisseling, diagnostiek, groei-mogelijkheden, feedback en belang), arbeidstevredenheid, burnout en ziekteverzuim. Tevoren werd verwacht dat verticale functiedifferentiatie met name zou leiden tot meer duidelijkheid over elkaars taken en verantwoordelijkheden. Deze verwachting is echter niet uitgekomen. De verwachting dat wijkverpleegsters na de introductie van verticale functiedifferentiatie iets verliezen in hun werk (een verlies aan autonomie), lijkt te worden bevestigd door de daling van de tevredenheid met groei-mogelijkheden en de persoonlijke bekwaamheid.

De reden waarom er weinig effecten zijn gevonden zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat het veel tijd kost voordat deze vorm van arbeidsverdeling is uitgekristalliseerd. Om strikt te kunnen werken met functieomschrijvingen en een toewijzingsinstrument moet er consensus zijn over de taakverdeling en moet de personele samenstelling in overeenstemming zijn met de behoefte. Deze verandering zal nog veel tijd in beslag nemen omdat het een andere manier van werken betekent voor de hulpverleners en de gevolgen van regelgeving uit het verleden een rol spelen. In de erkenningsnormen stond onder andere beschreven dat thuiszorgorganisaties een personele formatie moesten hebben die voldeed aan een verhouding van wijkverpleegkundigen tot wijkverpleegsters van 3 : 1. De huidige personele bezetting is hiervan een gevolg en kan dus niet zomaar worden gewijzigd.

Tot slot van de conclusies over verticale functiedifferentiatie wordt opgemerkt dat de resultaten van de totale groep hulpverleners een negatieve ontwikkeling liet zien met betrekking tot een aantal taakkenmerken en een aantal dimensies van arbeidstevredenheid en burnout. Omdat deze ontwikkeling zich heeft voorgedaan binnen zowel de experimentele als de controlegroep lijkt de verklaring hiervoor te liggen bij andere factoren dan de verticale functiedifferentiatie. Mogelijk is dit een gevolg van de algemene veranderingen die zich momenteel voordoen

binnen de thuiszorg (zoals de nadruk die wordt gelegd op het verhogen van de productiviteit, flexibiliteit, effectiviteit en efficiëntie).

Aanbevelingen

Op basis van de hiervoor beschreven bevindingen volgt een aantal aanbevelingen om verticale functiedifferentiatie gestalte te geven.

I

Binnen de thuiszorgorganisaties dient gebruikgemaakt te worden van duidelijke functieomschrijvingen, waarin de taken en verantwoordelijkheden van wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en (indien aanwezig) gezinsverzorgenden afzonderlijk zijn beschreven. Er dient een wederzijdse afstemming te bestaan tussen deze functieomschrijvingen en de eindtermen van de opleidingen voor de verplegende en verzorgende beroepen. Bij verticale functiedifferentiatie staat het onderscheid tussen het werk van de verschillende hulpverleners centraal. In onderhavig rapport heeft verticale functiedifferentiatie betrekking op twee beroepen: het beroep van verpleegkundige en het beroep van verzorgende. De inhoud van deze twee beroepen is beschreven door respectievelijk de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988) en de Werkgroep Werkveld SOGW (1990). Binnen deze beroepen zijn verschillende typen hulpverleners werkzaam, die allen een andere functie vervullen. Om een goede afstemming tussen de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende typen hulpverleners te bereiken, zijn duidelijke functieomschrijvingen in de thuiszorgorganisatie onmisbaar. Publicaties die als hulpmiddel kunnen worden gebruikt bij het opstellen van deze omschrijvingen zijn bijvoorbeeld: Jansen en Kerkstra (1993) en Kwalificatiecommissie (1996). Om te voorkomen dat er een discrepantie bestaat tussen praktijk en opleiding, dient er tussen de thuiszorgorganisaties en de opleidingen voor verplegende en verzorgende beroepen wederzijdse afstemming plaats te vinden op dit terrein.

Als functieomschrijvingen zijn gemaakt en worden gebruikt, dient de direct leidinggevende van de hulpverleners erop toe te zien dat de functieomschrijvingen ook daadwerkelijk en consequent worden gehanteerd in de praktijk. Dit betekent dat kritisch moet worden gekeken naar de cliënt-situaties waar de hulpverleners worden ingezet. Van de hulpverleners vraagt dit een professionele kijk op het beroep. De verdeling van cliënten dient op de eerste plaats te zijn gebaseerd op beroepsinhoudelijke argumenten. Het is een taak voor de opleidingen om de hulpverleners hierop voor te bereiden door het aanleren van een duidelijke beroepsvisie

en beroepshouding. Daarnaast wordt van de hulpverleners zelf verwacht dat ze elkaar aanspreken op elkaars taken en verantwoordelijkheden. Om het gebruik van functieomschrijvingen te stimuleren, is het van belang om veel aandacht te besteden aan de introductie ervan bij de hulpverleners. Hierbij kan worden gedacht aan een bijeenkomst waarin de functieomschrijvingen door een stafmedewerker en de leidinggevende van het team worden geïntroduceerd en toegelicht. Op deze manier kunnen vragen direct worden beantwoord en onduidelijkheden worden weggenomen. Het is van belang dat de omschrijvingen duidelijkheid opleveren aangezien uit het onderzoek bleek dat gevoelens van burnout verminderen als er duidelijkheid bestaat in het werk.

//

Thuiszorgorganisaties dienen ervoor zorg te dragen dat de verhouding van het aantal wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden is afgestemd op de aard van de zorgvraag van de cliënten. Het doel van verticale functiedifferentiatie is de inzet van hulpverleners op efficiënte wijze te laten verlopen: geen over- of ondergekwalficeerde hulpverlener bij een cliënt, maar de juiste hulpverlener op de juiste plaats. Om dit te kunnen bereiken is het van essentieel belang dat de personeelsopbouw (het zorgaanbod) is afgestemd op de zorgvraag. Uit het gebruik van het toewijzingsinstrument voor complexiteit van de verpleegsituatie bleek dat de samenstelling van het personeelsbestand niet altijd in overeenstemming is met de zorg die moet worden verleend. Zoals reeds bij de conclusies in het betreffende hoofdstuk is aangegeven, is dit een gevolg van de regelgeving uit het verleden (erkenningnormen), waardoor de thuiszorgorganisaties met een personeelsbestand zitten dat niet geheel is afgestemd op de huidige vraag. Hierdoor wordt de toewijzing vaak bepaald door de beschikbaarheid aan personeel in plaats van beroepsinhoudelijke argumenten. Hierin kan verandering worden gebracht door longitudinaal de mate van complexiteit van verpleegsituaties te bepalen. Hiermee kan een beeld worden verkregen van de gewenste verhouding tussen het aantal wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters. Omdat de criteria die worden gebruikt voor het bepalen van de complexiteit van de verpleegsituatie zijn gebaseerd op de in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1988) geformuleerde onderscheidende kenmerken tussen verpleegkundige en verpleegster, wordt het niet als vanzelfsprekend beschouwd om deze criteria ook te gebruiken voor de gezinsverzorging. In dit onderzoek is derhalve alleen gesproken over de complexiteit van de verpleegsituatie en

niet over de complexiteit van de verzorgingssituatie. Er is wel aandacht besteed aan het onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Om de personeelsopbouw te bepalen in teams die zowel wijkverpleging als gezinsverzorging bieden, dient te worden gekeken naar de *context* waarbinnen de zorg wordt verleend: de wijkverpleging richt zich op (dreigende) zorgvragen betreffende een individueel gezondheidsprobleem, terwijl de gezinsverzorging zich richt op het functioneren van het totale huishouden (de zelfredzaamheid) of ADL-ondersteuning. Bij gezinsverzorging vormt een gezondheidsprobleem geen centraal onderdeel van de zorgverlening. Door dit onderscheid te hanteren kan worden bepaald hoeveel gezinsverzorgenden wenselijk zijn in een geïntegreerd team (met de term gezinsverzorgende worden de verzorgenden C en D bedoeld, omdat met name deze functionarissen werkzaam zijn in geïntegreerde teams). Dit onderscheid dient te worden gebruikt als een globaal onderscheid op basis waarvan de hulpverleners in de praktijk zelf nader inhoud geven aan de verschillende taken en verantwoordelijkheden. Een uitgekristalliseerd onderscheid zal pas na verloop van tijd tot stand komen, wanneer begrip en acceptatie van elkaars deskundigheden is ontstaan. Naast deze geïntegreerde teams verpleging/verzorging werd binnen de deelnemende thuiszorgorganisatie een onderscheid gemaakt tussen teams voor huishoudelijke verzorging (samengesteld uit thuishulp A, verzorgingshulp B en verzorgende C) en gespecialiseerde gezinsverzorging (gespecialiseerd verzorgende E). Doordat een differentiatie tussen de verschillende functionarissen binnen de gezinsverzorging niet het onderwerp was van dit onderzoek, is dit onderscheid niet nader uitgewerkt in aanbevelingen.

Indien wordt gekeken naar de opleiding die wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden hebben genoten, dan is de wijkverpleegkundige de aangewezen functionaris om de complexiteit van de verpleegsituatie en het onderscheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging te bepalen. Uit het onderzoek bleek dat niet alle wijkverpleegkundigen het gebruik van een toewijzingsinstrument als zinvol beschouwden. Derhalve wordt vermeld dat het gebruik van een toewijzingsinstrument niet moet worden beschouwd als een op zichzelf staand doel, maar als een middel om zicht te krijgen op de cliëntsituatie en om op een gefundeerde wijze te kunnen bepalen welke hulpverlener is gewenst. Op deze manier wordt inzichtelijk gemaakt waarom hulpverleners worden toegewezen aan bepaalde cliënten. Het betekent een

verantwoording naar collega's, cliënten, ander hulpverleners en andere instanties (bijvoorbeeld de ziektekosten-verzekeraar).

III

Thuiszorgorganisaties dienen beter gebruik te maken van de specifieke deskundigheid van wijkverpleegkundigen.

Een kritische beschouwing van de personeelsopbouw (zoals beschreven onder de vorige aanbeveling) dient in het licht te staan van de ontwikkelingen die in de gezondheidszorg plaatsvinden (bijvoorbeeld transmurale zorg en een toename van de complexiteit van de verpleeg-situatie). Bij de personeelsopbouw dient dan ook te worden uitgegaan van teams die qua deskundigheid goed zijn uitgebalanceerd en voldoende afwisseling en uitdaging van de teams biedt voor alle hulpverleners. Dit betekent dat de specifieke deskundigheid van de verschillende typen hulpverleners optimaal dient te worden gebruikt. Echter, in aanbeveling 3 wordt alleen de functie van wijkverpleegkundige genoemd om te benadrukken dat dit type hulpverlener extra aandacht verdient. Uit het onderzoek bleek dat deze hulpverlener vaak in situaties wordt geplaatst waarin de deskundigheid van een wijkverpleegster voldoende is. Aanbevolen wordt om wijkverpleegkundigen taken te laten verrichten die meer zijn toegesneden op hun kwaliteiten. Gebaseerd op de onderscheidende kenmerken uit het Verpleegkundig Beroepsprofiel (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1988) dienen wijkverpleegkundigen meer ruimte te krijgen om zich bezig te houden met de indicatiestelling en complexiteitsbepaling, het verlenen van zorg binnen complexe verpleeg-situaties, het dragen van de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de totale zorgverlening binnen een team en het coördineren van de totale zorg die door verschillende typen hulpverleners aan een cliënt wordt verleend. Onder coördinatie wordt verstaan het coördineren van het inhoudelijke zorgproces rond de cliënt. Hieronder valt niet de coördinatie van een team, omdat hierbij arbeidsrechtelijke zaken een rol spelen en specifieke managementkwaliteiten onontbeerlijk zijn. In het kader van het landelijke substitutiebeleid is te verwachten dat het aantal complexe verpleegsituaties zal groeien vanwege de toenemende vraag naar transmurale zorg. Thuiszorgorganisaties dienen zich in toenemende mate te begeven op dit marktsegment. Het moet bijvoorbeeld mogelijk zijn om door een nauwere samenwerking met ziekenhuizen, cliënten in een eerder stadium te ontslaan uit het ziekenhuis en te laten verplegen in de thuissituatie. Deze verpleegsituaties zullen waarschijnlijk minder stabiel zijn in vergelijking met de situatie bij cliënten die reeds lange

tijd worden verpleegd of verzorgd, zodat de complexiteit ook hoger zal zijn.

Naast de mogelijkheden die thuiszorgorganisaties hierin hebben, wordt ook van de wijkverpleegkundigen zelf een actieve rol verwacht. De ontwikkelingen binnen de thuiszorg vragen van wijkverpleegkundigen een meer marktgerichte benadering. Wijkverpleegkundigen dienen zich te beschouwen als ondernemers op de thuiszorgmarkt. Gezien hun opleiding en deskundigheid zouden wijkverpleegkundigen meer gebruik moeten maken van hun kwaliteiten om te bepalen waar de (nieuwe) behoeften van de cliënt liggen.

IV

De beroepsorganisaties voor verplegenden en verzorgenden dienen een stimulerende en ondersteunende rol te vervullen in het afstemmen van de beroepsinhoud op de veranderingen binnen de thuiszorg.

Verticale functiedifferentiatie betekent dat wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden zich bewust zijn van de noodzaak van veranderingen in hun werk. Ze dienen op professionele wijze invulling te geven aan hun werk. Een kritische beschouwing op werkzaamheden, doelmatigheid en flexibiliteit is hiervoor nodig. Om individuele conflicten tussen werkgevers en werknemers zoveel mogelijk te voorkomen is een ondersteunende rol voor de beroepsorganisaties weggelegd. Van de beroepsorganisaties wordt verwacht dat ze meedenken en voorstellen doen met betrekking tot de inhoud van het werk van de verschillende typen hulpverleners in relatie tot de veranderingen binnen de thuiszorg. Indien er sprake is van een uitwisseling tussen beroepsorganisaties en thuiszorgorganisaties kan inhoudelijke ondersteuning worden geboden.

9.2

Horizontale functiedifferentiatie

Horizontale functiedifferentiatie is toegepast om de deskundigheid in de wijkverpleging aan de basis te bevorderen en te handhaven. Door het ontwikkelen van aandachtsgebieden krijgen wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters de mogelijkheid om, naast hun algemene werkzaamheden, specifieke deskundigheid en vaardigheden te verwerven ten aanzien van een bepaalde categorie cliënten. Met betrekking tot het aandachtsgebied kan de betreffende hulpverlener vervolgens worden geconsulteerd door collega's.

Conclusies

Uit de resultaten van dit onderzoek bleken de effecten van horizontale functiedifferentiatie positiever te zijn dan die van verticale functie-differentiatie. Het werken met aandachtsgebieden leidt tot meer groei-mogelijkheden en feedback, terwijl de tijdsdruk afneemt (dit laatste is waarschijnlijk het gevolg van de tijd die men krijgt voor het aandachts-gebied). Deze effecten op de taakkenmerken hebben als consequentie dat hulpverleners met een aandachtsgebied meer tevreden zijn met hun werk. De totale tevredenheid is voor de hulpverleners die een aandachtsgebied hebben gekregen gelijk gebleven, terwijl die is afgenomen voor degenen zonder aandachtsgebied. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat wijk-verpleegkundigen en wijkverpleegsters zonder een aandachtsgebied bij de nameting minder algemene werkvolvoening zijn gaan vertonen, minder tevreden zijn met de groeimogelijkheden en de tevredenheid met de inzet van hulpverleners ongeveer gelijk is gebleven. Tot slot blijken de verwachtingen over het werken met aandachtsgebieden te zijn gedaald voor degenen die geen aandachtsgebied hadden, terwijl deze verwachting ongeveer gelijk is gebleven voor de gedifferentieerd werkende wijk-verpleegkundigen en wijkverpleegsters.

Aanbevelingen

Vanuit het oogpunt van de kwaliteit van de arbeid betekent het werken met aandachtsgebieden een verbetering van het werken binnen de thuis-zorg. Zoals reeds in het eindrapport van de eerste fase van het onderzoek naar functiedifferentiatie is beschreven (Jansen & Kerkstra 1993) wordt aanbevolen om bij het ontwikkelen van aandachtsgebieden uit te gaan van de zorgvragen die binnen het werkgebied van de thuiszorgorganisatie voorkomen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen basiszorg en bijzondere zorg. De cliëntcategorie dient altijd het uitgangspunt te zijn voor de inhoud van een aandachtsgebied. Tevens is reeds aanbevolen om de aandachtsgebieden niet te beperkt te maken en deze aan te laten sluiten bij de deskundigheid die typerend is voor de afzonderlijke typen hulpverleners. Deze aanbevelingen kunnen op basis van onderhavig onderzoek specifiekere worden gemaakt. Indien wordt gekeken naar de meest voorkomende aandachtsgebieden binnen de thuiszorgorganisaties die aan het onderzoek hebben deelgenomen, kan worden geconcludeerd dat met name de volgende cliëntcategorieën zich lenen voor een aandachtsgebied: cara, oncologie, diabetes, neurologie, ouderen/psycho-geriatrie, wond-/stomazorg, reuma en incontinentie.

Wijkverpleegkundigen kunnen meestal voor elk aandachtsgebied kiezen, terwijl de keuze voor wijkverpleegsters zich met name beperkt tot ouderen/psychogeriatric, incontinentie en reuma. De reden hiervoor is dat binnen de andere aandachtsgebieden taken moeten worden verricht die buiten de deskundigheid van een wijkverpleegster vallen.

In aanvulling op de aanbevelingen die reeds in de eerste fase van het onderzoek zijn geformuleerd (zie Jansen & Kerkstra 1993) wordt met betrekking tot de horizontale functiedifferentiatie één aanbeveling gedaan.

V

Thuiszorgorganisaties dienen de randvoorwaarden te realiseren om wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters de mogelijkheid te geven het werken met aandachtsgebieden op zinvolle wijze gestalte te geven.

Uit het onderzoek werd duidelijk dat het werken met aandachtsgebieden een grote investering vraagt in tijd, formatie en organiseren. Daarnaast bleek dat het invoeringstraject in de meeste thuiszorgorganisaties langer duurde dan vooraf werd verwacht. Om het rendement van deze manier van werken zo hoog mogelijk te laten zijn, dient de thuiszorgorganisatie dan ook voor een goede ondersteuning te zorgen.

Voor het werken met aandachtsgebieden is het allereerst van belang dat de betreffende hulpverleners hiervoor gemotiveerd zijn. Om dit te bepalen wordt aanbevolen de hulpverleners te selecteren op basis van een kleine sollicitatieprocedure. Op deze wijze wordt eveneens duidelijk gemaakt dat het werken met aandachtsgebieden niet vrijblijvend is, maar een serieuze manier is om de deskundigheid van de hulpverlener en de kwaliteit van zorg te verhogen. Daarnaast dienen de hulpverleners voldoende uren per week werkzaam te zijn om kennis en vaardigheden met betrekking tot het aandachtsgebied te verwerven en te onderhouden. Om een aandachtsgebied op de juiste wijze inhoud te kunnen geven is een dienstverband van minimaal 60% gewenst. Uit de praktijk blijkt dat het waardevol is als de hulpverlener met een aandachtsgebied een aantal dagdelen curatieve werkzaamheden verricht en enkele dagdelen beschikbaar heeft voor overige werkzaamheden (de niet direct cliëntgerichte activiteiten, zoals overleg met externe hulpverleners en instanties, rapportage en bijscholing). Op deze manier wordt gegarandeerd dat er voldoende tijd beschikbaar is voor het verwerven en onderhouden van theoretische en ervaringsdeskundigheid. Naast het bestuderen van literatuur is er dan ook gelegenheid om voldoende cliënten te verzorgen die behoren tot het aandachtsgebied.

In feite wordt aanbevolen om het werken met een aandachtsgebied op te

nemen in de functieomschrijving van wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters. Op deze manier krijgt het werken met aandachtsgebieden structureel vorm en verdwijnt de vrijblijvendheid. Het biedt de thuiszorgorganisatie de mogelijkheid om hulpverleners aan te spreken op hun taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot het aandachtsgebied. Door een onderscheid te maken in functieomschrijvingen met en zonder aandachtsgebieden, bestaat voor hulpverleners een groeimogelijkheid. Binnen de thuiszorgorganisaties dient men afspraken te maken over de taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot het aandachtsgebied in de functieomschrijving.

Op basis van het onderzoek kunnen geen uitspraken worden gedaan over de tijdsinvestering voor het aandachtsgebied. Uit het aantal beschikbare uren moet in ieder geval wel blijken dat het werken met aandachtsgebieden als een serieuze methode wordt beschouwd om de deskundigheid aan de basis, de kwaliteit van zorg en de arbeidstevredenheid te behouden of te verhogen. Hierbij is het van belang om per aandachtsgebied regelmatig (bijvoorbeeld een keer per maand) met collega's met hetzelfde aandachtsgebied samen te komen om inhoud te geven aan het aandachtsgebied (werkgroepbijeenkomsten). Uit doelmatigheidsoverwegingen wordt het niet aanbevolen om voor een verdeling te kiezen waarbij in elk team alle aandachtsgebieden zijn vertegenwoordigd. Zo'n verdeling zal overigens worden bemoeilijkt door andere ontwikkelingen binnen de thuiszorg (geïntegreerde teams waarin wijkverpleegkundigen meer coördinerende werkzaamheden krijgen; de toename van het aantal wijkverpleegsters in vergelijking tot het aantal wijkverpleegkundigen; nadruk op productiviteit). Derhalve wordt aanbevolen om een beperkt aantal goed gemotiveerde hulpverleners voor de aandachtsgebieden te selecteren en te verdelen over een grotere geografische eenheid (bijvoorbeeld per werkeenheid of rayon is elk aandachtsveld vertegenwoordigd). Vervolgens kan deze beperkte groep een relatief groot aantal uren voor het aandachtsgebied ter beschikking worden gesteld (bijvoorbeeld 2-4 uur per week).

Om te garanderen dat hulpverleners de tijd die ze beschikbaar hebben voor het aandachtsgebied daar ook daadwerkelijk aan besteden, dient de leidinggevende randvoorwaarden te realiseren. Dit betekent dat in het team duidelijke afspraken worden gemaakt over de momenten waarop de hulpverlener tijd kan besteden aan het aandachtsgebied. Zonodig houdt dit in dat voor vervanging wordt gezorgd voor het verrichten van de overige (curatieve) werkzaamheden waaraan de betreffende hulpverlener

niet toekomt. Aangezien uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat het verzamelen en bestuderen van literatuur in werktijd niet altijd als vanzelfsprekend wordt beschouwd, is de ondersteunende rol van de leidinggevende van groot belang (hierbij wordt opgemerkt dat van de hulpverlener ook verwacht mag worden dat hij of zij buiten werktijd vakliteratuur leest).

Uit de praktijk blijkt dat voor het opstarten en continueren van de aandachtsgebieden de rol van een stafverpleegkundige of verpleegkundig specialist erg belangrijk is. Deze functionaris dient het proces en de inhoud die binnen de werkgroepen aan de orde worden gesteld te bewaken. Daarnaast dient deze functionaris toe te zien op een afstemming tussen de verschillende aandachtsgebieden. Aspecten die voor het werken met aandachtsgebieden in zijn algemeenheid gelden (bijvoorbeeld het verzamelen en documenteren van literatuur, het geven van consultatie en voorlichting aan collega's) dienen op eenduidige wijze gestalte te krijgen. Dit voorkomt dat elke werkgroep zelf het wiel probeert uit te vinden en het bevordert dat het werken met aandachtsgebieden een duidelijke en uniforme plaats krijgt binnen de thuiszorgorganisatie. Naast deze werkzaamheden dient de stafverpleegkundige of verpleegkundig specialist zich bezig te houden met meer overkoepelende werkzaamheden, zoals productontwikkeling, algemene bijscholing binnen de organisatie en contacten onderhouden met collega's uit andere instellingen. Tot slot van de conclusies over horizontale functiedifferentiatie wordt aanbevolen om de activiteiten die in dit kader worden uitgevoerd duidelijk zichtbaar te maken. Hulpverleners dienen deze werkzaamheden zoveel mogelijk cliëntgericht te vertalen in de registratiegegevens. Op deze wijze kan aan de ziektekostenverzekeraar duidelijk worden gemaakt dat het werken met aandachtsgebieden niet alleen een methode is ten gunste van de arbeidstevredenheid, maar ook ten gunste van de kwaliteit van zorg. Het is aan te bevelen om hierbij een onderverdeling te maken naar de verschillende werkzaamheden die in het kader van het aandachtsgebied worden verricht (zoals curatieve werkzaamheden bij de cliënt, tijd die aan een consult worden besteed).

9.3

Thuiszorg in het algemeen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij het werken binnen de thuiszorg in het algemeen. Tijdens dit onderzoek werd duidelijk dat de totale groep wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezins-

verzorgenden die aan het onderzoek heeft deelgenomen in een periode van ruim een jaar minder tevreden is geworden met het werk en meer gevoelens van burnout is gaan vertonen. Aangezien dit beeld zich voordeed bij de totale onderzoekspopulatie (zowel de experimentele als controlegroep) wordt hieraan aandacht besteed in de aanbevelingen.

VI

Het management van de thuiszorgorganisatie dient ervoor zorg te dragen dat de dagtaak van de wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende in kwalitatief opzicht redelijk en volledig is.

Uit het onderzoek is gebleken dat verschillende taakkenmerken een positieve bijdrage leveren aan de arbeidstevredenheid: autonomie, afwisseling, groeimogelijkheden, feedback en het ontbreken van tijdsdruk. Gevoelens van burnout blijken te worden verminderd als de tijdsdruk laag is en er veel autonomie en duidelijkheid is. Tevens blijken deze gevoelens minder aanwezig als cliënten en andere hulpverleners het werk van de verplegenden en verzorgenden erg belangrijk vinden.

Dit maakt duidelijk dat in een tijd waarin de nadruk ligt op het verhogen van de productiviteit, efficiëntie en flexibiliteit van de gezondheidszorg de kwaliteit van de arbeid niet uit het oog mag worden verloren. Binnen veel thuiszorgorganisaties is bijvoorbeeld gekozen voor een loskoppeling van de indicatiestelling van de directe zorgverlening. Als deze keuze is gemaakt, is het van belang dat hulpverleners voldoende controle houden over hun werk. Dit kan worden bewerkstelligd door de hulpverleners die de zorg verlenen de mogelijkheid te geven om de indicatiestelling (indien nodig) aan te passen en zelf een verpleegplan op te stellen. Door het laten verrichten van zowel curatieve als coördinerende werkzaamheden wordt afwisseling in het werk geboden. Deze afwisseling kan worden uitgebreid door middel van de hierboven beschreven horizontale functiedifferentiatie. Hiermee kunnen tevens groeimogelijkheden worden gecreëerd. Omdat feedback een belangrijke voorspeller is van arbeidstevredenheid dienen er voldoende intervisie- en supervisiemomenten structureel aanwezig te zijn. Dit betekent dat regelmatig de gelegenheid moet worden geboden om ervaringen en gevoelens uit te wisselen met betrekking tot elkaars functioneren en de zorgverlening.

In voorgaande aanbevelingen is met name aandacht besteed aan de kwaliteit van arbeid. Dit betekent echter niet dat de kwaliteit van zorg van minder belang is.

VII

In thuiszorgorganisaties dient regelmatig de kwaliteit van de verleende zorg te worden vastgesteld.

Uit het feit dat in de gezondheidszorg in toenemende mate van 'cliënten' wordt gesproken in plaats van van 'patiënten' blijkt dat de persoon die moet worden verzorgd wordt beschouwd als een klant met bepaalde wensen en verwachtingen. Op basis van de verwachtingen die een cliënt heeft zal hij/zij een oordeel hebben over de ontvangen zorg. In dit onderzoek konden door het prille stadium waarin de projecten zich bevonden nog geen effecten worden gevonden van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg. Het is echter wel van belang om regelmatig (bijvoorbeeld een keer per jaar) te bepalen in hoeverre de kwaliteit van zorg goed is of te wensen overlaat. De vragenlijst die in onderhavig onderzoek is ontwikkeld is hiervoor een adequaat middel. Deze biedt de mogelijkheid om een beeld te krijgen van de subjectieve standaard op basis waarvan de cliënt de kwaliteit van zorg beoordeelt (door een vergelijking tussen de verwachting over en de waarneming van de zorgverlening).

Naast de thuiszorgorganisatie wordt ook een algemene aanbeveling gedaan met betrekking tot de opleidingen.

VIII

De opleidingen voor verplegende en verzorgende beroepen dienen in het curriculum uitgebreid aandacht te besteden aan copingstrategieën en intervisie.

Uit het onderzoek blijkt dat naast taakkenmerken ook individuele kenmerken van invloed zijn op de mate van arbeidstevredenheid en burnout. Met betrekking tot deze kenmerken is er een rol weggelegd voor de opleidingen. De resultaten van het onderzoek laten duidelijk zien dat het van belang is dat hulpverleners problemen actief aanpakken. Doordat hulpverleners binnen de thuiszorg meestal in hun eentje cliënten verzorgen, worden ze ook in hun eentje geconfronteerd met belastende situaties of gebeurtenissen. Het is dan van belang dat ze over de juiste vaardigheden beschikken om deze situaties te hanteren. In het curriculum dient door middel van sociale-vaardigheidstrainingen aangeleerd te worden dat in de omgang met stressvolle situaties een actieve aanpak het meest effectief is.

Tevens blijkt het van belang dat hulpverleners veel steun ervaren van hun leidinggevende en/of collega's. Dit betekent dat ze over de vaardigheden dienen te beschikken om de behoefte aan steun bij elkaar te signaleren en

hiermee op een adequate wijze weten om te gaan. In het curriculum dient derhalve in ruime mate aandacht te worden besteed aan intervisie. Vaardigheden op dit terrein leiden tot een professionele werkhouding in de thuiszorg.

In de aanbevelingen die hierboven zijn beschreven, is reeds af en toe de aandacht gevestigd op de rol die hulpverleners hebben ten aanzien van de ontwikkelingen binnen de thuiszorg. Om het belang hiervan te benadrukken is de laatste aanbeveling gericht tot de hulpverleners.

IX

Wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden hebben een individuele verantwoordelijkheid in het ontwikkelen van hun beroep. Wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden vormen een belangrijk onderdeel binnen de thuiszorg. Ze verrichten niet slechts een functie, maar oefenen een beroep uit. Dit betekent dat van hen verwacht mag worden dat ze zelf ook initiatieven ontplooiën om het beroep te ontwikkelen en aantrekkelijk te houden. Doordat zij zelf direct zijn betrokken bij de zorgverlening, hebben zij een belangrijke rol in het signaleren van de behoeften van de cliënt en de tekorten in de zorgverlening. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt, dient de hulpverlener zich als een ondernemer te beschouwen, die alert is op ontwikkelingen in de markt en hierop probeert in te spelen. Hulpverleners kunnen zelf een actieve bijdrage leveren aan de ontwikkelingen binnen de thuiszorg. Van beroepsorganisaties wordt hierbij een ondersteunende en stimulerende rol verwacht.

Literatuur

Aast, M.M.G. van de, N.P.G. Boumans & J.A. Landeweerd, 'Correlaten van de kwaliteit van verpleegkundige zorg. De relatie tussen de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening enerzijds en de stressbeleving, tevredenheid van patiënten en tevredenheid van verpleegkundigen anderzijds'. In: *Verpleegkunde* 2, 1994, pp. 71-82.

Algera, J.A., *Kenmerken van werk*. Swets en Zeitlinger, Lisse 1981.

Algera, J.A., 'Taakkenmerken'. In: P.J.D. Drenth, Hk. Thierry & Ch.J. de Wolff (eds.), *Nieuw handboek arbeids- en organisatiepsychologie*. Studenteneditie. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem 1992, pp. 63-92.

Amelvoort, F. van, P. Slingerland & E. Verkaar, *Op kwaliteit aangesproken. Beslismodel voor de inzet van menskracht*. NIZW, Utrecht 1993.

American Organization of Nurse Executives, *Current issues and perspectives on differentiated practice*. American Hospital Association, Chicago 1990.

Bedeian, A.G., *Organisations: theory and analyses*. Holt-Saunders International Editions, 1984.

Bergers, G.P.A., F.G.H. Marcelissen & Ch.J. de Wolf, *Vragenlijst Organisiestress-D*. Handleiding. Stressgroep publikatie 1986, 36.

Beukema, L., *Kwaliteit van arbeidstijdverkorting: een studie naar de relatie tussen kwaliteit van arbeid en arbeidstijdverkorting*. Van Arkel, Utrecht 1989.

Blegen, M.A., 'Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables'. In: *Nursing Research* 42, 1993, no. 1, pp. 36-41.

Bleys, C., 'Over de grenzen van de zorg vanuit een klinisch oogpunt'. In: *Scripta Medico-Philosophica* 2, 1986, pp. 14-28.

Boswell, C.A., 'Work stress and job satisfaction for the community health nurse'. In: *Journal of Community Health Nursing* 9, 1992, no. 4, pp. 221-227.

Boumans, N., *Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen*. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1990.

Boumans, N.P.G. & J.A. Landeweerd, 'Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen. Arbeidsvoldoening, gezondheid- en stressbeleving bij verpleegkundigen in de psychiatrie: een vooronderzoek'. In: *Verpleegkunde* 4, 1986, pp. 234-241.

Boumans, N.P.G., J.A. Landeweerd & J.H.M. van Houtem, 'Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen. Factor- en betrouwbaarheidsanalyse van een meetinstrument'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 67, 1989, pp. 199-203.

Boyle, A., M.J. Grap, J. Younger e.a., 'Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses'. In: *Journal of Advanced Nursing* 16, 1991, pp. 850-857.

Bragt, M.J.A.B. van, *Het gedifferentieerd en allround werken binnen de wijkverpleging*. Een onderzoek bij Kruiswerk West-Brabant en Stichting Interkruis Noord-Kennemerland. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1993.

Campen, C. van, R.D. Friele & J.J. Kerssens, 'Methods for assessing patient satisfaction with primary care review and annotated bibliography'. In: *NIVEL bibliography* 1992, no. 35. NIVEL, Utrecht.

Campen, C. van, H. Sixma, R.D. Friele e.a., *Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments*. NWO (900-571-054), 1994.

Campen, C. van, H. Sixma, R.D. Friele e.a., 'Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments'. In: *Medical Care Research and Review* 52, 1995, pp. 109-133.

Carr, K.K. & M.K. Kazanowski, 'Factors affecting job satisfaction of nurses who work in long-term care'. In: *Journal of Advanced Nursing* 19, 1994, pp. 879-883.

Cohen-Mansfield, J., 'Sources of satisfaction and stress in nursing home caregivers: preliminary results'. In: *Journal of Advanced Nursing* 14, 1989, pp. 383-388.

- Curreri, C.A., W.F. Gilley, L. Faulk e.a., 'Job satisfaction: hospital-based RNs versus home health care RNs'. In: *Nursing Forum* 22, 1985, no. 4, pp. 125-134.
- Derckx, E., L. Hollands & R. Halfens, 'Complexiteit van verpleegsituaties. Een meetinstrument voor de wijkverpleging'. In: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 24, 1993, no. 23, pp. 773-779.
- Dierendonck, D. van, P.P. Groenewegen & H. Sixma, *Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie van huisartsen*. NIVEL, Utrecht 1992.
- Dierendonck, D. van & W. Schaufeli, 'Burnout en organisatiebetrokkenheid bij leerling-verpleegkundigen'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 71, 1993, pp. 339-344.
- Dierendonck, D. van & H. Sixma, 'Man, vrouw en burnout. Een onderzoek bij Nederlandse huisartsen'. In: *Huisarts Nu* 1994, april, pp. 141-148.
- Driessen, C., *Kwaliteitsmeting Thuiszorg*. Unie van Katholieke Bonden van Ouderen (KBO), 's-Hertogenbosch 1994.
- Fawcett, J., *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. F.A. Davis, Philadelphia 1989.
- Fried, Y. & G.R. Ferris, 'The dimensionality of job characteristics: some neglected issues'. In: *Journal of Applied Psychology* 71, 1986, no. 3, pp. 419-426.
- Fried, Y. & G.R. Ferris, 'The validity of the job characteristics model: a review and meta-analysis'. In: *Personnel Psychology*; 40, 1987, pp. 287-322.
- Fruytier, B.A. & A. ter Huurne, *Kwaliteit van de arbeid als meetprobleem*. IVA, Tilburg 1983.
- Glick, W.H., G.D. Jenkins & N. Gupta, 'Method versus substance: how strong are underlying relationships between job characteristics and attitudinal outcomes?' In: *Academy of Management Journal* 29, 1986, pp. 441-464.
- Groen, B., R. Willemsse & R. Rijkschroeff, *Op zoek naar kwaliteitscriteria van de eerstelijnsgezondheidszorg vanuit het patiëntenperspectief*. Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LOPED), Utrecht 1990.

- Hackman, J.R. & E.E. Lawler III, 'Employee reactions to job characteristics'. In: *Journal of Applied Psychology Monograph* 55, 1971, no. 3, pp. 259-286.
- Hackman, J.R. & G.R. Oldham, 'Development of the job diagnostic survey'. In: *Journal of Applied Psychology* 60, 1975, no. 2, pp. 159-170.
- Hackman, J.R. & G.R. Oldham, 'Motivation through the design of work: test of a theory'. In: *Organizational Behavior and Human Performance* 16, 1976, no. 2, pp. 250-279.
- Hackman, J.R. & G.R. Oldham, *Work redesign*. Addison-Wesley Publishing Company Inc., Massachusetts 1980.
- Hanrahan, M., 'Deskundigheidsniveaus in de wijkverpleging: hoe valt daarmee te werken?' In: *MGZ* 19, 1991, pp. 16-19.
- Hanrahan, M. & F. Lapré, *Project wijkziekenverzorgenden. Deskundigheden verdeeld*. LVT, Bunnik 1990.
- Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie. *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Vuga, 's-Gravenhage 1991.
- Hutchens, G.C., 'Differentiated interdisciplinary practice'. In: *Journal of Nursing Administration* 24, 1994, 6, pp. 52-58.
- Jansen, P.G.M., *Behoeftes aan differentiatie*. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1991.
- Jansen, P.G.M. & A. Kerkstra, *Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. De functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende nader omschreven*. NIVEL, Utrecht 1993.
- Jansen, P.G.M., A. Kerkstra, H. Huijter Abu-Saad & J. van der Zee, 'Models of differentiated practice and specialization in community nursing'. In: *Journal of Advanced Nursing* 24, 1996, p. 968-980.
- Jenkins, G.D., W.H. Glick & N. Gupta, 'Job characteristics and employee responses'. In: *Proceedings of the Academy of Management* 43, 1983, pp. 164-168.
- Johnson, J.V. & E.M. Hall, 'Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population'. In: *Journal of Public Health* 78, 1988, no. 10, pp. 1336-1342.
- Jonge, J. de, J.A. Landeweerd & G.J.P. van Breukelen, 'De Maastrichtse autonomielijst: achtergrond, constructie en validering'. In: *Gedrag en Organisatie* 7, 1994, no. 1, pp. 27-41.
- Jonge, J. de, P. Janssen & A. Landeweerd, 'Effecten van werkdruk,

- autonomie en sociale ondersteuning op de werkbeleving van verplegenden en verzorgenden'. In: *Verpleegkunde* 1, 1994, pp. 17-26.
- Jonge, J. de & A. Landeweerd, 'Toetsing van de job demand-control benadering bij werknemers in de gezondheidszorg'. In: *Gedrag en Organisatie* 21, 1993, no. 2, pp. 79-92.
- Jonge, J. de & A. Landeweerd, 'Werkdruk en autonomie'. In: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 13, 1992, pp. 465-468.
- Juhl, N., J.W. Dunkin, T. Stratton e.a., 'Job satisfaction of rural public and home health nurses'. In: *Public Health Nursing* 10, 1993, no. 1, pp. 42-47.
- Karasek, R.A. & T. Theorell, *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York 1990.
- Keuning, D. & D. Eppink, *Management en organisatie, theorie en toepassing*. Stenfort Kroese Uitgevers, Leiden/Antwerpen 1989.
- Knaapen, A.L.M., *Arbeidsmotivatie*. Kluwer, Deventer 1981.
- Koerner, J.E., 'In South Dakota, nurses assess, then choose their practice level'. In: *Michigan Hospitals* 3, 1988, pp. 21-24.
- Koerner, J.E., 'The relevance of differentiated practice in today's environment'. In: *Current Issues and Perspectives on Differentiated Practice* 1990, pp. 35-51. American Organization of Nurse Executives, Chicago.
- Koerner, J.E., L. Birch Bunkers, B. Nelson e.a., 'Implementing differentiated practice: the Sioux Valley hospital experience'. In: *JONA* 19, 1989, no. 2, pp. 13-20.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), *Handboek gebruikers-raadpleging*. LVT, Bunnik 1994.
- Landeweerd, J.A. & N.P.G. Boumans, 'Work satisfaction, health, and stress: a study of Dutch nurses'. In: *Work & Stress* 2, 1988, no. 1, pp. 17-26.
- Lawrence, P.R. & J.W. Lorsch, *Organization and environment: managing differentiation and integration*. Richard D. Irwin Inc., Homewood (Ill.) 1967.
- Linder-Pelz, S., 'Toward a theory of patient satisfaction'. In: *Social Science and Medicine* 16, 1982, pp. 577-582.
- Malloch, K.M., D.A. Milton & M.O. Jobes, 'A model for differentiated practice'. In: *Journal of Nursing Administration* 20, 1990, 2, pp. 20-26.
- Maslach, C. & S.E. Jackson, *MBI: Maslach Burnout Inventory; manual*

research edition. Consulting Psychologists Press Inc., Palo Alto 1986.
 Mintzberg, H., *Structure in fives*. Prentice Hall, Englewood Cliffs 1983.
 Moore T.F. & E.A. Simendinger, 'Organizational burnout: is your hospital on fire?' In: *Dimensions of Health Service* 59, 1982, pp. 17-18.
 Moorhead G. & R.W. Griffin, *Organizational behavior*. Houghton Mifflin Company, Boston 1989.

Nationale Kruisvereniging en Landelijke Huisartsen Vereniging, *Medisch handelen door verpleegkundige beroepsbeoefenaars in de thuissituatie*. Deel 1. Nationale Kruisvereniging, Bunnik 1990.
 Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), *Verpleegkundig beroepsprofiel*. NRV, Zoetermeer 1988.
 Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), *Advies functie-differentiatie in de verpleging*. NRV, Zoetermeer 1990.
 Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), *Onderzoeksprogramma kwaliteit van zorg 1992-1996*. NWO, gebied medische wetenschappen, 1992.
 Nollen, C.L.M., *Zorgkwaliteit van twee deskundigheidsniveaus binnen complexe verpleegsituaties in de wijkverpleging*. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1990.

Oudenampsen, D., R. Rijkschroeff & L. van de Venne, *Kwaliteitscriteria van de eerste lijn en kwaliteitsbevordering door de decentrale patiëntenplatforms*. Stichting Kohnstamm Fonds voor Onderwijsresearch SCO, Amsterdam 1993.
 Ovretveit, J., *Health service quality: an introduction to quality methods for health services*. Blackwell Scientific, London 1992.

Parasuraman, A., V.A. Zeithaml & L.L. Berry, 'A conceptual model of service quality and its implications for future research'. In: *Journal of Marketing* 49, 1985, pp. 41-50.
 Pascoe, G.C., 'Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis'. In: *Evaluation and Program Planning* 6, 1983, pp. 185-210.
 Post, M.W.M., I.J.M. van den Arend, P.J.M. Dingemans e.a., 'Kwaliteit van de zorgverlening: het patiëntenperspectief'. In: *Kwaliteit en Zorg* 2, 1993, pp. 50-60.

- Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), *Advies kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek*. RGO, 's- Gravenhage 1990.
- Riordan, J., 'Prestige: key to job satisfaction for community health nurses'. In: *Public Health Nursing* 8, 1991, no. 1, pp. 59-64.
- Riordan, R.J. & S.K. Saltzer, 'Burnout prevention among health care providers working with the terminally ill: a literature review'. In: *OMEGA* 25, 1992 no. 1, pp. 17-24.
- Ruijters, R.F.M. & F.C.J. Stevens, 'Organisatiestructuur, rolduidelijkheid, arbeidssatisfactie en het oordeel van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen'. In: *Verpleegkunde* 2, 1993, pp. 107-115.
- Salancik, G.R. & J. Pfeffer, 'A social information processing approach to job attitudes and task design'. In: *Administrative Science Quarterly* 23, 1978, pp. 224-253.
- Schaufeli, W.B. & D. van Dierendonck, 'Betrouwbaarheid en validiteit van de Utrechtse Coping Lijst'. In: *Gedrag & Gezondheid* 1, 1992.
- Schaufeli, W.B. & D. van Dierendonck, 'Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)'. In: *Gedrag & Gezondheid* 22, 1994, no. 4, pp. 153-171.
- Schreurs, P.J.G., G. van de Willige, B. Tellegen e.a., *De Utrechtse Coping Lijst: UCL-handleiding*. Zwets & Zeitlinger, Lisse 1988.
- Siefert, K., S. Jayaratne & W.A. Chess, 'Job satisfaction, burnout, and turnover in health care social workers'. In: *Health and Social Work* 16, 1991, no. 3, pp. 193-202.
- Sitter, L.U. de, 'Kenmerken en de functies van de kwaliteit van de arbeid'. In: J.J.J. van Dijck, J.A.P. van Hoof, A.L. Mok e.a. (red.), *Kwaliteit van de arbeid: een sociologische verkenning*. Stenfert Kroese, Leiden 1980.
- Sixma, H.J., J.J. Kerssens, C. van Kampen & L. Peters, 'Quality of care from the patient's perspective: a theoretical approach'. In druk.
- Strasser, S., L. Aharony & D. Greenberger, 'The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model'. In: *Medical Care Review* 50, 1993, no. 2, pp. 219-248.
- Tempelman, C.J.J., *Welbevinden bij ouderen: constructie van een meet-instrument*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- Thomas, J., R. Griffin, 'The social information processing model of task design: a review of the literature'. In: *Academy of Management Review* 8, 1983, pp. 672-682.

- Til, C. van, *Complexiteits-scorelijst. Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid voor de bepaling van het deskundigheidsniveau van de hulpverlener*. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1993.
- Til, C. van, R. Halfens & L. Hollands, 'Deskundigheidsniveaus: gerelateerd aan complexiteit van wijkverpleegkundige zorg'. In: *Verpleegkunde* 1, 1994, pp. 28-38.
- Traynor, M. & B. Wade, 'The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts'. In: *Journal of Advanced Nursing* 18, 1993, pp. 127-136.
- Turner, A.N. & P.R. Lawrence, *Industrial jobs and the worker*. Harvard Graduate School of Business Administration, Boston 1965.
- Verheij, R.A., W.M.C.M. Caris-Verhallen & A. Kerkstra, *Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Ervaringen van hulpverleners en cliënten*. NIVEL, Utrecht 1993.
- Verran, J.A. & P.J. Reid, 'Replicated testing of the nursing technology model'. In: *Nursing Research* 36, 1987, no. 3, pp. 190-194.
- Vorst-Thijssen, A., A. van den Brink-Muinen & A. Kerkstra, *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland*. NIVEL, Utrecht 1990.
- Vrieling, H., *Deskundigheid op maat. Beleidsnota 1e en 2e deskundigheidsniveau*. Stichting Amsterdams Kruiswerk, Amsterdam 1990.
- Waal, M.A.E. van der, A.C. Nievaard & A.F. Casparie, *Patiëntenraadpleging bij twee gezondheidscentra in Rotterdam*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Rotterdam 1994.
- Wade, B. & M. Degehammer, 'The development of a measure of job satisfaction for use in evaluating change in the system of care delivery'. In: *Scandinavian Journal of Caring Science* 5, 1991, no. 4, pp. 195-201.
- Wade, B.E., 'The job satisfaction of health visitors, district nurses and practice nurses working in areas served by four trusts: year 1'. In: *Journal of Advanced Nursing* 18, 1993, pp. 992-1004.
- Walcott-McQuigg, J.A. & N.E. Ervin, 'Stressors in the workplace: community health nurses'. In: *Public Health Nursing* 9, 1992, no. 1, pp. 65-71.
- Wijdeven, C., *Partners op verschillend niveau*. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1989.

BIJLAGE 1

OMSCHRIJVINGEN VAN DE CENTRALE BEGRIPPEN IN HET JOB CHARACTERISTICS MODEL

De centrale taakkenmerken

- Afwisseling (*skill variety*): de mate waarin verschillende taken zijn vereist en waarvoor verschillende vaardigheden van de werknemer nodig zijn.
- Identiteit (*task identity*): de mate waarin voltooiing van een afgerond en identificeerbaar product is vereist; dat wil zeggen: werk verrichten van begin tot eind met een zichtbaar resultaat.
- Belang (*task significance*): de mate waarin het werk voor anderen, binnen of buiten de organisatie, van essentieel belang is.
- Autonomie (*autonomy*): de mate waarin het werk substantiële vrijheid, onafhankelijkheid en discretie verschaft aan de werknemer in het maken van een dienstrooster en in het vaststellen van de te gebruiken procedures om het werk uit te voeren.
- Feedback van het werk (*feedback from the job itself*): de mate waarin door de werknemer directe en duidelijke informatie wordt verkregen over de doelmatigheid van de werkuitvoering.

Tevens worden er twee dimensies toegevoegd die bruikbaar kunnen zijn voor het inzicht in taken en de reacties van de werknemer hierop.

- Feedback van collega's (*feedback from agents*): de mate waarin een werknemer duidelijke informatie ontvangt van leidinggevendenden of collega's. (Deze dimensie is niet zozeer een kenmerk van het werk zelf, maar is bedoeld om aanvullende informatie te geven op de dimensie 'feedback van het werk'.)
- Contact met derden (*dealing with others*): de mate waarin het werk vereist dat de werknemer nauw samenwerkt met anderen tijdens de werkuitvoering (inclusief omgang met andere organisatieleden en klanten van externe organisaties).

De kritisch psychologische kenmerken

- Ervaren betekenis (*experienced meaningfulness of the work*): de mate waarin de werknemer het werk ervaart als algemeen zinvol, waardevol en lonend.
- Ervaren verantwoordelijkheid (*experienced responsibility for work outcomes*): de mate waarin de werknemer zich persoonlijk verantwoordelijk voelt voor de resultaten van het werk dat hij doet.
- Kennis van resultaten (*knowledge of results*): de mate waarin de werknemer continu op de hoogte is van de effectiviteit van zijn werkuitvoering.

De persoonlijke en werkeffecten

- Motivatie (*internal work motivation*): de mate waarin de werknemer zelf gemotiveerd is om het werk effectief uit te voeren; dat wil zeggen: de werknemer ervaart positieve gevoelens als hij het werk effectief verricht en negatieve gevoelens wanneer hij het slecht doet.
- Algemene tevredenheid (*general satisfaction*): een totaalscore over de mate waarin de werknemer tevreden is met zijn werk.
- Specifieke tevredenheid (*specific satisfaction*): een aantal korte schalen verschaft verschillende tevredenheidsscores: werkveiligheid, loon en andere vergoedingen, leidinggevend en collega's (social satisfaction), supervisie en mogelijkheid voor persoonlijke groei en ontwikkeling in het werk (growth satisfaction).
- Effectiviteit van het werk (*work effectiveness*): dit omvat zowel de kwaliteit als de kwantiteit van het werk. Als werk een hoog motiverend vermogen heeft, wordt verondersteld dat de uitvoerenden een kwalitatief goed product proberen te leveren. De kwantiteit kan toenemen als de herverdeling van werk leidt tot een hogere motivatie van de uitvoerenden, of als ondoelmatigheden of overtolligheden worden opgelost. Tevens is het mogelijk dat de kwantiteit afneemt als de uitvoerenden een hogere kwaliteit proberen te leveren.

De modererende factoren

- Individuele groei-behoefte (*individual growth need strength*): de kracht van het verlangen van de werknemer om 'growth satisfaction' uit zijn werk-praktijk te verkrijgen. Deze dimensie wordt beschouwd als een buigzaam, individueel verschillende eigenschap, waarvan wordt voorspeld dat hij invloed heeft op de mate waarin een werknemer positief reageert op werk met objectief gezien een hoog motiverend vermogen (MPS).

- Kennis en vaardigheden (*knowledge and skills*): door werk met een hoog motiverend vermogen zullen personen die voldoende kennis en vaardigheden hebben substantiële positieve gevoelens ervaren. Echter, als mensen niet voldoende competent zijn om het werk goed te verrichten, zullen zij een gevoel van ongeluk en frustratie ervaren.
- Tevredenheid met de werkcontext (*context satisfaction*): verwacht wordt dat personen die tevreden zijn met de werkcontext (loon, veiligheid, collega's, leidinggevenden) positiever reageren op verrijkt en uitdagend werk dan individuen die ontevreden zijn over aspecten van de werkcontext.

BIJLAGE 2

DEFINITIES VAN DE

KWALITEITSASPECTEN

In deze bijlage zijn de definities van de verschillende kwaliteitsaspecten gepresenteerd (geformuleerd door Post e.a. 1993).

Structuur

1

Beschikbaarheid

De mate waarin de voor de patiënt/consument geëigende zorg beschikbaar is (ook wachtlijsten, wachttijden, indicatiecriteria, kosten, en dergelijke) (deze definitie omvat tevens het NWO-aspect toegankelijkheid).

2

Bereikbaarheid

De fysieke en geografische bereikbaarheid van de zorg, inclusief de vereiste outillage, de toegankelijkheid van het gebouw en dergelijke.

3

Accommodatie

De mate waarin de patiënt/consument meent dat de instelling of organisatie in fysiek opzicht geschikt is voor de te verlenen zorg, in het bijzonder de ambiance (ruimten, kleuren, comfort), hygiëne, (brand)veiligheid en ruimtelijke privacy.

Technische werkstijl

4

Indicatiestelling

De juistheid en snelheid waarmee de indicatie is gesteld (deze definitie omvat tevens het NWO-aspect 'voorkomen overbodige zorg').

5

Zorgvuldigheid

De mate waarin de beroepsbeoefenaar de voor de uitoefening van zijn/haar beroep noodzakelijke kennis en vaardigheden op een juiste wijze toepast (deze definitie omvat tevens de NWO-aspecten 'deskundigheid, geschiktheid, veiligheid en hygiëne').

6

Continuïteit

Het aantal hulpverleners waar de patiënt/consument mee te maken heeft (gehad), de mate waarin de door verschillende beroepsbeoefenaren verleende zorg op elkaar is afgestemd en de mate waarin zorggedragen wordt voor een goede overdracht van de behandeling (in geval van meerdere zorgverleners, vervanging of opvolging).

7

Voeding

De mate waarin de geïndiceerde of afgesproken voeding wordt verstrekt en de kwaliteit van deze voeding (temperatuur, smaak, wijze van opdienen en dergelijke).

8

Ondersteuning mantelzorg

De mate waarin voldoende zorg en ondersteuning in het thuismilieu aanwezig is, en deze mantelzorg door de beroepsbeoefenaren wordt ondersteund.

Interpersoonlijke werkstijl

9

Bejegening

De mate waarin de beroepsbeoefenaar de patiënt/consument als gelijkwaardig medemens beschouwt en diens waardigheid en eigen verantwoordelijkheid tot uitgangspunt neemt (deze definitie omvat tevens de NWO-aspecten 'coöperatie, zelfstandigheid, betrokkenheid patiënt en bevorderen zelfzorg').

10

Informatieverschaffing

De mate waarin de beroepsbeoefenaar de relevante informatie aan de patiënt/consument en zonodig aan de naaste omgeving verstrekt, zowel op eigen initiatief als desgevraagd (deze definitie omvat tevens de NWO-aspecten 'verantwoordingsbereidheid en betrokkenheid patiënt').

11

Begeleiding

De mate waarin de beroepsbeoefenaar in staat is zich in te leven in de positie van zijn/haar patiënt/consument en niet alleen de ziekte, maar ook de zieke te behandelen.

12

Privacy

De mate waarin de persoonlijke levenssfeer van de patiënt wordt geëerbiedigd en de geheimhoudingsplicht in acht wordt genomen (deze definitie omvat tevens het NWO-aspect 'materiële privacy').

Uitkomst

13

Doeltreffendheid

De mate waarin de zorg de gezondheidstoestand daadwerkelijk verbetert, dan wel de achteruitgang daarvan stopt of vertraagt.

14

Belasting

De mate waarin de patiënt/consument in zijn/haar totale functioneren wordt belast (fysiek, psychisch, sociaal) door de verleende zorg, inclusief eventuele neven- of bijwerkingen daarvan.

15

Doelmatigheid

De verhouding tussen de doeltreffendheid van de zorg en de belasting van de patiënt/consument door die zorg.

BIJLAGE 3
VRAGENLIJST VOOR DE
HULPVERLENERS IN DE THUISZORG

Respondentnummer:

Toelichting

Met behulp van deze vragenlijst wordt door middel van uiteenlopende vragen geprobeerd een beeld te krijgen van verschillende aspecten binnen uw werk. Per vraag kunt u steeds kiezen uit een aantal antwoordmogelijkheden. Omdat voor het onderzoek alle vragen van groot belang zijn wil ik u vragen geen vragen over te slaan. Voor eventuele aanvullende opmerkingen is aan het einde van de vragenlijst ruimte gereserveerd.

A

Het verpleegkundig proces

Om een algemeen beeld te kunnen krijgen van de taakverdeling binnen het verpleegkundig proces dient u hieronder aan te geven wie de verschillende fases van het verpleegkundig proces uitvoert (wv = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzickenverzorgende).

1

Wie verricht de verpleegkundige anamnese als een cliënt in zorg komt?

alleen een wv een wv of wzv intakefunctionaris
 alleen een wzv wv en wzv gezamenlijk anders, namelijk:

2

Wie formuleert de verpleegkundige diagnose als een cliënt in zorg komt?

alleen een wv een wv of wzv intakefunctionaris
 alleen een wzv wv en wzv gezamenlijk anders, namelijk:

3

Wie bepaalt de mate van complexiteit?

0 alleen een wv 0 een wv of wzv 0 intakefunctionaris
 0 alleen een wzv 0 wv en wzv **gezamenlijk** 0 anders, namelijk:

4

Wie maakt het verpleegplan naar aanleiding van de intake?

0 alleen een wv 0 een wv of wzv 0 intakefunctionaris
 0 alleen een wzv 0 wv en wzv **gezamenlijk** 0 anders, namelijk:

5

Wie verleent de verpleegkundige zorg in complexe verpleegsituaties?

0 alleen een wv 0 een wv of wzv 0 intakefunctionaris
 0 alleen een wzv 0 wv en wzv **gezamenlijk** 0 anders, namelijk:

6

Wie verleent de verpleegkundige zorg in niet complexe verpleegsituaties?

0 alleen een wv 0 een wv of wzv 0 intakefunctionaris
 0 alleen een wzv 0 wv en wzv **gezamenlijk** 0 anders, namelijk:

7

Wie stelt het verpleegplan bij tijdens de zorgverlening?

0 alleen een wv 0 een wv of wzv 0 intakefunctionaris
 0 alleen een wzv 0 wv en wzv **gezamenlijk** 0 anders, namelijk:

8

Wie evalueert de verpleegkundige zorg?

0 alleen een wv 0 een wv of wzv 0 intakefunctionaris
 0 alleen een wzv 0 wv en wzv **gezamenlijk** 0 anders, namelijk:

9

Door wie wordt structurele coördinatie met betrekking tot het totale hulpverleningssysteem (multidisciplinair) verricht?

0 alleen een wv 0 een wv of wzv 0 intakefunctionaris
 0 alleen een wzv 0 wv en wzv **gezamenlijk** 0 anders, namelijk:

10

Hoe vaak verricht u de volgende handelingen?

	zelden of nooit	soms	vaak	zeer vaak
a huishoudelijke activiteiten	1	2	3	4
b lichamenlijk-hygiënische verzorging	1	2	3	4
c verpleeg-technische handelingen (bijvoorbeeld wondverzorging, injecteren)	1	2	3	4
d medisch-technische handelingen (de voorbehouden handelingen, zoals epidurale pijnbestrijding)	1	2	3	4
e het geven van voorlichting	1	2	3	4
f psychosociale begeleiding van de cliënt	1	2	3	4
g begeleiding van de mantelzorg	1	2	3	4
h het observeren en vroegtijdig signaleren van <i>nieuwe</i> symptomen van ziekte of handicap op lichamenlijk, psychisch of sociaal vlak	1	2	3	4
i multidisciplinaire coördinatie	1	2	3	4

B**Beoordeling van werkkenmerken**

Onderstaande vragen hebben betrekking op uw werksituatie in het algemeen. Deze lijst bevat een aantal 'schalen' voor het beoordelen van een aantal werkkenmerken. Het is de bedoeling dat u als het ware van een afstand naar uw werk kijkt en aangeeft in welke mate bepaalde kenmerken voorkomen. Bij deze vragen gaat het *niet* om de tevredenheid met deze kenmerken. Dergelijke vragen komen verderop aan de orde. Van u wordt gevraagd het werk op allerlei aspecten te scoren. Van elk aspect wordt een omschrijving gegeven. Daaronder vindt u een 'schaal' met zeven genummerde hokjes. Links boven die schaal vindt u een zwakke intensiteit en rechts een sterke intensiteit van het betreffende werkkenmerk. Wij vragen u de positie van uw werk op de schaal aan te geven door een kruisje te tekenen in een van de zeven hokjes. Als u vindt dat een bepaalde vraag niet op u van toepassing is, dan kunt u dat aangeven door het rondje bij 'niet van toepassing' aan te kruisen. Sla s.v.p. geen enkele vraag over.

1

De mate waarin u in het algemeen zelf uw werktempo bepaalt.

Mijn werktempo wordt geheel van <i>buitenaf</i> opgelegd				Mijn werktempo wordt geheel door <i>mijzelf</i> bepaald			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

2

De mate waarin u precies weet wat uw verantwoordelijkheden zijn.

Ik weet <i>helemaal niet</i> wat mijn verantwoordelijkheden zijn				Ik weet <i>precies</i> wat mijn verantwoordelijkheden zijn			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

3

De mate waarin verschillende vaardigheden en kennis zijn vereist voor het verrichten van uw werk.

<i>Weinig of geen</i> verschillende vaardigheden en kennis zijn vereist				<i>Veel</i> verschillende vaardigheden en kennis zijn vereist			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

4

De mate waarin u werkzaamheden verricht met betrekking tot de intake bij een cliënt die in zorg komt (gegevensverzameling die wordt afgesloten met een indicatiestelling).

Ik verricht <i>nooit</i> een intake				Ik verricht <i>regelmatig</i> een intake			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

5

De mate waarin er tijdens het werk gelegenheid is voor het volgen van bijscholingscursussen.

Tijdens het werk is er <i>weinig of geen</i> gelegenheid voor bijscholing				Tijdens het werk is er <i>zeer veel</i> gelegenheid voor bijscholing			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

6

De ruimte die het werk biedt om aan collega's steun te geven.

Ik krijg <i>weinig of geen</i> ruimte				Ik krijg <i>zeer veel</i> ruimte voor het			
voor het geven van sociale steun				geven van sociale steun			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

7

Feedback van het werk zelf. De mate waarin u uit de door u verrichte werkzaamheden kunt opmaken in hoeverre u uw werk goed of slecht verricht.

Ik krijg <i>weinig of geen</i>				Ik krijg <i>zeer veel</i> feedback			
feedback van het werk zelf				van het werk zelf			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

8

De mate waarin u zelf kunt beslissen over de volgorde van uw werkzaamheden.

Ik kan <i>niet zelf</i> beslissen				Ik kan <i>helemaal zelf</i> beslissen			
over de volgorde van mijn				over de volgorde van mijn			
werkzaamheden				werkzaamheden			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

9

De mate waarin u precies weet welke handelingen u wel en niet mag verrichten.

Ik weet <i>helemaal niet</i> welke				Ik weet <i>precies</i> welke			
handelingen ik wel en				handelingen ik wel en			
niet mag verrichten				niet mag verrichten			
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

10

De mate waarin het werk dat u moet verrichten eenvoudig is en bestaat uit zich herhalende werkzaamheden.

Het werk is *zeer* eenvoudig en bestaat uit *veel* herhaling

Het werk is *helemaal niet* eenvoudig en bestaat uit *weinig* herhaling

1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

11

De mate waarin u betrokken bent bij het formuleren van de (verpleegkundige) diagnose bij een cliënt die in zorg komt.

Ik ben *nooit* betrokken bij de diagnose-formulering

Ik ben *altijd* betrokken bij de diagnose-formulering

1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

12

De mate waarin u werkt onder tijdsdruk.

Ik werk *niet of nauwelijks* onder tijdsdruk

Ik werk onder *hoge* tijdsdruk

1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

13

Feedback van de teamleiding. De mate waarin uw leidinggevende duidelijk laat blijken in hoeverre u uw werk goed of slecht verricht.

Ik krijg *weinig of geen* feedback van de teamleiding

Ik krijg *zeer veel* feedback van de teamleiding

1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

14

De mate waarin uw werk een belangrijke bijdrage levert aan het totale 'product' van de thuiszorgorganisatie.

Mijn werk levert een *zeer* belangrijke bijdrage aan het totale product van de thuiszorgorganisatie

Mijn werk levert *geen* belangrijke bijdrage aan het totale product van de thuiszorgorganisatie

1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

15

De mate waarin u zelf kunt beslissen over de wijze waarop u zorg verleent.

Ik kan *niet zelf* beslissen over de wijze van zorg verlenenIk kan *helemaal zelf* beslissen over de wijze van zorg verlenen

1 2 3 4 5 6 7

0 niet van toepassing

16

De mate waarin u in het algemeen precies weet wat van u in uw werk wordt verwacht.

Ik weet *helemaal niet* wat van mij wordt verwachtIk weet *precies* wat van mij wordt verwacht

1 2 3 4 5 6 7

0 niet van toepassing

17

De mate waarin u verschillende werkzaamheden moet verrichten tijdens uw werk.

Ik verricht *weinig* verschillende werkzaamhedenIk verricht *veel* verschillende werkzaamheden

1 2 3 4 5 6 7

0 niet van toepassing

18

De mate waarin u betrokken bent bij de evaluatie van de door u verleende zorg.

Ik ben *nooit* betrokken bij de evaluatieIk ben *altijd* betrokken bij de evaluatie

1 2 3 4 5 6 7

0 niet van toepassing

19

Het aantal collega's waarmee u in de werksituatie contact kunt hebben.

Ik kan met *weinig of geen* mensen contact hebben in de werksituatieIk kan met *zeer veel* mensen contact hebben in de werksituatie

1 2 3 4 5 6 7

0 niet van toepassing

20

De mate waarin het werk de gelegenheid biedt tot sociale contacten (met collega's en andere hulpverleners).

Mijn werk biedt <i>weinig of geen</i>					Mijn werk biedt <i>zeer veel</i>		
gelegenheid tot sociale contacten					gelegenheid tot sociale contacten		
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

21

De mate waarin cliënten uw werk belangrijk vinden.

Cliënten vinden mijn werk					Cliënten vinden mijn werk		
<i>niet of nauwelijks</i> belangrijk					<i>zeer</i> belangrijk		
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

22

De mate waarin uw werk is afgeleid van voor u duidelijke doelstellingen ten behoeve van de zorg.

Het werk is afgeleid van					Het werk is afgeleid van		
<i>geen duidelijke</i> doelstellingen					<i>zeer duidelijke</i> doelstellingen		
ten behoeve van de zorg					ten behoeve van de zorg		
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

23

De mate waarin het u duidelijk is wanneer u zelfstandig beslissingen mag nemen over de verpleging en/of verzorging van cliënten.

Het is voor mij <i>zeer onduidelijk</i>					Het is voor mij <i>geheel duidelijk</i>		
wanneer ik zelfstandig mag					wanneer ik zelfstandig mag		
beslissen over de zorgverlening					beslissen over de zorgverlening		
1	2	3	4	5	6	7	
0	niet van toepassing						

24

De mate waarin u tijdens het werk zowel curatieve als preventieve werkzaamheden verricht.

Ik verricht <i>alleen maar</i>				Ik verricht <i>zowel</i> curatieve		
curatieve werkzaamheden				<i>als</i> preventieve werkzaamheden		
1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

25

De mate waarin het werk de gelegenheid biedt om vakinhoudelijk en persoonlijk bij te leren en te groeien.

Het werk biedt <i>weinig of geen</i>				Het werk biedt <i>zeer veel</i>		
gelegenheid tot vakinhoudelijke				gelegenheid tot vakinhoudelijke		
en persoonlijke groei				en persoonlijke groei		
1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

26

Feedback van collega's. De mate waarin de collega's duidelijk laten blijken in hoeverre u uw werk goed of slecht verricht.

Ik krijg <i>weinig of geen</i> feedback				Ik krijg <i>zeer veel</i> feedback		
van mijn collega's				van mijn collega's		
1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

27

Feedback van cliënten. De mate waarin cliënten duidelijk laten blijken in hoeverre u uw werk goed of slecht verricht.

Ik krijg <i>weinig of geen</i> feedback				Ik krijg <i>zeer veel</i> feedback		
van cliënten				van cliënten		
1	2	3	4	5	6	7
0	niet van toepassing					

28

De mate waarin andere organisaties of hulpverleners uw werk belangrijk vinden.

Andere organisaties of hulpverleners vinden mijn werk <i>niet of nauwelijks</i> belangrijk					Andere organisaties of hulpverleners vinden mijn werk <i>zeer</i> belangrijk		
1	2	3	4	5	6	7	
0				niet van toepassing			

29

Tot slot van de taakkenmerken volgen nog tien vragen specifiek gericht op de mate van autonomie binnen uw werk.

Achter elke uitspraak staan vijf cijfers. De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = zeer weinig mogelijkheid

2 = weinig mogelijkheid

3 = enige mogelijkheid

4 = veel mogelijkheid

5 = zeer veel mogelijkheid

In welke mate biedt het werk de mogelijkheid om:

1	zelf een manier van werken te kiezen	1	2	3	4	5
2	de plaats waar men op een bepaald moment werkt te verlaten wanneer men dat wil	1	2	3	4	5
3	zelf de werkdoelen te bepalen	1	2	3	4	5
4	zelf de volgorde van de werkzaamheden te bepalen	1	2	3	4	5
5	zelf te beoordelen of men het werk goed of slecht heeft gedaan	1	2	3	4	5
6	het werk te onderbreken wanneer men dat wil	1	2	3	4	5
7	zelf te bepalen hoevéél werk men gedurende een bepaalde periode verricht	1	2	3	4	5
8	zelf het werktempo te verhogen of te verlagen	1	2	3	4	5
9	zelf de werktijden te bepalen	1	2	3	4	5
10	zelf te bepalen wélke werkzaamheden men verricht	1	2	3	4	5

C

Uitspraken over het werk

Hierna vindt u een aantal uitspraken over het werk. Het is de bedoeling dat u aangeeft wat uw persoonlijke mening is over deze uitspraken. Achter elke uitspraak staan vijf cijfers. De betekenis van de cijfers is als volgt.

- 1 = daar ben ik het volstrekt niet mee eens
- 2 = daar ben ik het grotendeels niet mee eens
- 3 = daar ben ik het noch mee eens, noch mee oneens
- 4 = daar ben ik het grotendeels mee eens
- 5 = daar ben ik het volledig mee eens

Bij elke uitspraak kunt u door een cirkeltje om een van deze cijfers aangeven in hoeverre u het met de betreffende uitspraak *eens of oneens* bent. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat alleen om uw eigen mening.

- | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 1 | De werkzaamheden die ik verricht zijn overeenkomstig mijn kennis en vaardigheden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Wijkverpleegkundigen worden vaak ingezet in situaties waar ook een wijkzorgenverzorgende zou kunnen worden ingezet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Wijkverpleegkundigen worden vaak ingezet in situaties waar ook een gezinsverzorgende zou kunnen worden ingezet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Wijkzorgenverzorgenden worden vaak ingezet in situaties waar ook een gezinsverzorgende zou kunnen worden ingezet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Wijkzorgenverzorgenden verrichten vaak werkzaamheden waarvoor ze de vereiste deskundigheid missen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Gezinsverzorgenden verrichten vaak werkzaamheden waarvoor ze de vereiste deskundigheid missen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Mijn werk geeft mij veel voldoening | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Het werk dat ik hier doe is erg zinvol voor me | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Over mijn huidige werk ben ik enthousiast | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Mijn huidige werk geeft mij een goede kans te laten zien wat ik waard ben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Het laatste jaar is mijn werk interessanter geworden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Ik vind mijn werk eentonig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Mijn werk is van dien aard dat het waard is om je ervoor in te spannen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D**Tevredenheid met de werksituatie**

Nu volgt een aantal uitspraken over bepaalde aspecten van uw werksituatie waarbij u kunt aangeven *hoe tevreden* u bent met het betreffende aspect. De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = zeer ontevreden

2 = ontevreden

3 = neutraal

4 = tevreden

5 = zeer tevreden

Geef de mate van (on)tevredenheid aan door het omcirkelen van een van de cijfers achter elke uitspraak.

Hoe tevreden bent u met:

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | De mate waarin uw werk een zekere stabiliteit vertoont | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | De mate waarin u goede vrienden kunt maken onder uw collega's | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | De mate waarin u van tevoren weet wat voor werk u opgedragen krijgt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 4 De mate waarin u met uw cliënten goede contacten kunt onderhouden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 De mate waarin u over het algemeen tijd heeft uw cliënten goed te verzorgen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 De mate waarin uw leidinggevende bij moeilijkheden achter u staat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 De mate waarin het werk u het gevoel geeft dat u werkelijk iets kunt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 De mate waarin u uw collega's graag mag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 De mate waarin u individuele zorgverlening aan uw cliënten kunt geven | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 De mate waarin u uw cliënten graag mag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 De mate waarin uw leidinggevende de ontplooiing van uw capaciteiten stimuleert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 De mate waarin u uw vaardigheden en mogelijkheden kunt gebruiken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 De mate waarin u in uw werk kunt laten merken dat u uw collega's sympathiek vindt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 De mate waarin uw leidinggevende op de hoogte is van de gang van zaken binnen uw team | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 De mate waarin het mogelijk is cliëntenzorg te verlenen die overeenkomt met uw eigen maatstaven | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 De mate waarin u het gevoel hebt dat u bij uw team hoort | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 17 De mate waarin u in uw werk kunt laten merken dat u de cliënten sympathiek vindt 1 2 3 4 5
- 18 De mate waarin uw leidinggevende waardering laat blijken als u goed werk aflevert 1 2 3 4 5
- 19 De mate waarin er vaste en duidelijk omschreven regels zijn waaraan u zich kunt houden 1 2 3 4 5
- 20 De mate waarin u het gevoel hebt dat de leiding van het team goed verloopt 1 2 3 4 5
- 21 De mate waarin u het gevoel hebt dat uw collega's u een 'geschikte kerel/meid' vinden 1 2 3 4 5
-
- 22 De mate waarin uw werk het beste uit u haalt waartoe u in staat bent 1 2 3 4 5
- 23 De mate waarin u verteld wordt wat er van u verwacht wordt 1 2 3 4 5
- 24 De mate waarin het mogelijk is het uw cliënten naar hun zin te maken 1 2 3 4 5
-
- 25 De mate waarin het u het gevoel hebt dat de cliënten u een 'geschikte kerel/meid' vinden 1 2 3 4 5
- 26 De mate waarin u te maken hebt met collega's die u graag mogen 1 2 3 4 5
- 27 De mate waarin de leidinggevende zijn/haar vak goed verstaat 1 2 3 4 5
- 28 De mate waarin het mogelijk is psychosociale begeleiding aan uw cliënten te geven 1 2 3 4 5

- 29 De mate waarin u te maken hebt met cliënten die u graag mogen 1 2 3 4 5
- 30 De mate waarin u met andere hulpverleners een goede relatie kunt onderhouden 1 2 3 4 5
- 31 De mate waarin u zelfvertrouwen aan uw werk kunt ontleen 1 2 3 4 5
- 32 De hoeveelheid tijd die u per cliënt beschikbaar heeft 1 2 3 4 5

E**Gezondheid**

Dit gedeelte van de vragenlijst heeft betrekking op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Wilt u aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is door het best passende antwoord te omcirkelen?

De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = nooit

2 = bijna nooit

3 = zelden

4 = soms

5 = vaak

6 = bijna altijd

7 = altijd

- 1 Ik voel me mentaal uitgeput door mijn dienst 1 2 3 4 5 6 7
- 2 Aan het einde van een dienst voel ik me leeg 1 2 3 4 5 6 7
- 3 Ik voel me vermoeid als ik opsta en er weer een werkdag voor me ligt 1 2 3 4 5 6 7
- 4 Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van mijn cliënten 1 2 3 4 5 6 7

- | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | Ik heb het gevoel dat ik sommige van mijn cliënten te onpersoonlijk behandel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | De hele dag met mensen werken vormt een zware belasting voor mij | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Ik weet de problemen van mijn cliënten adequaat op te lossen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn werk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen sinds ik dit werk doe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | Ik maak me zorgen dat mijn werk mij gevoelsmatig afstompt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Ik voel me vol met energie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13 | Ik voel me gefrustreerd door mijn werk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 | Ik denk dat ik me te veel inzet voor mijn werk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | Het kan me niet echt schelen wat er met sommige cliënten gebeurt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16 | Het direct werken met mensen roept spanningen bij me op | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17 | Met mijn cliënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18 | Het werken met cliënten vrolijkt me op | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- 19 Ik heb in dit werk veel waardevolle dingen bereikt 1 2 3 4 5 6 7
- 20 Ik voel me aan het eind van mijn latijn 1 2 3 4 5 6 7
- 21 In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen 1 2 3 4 5 6 7
- 22 Ik heb het gevoel dat cliënten mij hun problemen verwijten 1 2 3 4 5 6 7
- 23 Kunt u aangeven hoe in het algemeen uw gezondheidstoestand is?
1 = heel slecht
2 = slecht
3 = niet slecht, niet goed
4 = goed
5 = heel goed
-
- 24 Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen twaalf maanden ziek gemeld?
... keer
- 25 Hoeveel dagen (kalenderdagen van ziekmelding tot herstelmelding) bent u in de afgelopen twaalf maanden wegens ziekte afwezig geweest?
... dagen
-
- 26 Heeft u de laatste drie maanden last van uw rug gehad?
0 = nee
1 = ja
- 27 Hoe vaak heeft u in de laatste drie maanden een periode rugklachten gehad?
1 = 1x
2 = 2x
3 = meer dan 2x

F**De 'ideale' baan**

Hieronder is een aantal vragen opgenomen waarbij u de mogelijkheid krijgt aan te geven hoe *aantrekkelijk* bepaalde aspecten in een baan voor u zijn. Het gaat er dus niet om hoe u tegen uw huidige werk aankijkt, maar hoe aantrekkelijk bepaalde aspecten zijn in een voor u 'ideale' baan. Mensen kunnen van mening verschillen over de punten die een baan aantrekkelijk maken. Bijvoorbeeld: er zijn mensen die graag in hun eentje willen werken, terwijl anderen er juist de voorkeur aan geven veel mensen om zich heen te hebben. Achter elke vraag staan vijf cijfers. De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = niet aantrekkelijk

2 = weinig aantrekkelijk

3 = tamelijk aantrekkelijk

4 = zeer aantrekkelijk

5 = uiterst aantrekkelijk

Bij elke vraag kunt u door een cirkeltje om één van deze cijfers aangeven hoe aantrekkelijk dat betreffende aspect voor u is.

Hoe aantrekkelijk is voor mij een werksituatie waarin:

- | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Ik samen met collega's moet werken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Ik de mogelijkheid heb om vooruit te komen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Ik steeds iets anders moet doen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Precies gezegd wordt hoe ik mijn taak moet uitvoeren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Ik altijd in groepsverband werk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Samenwerking met anderen beslist noodzakelijk is | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Ik zelf kan bepalen wanneer ik begin met een bepaalde taak | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Ik gelegenheid heb vaak iets anders te doen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9	Ik zelf kan bepalen hoe lang ik over iets doe	1	2	3	4	5
10	Mijn werk in hoog aanzien staat	1	2	3	4	5
11	Ik mezelf verder kan ontwikkelen	1	2	3	4	5
12	Ik met anderen moet samenwerken	1	2	3	4	5
13	Ik vooruitzicht heb op een betere positie	1	2	3	4	5
14	Ik te horen krijg wat ik wel en niet moet doen	1	2	3	4	5
15	Ik door mijn werk respect verwerf	1	2	3	4	5
16	Ik kan werken volgens duidelijke instructies	1	2	3	4	5
17	Ik merk dat mijn taak belangrijk is	1	2	3	4	5
18	Ik promotie kan maken	1	2	3	4	5
19	Ik verdere opleiding kan volgen	1	2	3	4	5
20	Ik deel uitmaak van een groep mensen die als team een taak moeten uitvoeren	1	2	3	4	5
21	Ik de kans krijg afwisselend werk te doen	1	2	3	4	5
22	Ik mijn eigen werktempo kan bepalen	1	2	3	4	5
23	Ik nauwkeurige richtlijnen moet volgen	1	2	3	4	5
24	Ik werk doe waardoor ik aanzien geniet	1	2	3	4	5
25	Ik moet werken volgens methoden waarvan niet mag worden afgeweken	1	2	3	4	5
26	Ik de kans krijg carrière te maken	1	2	3	4	5

27 Ik gezamenlijk met anderen aan dezelfde taak werk	1	2	3	4	5
28 Ik mij aan een tijdschema kan houden	1	2	3	4	5
29 Ik moet werken volgens vaste voorschriften	1	2	3	4	5
30 Ik steeds hogerop kan komen	1	2	3	4	5
31 Veel afwisseling in werkzaamheden bestaat	1	2	3	4	5
32 Ik telkens op een andere plaats moet zijn	1	2	3	4	5
33 Ik werk doe, dat hoog wordt aangeslagen	1	2	3	4	5

G

Omgaan met problemen en gebeurtenissen

Hieronder staat een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan doen als er problemen zijn of onplezierige gebeurtenissen. Wat men in een bepaald geval doet hangt sterk af van de aard van het probleem of de gebeurtenis. Toch reageert men *over het algemeen* op de ene of de andere manier. Wilt u achter iedere zin aangeven hoe vaak u in het algemeen op de beschreven manier reageert. De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = zelden of nooit

2 = soms

3 = vaak

4 = zeer vaak

1 Je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken	1	2	3	4
2 Toegeven om moeilijke situaties te vermijden	1	2	3	4
3 Je zorgen met iemand delen	1	2	3	4
4 Tegen jezelf zeggen dat het allemaal wel mee zal vallen	1	2	3	4
5 Problemen als een uitdaging zien	1	2	3	4

6	Afleiding zoeken	1	2	3	4
7	Een probleem van alle kanten bekijken	1	2	3	4
8	Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan	1	2	3	4
9	Kalm blijven in moeilijke situaties	1	2	3	4
10	Verskillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen	1	2	3	4
11	Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen	1	2	3	4
12	Proberen je te onttrekken aan een situatie	1	2	3	4
13	Wachten op betere tijden	1	2	3	4
14	Iemand om hulp vragen	1	2	3	4
15	Wegvluchten in fantasieën	1	2	3	4
16	De zaken eerst op een rij zetten	1	2	3	4
17	Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben	1	2	3	4
18	Op de een of andere manier proberen je prettiger te voelen	1	2	3	4
19	Je bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben	1	2	3	4
20	Je gevoelens tonen	1	2	3	4
21	Troost en begrip zoeken	1	2	3	4
22	De humoristische kant van problemen zien	1	2	3	4

23 Laten merken dat je ergens mee zit	1	2	3	4
24 Met vrienden of familieleden het probleem bespreken	1	2	3	4
25 De zaak zijn beloop laten	1	2	3	4

H

Personen met wie u te maken heeft

De volgende vragen hebben betrekking op personen waar u in uw werk mee te maken heeft. Wilt u dat antwoord omcirkelen dat *het meeste* met uw mening overeenkomt.

1 Hoe is de verstandhouding

	nvt	zeer goed	goed	matig	slecht
a met uw leidinggevende	0	1	2	3	4
b met uw collega's	0	1	2	3	4
c met andere disciplines of hulpverleners	0	1	2	3	4
d met uw levenspartner	0	1	2	3	4

2 Hoe vaak doen zich conflicten voor

	nvt	zeer vaak	vaak	af en toe	nooit
a met uw leidinggevende	0	1	2	3	4
b collega's	0	1	2	3	4
c andere disciplines of hulpverleners	0	1	2	3	4
d uw levenspartner	0	1	2	3	4

3 Wanneer er problemen in het werk zijn, kunt u er dan over praten

	nvt	altijd wel	meestal	vaak niet	nooit
a met uw leidinggevende	0	1	2	3	4
b collega's	0	1	2	3	4
c andere disciplines of hulpverleners	0	1	2	3	4
d uw levenspartner	0	1	2	3	4

4 In hoeverre kunt u op de volgende personen rekenen, wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt?

	nvt	altijd wel	meestal	vaak niet	nooit
a op uw leidinggevende	0	1	2	3	4
b collega's	0	1	2	3	4
c andere disciplines of hulpverleners	0	1	2	3	4
d uw levenspartner	0	1	2	3	4

5 Voelt u zich gewaardeerd in uw werk?

	nvt	altijd wel	meestal	vaak niet	nooit
a door uw leidinggevende	0	1	2	3	4
b collega's	0	1	2	3	4
c andere disciplines of hulpverleners	0	1	2	3	4
d uw levenspartner	0	1	2	3	4

I

Uitspraken over een onderscheid tussen de deskundigheden van de wijkverpleegkundige, wijkziekenverzorgende en gezinsverzorgende

Hierna vindt u een aantal uitspraken over het onderscheid tussen deskundigheden. Het is de bedoeling dat u aangeeft wat uw persoonlijke mening is over deze uitspraken. Achter elke uitspraak staan vijf cijfers. De betekenis van de cijfers is als volgt.

- 1 = daar ben ik het volstrekt niet mee eens
- 2 = daar ben ik het grotendeels niet mee eens
- 3 = daar ben ik het noch mee eens, noch mee oneens
- 4 = daar ben ik het grotendeels mee eens
- 5 = daar ben ik het volledig mee eens

Bij elke uitspraak kunt u door een cirkeltje om één van deze cijfers aangeven in hoeverre u het met de betreffende uitspraak eens of oneens bent. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat alleen om uw eigen mening (wv = wijkverpleegkundige; wzv = wijkziekenverzorgende; gv = gezinsverzorgende).

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv waarborgt de continuïteit van zorg | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | |
| 2 | Een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv leidt tot een betere coördinatie van de zorgverlening | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | |
| 3 | Een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv leidt tot een kwalitatief betere zorg | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | |
| 4 | Een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv leidt tot een efficiëntere (zo goedkoop mogelijke) inzet van personeel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | |
| 5 | Een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv leidt tot een effectievere (zo goed mogelijke) inzet van personeel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | |
| 6 | Een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv komt de ontwikkeling van de functie van wijkverpleegkundige, wijkziekenverzorgende en gezinsverzorgende ten goede | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | |
| 7 | Een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv vermindert de werkdruk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | |
| 8 | Door een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv wordt het zorgaanbod van de organisatie beter afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 9 Een duidelijk onderscheid tussen de deskundigheden van de wv, wzv en gv gaat ten koste van de arbeidsvreugde 1 2 3 4 5

J

Algemeen

Tot slot worden hieronder nog enkele vragen gesteld om een beeld te krijgen van de individuele kenmerken van de personen die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

- 1 Wat is uw leeftijd?
- ... jaar
- 2 Van welk geslacht bent u?
- man
- vrouw
- 3 Welke van de onderstaande opleidingen heeft u genoten?
- opleiding ziekenverzorgende
- wijk-applicatiecursus voor ziekenverzorgende
- MDGO-vz
- MDGO-vp
- in-service opleiding A en/of B
- MBO-V
- HBO-V
- MGZ
- VO-Management
- VO-Beroepsinnovatie
- VO-Verpleegkundig Specialist
- Verplegingswetenschap
- anders, namelijk
- 4 Wat is uw huidige functie?
- wijkziekenverzorgende
- wijkverpleegkundige *all-round*
- wijkverpleegkundige *ouder- en kindzorg*
- wijkverpleegkundige *thuiszorg/volwassenenzorg*
- andere functie, namelijk

- 5 Werkt u *momenteel* met een aandachtsgebied (bijvoorbeeld chronisch zieken, wondverzorging enzovoort)?
- ja
 - nee
- 6 Hoeveel jaar bent u reeds werkzaam in de wijkverpleging
... jaar
- 7 Hebt u een volledige baan (38 uur) of een deeltijdbaant?
- volledige baan
 - deeltijdbaant, namelijk ... uur per week
- 8 Aan hoeveel cliënten verleent u gemiddeld per ochtend zorg?
... cliënten
- 9 Aan hoeveel cliënten verleent u gemiddeld per middag zorg?
... cliënten

U bent hiermee aan het einde van de vragenlijst gekomen. Eventueel aanvullende opmerkingen over uw werk of de vragenlijst kunt u hieronder plaatsen. Hartelijk dank voor uw medewerking.

BIJLAGE 4
VRAGENLIJST VOOR HET METEN VAN
DE KWALITEIT VAN ZORG VANUIT HET CLIËNTENPERSPECTIEF

Zoals u weet wordt er momenteel een onderzoek gedaan naar de zorgverlening aan cliënten van het kruiswerk. We waarderen het bijzonder dat u heeft toegestemd deel te nemen aan dit onderzoek. Om misverstanden te voorkomen wijs ik u erop dat alles wat in dit vraaggesprek aan de orde komt strikt vertrouwelijk en anoniem wordt behandeld. Ook uw wijkverpleegkundige^[1] krijgt de informatie niet te zien.

- 1 Wat is het geslacht van de cliënt?
- 2 Wat is uw leeftijd?
- 3 Hoe is uw leefsituatie?
 - 1 alleenstaand
 - 2 samenwonend met partner
 - 3 samenwonend met kinderen
- 4 Wilt u bij de volgende uitspraken aangeven of u het er wel of niet mee eens bent?
 - 1 = niet mee eens
 - 2 = weet niet
 - 3 = helemaal mee eens

- | | | | |
|---|---|---|---|
| a Ik voel me prima | 1 | 2 | 3 |
| b Ik mankeer altijd wel wat | 1 | 2 | 3 |
| c Ik voel mezelf nog heel goed gezond | 1 | 2 | 3 |
| d Ik voel me vaak niet zo goed | 1 | 2 | 3 |
| e Vergeleken met mijn leeftijdsgenoten is mijn gezondheidstoestand uitstekend | 1 | 2 | 3 |

[1]
Waar in deze vragenlijst 'wijkverpleegkundige' staat, kan, afhankelijk van de cliëntsituatie, ook wijkziekenverzorgende of gezinsverzorgende worden gelezen.

- 5 Weet u wat de functie is van degene die u meestal komt verzorgen?
- 1 wijkverpleegkundige (wv)
 - 2 wijkzickenverzorgende (wzv)
 - 3 gezinsverzorgende (gv)
 - 4 wv/wzv/gv
 - 5 anders
 - 6 weet niet
- 6 Hoe lang krijgt u al hulp van de wijkverpleging?
- 1 minder dan 3 maanden
 - 2 3 tot 6 maanden
 - 3 6 tot 12 maanden
 - 4 langer dan 1 jaar
- 7 Hoeveel dagen per week komt de wijkverpleegkundige momenteel bij u op bezoek?
- 1 minder dan 1 dag per week
 - 2 1 dag per week
 - 3 2 dagen per week
 - 4 3 dagen per week
 - 5 4 dagen per week
 - 6 5 dagen per week
 - 7 6 dagen per week
 - 8 7 dagen per week

Ik ga u nu een aantal aspecten van de wijkverpleging noemen, waarbij ik graag van u wil weten hoe belangrijk u deze dingen vindt.

. = niet van toepassing

0 = weet niet

1 = niet belangrijk

2 = niet zo belangrijk

3 = redelijk belangrijk

4 = behoorlijk belangrijk

5 = heel erg belangrijk

Hoe belangrijk vindt u het dat:

- 8 de wijkverpleegkundige deskundig is?
(zorgvuldigheid) . 0 1 2 3 4 5
- 9 u altijd door dezelfde wijkverpleegkundige
wordt verzorgd? (continuïteit) . 0 1 2 3 4 5

- 10 vervangende wijkverpleegkundigen weten wat ze bij u moeten doen? (continuïteit) . 0 1 2 3 4 5
- 11 de wijkverpleegkundige uw naaste omgeving (familie en bekenden) bij de zorg betreft? (ondersteuning mantelzorg) . 0 1 2 3 4 5
- 12 de wijkverpleegkundige u als gelijkwaardig beschouwt? (bejegening) . 0 1 2 3 4 5
- 13 de wijkverpleegkundige u informatie geeft over uw ziekte en verzorging? (informatieverschaffing) . 0 1 2 3 4 5
- 14 u met de wijkverpleegkundige kunt praten over de gevolgen van uw ziekte in het dagelijkse leven? (begeleiding) . 0 1 2 3 4 5

U heeft zojuist aangegeven hoe belangrijk u verschillende aspecten van de verzorging vindt. Kunt u uit de onderdelen die u *heel erg* belangrijk vindt, één onderdeel kiezen dat u het meest belangrijk vindt in de zorgverlening. Ter herinnering noem ik nog eens de onderdelen die u als *heel erg* belangrijk heeft gewaardeerd.

15 Het meest belangrijke aspect is:

Ik ga u nu een aantal vragen stellen over de hulp die u van de wijkverpleging krijgt. Ik wil u vragen om aan te geven hoe vaak bepaalde zaken voorkomen. Als ik het heb over de wijkverpleegkundige, dan bedoel ik degene die u het meest verzorgt.

. = niet van toepassing

0 = weet niet

1 = nee, nooit

2 = nee, zelden

3 = soms wel/soms niet

4 = ja, vaak

5 = ja, altijd

Deskundigheid

- 16 Als u vragen heeft, weet de wijkverpleegkundige die dan direct te beantwoorden? 0 1 2 3 4 5

- 17 Is de wijkverpleegkundige volgens u goed op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen over uw ziekte? . 0 1 2 3 4 5
- 18 Heeft u weleens het idee dat de wijkverpleegkundige de kennis mist om u goed te kunnen helpen? . 0 1 2 3 4 5
- 19 Kan de wijkverpleegkundige u goed uitleggen waarom ze bepaalde handelingen verricht? . 0 1 2 3 4 5
- 20 Denkt u wel eens dat uw wijkverpleegkundige niet geschikt is voor zijn/haar vak . 0 1 2 3 4 5

Continuïteit

- 21 Wordt u wel eens door verschillende wijkverpleegkundigen verzorgd? . 0 1 2 3 4 5
- 22 Heeft u de indruk dat de samenwerking tussen de wijkverpleegkundigen onderling op rolletjes verloopt? . 0 1 2 3 4 5
- 23 Komt het wel eens voor dat de vervangers van uw eigen wijkverpleegkundige niet goed weten wat ze bij u moeten doen? . 0 1 2 3 4 5

Ondersteuning mantelzorg

- 24 Komt de wijkverpleegkundige juist voor die dingen die uw naaste omgeving (familie en bekenden) niet kan doen? . 0 1 2 3 4 5
- 25 Toont de wijkverpleegkundige belangstelling voor de mensen uit uw naaste omgeving (familie en bekenden)? . 0 1 2 3 4 5
- 26 Praat de wijkverpleegkundige wel eens met de mensen uit uw naaste omgeving (familie en bekenden)? . 0 1 2 3 4 5

Bejegening

- 27 Bent u te spreken over de manier waarop de wijkverpleegkundige met u omgaat? . 0 1 2 3 4 5

- 28 Laat de wijkverpleegkundige u wel eens merken dat u maar één van de vele patiënten bent? . 0 1 2 3 4 5
- 29 Heeft u de indruk dat de wijkverpleegkundige u serieus neemt? . 0 1 2 3 4 5
- 30 Ervaart u de wijkverpleegkundige als een goede steun als u zich onzeker of gespannen voelt? . 0 1 2 3 4 5
- 31 Heeft de wijkverpleegkundige haast en daardoor weinig tijd voor u? . 0 1 2 3 4 5

Informatieverschaffing

- 32 Neemt de wijkverpleegkundige voldoende tijd om u het gebruik van medicijnen, injecties of hulpmiddelen uit te leggen? . 0 1 2 3 4 5
- 33 Bespreekt de wijkverpleegkundige wel eens met u hoe de verzorging in de loop van de tijd verder zal gaan? . 0 1 2 3 4 5
- 34 Kan de wijkverpleegkundige u goed uitleggen wat zij wel of niet voor u kan doen? . 0 1 2 3 4 5
- 35 Als u aan de wijkverpleegkundige iets vraagt over hoe de toekomst van uw ziekte eruit ziet, gaat zij daar dan op in? . 0 1 2 3 4 5
- 36 Legt de wijkverpleegkundige u de dingen in begrijpelijke taal uit? . 0 1 2 3 4 5

Begeleiding

- 37 Praat u met de wijkverpleegkundige weleens over de gevolgen van uw ziekte in het dagelijkse leven? . 0 1 2 3 4 5
- 38 Heeft de wijkverpleegkundige aandacht voor uw speciale wensen? . 0 1 2 3 4 5
- 39 Heeft de wijkverpleegkundige u wel eens verteld hoe u kunt leren leven met de gevolgen van uw ziekte in het dagelijkse leven? . 0 1 2 3 4 5

Uitkomst

- 40 Heeft u baat bij de hulp die u van de wijkverpleegkundige ontvangt? . 0 1 2 3 4 5
- 41 Ervaart u de verzorging van de wijkverpleegkundige als belastend (lichamelijk, psychisch of sociaal)? . 0 1 2 3 4 5
- 42 Weegt het effect van de verzorging op tegen de belasting die deze met zich mee brengt? . 0 1 2 3 4 5

Als u een rapportcijfer moet geven voor de zorg die u van de wijkverpleging ontvangt, welk cijfer geeft u dan?

- 43 Cijfer voor de ontvangen zorg:
- 44 Komt het bezoek van de wijkverpleegkundige overeen met de afgesproken tijd?
Nee, nooit / nee, zelden / soms wel, soms niet / ja, vaak / ja, altijd
- 45 U krijgt nu verzorging binnen kantooruren, maar welk tijdstip heeft uw voorkeur?
- 0 op afspraak
 - 0 tussen 7.00 en 8.30 uur
 - 0 tussen 8.30 en 10.00 uur
 - 0 tussen 10.00 en 12.00 uur
 - 0 's middags
 - 0 's avonds
- 46 Ten slotte, heeft u nog aanvullende opmerkingen over de hulp die u krijgt of over de vragenlijst die ik met u heb doorgenomen?

Hiermee ben ik aan het eind van de vragenlijst gekomen. Ik wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking.

BIJLAGE 5
INTERCORRELATIES TUSSEN DE
VARIABELEN UIT HET
ONDERZOEKSMODEL

Tabel 1
Intercorrelaties tussen de taakkenmerken (n = 428)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 autonomie	–	-.29	.13	.09	-.08	.16	.23	.06
2 tijdsdruk		–	.07	.22	.15	-.16	-.15	.07
3 duidelijkheid			–	.35	.08	.15	.30	.46
4 afwisseling				–	.25	.30	.24	.40
5 diagnostiek					–	.14	.15	.08
6 groeimogelijkheden						–	.45	.26
7 feedback							–	.38
8 belang								–

Correlaties lager dan .10 zijn niet significant.

Correlaties hoger dan .13 zijn significant op 0.01-niveau.

Correlaties hoger dan .16 zijn significant op 0.001-niveau.

Tabel 2
Intercorrelaties tussen de persoonlijke en werkeffecten (n = 428)

	1	2	3	4	5	6	7
1 algemene tevredenheid	–	.62	-.39	-.30	.34	-.11	-.11
2 tevredenheid met kwaliteit van zorg		–	-.34	-.18	.23	-.11	-.08
3 emotionele uitputting			–	.46	-.45	.17	.09
4 depersonalisatie				–	-.41	.10	-.08
5 persoonlijke bekwaamheid					–	-.05	-.00
6 verzuim						–	.07
7 verzuimduur							–

Correlaties hoger dan .10 zijn significant op 0.05-niveau.

Correlaties hoger dan .13 zijn significant op 0.01-niveau.

Correlaties hoger dan .16 zijn significant op 0.001-niveau.

Tabel 3
Intercorrelaties tussen de individuele kenmerken (n = 428)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 preferentie v. carrière	–	.44	.05	.24	.37	.32	.31	-.07	.07	-.07	.00
2 preferentie v. prestige		–	-.23	.16	.18	.26	.10	.13	.15	.08	.03
3 preferentie v. autonomie			–	-.19	.14	.27	.17	-.07	.12	-.19	-.05
4 preferentie v. samenwerking				–	.30	.14	.25	.01	.24	.03	.23
5 preferentie v. afwisseling					–	.39	.38	-.05	.14	-.05	.15
6 preferentie v. ontbreken tijdsdruk						–	.25	.02	.11	-.09	.07
7 actieve aanpak							–	-.10	.26	-.00	.17
8 passieve aanpak								–	.02	.07	-.10
9 sociale steun zoeken									–	-.01	.14
10 ervaren steun van leiding										–	.15
11 ervaren steun van collega's											–

Correlaties hoger dan .10 zijn significant op 0.05-niveau.

Correlaties hoger dan .13 zijn significant op 0.01-niveau.

Correlaties hoger dan .17 zijn significant op 0.001-niveau.

BIJLAGE 6

TOEWIJZINGSINSTRUMENT VOOR HET BEPALEN VAN DE COMPLEXITEIT VAN DE VERPLEEGSITUATIE EN HET ONDERSCHIED TUSSEN WIJKVERPLEGING EN GEZINSVERZORGING

Handleiding voor het gebruik van het toewijzingsinstrument voor het bepalen van de mate van complexiteit van de verpleegsituatie

- 1 Noteer allereerst de naam van de cliënt op het formulier. Vervolgens dient u op het analyseformulier aan te geven in welke situatie het formulier wordt gebruikt: voor een eerste indicatiestelling of voor een herindicatie.
- 2 Noteer achter het ziektebeeld van de cliënt de patiëntencategorie.
- 3 Noteer vervolgens het personeelsnummer dat aan u is toegewezen. Dit is het nummer dat onder andere op de salarisstrook en vakantiekaart vermeld staat.
- 4 Vul nu het toewijzingsinstrument in. U richt zich eerst alleen op de *aanwezigheid* van de complexiteitsfactoren (= de linkerzijde van het formulier). Door een 'ja' of 'nee' te omcirkelen kunt u aangeven welke factoren aanwezig zijn in de betreffende situatie. Het formulier dient hiervoor van boven naar beneden te worden gelezen. Om te voorkomen dat iedereen wat anders verstaat onder de verschillende factoren dient u gebruik te maken van de begrippenlijst.
Als u heeft aangegeven welke factoren in de situatie aanwezig zijn, richt u zich op de verpleegkundige *interventies* die moeten worden verricht (= het middelste gedeelte van het formulier). Hiervoor is met name het bestaan van een *combinatie* van complexiteitsfactoren bepalend. Bijvoorbeeld als de cliënt geen ziekte-inzicht heeft, terwijl er bij de omgeving wel sprake is van ziekte-inzicht en een goede motivatie, kan dat betekenen dat op dit terrein nauwelijks of geen verpleegkundige interventie hoeft plaats te vinden. Om aan te geven in welke mate de interventie een onderdeel vormt van het verpleegkundig handelen kunt u kiezen uit vier mogelijkheden:
 - 1 Geen onderdeel: de interventie wordt niet uitgevoerd tijdens de zorgverlening.

- 2 Gering onderdeel: de interventie verdient geen speciale aandacht tijdens de zorgverlening, het is een gebruikelijk/normaal onderdeel van het verpleegkundig handelen.
- 3 Redelijk onderdeel: de interventie verdient tamelijk veel aandacht, maar is niet essentieel in de zorgverlening.
- 4 Groot onderdeel: de interventie wordt expliciet in het verpleegplan geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken.

Als u aan de linkerzijde bij een factor een 'nee' heeft omcirkeld, kunt u alleen kiezen uit 1 of 2.

- 5 Als u op deze wijze het formulier heeft ingevuld kunt u in de derde kolom aangeven wat het algemeen oordeel is over de complexiteit van de verpleegsituatie. Twee oordelen zijn mogelijk:

- De hoogste score op het formulier is 4 → complex.
- Op het analyseformulier is alleen maar 1, 2 of 3 gescoord → niet complex.

Als de situatie als complex is beoordeeld, betekent dit dat een wijkverpleegkundige is gewenst. In een niet-complexe verpleegsituatie is een wijkzikenverzorgende gewenst (hiertoe behoren ook verpleegkundigen-in-de-wijk).

In de praktijk zal het niet altijd gebeuren dat het gewenste type hulpverlener ook daadwerkelijk wordt ingezet. Tevens kan het voorkomen dat de zorg gezamenlijk wordt verleend (bijvoorbeeld twee dagen in de week komt een wijkverpleegkundige bij de cliënt en de andere drie dagen een wijkzikenverzorgende). Om hierin inzicht te krijgen dient u vervolgens in te vullen wie daadwerkelijk wordt ingezet en op grond van welke redenen dit is gebeurd.

Als de gewenste hulpverlener daadwerkelijk wordt ingezet, betekent dit dat deze persoon de juiste *opleiding* heeft gehad. Het kan ook voorkomen dat een wijkverpleegkundige is gewenst, maar dat toch een wijkzikenverzorgende wordt ingezet omdat ze specifieke *ervaring* of een *aandachtsgebied* heeft met betrekking tot het ziektebeeld van deze patiënt. Tevens is het mogelijk dat een wijkverpleegkundige naar een niet-complexe situatie gaat, omdat hij/zij bekend is met deze situatie (*continuïteit*). Tot slot is het mogelijk dat niet kan worden voldaan aan het gewenste type hulpverlener, omdat de *personele bezetting* tekortschiet (bijvoorbeeld door een structureel tekort aan wijkzikenverzorgenden).

- 6 Tot slot kunt u de namen van degenen die eerst- en eindverantwoordelijk zijn boven aan het formulier invullen.

Criteria die invloed hebben op de mate van complexiteit van de verpleegsituatie	Aanwezigheid van de criteria	Interventies m.b.t. de criteria die invloed hebben op de mate van complexiteit van de verpleegsituatie	Mate waarin de interventies een onderdeel vormen van het verpleegkundig handelen	Mate van complexiteit en cliënttoewijzing
de cliënt heeft psychosociale problemen	ja/nee	psychosociale begeleiding van de cliënt	1 2 3 4	Reden van toewijzing 0 opleiding 0 ervaring 0 continuïteit 0 aandachtsgebied
de cliënt is ongemotiveerd om mee te werken	ja/nee	begeleiding gericht op het motiveren van de cliënt om mee te werken	1 2 3 4	0 personele bezetting 0 anders, namelijk:
3 De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt bij de omgeving van de cliënt ontbreekt ziekte-inzicht	ja/nee	3 De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt begeleiding gericht op het verwerven van ziekte-inzicht bij de omgeving van de cliënt	1 2 3 4	
de omgeving van de cliënt is psychisch overbelast	ja/nee	emotionele ondersteuning van de omgeving van de cliënt	1 2 3 4	
de omgeving van de cliënt is ongemotiveerd om mee te werken	ja/nee	begeleiding gericht op het motiveren van de omgeving van de cliënt om mee te werken	1 2 3 4	
intensieve samenwerking met andere disciplines is gewenst	ja/nee	intens samenwerken met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces	1 2 3 4	
de thuis situatie is onveilig en/of onacceptabel	ja/nee	veilig of acceptabel maken van de thuis situatie	1 2 3 4	
hulpmiddelen zijn aanwezig om voorbehouden handelingen te verrichten	ja/nee	verrichten van voorbehouden handelingen	1 2 3 4	

Handleiding voor het gebruik van het toewijzingsformulier binnen geïntegreerde teams

Om te kunnen bepalen welke hulpverlener (wijkverpleegkundige, wijk-ziekenverzorgende of verzorgende) bij de cliënt word ingezet, dient het toewijzingsformulier op onderstaande wijze te worden ingevuld.

1

Noteer allereerst de naam van de cliënt op het formulier. Vervolgens dient u op het analyseformulier aan te geven in welke situatie het formulier wordt gebruikt: voor een intake of een herindicatie/bijstelling.

2

Noteer het ziektebeeld van de cliënt (medische diagnose). Indien er geen sprake is van een medische diagnose (bijvoorbeeld omdat de cliënt door ouderdom om hulp vraagt) vult u hier 'geen' in.

3

Noteer achter 'persoonsnummer' het nummer dat aan u is toegewezen.

1

Soort hulpvraag: verzorging en/of verpleging

4

Vraag A dient met 'ja' te worden beantwoord wanneer de cliënt en/of zijn omgeving niet of onvoldoende in staat is de zorg voor het *huishouden* uit te voeren. Activiteiten die moeten worden verricht om het huishouden draaiende te houden zijn: verzorging van de huisraad, kleding en huishoudtextiel, maaltijdverzorging, opvang en begeleiding van kinderen en de organisatie van de huishoudvoering.

Vraag B dient met 'ja' te worden beantwoord wanneer er sprake is van *ADL-ondersteuning*. Het betreft het verrichten van verzorgende werkzaamheden zonder dat een gezondheidsprobleem (of de gevolgen ervan) een centraal onderdeel vormt van de zorgverlening. Activiteiten die in dit kader worden verricht zijn: in en uit bed helpen, helpen met aan- en uitkleden, elastische kousen aan- en uitdoen, bevestigen van een prothese en helpen bij het wassen. Het is bij deze vraag van groot belang dat u de context waarbinnen de verzorgende taken moeten worden verricht in ogenschouw neemt. Indien een ziekte, invaliditeit of herstel centraal staat in de zorgverlening is er geen sprake van ADL-ondersteuning, maar van verpleging (zie ook vraag C). Ter verduidelijking wordt een voorbeeld gegeven. Wanneer een gezonde bejaarde ondersteuning nodig heeft bij de wasbeurt en bij het aantrekken van een elastische kous is er sprake van ADL-ondersteuning. Wanneer deze bejaarde tevens een instabiele diabetes

of open been heeft, is verpleging noodzakelijk. In het tweede geval vormt observatie en signalering van de gevolgen van de ziekte een centraal onderdeel van de zorgverlening.

Vraag C dient met 'ja' te worden beantwoord wanneer er sprake is van *verpleging*. De aanleiding tot een vraag om verpleging vindt zijn oorsprong in een gezondheidsprobleem (ziekte, invaliditeit of herstel). Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede hulp en bijstand verlenen met betrekking tot feitelijke en/of dreigende gevolgen van ziekteprocessen en hun behandeling voor fundamentele levensverrichtingen van het individu. Bij de zorgverlening aan de cliënt vormt een gezondheidsprobleem (of de gevolgen ervan) een centraal onderdeel. Om de zorgverlening op kwalitatief goede wijze te kunnen verlenen is speciale kennis over (de gevolgen van) het gezondheidsprobleem vereist. In tegenstelling tot ADL-ondersteuning, vindt verpleging plaats in situaties waarin tevens sprake is van instructie, advies en educatie over (de gevolgen van) het gezondheidsprobleem. Observeren en signaleren vormen een belangrijk onderdeel van de verzorgende taken (zie ook het voorbeeld dat is genoemd bij vraag B).

//

Complexiteit van de verpleegsituatie

5

Het onderdeel over de complexiteit is alleen van toepassing op situaties waarin verpleging wordt gegeven. Dit deel dient dus alleen te worden ingevuld als vraag C met 'ja' is beantwoord. Als het antwoord op vraag C 'nee' is, kunt u verder gaan met punt 6 van deze handleiding.

U richt zich eerst alleen op de *aanwezigheid* van de complexiteitscriteria (= de linkerzijde van het formulier). Door een 'ja' of 'nee' te omcirkelen kunt u aangeven welke complexiteitscriteria aanwezig zijn in de betreffende situatie. Het analyseformulier dient hiervoor van boven naar beneden te worden gelezen. Om te voorkomen dat iedereen wat anders verstaat onder de verschillende criteria dient u gebruik te maken van de bijgevoegde begrippenlijst.

Als u heeft aangegeven welke criteria in de situatie aanwezig zijn, richt u zich op de verpleegkundige *interventies* die moeten worden verricht. Hiervoor is met name het bestaan van een *combinatie* van complexiteitscriteria bepalend. Bijvoorbeeld als de cliënt geen ziekte-inzicht heeft, terwijl er bij de omgeving wel sprake is van ziekte-inzicht en een goede motivatie, kan dat betekenen dat er op dit terrein nauwelijks of geen verpleeg-

kundige interventie hoeft plaats te vinden. Om aan te geven in welke mate de interventie een onderdeel vormt van het verpleegkundig handelen kunt u kiezen uit vier mogelijkheden:

1

Geen onderdeel: de interventie wordt niet uitgevoerd tijdens de zorgverlening.

2

Gering onderdeel: de interventie verdient geen speciale aandacht tijdens de zorgverlening, het is een gebruikelijk/normaal onderdeel van het verpleegkundig handelen.

3

Redelijk onderdeel: de interventie verdient tamelijk veel aandacht, maar is niet essentieel in de zorgverlening.

4

Groot onderdeel: de interventie wordt expliciet in het verpleegplan geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken.

Als u aan de linkerkant bij een factor een 'nee' heeft omcirkeld, kunt u alleen kiezen uit 1 of 2.

III

Cliënttoewijzing

6

Om te kunnen bepalen welke hulpverlener wordt ingezet bij de cliënt dient eerst te worden bepaald of er sprake is van verzorging en/of verpleging.

Hiervoor geldt de volgende score:

- het antwoord op vraag I-A en/of I-B is ja → verzorging
 - het antwoord op vraag I-C is ja → verpleging
- Over de complexiteit van de verpleegsituatie zijn drie oordelen mogelijk:
- er is alleen sprake van verzorging → niet van toepassing
 - bij de vragen over complexiteit is minimaal één keer 4 gescoord → complex
 - op de vragen over complexiteit is alleen maar 1, 2 of 3 gescoord → niet complex
- Op basis van de soort hulpvraag en de complexiteit van de verpleegsituatie is de volgende inzet van hulpverleners gewenst:
- er is alleen sprake van verzorging → verzorgende (vz)
 - er is alleen sprake van een niet-complexe verpleegsituatie → wijkzikenverzorgende (wzv)

- er is alleen sprake van een complexe verpleegsituatie → wijkverpleegkundige (wv)
- er is sprake van verzorging en een niet-complexe verpleegsituatie → wzv en vz gezamenlijk*
- er is sprake van verzorging en een complexe verpleegsituatie → wv en vz apart**

*

Indien er sprake is van verzorging en een niet-complexe verpleegsituatie wordt de hulpverlening 'gedeeld' tussen een verzorgende en een wijkzickenverzorgende. Door de wijkzickenverzorgende worden werkzaamheden betreffende verpleging overgedragen aan de verzorgende. Op deze manier kunnen de huishoudelijke werkzaamheden en de verpleging op een efficiënte manier plaatsvinden. Als voorbeeld wordt genoemd een dementerende vrouw die dagelijks hulp nodig heeft bij het wassen en aankleden, waarbij twee ochtenden in de week ook ondersteuning in het huishouden is gewenst. Op de dagen dat er huishoudelijke activiteiten moeten worden verricht, wordt een verzorgende ingezet die tevens helpt bij de wasbeurt. De andere dagen wordt de wasbeurt verricht door een wijkzickenverzorgende. In deze situatie kan niet worden volstaan met alleen een verzorgende, omdat de wasbeurt wordt verleend in het kader van (de gevolgen van) een gezondheidsprobleem (het antwoord op vraag I-C is 'ja').

**

Als er naast verzorging ook sprake is van een complexe verpleegsituatie is overdracht van werkzaamheden betreffende verpleging naar de verzorgende niet mogelijk. In dergelijke situaties wordt een verzorgende ingezet voor de huishoudelijke activiteiten en een verpleegkundige voor de verpleging. Als voorbeeld wordt genoemd het verlenen van een wasbeurt bij een terminale patiënt, waarbij in hoge mate aandacht wordt besteed aan stervensbegeleiding en eveneens hulp nodig is in het huishouden. De verzorgende verricht in deze situatie de huishoudelijke werkzaamheden, terwijl de wijkverpleegkundige de wasbeurt en de stervensbegeleiding verzorgt. In de praktijk zal het niet altijd gebeuren dat het gewenste type hulpverlener ook daadwerkelijk wordt ingezet. Tevens kan het voorkomen dat de zorg gezamenlijk wordt verleend (bijvoorbeeld twee dagen in de week komt een wijkverpleegkundige bij de cliënt en de andere drie dagen een wijkzickenverzorgende). Om hier inzicht in te krijgen dient u vervolgens in te vullen wie daadwerkelijk wordt ingezet en op grond van welke redenen dit is gebeurd. Als de gewenste hulpverlener daadwerkelijk wordt ingezet betekent dit dat deze persoon de juiste *opleiding* heeft gehad. Het verrichten van *huishoudelijke taken* is

een reden om een gezinsverzorgende in te zetten. Het kan ook voorkomen dat een wijkverpleegkundige is gewenst, maar een wijkzakenverzorgende wordt ingezet omdat ze specifieke *ervaring* of een *aandachtsgebied* heeft met betrekking tot het ziektebeeld van deze patiënt. Tevens is het mogelijk dat een wijkverpleegkundige naar een niet-complexe situatie gaat, omdat hij/zij bekend is met deze situatie (*continuïteit*). Tot slot is het mogelijk dat niet kan worden voldaan aan het gewenste type hulpverlener omdat de *personele bezetting* tekortschiet (bijvoorbeeld door een structureel tekort aan wijkzakenverzorgenden).

7

Als het bovenstaande is ingevuld kunt u de namen van degene die eerstverantwoordelijk is en van de coördinerend wijkverpleegkundige boven aan het formulier invullen.

Toewijzingsformulier
 Naam cliënt _____ Eerstverantwoordelijke _____ Coördinerende wv _____
 Ziektebeeld cliënt _____ Persoonsnummer _____

I Soort hulpvraag: verzorging en/of verpleging

- A Dienen er taken te worden verricht gericht op een tekort in het functioneren van het huishouden? 0 ja 0 nee
 - B Dienen er taken te worden verricht gericht op een tekort in de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)? 0 ja 0 nee
 - C Dienen er taken te worden verricht in het kader van (de gevolgen van) een gezondheidsprobleem? 0 ja 0 nee
- Indien vraag C met 'ja' is beantwoord verder gaan met II, Complexiteit van de verpleegsituatie. Indien vraag C met 'nee' is beantwoord verder gaan met III, Cliënttoewijzing.

II Complexiteit van de verpleegsituatie

Criteria die invloed hebben op de mate van complexiteit van de verpleegsituatie	Aanwezigheid van de criteria	Interventies met betrekking tot de criteria die invloed hebben op de mate van complexiteit van de verpleegsituatie	Mate waarin interventies onderdeel zijn van het verpleegkundig handelen
1 Tekorten in de gezondheidstoestand van de cliënt	1	Tekorten in de gezondheidstoestand van de cliënt	geen gering redelijk groot
de verpleegkundige diagnose is onduidelijk de toestand van de cliënt is levensbedreigend	ja/nee	verpleegkundige diagnose nader te bepalen	1 2 3 4
er zijn veel wisselingen in de toestand van de cliënt	ja/nee	stevensbegeleiding	1 2 3 4
wisselingen in de toestand van de cliënt zijn onvoorspelbaar	ja/nee	observatie van/anticipatie op veel wisselingen in de toestand van de cliënt	1 2 3 4
2 De ontvanger van het verpleegkundig handelen	ja/nee	observatie van/anticipatie op onvoorspelbare wisselingen in de toestand van de cliënt	1 2 3 4
bij de cliënt ontbreekt het vermogen om adequaat te communiceren	ja/nee	2 De ontvanger van het verpleegkundig handelen signaleren van en ondersteunen bij een inadequaat communicatie	1 2 3 4

bij de cliënt ontbreekt ziekte-inzicht	ja/nee	begeleiding gericht op het verwerven van ziekte-inzicht bij de cliënt	1	2	3	4
de cliënt heeft psychosociale problemen	ja/nee	psychosociale begeleiding van de cliënt	1	2	3	4
de cliënt is ongemotiveerd om mee te werken	ja/nee	begeleiding gericht op het motiveren van de cliënt om mee te werken	1	2	3	4
3 De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt						
bij de omgeving van de cliënt ontbreekt ziekte-inzicht	ja/nee	begeleiding gericht op het verwerven van ziekte-inzicht bij de omgeving van de cliënt	1	2	3	4
de omgeving van de cliënt is psychisch overbelast	ja/nee	emotionele ondersteuning van de cliënt	1	2	3	4
de omgeving van de cliënt is ongemotiveerd om mee te werken	ja/nee	begeleiding gericht op het motiveren van de omgeving van de cliënt om mee te werken	1	2	3	4
intensieve samenwerking met andere disciplines is gewenst	ja/nee	intens samenwerken met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces	1	2	3	4
de thuis situatie is onveilig en/of onacceptabel	ja/nee	veilig of acceptabel maken van de thuissituatie	1	2	3	4
hulpmiddelen zijn aanwezig om voorbehouden handelingen te verrichten	ja/nee	verrichten van voorbehouden handelingen	1	2	3	4
III Cliënttoewijzing						
Soort hulpvraag	Mate van complexiteit	Gewenste functie	Toegewezen functie	Reden van toewijzing		
0 verzorging	0 n.v.t. (er is geen verpleging nodig)	0 ww 0 wzw 0 vz	0 ww 0 wzw 0 vz	0 opleiding	0 continuïteit	
0 verpleging	0 complex (hoogste score = 4)	0 wzw/vz gezamenlijk	0 ww/wzv gezamenlijk	0 ervaring	0 huishoudelijke taken	
	0 niet-complex (score 1, 2 of 3)	0 wzw/vz gezamenlijk	0 wzw/vz gezamenlijk	0 personele bezetting		
				0 aandachtsgebied		

Begrippenlijst met betrekking tot de lijst met complexiteitsfactoren

Onderstaande omschrijvingen zijn bedoeld om de essentie van de afzonderlijke factoren aan te geven. De factoren zijn derhalve zo bondig mogelijk omschreven. Bij het opstellen van deze lijst is mede gebruikgemaakt van omschrijvingen uit de onderzoeken van Wijdeven (1989) en Hanrahan en Lapré (1990).

1

De ziekte-toestand van de zorgontvanger

- Is de verpleegkundige diagnose onduidelijk?
Een concrete hulpvraag ontbreekt. Het is moeilijk te bepalen wat de hulpvraag is en achter de hulpvraag worden nog andere problemen vermoed. Bijvoorbeeld een cliënt vraagt om ondersteuning bij de wasbeurt terwijl hij hier zelfstandig toe in staat blijkt. Na verloop van tijd blijkt dat hij met name wil praten over zijn vrouw die onlangs is gestorven. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.
- Is de ziekte-toestand van de cliënt levensbedreigend?
Er is sprake van een gestage verslechtering van de gezondheidstoestand bijvoorbeeld tengevolge van kanker, aids of ouderdom. Veelal wordt deze situatie gevolgd door een terminale fase. Hierbij gaat het om cliënten die als gevolg van het ziekteproces in de laatste levensfase verkeren. Naar verwachting zal de cliënt op korte termijn overlijden. In principe beslaat de duur van de zorg in de terminale fase enige weken tot maximaal drie maanden. De zorgverlening van de cliënt is gericht op het stervensproces. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.
- Zijn er veel wisselingen in de ziekte-toestand van de cliënt?
In de ziekte-toestand doen zich veel veranderingen voor, de situatie is instabiel. Als gevolg van veranderingen in de ziekte-toestand, verandert de hulpvraag van de cliënt en daarmee ook de verpleegkundige diagnose. Wisselingen in de ziekte-toestand kunnen bij verschillende cliënten optreden, zoals bij cliënten met de ziekte van Parkinson, met kanker (met name vlak nadat ze een chemokuur hebben ondergaan) of bij mensen die op sterven liggen. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.
- Zijn de wisselingen in de ziekte-toestand van de cliënt onvoorspelbaar?
De wisselingen zijn niet of moeilijk te voorzien. De wisselingen komen bij wijze van verrassing. Bij wisselingen die niet zijn te voorspellen kan wel worden aangegeven bij welke ziektebeelden dergelijke veranderingen kunnen optreden. Als voorbeeld kan worden gedacht aan cliënten met

diabetes die niet goed zijn ingesteld op insuline of cliënten met Multiple Sclerose. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.

2

De ontvanger van de verpleegkundige interventies (criteria met betrekking tot het zelfzorgvermogen)

- Ontbreekt bij de cliënt het vermogen om adequaat te communiceren?
Communicatie kan plaatsvinden via woord, geschrift of gebaar. Adequaat communiceren betekent 'op de juiste wijze, gepast' communiceren. Als het vermogen om adequaat te communiceren ontbreekt, kan de cliënt niet duidelijk maken wat hij bedoelt. De communicatie met anderen is gestoord. Het onvermogen kan voortkomen uit een ziekte, zoals CVA (afasie) en dementie (verstoring van het besef in tijd, plaats en persoon). Eveneens is het mogelijk dat de communicatie door emotionele problemen is verstoord. Bijvoorbeeld bij een cliënt die zich midden in een rouwproces bevindt of zich erg eenzaam voelt terwijl hij aan anderen niet duidelijk kan maken wat er in hem omgaat. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.
- Ontbreekt bij de cliënt ziekte-inzicht?
De cliënt heeft geen goede kijk op de eigen ziekte-toestand. Bij de cliënt ontbreekt kennis over de samenhang tussen de ziekte en haar symptomen met de hieruit voortvloeiende beperkingen, of de cliënt accepteert zijn ziekte niet. Bijvoorbeeld een cliënt met ernstige hartklachten die blijft roken, omdat hij het verband niet ziet tussen roken en zijn klachten (kennis ontbreekt) of omdat hij vindt dat hem niets mankeert (acceptatie ontbreekt). Het gevolg hiervan is dat de cliënt de vaardigheden mist om op juiste wijze om te gaan met zijn ziekte. De ziektesituatie is niet of slecht bespreekbaar, actieve participatie in het zorgverleningsproces is niet mogelijk. De cliënt dient te worden ondersteund in het verwerven van kennis en/of het accepteren van zijn ziekte. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.
- Heeft de cliënt psychosociale problemen als gevolg van de ziekte?
Een ziekte en de eventuele gevolgen ervan kunnen zeer ingrijpende consequenties hebben voor de cliënt. Een verwerkingsproces bij ziekte of handicap is te vergelijken met een rouwproces. Voordat een nieuwe start gemaakt kan worden dient men het verlies van het oude te verwerken. Van de hulpverlener wordt verwacht dat hij/zij het verwerkingsproces vergemakkelijkt door emotionele ondersteuning en psychosociale

begeleiding aan te bieden. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.

- Ontbreekt bij de cliënt de motivatie om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie?

De cliënt beschikt wel over de zelfzorgvermogens en vaardigheden die kunnen bijdragen aan het herstel van de gezondheidssituatie, maar is niet bereid deze te gebruiken. Bijvoorbeeld een cliënt met diabetes die zich niet wil houden aan de dieetafspraken of een revaliderende cliënt die voortdurend de leefregels negeert. De cliënt dient gemotiveerd te worden om mee te werken. Het gaat hierbij niet om motivatie omdat de wijkverpleegkundige het zo graag wil. Het motiveren dient het belang van de cliënt. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.

3

De omgeving waarin de cliënt zich bevindt

- Ontbreekt bij de directe omgeving van de cliënt ziekte-inzicht?

De directe omgeving van de cliënt levert mantelzorg en wordt gevormd door: de partner, familie, vrienden, kennissen of burens. De zorg wordt gegeven uit betrokkenheid en/of verantwoordelijkheid voor elkaar en vloeit voort uit de relaties die men heeft. Bij de omgeving ontbreekt kennis over de samenhang tussen de ziekte en haar symptomen met de hieruit voortvloeiende beperkingen of de omgeving accepteert niet dat de cliënt ziek is. Bijvoorbeeld de partner van een cliënt met dementie wordt kwaad als zijn vrouw midden in de nacht eten staat te koken, omdat hij het verband niet ziet tussen dementie en het gedrag van zijn vrouw (kennis ontbreekt) of omdat hij niet wil erkennen dat zijn vrouw ziek is (acceptatie ontbreekt). Het gevolg hiervan is dat de omgeving de vaardigheden mist om op juiste wijze om te gaan met de ziekte. De ziektesituatie is met de omgeving van de cliënt niet of slecht bespreekbaar, actieve participatie in het zorgverleningsproces is niet mogelijk. De omgeving dient te worden ondersteund in het verwerven van kennis en/of het accepteren van de ziekte van de cliënt. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.

- Is de omgeving van de cliënt psychisch overbelast?

De omgeving is overbelast als het verzorgen van de cliënt veel moeite kost, 'men kan het niet aan'. De draaglast is groter dan de draagkracht. De overbelasting kan zowel lichamelijk als psychisch van aard zijn. Echter, ten aanzien van de mate van complexiteit wordt alleen de psychische belasting

in ogenschouw genomen. Van psychische overbelasting is sprake als de directe omgeving de verantwoordelijkheid die het verzorgen van de cliënt met zich meebrengt niet kan dragen. Het constant aanwezig zijn van een zieke partner in huis en de verplichtingen die de thuisverzorging met zich meebrengt wordt door de directe omgeving als belastend ervaren. De omgeving moet de mogelijkheid worden gegeven zich emotioneel te uiten over de ziekte en de verzorging. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.

- Ontbreekt bij de directe omgeving van de cliënt de motivatie om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie?
De personen uit de directe omgeving van de cliënt beschikken wel over de vermogens en vaardigheden die kunnen bijdragen aan het herstel van de gezondheidssituatie van de cliënt, maar zijn niet bereid deze te gebruiken. Bijvoorbeeld een cliënt wordt na een hartoperatie ontslagen uit het ziekenhuis en is nog tot weinig in staat, maar haar man is niet bereid haar te helpen met de lichamelijke verzorging. De omgeving dient gemotiveerd te worden om mee te werken. Het gaat hierbij niet om motivatie omdat de wijkverpleegkundige het zo graag wil. Het motiveren dient het belang van de cliënt. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.
- Is intensieve samenwerking met andere disciplines gewenst?
Bij de zorgverlening zijn meerdere disciplines betrokken. Elke discipline heeft een eigen invalshoek. Voorbeelden van andere disciplines zijn: de huisarts, de gezinsverzorgende, de fysiotherapeut, medisch specialisten, verpleegkundigen uit het ziekenhuis en het RIAGG. In het kader van de zorgverlening aan de cliënt is het noodzakelijk dat de wijkverpleging met andere disciplines samenwerkt. Intensieve samenwerking komt tot uiting in het regelmatig voeren van overleg, waarbij afspraken worden gemaakt over de taakverdeling. Bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige heeft met de huisarts en leidinggevende van de gezinsverzorging regelmatig een gesprek over de hulpverlening aan een cliënt. De wijkverpleging dient de coördinatie van het totale hulpverleningsproces op zich te nemen. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.
- Is de thuissituatie voor de cliënt onveilig en/of onacceptabel?
De materiële omgeving in de thuissituatie belemmert het genezingsproces of kan nieuwe tekorten in de gezondheidssituatie veroorzaken. Hulpmiddelen die voor de cliënt noodzakelijk zijn om in de thuissituatie te kunnen blijven functioneren ontbreken. Voorbeelden van dergelijke hulpmiddelen zijn een tillift, handgrepen aan de muren in de gang en bad-

kamer, een verhoogd toilet en een looprek. Naast de revalidatie van cliënten kan het onveilig en onacceptabel zijn van de omgeving eveneens een rol spelen bij bijvoorbeeld cliënten met dementie (vergeten het gas uit te doen) en cara-clieñten (sanering van het huis). Advies dient te worden gegeven over verschillende hulpmiddelen en vervolgens dient een aanvraag bij de juiste personen terecht te komen. In dergelijke situaties dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.

- Zijn er hulpmiddelen aanwezig om voorbehouden handelingen te verrichten?

Ten behoeve van de verzorging van de cliënt is medisch technische apparatuur aanwezig waarmee de wijkverpleegkundige moet werken. Het gaat om apparatuur die niet regelmatig voorkomt in de thuissituatie. Voorbeelden hiervan zijn een infuus, een epiduraal catheter en apparatuur voor het uitzuigen van slijm. Tijdens de zorgverlening van de cliënt dienen er medisch technische handelingen te worden verricht waarvoor de functie van een wijkverpleegkundige is vereist (de voorbehouden handelingen). Als uitgangspunt hiervoor kunnen bestaande lijsten worden genomen die aanwezig zijn binnen de thuiszorgorganisatie. Als voorbeeld is de lijst 'Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuis-situatie' bijgesloten. Deze lijst is samengesteld door de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging (1990). Indien dergelijke handelingen moeten worden verricht, dient deze vraag met 'ja' te worden beantwoord.

Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie

(Samengesteld door de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging, 1990)

De handelingen	WV		WZV	
	I	II		
1 Blaasspoelen				
a Blaasspoelen met een spoelzakje (urotainer) bij patiënten met een verblijfs catheter	X		X	
b Blaasspoelen met een blaasspuit bij patiënten met een verblijfs catheter	X		X	
2 Bloedafname ter bepaling van de bloedsuikerwaarde met behulp van bloedteststrips	X			
3 Bloeddruk meten		X	X	
4 Catheteriseren van blaas*				
a Catheteriseren bij een man	X			
b Catheteriseren bij een vrouw	X			
5 Continue Ambulante Peritoneaaldialyse	X			
6 Clysmen, toedienen van	X		X	
7 Epidurale pijnbestrijding				
a Toedienen van pijnbestrijdingsmedicamenten via epiduraal catheter*	X			
b Inspectie en verzorging insteekopening van de epiduraal catheter		X		
c Verwisselen bacteriefilter van de epiduraal catheter	X			
8 Geneesmiddel toedienen				
a Geneesmiddel toedienen per os		X	X	
b Geneesmiddel toedienen rectaal		X	X	
c Geneesmiddel toedienen vaginaal		X	X	
d Huidzalf aanbrengen		X	X	
e Neusdruppels, toediening		X	X	
f Oogdruppels, toediening		X	X	
g Oogzalf aanbrengen		X	X	
i Oordruppels toedienen		X	X	
j Oorzalf aanbrengen		X	X	
9 Hechtingen verwijderen	X			
10 Hickman catheter, assisteren van een arts bij parenterale voedingstoediening via ...	X			
11 Hypodermoclyse, toediening*	X			
12 Infuus*	X			
13 Injecteren subcutaan en intramusculair*	X		X	
14 Manueel verwijderen van ontlasting		X	X	

15	Rectumcanule, inbrengen		X	X
16	Maagsonde, inbrengen*	X		
17	Sondevoeding, toediening	X		X
18	Stoma, spoelen (anus praeternaturalis)	X		
19	Suprapubische verblijfscatheter			
	a Verwisselen van de suprapubische verblijfscatheter*	X		
	b Verzorgen van de insteekopening van de suprapubische verblijfscatheter		X	
20	Tampons			
	a Verwijderen van een tampon in wond	X		
	b Verwijderen van eenvoudige tampons	X		
21	Tracheacanule			
	a Uitzuigen van mond- en keelholte	X		
	b Stoma verzorgen, verwisselen canule, schoonmaken canule		X	X
22	Uitzuigen van oppervlakkig slijm in mond- en keelholte	X		
23	Verwijderen van vastgehechte wonddrains	X		
24	Zuurstofapparatuur, aansluiten en toedienen van zuurstof	X		X

* Handelingen die in het voorontwerp Wet BIG aangemerkt worden als voorbehouden handelingen.

I Handelingen die alleen uitgevoerd mogen worden na een schriftelijk verzoek van de huisarts aan de verpleegkundig beroepsbeoefenaar van de kruisvereniging.

II Handelingen die door de (huis)arts zijn voorgeschreven maar waarvoor geen schriftelijk uitvoeringsverzoek noodzakelijk is.

WZV: Handelingen tot het verrichten waarvan de wijkziekenverzorgende op grond van opleiding en werkervaring in principe de bekwaamheid bezit.

WV: Handelingen waartoe de wijkverpleegkundige op grond van opleiding en werkervaring in principe de bekwaamheid bezit, of waartoe middels scholing de bekwaamheid is te ontwikkelen.

N.B. De PKU/CHT-screening is niet in de raamovereenkomst opgenomen omdat het geen handeling in opdracht van de huisarts is. Deze is echter wel opgenomen in het protocollenboek.

N.B. (a) Met betrekking tot 'verpleegkundigen in de wijk' wordt geadviseerd hen voor het verrichten van bovengenoemde handelingen in te delen in de categorie WV, aangezien ze op het terrein van medisch-technisch handelen doorgaans een vergelijkbare opleiding en werkervaring hebben als de WV.

(b) Bovengenoemde verdeling van handelingen tussen WV (verpleegkundigen in de wijk) en WZV is tot stand gekomen op basis van discussies gevoerd in de landelijke werkgroep en op basis van praktische ervaringen die in het werkveld zijn opgedaan. Er ligt derhalve geen wettelijke regeling aan ten grondslag.

